

# Programa de preparación para la jubilación del Sindicato Médico del Uruguay. Exploración de la población destinataria

Soc. Verónica Filardo<sup>1</sup>

## Resumen

*El Sindicato Médico del Uruguay realizó un programa de preparación para la jubilación específico para sus médicos.*

*En forma original su diseño se basó en el estudio de la población destinataria.*

*De la masa social registrada en el padrón de médicos realizado por el propio sindicato, se seleccionaron los de 55 años o más y se dividieron en activos y pasivos. Los activos eran los destinatarios del programa. Con objetivos diferentes, ambos grupos fueron explorados por medio de entrevistas y encuesta.*

*En el grupo de activos se exploraron: características socioestructurales, actitudes frente a la jubilación, opinión sobre el impacto de la jubilación, trama vincular y predisposición a participar en el programa.*

*En el de pasivos: características socioestructurales, opinión sobre el impacto, trama vincular, ventajas y desventajas de la jubilación.*

*Los resultados mostraron sorpresivas diferencias entre ambos grupos, viéndose un juicio predominantemente positivo sobre el impacto de la jubilación en el grupo de pasivos y negativo en el de activos; el factor económico, preocupación máxima de los activos, es desplazado por otros a un lugar muy secundario en los pasivos.*

**Palabras clave:** *Jubilación*

*Médicos*

*Médicos – psicología*

## Introducción al programa del Sindicato Médico del Uruguay

En 1993 el Sindicato Médico del Uruguay (SMU) decidió materializar su vieja aspiración referente a la preparación de sus socios, médicos del Uruguay, para la jubilación.

Para llevar a cabo esta tarea el SMU conforma la Co-

misión del Programa de Preparación para la Jubilación que, bajo la dirección de la Dra. Elsa Deambrosi, se integra por médicos, sicólogas, asistentes sociales y sociólogas. La comisión trabajó en pleno durante un año antes de que el programa saliera a luz. Fue en conjunto que se aprobó la justificación del Programa de Preparación para la Jubilación (PPJ), se compartieron los fundamentos y se fijaron objetivos y metodología. También en conjunto se continuó trabajando durante la fase diagnóstica, operativa y evaluatoria. Cada especialidad, con el apoyo de las otras, asumió su área específica.

El PPJ tuvo como características especiales el estar dirigido a los médicos, el ser íntegramente solventado por su sindicato y el haber realizado una exploración previa del grupo objetivo.

1. Socióloga. Prof. Adjunta de la Facultad de Ciencias Sociales (Grado 3). Miembro de la Comisión del Programa de Preparación para la Jubilación del Sindicato Médico del Uruguay

Correspondencia: Lic. Verónica Filardo. Sara de Ibáñez 2056

Montevideo. Uruguay

Solventado por el Sindicato Médico del Uruguay

Recibido 12/6/96

Aceptado 20/9/96

Esa exploración previa fue muy útil para la elaboración de la fase operativa. Un libro resume la experiencia del SMU que lanza actualmente su tercer programa <sup>(1)</sup>.

## Exploración de la población destinataria

### Introducción al diagnóstico

El programa, justificado por la resistencia de los médicos al retiro y la necesidad de mejorar la etapa posterior al mismo, fue dirigido a los médicos activos mayores de 55 años. El corte etario fue fijado considerando aconsejable comenzar la preparación diez años antes de la jubilación, en el que la edad de 65 años es la fijada reglamentariamente para el retiro obligatorio en algunas instituciones de nuestro medio.

A efectos de elaborar un programa específico para la población destinataria, se consideró conveniente realizar lo que se dio en llamar “el diagnóstico”, consistente en una investigación para explorar y testear las principales hipótesis de trabajo en la población a quien se dirigía la propuesta, a los efectos de minimizar los errores de diseño del programa.

Dicha investigación se estructuró en dos etapas. En la primera de ellas –que fue de carácter cualitativo– se aplicaron entrevistas en profundidad a médicos mayores de 55 años, tanto a aquellos en actividad como a quienes ya estaban jubilados <sup>(2)</sup>.

Se define como médico activo a aquel que desempeñe por lo menos una actividad a nivel profesional.

Los objetivos principales de dicha etapa fueron, dentro del grupo de los médicos activos, la identificación de factores asociados a la actitud frente a la jubilación (favorable o desfavorable), que permitieran identificar factores que determinaran entre los médicos “grupos de riesgo” frente a la experiencia jubilatoria, es decir que se asocian con posibles experiencias jubilatorias negativas. En segundo lugar un objetivo muy importante de esta etapa de la investigación era “auscultar” la opinión acerca del programa y dejar libre expresión frente a la propuesta por parte de los entrevistados.

Dentro del grupo de los médicos pasivos el objetivo planteado fue identificar las distintas actitudes frente a la jubilación, conocer los principales problemas que enfrentan los médicos una vez que se jubilan, y que dejan la actividad laboral que desempeñaron durante más de 30 años. La identificación de estos factores en el grupo de los pasivos es un indicador empírico diferente al del grupo de los activos. Mientras que en el de pasivos la respuesta se basa sobre la experiencia jubilatoria concreta, en el caso de los médicos activos refiere al modo en que se proyecta la jubilación, a las fantasías asociadas con esa etapa, pero no se apoyan en la vivencia jubilatoria. En

todo caso la comparación de la información obtenida en ambos grupos revestía un objetivo en sí mismo.

