

El año 2015 será recordado en el colectivo médico como un momento bisagra en el que, tras un período fermental y otro de estancamiento de la reforma de la salud, se retomó el camino a paso firme hacia la concreción de una medicina de calidad en Uruguay.

# AVANZANDO HACIA UNA MEDICINA DE CALIDAD

Textos: Ser Médico  
Fotos: Juan Capurro  
Ilustraciones: Sebastián Santana Camargo

Los desafíos encarados por el Sindicato Médico del Uruguay (SMU), y los logros obtenidos, tuvieron como base diversos conceptos que se plasmaron un año antes en la 9ª Convención Médica Nacional, la cual tuvo como temática central la calidad asistencial. La formación de recursos humanos, el cambio en el trabajo médico y el ejercicio profesional, así como la evaluación de la atención médica, fueron algunos de los puntos de discusión que el gremio médico puso durante este año sobre la mesa.

## ACUERDO "HISTÓRICO" CON EL SECTOR PRIVADO

Con la llegada de un nuevo gobierno, el terreno de trabajo y negociación

durante tres meses fue el Consejo de Salarios. "Para evaluar la ronda salarial con el sector privado hay que evaluar la continuidad de un proceso que se viene desarrollando desde hace varios años, y que busca profundizar el ejercicio de la medicina que tiene que ver con la calidad asistencial, el saber médico y la mejora de vida profesional de cada colega en su puesto de trabajo. En ese contexto es que se viene trabajando en la línea de lo que llamamos 'dejar de discutir lo obvio' en lo que refiere a la mejor manera de trabajar", señaló a Ser Médico el presidente del SMU, Julio Trostchansky.

sigue en página 12



Si bien la pauta salarial fijada por el Poder Ejecutivo tomó por “sorpresa” al SMU –según el secretario médico, Alejandro Cuesta– ya que “daba poco margen para profundizar en la mejora del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)”, lo cierto es que “en base a argumentos técnicos y el trabajo del SMU y los socios –desde la Unidad de Negociación hasta la Asamblea– se consiguió relativizar esa pauta rígida y lograr que al final del periodo de tres años se mantuviera el salario real y un crecimiento supeditado a un aspecto como es la formación médica”.

El colectivo médico del sector privado tendrá un aumento de salario de 12,45% durante el primer año de vigencia del convenio; en el segundo año están previstos ajustes nominales semestrales a otorgarse en julio de 2016 y en enero de 2017, con un porcentaje de 3,75% y 3,50% respectivamente. A esto se sumará una partida de aumento de salario real (por encima de la inflación) equivalente al 1,50% de la masa salarial anual, a entregarse en enero de 2017. Y en el tercer año de convenio habrá otros dos ajustes nominales semestrales, a ejecutarse en julio de 2017 y en enero de 2018, de 3,50% y 3,25% respectivamente. A su vez, para enero de 2018 está prevista otra partida de aumento de salario real, equivalente al 3% de la masa salarial anual.

Según Trostchansky, “el acuerdo del Consejo de Salarios tiene elementos históricos que cambian el paradigma de lo que

**JULIO TROSTCHANSKY:**  
**“Dejar afuera a ASSE de la negociación por falta de voluntad política es condenar el proceso de la reforma de la salud”**

venía siendo el ejercicio profesional, y por lo tanto genera un salto cualitativo. Ahora se entiende que hay que profundizar el camino de la alta dedicación, y que ello a su vez tiene que ir acompañado de una remuneración importante para los niveles salariales de nuestro país y que son comparables con los niveles salariales de otras partes del mundo”. Sobre este punto, el vicepresidente del SMU, Alfredo Toledo, destacó al ser consultado por Ser Médico la negociación y los logros obtenidos a nivel salarial ya que “siendo un momento tan especial para el país, se defendieron muy bien las remuneraciones médicas en el sector privado”.

El incremento salarial alcanzado para el sector será para todos los profesionales médicos del país que se desarrollen en él, tras la consagración del laudo único, uno de los reclamos históricos del SMU. “Este logro, que no distingue el lugar del país en el que el médico ejerce su profesión, va a permitir generar condiciones para que los problemas de recursos humanos en distintos puntos

del territorio nacional se vaya paliando en un proceso paulatino”, aseguró Trostchansky. La obtención de este objetivo, señaló Cuesta, “es muy importante porque elimina la desigualdad que existía entre los médicos a la hora de ingresar a trabajar en una institución de Montevideo y del interior”, y “es un paso hacia la obtención del laudo médico único nacional”.

