

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA
Tesis Licenciatura en Sociología

Los actores sociales en la reforma de la salud
El caso del Sindicato Médica del Uruguay

Cyntia Buffa Álvarez
Tutores: Rodolfo Levín
Miguel Serna

2014

Agradecimientos

A todos los entrevistados, por su tiempo y su cooperación.

A Rodolfo Levín, por acompañarme en este trabajo, por sus aportes y por aguantar mis ansiedades.

A mis padres por estar siempre ahí, y por su incansable ayuda como abuelos.

A mi hermana, por haberme insertado en la universidad, por nuestras largas tertulias y por acompañarme en todas mis etapas.

A mi compañero, mi amor y mi colega, porque sin él no hubiera podido completar esta etapa. Por aguantarme todos estos meses, por leer este trabajo cien veces, por sus críticas y sus aportes.

A mi amorcito (Agustín), por todo el tiempo que no te di, y por tu linda sonrisa. A vos, más que agradecerte te dedico este trabajo.

Abstract

In the current research, the performance of the Medical Syndicate of Uruguay (SMU) in the elaboration and implementation of the health reform is analyzed.

This reform, implemented in the year 2007 by the government of Frente Amplio Party (FA), has been characterized as one of the main reforms of the term, together with the tributary one.

In the present study both points in agreement and disagreement of the SMU are described with the reform, the conflicts of the period, and the actor's perception of the functions and changes of the syndicate since that moment. The study period goes from the year 2005 to 2010, and the question which guides this research refers to: Which characteristics, actions and functions performed by SMU were facilitators of the implementation process of the reform and which were drawbacks for it?

To try and answer this question, semi structured interviews were made, to different leaders of the SMU and the Ministry of Public Health (MSP). We worked under a qualitative approach based on the search of the actor's sense of action since this can only be understood and explicit after getting the sense the agent wants. The theoretical-conceptual frame was made from Pierre Bourdieu's concepts of field, habitus and capitals.

As main results, we can mention that the SMU, is perceived as one of the principal ideologists of the reform, while it exists a dispute over the symbolic capital that it represents. On the other hand, we can observe a repositioning of the State in the health field, which has led to reshape this social space, which has produced different conflicts, defying the SMU to modify some of their functions in this field.

Key words

Social Actors/ Health Reform/ Health Field/ Medical Syndicate of Uruguay

Índice

RESUMEN/ABSTRACT	4
1. INTRODUCCIÓN	7
2. ANTECEDENTES	10
3. MARCO TEÓRICO	12
3.1. CONCEPTO DE "CAMPO": EL CAMPO DE LA SALUD COMO ESPACIO SOCIAL	12
3.2. PRINCIPALES ACTORES DEL CAMPO DE LA SALUD	15
3.3. CARACTERIZACIÓN DEL SMU	17
4. ASPECTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS	22
4.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	23
5. ANÁLISIS Y RESULTADOS OBTENIDOS	25
5.1. INCIDENCIA DEL SMU EN LA ELABORACION E IMPLEMENTACIÓN DE REFORMA	25
5.1.1. DISCREPANCIAS DEL SMU CON LA REFORMA. Y EXPECTATIVAS SOBRE EL RUMBO DE LA MISMA	28
5.2. MIRADA DE LOS ACTORES SOBRE LOS CONFLICTOS DEL PERÍODO, Y LA INCIDENCIA DE ESTOS EN EL CAMPO DE LA SALUD	32
5.2.1. CONFLICTO CASMU: RECONFIGURACION DE LAS FUNCIONES DEL SMU	32
5.2.2. CONFLICTO DE LOS MÉDICOS DEL SECTOR PÚBLICO: INCIDENCIA EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LA REFORMA	33
5.2.3. CONFLICTO POR LAS CAJAS DE AUXILIO MEDICAS: ENTRE EL ACTOR SOCIAL Y EL ACTOR CORPORATIVO	35
5.2.4. CONFLICTO SMU-SAQ: LUCHA DE PODER Y DISTRIBUCION DE CAPITALES	36
5.3. EL DISCURSO DE LOS ACTORES SOBRE EL SMU COMO ACTOR SOCIAL Y POLITICO: FUNCIONES Y CAMBIOS	39
6. CONSIDERACIONES FINALES	42
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	45
SITIOS WEB CONSULTADOS:	48
LISTADO DE SIGLAS	49
ANEXOS	50

1. Introducción

Esta investigación surge del interés por observar el proceso de elaboración e implementación de nuevas políticas estatales; y frente a ellas, la incidencia que tiene el comportamiento de los actores político-sociales. En este caso se analiza la actuación que tuvo en la elaboración e implementación de la reforma de la salud el SMU.

Esta reforma, implementada desde el 2007 en adelante por el FA, ha sido caracterizada como una de las más importantes del período junto con la reforma tributaria. En ella se planteó generar un sistema de salud que integrara a los prestadores de salud públicos y privados, modificando los mecanismos de financiamiento del sistema a través de la creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA); planteándose instaurar un modelo de atención de la salud que priorice el primer nivel de atención y lleve adelante la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS)¹. Si bien, la reforma se instaura en 2007, con la ley N°18211 y la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), la misma viene siendo discutida y elaborada por diferentes actores desde antes del comienzo del período de gobierno, en el año 2005.

La reforma del sistema de salud ha dado suma importancia a la participación social, tanto de sindicatos, trabajadores, usuarios como de los prestadores de salud; y ha planteado diferentes mecanismos para la integración de estos actores. Uno de estos mecanismos fueron los consejos consultivos (CC) que se instauraron durante el 2005, en dónde se discutieron los lineamientos del proceso de reforma y las distintas leyes que la llevaron adelante.

A la vez la ley 18211, crea la Junta Nacional de Salud (JUNASA) como organismo desconcentrado dependiente del MSP que tiene como objetivo: “Administrar el Seguro

¹Uno de los ejes de esta estrategia es brindar una atención integral a la salud implementada por equipos de trabajadores que tienen como funciones centrales: promover la salud, proteger contra la enfermedad, diagnosticar precozmente y tratar oportunamente y eficazmente la enfermedad, recuperar la salud, rehabilitar secuelas y brindar cuidados paliativos. Este modelo de atención enfocado en la estrategia de APS tiene una mirada bio-sico-social del individuo, debiendo cumplir con cuatro aspectos centrales: continuidad en la atención, accesibilidad, integralidad y coordinación entre todo el sistema de salud. Dicha estrategia se plantea en la Conferencia Internacional de APS, Alma-Ata, URSS, setiembre de 1978, (OPS, 1978).

Nacional de Salud que crea la presente ley, con arreglo a sus disposiciones y a la reglamentación respectiva; y velar por la observancia de los principios rectores y objetivos del Sistema Nacional Integrado de Salud². Dicho organismo está integrado por miembros del MSP, del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), el Banco de Previsión Social (BPS), un representante de los usuarios del SNIS, un representante de los trabajadores y uno de los prestadores de salud.

Otro punto importante de la reforma y de los mecanismos de participación es la descentralización de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE)³ (el prestador público más importante del país), y la integración de su directorio por cinco miembros dentro de los cuales se encuentran representantes de los usuarios y de los trabajadores de la institución.

La reforma procura fortalecer las competencias centrales del MSP para elaborar políticas, ejercer el contralor general, aprobar los programas de prestaciones que se deben brindar a los usuarios, fiscalizar y regular; con el objetivo de retomar su rol protagónico dentro del campo de la salud.

El diseño e implementación de los cambios planteados involucraron a todos los actores del campo de la salud, creando un espacio de diálogo, de disputa de poder y de defensa de los distintos intereses.

En el presente trabajo se investigará en particular la actuación del SMU, por ser éste uno de los actores principales del campo de la salud, en tanto que nuclea y representa a la mayoría de los médicos del país, y tiene un fuerte poder político, social y económico. El objetivo general es analizar la incidencia del SMU en la elaboración e implementación de la primera etapa de la reforma de la salud; y cómo ha actuado en torno a las principales acciones desarrolladas en este período. En la hipótesis de este trabajo se plantea que en la etapa de elaboración (2004 al 2006) de la reforma primó el SMU en su función de actor social, generando insumos teórico-conceptuales para la realización de la misma, mientras

² Ley N° 18211, disponible en: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=18211&Anchor=>

³ Ley N°18161, disponible en: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=18161&Anchor=>

que en la etapa de implementación (2007 en adelante) primó su función de actor sindical corporativo, produciéndose enfrentamientos internos, conflictos y luchas de poder.

Se considera que para seguir avanzando en la reforma de la salud es importante analizar el comportamiento de los actores estratégicos, facilitadores u obstaculizadores de los cambios que se pretenden desarrollar desde el Estado. La problemática en que este trabajo busca realizar aportes refiere a la viabilidad de la segunda etapa de la reforma, así como de su núcleo central (el cambio de modelo de atención), con la mirada puesta en la actuación de los actores políticos-sociales. Es pertinente visualizar en cada fase del proceso los conflictos que se pueden generar y las alianzas que se pueden establecer con cada actor, como insumo para la toma de decisiones de los actores responsables de seguir llevando adelante la reforma.

La pregunta que guía el presente trabajo refiere a: ¿qué características, acciones y funciones del SMU actuaron como facilitadores del proceso de implementación de la reforma y cuáles actuaron como un freno para la misma? Para contestar dicha interrogante se realizaron entrevistas a dirigentes del SMU y del MSP, y se analizaron diferentes documentos del sindicato.

El trabajo se ha estructurado de la siguiente forma: en el capítulo dos se presentan en forma resumida los antecedentes que se relacionan con la temática y que han sido punto de partida para la misma. En el capítulo tres se detalla el marco teórico en donde se realiza una descripción de los principales actores del campo. En el cuarto capítulo se abordan los aspectos metodológicos, mientras que en el quinto se presentan los resultados y el análisis de la información obtenida. Por último en el capítulo seis se establecen las conclusiones del análisis y se sintetizan los hallazgos de la investigación.

2. Antecedentes

A partir de la reforma de la salud se han realizado diversos análisis e investigaciones que dan cuenta de los logros y los desafíos de la misma, así como se han ampliado los trabajos que surgen desde el propio MSP, sobre los cambios surgidos en el mercado de trabajo y en la formación de los recursos humanos en salud (RHS).