La segunda etapa, de carácter cuantitativo, busca la representatividad estadística de la población en relación a las conclusiones del estudio. Para ello se aplicó una encuesta a la población de médicos mayores de 55 años de Montevideo <sup>(3)</sup>. Se diseñaron dos muestras independientes según condición de actividad (activos y pasivos) y también se aplicaron formularios distintos para ambos grupos. Los dos principales objetivos que se establecieron para la segunda etapa fueron: en primer lugar el testeo de algunas de las hipótesis que provienen de las entrevistas y en segundo término acercarse al número de los potenciales usuarios del programa.

### Contexto de la investigación

La investigación de la que parte este artículo surge frente a la necesidad de conocimiento sobre una realidad social de la cual no había suficiente información previa. Si bien algunos de los profesionales integrantes de la Comisión de Preparación para la Jubilación contaban con experiencia en la temática, el diseño de un programa focalizado en la problemática específica que enfrentan los médicos en torno a la jubilación requería de información precisa sobre este sector profesional, lo que justificó el estudio.

La medicina en sí misma, y en consecuencia la profesión médica y quienes la personifican –los médicos– comparten una carga de significaciones sociales y símbolos con respecto a su desempeño profesional y a su vida laboral que tiene su revés en la etapa jubilatoria. Generalmente, los médicos asocian la jubilación a significaciones de signo negativo.

Aumentar la calidad de vida de los médicos en la etapa jubilatoria se define como uno de los intereses gremiales del SMU, en una clara demostración institucional de focalizar acciones en todo el ciclo vital y laboral de sus asociados.

Si bien el programa se dirige a médicos que aún no se han retirado por completo de la actividad laboral, los objetivos que pretende cumplir se ubican sobre todo en la etapa jubilatoria. El interés institucional, en consecuencia, sobre este tramo vital de sus asociados, reviste una connotación significativa, en una sociedad que por lo general ha sido “descuidada” en la problemática de la tercera edad.

La iniciativa del Programa de Preparación para la Jubilación de los médicos no sólo abre camino en ese terreno en el ámbito de los profesionales universitarios, sino que su diseño, basado en un estudio particularizado sobre la población destinataria de la propuesta tampoco reconoce antecedentes a nivel nacional.

**Tabla 1.** Valores de referencia de los universos de análisis

Variables de estratificación	Activos	Pasivos
Entre 55 y 65 años	860	62
Mayores de 65 años	304	607
Total	1164	669

Nivel de confianza de los universos activos y pasivos: 95.5%

Margen de error del universo activo:  $\pm 6$ . Margen de error del universo pasivo:  $\pm 4$ .**Tabla 2.** Edad de los médicos activos encuestados (%)

Edad	Porcentaje
55-59	45
60-64	33
65-69	14
70 y más	8
Total	178

### Aspectos metodológicos de la investigación

En la primera fase de la investigación se utilizó la técnica de entrevistas en profundidad, con pauta semiestructurada. Esta etapa se ejecutó en dos meses y se realizaron 40 entrevistas en total, para los dos subuniversos definidos (médicos activos y pasivos).

Para la segunda fase, consistente en la aplicación de una encuesta, se mantuvo el criterio de estudiar tanto la población de médicos activos como la de los médicos ya jubilados. En consecuencia, una vez definidos los dos subuniversos de estudio en función de la condición de actividad de los médicos de Montevideo, se incorporó la variable de corte "edad" –la que se entendió discriminatoria de las opiniones sobre la jubilación– para la fijación del tamaño muestral de ambos universos. Como marco muestral se utilizó el Padrón de Médicos del Uruguay que elabora el SMU. De dicho padrón se obtuvo la información pertinente para la determinación del número necesario de elementos a ser indagados en la encuesta, estableciéndose además un nivel de confianza y margen de error usuados habitualmente en investigaciones de tipo social. Tales referencias se representan en la tabla 1.

Dada la información precedente se optó por un diseño muestral consistente en aleatoriedad simple en su constitución y captación, con una probabilidad conocida y diferente en función de las edades de los médicos.

### Resultados

#### Médicos activos

Dentro de las características socioestructurales de esta

**Tabla 3.** Sexo de médicos activos (%)

Sexo	Porcentaje
Masculino	68
Femenino	32
Total	178

población (las cuales revisten importancia en la medida que se asocian con los comportamientos y actitudes hacia la jubilación), se destacan la distribución por sexo (68% de los encuestados fueron del sexo masculino), y por edad (45% de 55-59 años, 33% de 60-64 años, 14% de 65-69 años y 8% de 70 y más) (tablas 2 y 3) <sup>(4)</sup>.

El tipo de hogar del médico se distribuye diferente según el sexo, constatándose que la probabilidad de vivir con pareja e hijos es muy superior en el caso de ser hombre que mujer (62% de los médicos activos hombres vive en hogares nucleares y sólo lo hace 23% de las médicas activas mujeres) (tabla 4). Por otra parte, los hogares unipersonales son típicamente femeninos en esta población (18% de las médicas mujeres, 1,6% de los médicos hombres). Esta significativa asociación entre sexo y tipo de hogar sugiere que en relación al tema jubilatorio, la distinción entre hombres y mujeres cobre especial importancia en la medida que la familia (especialmente la pareja), cumple un rol fundamental en cuanto a la elaboración y adaptación al retiro laboral.

