

Políticas para la salud: un intrincado camino...

...empedrado de buenas intenciones

PO R SABEL FERNÁNDEZ

El 14 de julio próximo pasado, el Ministerio de Salud Pública (MSP) distribuyó una carpeta donde se incluía la política para el sector mutual.

A la inversa de lo que suele suceder con otros documentos del Ejecutivo, la reacción de los actores involucrados se hizo esperar. Y quizá esa conducta no era más que el producto de la gravedad de la situación. El tema no podía ser analizado a la ligera, no bastaban 24 ni 48 horas para decidir si se estaba o no de acuerdo.

En pocos días, las opiniones comenzaron a difundirse y no faltó quien dijo que mucha alharaca por las IAMC, pero ¿y por casa cómo andamos?...

Menos denuncias, falta de todo

"En oportunidades en que los médicos suelen dar de alta a los pacientes para que éstos continúen con un tratamiento ambulatorio, al llegar a Admisión y luego a Farmacia, los médicos terminan reingresándolos porque no consiguen la medicación para el tratamiento. De esa manera, para no arriesgar la vida de los pacientes, los reingresan", expresó el dirigente de la Federación de Funcionarios de Salud Pública, Ángel Batalla, el día 17 de agosto, durante la sesión de la Comisión de Salud Pública de la Cámara Alta.

La situación de Salud Pública es notoria no sólo para quien presta servicios, sino, fundamentalmente, para quien los recibe. Parece ser que lo único que sobra en los centros asistenciales del MSP son denuncias, porque materialmente, en lo que tiene que ver con la atención sanitaria, falta de todo.

En el mes de agosto, y mediante un comunicado a la población, la Sociedad Uruguaya de Neonatología y Pediatría Intensiva denunció la grave situación asistencial por la que está pasando el Hospital Pereira Rossell: falta de material indispensable para cumplir con la función de salvar vidas, desde *"ropa de cama, material estéril y sondas de aspiración"*.

En los últimos dos meses, el Ministerio de Salud Pública se encuentra abocado a una reestructura. En julio se dio a conocer el Documento de Políticas sobre el Mutualismo. Dos meses y medio más tarde, el inciso 12 del Proyecto de Ley de Presupuesto. Parlamentarios, profesionales y sindicatos están abocados al estudio de los mismos. Mientras tanto, la crisis continúa.

El día 18 de ese mismo mes, los funcionarios de ese centro paralizaron sus actividades por la mañana, denunciando las carencias en el servicio por el atraso en los pagos a proveedores y prestadores. La semana anterior, y por la misma causa, se movilizaron los trabajadores del Hospital Vilardebó, denunciando la falta de compra de medicamentos para los enfermos crónicos, *"poniendo en riesgo no sólo su salud, sino también su vida"*.

El 4 de setiembre, fuentes médicas del Instituto de Oncología (INDO), declararon a *La República* que *"a partir del día 15 de cada mes, el Instituto se queda sin antibióticos, citostáticos. 'Hacen falta drogas para tratar la leucemia en niños, tales como Aracitin y Bincristina, entre otros' (...). Fuentes del INDO dijeron a La República que la decena de laboratorios que comercializa con el Instituto, no está entregando fármacos regularmente debido a la deuda 'no paga por Salud Pública'"*. Para confirmar estas declaraciones, *Noticias* consultó a varios profesionales, quienes expresaron que *"si bien es verdad que el Banco Nacional de Citostáticos tiene su sede en el INDO, y que hay algunos inconvenientes en el suministro de estas drogas a otros centros de salud del país, la carencia no se ha notado en lo que a antibióticos respecta"*.

En todo el país se seguía sin reactivos para los análisis de VIH, lo que no sólo afecta a los usuarios de Salud Pública, ya que ésta debe verificar los resultados positivos de la salud privada.

