

La decisión del gobierno de incluir en el mensaje presupuestal la Reforma de la Salud lleva al cuerpo médico a enfrentar sus dichos con sus temores. Los primeros son colectivos y avalados por encuentros y convenciones. Los segundos son individuales y sectoriales. La Reforma, dada su compleja naturaleza, transcurre fuera de la opinión e incluso de la conciencia ciudadana de su necesidad. Su propia formulación, explícitamente imprecisa, deja abierta la discusión pero también la duda. El manejo de estos márgenes por parte del gobierno ordena o confunde a los médicos. Malo es confundirlos ya que el papel de los médicos en la Reforma es central. La Salud no es tema exclusivo de los médicos, pero sí lo es la medicina como profesión. No es aventurado afirmar que buena parte de la conflictividad que vivimos en el Sector Público no se explica sin la Reforma como objetivo. El Ministerio de Salud Pública eligió, entre varios frentes posibles, comenzar por poner orden en la casa. Orden imprescindible, ya que más de 25 años de parches, compromisos verbales, decisiones tomadas “a las corridas”, ausencia de objetivos, planificación y dinero, sumados a la politización y amiguismo, condujeron al caos a ASSE. El Sindicato Médico del Uruguay mantuvo a lo largo de estos años una política de prescindencia y distanciamiento de la realidad. Los propios médicos de Salud Pública se acostumbraron a la ausencia de concursos, escalafones y carrera funcional. El caos reinó por años, pero como cantaba Carlos Puebla, “llegó el comandante y mandó a parar”. Claro, el comandante no es el de Puebla y se equivocó cuando mandó a parar. Tanto se equivocó que pararon, sí, pero por tiempo indeterminado.

#### LOS HECHOS

¿Era previsible que el proceso



de Reforma tuviera como principal protagonista un conflicto médico en el Sector Público?

¿Era previsible que este conflicto reclutara, además de los médicos con salarios sumergidos, a los “incentivados”, los médicos de familia y los suplentes fijos?

La respuesta a la primera pregunta es sí, sin dudas. La respuesta a la segunda es no.

El primero es un conflicto crónico que estalló hace tres años y se resolvió mal.

El segundo (incentivados, médicos de familia, etcétera), es el resultado de decisiones del MSP, compartibles pero mal manejadas en el tiempo. El manejo de los tiempos (de las tácticas) fue pésimo por parte de ambos actores.

El MSP confunde supresión de Comisiones de Apoyo con ahorro de dinero por el cese de los “incentivos” y mecanismos de distribución de salario entre médicos, y desde el principio lo propaga a los cuatro vientos. Anuncia el fin de las Comisiones de Apoyo desconociendo que estas comisiones tienen un convenio marco regulatorio. Envía telegramas colacionados (un error clásico de todos los Ministerios en los últimos 20 años), sin saber exactamente dónde están parados. Mal destino.

Las Asambleas del SMU se equivocan. Comienzan un conflicto que necesariamente va a ser prolongado y complejo con paros parciales y generales desde su inicio (al principio

conjuntos con la FFSP y COFE), con declaraciones públicas agravantes y acusaciones falsas por parte de algunos de sus voceros. En lo interno se desconocen las representaciones estatutarias y se intenta manejar al gremio desde una Asamblea en permanente cuarto intermedio que se transforma, por vía del nombramiento de “Comisiones de huelga” y delegados de Asamblea, en un poder paralelo al Comité Ejecutivo, desvirtuando los mecanismos estatutarios y la larga experiencia del SMU en materia de representatividad y negociación. La fragmentación del gremio en subgrupos de intereses atenta contra el actual SMU y formula un nuevo desafío organizativo a sus miembros.

#### ALGUNAS ENSEÑANZAS

La prepotencia no sirve, la ignorancia no es excusa y la soberbia arruina.

Esta enseñanza es válida para todos los actores de este primer escaqueo. La segunda surge de la experiencia del gremio.

El fuero sindical, ejercido desde todos los ámbitos del SMU, decidiendo en el acierto o en el error, es independiente del poder político. Las asambleas obligan laudando asuntos puntuales. Durante su transcurso los colegas aprenden a debatir, a respetar reglas y opiniones.

La tercera enseñanza vale para nosotros, los “dirigentes sindicales”. Escuchar, comprender y ponerse en la piel de los más débiles es la llave del

liderazgo y del respeto de nuestros pares. Las largas arengas y la intolerancia en el disenso cosechan aplausos circunstanciales y largas sospechas.

Una cuarta enseñanza debería ser considerada por el SMU y el MSP. La gente, en este caso médicas y médicos, son los que hacen el sistema.

Desconocerlos en sus opiniones específicas, aquellas que hacen no a sus ideas sino a sus preocupaciones diarias, es retardar un proceso complicado pero posible en el que estamos todos embarcados.

Dejemos la visión curativa de los problemas de nuestros RRHH (mujeres y hombres médicos) y vayamos a una política preventiva que considere a los actores y ahorre conflictos reduciendo los daños. No apaguemos incendios, trabajemos para evitarlos. Hace meses, en ocasión de los trabajos preliminares de la VIII Convención Médica Nacional, planteábamos la imposibilidad de mejora del trabajo médico sin llevar adelante la Reforma.

Hoy, enfrentados al cambio de modelo asistencial, discutamos la conformación, dedicación horaria, salario, etcétera, del equipo básico, su variabilidad regional, así como la situación laboral de los médicos del nivel de referencia y acordemos una política de recursos humanos que no se limite únicamente a respetar los derechos de los médicos sino a inducir los procesos de concentración laboral, aumento del salario hora, compensaciones, etcétera. A su vez, la enseñanza de la medicina deberá adecuarse a la producción de profesionales que comprendan que son la sustancia del cambio y de su sustentabilidad en el tiempo. Recordemos que los requisitos para el trabajo médico en el marco de la Reforma son:

“Empleo único, socialmente necesario, dignamente remunerado, permanentemente actualizado, éticamente controlado, con salud y retiro asegurado”.