



El Instituto Nacional de Previsión, los sindicatos de clase, el Sindicato de Médicos Libres, la coordinadora estatal de las asambleas de médicos, los Colegios Oficiales y el Consejo General de Colegios Médicos son los protagonistas de un conflicto sindical complejo que tiene su origen en la supresión del pago de las guardias médicas. En la foto: los pasillos de La Pax.

Difícil solución

EL CONFLICTO DE LOS MEDICOS

COLECTIVO JAIME ALENDA

El acuerdo firmado el 29 de julio por el Instituto Nacional de Previsión, el Consejo General de Colegios y la mayoría de los sindicatos (CC. OO., UGT, USO, CSUT, SU y Sindicato Galego de Sanidade) no ha solucionado el conflicto motivado por la decisión del INP de suprimir el pago de las guardias médicas, alegando la "abusiva interpretación" de la Orden ministerial del 9 de diciembre de 1977 sobre los servicios de guardia prestados por los médicos en las instituciones sanitarias de la Seguridad Social.

A primera vista, el acuerdo es un paso adelante, ya que aporta una solución intermedia al conflicto de las guardias, combinando la compensación horaria con la compensación económica, eliminando, así, los efectos desastrosos derivados de la mera compensación horaria ordenada inicialmente por el INP, medida que significaría el cierre de algunos servicios y la prolongación de las listas de espera hasta extremos de gravedad insostenibles. Además, el acuerdo contempla la creación de comisiones que, en cada hospital y a nivel provincial, planificasen las guardias médicas.

Los sindicatos de clase valoraron positivamente este acuerdo, afirmando que, gracias al mismo, "por primera vez en el ámbito de la Segu-

ridad Social, los trabajadores tendrán funciones de organización y resolución sobre un asunto de vital importancia como es el de los servicios de urgencia". Sin embargo, dos semanas después de este acuerdo, la mayoría de los médicos se han pronunciado en contra del mismo y el INP no ha dado muestras de querer cumplirlo. Al contrario, el INP en una nueva circular ha insistido en la congelación horaria, contraviniendo el compromiso contraído con todos los sindicatos, excepto el Sindicato de Médicos Libres, que ha presentado conflicto colectivo ante la Magistratura de Trabajo.

En estos días se reinician las conversaciones para que el importante acuerdo del 29 de julio se cumpla totalmente. Posiblemente estemos ante el conflicto más complejo en lo que va de año desde el punto de vista sindical. Los protagonistas son numerosos: el INP, los sindicatos de clase, un sindicato corporativo bastante implantado (el Sindicato de Médicos Libres), un organismo parasindical de los médicos hospitalarios (la coordinadora estatal de las asambleas de médicos), los Colegios Oficiales de Médicos y el Consejo General de Colegios de Médicos. Mucho nos tememos que, mientras otros actores del conflicto cumplen su papel con gran coherencia, los sindicatos de clase hayan actuado

con torpeza, pagando los vidrios que otros han roto.

Los médicos no se sienten representados

Las medidas restrictivas que afectan a los hospitales de la Seguridad Social son una cortina de humo con la que los órganos rectores del INP tratan de ocultar el problema de fondo, que no es otro que la mala gestión, el despilfarro y la corrupción que ha llevado al INP a un grave problema de falta de presupuestos. En el tema concreto de las guardias, los abusos que haya podido haber son responsabilidad, fundamentalmente, del INP que, desde el 9 de diciembre hasta hoy, no ha cumplido con su obligación de fijar las plantillas de los hospitales, el número máximo de guardias por facultativo y la consiguiente periodicidad de las guardias.

Sin duda, el INP ha tratado de enfrentar a los médicos con el conjunto de la sociedad, aprovechando con habilidad las contradicciones existentes entre los sindicatos de clase y el Sindicato de Médicos Libres, así como las diferencias entre, por un lado, el Consejo General de Médicos y, por otro, las asambleas de médi-

cos y los principales Colegios. Tanto los representantes de las asambleas como las Mesas de Hospitales de los Colegios han coincidido con el SML en que "los médicos no estaban representados" en el acuerdo del mes de julio. Ello suponía decir que ni los sindicatos de clase ni el Consejo General de Médicos representan a los médicos. Cabe preguntarse hasta qué punto es ello cierto y hasta qué punto el SML y los Colegios Profesionales tienen esa representatividad que niegan a los firmantes del citado acuerdo.

