

*Panorama de organizaciones de profesionales
y trabajadores de la salud en las Américas*

*Documento técnico de diagnóstico y análisis del panorama de las
organizaciones profesionales y sindicales en la Región de las Américas*

Actualización 2004

Julio J. Scavino

Montevideo. Febrero, 2005.

Cooperación técnica realizada para la Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Montevideo, febrero 2005.

Julio J. Scavino
Periodista
9 de junio 1492 CP 11200
Montevideo
Uruguay

Tél. 59826192085
Móvil 59899153072

Correo e: jjscavino@gmail.com

Índice

Síntesis ejecutiva	4
Nota aclaratoria	5
I Síntesis introductoria	6
II Panorama de las organizaciones de profesionales y trabajadores de la salud en las Américas	17
Organizaciones internacionales	18
Organizaciones nacionales	20
Panorama de las organizaciones de profesionales y trabajadores en salud estudiadas en Argentina	22
<i>Recuadro. Foro Nacional de Instituciones Médicas</i>	26
<i>Recuadro. Los sindicatos argentinos y las obras sociales.</i>	30
<i>Documento. Bases para el Plan Federal de Salud 2004 - 2007</i>	32
<i>Documento. Dialogo Argentino. Documento Base y prioridades para la elaboración de políticas de la Mesa Sectorial de Salud (2002)</i>	33
<i>Recuadro. Panorama de las OPTS estudiadas en Argentina, 2003.</i>	34
Panorama de las organizaciones de profesionales y trabajadores en salud estudiadas en Bolivia	38
<i>Documento: Principales conclusiones del Diálogo Nacional en Salud, 2004</i>	46
<i>Recuadro. "Actores sociales no logran reemplazar a los sindicatos". Por Elizabeth Benítez Castillo</i>	48
<i>Recuadro. Panorama de las OPTS estudiadas en Bolivia, 2003.</i>	49
Panorama de las organizaciones de profesionales y trabajadores en salud estudiadas en Brasil	51
<i>Documento. Projeto de Lei do Senado Nº 25 de 2002. Define o ato médico e dá outras providencias</i>	63
<i>Documento. Manifiesto Nacional contra o ato médico</i>	65
<i>Documento Carta dos Médicos a Nação Brasileira (2003)</i>	68
<i>Recuadro. Panorama de las OPTS estudiadas en Brasil, 2003.</i>	70
Panorama de las organizaciones de profesionales y trabajadores en salud estudiadas en Canadá	72
<i>Recuadro. Las Claves del Informe Romanow. "Building on values", el futuro de la política sanitaria en Canadá</i>	74
<i>Recuadro. "El futuro de la salud en Canadá", por Roy Romanow</i>	77
Panorama de las organizaciones de profesionales y trabajadores en salud estudiadas en Chile	81
<i>Recuadro. Panorama de las OPTS estudiadas en Chile, 2003.</i>	87
Panorama de las organizaciones de profesionales y trabajadores en salud estudiadas en Colombia	89
<i>Documento. Declaración de Paipa, setiembre de 2004</i>	95
<i>Recuadro. Presidente de Colombia Álvaro Uribe: Reformar los hospitales públicos será "el gran reto" del gobierno en materia de salud</i>	97
<i>Recuadro. Panorama de las OPTS estudiadas en Colombia, 2003.</i>	98
Panorama de las organizaciones de profesionales y trabajadores en salud estudiadas en Costa Rica	100
<i>Recuadro. Nueva organización sindical en Costa Rica. Diez entidades sindicales de la salud se integraron a la CUSIMA</i>	102
<i>Recuadro. Panorama de las OPTS estudiadas en Costa Rica, 2003.</i>	104
Panorama de las organizaciones de profesionales y trabajadores en salud estudiadas en Cuba	106
<i>Recuadro. Colectivos morales en salud: atención esmerada, contabilidad certificada y ausencia de delitos e ilegalidades. Por Lourdes Rey Veitia</i>	108
Panorama de las organizaciones de profesionales y trabajadores en salud estudiadas en Ecuador	111
<i>Recuadro. El parque de Sangolquí fue escenario de un parto. Dos bebés han muerto por falta de atención médica</i>	113
<i>Recuadro. Ecuador: Sindicatos y conflictos en el sector salud</i>	115
<i>Recuadro. Panorama de las OPTS estudiadas en Ecuador, 2003.</i>	116
Panorama de las organizaciones de profesionales y trabajadores en salud estudiadas en El Salvador	118
<i>Documento: Respuesta de El Salvador e la Comisión de Derechos Humanos del Consejo Económico y Social de la ONU (2004)</i>	124
<i>Recuadro. Panorama de las OPTS estudiadas en El Salvador, 2003.</i>	125
Panorama de las organizaciones de profesionales y trabajadores en salud estudiadas en Guatemala	127
Panorama de las organizaciones de profesionales y trabajadores en salud estudiadas en Honduras	131
<i>Recuadro. Panorama de las OPTS estudiadas en Honduras, 2003.</i>	136

Panorama de las organizaciones de profesionales y trabajadores en salud estudiadas en México	138
<i>Recuadro. Diecisiete de cada cien médicos mexicanos no trabaja</i>	142
Panorama de las organizaciones de profesionales y trabajadores en salud estudiadas en Nicaragua	144
<i>Documento. Política de salud 2004-2015. Situación del sector salud. Desarrollo de Recursos Humanos. Ministerio de Salud</i>	148
Panorama de las organizaciones de profesionales y trabajadores en salud estudiadas en Paraguay	152
<i>Recuadro. Paraguay comenzó a construir "una nueva visión estratégica en la gestión de los recursos humanos"</i>	154
<i>Documento. Principales conclusiones del Foro Nacional de Recursos Humanos en salud</i>	157
<i>Recuadro. Panorama de las OPTS estudiadas en Paraguay 2003.</i>	158
Panorama de las organizaciones de profesionales y trabajadores en salud estudiadas en Perú.	161
<i>Recuadro. Panorama de las OPTS estudiadas en Perú, 2003.</i>	167
Panorama de las organizaciones de profesionales y trabajadores en salud estudiadas en República Dominicana	169
<i>Recuadro. Directora de la OPS asiste a toma de gobierno en República Dominicana</i>	173
<i>Recuadro. La responsabilidad del médico. Entrevista al Dr. Miguel Suazo (INTEC). Por Julissa Lorenzo</i>	175
Panorama de las organizaciones de profesionales y trabajadores en salud estudiadas en Uruguay	179
<i>Documento. Declaración final de la VIII Convención Médica Nacional.</i>	185
<i>Recuadro. Encuesta Médica Nacional, Uruguay 2004. Los médicos de Uruguay: "una profesión en cambio".</i>	188
<i>Recuadro. Panorama de las OPTS estudiadas en Uruguay, 2003.</i>	196
Panorama de las organizaciones de profesionales y trabajadores en salud estudiadas en Venezuela	198
<i>Recuadro. Panorama de las OPTS estudiadas en Venezuela, 2003.</i>	203
III. Glosario	204
IV. Bibliografía	211

Índice de cuadros

Organizaciones estudiadas por tipo y ámbito de acción, 2004.	8
Conflictividad 2004. Huelgas por país en la Región de las Américas, 2004	10
Conflictividad 2004. Principales motivos de movilización en la Región de las Américas, 2003-2004	11
Conflictividad 2004. OPTS convocantes y huelgas convocadas por categoría en la Región de las Américas, 2004	11
Conflictividad 2004. Cantidad de huelgas por categoría y % sobre total de huelgas en la Región de las Américas, 2003 – 2004	12
Conflictividad 2004. Cantidad de huelgas por país en la Región de las Américas, 2003 – 2004	12
Conflictividad 2004. Cantidad de huelgas por país y por trimestre, 2003 – 2004.	13
Conflictividad 2004. Huelgas por país y por trimestre en la Región de las Américas, 2003 – 2004	13
Conflictividad 2004. Conflictos en salud en la Región de las Américas, 2004.	15
Argentina. Estimación de la fuerza de trabajo sectorial, para algunas categorías profesionales, 1998.	23
Bolivia. Huelgas de alcance nacional en el sector salud, 2004.	40
Brasil. Variación del N° de médicos, licenciados en enfermería y cirujanos dentales, 2003 – 2004.	52
Brasil. Recursos Humanos en enfermería. Brasil, 2004.	52
Brasil. Recursos Humanos en Odontología. Brasil, 2004.	52
Brasil. Huelgas de alcance nacional en el sector salud, 2004.	53
Chile. Huelgas de alcance nacional en el sector salud. Chile, 2004.	83
Ecuador. Huelgas de alcance nacional en el sector salud, 2004.	112
Ecuador. Organización de los trabajadores de la salud, 2004.	114
El Salvador. Red de servicios del sector salud, 2000.	122
El Salvador. Organización de los trabajadores de la salud, 2000.	123
Honduras. Huelgas de alcance nacional en el sector salud, 2004.	132
México. Huelgas de alcance nacional en el sector salud, 2004.	139