Desde el SMU se entiende que el camino iniciado para establecer los Cargos de Alta Dedicación (CAD) en las instituciones privadas, que permitan a los médicos concentrar su ejercicio en una o pocas instituciones evitando la lógica del multiempleo, hará posible ir trazando una “alianza estratégica entre el médico y el prestador”. La institución, sabiendo que cuenta con un recurso humano dedicado, “generará a su vez condiciones adecuadas desde el punto de vista logístico y tendrá mayores certezas para invertir en materia tecnológica”, sostuvo el presidente del SMU.

Otro de los logros obtenidos en el sector privado es la creación de un Fondo para el Desarrollo Profesional Médico Continuo que será administrado y gestionado por el SMU, y financiado con aportes patronales de forma obligatoria. Se acordó que anualmente, el Sindicato Médico confeccione planes de desarrollo profesional continuo que podrán estar asociados con diferentes organizaciones que pretendan impulsar procesos de formación profesional. Una comisión



**ALEJANDRO CUESTA**  
**“Si para resolver el conflicto con la SAQ se pretende que el SMU abdique a su condición de gremio representativo, eso no va a ocurrir. Pretendemos ser garantes de los derechos de todos y que no haya intereses corporativos que pasen por encima de otros”.**

de seguimiento, integrada por las carteras de Trabajo y Salud, un representante del sector empresarial y otro del gremio médico, será la encargada de controlar que esto se lleve adelante.

“Que el médico pueda profundizar en su capacitación desde su lugar de trabajo, y que esas horas sean retribuidas como si estuviera trabajando, es un beneficio tanto para el profesional como para el prestador. A la institución le genera un recurso humano capacitado y actualizado, y el médico alcanza una calidad de vida profesional superior”, opinó Trostchansky.

#### **LA REPRESENTATIVIDAD EN LA MIRA**

En el marco de la negociación colectiva dos escenarios de discusión se plantearon para el SMU. “Procesos que se venían dando desde hacía mucho tiempo a nivel gremial, confluyeron en este nuevo periodo de gobierno, por lo que fue necesario abrir varios frentes al mismo tiempo, de forma simultánea”, aseguró Cuesta.

Por un lado, el SMU presentó una denuncia ante el Consejo Superior Tripartito contra la Federación Médica del Interior (FEMI), por entender que esta organización estaba realizando una doble representación –sindical y patronal– en los Consejos de Salarios. En paralelo, desde el Sindicato Anestésico Quirúrgico (SAQ) se reclamó un lugar en la mesa de negociación que lo pusiera en igualdad con la representación del SMU. “Ya lo

veníamos diciendo, y se hizo real este año, que estamos en un momento bisagra del proceso de reforma luego de varios años de estancamiento. No había posibilidades de avanzar si no lo hacíamos respecto a los recursos humanos y con criterios de calidad. Para eso debíamos establecer pautas de relacionamiento”, apuntó el presidente del SMU.

Con la concepción de que el SMU “debe pensar en todos y no en unos pocos”, advirtió Toledo, es que se convocó a una “etapa de sinceramiento”. “Con la FEMI se está buscando ver qué rol se pretende jugar, porque no podemos jugar en todas las canchas. La FEMI es un grupo de instituciones privadas de salud que no puede cumplir con los dos roles, la de representar a dueños y trabajadores en una misma mesa de negociación, y apuntamos a que esa incompatibilidad se comprenda”, dijo Toledo a Ser Médico.

Desde el Consejo Directivo del SMU se aspira a que los trabajadores médicos del interior, que ejercen en las instituciones de FEMI pero no forman parte del sistema cooperativo, puedan ser incorporados –vía una reforma de los estatutos– al Sindicato Médico en lo referente a su representatividad.