A su vez, Batalla denunció ante los senadores que *"en una visita que hicimos a Río Branco constatamos que había solamente tres volúmenes (de sangre); si era necesario hacer una transfusión por una simple cesárea o por un accidente, por más que hubiera 50 o 100 donantes, era imposible*



llevarla a cabo". Y agregó que *"el 99% de los blocks quirúrgicos en nuestros hospitales no opera más que las urgencias, por las carencias existentes en los mismos, encareciendo y resquebrajando totalmente el sistema de atención de salud"*.

Para rematar la crítica situación, informó a los parlamentarios sobre lo que calificó de *"vergüenza nacional"*: desde el 6 de julio, el servicio de carné de salud carece de reactivos para los análisis de orina.

Más usuarios de lo previsto

Si bien ya hace años que las carencias a nivel público no sorprenden a nadie, la situación actual es extremadamente delicada. Y uno de los motivos se encuentra en la cantidad de usuarios. Esta Salud Pública, que está planifica-

da para brindar cobertura sanitaria a un promedio de 600 mil uruguayos, atiende a 1.500.000 habitantes, con tan solo el 1,5% del Producto Bruto Interno (PBI), que es lo que se le designa del total del 10% existente para el rubro.

El porcentaje de desocupación, cercano al 13%, no sólo expulsa del sistema mutual al trabajador, sino que arrastra tras él a todo el núcleo familiar que, tarde o temprano, utiliza los servicios de una Salud Pública empobrecida.

Como contrapartida, lo único que viene recibiendo Salud Pública para paliar esta situación son recortes del gasto, que actualmente ronda el 15%, a pesar de que al año pasado se gastaron 30 millones de más que no estaban autorizados. Según dijo Ángel Batalla, la contadora Alicia Rossi determinó que Salud Pública no podrá gastar más del 85% de lo presupuestado en el año 1998: *"Ya en ese momento teníamos carencias; en 1999 se efectivizaron un número importante de recortes y ahora, en el 2000, se ha determinado un mayor ajuste"*.

Asistencia Integral: miles de familias dependen de ella

El año 1963 estuvo marcado por intensas movilizaciones reivindicativas por parte de los funcionarios de Salud Pública. Junto con el tema salarial—donde obtuvieron logros importantes—reclamaron otro derecho: el de la Asistencia Integral. La misma, amparada por la Ley 13.223, se le brinda desde entonces a los propios funcionarios (inclusive a los jubilados), a sus cónyuges y a sus familiares de primer grado de consanguinidad. El pago del beneficio no se deriva del presupuesto sino de rentas generales, de donde se deduce la no afectación de los magros recursos presupuestales de Salud Pública.

Pero ahora, resulta que un estudio realizado por la Auditoría Interna de la Nación (AIN), recomienda respecto a la Asistencia Integral *"su inmediata revisión"*, ya que *"no existen controles efectivos ni un padrón depurado de beneficiarios"*.

Batalla dijo que *"hemos oído declaraciones públicas de nuestro ministro en las que afirmó que ha habido abusos de profesionales y de algunos funcionarios, lo que ha llevado a un deterioro de dicha asistencia. No hemos visto a ninguno de los titulares de esta Cartera, ni al último ni a los anteriores, señalar que esta Federación de Funcionarios de Salud Pública (FFSP) le ha acercado en más de una oportunidad la denuncia de que los directores de hospitales hacen uso indebido de la Asistencia Integral, comprando medicación y servicios a través de ese rubro, para el hospital general y que eso, sin lugar a dudas, va en desmedro de lo que significa el único beneficio que tenemos los trabajadores. Inclusive, hemos mencionado algunos hospitales sobre los que tenemos datos concretos de esos hechos. Sin embargo, no se investigó"*. El dirigente

Con el ministro de Salud Pública

"Tenemos reformas"

El miércoles 13 de setiembre, el ministro de Salud Pública, contador Horacio Fernández Ameglio, concurrió a la Comisión de Salud de la Cámara Baja. De los cuatro puntos para los que fue citado (gestión de las comisiones de apoyo, irregularidades en el funcionamiento de hospitales públicos, informe de avances en el plan de fortalecimiento en el sector mutual e informes sobre programas de apoyo del MSP), sólo pudo explayarse sobre el primero.