Nicaragua. Huelgas de alcance nacional en el sector salud, 2004.	145
Paraguay. Funcionarios del Ministerio de Salud y Bienestar Social, 2003.	153
Paraguay. Personal de la salud en el sector estatal, 2000.	159
Perú . Huelgas de alcance nacional en el sector salud, 2004.	167
República Dominicana. Huelgas de alcance nacional en el sector salud, 2004.	172
Mercosur. Médicos y licenciadas en enfermería c/10.000 habitantes, 2003.	180
Uruguay. .Huelgas de alcance nacional en el sector salud, 2004.	184
Comparativo de salarios médicos en la región, 2004.	200
Venezuela. Personal de salud en el sector estatal, 2000.	202

Síntesis ejecutiva

El panorama de las organizaciones de profesionales y trabajadores de la salud en región de las Américas observado durante 2004 mostró un incremento en la conflictividad laboral, el desarrollo de novedosas experiencias de relacionamiento laboral que incluyen espacios de diálogo intersectorial y el anuncio de parte de futuros gobernantes de instalar espacios de intercambio con las organizaciones de profesionales y trabajadores en salud (OPTS).

El desarrollo de la actividad de las OPTS en la región supuso desafíos concretos a la gobernabilidad del sector en varios países y, al igual que en 2003, hubo casos de denuncias de fallecimientos de bebés y niños por falta de atención médica e imposibilidad de acceso a los centros asistenciales durante la realización de huelgas en el sistema de salud.

En diversos casos, esto motivó la incorporación de agentes que deben garantizar los derechos de la ciudadanía, fiscalías de gobierno y defensorías del pueblo, a los procesos de conflictos laborales en el sistema de salud.

El gobierno de Bolivia convocó a un Diálogo Nacional en Salud con la intención explícita de las autoridades bolivianas de determinar prioridades y estrategias a implementar en forma conjunta con los actores del sector salud. Este paso en la búsqueda de consensos se ordenó en torno a seis temas que fueron sintetizados en un documento final.

Brasil fortaleció la cultura de negociación que tiene en el sector salud, dotando de nuevas herramientas a la Mesa Permanente de Negociación que tiene el Sistema Único de Salud (SUS).

El nuevo viceministro de Salud de Perú, Dr. José del Carmen Sara, expresó su voluntad de lograr una "concertación sincera" con los gremios del sector en base a una "agenda viable" y manifestó su intención de lograr un acuerdo común confiado en que los objetivos de los diversos actores del sector salud "son los mismos".

La futura ministra de Salud Pública de Uruguay, la doctora María Julia Muñoz, anunció que el gobierno que se instalará en ese país a partir del 1° de marzo de 2005 establecerá un Consejo Asesor Permanente en Salud que se integrará con representantes de las OPTS y otros actores del sector salud de ese país.

El desarrollo de 64 huelgas de alcance nacional en 10 países de la región durante 2004, determinó un crecimiento de 72,97%, de la conflictividad respecto a las 37 huelgas realizadas en 2003. El 55,55% de las huelgas ocurrió en tres países de la región. El 81,25% de las 64 huelgas realizadas en 2004 tuvo como principal demanda el incremento de remuneraciones y de presupuesto para el sector salud. Tuvieron entre 24 horas y 35 días de duración y fueron convocadas mayoritariamente por organizaciones de trabajadores (48,40%). Las huelgas fueron convocadas por 31 organizaciones (12 de trabajadores, 10 de médicos, 6 de enfermeras y obstetras y 3 de otros profesionales de la salud).

La conflictividad a nivel de regiones y centros asistenciales fue significativa en Argentina donde los trabajadores estatales, convocados principalmente por sindicatos de la Central de los Trabajadores Argentinos (CTA), se movilizaron en la mayoría de las provincias de ese país durante 2004.

Para 2005 es de esperar que la conflictividad sea menor que en 2004 pero similar o superior a la registrada en 2003.

Nota aclaratoria

Al presentar esta "Actualización 2004" del "Panorama de organizaciones de profesionales y trabajadores de la salud en las Américas" resulta necesario señalar algunas razones que motivan el desarrollo de la investigación, algunos presupuestos y criterios con los que se elaboró esta edición.

Este documento técnico de diagnóstico y análisis del panorama de las organizaciones profesionales y sindicales en la región de las Américas elaborado para la Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos (HR) de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) pone al día un trabajo anterior que fue ordenado con el objetivo de poner en práctica lo estipulado en la Resolución DC 46-R6 adoptada por los Gobiernos de los países en setiembre de 2001 y que procuraba fortalecer la capacidad de los países miembros de la organización para formular e implementar políticas de desarrollo de recursos humanos y elevar las capacidades nacionales para su gestión.

La mirada que se hace de las actividades de las organizaciones de profesionales y trabajadores en salud en la región, tiene como presupuesto la convicción de que los ciudadanos son el principal sujeto de interés de los Gobiernos de las naciones que integran el sistema interamericano y en particular de los responsables de la salud pública.

Los sistemas democráticos con que se gobierna la casi totalidad de los países de la región garantiza y la emergencia y expresión de intereses de los grupos que actúan en el sistema de salud y del desarrollo de conflictos para la defensa de esos intereses.

La conflictividad en los sistemas de salud son un asunto de salud pública en tanto sus acciones tienen derivaciones éticas y políticas afectan a los servicios de salud y los derechos de los ciudadanos. Su análisis y gestión constituyen un desafío para los diversos actores de los sistemas de salud y para los responsables de la ejecución de las políticas públicas de salud.

Siendo un elemento que influye en el desarrollo de las políticas públicas de salud, naturalmente se trata de un tema del interés de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Esta actualización se elaboró con información pública y abierta relevada en distintos medios de información, agencias internacionales de noticias y sitios web de organizaciones de profesionales y trabajadores en salud de la región, organizaciones sindicales regionales e internacionales y organismos internacionales. Durante 2004, se extrajo información de 1162 informes periodísticos y otros documentos que fueron seleccionados para la elaboración de este trabajo.

El trabajo se centró en la actividad de las OPTS a nivel nacional, agregando las novedades registradas durante 2004, acumulando la información que no perdió vigencia y aquella que favorezca la comprensión de los sucesos expuestos.

Se mantuvieron aquellos documentos que aportaban elementos para una mirada estratégica de la realidad descrita y fueron eliminados los que respondían a situaciones coyunturales.

En algunos casos se aportó fragmentos de documentos referidos al tema de la investigación y se dejó la referencia electrónica que lleva al texto completo.

Los errores que pueda tener este estudio son de exclusiva responsabilidad del autor, que recibirá con la mejor disposición los comentarios que se consideren de interés para su perfeccionamiento.

I. Síntesis introductoria

En el fondo de la historia los grupos humanos establecieron un acuerdo por el cual mujeres y hombres ponían cuerpos y vidas en manos de otros que comenzaron a acumular conocimiento respecto cuerpos y las enfermedades con el objetivo de cuidar y tratar de curar a los primeros.

Ese convenio, que siempre supuso un marco de valores para la relación entre los depositarios del saber de curar aquellos a los que debían cuidar, nunca estuvo libre de tensiones entre unos y otros. El pensamiento mágico, prejuicios religiosos, la ignorancia, la tentación del lucro desmedido y del poder, enfrentaron a unos y otros y muchas veces la tensión se resolvió con la vida de ambos.

Con el tiempo el saber creció, la salud se volvió un derecho humano fundamental, se desarrollaron los sistemas de atención, se constituyó y desarrolló el complejo médico industrial y se internacionalizó la salud. Ese proceso mejoró las condiciones de salud de las personas y los pueblos, al tiempo que sumó nuevas tensiones a aquellas que desde siempre marcaron la relación persona enferma - agente sanitario.

Las mujeres y hombres que integran la fuerza laboral de los sistemas de salud son el grupo humano depositario del saber de cuidar y curar y los herederos de aquel viejo acuerdo. Las relaciones laborales en el sistema de salud son un espacio donde los valores del antiguo pacto se ponen en juego y en el que a las viejas tensiones se le suman las que derivan de la defensa de los intereses de los diversos grupos que actúan en el sector.