El número de cajas de jubilación a las que el médico pertenece es un dato relevante, en lo que puede constituir su "estrategia jubilatoria". El ingreso percibido por concepto de jubilaciones es mayor en la medida en que aumente el número de cajas, no así el número de cargos (si estos pertenecieran a una misma caja la suma está sujeta a tope). A partir de la información recogida en la encuesta se sabe que 11% del total de médicos pertenecen a cuatro cajas, 54% de ellos pertenecen a tres cajas, 29% aporta o percibe jubilación de dos cajas y 6% restante sólo pertenece a una caja.

Un aspecto que caracteriza el proceso jubilatorio de los médicos es su secuencialidad: la jubilación se produce gradualmente por sucesión de retiro en diferentes cargos

**Tabla 4.** Tipo de hogar según sexo de médicos activos (%)

Tipo de hogar	Sexo		
	Masculino	Femenino	Total
Unipersonal	1,6	17,9	6,7
Pareja	21,3	19,6	20,8
Pareja + hijos	61,5	23,2	49,5
Hijos	1,6	10,7	4,5
Pareja más otros parientes	9,8	7,1	9,0
Otro tipo de hogar	4,1	21,4	9,5
Total	122	56	178

**Tabla 5.** Jubilación parcial por edad de los médicos activos (%)

Jubilación parcial	Edad				
	55-59	60-64	65-69	70 y más	Total
Jubilación parcial	13,4	50,0	64,0	76,9	37,1
Sin jubilación	86,6	50,0	36,0	23,1	62,9
Total	82	58	25	13	178

y cajas. Es así, que es posible definir situaciones de “*jubilación parcial*”, es decir casos en que el médico en actividad percibe al menos una jubilación de alguna caja (tabla 5). La significación de este dato está dada en la medida que la jubilación parcial constituye una experiencia jubilatoria. El hecho de ir realizando el retiro laboral de forma parcial o escalonada permite amortiguar los efectos del retiro, al menos en la medida que esto implica ir planificando el tiempo que queda liberado de los cargos de los que se jubila primero. Como es lógico, la jubilación parcial es más probable que ocurra a medida que aumenta la edad. A los 60 años 50% de los médicos ya está jubilado de alguna caja y 77% de los médicos que permanecen en actividad con más de 70 años, tienen alguna experiencia jubilatoria.

#### Las actitudes frente a la jubilación

Del análisis de *las entrevistas* realizadas surge que en el caso de los médicos activos, uno de los temas que se asocian inmediatamente en torno a la decisión de jubilarse es el económico. Este factor es el que aparece como más objetivable para tematizar la jubilación. Sin embargo, a pesar de la recurrencia con que se manifiesta en las entrevistas realizadas, no es la única dimensión que se trata. En relación a la decisión de jubilarse se mencionan como motivos para mantener la actividad profesional los *sentimientos de soledad* (representados típicamente en la viudez o soltería), en su función estructuradora del tiempo y de las relaciones cotidianas, y las *responsabilidades*

(generalmente de orden económico) que los médicos tienen o se crean, aunque sean de carácter temporal (hijos, nietos). En algunas entrevistas se menciona la *visualización de la jubilación como una decisión irreversible*, “que no tiene vuelta atrás” y que manifiesta el fin de una etapa que anuncia el “*comienzo del declive, del camino hacia la muerte*”. La vejez, es otro de los temores que se enfrentan cuando se piensa en la jubilación, según cuentan algunos de los médicos entrevistados. La idea de la *pérdida del “poder médico”* es otro de los elementos de consideración señalado en alguna entrevista como explicaciones posibles para la postergación de la decisión de retirarse. Por otro lado surge el hecho de la *medicina como una actividad altamente absorbente y concentradora*, inhibidora de la realización de otro tipo de actividades, lo que conduce a que el médico no sepa qué hacer una vez que se jubila. “Los médicos solo saben hablar de medicina. No tienen imaginación ni siquiera para gastarse la plata” o “...medicina es lo único que sé hacer, qué me queda si me jubilo...”. En cualquier caso no todas las ideas asociadas a la jubilación adquieren valoración negativa o son referidas a elementos desfavorables. En muchos casos el relato de los entrevistados es de proyección deseada de *realización de actividades concretas* para la etapa jubilatoria, que generalmente se relacionan con actividades plásticas y culturales. *La familia* es una variable que aparece mencionada recurrentemente en función de la proyección jubilatoria de los médicos activos.