Desde las ciencias sociales existen investigaciones en las que se señala el rol de los actores sindicales, pero estas se focalizan en los representantes sindicales de los trabajadores no médicos y en la novel representación de los usuarios, señalando en este caso su fragilidad de inserción en la nueva institucionalidad. En este sentido Setaro (2002), Midaglia (1998) y Fuentes (2010), analizan la reforma de la salud con la mirada puesta básicamente en el rol del Estado. De los tres autores mencionados se destaca la investigación de Fuentes (2010) como antecedente central para este trabajo, ya que da cuenta de las distintas propuestas de reformas planteadas por los actores sociales de la salud y cómo éstas han dialogado entre sí para dar inicio a la reforma que finalmente se elaboró.

Por otra parte, se han realizado investigaciones con el objetivo de analizar los conflictos planteados en el gobierno del FA desde los cambios en las relaciones laborales, la nueva convocatoria a los Consejos de Salarios y de cómo se han comportado los actores en este proceso. En este aspecto nuevamente se pone énfasis en el Plenario Intersindical de Trabajadores - Convención Nacional de Trabajadores (PIT-CNT) como actor sindical representante de los trabajadores. Sobre este punto se destacan las investigaciones de Pucci, Nion, Ciapessoni (2011) sobre los Consejos de Salarios, de Notaro (2009) sobre la evolución de las relaciones laborales en Uruguay; y los trabajos de Rodríguez, Cozzano y Mazzuchi (2010) sobre la conflictividad laboral en el país.

Al mismo tiempo, existen estudios sociológicos sobre los actores sociales en Uruguay y específicamente sobre los sindicatos, como los de Errandonéa (1969), Filgueiras (1985), y Migdalia (1992). Estos trabajos no solo son distantes temporalmente sino que en ellos no aparece mencionado el SMU, a pesar del rol destacado del mismo en particular en el período de lucha por la restauración de la democracia, así como su función central de representación gremial de los trabajadores médicos.

En resumen, si bien existe una producción importante sobre aspectos que se relacionan con la temática planteada en este trabajo, no existe un análisis del rol que ha cumplido el SMU como actor social en la reforma de la salud, así como tampoco se han encontrado estudios que analicen al SMU como actor sindical.

Se considera que si bien los cambios impulsados por el Estado involucran de manera directa a todos los actores a través de diferentes dimensiones, económicas, culturales o de poder (pudiendo esto llevar a una reconfiguración del campo de la salud), se ha priorizado en este trabajo investigar al SMU no solo por el estatus simbólico con que cuenta, sino por la carencia de análisis que existe sobre las características y modos de actuar de este actor.

3. Marco Teórico

3.1. Concepto de “Campo”: El campo de la salud como espacio social

La reforma de la salud está inmersa dentro de un espacio social que en el sentido de Pierre Bourdieu se llamará “campo de la salud”, y desde el cual se elabora el marco teórico que guía no solo teóricamente sino también metodológicamente este trabajo.

Un “campo” para Bourdieu es un espacio social adonde existe una interacción entre distintos actores que según la posición que ocupan en este despliegan distintas luchas y estrategias en función de sus intereses. Todo campo implica cierto nivel de conflicto y una multiplicidad de acciones que lo vuelven sumamente complejo y dinámico: donde los actores y las relaciones sociales que entre estos se establecen tienen la capacidad de transformarlo.

“Un campo no es simplemente una estructura muerta o un sistema de «lagares vacíos» como en el marxismo althusseriano, sino un espacio de juego que sólo existe en cuanto tal en la medida en que existan también jugadores que entren en él, que crean en las recompensas que ofrece y que las buscan activamente. De donde se sigue que una teoría adecuada del campo implica por necesidad una teoría de los agentes sociales”. (Bourdieu, 1999).

La complejidad que tiene el campo de la salud y los distintos actores que en él participan, indican la necesidad de indagar sobre cómo interactúan estos actores, y cuál es el espacio que ocupa cada uno, relacionado a la jerarquía que posee dentro de este. Esto implica comprender los espacios de lucha, las relaciones de fuerza, la capacidad de influenciar unos a los otros: así como el poder que tiene cada uno de modificar y reconstruir dicho campo a partir de sus diferentes intereses políticos, económicos, técnicos y sociales.

Los objetivos de cada actor así como las luchas y relaciones de fuerza existentes, están mediados por diferentes relaciones de poder. El campo es un espacio determinado por relaciones, no relaciones subjetivas, sino objetivas, determinadas por las estructuras de poder y por lo que Bourdieu denomina los diferentes capitales: capital económico, capital cultural, capital social y capital simbólico.

El capital económico para Bourdieu: *"...se expresa a través del equivalente dinero, símbolo establecido para su representación, estando sujeto a la lógica de la escasez, pues, ceteris paribus, se valora por la ley de la oferta y la demanda. Es el medio para apropiarse de recursos que son vividos como escasos ante una demanda supuestamente infinita..."* (Martínez, 1998).

El capital cultural es asimilado a la educación. Cuando se habla del capital cultural incorporado e interiorizado, se refiere a la acumulación de cultura a través de diferentes medios, por ejemplo estudios universitarios; y cuando se habla del capital cultural de manera objetivada, se alude por ejemplo a la posesión de objetos como cuadros, libros o esculturas. El capital cultural define en su conjunto las características que posee un grupo, como por ejemplo su forma de hablar y de ver a los no pertenecientes a ese grupo.

El capital social se relaciona con los grupos de pertenencia de los individuos, a la red de relaciones sociales de las que puede sacar beneficio; a la vez, si estas relaciones están institucionalizadas como grupo específico, indican la pertenencia a este y caracterizan también al grupo.

Bourdieu alude al capital simbólico relacionándolo con el capital económico o cultural cuando estos toman reconocimiento social. Dentro de este tipo de capital, bastante difuso, se encuentran cuestiones como el prestigio de una persona, el carisma o la autoridad. Este capital solo se logra si está reconocido por otro agente (Bourdieu, 1979).

Bourdieu retoma la discusión entre estructura y acción, entre la estructura y el sujeto. En el marco de esta discusión, sostiene con el marxismo estructuralista, la existencia de estructuras sociales objetivas e independientes de la voluntad de los agentes, que los ubican en una posición y lugar que restringe y guía sus prácticas. Mientras que, incorpora en su elaboración teórica elementos del pensamiento weberiano, en particular, su concepción de que la acción social está dotada de sentido por parte del actor, lo que hace que no sea un ser pasivo sino poseedor de capacidad para modificar y actuar sobre el espacio social (incorporando los sistemas simbólicos de la estructura social) (Bourdieu, 1987).

orientadas por la búsqueda de intereses individuales y colectivos (y, sobre todo, por la búsqueda de los intereses específicos de sus portavoces).

Con respecto al tema en estudio, se observa que el campo de la salud tiene lógicas de funcionamiento, condiciones de producción, estructuras y conceptos, afianzados social e históricamente. En el mismo intervienen diferentes actores, existiendo un importante dinamismo de dichos elementos, determinado por la confrontación de los sistemas de habitus existentes. Estas lógicas de funcionamiento están a la vez determinadas por los diferentes capitales, y por los espacios de poder que en el campo de la salud existen, definiendo así las estructuras relacionales dentro del mismo. Determinan relaciones de dominación, posesión de violencia simbólica y conflictos por la redistribución de la posesión de los diferentes capitales.

El concepto de habitus, como base generativa de las prácticas concretas que marcan el trasfondo de la intencionalidad y el sentido de la acción social, se constituye en la justificación ontológica de las investigaciones sociales. En este sentido, para comprender la acción social, se deben intentar rastrear los determinantes últimos y más objetivos que se presentan como sistemas de disposiciones, y los que llevan a la necesidad de indagar (más allá del sentido subjetivo), las estructuras objetivas independientes de la intención del sujeto. El habitus es la explicación última que permite dar cuenta de la acción social. Es lo que permite desde este marco teórico poder comprender cómo actúan en el campo de la salud los diferentes actores sociales, dado que sus prácticas sociales, discursos y valoraciones son el resultado visible de la relación entre las estructuras objetivas externas y la interiorización que el sujeto realiza de las mismas.

3.2. Principales actores del campo de la salud

Dentro del campo de la salud se encuentran las distintas gremiales de trabajadores, donde se distinguen la Federación Uruguaya de la Salud (FUS) representante de los trabajadores no médicos del sector privado, la Federación de Funcionarios de Salud Pública (FFSP) representante de los trabajadores del sector público, y el SMU que agrupa y representa al cuerpo médico. Estas tres organizaciones son las que más peso tienen, tanto por la cantidad de trabajadores afiliados como por el significado social con que han contado

históricamente. Si bien el SMU es el mayor representante de los trabajadores médicos en Uruguay, también se cuenta con la Federación Médica del Interior (FEMI). El SMU nuclea mayoritariamente a los médicos residentes en Montevideo, mientras que la FEMI está compuesta por los médicos radicados en el interior del país, la pertenencia a una de estas organizaciones no excluye que pertenezcan a otra. La FEMI ejerce un doble rol (de gremio y cámara empresarial) ya que gestiona instituciones de asistencia médica. (MSP, 2010).

Paralelamente, existen sociedades científicas de las distintas especialidades médicas que a través de diferentes mecanismos se vuelven participes del campo de la salud. Un ejemplo es la Sociedad Anestésico-Quirúrgica (SAQ), agrupación que representa a las especialidades anestésico-quirúrgicas del país, hoy escindida del SMU, conformando su propia gremial, por lo cual pasó a denominarse Sindicato Anestésico-Quirúrgico. Otros actores destacados dentro del campo de la salud son las cámaras empresariales, los distintos prestadores de salud tanto públicos como privados, la academia y los usuarios de la salud.

Como representantes de los usuarios, se cuenta con el movimiento de usuarios de la salud pública y privada con un accionar aún marginal. Por otra parte, la Universidad de la República (UdelaR) es el organismo formador más representativo, ya que el 95% de los profesionales de la salud realizan su carrera en esta institución (MSP, 2012).

La reforma de la salud se viene discutiendo desde hace décadas entre los diferentes actores. En las distintas convenciones médicas así como en el 7mo. Congreso del PIT-CNT se discutieron los principales problemas del viejo sistema, así como se propusieron políticas para el sector (MSP, 2009). En el 2005, había consenso en torno al diagnóstico de los problemas que existían en el sistema de salud⁴, y una acumulación por parte de los actores políticos-sociales de propuestas de cambios para el mismo. Dentro de las propuestas realizadas por los actores sociales se destaca la del PIT-CNT, que proponía un sistema nacional de salud que coordinase todos los servicios existentes, organizados por niveles de

⁴ Dentro de los mayores problemas del sistema deben señalarse: estancamiento de la evolución de indicadores de salud de la población; multiempleo de los RHS y distribución inequitativa de estos en los subsectores; crisis del sistema mutual; déficit financiero del sistema; estancamiento de los salarios de los trabajadores así como diferencias salariales entre subsectores; fragmentación de los cargos médicos; falta de confianza de los usuarios en el sistema; rol rector del MSP debilitado, y predominio de un modelo de atención centrado en un enfoque curativo y asistencialista, focalizado en la figura del médico y sin una perspectiva de trabajo en equipo interdisciplinar. (MSP, 2009).

complejidad, descentralizados, con énfasis en la participación social, en donde el Estado sería el regulador del desarrollo y funcionamiento del sistema.