En la región de las Américas este proceso ocurre en el marco de sistemas democráticos que se han comprometido a garantizar la vida humana como un derecho fundamental y el de las personas a organizarse y defender sus intereses colectivamente. Los cuidados de la salud se asocian al derecho fundamental que protege la vida humana.

Esta actualización del “Panorama de las organizaciones de profesionales y trabajadores de la salud en las Américas” para el año 2004 se desarrolló teniendo en cuenta estos presupuestos

La actividad de las organizaciones de profesionales y trabajadores de salud (OPTS) en la región mostró la permanencia de algunos aspectos observados en 2003¹, la profundización de otros –en particular de la conflictividad medida en huelgas de alcance nacional- y el desarrollo de algunas experiencias que pueden resultar de interés en la construcción de espacios que favorezcan una mejor gestión de las relaciones laborales en el sector.

La colisión entre el derecho fundamental a la vida al que se asimila el derecho a la salud y el ejercicio de los derechos sindicales que se expresa durante las huelgas en el sector salud afectando los derechos de los usuarios en beneficio de los derechos de los trabajadores, volvió a observarse durante 2004 y fue motivo de denuncias de muerte de por lo menos cuatro niños por falta de asistencia durante situaciones de huelga.

Nuevos espacios de diálogo

El avance de experiencias que favorecen una mejor gestión del trabajo en salud, anuncios auspiciosos de instalar espacios con participación de las OPTS y declaraciones explícitas de voluntad de mantener diálogos “sinceros” entre el gobierno y los gremios de la salud, fueron hechos observados durante 2004.

- Buscando integrar las necesidades de los usuarios, trabajadores e instituciones del sistema de salud, las autoridades sanitarias de Paraguay crearon un nuevo esquema de relaciones laborales en el Ministerio de Salud y Bienestar Social (MSBS) que incluye un ámbito permanente de diálogo en el que representantes de las OPTS y del gobierno gestionan aspectos del trabajo en el sector. Las autoridades sanitarias de Paraguay han explicitado su voluntad de mantener un relacionamiento laboral con las organizaciones del sector salud basado en la confianza, diálogo, transparencia y participación y
- Uno de los países que registró mayores niveles de conflictividad durante 2004 fue Bolivia, donde el gobierno convocó a distintos actores vinculados al sistema sanitario a un Diálogo Nacional en Salud, que se desarrolló en octubre en la ciudad de Cochabamba. El gobierno apostó a identificar los principales problemas y a

¹ Scavino, Julio; “Panorama de organizaciones de profesionales y trabajadores de la salud en las Américas” Documento técnico de diagnóstico y análisis del panorama de las organizaciones profesionales y sindicales en la región de las Américas”. Ed. Organización Panamericana de la Salud (OPS), Washington DC. 2004.

establecer prioridades en las estrategias de intervención con los principales actores del sistema. En el encuentro se analizaron temas referidos a la rectoría y financiamiento del sector modelo sanitario; políticas de aseguramiento, políticas de recursos humanos; seguridad social a corto plazo y gestión social en salud. En setiembre el Colegio Médico de Bolivia (CMB) había convocado a una instancia de diálogo en la que no participó el gobierno. La prensa de Bolivia señaló que “la principal conclusión” de ese encuentro “fue que el sistema público de salud” colapsó “por falta de atención gubernamental”.

- Buscando fortalecer la cultura y mecanismos de negociación con que cuenta el Sistema Único de Salud (SUS) de Brasil, las autoridades sanitarias de ese país instalaron una “Sala Virtual de Apoyo a la Negociación del Trabajo en el SUS”. Esta herramienta tiene por objetivo “estimular la democratización de las relaciones de trabajo” para mejorar la calidad de los servicios que presta el SUS. Esta sala virtual, cuyo desarrollo cuenta con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), ofrece un conjunto de recursos destinados a dar soporte al seguimiento desarrollo de actividades de formación en el ámbito del Sistema Nacional de Negociación Permanente del SUS. En el sitio web http://www.ead.fiocruz.br/mini_portais/mesas/ se puede acceder a herramientas destinadas a facilitar la instalación de mesas de negociación, orientaciones y sugerencias y otros recursos.
- La designada ministra de Salud Pública de Uruguay, la doctora Mará Julia Muñoz, anunció que el gobierno que conducirá el país desde el 1º de marzo de 2005 creará un “Consejo Asesor Permanente de Salud”, al que se recurrirá para “pedir colaboración y consultar” a sus integrantes a la hora de poner en marcha reformas en el sistema sanitario nacional. Ese organismo asesor lo integrarán representantes del Sindicato Médico del Uruguay (SMU), Federación Médica del Interior (FEMI), Facultad de Medicina, Federación de Funcionarios de Salud Pública (FFSP) y Federación Uruguaya de la Salud (FUS). “Tendremos una actitud de diálogo franco con las agremiaciones”, dijo la futura ministra y agregó que la nueva administración pretende “gobernar de forma diferente y que queremos abrir la participación y el diálogo”².
- Al asumir su cargo como nuevo viceministro de Salud de Perú, el doctor José Del Carmen Sara “expresó su compromiso en solucionar agendas pendientes de índole gremial y salarial, en base a una ‘concertación sincera’, de donde parta una agenda viable, donde no se pidan cosas que no se pueden obtener”. Del Carmen Sara, dijo que “abrirá las puertas del Ministerio de Salud (MINSA) para alcanzar un acuerdo común, debido a que los objetivos en salud son los mismos”³. El nuevo jerarca manifestó su interés en desarrollar una “gestión orgánica y participativa del Ministerio de Salud” y el fortalecer su estructura. Perú fue uno de los tres países con mayor conflictividad en salud en la región en 2003 y 2004.

Ratificaciones: legitimidad y capacidades de las OPTS

La legitimidad y representatividad de las organizaciones profesionales y de trabajadores de la salud, su buena capacidad para el logro de sus objetivos e impactar en la gobernabilidad del sector fueron algunas de las características observadas durante 2003 y que se ratificaron en 2004.

Las OPTS mantuvieron su legitimidad, representatividad, una agenda de demandas coincidente en sus principales exigencias que pasan por la mejora de las remuneraciones, aumento del presupuesto destinado a la atención de la salud de modo de garantizar mejores condiciones de asistencia y la oposición a la introducción de reformas en el sector salud.

Siguen siendo organizaciones con un intenso intercambio internacional, firme presencia en el ámbito estatal y

² “Encuentro Progresista buscará apoyo de entidades de la salud”, diario “*El Observador*”, Montevideo, 18 de diciembre de 2004.

³ “Juramentó Nuevo Viceministro de Salud Dr. José del Carmen Sara”, sitio web “Perú Salud”, Lima, 26 de enero de 2004 (versión electrónica disponible en: <http://www.perusalud.com/modules.php?name=Noticias&file=article&sid=1030>).

contrarias a la introducción de reformas que debiliten el rol del Estado y los servicios asistenciales públicos. Que las OPTS son agrupaciones con que cuentan con mayores capacidades y peso político que el promedio de organizaciones similares fue otra de las características que se ratificó en la observación realizada en 2004. Un par de hechos que fortalecieron esa percepción ocurrieron en Argentina y El Salvador.

- En julio de 2004, la Confederación General de Trabajadores (CGT) de la República Argentina puso fin a una situación de división interna que la afectaba desde octubre de 1989 y uno de los acuerdos para consolidar la unidad pasó por la constitución de una dirección colegiada que integran representantes de tres sindicatos. La Federación de Asociaciones de Trabajadores de la Sanidad Argentina (FATSA) es uno de los miembros del “triumvirato” y está representado por la dirigente Susana Rueda.

Organizaciones estudiadas por tipo y ámbito de acción, 2004

Organización	Internacionales	Regionales	Nacionales	Total
Profesionales de enfermería	1	1	42	44
Profesionales médicos	1	1	53	55
Trabajadores	5	3	187	195
Total	7	5	282	294

- “El Sindicato de Trabajadores del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (STISSS) sigue siendo y será el sindicato más poderoso de este país, no porque nos regalen alguna dádiva, sino (porque) que nuestra lucha continúa”. La contundencia de la frase dicha por el secretario general de ese sindicato del El Salvador, Ricardo Monge, es por demás elocuente respecto a la autopercepción que puede llegar a tener ese gremio de sí mismo⁴. El STISSS fue una de las organizaciones que sostuvo la huelga de nueve meses que lideró el Colegio Médico de El Salvador y que finalizó en junio de 2003. Monge fue reelecto por cuarta vez consecutiva como secretario general del sindicato en diciembre de 2004, luego de una campaña electoral en que fue acusado de corrupción por otros dirigentes sindicales.

Hechos ocurridos en algunos países fortalecieron la percepción acerca de las capacidades de revertir decisiones tomadas a nivel de los Poderes Ejecutivo y Legislativo.