Si nos atenemos a los resultados de las elecciones sindicales en las instituciones de la Seguridad Social, sobre 156.000 trabajadores censados, de los que votaron 104.000, en el colegio de técnicos, al que pertenecen los médicos, ganaron ampliamente las candidaturas independientes (59,27 por 100). El SML (12,11 por 100) aventaja a CC. OO. (10,49 por 100) y UGT (6,94 por 100), pero esta diferencia a favor del primero se debe a los médicos de ambulatorio, donde el Sindicato de Médicos Libres tiene su base principal de afiliación. Es decir, los sindicatos de clase no son mayoritarios a nivel de empresa, como tampoco lo es el SML, que hizo una campaña electoral intensa a favor de la privatización de la Medicina.

El SML ha aprovechado el con-

EL CONFLICTO DE LOS MEDICOS

flicto de las guardias para ampliar el número de médicos partidarios de un modelo de prestación sanitaria que se base en la privatización de la red asistencial de Seguridad Social. Pese a su escasa implantación en los hospitales, el SML ha actuado con gran sentido de la oportunidad, monopolizando la opinión sindical contra el INP al quedar los sindicatos

Los sindicatos de clase entre los médicos

Los sindicatos de clase han analizado muchas veces que no todos los médicos son sindicalizables, ya que el colectivo de asalariados coexiste con los médicos que ejercen la profesión de forma liberal y, además, en-

madurez ha sido también la causa de actitudes de obrerismo infantil que no han ayudado precisamente a acercarse a los médicos hacia los sindicatos de clase.

Los sindicatos han visto el cielo abierto cuando el INP ha firmado con ellos el acuerdo del 29 de julio. Incluso han llegado a decir que "el acuerdo sienta las bases para avanzar hacia un modelo sanitario que tiende a concretizarse a corto plazo un Servicio Nacional de la Salud que sirva para resolver las múltiples deficiencias sanitarias actuales". Pero mal se va a avanzar hacia ese nuevo modelo con la oposición de la mayoría de los médicos. Por el contrario, el auge de los planteamientos corporativistas en las últimas semanas favorece el modelo sanitario que, utilizando como pretexto la crisis del INP, la derecha social va a tratar de implantar en los próximos años.

No han sido coherentes los sindicatos de clase a la hora de establecer quiénes deben ser los interlocutores con el INP. Si los sindicatos aplican sus principios sobre la negociación colectiva tal y como lo hacen en otras ramas de la producción, los negociadores fuera de la empresa deben ser únicamente los sindicatos con un porcentaje mínimo de delegados de empresa. En este caso serían CC. OO., UGT y el SML. No tendría sentido la presencia del Consejo General de Colegios de Médicos ni la de las Mesas de Hospitales de los Colegios ni la de las coordinadoras de representantes de asambleas de médicos. Desde este punto de vista, no corresponde a las corporaciones

CUADRO

RESULTADOS DE LAS ELECCIONES SINDICALES EN LAS INSTITUCIONES DE LA SEGURIDAD SOCIAL						
Candidaturas elegidas	NUM. DELEGADOS			PORCENTAJES		
	Colegio técn. y admin.	Col. obre.	Total	Colegio técn. y admin.	Col. obre.	Total
Independientes	1.169	443	1.612	59,27	35,38	50,-
Comisiones Obreras	207	328	535	10,49	26,19	16,69
Unión General de Trabajadores	137	207	344	8,94	16,53	10,66
Sindicato Médicos Libres	293	-	293	12,11	-	7,41

de clase vinculados a un acuerdo que hasta hoy el INP ni ha divulgado entre los médicos ni ha cumplido. Hay que decir que al SML se le han puesto las cosas, si no cambia el rumbo del conflicto, muy fáciles. Por lo demás, su actuación es la previsible en un sindicato corporativista socialmente reaccionario. Sirva como ejemplo su exigencia de que las comisiones de regulación de las guardias estén formadas solamente por médicos.

Del Consejo General de Colegios de Médicos tampoco cabe esperar sorpresas. Se trata de un organismo que, tal y como está hoy formado, durará lo que tarde en aprobarse una nueva Ley de Colegios Profesionales adaptada a la democracia política. El Consejo General ha venido manifestando una clara tendencia a apoyar al INP en contra de los movimientos de MIR de los últimos años.

Sin tener unas Juntas Directivas que podamos calificar de izquierdas ni mucho menos, la mayoría de los Colegios de Médicos más importantes han tomado ante los problemas sindicales una postura bien diferente de ese fósil que es el Consejo General. Los movimientos de médicos asalariados han influido sobre los Colegios Profesionales institucionalizando en el seno de los mismos las Mesas de Hospitales. Al comenzar el conflicto de las guardias, las Mesas de Hospitales han promovido una reunión con los representantes de las asambleas de médicos hospitalarios para elegir una comisión que estuviese presente en la reunión de los sindicatos con el INP. El INP y el Consejo General no aceptaron la presencia de esa comisión. Esa negativa, y el posterior abandono del SML de la reunión, ha colocado a los sindicatos de clase en una difícil posición.

entre los médicos hospitalarios hay una parte importante que ejerce la profesión de una manera híbrida.