Por otra parte, el SMU planteó un sistema nacional de salud que coordinase e integrase a los dos sub-sistemas, un cambio en el modelo de atención poniendo énfasis en una atención bio-sico-social, con atención longitudinal, familiar y comunitaria, priorizando el primer nivel de atención como puerta de entrada al sistema, con equipos interdisciplinarios (MSP, 2009). Se puede señalar que entre los actores político-sociales existían en líneas generales acuerdos hacia donde se debía dirigir esta reforma. Estos actores participaron en los CC creados para la implementación del SNIS, conjuntamente con el MSP, las cámaras empresariales, la FEMI, el congreso de intendentes, organizaciones de usuarios, odontólogos y psicólogos. En esta primera etapa, desde el gobierno, se estuvo enfocado en establecer el consenso entre los diferentes actores para pactar el nuevo sistema de salud que se iba a implementar, y en el cual se redefiniría el posicionamiento de cada actor dentro de éste. (Setaro, 2012).

3.3. Caracterización del SMU

Para caracterizar a este actor se retoma el proceso de la construcción histórica del poder médico en Uruguay, el establecimiento de la medicina como profesión, y finalmente el nacimiento del SMU con sus distintas funciones (SMU como actor político-sindical, como actor social y como asociación de profesionales).

El llamado “Poder médico” comienza a gestarse en Uruguay desde principios del siglo XX, cuando se empiezan a producir cambios en las visiones existentes sobre la salud, la muerte y la enfermedad. Es con estos cambios que el poder de curar pasa a estar en manos del cuerpo médico de forma exclusiva, ya que hasta ese momento estas competencias eran compartidas con otros actores de la sociedad (el curandero, las mujeres, la iglesia, etc.) (Barrán, 1994). En Uruguay el poder médico se establece, acompaña y se retroalimenta con la educación de la sociedad, la secularización y la formación del Estado moderno. A este nuevo orden que se estaba estableciendo en el país le significó una pieza importante la

creación de la corporación médica como instrumento para la educación de la sociedad, factor fundamental para la instauración de ese nuevo Estado.

Con el desarrollo del Estado-Nación⁵ se comienzan a instaurar políticas de salud, empezando a tener el Estado un rol activo en la atención y en los servicios de salud. Se pasa de un modelo basado en la caridad a un modelo racional-científico de asistencia medicinal, donde el hospital se recrea como una superinstitución que centraliza el proceso de atención (Collazo, Palumbo y Sosa, 2012). En este momento, cambia la función del médico en el hospital así como en las representaciones sociales que existían sobre su práctica. Allí y conjuntamente con este proceso se consolidaría el saber y el poder médico, estableciéndose la llamada medicalización de la sociedad⁶.

Por lo cual se puede situar la "guetización"⁷ médica entre 1900 y 1930, lo que a la vez coincide con la creación del SMU en 1920. Los médicos en este período comienzan a obtener más poder de decisión en distintos ámbitos, mejores niveles económicos y mayor prestigio social. El poder que generó la praxis médica en la sociedad fue uno de los factores que afianzó el poder médico, así como los cambios culturales y sociales que se estaban gestando a través del triunfo de la ciencia, característica principal de la formación de la sociedad moderna. Desde los inicios del siglo XX, se empieza a formar la clase médica como autoridad científica con prestigio social a través de la consolidación de la medicina científica. Es en este momento cuando la medicina en Uruguay podría ser conceptualizada como un sistema experto (Giddens, 1993)⁸: lo que da paso a la consolidación de la profesión.

⁵ Max Weber, en 1919, define el Estado moderno como una "asociación de dominación con carácter institucional que ha tratado, con éxito, de monopolizar dentro de un territorio la violencia física legítima como medio de dominación y que, a este fin, ha reunido todos los medios materiales en manos de su dirigente y ha expropiado a todos los funcionarios estamentales que antes disponían de ellos por derecho propio, sustituyéndolos con sus propias jerarquías supremas". Por ello se hallan dentro del Estado instituciones tales como las fuerzas armadas, la administración pública, los tribunales y la policía, asumiendo pues el Estado las funciones de defensa, gobernación, justicia, seguridad y otras como las relaciones exteriores. (Weber, 1979).

⁶ Se entiende por medicalización de la sociedad al proceso por el cual la medicina científica interviene y modifica procesos sociales. "El proceso de medicalización supuso la apropiación ideológica y técnica de los procesos de salud-enfermedad y su aplicación constante a nuevas áreas del comportamiento social" (Menéndez, 1984).

⁷ Este término es utilizado por Barrán (1994) para hacer referencia al momento en que los médicos se constituyen en una clase o grupo social excluyente a partir de la consolidación de la medicina científica, del proceso de medicalización social, y del cambio del lugar de la figura médica en la sociedad.

⁸ Este autor, en razón de alguno de sus constructos teóricos analiza las instituciones sociales modernas bajo el concepto de desanclaje, entendiéndolo como "...el "despegar" las relaciones sociales de sus contextos locales de interacción y reestructurarlas en indefinidos intervalos espacio-temporales" (Giddens, 1993). Este concepto alude a lo que para él es una de las características principales de la era moderna tanto relacionadas a las organizaciones sociales como a los modos de vida privada, que es la separación entre el espacio y el tiempo. Esta separación es la que crea el "desanclaje" de los

La afirmación anterior implica que la medicina pasa a convertirse en un sistema experto donde los individuos depositan su confianza: estableciéndose una relación de poder que a nivel más general funde una autoridad científica con el poder simbólico instituido en la sociedad. El cuerpo médico es un componente esencial de ese sistema con conocimiento autorizado, que le atribuye un poder específico sobre la vida cotidiana. Al transformarse en un sistema experto se conforma también la medicina como "profesión", en tanto ocupación organizada con un estatuto político y económico especial. A la vez el desarrollo de corporaciones como asociaciones seculares, responsables del bienestar público le otorga identidad pública. El control técnico que tiene el cuerpo médico sobre su trabajo despliega un carácter sustancialmente político, sin embargo, la autonomía profesional no es absoluta, siendo que el Estado es quien conserva el poder en última instancia (Friedson, 1978).

Junto con este proceso de profesionalización de la medicina, surge en 1920⁹ el SMU definido como una asociación civil sin fines de lucro. Es una asociación de profesionales que nuclea a la mayoría de los médicos¹⁰ del país con afiliación de carácter voluntario. Sus autoridades se renuevan cada dos años a través de elecciones en las que participan libremente todos los socios que componen el sindicato.¹¹ En su estatuto se plantean los objetivos y funciones, como la defensa de los intereses morales y materiales de todos los médicos del país, mejorar la situación del ejercicio profesional, apoyar el perfeccionamiento de la formación médica, defensa jurídica de sus afiliados; así como aspectos relacionados con la mejora de la higiene pública.

Desde el período dictatorial hasta el presente, el SMU ha pasado por distintos momentos que lo identifican no solo hacia adentro como institución, sino que muestran su postura y relacionamiento con la sociedad en su conjunto. El SMU ha sido intervenido por el

sistemas sociales creando relaciones sociales no mediadas por la determinación espacio-tiempo sino que relocalizadas en otro contexto. Para el desarrollo de las instituciones modernas analiza lo que él llama los sistemas abstractos que incluyen señales simbólicas y sistemas expertos. Ambos los considera dos tipos de mecanismos de desanclaje de la era moderna. Como ejemplo tipo de las señales simbólicas alude al dinero como medio de intercambio que se traslada de un individuo a otro pero sin ninguna consideración de las características de los individuos ni de la necesidad de temporalidad entre los mismos. Como sistemas de expertos entiende los sistemas de logros técnicos, profesionales, al conocimiento experto que moldea y reorganizan el entorno material y social.

⁹ <http://www.smu.org.uy/elsmu/historia/relat.html>

¹⁰ Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) Uruguay cuenta con 15780 médicos. El SMU en las últimas elecciones contó con un padrón de 8336 médicos habilitados para votar y 935 estudiantes de medicina.

¹¹ Artículo 1 - Con la denominación de SINDICATO MÉDICO DEL URUGUAY se constituye una Asociación de los médicos que tengan autorización legal para el ejercicio de la profesión en la República y de los estudiantes de Medicina que estén en las condiciones que se especifican oportunamente. (Estatuto del Sindicato Médico del Uruguay. Disponible en: <http://www.smu.org.uy/elsmu/institucion/documentos/doc/estatut.pdf> [acceso 26/01/2014]).

gobierno militar desde 1975 hasta 1985, participando activamente en la reconstrucción de la democracia, integrando la Concertación Nacional Programática (CONAPRO).

Por otra parte, desde 1999 se comienzan a realizar las jornadas denominadas "Solís"¹², con el objetivo de fomentar la participación y la discusión en temas importantes del área de la salud, definiendo los lineamientos ideológicos por parte del sindicato (Ver anexo A). Durante la crisis uruguaya en el 2004 el SMU realiza la VIII Convención Médica Nacional en la que se pautan los criterios y las propuestas programáticas para la reforma de la salud. (Ver Anexo B).

Otro de los hechos importantes de los últimos años para el SMU, es la crisis del Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU)¹³ en el año 2007, culminando con la separación del SMU. En este mismo año, se debe destacar que gana las elecciones, por primera vez en el sindicato, la Unión Gremial Médica (UGM), una agrupación vinculada a las corrientes de derecha. La presidencia del SMU había estado hasta el momento en manos de la agrupación FOSALBA, que nuclea a la mayoría de la izquierda dentro del sindicato.

Por otra parte, las elecciones del 2009 son vistas como una renovación dentro del SMU; momento en que asume la presidencia el Dr. Trostchansky, estableciéndose una renovación generacional dentro de la FOSALBA. En las últimas elecciones de mayo de 2013, las principales corrientes que disputan las elecciones y que integran el SMU son: FOSALBA, UGM, Gremialismo auténtico, Médicos asalariados solidarios (MAS); y la Asociación de estudiantes de medicina (AEM). (En los Anexos C se encuentran los distintos presidentes y agrupaciones presentes en cada elección).