En Bolivia, la Confederación Sindical de Trabajadores en Salud de Bolivia (CSTCB) se movilizó exigiendo la renuncia de los viceministros de Salud y Deportes. El 9 de marzo, la prensa boliviana dio cuenta de que el secretario ejecutivo de la Confederación de Trabajadores en Salud, Víctor Álvarez, informó “que durante la reunión con el ministro de Salud, Fernando Antezana, éste anunció que los viceministros de Salud, Erwin Saucedo, y de Deportes, Félix Sandóval, habían renunciado”⁵.

Resuelto a modificar la estructura del sistema de salud, el gobierno de Bolivia emitió dos decretos que dejaban sin efecto los Servicios Departamentales de Salud (SEDES) y trasladaba potestades a las autoridades departamentales (decretos 27.457 y 27.450). La CSTSB realizó una huelga de once días en contra de esas normas. Los trabajadores también organizaron una huelga de hambre “fue suspendida el sábado 15 de mayo por la noche, en cuanto se supo que el Gobierno había derogado el Decreto supremo 27.457 que establecía a la Prefectura como cabeza del sector salud”.

⁴ Medina, Angela; “El STISSS es y será el sindicato más poderoso de este país”, Diario Co Latino, San Salvador, 8 de Enero de 2005. Versión electrónica disponible en: <http://www.diariocolatino.com/documentos/detalles.asp?NewsID=132>

⁵ “Viceministros de Salud y Deportes renunciaron por presiones”, El Deber, Santa Cruz, 9 de marzo de 2004. (Versión electrónica disponible en www.eldeber.net/20040309/nacional_4.html)

El dirigente departamental de la CTSB, Rubén Pérez, dijo que “la derogatoria del decreto supremo sobre el descabezamiento del Servicio Departamental de Salud, constituye una gran victoria porque al ser la Prefectura un ente político, “nadie confiaba en el manejo que la Prefectura podía efectuar de los recursos humanos.”⁶

En Perú, tras veintidós días de huelga, los médicos y el Ministerio de Salud firmaron acuerdos estableciendo aumentos salariales para los médicos, pero el 15 de junio, el parlamento promulgó la ley 28.254 que prohibía el incremento a los sueldos de los funcionarios públicos. Los principales dirigentes de las organizaciones médicas de Perú, reclamaron la derogación del artículo 103 de la ley y contaban con el apoyo de legisladores de la oposición que viabilizarían la iniciativa.

Conflictos y derechos sanitarios

Cada que vez la conflictividad se instala en el sector de la salud las sociedades y los gobiernos ven emerger el conflicto que se da entre la vigencia de los derechos sanitarios de la población y los derechos sindicales de las OPTS que desarrollan acciones en pos de sus demandas.

La imposibilidad de acceder a los servicios de salud y recibir atención médica durante las huelgas en el sector salud es el hecho que expresa más cabalmente esa colisión.

Durante 2004, se registraron varias denuncias de muerte de bebés por falta de atención o imposibilidad de acceder a los servicios sanitarios en momentos en que se desarrollaban huelgas médicas o de funcionarios.

En movilizaciones ocurridas en la región durante 2004, emergieron hechos que pusieron en evidencia esta tensión y han resultado un espacio para la incorporación a la conflictividad en salud de actores como las fiscalías de gobierno y los defensores del pueblo.

En algunos casos estas situaciones generaron diferencias entre las OPTS.

- La decisión de la Confederación Nacional de Trabajadores de la Salud de Chile (CONFENATS) de realizar un paro de 24 horas en julio de 2004 en momentos en que una epidemia de una enfermedad respiratoria se había instalado en el país, no contó con el apoyo de la Confederación Nacional de Funcionarios de la Salud Municipalizada (CONFUSAM) ni del Colegio Médico de Chile. Dirigentes del gremio médico reconocieron el derecho de los trabajadores del Ministerio de Salud a realizar la huelga pero señalaron su inoportunidad. Dirigentes de CONFUSAM primero anunciaron que acompañarían la huelga de CONFUSAM, pero a las pocas horas señalaron que la organización no convocaría a una paralización de las actividades.
- Durante la realización de un paro de 24 horas en agosto de 2004, convocado por la Federación Médica Hospitalaria (FMH) de Nicaragua, se denunció la muerte de una bebé recién nacida en un hospital pediátrico. La vicepresidente de la Federación de Trabajadores en Salud (FETSALUD) desvinculó a su organización del hecho. Los funcionarios “no nos responsabilizamos por los paros médicos”, dijo a la prensa internacional la vicepresidente de FETSALUD, Evelin Umaña.
- El 15 de mayo de 2004 la prensa de Bolivia informó de la muerte de una niña en El Alto. Los informes señalaron que la bebé, que había nacido el 21 de abril, murió luego que la madre reclamó atención durante una jornada de paro y una enfermera le dijo que no había médicos para atenderla.
- En Ecuador se denunció la muerte de dos bebés y un niño durante un paro de los funcionarios del ministerio de salud realizado en marzo de 2004. Elena de un mes falleció el 23 de marzo el Hospital del Niño Hospital del Niño Francisco de Ycaza, otra niña murió ese mismo día luego de ser alumbrada en un parque cercano al Hospital de Sangolquí y Michael un niño de dos años afectado por neumonía murió en el Hospital Baca Ortiz, al que ingresó el 29 de marzo. El 2 de abril, el diario “El Comercio” de Quito, informó que “Galo Yupanqui, (dirigente) de los trabajadores de la salud, dijo: “enjuiciaremos a quien trate de inculparnos de estas muertes”. Su versión es que en Guayaquil la señora no llegó al hospital, que en Sangolquí la madre tomó agua de perejil para adelantar el parto, y que al Baca Ortiz el niño llegó agonizando”.

⁶ “Hospitales públicos reanudan labores tras diez días de paro”, diario “Opinión”, Cochabamba, 18 de mayo de 2004.
<http://www.opinion.com.bo/PortalNota.html?CodNot=44404&CodSec=5>

Incremento de la conflictividad

El desarrollo de 64 huelgas de alcance nacional en el sector salud de 10 países de la región de las Américas, supuso un crecimiento de 72,97% de la conflictividad relevada a partir de información pública y abierta, respecto a la registrada durante 2003, cuando se concretaron 37 huelgas en 12 países⁷.

Las huelgas tuvieron una duración de entre 24 horas y 35 días y en ellas se involucraron 31 OPTS (12 de trabajadores, 10 de médicos, 6 de personal de enfermería y 3 de otros profesionales de la salud).

El 81,25% de las demandas que motivaron las huelgas estaban referidas a temas relativos a la economía política del sector, en particular al incremento de salarios y otros beneficios y al reclamo de mayor presupuesto para el sector salud en los países.

La oposición a las reformas sectoriales fue el principal motivo de 10,94% de las huelgas.

Demandas referidas a la gestión de las instituciones (pedidos de renuncia, exigencias de restituciones de jerarcas o funcionarios, rechazo a sanciones, renunciaciones, y otros asuntos), fueron el principal motivo del 3,12% de las huelgas.

Huelgas por país en la Región de las Américas, 2004

Conflictividad de alcance nacional en salud en las Américas, 2004 Cantidad de huelgas por país, % sobre el total		
Pais	Cantidad de huelgas	%
R. Dominicana	13	20,30
Bolivia	12	18,73
Perú	11	17,17
Ecuador	6	9,40
Honduras	6	9,40
Nicaragua	5	7,80
Uruguay	5	7,80
Chile	3	4,70
Brasil	2	3,10
México	1	1,60
Total	64	100.00

Principales motivos de movilización en la Región de las Américas, 2003-2004

Conflictividad de alcance nacional en salud en las Américas, 2004 Principales motivos de movilización 2003 – 2004.				
Principales motivos	2003		2004	
	Nº	%	Nº	%
Relativos a la economía política del sector	25	67,65	52	81,25
Oposición a reformas	4	10,82	7	10,94
Restitución de funcionarios, jerarcas y otros asuntos referidos a la gestión institucional.	3	8,10	2	3,12
Reconocimiento de la organización, sus dirigentes, paros de "solidaridad".	1	2,7	2	3,12
Razones de política y economía general del país	4	10,82	1	1,57
Total	37	100	64	100

⁷ Cifras a noviembre de 2003.