De las entrevistas en profundidad surge que la jubilación es percibida de forma diferente en el caso de ser im-

**Tabla 6. ¿Ha pensado en jubilarse?**  
Según edad de médicos activos (%)

¿Ha pensado Ud. en jubilarse?	Edad				
	55-59	60-64	65-69	70 y más	Total
Frecuentemente	25	35	52	46	34
En ocasiones	38	37	28	15	34
Nunca	37	28	20	39	32
Total	82	57	25	13	177

**Tabla 7. ¿Ha pensado en jubilarse?**  
Por edad, según sexo de los médicos activos (%)

¿Ha pensado en jubilarse?	Sexo									
	Masculino					Femenino				
	Edad					Edad				
	55-59	60-64	65-69	70 y más	Total	55-59	60-64	65-69	70 y más	Total
Con frecuencia	24	38	40	42	32	29	29	70	100	38
En ocasiones	35	35	33	17	33	43	41	20	—	38
Nunca	41	28	27	42	35	29	30	10	—	25
Total (cifras absolutas)	54	33	15	12	121	50	17	10	1	56

puesta (por límite de edad a los 65 años) que en caso de ser decidida voluntariamente. La obligatoriedad jubilatoria en un punto en el tiempo, con independencia del estado situacional individual, es en muchos casos objetivada como injusta y arbitraria.

Debe reconocerse, de todos modos, un corte a nivel etario que, probablemente, en función a la mayor o menor distancia temporal con la instancia jubilatoria, otorga distinto carácter y énfasis en las respuestas sobre la temática. En el caso de los médicos menores de 65 años la jubilación se percibe francamente como un suceso alejado en el tiempo y –salvo excepciones– no se ha pensado en ella. Las respuestas adquieren por lo general un carácter impersonal y poco comprometido por esta razón, que también se manifiesta en falta de información sobre factores instrumentales para la toma de decisión de retiro laboral (trámites, condiciones, monto de ingresos, etcétera). Generalmente la presión de respuestas sobre la temática que impone la entrevista conduce a tomar como referencia los casos de otros colegas que han vivido la experiencia del retiro. En varios casos se menciona la idea de “deterioro”. Los médicos activos más jóvenes entrevistados sugieren como consecuencia de la jubilación que “se pierde el tren muy rápido, cuando uno deja la actividad.” “Veo que se han achacado. Yo conozco viejos

maestros que estaban en actividad, que estaban bien. Y pasaron a la pasividad y en poco tiempo el deterioro ha aumentado...” Este tipo de respuestas marca estar pensando en el retiro situado claramente desde una perspectiva de la actividad laboral. Es decir “los beneficios de ir en el tren o los perjuicios de haberlo perdido” tiene clara referencia a la noción de la imprescindible actualización de conocimientos, informaciones, etcétera en relación al desempeño profesional. Sin embargo, el valor de esta actualización se redimensiona necesariamente en la etapa jubilatoria, en consecuencia se denota una “lógica” de actividad para situar el retiro.

Para medir la predisposición jubilatoria *en la encuesta* se optó por una serie de indicadores. Uno de ellos es la frecuencia en que los médicos en actividad piensan en su jubilación, basándose en que la predisposición hacia la jubilación es mayor en la medida en que aumenta la frecuencia en la consideración del tema. Nadie decide algo sobre lo cual nunca haya pensado. De este modo se obtiene una primera escala hacia la predisposición jubilatoria.

Los médicos encuestados se distribuyen homogéneamente en las tres categorías consideradas, es decir 34% ha pensado en la jubilación con frecuencia, otro 34% lo ha hecho en ocasiones y 32% restante nunca ha pensado en jubilarse. A partir de estos datos es posible construir

**Tabla 8. ¿Ha pensado en jubilarse?**  
Según impacto de la jubilación en médicos activos (%)

¿Ha pensado en jubilarse?	Impacto			Total
	Positivo	Neutro	Negativo	
Con frecuencia	37	35	27	33
En ocasiones	40	35	29	34
Nunca	23	29	45	33
Total	48	45	63	156

una tipología actitudinal respecto a la predisposición jubilatoria. Debe tenerse presente que la utilidad de esta tipología es analítica y no clasificatoria. Por lo tanto, esta construcción trata “tipos puros” y no necesariamente los casos estudiados tienen que clasificar en alguno de ellos.

I) Dentro de quienes “no han pensado nunca en la jubilación”, se percibe una mayor proporción de médicos comprendidos en los tramos de entre 55 y 59 años y en edades superiores a 70 años. Claramente estos datos denotan situaciones diferentes. Por un lado, se distingue un grupo, que aún no llega a los 60 años, que no ha pensado *todavía* en la jubilación y un segundo grupo conformado por quienes luego de haber superado los 70 años, no piensan jubilarse. En la categoría “nunca ha pensado en su jubilación” se encuentra una mayor proporción de hombres (35%) que de mujeres (25%), lo que estaría marcando una resistencia relativa mayor a la jubilación en el caso del sexo masculino (tablas 6 y 7).

Un primer “tipo” o categoría estaría conformado por aquellos que han decidido no jubilarse, es decir, quienes rondan los 70 años de edad y declaran no haber pensado nunca en su jubilación. Esta categoría estaría compuesta mayoritariamente por hombres, que probablemente respondan a una valoración de la profesión tal que no puedan concebir la vida sin ella. En este grupo pueden encontrarse situaciones diversas como explicativas de dicha valoración profesional (incapacidad para soportar la pérdida del rol social que supone el retiro de la actividad médica, vocación, honor, etcétera). Este grupo podría ser llamado “desajustado”, respondiendo sólo a la idea que la jubilación pertenece a un proceso normal y deseable dentro del ciclo vital, y que la resistencia a ella no se “ajusta” a los patrones social y culturalmente establecidos de comportamiento laboral, en donde el ciclo también tiene un fin cronológicamente pautado. No hay asociado al nombre del grupo ningún tipo de juicio de valor peyorativo.