Al culminar la sesión, Fernández Ameglio dijo a la prensa que lo que se busca con el decreto 193/2000 es *"volver a lo que nosotros entendemos que es la ley madre, la que en 1963 crea las Comisiones de Apoyo"*. Esa ley les da a las Comisiones estatus de personas privadas con personería jurídica, por lo que, quienes prestan sus servicios a través de ellas *"no son funcionarios públicos, se rigen por el derecho privado"*.

El titular de la Cartera aclaró que *"estamos corrigiendo la situación de dichos funcionarios y, junto con el BPS, determinando dos categorías: en una las personas que trabajan en régimen de dependencia, quienes serán regidos por Industria y Comercio y, por otro lado, los profesionales que se declaran por caja profesional"*.

Luego, en un breve diálogo aparte, Noticias consultó a Fernández Ameglio sobre la sustitución del artículo 4º de la Ley 13.223, contestando el ministro: *"Tenemos reformas a lo que, desde nuestro punto de vista, ameritaba regularización sobre la normativa vigente. Apostamos a tener un mejor servicio de salud para los funcionarios y en forma más económica"*. Cuando se quiso saber por qué eso no se estampó en la redacción de la ley y se insistió en que allí sólo está escrito que *"no puede ser inferior a la que brinda ASSE a sus usuarios"*, el ministro respondió que *"se está pensando en mantener los derechos vigentes al día de hoy, brindando soluciones de mejor calidad de los servicios y mayor control sobre los precios"*. Quizá hubiera sido mejor que las intenciones del Ministerio se hubieran plasmado en la redacción del artículo, para que no haya problemas interpretativos en el futuro.

Al preguntársele sobre los problemas que podría generar el que los hospitales públicos del interior fueran gestionados por el mutualismo, teniendo en cuenta la diferencia considerable entre los recursos manejados por un sector y el otro, la respuesta de Fernández Ameglio fue la siguiente: *"No se puede hacer esa reflexión porque la intención de la norma no se trata de que todos los usuarios de Salud Pública pasen a ser atendidos por la asistencia privada. Está muy lejos de eso, pero en su momento la explicaremos, cuando vayamos a la ley de presupuesto"* (sic). Lamentablemente el ministro se retiró antes de que este medio pudiera reclamarle que, a juzgar por sus palabras, no había entendido la pregunta.

se quejó de la actitud del ministro: *"no ha dicho que sus directores han abusado de la Asistencia Integral porque en 1999 se dio el mayor recorte para el gasto del hospital general y que, para solventar las necesidades, se hizo uso y abuso del beneficio"*.

El Ministerio tampoco ha declarado que en el año que pasó, los trabajadores de las Comisiones de Apoyo (que suman alrededor de 4.000) pasaron a percibir estos beneficios.

Por otra parte, el inciso 12 del Proyecto de Ley de Presupuesto, sustituye el artículo 4º de la Ley 13.223, agregando: *"El Poder Ejecutivo en acuerdo con el Ministro de Salud Pública y el Ministro de Economía y Finanzas, reglamentará la presente ley, estableciendo que la canasta de prestaciones incluidas en la asistencia integral no será inferior a la que brinda la Administración de los Servicios de Salud del Estado a sus usuarios"*.

Consultado Wilson Lluveras, sobre la interpretación que le merecía a la Federación el artículo 4º, el dirigente de la FFSP expresó: *"Lo rechazamos totalmente porque es el fin de la integridad de la asistencia, único beneficio que tenemos los funcionarios, producto de nuestra pro-*

pia lucha. Eso de que 'no será inferior a la que brinda ASSE a sus usuarios', es decir que nos podemos quedar sin los servicios de oftalmología, odontología, rehabilitación, etcétera".

Sobre arenas movedizas

Alrededor de 17.000 trabajadores (es un cálculo aproximado, ya que el ministro Fernández Ameglio expresó el 13 de setiembre en la Comisión de Salud de la Cámara de Representantes—ver recuadro—, no saber cuántos funcionarios hay) prestan sus servicios para el MSP. De esa cantidad, unos 8.000 lo hacen en forma irregular. Son los contratados por el artículo 410 (de la Ley 16.170 del año 1990) o por las Comisiones de Apoyo.