En cuanto a las discrepancias que surgieron con los profesionales anestésicos quirúrgicos, la SAQ demandó formar parte de las negociaciones colectivas

14

SER MÉDICO  
REVISTA  
DICIEMBRE DE 2015

Avanzando hacia una  
medicina de calidad



## CLAVES DEL ACUERDO EN EL SECTOR PRIVADO

1. 12,45% de aumento durante el primer año de convenio.
2. Ajustes nominales semestrales de 3,75% y 3,50% en el segundo año de convenio, más una partida de aumento de salario real equivalente al 1,50% de la masa salarial anual.
3. Ajustes nominales semestrales de 3,50% y 3,25% en el tercer año de convenio, más una partida de aumento de salario real equivalente al 3% de la masa salarial anual.
4. Laudo único salarial en el sector privado.
5. Regulación de las condiciones de trabajo de los médicos que se desempeñen en las emergencias móviles e IMAE, así como del trabajo de los odontólogos, obstetras y químicos.
6. Creación de una comisión de trabajo para trabajar sobre la mejora de la calidad asistencial.
7. Implementación de beneficios para profesionales embarazadas, así como otros beneficios de maternidad y paternidad.
8. Creación de un Fondo para el Desarrollo Profesional Médico Continuo. El SMU confeccionará planes de desarrollo profesional médico y administrará este fondo.
9. Los trabajadores podrán retirarse, por su voluntad, de cualquier Fondo de Retiro Médico que integren.

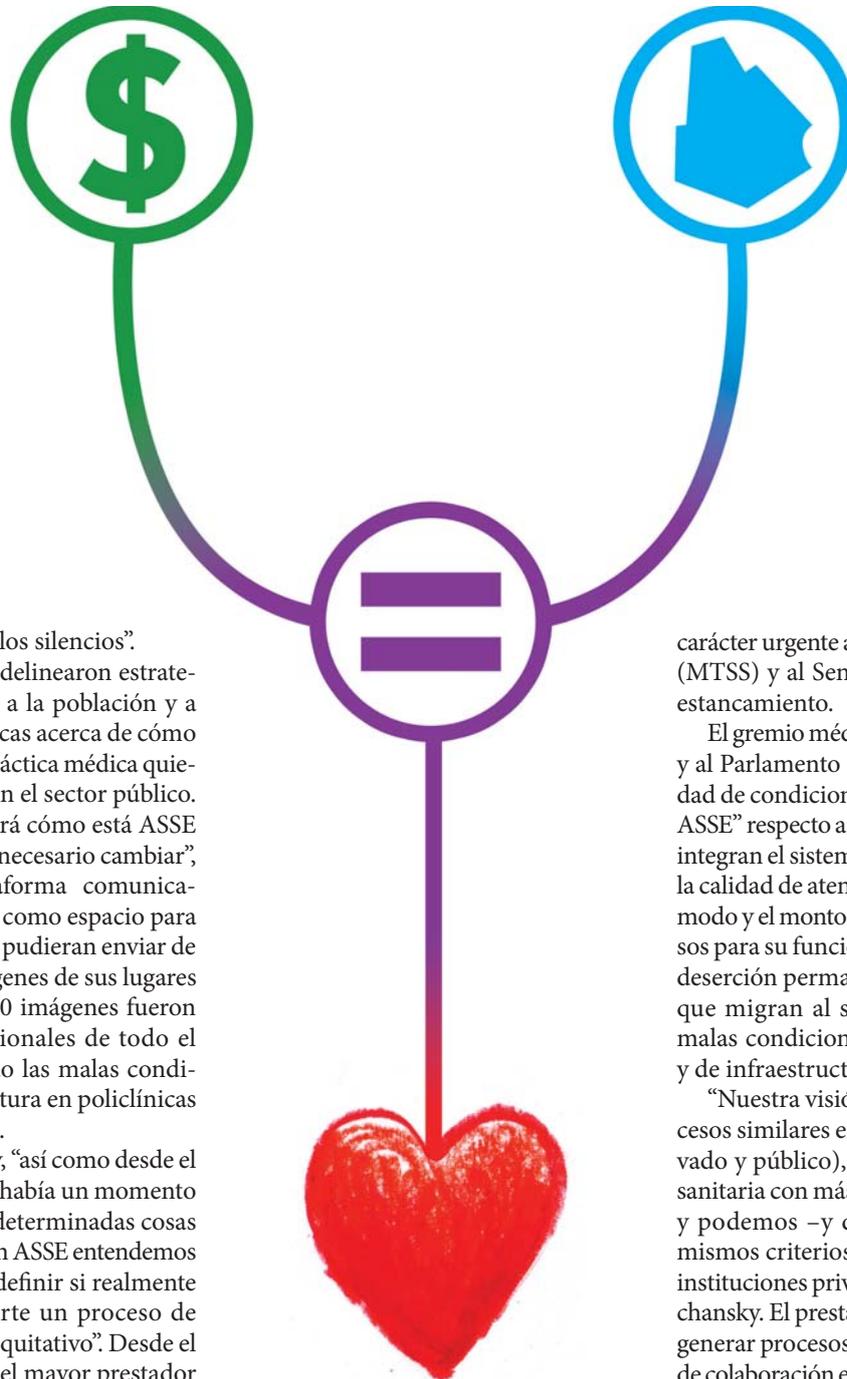
por entender que sus intereses no eran representados por el SMU. “Nosotros entendemos que dentro del SMU todos los afiliados tienen los mismos derechos y obligaciones, y es así que nos relacionamos con las distintas sociedades quirúrgicas. Ellos no lo entienden así y ahí está la contradicción”, según Cuesta.