El SMU representa a los médicos del sector privado en los Consejos de Salarios Nacionales, integrando el grupo N°15 dentro del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS), así como también es el representante de los médicos en las negociaciones con el sector público. Ha sido un actor clave en la elaboración de la reforma de la salud, ya que ha sido uno de los temas discutidos y elaborados desde hace décadas. Ha participado de los CC del 2005 para la implementación del SNIS, no siendo miembro de la JUNASA ni del

¹² Estas jornadas son realizadas en el balneario Solís (de donde surge su nombre), en donde intervienen representantes de las distintas agrupaciones del SMU.

¹³ Esta institución se creó en 1935 como centro de asistencia de los médicos, dirigido por el SMU.

directorio de ASSE, ya que el representante de los trabajadores en este organismo es el PIT-CNT por su grado de representatividad de los trabajadores.

Como se mencionó al comienzo del capítulo, la definición del SMU como actor es compleja por las distintas funciones que cumple. En el presente trabajo se distinguen tres funciones: como actor político-sindical¹⁴, ya que cumple la función de defensa de los intereses de sus afiliados tanto en cuestiones salariales como de condiciones de trabajo. En estas circunstancias prima su micro racionalidad, al actuar de acuerdo a su interés específico (Offe, 1992). Desde esta perspectiva el SMU se encuadra claramente como grupo de interés, entendiendo a estos como: "un actor del sistema social que, básicamente, desarrolla la función de la articulación de las aspiraciones de individuos o colectivos (representación) que, sin ellos, actuarían directamente sobre los poderes públicos (intervención) en las direcciones más dispares. Estos grupos contribuyen a proporcionar racionalidad, congruencia y viabilidad (legitimidad) a las demandas de cuantos comparten una determinada posición frente a otros sectores del sistema social" (Jerez, 1997).

Como otra de sus funciones el SMU se plantea como actor social, en tanto en numerosas ocasiones, que tienen que ver tanto con los acontecimientos sociales y políticos del país, como con las correlaciones de fuerzas internas entre sus diferentes corrientes ideológicas, este actor se ha posicionado también como un interlocutor político, en los debates por la recuperación democrática, y también en el diseño estratégico de los sistemas de salud del Uruguay. En este caso el actor corporativo se inscribe en una lógica de macro-racionalidad, "...al renunciar a comportarse maximizando sus preferencias individuales...guiándose por normas de solidaridad, responsabilidad...actuando con sentido comunitario..." (Offe, 1992).

Por último, otra de sus funciones es la de asociación de profesionales, en tanto abarca aspectos de la profesión médica (educativos, de seguridad del profesional así como aspectos técnicos). El SMU como sindicato, al ser también un nucleamiento de profesionales, incluye médicos asalariados y empresarios.

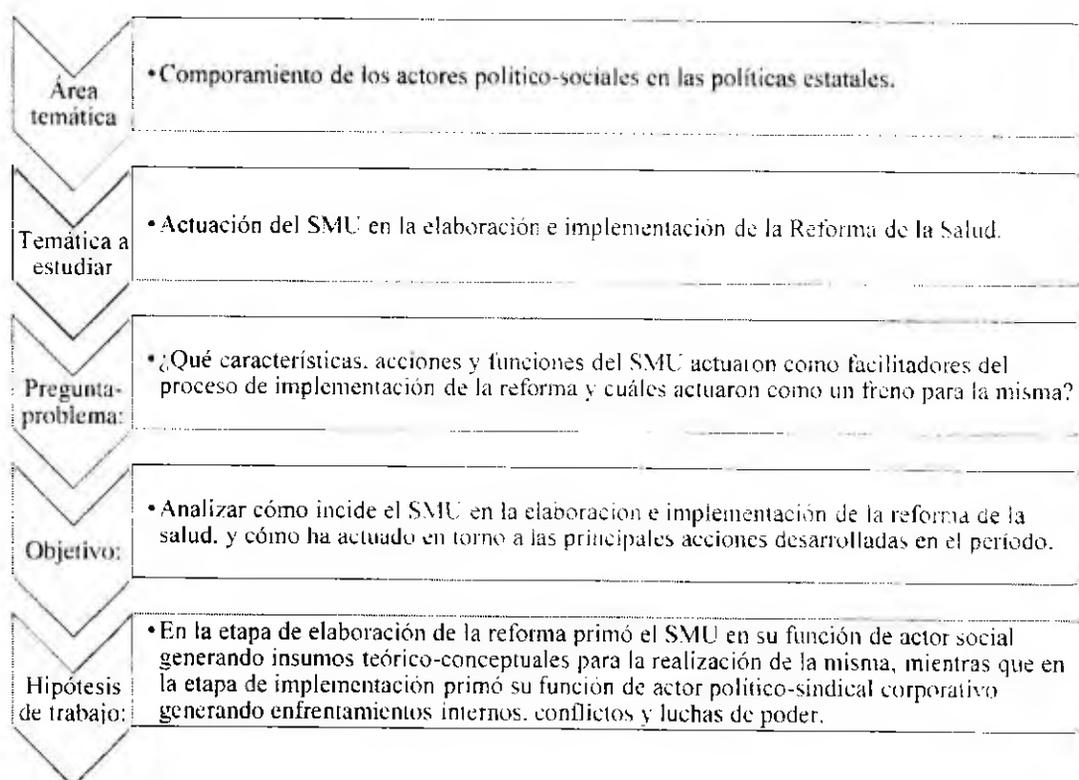
¹⁴ Los actores políticos son asociaciones voluntarias con una estabilidad relativa que tienen ciertos objetivos y defienden ciertos intereses. La clasificación más abarcativa incluye a los partidos políticos, los movimientos sociales y los grupos de interés, si bien la discriminación teórica no es tan fácil de realizar por la heterogeneidad que se presenta en sus acciones como en sus estructuras internas (Valles, 2000).

4. Aspectos teórico-metodológicos

El objetivo general del trabajo es: **Analizar la incidencia del SMU en la elaboración e implementación de la primera etapa de la reforma de la salud;** y cómo ha actuado en torno a las principales acciones desarrolladas en este período. Para ello se plantearon como objetivos específicos:

- Describir los puntos de acuerdo y desacuerdo del SMU con la reforma de la salud, y las expectativas de este actor en torno al progreso de la misma.
- Investigar los conflictos que se establecieron en el período.
- Describir la percepción de los actores sobre las funciones y cambios del SMU en el período.

Proceso de la investigación



El estudio se realiza bajo una estrategia de investigación cualitativa determinada tanto por el objetivo del trabajo como por la pertinencia y utilidad del mismo (dar pautas para

detectar los principales quiebres que se pueden producir a la hora de seguir avanzando en la reforma). Se busca indagar en los significados de las acciones del actor seleccionado con relación a una temática (la reforma de la salud), más allá de la descripción manifiesta de sus actos.

4.1. Diseño de Investigación

El diseño de investigación fue planteado como un diseño emergente¹⁵, en que si bien se creó un plan de investigación, éste quedó abierto a revisiones a través de la puesta en marcha del trabajo de campo: surgiendo nuevas preguntas de investigación y nuevos aspectos a analizar. (Valles, 1997).

Tabla 1: Definiciones adoptadas

Población de estudio:	SMU
Período de Estudio:	2005-2010
Metodología:	Cualitativa
Estrategia de Investigación:	Estudio de Caso
Técnica de obtención de datos:	Entrevistas semi estructuradas Análisis de documento
Procesamiento de los datos:	MAXQDA
Estrategia de análisis de los datos:	Análisis de contenido (análisis interpretativo del sentido de la acción)
Diseño de investigación:	Descriptivo

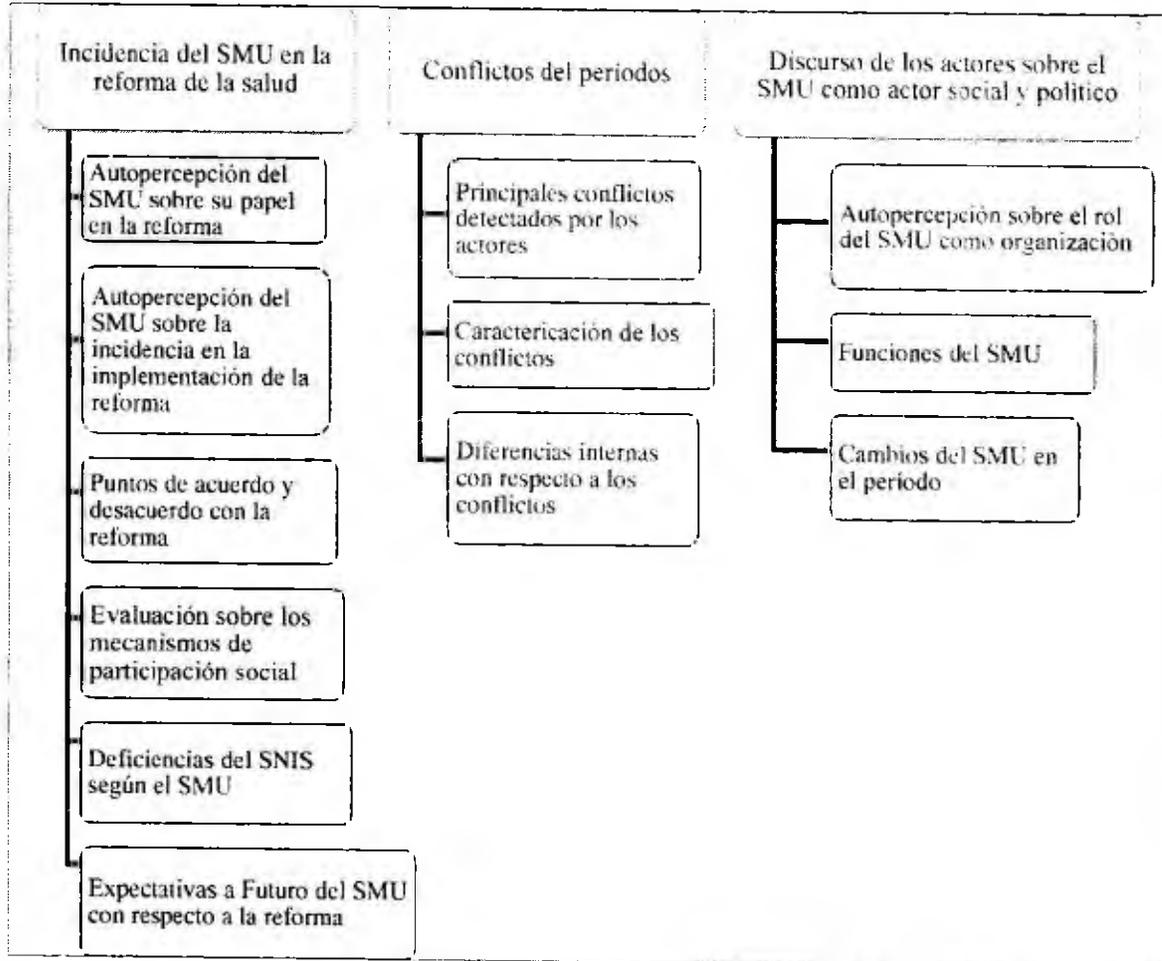
En el marco de la metodología cualitativa se opta por la estrategia de investigación de estudio de caso.¹⁶ Esta estrategia permite estudiar a través de la actuación de un actor del campo social en estudio (en este caso el SMU en la implementación de la reforma de la salud), la incidencia de los actores sociales, las características de los conflictos, y las estrategias utilizadas en el marco de la aplicación de nuevas políticas sociales.

