

Sin salario no hay promoción de salud

# Negociación en stand-by

POR MARÍA URRUZOLA

El 31 de julio último vencieron los convenios salariales vigentes desde 1997 entre el Sindicato Médico del Uruguay y las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva de Montevideo, y entre la Federación Médica del Interior y las respectivas instituciones asistenciales (FEMI-Asistencial). Como el sector Salud es uno de los únicos tres (además de Transporte y Construcción) en los que se mantiene la presencia del Poder Ejecutivo en la negociación salarial, el Comité Ejecutivo del SMU “teme” que la forma en que el gobierno conduzca la negociación sobre el nuevo convenio sea una especie de “ejemplo” o “modelo” para aplicar a los otros sectores y al conjunto de la actividad pública, lo que “no es conveniente para obtener los mejores resultados”, según dicen los documentos distribuidos en julio último por el Comité Ejecutivo entre el conjunto del cuerpo médico. Hasta ahora, el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS) sigue sin convocar formalmente a las mesas de negociación, a la espera de que el Grupo de Trabajo interinstitucional sobre la situación del mutualismo que comenzó a reunirse el 25 de julio en el ámbito del MTSS (integrado por los Ministerios de Trabajo, Salud Pública, Economía y Finanzas, y la Coordinadora de las IAMC, la FEMI Gremial, la FUS, las SAQ y el SMU), concluya, como lo pretende el MSP, con “un diagnóstico de la situación y propuestas de soluciones”.

## MSP: ambigüedades y dilatorias

El temor del Comité Ejecutivo del SMU tiene, en realidad, bases concretas: el documento presentado por el Ministerio de Salud Pública en julio del 2000 referido a Políticas sobre el Mutualismo (que ha recogido en muchos puntos un apoyo inicial implícito de todos los actores del sector Salud y que es el documento eje para la discusión del Grupo de Trabajo interinstitucional), señala que hasta tanto no “culmine el estudio de una nueva paramétrica” de ajuste para las cuotas mutuales, el “componente salarial variará en igual porcentaje al que se establezca oportuna-

mente para los funcionarios de la Administración Central con carácter general”, lo que ha sido rechazado por el SMU.

El MSP parece pretender, en realidad, que se logre un acuerdo general sobre “el grado de adecuación de la normativa laboral y los diferentes sistemas de retribución a las nuevas realidades asistenciales y económicas de las instituciones”, antes de dar luz verde a las negociaciones del convenio. Eso explicaría que ante la propuesta del SMU de prorrogar por 90 días el convenio vencido el 31 de julio, el MSP haya contestado que estaba de acuerdo salvo en lo que al ajuste salarial se refería, lo que en los hechos significó –según interpretó el Comité Ejecutivo del SMU– contestar negativamente. Según dice el MSP en el documento presentado en el Grupo de Trabajo, “el sistema de negociación colectiva centralizado existente en las IAMC no facilita acuerdos ajustados a las realidades particulares de las distintas empresas dada la alta incidencia que tiene el rubro remuneraciones”.

Desde 1993, la negociación de los convenios laborales médicos se realiza en tres instancias distintas:

- \* La UMU y el Plenario de IAMC, de una parte, y el SMU, por otra, negocian los convenios colectivos para los médicos generales, pediatras y especialistas médicos de las IAMC de Montevideo.
- \* La UMU y el Plenario de IAMC, por una parte, y la Mesa de Sociedades Anestésico-Quirúrgicas, por otra, negocian los convenios colectivos para los cirujanos generales, anestesiólogos y especialistas quirúrgicos de las IAMC de Montevideo.
- \* La FEMI-Asistencial, por una parte, y la FEMI, por otra, negocian para la totalidad de las IAMC de FEMI.