“Reconocemos que hay una organización médica que se llama SAQ, reconocemos que hay colegas que no se sienten representados por el SMU, pero también somos claros en cuanto a que existe una ley de negociación colectiva que otorga la representatividad al SMU y no por una situación caprichosa, sino por ser la organización con mayor cantidad de afiliados, la historia de existencia frente a otras representaciones, y por ser la organización que contempla el espectro general de los médicos y no a los intereses de un grupo específico”, destacó Trostchansky. Para el presidente del SMU, el conflicto planteado “se resolvió de una forma madura” y “dejó en claro que el SMU es la organización más representativa y con la responsabilidad de atender a todo el colectivo médico”.

### DESAFÍO ASSE

Los logros obtenidos en el sector privado no tuvieron su correlato en el sector público, a través de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), llamada la ‘mutualista más grande’ por brindar asistencia a 400.000 usuarios Fonasa. De cara al mensaje presupuestal que en 2015 debía enviar el organismo estatal, el diálogo entre autoridades gubernamentales y los representantes del SMU fue prácticamente nulo.

“La pena con ASSE fue la falta de diálogo, y eso hubiera sido lo de menos si se hubiera sabido la estrategia y la calidad de atención que se pretende brindar. Pero nosotros no tuvimos durante todo el año ni un documento claro en donde se estableciera hacia dónde se quiere ir”, según Toledo. Pese a que desde el gremio médico se llevó adelante una “pelea muy dura” –destacó Cuesta– “el cambio de interlocutores con la llegada de un nuevo gobierno llevó a romper la relación, los

Desafío de los  
centros de referencia

plazos y a establecer los silencios”.

Desde el SMU se delinearón estrategias para dar cuenta a la población y a las autoridades políticas acerca de cómo deben enfrentar su práctica médica quienes se desempeñan en el sector público. Bajo la consigna “Mirá cómo está ASSE y enterate por qué es necesario cambiar”, el SMU creó la plataforma comunicacional #AsiestaASSE como espacio para que los profesionales pudieran enviar de forma anónima imágenes de sus lugares de trabajo. Más de 60 imágenes fueron enviadas por profesionales de todo el país, dejando sentado las malas condiciones de infraestructura en policlínicas y hospitales públicos.

Para Trostchansky, “así como desde el SMU se advirtió que había un momento bisagra para definir determinadas cosas en el sector privado, en ASSE entendemos que es momento de definir si realmente se quiere formar parte un proceso de reforma universal y equitativo”. Desde el SMU se aspira a que el mayor prestador público del país “profundice el proceso de reforma de trabajo médico” pero “para eso debe existir voluntad política”, apuntó el presidente del SMU.