Por medio del primer mecanismo, se habilita a los directores de las distintas Unidades Ejecutoras (UE) a contratar personal en forma temporal para tareas coyunturales. Con el tiempo se desvirtuó, pasando las contrataciones a ser potestad del secretario de la Cartera. Eso llevó a que el ministro de turno ingresara la gente que

quisiera a desempeñar funciones esgrimiendo dicho artículo. Diez años después de la creación del 410, unos 4.000 funcionarios se amparan en él.

La intención de Fernández Ameglio era que éstos fueran presupuestados, pero el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) dijo no.

Los 4.000 trabajadores restantes pertenecen a las Comisiones de Apoyo (CA). Éstas funcionan dentro de la UE 068 ASSE, habiendo sido creadas por la Ley 16.002. Son grupos de vecinos designados por el Poder Ejecutivo (PE), cuya función es la de dar apoyo a las tareas que realiza la UE. El MSP les otorga una partida de dinero y las CA contratan el personal.

Mediante el decreto 289 del año 1998, Bustos determinó que aquellos trabajadores, fueran médicos, enfermeras auxiliares, administrativos, etcétera, que prestaban servicios por medio de las CA, generaban relación de dependencia del MSP y, por lo tanto, debían tener todos los derechos de los funcionarios de Salud Pública.

Pero en marzo de este año, el decreto 193/2000 determina que las CA son una entidad de derecho privado y como tal los trabajadores no tienen relacionamiento laboral con el MSP, sino que dependen de la propia Comisión. Y todos los beneficios adquiridos con el 289/98 los perdieron con el 193.

El problema recién empieza no sólo porque respecto a las CA son varias las cosas que están por resolverse, sino porque no se sabe cómo. Por ejemplo, ¿cómo se ajustará el salario? Podría tomarse como punto de referencia el laudo 40 (de la FUS), pero trabajan en hospitales, donde las compensaciones son sensiblemente inferiores. A la vez, no son empleados públicos, aportarán al Banco de Previsión Social (BPS) en forma independiente, aunque el mecanismo aún está por verse (¡otro laberinto de difícil salida!); lo que ya se decidió es que no será bajo la figura de unipersonal, pero sí está claro que corresponderán a la Caja de Industria y Comercio, aunque no se sabe en qué grupo están insertos. Para colmo de mareas, el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS) tampoco ha podido llegar a una solución sobre el laudo adecuado.

El 10 de agosto, el doctor García Unzaín, miembro responsable del Subsector Público del SMU, declaraba que en Salud Pública hay formas de relacionamiento laboral "que han embretado a nuestros asesores jurídicos, porque por lo menos son de dudosa legalidad. Por ejemplo, están los becarios del Instituto Nacional de Oncología, a los que se paga a través de un cheque que llega a la secretaria del director desde la Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer. ¿Y quién es



Cr. Horacio Fernández Ameglio, titular del MSP

el patrón, Salud Pública o la Comisión? No tienen derecho a licencia por enfermedad (...). Con respecto a los incentivos, mediante los cuales se ha querido mejorar la situación de los recursos humanos, es una triste medida, porque han sido dados a funcionarios o a grupos de funcionarios seleccionados en base a criterios poco claros, con montos diferenciados según razones ocultas o caprichosas, y con pagos a través de Comisiones de Apoyo de las respectivas unidades asistenciales o del Patronato del Psicópata. Lograron con ello impedir el aumento del monto por remuneraciones del Presupuesto".

Lo increíble es que en la ley presupuestal no se toca el tema de las Comisiones de Apoyo (¿omisión, olvido, negligencia?), pero, sin duda, este es un tema que tiene que resolverse por ley, y no por decretos, que hoy te doy, que mañana te saco.

Totalmente novedoso: que lo privado gestione lo público

En el artículo 236 del Proyecto de la Ley de Presupuesto, se lee textualmente: "Facúltase al Ministerio de Salud Pública a celebrar con instituciones privadas de asistencia, para las áreas geográficas que determine, convenios de gestión de sus establecimientos hospitalarios".