¹⁵ "Diseñar significa, ante todo, tomar decisiones a lo largo de todo el proceso de investigación y sobre todas las fases o pasos que conlleva dicho proceso... El diseño no se estampa mediante un molde o modelo que sirvió una vez, sino que se moldea cada vez a partir de criterios maestros generadores de respuestas" (Valles, 1997).

¹⁶ Esta se utiliza cuando en el fenómeno que se estudia no es posible una generalización (o no se busca), pero permite un análisis más profundo de ese caso. A su vez sus conclusiones más abstractas se orientan a sugerir en qué otro tipo de casos podrían ser aplicados o al menos servir como hipótesis.

5. Análisis y resultados obtenidos

Dimensiones de análisis:



5.1. Incidencia del SMU en la elaboración e implementación de reforma

El primer punto a destacar es la autopercepción del SMU como ideólogo de la reforma, en tanto, los entrevistados del sindicato defienden que muchos de los aspectos planteados en los documentos elaborados para la misma, fueron estudiados, discutidos y reclamados históricamente por ellos (por ejemplo en sus distintas convenciones y en los eventos Solís

"Pero autoría me parece que no tiene nadie en particular, sino que es un momento político, una coyuntura política que permite esto... Mucho ya se estaba discutiendo desde el congreso del FA en el 2003, en donde se consolida un proyecto que se lleva luego al MSP en el 2005." (Documento: MSP/Entrevista N° 4. Posición: 5. Código: Autopercepción sobre el SMU/Autopercepción sobre elaboración.)

"Es una reforma de salud, salió de este sindicato, de las convenciones, pero ni el sindicato ni los médicos han tenido participación, más allá de los cargos políticos." (Documento: SMU/Entrevista N° 8. Posición: 4. Código: Autopercepción sobre el SMU/Autopercepción sobre incidencia).

Por parte del MSP se plantea la necesidad que existía al comenzar el gobierno, y con él una reforma estructural, de aumentar el rol rector del ministerio y lograr el consenso con los restantes actores. En torno a estos aspectos se realiza la pregunta sobre la evaluación que se tiene sobre los mecanismos de participación social que existieron para la discusión de la reforma, como por ejemplo los CC; y sobre los mecanismos de participación en ámbitos de decisión, como la JUNASA y el directorio de ASSE. Para el MSP los CC cumplieron un rol muy importante, para afianzar la conducción del MSP y fortalecer la rectoría de la autoridad sanitaria. El objetivo de los CC para los actores del gobierno, fue ampliar la participación social, teniendo una instancia en donde se pudiera comunicar hacia donde se dirigía el proceso de la reforma.

"...El 2005 el desafío mayor era concretar normativamente este proceso... Y fue a través de los CC en donde recogíamos esto pero más que nada en donde mostrábamos lo que íbamos a hacer. Efectivamente muchas veces íbamos a mostrar lo que íbamos a hacer. Nada de lo que decíamos en los CC no estaba escrito ya en el programa, solo especificábamos los lineamientos." (Documento: MSP/Entrevista N° 4. Posición: 11. Código: Evaluación sobre los mecanismos de participación).

Por otra parte, la no participación en el directorio de ASSE y en la JUNASA fue muy discutida por los actores de gobierno, en donde primó el criterio de considerar la inclusión del sindicato de mayor representatividad de los trabajadores de la salud, lo que llevó a la no inclusión de los médicos en estos organismos designándose al PIT-CNT.

Desde el SMU se tiene una visión muy crítica de los CC, vistos como un mecanismo formal para legitimar lo ya resuelto. A la vez, se cuestiona su no eficiencia, resultando desde su punto de vista, muy poco operativos. Si bien la idea les parece óptima, no fue para ellos una herramienta que permitiera una construcción colectiva de la reforma de la salud. En tanto, la integración a la JUNASA y a ASSE se plantea como un tema discutido por el SMU, en donde en un principio se visualizó como una "no" representación, mientras que mirando a distancia se posicionan como críticos del mecanismo más allá de que no estén

los médicos considerados. La mayoría de los actores entrevistados del SMU, plantean no estar de acuerdo con la participación social en los organismos de decisión, aludiendo a que no ha contribuido a mejorar la gestión, sino por el contrario, ha entorpecido el proceso de la reforma, indicando la necesidad de rediscutir estos mecanismos de participación.

5.1.1. Discrepancias del SMU con la reforma, y expectativas sobre el rumbo de la misma

Las agrupaciones más representativas del SMU (UGM y Fosalba), consideran que en términos generales, el SMU acompañó la reforma de la salud porque recoge lo esencial de lo planteado por la organización: la coordinación de los sistemas, el cambio del modelo de atención, la integración de los servicios de referencia y la descentralización de ASSE. Un aspecto central de desacuerdo fue la participación de los actores sociales en el gobierno, en donde la propuesta del SMU era crear una superintendencia por fuera del MSP, como organismo de contralor no dependiente del ministerio.

“Cosas que nosotros nunca propusimos fue que los actores sociales estuvieran gobernando ningún ente ni la JUNASA, ni ASSE ni ningún organismo. Nosotros propusimos una superintendencia afuera del MSP y se hizo adentro. Hubo diferencias en puntos de vistas. Cosas que no mejoraron la propuesta sino la empeoraron.” (Documento: SMU Entrevista 3. Posición: 13. Código: Desacuerdos con la reforma).

Como segundo punto de desacuerdo se menciona que dentro del marco normativo no se tuvo en cuenta aspectos centrales como los RHS, los cambios en el trabajo médico y la distribución territorial; causante esto de muchos de los problemas que se tienen en el presente. Uno de los planteos más destacados de todos los entrevistados, es que se haya transitado todo este proceso de reforma sin generar una reforma del ejercicio profesional ni del mercado de trabajo médico. Aluden a que no se programó la ecuación de los RHS para un cambio de sistema que iba a generar otras estructuras y otras necesidades distintas a las del momento. Este aspecto se menciona como un debe al día de hoy, planteándose como uno de los nudos críticos para la continuidad del proceso de reforma.

“Se siguió adelante con ese marco normativo, pero aparte había que hacer la reforma realmente, ves los problemas que tenemos hoy, de los RHS, de los médicos profesionales, no se tuvo en cuenta y hoy vez lo que está sucediendo.” (Documento: SMU Entrevista 5. Posición: 5. Código: Desacuerdos con la reforma). “Lo que falta es una gran discusión sobre lo asistencial y el trabajo

médico, eso falta todo. Nada se hizo, nada sustantivo. En la práctica no hubo cambios.” (Documento: SMU Entrevista 7. Posición: 62. Código: Desacuerdos con la reforma).

En relación al FONASA, algunas agrupaciones plantean sus deficiencias, aludiendo a la población que aún no lo integra, lo que lleva a que el SNIS no funcione como un verdadero sistema. La idea inicial del SMU fue crear un sistema en red de servicios, coordinado e integrado, lo cual aún (según los actores entrevistados) no se ha logrado. Otro déficit marcado como un debe de la reforma es la falta de diagnóstico previo a la elaboración normativa, y a la implementación de la misma (sobre la situación de los RHS, sobre la asistencia, sobre la situación de las instituciones prestadoras de salud). Un aspecto reiterado en las entrevistas es la falta de discusión e inclusión de aspectos sanitarios en la puesta en práctica de esta primera etapa de reforma, la cual ha sido centrada desde su visión, en cambios y acuerdos económicos.

“Nosotros queríamos poner en discusión la atención y el sistema de trabajo médico, el sistema quirúrgico, las tecnologías altamente especializadas por ejemplo. Me parece que son los ingredientes sustanciales de una reforma, claro es difícil de discutir. Acá se puso en práctica algo que era solo político. Yo creo que el paciente no se ve mejor.” (Documento: SMU Entrevista 7, Posición: 66, Código: Desacuerdos con la reforma).

Otro punto crítico observado por el SMU refiere al sistema de financiamiento de la reforma, el cual se encuentra muy asociado a la actividad laboral del país siendo “trabajo-dependiente”, ubicando a esto como la gran debilidad del sistema. Si bien se plantea que la idea era estar cubierto por un sistema, el sindicato planteaba la financiación a través de impuestos como parte del IRPF, y no desde la previsión social.

Con respecto a las dificultades de la reforma, trascurrido los primeros años de la misma, se mencionan los problemas en la gestión, en donde se resalta la falta de efectividad para llevar adelante algunos procesos (como la coordinación entre los niveles de atención, coordinación en el territorio, el sistema de traslados). Si bien se multiplicaron los recursos económicos no se ven los resultados claramente. En relación a ASSE, si bien se visualiza su mejora (como principal prestador público), se plantea que debería ser una institución competitiva, considerando este punto con uno de las principales deficiencias del SNIS. Se visualiza un estancamiento de la reforma y un no avance en el cambio del modelo de atención. Para los entrevistados siguen existiendo los mismos problemas que existían previamente, como el multiempleo médico, el déficit en la atención, y los problemas

económicos de las instituciones prestadoras.

"...la reforma lo que hizo fue aportarle más dinero a las mutualistas...Y por otro lado está la privatización dentro de las mutualistas."(Documento: SMU\Entrevista N° 9, Posición: 20, Código: Deficiencias del SNIS).

"...Le tendría que dar al usuario la sensación de que se atiende mejor y que se atiende con eficiencia y seguridad, y con los mejor resultados posibles de acuerdo a los recursos del país. Está ahí la discusión de los estándares necesarios para el país, los RHS necesarios, y a su vez poder medir el resultado final con otros indicadores que además le diera transparencia al sistema."(Documento: SMU\Entrevista N°11, Posición: 26, Código: Deficiencias del SNIS).