II) Un segundo grupo que puede definirse es el que nunca pensó en la jubilación *aún*. Está conformado bási-

camente por médicos entre 55 y 59 años de edad que todavía no se plantean el tema jubilatorio (responden que nunca han pensado en ello), pero no puede inferirse a partir de allí que la nieguen como posibilidad vital. Ello significa que probablemente la jubilación sea visualizada como un suceso lejano en el tiempo. Dentro de este tipo también existe una probabilidad más alta de encontrar hombres (41%) que mujeres (29%).

III) Un tercer tipo o categoría que es posible definir a partir de la predisposición jubilatoria medida a través de la frecuencia del planteamiento del tema, es por la respuesta de quienes han pensado en ocasiones en jubilarse. Esta respuesta se asocia básicamente a edades tempranas (de 55 a 64 años), lo que está marcando una reflexión y aceptación gradual del retiro laboral. En este grupo la proporción relativa entre hombres y mujeres es levemente favorable a las últimas. Podría clasificarse a este grupo como “ajustado o regulado” en la medida que el planteo ocasional del retiro laboral, en edades tempranas, permitiría ir conformando un estado de situación y planificando el retiro con anticipación. Se asocia la idea en este caso de un mayor control de la situación por parte del individuo, lo que permitiría obtener resultados previsibles o al menos con menor margen de incertidumbre. Se percibe, en este caso, una conducta “ajustada” a lo socialmente esperable y una continuidad de los procesos de cambio a nivel individual.

IV) Un cuarto tipo de actitud de los médicos frente a la jubilación se obtiene a partir de la respuesta “ha pensado con frecuencia en la jubilación”. Como es lógico la distribución por edad en esta categoría es tal que la probabilidad de pertenecer a ella aumenta a medida que aumenta la edad. Es decir que este tipo de predisposición jubilatoria, que podríamos llamar favorable, se encuentra mayormente en los médicos mayores de 65 años. Por otra parte, las mujeres tienen mayor probabilidad que los hombres a pertenecer a esta categoría. Tal como lo habíamos visto en los otros casos, esto

**Tabla 9.** Cree que si se jubilara ¿extrañaría (mucho, poco, nada) a sus colegas? ¿A sus pacientes? ¿Su ambiente de trabajo? (%)

	<i>Colegas</i>	<i>Pacientes</i>	<i>Ambiente de trabajo</i>
Mucho	45	62	57
Poco/nada	55	38	43
Total	177	176	177

marca que la conformidad frente al retiro se asocia al sexo femenino, mientras que la resistencia sería más común en los hombres (tabla 8).

#### *Opinión sobre el impacto de la jubilación*

Con respecto a lo que los médicos activos creen sobre el impacto que la jubilación tendrá en sus vidas, 30% responde creer que el impacto de la jubilación será positivo, 29% de los encuestados responde que cree que el impacto será neutro y 41% de ellos cree que el impacto de la jubilación será negativo.

Al ver cómo se relaciona la consideración del impacto con la frecuencia del planteamiento de la jubilación, se marca como una primera tendencia que quienes resisten la jubilación (nunca piensan en ella) creen que el impacto de la misma será negativo, por lo cual podría pensarse en una "negación" del tema. La tendencia contraria también se verifica: a medida que se piense con mayor frecuencia en el tema, las probabilidades de creer que el impacto de la jubilación será favorable aumenta.

Vinculando las respuestas que los médicos activos dan en relación a la frecuencia en que piensan su jubilación y el impacto que creen que ésta tendrá en sus vidas, en el primer tipo definido (desajustado) la creencia que el impacto de la jubilación será *negativo*, es mayoritario (45%). En el caso del segundo tipo o categoría definido por aquellos que aún no han pensado en la jubilación, de edades menores a 60 años y que perciben el suceso jubilatorio como lejano en el tiempo, la distribución en relación a la opinión del impacto es homogénea. En los tipos definidos como "ajustado o regulado" y "favorable o próximo" a la jubilación se percibe una leve tendencia a favor de la consideración de un impacto positivo en la vida de los médicos a partir de la jubilación. En términos generales las médicas mujeres en actividad manifiestan una opinión menos negativa sobre el impacto que la jubilación tendrá en sus vidas que los médicos hombres.

#### **La trama vincular**

El estudio de las dimensiones de la trama vincular asociada a la actividad laboral revistió especial interés dentro de la investigación, puesto que se consideró uno de

los aspectos específicos de la profesión médica. A tales efectos se diferenciaron tres dimensiones: las relaciones con los colegas; la relación con los pacientes; la relación con el ambiente de trabajo (enfermeros, funcionarios). Las dimensiones consideradas hacen alusión por consiguiente a distintos órdenes. En la primera de ellas, *las relaciones con los colegas* no sólo refieren a la sensación de pérdida en tanto carácter afectivo de las relaciones entre pares, sino específicamente entre otros profesionales que continúan "activamente" en la función médica (tabla 9). Sin duda esta dimensión connota –en la reestructuración necesaria a posteriori de la jubilación de los vínculos con colegas– el prestigio social, profesional o académico, implícito en este tipo de contactos. En este sentido, el concepto de "capital simbólico" utilizado por Pierre Bourdieu<sup>(4)</sup> puede constituir un aporte en la interpretación de esta dimensión, en la medida que su reestructuración sin duda responde a estrategias de los agentes en función de ciertas relaciones de poder y de posición dentro de la estructura social, en función de las significaciones asociadas.