Lo que en otras palabras quiere decir que en el interior, las mutualistas podrán gestionar los hospitales públicos. Esto más que parecer una solución, impresiona a problema. Todos los involucrados concuerdan en que la salud está

atravesando por la crisis más grave de la historia, y con eso están de acuerdo hasta los propios asesores (incluidos los que para "salvarla" firmaron contratos de obra por miles de dólares), y ahora se va a gastar tiempo en discutir si el 236 es constitucional o no. Porque la Carta Magna dice que el Estado tiene la obligación de hacerse cargo de la atención sanitaria de los carenciados, pero también se puede salir a argumentar que la vía para que eso se cumpla puede pasar por habilitar la gestión de lo público por lo privado. Y ahí se crea otro inconveniente, porque mientras el sector privado cuenta con 1.600 millones de dólares anuales, el público se maneja con 400, ¿cómo se hace frente a esta realidad para no crear un conflicto de intereses que estelle contra el piso de forma irreversible la famosa intención (por ahora no es más que eso) de una atención solidaria, equitativa, igualitaria, etcétera, etcétera...?

Sector privado: una cuestión de poder... adquisitivo

En lo que respecta al sector privado, el MSP ha comenzado a poner en marcha lo que estampó en el famoso Documento de Políticas sobre el Mutualismo, que en su punto número 3, etapa 1, se lee: "El Poder Ejecutivo contratará, a su costo, un equipo técnico de consultores internacionales de la más alta especialización en la materia, el cual se complementará con técnicos locales. La intención es dotar al análisis de la mayor objetividad, neutralidad y calidad técnica, de forma tal que el producto alcanzado tenga todas las garantías necesarias para todas las partes. La contratación del equipo está prevista realizarla en muy breve plazo, y contará con un plazo máximo de tres meses a partir de su conformación, para entregar los resultados".

Como se recordará, dicho documento tomó estado público el 14 de julio; diez días más tarde, veinte técnicos de ambas márgenes del Plata comenzaron a elaborar un plan, y a mediados de agosto, los ministerios de Salud Pública y Economía y Finanzas lo aprobaron.

Se sabe que el 29 de agosto se repartió un formulario entre las IAMC, con un mes de plazo para ser contestado, para que cada institución tenga la evaluación antes de que finalice octubre. De esta manera, se cumplirían los plazos estipulados por el MSP: conocer en enero de 2001 cuáles son las mutualistas viables y cuáles no.

Hoy por hoy el MSP carece de información actualizada de los flujos financieros de las instituciones y, tal como lo reconoció el director de Control de Calidad, sociólogo Joaquín Serra,

“esas son las deficiencias que hemos reconocido en el documento que ha elaborado el Ministerio”.

En tanto la crisis continúa y los trabajadores, médicos y no médicos, sufren las consecuencias. Así fue como los funcionarios de Cima España llegaron a una solución que implicó, entre otras pérdidas, la rebaja del salario en 26%.

Otro de los puntos referentes al que el MSP le da vital importancia, es el de los tiques, que a partir del primer día del año entrante pasarán a costar 30 pesos para la atención en medicina general, pediatría y ginecología.

El senador y médico Alberto Cid, preguntó a Fernández Ameglio qué situación de diagnóstico esperaba encontrar en las auditorías, que permitiera el abatimiento del tique. El ministro, citando al doctor Toma, abogado del MSP, dijo que *“lo que tenemos claro es que exorbita la norma el desvío que se ha producido en este tema”*. Y respecto a la financiación agregó que *“hay un quiebre del sistema de solidaridad, basta ver la televisión, en donde todos los spots anuncian que a los socios de DISSE no se les cobrará, prácticamente, ni para entrar, que se les va a pagar hasta el boleto para que se asistan en el mutualismo. Allí hay, pues, una gran masa de gente que no paga tiques. ¿Cuál es la consecuencia? Que se recargan los tiques a quienes no están dentro del esquema de DISSE. El sistema se vuelve antisolidario, porque el resto de los afiliados subsidia al que no paga.”*

Conclusión: tenemos un tique con determinado valor, porque hay poca gente que paga y otra que no abona nada. Hay que encontrar un promedio para que todos paguen”.