OPTS convocantes y huelgas convocadas por categoría en la Región de las Américas, 2004

Conflictividad de alcance nacional en salud en las Américas, 2004. Cantidad de OPTS convocantes a huelgas según categoría, % sobre el total de de OPTS y % sobre el total de huelgas convocadas % del total				
Categoría de organizaciones	Nº de OPTS	% sobre total de OPTS	Nº de huelgas	% sobre total de huelgas
Organizaciones de profesionales de la medicina ⁸	10	32,3	24	37,50
Organizaciones de trabajadores ⁹	12	38,7	31	48,40
Otras organizaciones de profesionales de la salud ¹⁰	3	9,7	3	4,70
Organizaciones de enfermería y obstetricia ¹¹	6	19,3	6	9,40
Totales	31	100	64	100

Cantidad de huelgas por categoría y % sobre total de huelgas en la Región de las Américas, 2003 – 2004

Conflictividad de alcance nacional en salud en las Américas, 2004. Cantidad de huelgas según categoría convocante y % sobre el total de huelgas 2003 -2004				
Categoría de organizaciones	2003		2004	
	Nº de huelgas	% sobre total de huelgas	Nº de huelgas	% sobre total de huelgas
Organizaciones de profesionales de la medicina ¹²	13	35,14	24	37,50
Organizaciones de trabajadores ¹³	21	56,76	31	48,40
Otras organizaciones de profesionales de la salud ¹⁴	1	2,7	3	4,70
Organizaciones de enfermería y obstetricia ¹⁵	2	5,40	6	9,40
Totales	37	100	64	100

⁸ Agrupación Médica del IDSS (3), Asociación Médica del IHSS (1), Asociación Nacional de Médicos del Seguro Social del Perú (2), Colegio Médico de Bolivia (3), Colegio Médico de Honduras (1), Colegio Médico de la República Dominicana (9), Federación Médica Hospitalaria (Nicaragua) (1), Federación Médica Peruana (2), FESIMRAS (Bolivia) (2), Sindicato Médico del Uruguay (2).

⁹ CONFENATS (2), CONFUSAM (1), CTSB (5), CUTESSALUD (1), FENASPS (2), FENSEGURAL (2), FETSALUD (4), FFSP (2), FUS (1), Osuntramsa (6), SITRAMEDHYS (2), SNTSS (1)

¹⁰ Coordinadora de gremios del sector salud (RD) (1), Coordinadora de gremios de profesionales del sector salud (Perú) (1), Sindicato de tecnólogos de EsSalud (1)

¹¹ ANAEH (1), Colegio de Obstetras del Perú (COP) (1), Colegio de Profesionales de Enfermería de Honduras (1), SINEISS (1), SINEMINSA (2)

¹² 2004: Agrupación Médica del IDSS (3), Asociación Médica del IHSS (1), Asociación Nacional de Médicos del Seguro Social del Perú (2), Colegio Médico de Bolivia (3), Colegio Médico de Honduras (1), Colegio Médico de la República Dominicana (9), Federación Médica Hospitalaria (Nicaragua) (1), Federación Médica Peruana (2), FESIMRAS (Bolivia) (1), Sindicato Médico del Uruguay (2).

¹³ 2004: CONFENATS (2), CONFUSAM (1), CTSB (5), CUTESSALUD (1), FENASPS (2), FENSEGURAL (2), FETSALUD (4), FFSP (2), FUS (1), Osuntramsa (6), SITRAMEDHYS (2), SNTSS (1)

¹⁴ 2004: Coordinadora de gremios del sector salud (RD) (1), Coordinadora de gremios de profesionales del sector salud (Perú) (1), Sindicato de tecnólogos de EsSalud (1)

¹⁵ 2004: ANAEH (1), Colegio de Obstetras del Perú (COP) (1), Colegio de Profesionales de Enfermería de Honduras (1), SINEISS (1), SINEMINSA (2).

Cantidad de huelgas por país en la Región de las Américas, 2003 – 2004

Conflictividad de alcance nacional en salud en las Américas, 2004 Cantidad de huelgas por país 2003 - 2004		
<i>País</i>	<i>2003</i>	<i>2004</i>
Bolivia	12	12
Brasil	0	2
Chile	2	3
Colombia	1	0
Ecuador	2	6
El Salvador	1	0
Guatemala	1	0
Honduras	3	6
Nicaragua	2	5
México	0	1
Panamá	1	0
Perú	6	11
Uruguay	2	5
República Dominicana	4	13
Total	37	64

Otro 3,12% de las huelgas estuvo motivado por temas referidos al reconocimiento de las organizaciones sindicales, reconocimiento de los dirigentes o fueron paros realizados en “solidaridad” con otros gremios en conflicto. Discrepancias con temas referidos a la política y a la economía general del país fue motivo de una sola huelga, 1,57% del total de las que fueron convocadas y registradas durante 2004.

Las 64 huelgas realizadas en 2004 fueron convocadas por 31 organizaciones y las organizaciones de trabajadores mostraron una mayor actividad que las de otras categorías.

Durante 2004, 12 sindicatos de trabajadores convocaron 31 huelgas, 10 organizaciones de profesionales de la medicina protagonizaron 24 huelgas, seis organizaciones de personal de enfermería lideraron seis huelgas de alcance nacional en su categoría y tres entidades que nuclean a otros profesionales del sector salud convocaron tres huelgas.

- Consideraciones sobre la conflictividad

Como se observó el año anterior, en 2004 las OPTS son entidades cuyo rol en el sector salud es determinante, mantienen capacidades relativamente superiores a las de organizaciones similares para el logro de sus objetivos y sus demandas generaron una la conflictividad perceptiblemente superior a la registrada en otras áreas de la economía.

Además del incremento en el número de huelgas nacionales convocadas en el sector salud de las Américas, la actividad de las OPTS en Argentina, que supuso un gran número de paros en el sector estatal de la salud a nivel de la mayoría de las provincias y el paro que en México realizó el Sindicato de Nacional de Trabajadores del Seguro Social (SNTSS) reforzar la tendencia al alza de la conflictividad durante el año estudiado. El SNTSS es la agrupación de los funcionarios del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el mayor prestador de servicios de salud de México y se estima que ocupa a unas 200.000 personas.

Al igual que en 2003 pero en distinto orden, los países donde se realizaron más huelgas en 2004 fueron República

Dominicana (13), Bolivia (12) y Perú (11). En estos tres países se concentró el 56,80% de las huelgas ocurridas en la región en 2004.

Huelgas por país y por trimestre en la Región de las Américas, 2003 – 2004

Conflictividad de alcance nacional en salud en las Américas, 2004. Cantidad de huelgas por país y por trimestre								
País	1er. trim.		2º trim.		3er. trim.		Totales	
	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004
Bolivia	2	4	3	4	7	4	12	12
Brasil	0	2	0	0	0	0	1	2
Chile	0	0	0	2	2	1	2	3
Colombia	1	0	0	0	0	0	1	0
Ecuador	0	3	1		1	3	2	6
El Salvador	1	0	0	0	0	0	1	0
Guatemala	0	0	1	0	0	0	1	0
Honduras	3	2	0	0	0	4	3	6
México	0	0	0	0	0	1	0	1
Nicaragua	2	0	0	3	0	2	2	5
Panamá	0	0	0	0	1	0	1	0
Perú	1	2	0	5	5	4	6	9
R.Dominicana	2	4	0	5	2	4	4	13
Uruguay	0	4	1	1	1	0	2	5
<i>Total</i>	<i>12</i>	<i>21</i>	<i>6</i>	<i>20</i>	<i>19</i>	<i>23</i>	<i>37</i>	<i>64</i>

En 2003, se realizaron 12 huelgas en Bolivia, 6 en Perú y 4 en República Dominicana y en estos tres países concentraron el 59,45% de las 37 huelgas que se realizaron en la región.

En 2004, las huelgas de mayor duración ocurrieron en Brasil (35 días), Honduras (29 días) y Perú (22, 24 y 31 días).

En general las OPTS lograron en buena medida sus objetivos, pero también hubo situaciones que mostraron otras realidades como Chile donde el gobierno logra acuerdos políticos que le permiten desarrollar la reforma en el sector salud a pesar de la oposición de las OPTS.

En la misma línea, en República Dominicana y a pesar de haber realizado 13 huelgas en un año que enfrentó a los médicos de ese país con dos gobiernos de diferentes partidos, la demanda de incremento salarial de 100% y la aprobación de una ley creando impuestos sobre algunos productos generando fondos para transferir al sistema de salud y en particular al pago de remuneraciones no parece tener posibilidades de prosperar.

Las organizaciones de profesionales médicos de varios países parecen seguras y confiadas en sus capacidades para lograr sus objetivos independientemente de la visión que tenga la sociedad y el resto de las organizaciones del sector.

Los usuarios y sus organizaciones siguen siendo quienes muestran mayor debilidad a la hora de defender sus intereses en el escenario de las políticas sanitarias.