Por otra parte, desde el MSP se manifiesta que en el primer período se priorizó la reforma del financiamiento, se votaron las leyes necesarias y se anunciaron cambios en la gestión y en la atención. Estos aspectos, más los conflictos vividos en este proceso de cambio, no permitieron abarcar aspectos claves como la transformación del trabajo médico, proceso que está en curso en este segundo período de gobierno. A la vez, se plantea la necesidad de un cambio cultural y estructural que requiere de un proyecto claro de cambio del modelo.

"Pero hay otro análisis para hacer, que es que la reforma que prioriza el financiamiento y anuncia cambios en el modelo de gestión y de atención, en el período 2005-2010 no tiene capacidad política junto con los conflictos, de colocar como un eje fundamental de la reforma la transformación del trabajo médico. Entonces el proceso de la reforma no acompaña la transformación del trabajo médico, todo eso que se está comenzando ahora con un proceso complejo que se empieza a producir con el segundo período de la reforma..." (Documento: MSP\Entrevista N°6, Posición: 4, Código: Deficiencias del SNIS).

Por último, se consultó sobre las expectativas en torno al progreso de la reforma a todos los entrevistados. En primera instancia, existe un consenso en torno a la necesidad de focalizarse en la reforma del trabajo médico, en donde se detalla que si bien ya ha comenzado con la creación, desde el 2012, de los cargos de alta dedicación para los médicos, queda mucho por hacer en este aspecto.²¹

"Los RHS, eso era lo que quedaba por hacer. Qué es más que cambio de modelo, que cambio en la organización del trabajo, es gobernabilidad en el sentido más profundo, es satisfacción de los actores y aliarse con la reforma, es la base social de la reforma. Es una categoría sociopolítica."(Documento: MSP\Entrevista N°6, Posición: 37 – 38, Código: Expectativas a Futuro).

La eliminación del multiempleo médico, la educación médica continua y las mejoras de las condiciones de trabajo son los temas más nombrados, junto con la necesidad de la

²¹ Acta Consejo de Salarios, Grupo 15, 5 de noviembre de 2012.
<http://www.smu.org.uy/sindicales/documentos/consejo-de-salarios/consejo-121105.pdf>

articulación de RHS y de servicios en el territorio, y el involucramiento real de la gente con el proceso de cambio. Desde el SMU se hace alusión a la necesidad de una mejoría de la gestión. Se establece la necesidad de estudiar, dialogar y realizar políticas que mejoren la calidad de la asistencia, y se enfatiza en la responsabilidad del MSP pero también del SMU de discutir sobre estas cuestiones, considerando que la novena convención médica, a realizarse en julio del 2014, será un insumo para generar agenda sobre estos temas. Por último se resalta la necesidad del ingreso del resto de los usuarios al sistema, así como de consolidar la verdadera red de servicios, con un ASSE fortalecido y competitivo; en un sistema en donde se establezcan los estándares necesarios para una correcta atención.

En esta dimensión se destacan los siguientes hallazgos:

- Existencia de una disputa por el capital simbólico que representa la reforma de la salud, en donde el SMU se percibe como ideólogo de su base teórica-conceptual, mientras que las autoridades sanitarias lo observan como un constructo político de múltiples actores.
- El SMU se percibe como fuera de la etapa de diseño e implementación de la misma, de los ámbitos creados para la participación social, lo que hace que haya existido por un lado colaboración (ya que se son defensores de la reforma), pero también conflictos con una visión negativa sobre la ejecución de la misma.
- En relación a los mecanismos de decisión creados por el Estado, en donde no se encuentra presente el SMU, se puede señalar que esto contiene un componente importante de carácter simbólico, en tanto, representa una distribución de poderes dentro del campo de la salud, determinada por uno de sus actores principales (el Estado), el que ha buscado reposicionarse a través de aumentar y fortalecer su rol dentro del mismo.
- En relación a la evolución de la reforma, así como a las expectativas de los actores en torno a su futuro, se indica por parte de ellos un estancamiento de la misma, básicamente relacionado a un nudo crítico que es la falta de políticas claras en torno a problemas que presentan los RHS. Existe consenso en establecer que este tema requiere de un rumbo claro pero también de un cambio estructural, que obliga a realizar modificaciones en la distribución de capitales culturales, simbólicos y de poder dentro del campo de la salud.
- En cuanto al campo de la salud en general, y al reordenamiento que se puede haber dado con la implementación de la reforma, se puede indicar que el cambio en el rol que el Estado asume le otorga más poder dentro del campo de la salud:
 - Más capital simbólico al apropiarse de ciertos espacios rectores y decisores, a través del intento de poner en discusión el modelo de atención a la salud tradicional.
 - Redistribuye capital simbólico al reposicionar ciertos actores en el campo, dándole poder de decisión (insertándolos en la JUNASA y en ASSE a la FUS, la FFSP y a los Usuarios).
 - Se apropia de poder económico, por ejemplo con el manejo del FONASA.
- Ante este nuevo rol asumido por el Estado, se le planteó al SMU el desafío de modificar algunas de sus funciones dentro de este campo, aspecto que se detalla en el capítulo que sigue.

5.2. Mirada de los actores sobre los conflictos²² del período, y la incidencia de estos en el campo de la salud

Los principales conflictos planteados por los actores entrevistados en el primer período de la reforma (2005-2010), fueron: el conflicto del CASMU (por un lado su quiebre económico, y por otro su separación del SMU), los conflictos con los médicos del sector público, el conflicto por las cajas de auxilio médicas, y la separación de la SAQ del SMU.

5.2.1. Conflicto CASMU: reconfiguración de las funciones del SMU

El CASMU, es la institución prestadora de salud creada en 1935 por el SMU, y una de las más importantes del sistema de salud por parte del sector privado, por la cantidad de usuarios con los que cuenta. En el período en estudio²³, no solo la institución transitó por una de sus crisis financieras más importantes, sino también, es el período en el cual se concreta su apartamiento del SMU. Para los entrevistados, si bien era un proceso que se venía dialogando desde hace mucho tiempo: con el nuevo gobierno del 2005, la reforma de la salud, la convocatoria a los consejos de salarios y con la crisis financiera de la institución, se revitaliza la discusión relacionada a las funciones del SMU.

Hasta el momento de la separación CASMU-SMU en el 2008, el sindicato cumplía una doble función, sindical y empresarial, lo que le planteaba un problema a la hora de ser el representante principal de los trabajadores médicos.²⁴ Dicho proceso es visualizado por la mayoría de sus dirigentes como inevitable, y también como fortalecedor para el SMU de su función sindical, la cual es considerada como principal.

²² Por conflicto se entiende: "...una lucha por los valores y por el estatus, el poder y los recursos escasos, en el curso de la cual los oponentes desean neutralizar, dañar o eliminar a sus rivales". (Cosser, 1956). Siguiendo a Bourdieu sería una lucha por apropiarse de los distintos tipos de capitales. Vale aclarar que se priorizó la percepción de los entrevistados sobre lo que ellos consideraban los principales conflictos del período y su visión sobre los hechos.

²³ La crisis financiera de la institución y su fideicomiso por parte del Estado se lleva adelante durante el año 2008, y en febrero de 2009 se vota por las agrupaciones representantes del sindicato la separación del CASMU del SMU.

²⁴ "El vicepresidente del SMU, Julio Trostehansky, explicó a El Espectador que se trata de una separación jurídica que permitirá al CASMU actuar como mutualista y sin la influencia de una gremial médica. "Una separación jurídica que va a permitir tanto al Casmu y el Sindicato Médico actuar como lo que realmente son. Es decir, una institución, una empresa de salud y otra un gremio que debe defender el interés de los trabajadores. Y, basados en principios gremiales, que de alguna manera permitan que los ideales y los fines con los que la institución fue creada se mantengan a pesar de esta separación", indicó Trostehansky reconoció que la separación del SMU del Casmu responde a la condición que le puso el gobierno para asistir financieramente al Casmu, no obstante, aclaró que la gremial médica pretendía hacer esto hace tiempo." Disponible en: <http://www.espectador.com/politica/145112/smu-plebiscitara-separacion>

Con relación al tema en estudio, se puede indicar que, si bien este conflicto no es directo con el Estado, ni está estrictamente ligado a la reforma, es uno de los hechos más importantes del período ya que reposiciona al SMU dentro del campo de la salud, reconfigura la interna del sindicato, sus funciones así como el rol que tiene dentro de este campo.

“La separación del CASMU genera una nueva condición para el SMU en perspectiva, porque no es lo mismo tener que no tener una empresa. Algunos creían que era una debilidad estructural y otros creían que de verdad se iba a transformar mucho más en un gremio genuino aun con esas contradicciones que teniendo una empresa, esa convivencia entre empresarios y trabajadores además sos dueño de una empresa, no es fácil ir a discutir por salarios.”(Documento: SMU:Entrevista 3, Posición: 24, Código: Conflictos del período CASMU).

5.2.2. Conflicto de los médicos del sector público²⁵: incidencia en la implementación de la reforma

El conflicto que comienza desde antes del 2005, se identifica junto con la separación del CASMU-SMU, como uno de los hechos más importantes del periodo. Desde los actores del gobierno se visualiza como uno de los obstáculos más importantes para la implementación de la reforma, agotando parte de las energías de los cinco años de gobierno, imposibilitando avanzar en otros aspectos de la reforma, más allá del cambio en el financiamiento del sistema y en su modelo de gestión.

El conflicto del sector público es observado por los entrevistados como uno de los más importantes también hacia adentro del sindicato, ya que generó tensiones y luchas de poder entre los distintos grupos, básicamente entre la dirección del sindicato y la base social de la organización. Por lo cual, se trata de un doble conflicto: por un lado, desde el SMU con el gobierno, y por otro, un conflicto a la interna del SMU, aumentando la participación del cuerpo médico y creando tensiones que traspasan las grandes agrupaciones del SMU.

Surge como un emergente dentro del sindicato a través de la comisión de trabajadores

²⁵ El conflicto de los médicos de salud pública se expresa a través de diferentes paros médicos, en reclamo de aumentos salariales, regularización de contratos y cargos, presupuestación y titularización de los trabajadores y reclamos de mejoras de las condiciones de trabajo. A través de las distintas actas disponibles en el SMU, se puede observar la intensa actividad gremial, desde el 2005 en adelante por parte de la comisión del sector público. Disponible en: <http://www.smu.org.uy/sindicales/resoluciones-asambleas>

públicos con un interés estrictamente salarial, y se concibe como consecuencia del período de crisis económica que tuvo el país en el 2002, la asunción de un gobierno de izquierda, así como por las expectativas reales de aumentos salariales significativos.