A continuación aclaró que su Ministerio no es ajeno al hecho de que las instituciones tendrán que renegociar los convenios con los distintos sindicatos, *“pero creemos que es una medida correctiva que hace a la justicia del sistema y que corrige un desvío de esa competencia mal llevada que ha forzado esta situación”*.

Y si bien es verdad que los tiques fueron creados para cumplir una función moderadora, no es menos cierto que cuando se habla de un

Plebiscito del CASMU

Acta de proclamación

En la jornada del martes 22 de agosto de 2000 se llevó a cabo el plebiscito convocado por la Junta Directiva del CASMU entre sus técnicos médicos.

Para el mismo se encontraban habilitados 2.672 médicos. Durante el transcurso de los comicios fueron habilitados a sufragar dos médicos más en calidad de observados. Con estas modificaciones operadas, los habilitados a votar alcanzaron la suma de 2.674.

Concurrieron a votar 1.611 médicos, conformando el 60,3% del total de habilitados. Se rechazaron los dos votos observados debido a que por estar en distintas mesas violaría el secreto del voto, procediéndose a escutar los 1.609 restantes.

Realizado el escrutinio definitivo, se recibieron las siguientes cantidades de sufragios: La votación por el SÍ, que rezaba *“A efectos de mantener las fuentes de trabajo y regularizar la fecha de pago de haberes SÍ FACULTO a la JUNTA DIRECTIVA del CASMU a la afectación de la masa salarial global por un monto de hasta un 8%, en carácter de préstamo extraordinario, durante 12 meses. Dicho préstamo será devuelto en UR documentándose como la oportunidad anterior”* alcanzó a 612 sufragios, en tanto por la opción NO, que rezaba *“A efectos de mantener las fuentes de trabajo y regularizar la fecha de pago de haberes NO FACULTO a la JUNTA DIRECTIVA del CASMU a la afectación de la masa salarial global por un monto de hasta un 8%, en carácter de préstamo extraordinario, durante 12 meses. Dicho préstamo será devuelto en UR documentándose como la oportunidad anterior”*, votaron 984 afiliados. Hubo 6 votos en blanco y 8 votos anulados.

Estos resultados implican la aprobación de la propuesta del NO.

sistema equitativo, carece de sentido que en un país donde hay tanta desigualdad todos paguen lo mismo. Si se tiene en cuenta que el mutualismo cuenta con 60% de socios individuales y 40% de afiliaciones por medio de DISSE (las que son equitativas porque se abona determinado porcentaje del sueldo), ¿por qué no hacer un relevamiento de los ingresos de ese 60%? El MSP cuando otorga el carné de asistencia lo hace mediante declaración jurada, donde se solicitan datos personales, laborales y referencias; en base a lo estampado –en algunos casos con inspección mediante– se otorga atención gratuita o con pago de arancel. Seguramente si a las mutualistas les dieran los elementos para realizarlo, y pudieran cobrar un porcentaje de acuerdo con el poder adquisitivo de sus afiliados, la ganancia en su masa de asociados se traduciría a sus arcas.

Asamblea General Extraordinaria

El 10 de agosto, se realizó en el Sindicato Médico del Uruguay una Asamblea General Extraordinaria con la finalidad de analizar el Documento de Políticas sobre el Mutualismo.

El vicepresidente del SMU, doctor Hugo Rodríguez, reconoció que *“es la primera vez, en quince años de democracia, que desde el Poder Ejecutivo (PE) se plantea lo que reclamamos tantas veces: políticas explícitas de salud”*, independientemente que fueran buenas o malas *“es una situación mucho mejor que la omisión”*.

Si bien consideró que valía la pena resaltar que se anuncia una posición de fortalecimiento del mutualismo, *“se obvian dos recomendaciones centrales de la Comisión Intersectorial: el aumento del porcentaje de la cuota que se paga por los socios*

AVISO

DISSE y la extensión del sistema a familiares de trabajadores". También resaltó que no se mencionan medidas a corto plazo.