En la segunda dimensión *la relación con los pacientes* marca una relación básicamente afectiva, aunque vertical, y probablemente la más difícil de reproducir desde la jubilación. Básicamente es una relación que pertenece al orden propio del ejercicio profesional y su reconstitución desde la jubilación necesariamente cambia el carácter de la misma. En todo caso será una nueva relación entre las mismas personas, pero el carácter será –percibido– diferente. En cambio *la relación con el ambiente de trabajo*, (definido como la relación con los enfermeros, funcionarios, local físico en donde se desenvuelve la actividad médica, la relación institucional<sup>(5)</sup>) admite márgenes de variabilidad mayores desde la jubilación. Esto podría significar que en la reconstitución del vínculo con el ambiente de trabajo el médico probablemente está más "libre" para redefinir las situaciones, es decir está menos pautado, menos normativamente establecidos los márgenes en que deban permanecer estas relaciones, y en consecuencia, el componente afectivo adquirirá mayor dimensión en la determinación en estos procesos que en los anteriormente señalados.

Aproximadamente uno de cada dos médicos temen la

pérdida en las tres dimensiones consideradas de la trama vincular, como producto de la jubilación. Dentro de ellas la pérdida de la relación con los pacientes es la más sentida (62% cree que extrañaría mucho), y le siguen el ambiente de trabajo (57%) y luego la relación con los colegas (45%).

A partir de la triangulación de las técnicas del diagnóstico (encuesta y entrevistas) es decir, incorporando elementos de la información recogida en las entrevistas para interpretar los resultados de la encuesta, es posible decir que dado que generalmente el ejercicio de la medicina es una actividad con una alta dosis de competitividad entre colegas, la jubilación pueda significar para muchos profesionales un alivio de la tensión en este plano. Este aspecto puede explicar la menor performance relativa de la relación entre colegas en las respuestas "extrañaría mucho". Otra posibilidad interpretativa de estos datos sugiere que la profesión médica, así como está altamente pautada a nivel del desempeño, y de ejercicio, tiene una carga de significaciones muy solidificada. En este sentido, tanto la vocación como el sentimiento de servicio asociado socialmente a la disciplina fueron recurrentemente mencionados en las entrevistas. Esto hace pensar en que dentro de este esquema de significaciones asociadas al ejercicio médico, la relación con los pacientes sea valorada especialmente y fuente de una gratificación difícilmente sustituible en la pérdida del ejercicio profesional que se asocia a la jubilación. En función de ello, puede explicarse que 62% de los encuestados respondan que creen extrañarán mucho esta relación. La performance aumenta entre aquellos médicos que se desempeñan en especialidades con contacto con pacientes frente a aquellos que no lo tienen (microbiólogos, laboratoristas, radiólogos, etcétera).

#### *Predisposición a la participación en el programa*

Uno de los principales focos de interés de la encuesta era aproximarse a una medición cuantitativa de los posibles participantes del programa.

Más de las tres cuartas partes (77%) de la población de referencia no cuenta con conocimientos sobre este tipo de programas de preparación para la jubilación. Este dato indica que la forma en que los médicos "preparan" su jubilación no remite a este tipo de instancias formalizadas y generalmente colectivas, sino a un esfuerzo individual, sobre todo en la búsqueda de actividades para realizar en el tiempo que se libere de las actividades laborales y profesionales a medida que se vayan jubilando. Sin duda que otro factor que interviene en estos resultados es la carencia de información masiva de este tipo de programas, así como de sus efectos y resultados. En relación a la medida de la predisposición a participar en el PPJ del SMU, 52% de los médicos activos respondió estar dispuesto a brindar su experiencia personal en el programa, 42% declaró

no estar dispuesto a participar de esta instancia. Se percibe una mayor predisposición relativa a la participación en las edades que son pautadas socialmente (e institucionalmente en varios casos) en las que debe darse la jubilación. Una menor predisposición relativa es percibida entre los médicos menores de 60 años, tal vez por no sentir la necesidad de empezar aún con la preparación para la etapa jubilatoria en la medida en que se ve lejana en el tiempo. Relativamente menor aun es la predisposición a la participación en el programa por los médicos mayores de 70 años. El género también marca diferencias (aunque leves) de predisposición a la participación. Los hombres parecen estar más dispuestos que las mujeres en la participación en el programa.

En un contexto de significativo desconocimiento sobre este tipo de programas e instancias, al que se suma la poca experiencia, a nivel genérico, en dinámicas de grupo y utilización de espacios colectivos de discusión, de parte de los médicos mayores de 60 años, los porcentajes de predisposición positiva a la participación adquieren magnitudes importantes. Quizá esto signifique una necesidad hasta el momento latente, que se hace manifiesta en esta instancia de exploración y de acercamiento al tema.