Para algunos de los representantes del SMU el conflicto no se relaciona con la reforma de la salud, sino que tiene su justificación puramente en los aspectos salariales y en las malas condiciones de trabajo que sufría dicho sector. Dicho conflicto aumentó fuertemente la participación de la base sindical en el SMU, creando diferencias internas bien marcadas, en donde las dos grandes agrupaciones mediaron para darle fin y lograr el acuerdo. El conflicto da cuenta de la existencia de una separación entre el cuerpo médico social y las direcciones del SMU.

“Yo creo que hay un antes y un después del conflicto de los médicos de salud pública. Porque antes de ese conflicto realmente al sector público no se lo tenía en cuenta en el SMU, se hacían acuerdos solo para el privado y no había ningún tipo de participación. (Entrevista N° 9, Posición: 24. Código: Conflictos del período Sector público).

Otros de los entrevistados plantean, que el conflicto se relaciona con la reforma, con el cambio necesario que se debió dar en el sector de salud con la no vinculación de los médicos al Estado, con el cambio de mercado de trabajo médico,

Durante este conflicto el SMU actúa básicamente bajo la lógica de grupo de presión, defendiendo los intereses de quién representa con el Estado, buscando la racionalidad, congruencia y viabilidad (legitimidad) a las demandas de los médicos, tomando una determinada posición frente a otros sectores del sistema de salud. En esta ocasión intervino en él para lograr los acuerdos necesarios desde el ámbito político, en busca de darle fin a las medidas que no satisfacían a los usuarios en el sub-sistema público, sino que obstaculizaban el desarrollo de la reforma. En este caso el actor corporativo se inscribe en la lógica de grupo de presión, renunciando a comportarse maximizando sus preferencias individuales...guiándose por normas de solidaridad, responsabilidad...actuando con espíritu comunitario...” (OFFE; 1992).

5.2.3. Conflicto por las cajas de auxilio médicas: entre el actor social y el actor corporativo

Este conflicto refiere a las tensiones que se crearon a partir del ingreso al SNIS, en enero de 2011, de las cajas de auxilio médicas.²⁵ Si bien este conflicto estuvo presente en el período, no es destacado como relevante para la interna del SMU ni para la reforma.

Existen dentro del SMU distintas visiones que se relacionan con las funciones que el SMU cumple, algunas más apegadas a su rol corporativo, defensor del interés médico, y otras desde su rol más social inmerso en un sistema que necesariamente condicionaba la inclusión de las cajas de auxilio al FONASA.

Si bien se llegó a un acuerdo en lo que se podría llamar un punto medio, entre las diferentes posiciones existentes en el conflicto, este representó la postura de la dirección del sindicato, y no del resto de las agrupaciones, en donde algunos actores concluyen que existió hacia adentro del SMU un quiebre entre una postura oficialista y otra más corporativa.

“En el conflicto por las cajas de auxilio, ahí tuvimos que votar por asamblea. La gran parte dijimos vamos a defender lo que está lo logrado. Un sector de la Fosalba decía vamos a negociar para perder un poquito.... esa fue la gran discrepancia. En los hechos lo que ganó fue la postura de Fosalba, perdimos la asamblea, perdimos un poco y ta. fue la solución que se llegó”. (Documento: SMU Entrevista N° 8, Posición: 27, Código: Conflictos del período: cajas de auxilio).

“Este tema también ahí de alguna manera hubo de las dos cosas, una postura muy oficialista por un lado y una muy corporativista por el otro.” Documento: SMU Entrevista N° 9, Posición: 32, Código Conflictos del período: cajas de auxilio.

²⁵ El objetivo de las cajas de auxilio es administrar la cobertura de salud para los trabajadores. Reciben aportes de las empresas y de sus trabajadores o sindicato. Prestan dos tipos de beneficios: cobertura de cuota mutual de salud del afiliado y el pago de un subsidio por enfermedad; brindando a sus afiliados beneficios superiores al mínimo legal. La ley del SNIS planteaba que a partir del 1° de enero de 2011 los trabajadores médicos afiliados a las cajas de auxilio se incorporan al FONASA. Esto llevaría a que percibieran menores beneficios en materia de salud, y menores subsidios en caso de licencia por enfermedad. Esto no significaba que las cajas de auxilio no pudieran mantenerse sino que se debería hacer un aporte extra para la mantención de éstas. A través de los conflictos llevados adelante por este tema se postergó de enero a julio de 2011 el ingreso de los colectivos médicos al FONASA y se modificó el mecanismo de financiamiento planteado en un principio. Ver Ley N°18731, disponible en: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=18731&Anchor=>

5.2.4. Conflicto SMU-SAQ: lucha de poder y distribución de capitales

En el mes de diciembre de 2012 se produce la separación de la SAQ del SMU. La SAQ pasa de ser la Sociedad Anestésico-Quirúrgico, a convertirse en Sindicato Anestésico-Quirúrgico.²⁷ Este evento si bien no corresponde con el período analizado, ha sido marcado de suma importancia por todos los actores como un conflicto que tiene su gestación mucho antes de su concreción. Es considerado por los actores como un quiebre importante, delimitando un cambio no solo hacia adentro del SMU, sino en las relaciones de poder establecidas entre SMU-SAQ-Estado. Por lo cual, es relevante dejar planteadas las opiniones que presentan los actores de este hecho, ya que genera cambios en el espacio social y en las relaciones entre actores, incidiendo en las lógicas de acción del SMU.

Desde los actores del MSP se considera un elemento negativo, ya que uno de los actores con el cual se mantienen relaciones más complejas queda por fuera del SMU, y por lo tanto, no solo se tiene dos frentes de batalla, sino que se pierde la mediación que muchas veces el SMU estableció para resolver los conflictos.

“Es muy complejo porque tienen un peso en la sociedad muy fuerte, y se precisan de los médicos para la reforma, entonces tener una parte que no apoya es negativo sin duda.” (Documento: MSP Entrevista N° 4, Posición: 28 – 29, Código: Conflictos del período SAQ). “Me parece que la SAQ siempre quiso ser un actor, de hecho en los convenios antes la SAQ era un actor sentado en la misma mesa. Después eso cambió, porque uno tiene que elegir a sus aliados y fortalecer a sus aliados estratégicos.” (Documento: MSP Entrevista N° 10, Posición: 15, Código: Conflictos del período SAQ)

Con relación al período en estudio, desde los actores del gobierno, se establece que la SAQ mantuvo una postura negativa para la reforma, aludiendo a su rol puramente corporativo. A la vez, se genera un cambio estratégico en el campo de negociaciones que tiene un componente simbólico: la SAQ busca un espacio de poder como actor social, mientras que el SMU, a partir de ser reconocido por los actores del gobierno como el único actor representante de los trabajadores médicos en los consejos de salarios, se fortalece como actor aliado.

²⁷ “Los anestésico-quirúrgicos presentaron esta tarde las firmas en el Sindicato Médico. Luego de un mes de campaña en cada una de las 14 sociedades que lo integran, el nuevo Sindicato Anestésico Quirúrgico (SAQ) consiguió reunir unas 500 adhesiones para desafiliarse del Sindicato Médico del Uruguay (SMU).” Disponible en: <http://www.elobservador.com.uy/noticia/240254-unos-500-especialistas-se-desafilieron-del-smu>

Desde las corrientes que más discrepan con la dirección del SMU, se visualiza la ruptura con la SAQ como un error del propio sindicato médico, consecuencia de no saber laudarse las discrepancias internas existentes en el sindicato.

“Ahí tienes un corporativismo duro y puro...Es el núcleo de la corporación...Porque ellos usaban el SMU como su caja de legitimación generando el ejemplo de la vanguardia reivindicativa y corporativa porque de este lado estaba postergado. Tenían el doble juego, de este lado me escudo y desde acá doy la pelea y para todos estos soy la imagen.” (Documento: SMU-Entrevista 3, Posición: 39. Código: Conflictos del periodo SAQ).

Por parte de las agrupaciones de la dirección, se indica que este conflicto es parte de los cambios (muchos de ellos a partir de la reforma), que se vienen dando en el mercado de trabajo médico, generando respuestas de corte corporativo, que se resisten a estos cambios. Por otra parte, se plantea que a raíz de esta separación, se ha fortalecido al SMU en tanto sigue siendo la organización más representativa de los médicos, no solo porque la desafiliación de los anestésico-quirúrgicos del SMU no fue importante en cantidad de médicos; sino porque consolida su representación en los ámbitos de negociación colectiva así como su reconocimiento a nivel social.

“Y con respecto al conflicto de la SAQ es parte de cambios... Creo que también es parte de lo mismo, el proceso de reforma implica determinados cambios y sobre todo el proceso de reforma del trabajo médico que genera algunas respuestas de corte corporativo, que se resisten a determinados cambios y discusiones sobre los cambios. Creo que en realidad fue una constatación y fortalecimiento desde el punto de vista del sindicato, consolidó a la organización que representa a los médicos no solo por su representación social sino que en los hechos es la que representa a los médicos en los ámbitos de negociación colectiva.” (Documento: SMU-Entrevista N°11, Posición: 47. Código: Conflictos del periodo SAQ).

Tabla 2: Resumen de los conflictos

	Separación CASMU - SMU	Médicos del sector público	Cajas de auxilio	SAQ-SMU
Tipo de capitales en juego	Capital económico, simbólico, y lucha de poder.	Lucha por capital económico.	Lucha por capital económico y simbólico.	Lucha por poder, capital económico, cultural y simbólico.
Perdurabilidad en el tiempo	En proceso (genera cambios más allá del conflicto dado en un periodo específico).	Finalizado.	Finalizado.	En proceso (genera cambios más allá del conflicto dado en un periodo específico)
Objetivo principal (por parte del SMU)	Establecer su función sindical, terminando con su doble rol de sindicato-empresa.	Aumento salarial para los médicos de salud pública	Impedir el ingreso de las cajas de auxilio médicas al SNIS.	Mantener su rol como sindicato principal de los médicos.
Incidencia hacia la interna del SMU	Cambio en las funciones y roles del SMU.	Tensiones y luchas de poder entre la base social y la dirigencia. Reconfiguración interna de los juegos de poder.	Diferencias internas (entre actor corporativo y actor social).	Reconfiguración interna del sindicato. (Nuevas alianzas).
Incidencia en la reforma	No incide directamente en la reforma, en cambio se visualiza como consecuencia de la misma.	Enfrentamiento del proceso de implementación (prima el SMU como grupo de presión).	No incide de manera importante.	Incidencia en la reforma en tanto cambios en los actores de confrontación (nuevas alianzas).
Incidencia en el campo de la salud	Reposicionamiento del SMU en el campo.	No incide.	No incide.	Reconfiguración del campo y de las relaciones de poder entre los actores.