Las negociaciones de 1993 fueron justamente las que concluyeron con la introducción del “acto médico” para la remuneración de los especialistas quirúrgicos y anestesiólogos de las IAMC de Montevideo, aunque en el laudo que hasta ese momento regía –de 1965– ya se establecía el pago por destajo de las intervenciones quirúrgicas. Según el documento del MSP, “en ese momento se registró un importantísimo incremento real del precio de dichos actos, que osciló entre un 1.000% y un 1.400%”. El mismo documento del

MSP afirma que si bien el SMU –que mantiene la representación de los médicos generales y especialistas de Montevideo– firmó una serie de convenios laborales entre 1993 y 1995 en los que introdujo también el pago por “acto médico”, dichos convenios tuvieron un impacto “menor” en el crecimiento de la masa salarial.

## SMU: agenda y exigencias

Ante la negativa implícita del MSP a prorrogar el convenio vigente (con el sistema de ajuste salarial incluido), el Comité Ejecutivo del SMU decidió otorgar un plazo de 30 días para que avance la discusión en el Grupo de Trabajo que está funcionando en el marco del MTSS, pasado el cual exigirá nuevamente el inicio de la negociación salarial. Dicho Grupo trabajará con una agenda elaborada a partir de la propuesta de cada uno de los sectores. La síntesis fue presentada por el MSP el 14 de agosto último, la que fue aceptada por el SMU a condición de que se presentara oficialmente toda la información económica del sector mutual, para tener una base objetiva de discusión. Entre otras cosas a fin de dirimir una de las discusiones que se ha planteado públicamente entre actores del sector Salud, respecto al peso que han tenido en la crisis los diferentes parámetros de remuneración: los anestésico-quirúrgicos o los gerenciales.

Si bien la información económica fue prometida inicialmente para el 23 de agosto –cuarta reunión del Grupo–, finalmente su presentación se postergó para la reunión del lunes 28.

La agenda que finalmente se discutirá incluye los siguientes temas:

### 1. Trabajo médico:

- \* Trabajo en policlínicas: revisión del régimen de 26 horas mensuales. Condiciones para ingresar a un sistema de extensión horaria. Forma de retribución. Número de pacientes/hora. Reducción del tiempo de espera de los pacientes en consulta.
- \* Funcionamiento de sistemas de guardia y de retenes.
- \* Estímulos al retiro médico.
- \* Análisis de sistemas de retribución de la medicina general y pediatría, en función de un nuevo modelo asistencial.

**2. Trabajo anestésico-quirúrgico:**

- \* Administración del acto quirúrgico (protocolización, auditorías, etc.).
- \* Revisión del concepto del acto AQ.
- \* Categorización de los actos quirúrgicos.
- \* Alta tecnología y su vinculación con la relación de trabajo.

**3. Trabajo no médico:**

- \* Régimen laboral de 8 horas.
- \* Descanso intermedio.
- \* Descanso semanal.
- \* Revisar compensaciones y beneficios sociales de convenios sectoriales.
- \* Descripción de cargos.
- \* Condiciones de trabajo para filiales del interior de menos de 4.000 afiliados.

Mientras se espera que sobre esos temas el Grupo de Trabajo elabore diagnóstico y propuesta de soluciones, a partir de las cuales el MSP recogería *“la información y los elementos de juicio”* –según sus palabras– para una posterior negociación salarial, ya están en curso conversaciones bilaterales entre las SAQ y varias IAMC para alcanzar acuerdos bilaterales, como ya sucedió en CIMA. Para el SMU, si bien la gravedad de la actual coyuntura impone evitar *“los falsos enfrentamientos entre los actores (trabajadores, usuarios y empresas)”* y las transformaciones del sistema de salud no deben procesarse *“dentro de una lógica economicista estrecha que lo asimile a cualquier otra actividad comercial”*, los médicos deben asumir que *“desregulación”* y *“flexibilización”* son conceptos que aluden a propuestas diferentes. Teniendo en cuenta esa diferencia conceptual, el SMU está dispuesto a negociar sobre la flexibilización de algunos aspectos de la actual organización del trabajo médico. 📍



*La Ciencia* (jardines del Palacio Legislativo, ángulo suroeste). Obra del escultor italiano Giannino Castiglioni (1884-1971)

# AVISO