En los hospitales se da una estratificación en categorías liberales muy homogéneas y tremendamente jerarquizadas, lo que dificulta la elaboración de plataformas reivindicativas que abarquen al conjunto de los trabajadores de la Sanidad. A esta situación objetiva hay que añadir el hecho de que el movimiento obrero en la Sanidad es relativamente reciente, lo que explica la inmadurez demostrada por los sindicatos en algunos conflictos. Esa in-

El INP ha intentado enfrentar a los médicos con el conjunto de la sociedad.



El Gobierno Suárez ha ultimado en la primavera pasada un anteproyecto de Ley sobre gestión y organización de la Sanidad y la Seguridad Social que perfila algunos de los puntos principales de la reforma sanitaria preparada por la UCD.

En lo referente a Sanidad, los aspectos esenciales del anteproyecto son los siguientes: a) Se crea un Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), que realizará la política sanitaria estatal en su triple faceta preventiva, asistencial y rehabilitadora. b) El INSALUD estará integrado por la Sanidad Nacional y por los servicios sanitarios de la Administración Civil del Estado y sus organismos autónomos y de la Seguridad Social. c) INSALUD podrá concertar con empresas privadas prestaciones sanitarias. d) Los recursos financieros del INSALUD estarán constituidos por las aportaciones del Estado, las transferencias de la Seguridad Social, la participación de los usuarios y los frutos de

REFOR

su patrimonio. e) El personal del INSALUD estará compuesto por todo el personal sanitario de la Administración Civil del Estado, de sus organismos autónomos y de la Seguridad Social (excepto los técnicos sanitarios del extinguido INP que opten por el Instituto Nacional de la Seguridad Social), y se dividirá en dos cuerpos: el de la Inspección Nacional de Salud (con sus escalas médica, veterinaria y farmacéutica) y el facultativo-sanitario (iguales escalas más la parasanitaria), siendo su relación con el INSALUD de naturaleza jurídico-laboral especial si forma parte de instituciones asistenciales sanitarias o de naturaleza jurídico-administrativa si no está adscrito facultativamente a servicios sanitarios; existirá incompatibilidad entre el trabajo en INSALUD en régimen de dedicación exclusiva y la prestación de servicios en otras instituciones de carácter sanitario, estando prohibido también tener un puesto en más de

profesionales tener funciones sindicales. Sus importantes funciones sociales —entre las que cabe asesorar a la Administración— son distintas que las de cualquier sindicato, tanto de clase como corporativo. Además, la heterogeneidad del cuerpo profesional (que incluye desde miembros de la oligarquía hasta los MIR) imposibilita que una corporación profesional pueda hacer las veces de un antiguo sindicato de oficio.

un organismo de la Sanidad o de la Seguridad Social, o varios dentro de cada uno de ellos; declarándose que se respetarán los derechos administrativos, económicos o de Seguridad Social adquiridos.

De otra parte, hay una serie de disposiciones comunes a los tres Institutos que suceden al INP: el Instituto Nacional de la Seguridad Social, el Instituto Nacional de Servicios Sociales y el INSALUD. Estas normas prevén que podrán colaborar en la gestión de estos organismos las empresas, las mutuas patronales y las asociaciones y entidades públicas y privadas, que las entidades territoriales podrán ejercer competencias sobre estos institutos y que sus presupuestos, gastos y gestión económica estarán sometidos al control parlamentario, de la Intervención General del Estado y del Tribunal de Cuentas.

Además, encontramos dos entidades comunes a la Sanidad y a la Seguridad Social: el Instituto de Estudios de Sanidad y Seguridad



Un aspecto positivo de la reforma sanitaria que planea el Gobierno Suárez sería la creación de un Instituto que agrupe para los servicios preventivos, asistenciales y de rehabilitación. En la foto: clínica para el tratamiento de las enfermedades reumáticas.

MA DE LA SANIDAD

Social y el Consejo Superior de Sanidad y Seguridad Social, que es el máximo órgano consultivo del Ministerio.