El profesional señaló como un elemento "claramente negativo", el de la política salarial, partiendo de la base que cuando el ministro concurrió a la Comisión de Salud del Senado, leyó el informe emitido por la Comisión Intersectorial (de la cual el SMU formó parte, ver Noticias N° 105), "de lo que se desprende que tácitamente, lo hizo suyo, porque no lo leyó para criticarlo, sino para informar a los legisladores sobre cuál era la situación del sector mutual". De ahí surge que debe haber negociación salarial colectiva por grupo, mientras que en el documento del MSP "anuncia que a partir de ahora y hasta nuevo aviso, quedamos librados a los aumentos que otorguen en la Administración Pública". Para el vicepresidente es un "enorme retroceso", no sólo para el gremio médico sino que alcanza a "todos los trabajadores de la salud". Y fundamentó: "Estamos hablando en un país donde los profesionales fijan sus honorarios unilateralmente por aranceles -y algunos los colocan dentro del código de ética, como los escribanos- y nosotros estamos pidiendo la negociación salarial dentro de un grupo, con presencia del PE, y que el convenio que se alcance sea homologado y recogido en decreto. Frente a eso nos contestan que no, para ustedes no va a haber negociación porque tenemos muchas cosas para conversar, y se los vamos a dar cuando se lo demos a los funcionarios de la Administración Pública".

Por otra parte, un punto que al doctor Rodríguez le parece muy importante y positivo es el que prohíbe que un director de una institución pueda ser proveedor de la misma: "Creo que todas las cosas que ayuden a la cristalinidad, a la transparencia y a la credibilidad, son elementos positivos que le hacen muy bien al sistema".

Plebiscito en el CASMU

El Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay se encuentra entre las mutualistas más grandes, además de haber surgido como una experiencia absolutamente original mediante la cual, durante el año 1935, el gremio médico crea y administra su propio centro asistencial, gracias al impulso visionario de Carlos María Fosalba.

En el año 2000, el CASMU no escapa a la crisis. Para hacer frente a la grave situación fue que a comienzos de agosto los funcionarios no médicos acordaron con la institución que 142 de ellos fueran enviados al seguro de paro, asegurando su retorno a los dos meses.

El martes 22 del mismo mes, por medio de un plebiscito se dirimió el planteo de la Junta Directiva de lo que fue considerado "rebaja salarial" por unos, y "autopréstamo" por otros. Lo que se proponía era el aporte del 8% mensual del salario médico durante un año. El monto sería reintegrado una vez logrado el equilibrio financiero.

grable una vez logrado el equilibrio financiero.

Pero la votación tuvo un saldo negativo: el 61% de 1.611 votantes dijo No.

El rechazo a la propuesta apoyada por la casi totalidad de la Junta Directiva del CASMU (con la sola excepción de la agrupación Siglo XXI), sugiere la problemática a la que se enfrentan los protagonistas de la salud al intentar superar el inmovilismo y el atascamiento en que se encuentra el sector. Es decir, es imprescindible generar políticas apropiadas para una coyuntura cada vez más compleja pero, a la vez, resulta sumamente dificultoso establecer los nuevos consensos que doten de bases sólidas a las medidas de cambio.

Según el diario *La República*, Siglo XXI argumentó que "no es conveniente plantear en este momento rebajas salariales, cuando se está a pocos días de negociar salarios entre el SMU y el resto de las instituciones de asistencia médica colectiva, donde está incluido el CASMU".

Y en *El País*, el siglista Horacio Rodríguez Dulcini, miembro de la Junta Directiva del Centro de Asistencia del SMU, dijo que "los médicos venimos cobrando con dos, tres y hasta cuatro meses de atraso; no se ha cobrado el salario vacacional y el préstamo otorgado anteriormente, que fue mal utilizado, no solucionó la situación".