- Previsiones

La percepción que se tiene del estado de los sistemas y las relaciones laborales en el sector salud de la región no llevan a pensar que la conflictividad vaya a amainar en el mediano plazo.

No serían pocos los casos de los sistemas de salud de la región que reprobarían un examen que confrontara su estado y resultados con las obligaciones constitucionales que deben garantizar. Esto genera insatisfacción en los usuarios y fortalece su predisposición a escuchar y asumir como propios discursos de las OPTS. Al mismo tiempo determina condiciones que van volviendo cada vez más urgente la necesidad de reformar los sistemas de salud. La oposición a las reformas estructurales en los sistemas de salud fue la segunda causa de huelgas en la región durante 2004

Las organizaciones de médicos aun cuentan con buena legitimidad entre la población y las de trabajadores cuentan con buena capacidad de lograr sus objetivos. Sobre el personal de enfermería recae buena parte del trabajo de los sistemas de salud y muchas veces deben asumir responsabilidades sin recursos adecuados ni suficientes.

No hay indicios de que los países de la región tengan margen para expandir el gasto en el sector público en el mediano plazo ni que vayan a abandonar la aplicación políticas de ajuste y racionalización de los gastos del Estado. Esto se observa aun en países en los que gobiernan partidos de izquierda o que lo harán a partir de 2005. Teniendo en cuenta la dinámica de la asignación de recursos a los sistemas estatales de salud y la gran implantación e influencia de las OPTS en el sector público y la fortaleza sindical que eso les otorga, se puede prever que el nivel de conflictividad en el sector seguirá siendo alto.

A partir de estos presupuestos, es considerable estimar que:

- en 2005 la conflictividad en el sector registrará niveles inferiores a los observados en 2004, pero similares o mayores a los de 2003,
- las demandas de incrementos de salario y presupuesto para el sector y otras vinculadas a la política económica del sector así como la oposición a las reformas estructurales seguirán siendo los principales motivos de demanda.
- las OPTS mantendrán su preponderancia en los escenarios de los sistemas de salud,
- las organizaciones de profesionales de la medicina seguirán teniendo una amplia legitimidad entre la población y las organizaciones de trabajadores mantendrán sus capacidades por encima de la media de agrupaciones similares.

Recuadro

Encuesta Médica Nacional, Uruguay 2004¹⁶.

Los médicos de Uruguay, “una profesión en cambio”

Si las habilidades para adaptarse a nuevas circunstancias constituyen una herramienta indispensable para la supervivencia y el desarrollo de toda persona y grupo humano, los médicos de Uruguay deberán procurar el máximo desarrollo de esas capacidades en momentos en que les toca ejercer “una profesión en cambio, inserta en un mercado de trabajo en cambio, en un mercado de salud en cambio y en un país en cambio”.

Esa percepción de las múltiples transformaciones a las que se enfrenta la medicina en Uruguay, es una de las conclusiones de la Encuesta Médica Nacional, realizada para la 8va. Convención Médica Nacional por la encuestadora “Equipos Mori” a pedido del Sindicato Médico del Uruguay (SMU) y la Federación Médica del Interior (FEMI).

Los médicos que en su gran mayoría integran un grupo socioeconómico con características similares a las de los estratos urbanos medios y altos de Uruguay, tienen una “percepción generalizada de desmejoramiento de la situación laboral en los años recientes –especialmente en el último quinquenio”, asegura el informe.

Seguramente, la dinámica de transformaciones que afecta al sector y en particular a estos profesionales en Uruguay y la “importante” dispersión del trabajo médico, que determina que 49% de médicos tenga hasta dos cargos remunerados, está contribuyendo a fortalecer esa percepción de desmejoramiento.

Nivel socioeconómico

Difundido en agosto de 2004, el estudio observó que la gran mayoría de los médicos de Uruguay viven en hogares de nivel socioeconómico medio, medio-alto y alto, gana –en promedio- 26.000 pesos al mes (957 dólares) y en general están satisfechos con las posibilidades de realización personal que les brinda su trabajo como médico.

El nivel de ingresos es el aspecto que menos satisface a este grupo de profesionales de los cuales el 49% tiene dos cargos remunerados o menos y tienen “fuertísima percepción generalizada de desmejoramiento de la situación laboral en los años recientes –especialmente en el último quinquenio”.

Más de la mitad de los médicos considera excesivo el número de profesionales de la medicina en relación con las necesidades de la población (53%), tres de cada cuatro creen que es necesario y posible racionalizar el número de médicos (76%) y dos de cada tres se manifestaron muy de acuerdo y de acuerdo con fijar un cupo al ingreso de aspirantes a la Facultad de Medicina de la Universidad de la República.

Grados de satisfacción con diferentes aspectos de la vida profesional (promedios) ¹⁷ . Encuesta Médica Nacional, Uruguay 2004.	
Satisfacción personal que le genera su trabajo médico	4,1
Oportunidad de aplicar los conocimientos que tiene	4,0
Dedicación horaria	3,5
Posibilidad personal de desarrollo profesional	3,5
Satisfacción con el número de cargos	3,4
Satisfacción con las posibilidades de actualizarse	3,4
Satisfacción con los ingresos	2,7

Cuadro N° 1. Grado de satisfacción de los médicos con su vida profesional. Encuesta Médica Nacional, Uruguay 2004.

El estudio indicó que “la gran mayoría de los médicos entrevistados viven en hogares que podrían considerarse de nivel socioeconómico medio, medio-alto y alto” y que en promedio perciben ingresos mensuales del orden de los 26.000 pesos (US\$ 957, octubre de 2004).

El promedio de ingresos de los profesionales hombres era de 33.000 pesos (unos US\$ 1.214) y el de las profesionales mujeres se ubicó en 20.000 pesos (unos US\$ 736).

Los autores del estudio recomendaron tomar los datos referidos a los ingresos “con cautela” porque “las preguntas realizadas en este tipo de estudios, suelen tener un nivel relativamente alto de sub-declaración”.

El ingreso promedio de los hogares uruguayos en el trimestre agosto – octubre de 2004 fue de 13.690 pesos, unos 489 dólares.

“La población médica nacional podría considerarse como un subconjunto de personas caracterizable como un subconjunto similar al de las personas adultas de los sectores medio-alto urbanos en Uruguay: es una población dividida de manera similar entre hombres y mujeres,

predominantemente integrantes de hogares nucleares con entre tres y cuatro integrantes, siendo personas que en su mayoría ejercen la jefatura del hogar o son parejas del jefe del hogar, distribuidos en los diferentes tramos erarios que abarcan la edad adulta activa, principales soportes económicos de su hogar o aportantes importantes en el conjunto del ingreso familiar y habitantes en viviendas con un nivel de equipamiento y confort y algunas pautas de estilo de vida que puede considerarse claramente superiores a la media de la población nacional”, concluyó el estudio.

Situación laboral

Entre los 603 médicos encuestados se identificaron 1.574 cargos, lo que da un promedio de 2,61 cargos por profesional.

La distribución del trabajo médico muestra una “fuerte dispersión”: 49% de los médicos tiene hasta dos cargos remunerados, mientras que el resto tiene tres (27%), cuatro (16%) y cinco y más cargos remunerados (7%).

Según el informe esta “situación permite constatar realidades diferentes en la propia autopercepción de los médicos sobre su situación laboral actual, donde aparecen desde los que se consideran claramente sub ocupados hasta los que creen que están sobreocupados”.

Formas de remuneración. Encuesta Médica Nacional Uruguay 2004 (% de cargos)	
Sueldo	1
Destajo por hora	52
Destajo por acto médico	10
Sueldo y destajo por acto médico	10
Sueldo y destajo por hora	11
Laudo FEMI	3
Honorarios profesionales por servicios	1
Honorarios profesionales por hora	3
Honorario profesionales por acto médico	3
Laudo FEMI	4
Otras	1
No sabe/No contesta	1
Total	100

Cuadro N° 2. Formas de remuneración (% de cargos). Encuesta Médica Nacional, Uruguay 2004.

En Montevideo figura el 65% de los cargos que ejercen los entrevistados, 21% de los cargos en capitales departamentales del resto del país, 13% en otras ciudades y 2% de los cargos son desempeñados en pueblos.

La mayoría de los cargos que ejercen los médicos generan ingresos que son percibidos en la modalidad de destajo por hora (52%), siendo las otras modalidades más desarrolladas el destajo por acto médico (10%), sueldo y destajo por acto médico (10%) y sueldo y destajo por hora (11%).

Según proyecciones del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) de Uruguay, 40,90% de la población vive en Montevideo y 59,10% en el resto del país¹⁸.