Aspectos positivos

En la reforma sanitaria emprendida por el Gobierno existen indudablemente algunos aspectos positivos. La creación de un Instituto que reagrupa los servicios sanitarios preventivos (confiados prioritariamente hasta ahora a la Sanidad Nacional) y asistenciales y rehabilitadores (en manos hoy del INP esencialmente) constituye ya de por sí un paso adelante. También es justo que se respeten los derechos adquiridos del personal sanitario, como asimismo que se establezcan rigurosas incompatibilidades, siempre que la remuneración de este personal, en todos sus cuerpos y escalas, sea suficiente. Es igualmente sensato el permitir colaborar en la gestión de INSA-

LUD a las diversas fuerzas sociales, no debiendo restringirse esta participación a las patronales y a las asociaciones profesionales, sino extenderse a los sindicatos de trabajadores, que representan una gran parte de los usuarios y del personal del servicio público de salud. Es realista acordar a las entidades territoriales competencias sobre este servicio en las diferentes regiones y nacionalidades. El control de las Cortes, de Hacienda y del Tribunal de Cuentas permitirá reducir los gastos superfluos, la corrupción y las demás lacras padecidas por la Sanidad española durante el franquismo.

Crítica de la reforma

En primer lugar es necesario insistir sobre este punto: el INSALUD no es un verdadero Servicio Nacional de Salud, pues, además de carecer de una estructura organizativa lo bastante desarrollada, deja fuera de él toda la Sanidad local

(municipal y provincial, que comprende casi toda la asistencia psiquiátrica), permite una privatización parcial de la Sanidad pública a través de los conciertos con empresas privadas de prestaciones sanitarias, depende excesivamente de recursos financieros de origen no estatal (Seguridad Social y usuarios, imponiendo a éstos el pago de un precio por servicios socialmente regresivo) y mantiene gran parte de su personal en una relación de naturaleza jurídico-laboral que no garantiza la estabilidad en el empleo.

En segundo lugar hay que tener conciencia de que, aunque el INSALUD reunirá la mayoría del grupo médico, sólo integrará una minoría del farmacéutico y del veterinario.

Finalmente está claro que en el anteproyecto subyace una concepción poco social de la Sanidad, organizando su sector público con criterios inspirados en ocasiones por la economía de mercado y dejando al sector privado un campo demasiado extenso.

Alternativa de la oposición

La oposición de izquierda propugna la creación de un auténtico Servicio Nacional de Salud que unifique la Sanidad pública, en la gestión del cual participe el personal y la población, financiado por la Seguridad Social y el Estado (a largo plazo sólo por éste), correctamente estructurado geográficamente (centros de barrios y pueblos, comarcas, provincias, organizados por los entes autonómicos) y técnicamente (establecimientos especializados). Este Servicio Nacional de Salud llevaría a cabo una política de amplia prevención (incluido medio ambiente, alimentación, vivienda, higiene personal), asistencia completa (médica —tanto somática como psíquica— y farmacéutica) y rehabilitación social. Su objetivo final sería la gratuidad de los servicios sanitarios, una vez lograda su total financiación por el Estado, lo que requerirá una previa y profunda reforma fiscal. Esto es lo que se ha conseguido en Gran Bretaña, por estos medios y con los costes sanitarios más bajos de Europa. ■ Dr. J. A. VALTUEÑA.

En cuanto a las coordinadoras estatales de asambleas de médicos, como de cualquier otra profesión o sector, en nuestra opinión es hora de poner punto final a organismos cuyos miembros, al carecer de la infraestructura y peso afiliativo que supone representar a un sindicato con una determinada línea de conducta, no tienen capacidad para avalar acuerdos supraempresariales ni para garantizar el necesario desa-

rollo y aplicación de los mismos a lo largo del tiempo de vigencia de esos acuerdos. Y ello agravado en el caso de los médicos, en que cualquier coordinadora de este tipo está condenada no sólo a reproducir en su seno el pluralismo sindical existente en el país, sino también la diversidad de situaciones laborales de las diferentes categorías de la profesión médica, lo que no ocurre, por ejemplo, en las coordinadoras de los

MIR, capa con una problemática laboral homogénea.

Se puede argumentar que, dado el bajo grado de organización sindical de los médicos, conviene formar comisiones mixtas en las que, además de los sindicatos, estén los organismos de que hablábamos antes, máxime considerando que, en la etapa de transición que vivimos, es inevitable que en los sectores sindicalmente atrasados se mantengan du-

rante un cierto tiempo formas organizativas consejistas y gremialistas. De sostener este otro tipo de planteamiento se siente también la negociación supraempresarial —y nos tememos que va a ser el mal menor—, lo coherente sería defender que en la mesa de negociaciones se siente también la coordinadora de asambleas de médicos, infinitamente más representativa que el desprestigiado Consejo General de Médicos. ■