#### *Médicos pasivos*

69% de los médicos jubilados encuestados son mayores de 70 años. 68% son hombres. 13,5% del total de médicos pasivos encuestados viven solos, 43% solo con su pareja, 13,5% con pareja e hijos, 8% solo con hijos, 21% en otro tipo de hogar. No se registran diferencias significativas entre los médicos activos y pasivos en cuanto al número de cajas a las que pertenecen. 11% de los médicos pasivos percibe jubilaciones de cuatro cajas, 43% de tres cajas, 38% de dos y 8% de solo una caja. 62% de los médicos jubilados lleva más de tres años de retiro laboral.

#### *Opinión sobre el impacto de la jubilación*

53,4% de los médicos pasivos encuestados considera que la jubilación tuvo en sus vidas un impacto positivo, 31,5% que no tuvo impacto (neutro) y 15,1% que tuvo un impacto negativo.

La evaluación del impacto de la jubilación se hace más tenue (neutro) a medida que avanza la edad, a la inversa entre los médicos de menor edad el impacto jubilatorio adquiere mayor intensidad (tanto sea el impacto evaluado positiva como negativamente) (tabla 10). Al introducir el tiempo de jubilados en el análisis, se percibe que la edad solo diferencia la opinión sobre el impacto jubilatorio en la medida en que el período de jubilación sea menor a tres años (tabla 11). En este caso los menores de 70 años tienden en mayor proporción a evaluarlo negativo (27% y 8% respectivamente), mientras que los mayores de 70 años lo evalúan neutro en mayor proporción que los me-

**Tabla 10.** Impacto de la jubilación según la edad (%)

¿Qué impacto tuvo la jubilación en su vida?	Edad		Total
	Hasta 69 años	70 años y más	
Positivo	59,1	51,0	53,4
Neutral	18,2	37,3	31,5
Negativo	22,7	11,8	15,1
Total	100	100	100

**Tabla 11.** Evaluación del impacto por edad según tiempo de jubilados (%)

Ud. evalúa que el impacto de la jubilación ha sido...	Tiempo de jubilados						total	
	menos 3 años			más 3 años				
	Edad		Subtotal	Edad		Subtotal		
	hasta 70 años	70 y más		hasta 70 años	70 y más			
Positivo	66,7	61,5	64,3	42,9	47,4	46,7	53,4	
Neutral	6,7	30,8	17,9	42,9	39,5	40,0	31,5	
Negativo	26,7	7,7	17,9	14,3	13,2	13,3	15,1	
Total	15	13	28	7	38	45	73	

nores de esa edad (31% y 7% respectivamente). El impacto de la jubilación está dado en la medida en que ésta significa un cambio en el estado de vida de una persona. Por lo tanto está en función de la redefinición de la estructura vital en nuevos parámetros espacio-temporales del médico que ingresa en la pasividad. Una vez que ha transcurrido un tiempo considerable de ese ingreso, la edad no discrimina en la evaluación que se realice del impacto. El sexo no discrimina la evaluación del impacto jubilatorio.

#### Trama vincular

Se estudió entre los médicos ya jubilados la opinión sobre cuánto extrañaron los vínculos en las tres dimensiones (colegas, pacientes y ambiente de trabajo) (tabla 12). Es notable cómo lo que los médicos activos creen que extrañarán (puesto que aún no están jubilados) es en magnitud superior a lo que los médicos pasivos responden que extrañan (de los médicos pasivos 36% extraña mucho a los colegas, 43% extraña mucho a los pacientes y 38% extraña mucho el ambiente de trabajo). El género diferencia la opinión con respecto a la trama vincular, siendo las mujeres más aprehensivas afectivamente (o más dispuestas a manifestar que extrañan) en las tres dimensiones consideradas.

#### Opinión respecto a las ventajas y desventajas de la jubilación

Las principales ventajas que asocian los médicos pasivos a la jubilación son la “*posibilidad de hacer cosas que no*

*pudo hacer en actividad*” (38%), “*descanso, tranquilidad, libertad*” (38%) y “*poder dedicarse más a la familia*” (11%) (tabla 13). Se aprecian diferencias en la identificación de las ventajas por género y edad, siendo las mujeres y los médicos jubilados menores de 70 años más proclives a responder la “*realización de otras actividades...*” y los hombres y los médicos jubilados mayores de 70 años quienes tienen mayores probabilidades de respuesta en la categoría “*descanso, libertad y tranquilidad*”.

Si entre los médicos que permanecen en actividad el principal factor desventajoso que se asocia a la jubilación es la disminución de los ingresos, (es la dimensión más objetivable), la respuesta mayoritaria entre los médicos pasivos respecto a las desventajas de la jubilación es “*la desvinculación con la medicina*” (27%). Esta respuesta alude a la pérdida del rol social, de la actividad en sí, y sin duda a una alta dosis vocacional que se reconoce en la profesión médica. El “*no sentirse útil*” recoge 11% de las respuestas de identificación de desventajas entre los pasivos, “*sentir que los años han pasado*” 14%, lo que está marcando que en el tema jubilatorio se presenta simultáneamente el tema de la vejez, y “*menores ingresos*” recoge 11% de las respuestas. Sin duda, para los pasivos las prioridades respecto a las desventajas de la jubilación no pueden asimilarse a las que tienen los activos, marcándose en forma notoria la baja performance relativa que adquiere el factor económico en esta etapa. La respuesta en esta variable (o pregunta) remite directamente a su experiencia personal en tanto médico jubilado. Sin embargo, al responder sobre cuáles son las razones por las que cree