La “importante” dispersión de los cargos médicos observada en el estudio es un fenómeno que se constató en trabajos anteriores y se vincula con variables como la fecha de egreso de la Facultad de Medicina y la concentración de trabajo en el sector privado, indicó el estudio.

El trabajo médico y su distribución muestra una heterogeneidad de situaciones en condiciones de trabajo e ingresos donde se observan diferencias notorias entre algunos grupos de profesionales y otras que se corresponden con las variaciones de género, fecha de egreso de la

Carácter de la institución en el que desempeñan los cargos. Encuesta Médica Nacional, Uruguay 2004 (% de cargos)	
No trabaja	0
Socio empresario	4
Socio cooperativista	6
Socio empresario sociedad de producción sanitaria	2
Titular bajo dependiente estable	43
Titular bajo dependiente contratado	18
Suplente	12
Independiente sin contrato	6
Independiente contratado	7
Interino	0
Honorario	0
Residencia	0
Otros	0
No contesta	0
Total	100

Cuadro N° 3. Formas de relacionamiento laboral (% de cargos). Encuesta Médica Nacional, Uruguay 2004.

A pesar de esas diferencias, los investigadores observaron que entre la comunidad médica de Uruguay prevalece “una fuertísima percepción generalizada de desmejoramiento de las situación laboral en los años recientes, especialmente en el último quinquenio. Esa valoración negativa “supone una caída en los niveles de ingreso y en las condiciones de trabajo, y casi no distingue grupos de profesionales, lo que habla de la magnitud e intensidad de los cambios”.

Mé dicos, cantidad y racionalización

En torno al debate acerca del número de médicos que hay en Uruguay, 53% de los entrevistados consideró que el número de médicos es excesivo, 35% consideró que son suficientes, 3% que son insuficientes y 2% que son suficientes pero están mal distribuidos.

Opinión sobre si el número de médicos que existe en país es suficiente para las necesidades de la población. Encuesta Médica Nacional, Uruguay, 2004	
Insuficiente	3
Suficiente	35
Excesivo	53
Suficiente pero mal distribuido	2
No contesta	0
No sabe	6

Cuadro N° 4. Opinión sobre la cantidad de médicos que hay en el país. Encuesta Médica Nacional, Uruguay, 2004.

Sobre la posibilidad de racionalizar el número médicos 76% consideró necesario y posible hacerlo, 9% estimó que es necesario pero imposible hacerlo, 6% lo consideró innecesario pero posible, 4% opinó que es algo innecesario e imposible de hacer. Dijo no saber del tema 6% de los entrevistados.

Opini3n sobre si es necesario racionalizar el n3mero de m3dicos en el pa3s. Encuesta M3dica Nacional, Uruguay, 2004	
Es necesario y posible	76
Es necesario pero imposible	9
Es innecesario y posible	6
Es innecesario e imposible	4
No contesta	0
No sabe	6

Cuadro N3 5. Opini3n sobre la necesidad de racionalizar el n3mero de m3dicos. Encuesta M3dica Nacional, Uruguay, 2004.

Uno de cada tres m3dicos entrevistados se mostr3 favorable a limitar el ingreso a la Facultad de Medicina, mientras que uno de cada cinco rechaz3 la idea.

Respecto a establecer cupos de ingreso en la Facultad de Medicina, 32% respondi3 estar "muy de acuerdo", 34% dijo estar "de acuerdo", 7% dijo "no estar de acuerdo ni en desacuerdo", 16% dijo estar "en desacuerdo" y 6% dijo estar "muy en desacuerdo" y 4% no contest3 .

Grado de acuerdo con fijar un cupo al ingreso de postulantes a la Facultad de Medicina. Encuesta M3dica Nacional, Uruguay, 2004.	
Muy de acuerdo	32
De acuerdo	34
Mas o menos de acuerdo	7
En desacuerdo	16
Muy en desacuerdo	6
No contesta	0
No sabe	4

Cuadro N3 6. Grado de acuerdo en fijar cupos de ingreso a la Facultad de Medicina. Encuesta M3dica Nacional, Uruguay, 2004.

Pensamiento m3dico en torno al n3mero de m3dicos y fijaci3n de cupos de ingreso a Facultad de Medicina, Uruguay 1990 - 2004 ¹⁹			
Estudio, empresa y a3o	Considera excesivo el n3mero de m3dicos	Considera suficiente el n3mero de m3dicos	De acuerdo con limitar ingreso a la Facultad de Medicina
1990 (AIM-Burke)	42,8% ²⁰	52%	21%
1994 (SMU y otra)	48,4%	46,5%	56,1%
1998 (Equipos Mori)	48%	47%%	66%
2001 (Factum)	68%	31%	64%
200\$ (Equipos Mori)	53%	35%	66%

Cuadro N3 7. Evoluci3n del pensamiento m3dico sobre el n3mero de m3dicos y la fijaci3n de cupos de ingreso a Facultad de Medicina. Uruguay, 1990 – 2004.

Desde 1990, los m3dicos han realizado cinco estudios en los que se puede observar como han evolucionados las posiciones del cuerpo m3dico en torno al n3mero de m3dicos y la fijaci3n de cupos.

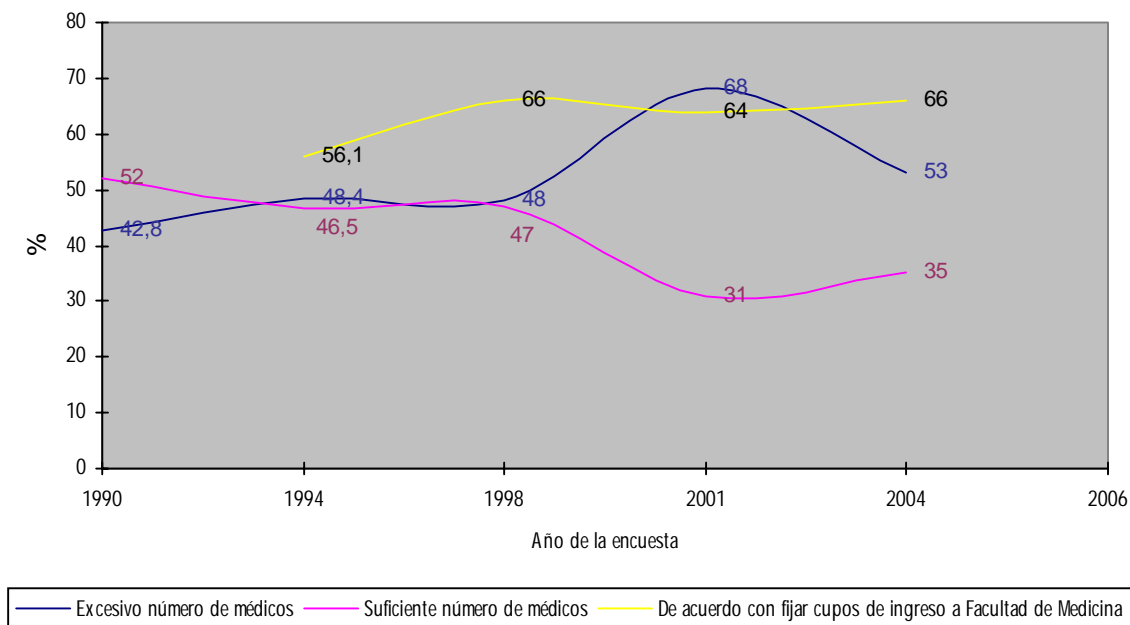
La encuesta que se realiz3 en 1990 fue encargada por el SMU a la consultora AIM-Burke. En 1994 el propio gremio se hizo cargo de la encuesta y contrat3 el trabajo de campo a una empresa. En 1998 fue Equipos Mori Consultores Asociados fue la empresa a la que se encarg3 la encuesta y que repiti3 el trabajo este a3o. En 2001, la encuesta estuvo a cargo de la consultora "Factum".

En estos catorce a3os, los estudios mostraron que creci3 el n3mero de m3dicos que consider3 excesiva la cantidad de profesionales de medicina que hay en Uruguay. Tambi3n mostr3 una tendencia creciente el n3mero de profesionales que est3n de acuerdo con establecer l3mites al ingreso a la Facultad de Medicina.

Estas tendencias fueron relevadas en el art3culo "N3mero de m3dicos en Uruguay. Elementos para un an3lisis" que hicieron en 2002, el

doctor Antonio turnes, administrador del SMU y los asesores de esta organizaci3n el escribano Julio Lorente y el economista Luis Lazarov.