Pese a que el proceso de negociación “fue decepcionante y a los tropezones” -consideró el vicepresidente del SMU- “ya que no se pusieron sobre la mesa temas como la complementación, o cómo se pretenden superar las dificultades tec-

nológicas y de recursos humanos tanto médicos como no médicos”, una mesa de diálogo se conformó en el mes de setiembre a instancias de la intermediación llevada adelante desde las comisiones de Asuntos Laborales y Salud de la Cámara del Senado. Sin embargo, trascurridos dos meses sin avance alguno, el Comité Ejecutivo del SMU resolvió informar con

carácter urgente al Ministerio de Trabajo (MTSS) y al Senado de la situación de estancamiento.

El gremio médico transmitió al MTSS y al Parlamento acerca de la “inferioridad de condiciones en que se encuentra ASSE” respecto a los demás efectores que integran el sistema sanitario en cuanto a la calidad de atención de sus usuarios, el modo y el monto de asignación de recursos para su funcionamiento, así como la deserción permanente de profesionales que migran al sector privado por las malas condiciones laborales, salariales y de infraestructura.

“Nuestra visión es la de generar procesos similares en ambos sistemas (privado y público), ASSE es la institución sanitaria con más socios Fonasa del país y podemos -y debemos- exigirle los mismos criterios que se les exigen a las instituciones privadas”, consideró Trostchansky. El prestador público “tiene que generar procesos de calidad” y “ámbitos de colaboración entre los recursos humanos y las direcciones de los hospitales”, pero para alcanzar esos objetivos -advirtió el presidente del SMU- “es condición necesaria que los médicos reciban sus aumentos salariales y que muchos de los colegas dejen de trabajar por Comisión de Apoyo, fijen su relación contractual y consigan una estabilidad laboral”.

¿ASSE conseguirá ponerse a tiro con los avances obtenidos con el resto del



sistema? “Estamos convencidos de que los acuerdos en el sector privado, el trabajo hacia un laudo único en las instituciones privadas de Montevideo e interior para mediados de 2016, va a traccionar positivamente en el sector público para conseguir resultados similares, porque sin recursos humanos no es posible alcanzar una medicina de calidad”, auguró el presidente del gremio médico.

### MÁS Y MEJOR MEDICINA DE CALIDAD

Entre los desafíos que quedaron planteados para continuar trabajando tras la ronda salarial con el sector privado están los de establecer comisiones de trabajo que apunten a mejorar las condiciones de trabajo en determinadas áreas. Una de ellas son las empresas de emergencia móvil, “un sector desregulado, en el que se trabaja en condiciones que no son de recibo y que sistemáticamente hubo una negativa para revisarlo”, apuntó Cuesta. Otro sector específico en el que se trabajará sobre aspectos salariales serán los Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE).

Uno de los compromisos asumidos es el de confeccionar, a través de una comisión de trabajo que integrará el SMU, un esquema de metas de mejora de la calidad asistencial que esté asociado a incrementos salariales. “Tenemos que empezar a medir los procesos asistenciales; si se están

**ALFREDO TOLEDO:**  
**“Tenemos que tener en cuenta que la medicina de este siglo es diferente a la del siglo pasado, que lo que sabíamos ayer, hoy por ahí es viejo, y no podemos visualizar el presente sin la educación médica continua”.**

haciendo de manera correcta, eso debe tener una contrapartida salarial, pero cuando los objetivos no se alcancen, es necesario saberlo para tomar las medidas adecuadas que permitan corregir los errores”, sostuvo Trostchansky.

Para el secretario médico del SMU, Alejandro Cuesta, será importante seguir avanzando en lo que a Cargos de Alta Dedicación refiere, involucrando cada vez a más profesionales. “Eso a su vez se podría utilizar para la confección de Centros de Referencia para aquellas patologías o técnicas de poco uso o volumen de atención; parece razonable que en un país pequeño como el nuestro el trabajo en estos casos se concentre y no esté en varios puntos porque eso va en detrimento de la calidad”, opinó Cuesta.

De la mano de este concepto va el de la complementación público-privada en todo el territorio nacional, advirtió el vicepresidente del SMU. “Hay que trabajar en la complementación de servicios de forma tal que el sistema de salud funcione como debe ser, y no seguir con la lógica institucional y departamental que tenemos hoy. Hasta que no logremos eso es muy difícil hablar de déficit de recursos. El rompecabezas está desordenado; hasta no ordenarlo y no saber cuál será la estrategia, podemos cometer errores”, sostuvo Toledo. ●●