**Tabla 12.** Extraña las relaciones con pacientes, colegas y ambiente de trabajo. Médicos pasivos (%)

Extraña	Colegas	Pacientes	Ambiente
Mucho	36,5	43,2	37,8
Poco/Nada	63,6	56,8	62,2
Total	100	100	100

**Tabla 13.** Opinión sobre ventajas de la jubilación. Médicos pasivos (%)

¿Cuáles considera que son las 3 principales ventajas de estar jubilado? <sup>1</sup>	Principales ventajas (en orden) y suma de menciones			
	1 <sup>a</sup> Mención	2 <sup>a</sup> Mención	3 <sup>a</sup> Mención	1 + 2 + 3
Tener tiempo para hacer cosas que en actividad no pudo hacer	37,8	16,2	5,4	19,8
Poder dedicarse más a su familia	10,8	12,2	10,8	11,3
Descanso/Libertad/Tranquilidad	37,9	44,7	35,2	39,2
Asegura un ingreso fijo mensual	4,1	9,5	12,2	8,6
Otras	2,7	5,4	5,4	4,5
No sabe	6,8	12,2	31,1	16,7
Total	74	74	74	222

1. Las opciones de respuesta surgen de la primera parte del diagnóstico, las entrevistas. A los efectos de la construcción del cuadro, se agruparon algunas categorías.

que los médicos (los otros) no se quieren jubilar responden en primer lugar a razones de índole económica y en segundo lugar a motivos que refieren a la vocación ("la medicina es la fuente más gratificante en sus vidas"). Sin duda, la inconsistencia entre el orden de los factores que surge entre ambas preguntas o variables y que lo económico no sea el único factor que se identifique en la referencia a "los otros" supone la invalidez relativa de un modelo lineal que estableciera que a mayores ingresos jubilatorios, mayor disposición a jubilarse por parte de los médicos o por lo menos a una disminución de los años de actividad voluntaria de los médicos. Tales razonamientos parecerían infundados en función de la información obtenida en este estudio. El temor a dejar de ser útiles y productivos en la etapa jubilatoria, la pérdida de la gratificación que provee el ejercicio profesional, el no saber qué hacer con el tiempo libre, el asociar jubilación con vejez —y en muchos casos con la muerte— son dimensiones a las que los médicos jubilados aluden al hacer referencia a las resistencias que se generan para decidir jubilarse y a las dificultades que se enfrentan en esta etapa, que justifica que más de 50% de ellos opine que "todos los médicos deberían prepararse para su jubilación" y que un programa de preparación jubilatoria para médicos debería necesariamente ser tenido en cuenta.

### Summary

The Uruguayan Medical Association carried out a program of preparation for specific retirement for physicians. In its original pattern its outline was based on the study of the recipient population.

Of the social grouping listed in the Register of Physicians as performed by the Association itself, were selected those aged 55 or older, a division being carried out of active and passive subjects. The active ones were program-recipients. With different target both groups were exploded by means of interviews and a survey.

In the group of actives the following items were explored: socio-structural characteristics, attitudes as regards retirement, opinion on the impact of retirement, connection pattern, advantages and disadvantages of retirement.

Available results exhibited surprising differences between both groups, with a predominantly positive judgement as regards in the passive group and a negative judgement in the active group; the economic factor, the utmost concern of the actives is displaced by others, down to a very secondary place in the passives.

### Résumé

Le Syndicat Médical de l'Uruguay a fait un programme

de préparation à la retraite, spécifique pour ses médecins. Sous forme originale, son projet s'est basé sur l'étude de la population destinataire.

Parmi la masse sociale registrée au Recensement de Médecins réalisé par le propre Syndicat, on choisit ceux de 55 ans ou plus, et on les classe en passifs et actifs. Les actifs étaient les destinataires du programme. Ayant des objectifs différents, les deux groupes ont été analysés au moyen d'entrevues et d'enquêtes.

Au groupe des actifs, on analyse: les caractéristiques sociostructurales, les attitudes face à la retraite, les opinions sur l'impact de la retraite, liens et prédisposition à participer au programme.

Au groupe des passifs: caractéristiques socio-structurales, opinions sur l'impact, liens, avantages et désavantages de la retraite.

Les résultats ont révélé de surprenantes différences entre les deux groupes, le groupe des passifs ayant une op-

nion surtout positive sur l'impact de la retraite, et le groupe des actifs, l'opinion contraire: le facteur économique, la préoccupation primordiale chez les actifs, est repoussé par d'autres facteurs chez les passifs.

### **Bibliografía**

1. **Sindicato Médico del Uruguay, Comisión de preparación para la jubilación.** Preparación para la Jubilación. Experiencia del SMU. Montevideo: SMU, 1996: 200 pp.
2. **Filardo V, Margel G.** Programa de Preparación para la Jubilación. Primer informe del Diagnóstico: Entrevistas. Montevideo: SMU, 1994.
3. **Filardo V.** Programa de Preparación para la Jubilación. Segunda parte del Diagnóstico: Encuesta. Montevideo: SMU, 1994.
4. **Bourdieu P.** Cosas Dichas. Buenos Aires: Gedisa, 1988.
5. **Cohen I.** Teoría de la estructuración y Praxis Social. In Giddens, A. Teoría Social Hoy. Alianza, 1989.