Pensamiento m3dico sobre n3mero de m3dicos y fijaci3n de cupos en Facultad de Medicina. Uruguay, 1990 - 2004.



Cuadro N° 8. Evoluci3n del pensamiento m3dico sobre el n3mero de m3dicos y la fijaci3n de cupos de ingreso a Facultad de Medicina. Uruguay, 1990 - 2004.

El 27 de abril de 1995, el Sindicato M3dico del Uruguay (SMU) y la Federaci3n M3dica del Interior (FEMI) convocaron al cuerpo m3dico a un plebiscito para expresar su posici3n a favor o en contra de limitar el ingreso a la Facultad de Medicina.

	FEMI	SMU	Total	%
A favor de limitar	708	2497	3205	57,34%
En contra de limitar	314	1496	1810	32,36%
Otros	24	554	578	10,34%
Votos emitidos	1046	4547	5593	100%

Cuadro N° 9. Plebiscito m3dico sobre el establecimiento de limites al ingreso a la Facultad de Medicina. Uruguay, 27 de abril de 1995.

El 2 de mayo de 1995, los representantes de las organizaciones m3dicas comunicaron al Decano de la Facultad de Medicina, los resultados del plebiscito, donde la posici3n limitacionista result3 mayoritaria.

Hasta el momento la Facultad de Medicina mantiene el ingreso sin ninguna limitaci3n.

En agosto de 2004, la VII Convenci3n M3dica Nacional resolvi3 seguir apoyando el ingreso sin limitaciones de estudiantes a la Facultad de Medicina.

Hacia d3nde orientar el sistema de salud

Consultados acerca de algunas ideas referidas a la orientaci3n de los cambios en el sistema de salud, los m3dicos se manifestaron mayoritariamente de acuerdo y muy de acuerdo en priorizar el primer nivel de atenci3n (85%), en logra que rijan similares condiciones en el

mercado de trabajo independientemente de sectores y regiones (83%) y en procurar igualar la calidad de la asistencia y el acceso a los servicios a toda la población independientemente del lugar donde la persona se asista (95%).

En un seminario realizado en junio de 2004, el ministro de Salud Pública, Conrado Bonilla, sostuvo que el cambio en el modelo de atención es algo que "todos queremos", pero observó que el desarrollo de la atención primaria tiene costos e implica llevar los servicios y los recursos humanos a donde está la población a ser atendida. "Cuando se les plantea a los médicos que vayan a trabajar a la periferia dicen que no. Preguntan cuánto se les va a pagar y si se les dice que el MSP no tiene plata pero que es necesario implantar la Atención Primaria en Salud (APS), responden que están de acuerdo pero que les 'gusta el hospital'. Son muy pocos los que van a trabajar a la periferia, voluntarios", dijo el ministro Bonilla, en un seminario organizado por el Fondo Nacional de Recursos (FNR) de Uruguay.²²

Durante 2004, el Parlamento uruguayo no sancionó un proyecto de ley promovido por el gremio médico y que buscaba despenalizar el aborto. Consultados acerca de su acuerdo con ese proyecto de ley 65% dijo estar de acuerdo y muy de acuerdo, mientras que 16% se manifestó en contra y muy en contra.

Consultados acerca de su posición acerca de la realización de un aborto dentro de los primeros tres meses de embarazo por sola decisión de la madre en cualquier circunstancia, 48% de los médicos dijo estar de acuerdo y 43% en desacuerdo. Entre las mujeres consultadas el porcentaje a favor llegó a 55%, mientras que las que se expresaron en desacuerdo fueron 36. Entre los médicos hombres 50% está en desacuerdo con el aborto y 41% se mostró de acuerdo.

Entre los cirujanos 61% se mostró de acuerdo con el aborto, así como 56% de los pediatras, 45% de los ginecólogos, 39% de los médicos de medicina general y 48% de otras especialidades.

¿Vida saludable?

El informe señala que las condiciones de trabajo que determina el multiempleo y la dispersión laboral y la idea extendida entre muchos profesionales de extender su vida laboral para evitar perder ingresos y calidad de vida en la actualidad como en la época de jubilarse, "tiene efectos sobre la situación sanitaria, física y psicológica de los médicos".

"Los indicadores del estudio muestran algunos niveles de prevalencia importantes de algunas enfermedades, y también de un comportamiento no demasiado proclive al autocuidado de la propia salud", destacó el estudio, que también señaló, al analizar los efectos del trabajo en la vida cotidiana de los profesionales médicos, que 28% de ellos dice sentirse frustrado con el trabajo y 26% manifestó sentirse al límite de sus posibilidades.

En general, los médicos muestran porcentajes de vida más saludable que los del resto de la población. Mientras que se estima que 33% de los uruguayos padece tabaquismo, la Encuesta Médica Nacional mostró que entre los médicos los adictos al tabaco son 17%.

El 20% de los médicos encuestados dijo ser hipertenso, mientras que se estima que ese mal afecta a 24% de la población. Dijo ser diabético 3% de los médicos entrevistados, porcentaje notoriamente inferior al 8% de la población de Uruguay que se estima que padece ese mal. El estudio reveló también que 26% de los médicos padece obesidad, 1% sufre de glaucoma, 2% es adicto al alcohol y 1% a sustancias psicoactivas.

Cambios y juego de palabras

Los investigadores concluyeron que "se están procesando cambios en la dimensión del padrón médico, en su composición interna, en sus características profesionales, en la extensión de la vida laboral y en los patrones de trabajo médico" y que "hay y habrá cambios en las características de los puestos de trabajo, en los modelos de vinculación, en los sistemas de cobertura social" y en las modalidades de contratación y remuneración.

También hacen parte de ese escenario de transformaciones, a criterio de los autores del estudio, "los cambios que se están procesando en el peso relativo de los sistemas de salud, en las modalidades de cobertura, en los tiempos de financiamiento de las prestaciones, en los niveles de competencia y en la participación del Estado en el sistema".

"Y todos estos procesos no serán ajenos a cambios sociales más generales, que tiene que ver con aspectos tales como los cambios en los niveles y tipos de empleo, en la estructura social del país, en la distribución de la población en el territorio y en la percepción social sobre la salud", señalaron los investigadores.

Estas razones, sostenidas en los números recogidas en la encuesta, llevaron a los técnicos a explicitar que aquello de que la Medicina en Uruguay es "una profesión en cambio, inserta en un mercado de trabajo en cambio, en un mercado de salud en cambio y en un país en cambio" no era "un juego de palabras".

Recuadro

Panorama de las OPTS estudiadas en Uruguay, 2003.

Entre el 11 de agosto y el 15 de setiembre de 2003, el principal tema de la agenda política y de los medios de comunicación de Uruguay fue el conflicto que desarrollaron los funcionarios y los médicos del Ministerio de Salud Pública (MSP) en demanda de incrementos salariales.

Las organizaciones movilizadas lograron sus objetivos y los aumentos acordados se financiaron con rubros que estaban previstos para fortalecer la atención primaria en salud.

Durante la huelga se mantuvieron los servicios de emergencia en los hospitales públicos y se ocuparon cinco centros asistenciales. En uno de los servicios ocupado, un hospital psiquiátrico de referencia nacional, se suicidó un paciente de 22 años y otro que estaba internado por orden judicial se escapó.

La reforma del sistema de salud en Uruguay es una materia pendiente. El principal problema que enfrenta es el endeudamiento global del sector privado de Montevideo (US\$ 230.000.000 y ejercicios que terminan con un déficit del orden de 10% anual respecto a sus ingresos).

Entre 2001 y mediados de 2003, cerraron sus puertas cinco instituciones asistenciales privadas.

Las políticas de contención del gasto y una creciente demanda están afectando los servicios del sector público. Funcionarios del MSP han reconocido deficiencias en la atención de los pacientes y desabastecimiento, situación que se agravó tras la crisis económica que afectó al país a mediados de 2002.

Las organizaciones de profesionales y trabajadores, conducidas en su mayoría por dirigentes afines a la coalición opositora de izquierda Frente Amplio, han participado en instancias de diálogo con el gobierno que se realizaron durante 2003.

Preservación de las fuentes de trabajo y demandas de incrementos salariales y presupuestales causaron las movilizaciones y conflictos en el sector. Durante el primer semestre de 2003, se registraron en Uruguay 57 conflictos, que supusieron la pérdida de 347.161 jornadas laborales. Del total de la conflictividad registrada en Uruguay en los primeros seis meses del año, el 10% ocurrió en el sector salud.

*Tomado del "Panorama de organizaciones de profesionales y trabajadores de la salud en las Américas.
Guía de las organizaciones de profesionales y trabajadores de la salud en las Américas".
OPS, Washington, julio de 2004.*