Según el matutino, el profesional consideró que "el plebiscito más que un No a la rebaja salarial, es un Sí a las otras medidas que esperan ser aplicadas (...) y llamó la atención respecto a que los funcionarios han cobrado siempre en fecha y 'mantienen muchos beneficios que los médicos nunca tuvimos'".

Seguramente cuando el doctor Rodríguez Dulcini aludió a "medidas que esperan ser aplicadas", se refirió a lo presentado el 24 de mayo por su agrupación conjuntamente con Praderi y Propuesta (ver Noticias N° 105, página 53), donde con cinco propuestas en su haber -para "un abatimiento inmediato de más de 50% del déficit del CASMU (750 mil dólares mensuales), lo que implicaría evitar rebajas salariales, atrasos y eventuales despidos"-, bajo el segundo punto, dice: "Estudiar un nuevo marco de relacionamiento laboral, denunciando todos los convenios laborales asumidos con los funcionarios no médicos, eliminando en forma transitoria por tiempo indefinido todos los beneficios económicos conveniados (alimentación, tiques de medicamentos, seguro de salud, etcétera). Y en ítem siguiente: "Estudiar todos los servicios pasibles de ser tercerizados que rindan beneficios económicos".

La salud está en crisis. Se dice que se aspira a una política de promoción y prevención mientras se afila la tijera. Quienes por razones laborales dependen del sector, deben ser pacientes, creativos, fuertes, constantes, exigentes y todos los adjetivos imaginables que los ayude a salir adelante. Claro... mientras la salud aguante.

Conflictos y preconflictos

Al menos en seis instituciones hay situaciones de conflicto o preconflicto, según el miembro responsable de la Comisión de Asuntos Sindicales (CAS), Dr. Julio Correa. El SMU envió una nota a la directora del Instituto Médico Quirúrgico (IMQ), Susana Bastos, afirmando que la decisión de la empresa de no cubrir guardias médicas en fines de semana y feriados "cambia las condiciones de los médicos, lo que significa una sustancial y nueva rebaja salarial"; se pretende "realizar cambios sin previa negociación y posterior acuerdo" y, además, "éticamente se ironea en falta, al no cubrir las emergencias y urgencias de los afiliados a la institución, por prescindir del médico de guardia interna".

El IMQ es un servicio de cobertura parcial en el cual los médicos conformaron un Núcleo de Base del SMU y enfrentan una situación compleja derivada de un intento de rebaja salarial. La institución afronta dificultades como consecuencia del cierre del Sanatorio Panamericano, pero los médicos sostienen que éstas deben resolverse en una comisión tripartita que integren el Núcleo, la CAS y la patronal, y no en forma inconsulta.

En el caso de COMUE, cooperativa médica formada en la ex Uruguay-España, la CAS realiza un seguimiento a la situación para que no se perjudiquen las fuentes de trabajo. En OCA-Larghero no se ha resuelto la situación de dos cargos en conflicto: el médico de guardia de sanatorio de los días martes y el cargo de urgencia a domicilio de los jueves. La institución, en un intento por eludir las resoluciones del Comité Ejecutivo del SMU, contrató a una empresa privada (Ambulancia Russonando), tercerizando el servicio.

En COMETT, una cooperativa de Treinta y Tres, se formó un Tribunal Suariente para actuar respecto a la situación de dos médicos. La cooperativa, sin esperar la resolución del Tribunal, tomó la decisión de despedirlos. Sigue invariada la situación de la nefróloga Mónica Labella respecto a su cargo en conflicto en Rennis. El enfrentamiento se produjo cuando la doctora no aceptó pasar de una situación de dependencia a una unipersonal. En el Círculo Católico continúa en conflicto el cargo de guardia de cirugía plástica del Dr. Enrique Espínola y en CAISA (Nueva Palmira), se mantiene un conflicto donde tres médicas afiliadas al SMU continúan sin cobrar los haberes de varios meses trabajados.

Según el Dr. Correa, el SMU no acepta despidos sin suarios y mantiene la posición de que cualquier cambio en las condiciones laborales debe ser negociado con los involucrados y se deben mantener las condiciones mínimas de atención al usuario.