Fuente: Elaboración propia en base al análisis de las entrevistas realizadas.

En esta dimensión se destacan los siguientes hallazgos:

- Reconfiguración del rol del SMU en donde busca afirmarse como sindicato exclusivamente representante de los trabajadores, dejando de lado su función empresarial, la cual debilitaba su posición para entablar algunos reclamos y discusiones.
- El SMU parece buscar un reacomodamiento en el campo de la salud (quizá a partir del reposicionamiento del Estado), separándose de los grupos más corporativos (como la SAQ), dejando su lado empresarial (mediante la separación del CASMU). Esto, junto a lo anotado en el punto anterior, podría contribuir a afirmar su rol como actor social y sindical.
- El desarrollo simultáneo de estos dos perfiles, podrían tener a futuro aspectos contradictorios entre sí; en tanto su rol de actor social (orientado a incidir en las políticas nacionales de salud), podrá chocar con su actuación sindical de representación de reclamos de corte corporativos.

5.3. El discurso de los actores sobre el SMU como actor social y político: funciones y cambios

Ante la complejidad del SMU como actor, en tanto cumple diferentes funciones, se plantea este tema a los entrevistados con el objetivo de analizar su percepción sobre el mismo, y las diferencias internas existentes. Acerca de las características de la profesión que ejercen, se destaca por parte de los entrevistados, la especificidad de la tarea que cumplen, que hace tener un sindicato "diferente", razón por la cual no pueden ni deben integrar el PIT CNT.

"Es la concepción de que nosotros no por elitista ni nada, pero tenemos pautas muy especiales por la función que se cumple. Ni nosotros queríamos perjudicar al PIT-CNT ni al resto de los trabajadores, ni queríamos que nos perjudicaran el resto. Los trabajadores médicos son defendidos por su sindicato.... Lo que pasa es que nosotros cumplimos una función sindical por un lado, pero también muy social y muy académica." (Documento: SMU-Entrevista 5, Posición: 58 – 59, Código: Autopercepción sobre el SMU/Autopercepción como actor).

Existen diferencias posturas entre los actores, en torno a las funciones que el SMU tiene que priorizar, las cuales no están determinadas por las agrupaciones a las que pertenecen. Mientras que algunos resaltan la importancia de la función gremial del sindicato como actor político, otros establecen la importancia de apostar al SMU como una verdadera asociación de profesionales. Desde esta última postura se indica, que en el SMU, no se enfrenta conceptualmente el conflicto patrón–obrero, lo que lo hace ser diferente al resto de los sindicatos.

"O sea nosotros somos trabajadores, por eso estamos en los ámbitos de negociación colectiva, pero no somos un sindicato porque no tenemos el tema patrón-obrero, convivimos obreros y patronos. Pero nosotros profundizamos ese aspecto de asociación profesional, con los aspectos que hacen a la profesión, entonces si bien participamos en los ámbitos de negociación, estamos profundizando en los últimos años los aspectos que tienen que ver con el ejercicio profesional." (Documento: SMU-Entrevista N°11, Posición: 60- 62, Código: Autopercepción sobre el SMU/Autopercepción como actor)

Los que plantean esta postura defienden la necesidad de profundizar la función del SMU como líder de opinión, tomando postura sobre los aspectos sanitarios, incorporando cuestiones que intenten modificar los problemas que existen como parte del contrato entre los médicos y la sociedad, profundizando en los problemas de los servicios, en la educación continua del médico; sin por ello olvidar los aspectos sindicales puros.

En relación a la interna del SMU, la mayoría de los entrevistados alegan que existen diversos cortes que se dan hacia adentro del mismo, con distintos intereses económicos:

“Existencia a la interna de diferentes intereses de clase, conviviendo médicos que son estrictamente asalariados (la mayoría) y hay médicos que tienen sus empresas de salud. Entonces naturalmente esto se expresa en el SMU, un sindicato que tiene diversidad de intereses económicos...El SMU es policlasista hacia adentro.” (Documento: SMU Entrevista 2, Posición: 61 – 62, .Código: Autopercepción sobre el SMU)

Para los actores más allegados a la dirección del sindicato, existen diferencias conceptuales bien marcadas entre las agrupaciones que lo integran: si bien en la mayoría de los casos se logra consensuar para dar las discusiones hacia afuera del SMU. Sin embargo para las agrupaciones más radicales y menos representadas dentro del sindicato, las dos grandes agrupaciones (Fosalba-UGM), no presentan casi diferencias.

En cuanto al rol del SMU como actor social, los entrevistados coinciden que esa función es lo que hace que no quede en el corporativismo puro, enfatizando en la responsabilidad social que tienen, y resaltando que este rol ha sido histórico dentro del Sindicato.

“Cuando hay grandes consensos dentro del SMU es un formador importante de opinión, de afuera creo que es difícil de desprestigiar, nadie ha podido.” (Documento: SMU Entrevista N° 8, Posición: 42 – 43 Código: Autopercepción sobre el SMU).

Por otra parte, si bien existen diferencias internas de corte político partidario, esto no se plasma en la concepción sobre los temas tratados, ya que no aparecen diferencias entre derecha e izquierda. En los temas más importantes existe acuerdo entre las dos grandes agrupaciones del SMU.

Por último se podría pensar, a través de las entrevistas realizadas que existe un corte más allá de las agrupaciones, en donde los actores más jóvenes y con menos participación político partidaria tienen otra mirada postulando un SMU más apegado a una asociación de profesionales, que sin descuidar su rol en los consejos de salarios y en los reclamos, se centre en otro tipo de estrategias menos conflictivas.

En esta dimensión se destacan los siguientes hallazgos:

- En relación al SMU (oscilando entre actor corporativo y actor social), a partir de los resultados se deduce que si bien su función sindical tuvo su punto crítico para la reforma con el conflicto del sector público, el cual pudo haber actuado como un freno de la misma; también el lazo existente entre la izquierda y el sindicato así como su rol de actor social, colaboró para cerrar dicho conflicto. De igual forma parece haber jugado un rol similar en los conflictos de corte más corporativo de la SAQ en donde se vuelve a establecer esta alianza entre gobierno y sindicato.
- Por otra parte, surge a partir del discurso de los actores la importancia de fortalecer a la institución en su rol de asociación de profesionales, para tratar desde esta mirada los temas de salud, lo que podría estar relacionado a una necesidad de afianzar el sistema experto ante el debilitamiento que podría estar sufriendo el mismo, a raíz de algunas de las medidas de la reforma, como parte del reacomodamiento del poder en el campo de la salud.
- Si bien puede que aún no se visualicen en la práctica, se encuentran en el discurso y en la legislación existente de la reforma, una decisión de avanzar en el cambio de modelo de atención, buscando instaurar el pasaje de un modelo hospitalocéntrico y médico-céntrico, a una atención en donde se priorice el trabajo en equipo interdisciplinar, empoderando al usuario en cuanto al control de su propia salud, lo cual podría modificar los campos de poder.
- En ese sentido, esa medicalización de la que hablaba Barrán, puede estar sufriendo modificaciones, en tanto si bien el SMU se posiciona en acuerdo con estos principios, la práctica lo lleva a fortalecerse como institución capaz de afrontar y enfrentar algunos aspectos de dichos cambios, en defensa del espacio de la profesión y de las singularidades de su tarea, del sistema experto y de defensa de su capital simbólico y cultural.

6. Consideraciones finales

La preocupación que orientaba esta investigación tenía que ver con el intento de avanzar en el estudio acerca de la incidencia de los actores sociales en la implementación de las reformas encaradas por los gobiernos de izquierda, orientadas a recuperar el rol rector del Estado; en el caso que nos ocupa, en cuanto a las políticas de salud en Uruguay. De allí surge la pregunta-problema planteada, en cuanto a qué características, acciones y funciones del SMU actuaron como facilitadores del proceso de implementación de la reforma y cuáles actuaron como un freno para la misma.

Se puede señalar al respecto, que el SMU a través de su actuación como actor social histórico, con fuerte influencia de corrientes de izquierda, ha sido un facilitador de la reforma, otorgando insumos conceptuales para la misma, mediando en los conflictos que se produjeron en el periodo de su implementación y consensuando con su base social los principios rectores de la reforma.

En cuanto a la hipótesis planteada, se puede señalar que efectivamente primó en la etapa de elaboración de la reforma su carácter de actor social, colaborando en la generación de insumos para la misma, generando acuerdos con el cuerpo médico para laudar sus diferentes posturas en torno a la misma.

En relación a la segunda parte de la hipótesis, la cual planteaba que en la etapa de implementación primó su función de actor sindical corporativo, se puede decir que esta afirmación debería ser al menos matizada. En los principales conflictos del periodo que se han reseñado, la actuación del SMU fue de mediación ante los reclamos más estrechamente corporativos, procurando que no interfirieran con el rumbo general de la reforma, lo cual provocó conflictos a la interna del propio sindicato.

Por otra parte, y más en general, se puede decir que existieron hechos que modificaron el campo de la salud, reconfigurando el poder de los actores dentro del mismo, generando a la vez, cambios hacia la interna del propio SMU. El reordenamiento que se dio con la implementación de la reforma debido al cambio en el posicionamiento del Estado dentro

del campo, reafirmando su papel rector dentro del mismo, ha modificado las relaciones de poder entre los actores analizados. A raíz de este cambio, se produjeron diversos conflictos donde los actores (en este caso el SMU), desplegaron distintas estrategias en función de sus intereses. En este marco, se le plantea al SMU el desafío de modificar algunas de sus funciones dentro de este campo.

Despojado de su función empresarial, y enfrentado a los reclamos y actores más corporativos, se afirma su crecimiento como actor social (en tanto orientado a incidir en las políticas nacionales de salud), y a la vez le permite clarificar su rol como actor sindical (en tanto representante de los médicos asalariados). Sin embargo, ambas facetas pueden llegar a tener aspectos contradictorios, lo cual debería ser un elemento de interés para futuras investigaciones, en el marco de seguir analizando la actuación de este actor en el proceso de reforma.

Sintetizando este punto de análisis, y en vista de los cambios procesados por el SMU, se podría pensar que la reforma y los cambios que a través de ella se vienen procesando, han incidido en el SMU en mayor medida de lo que el SMU incidió en la reforma, en particular en su etapa de implementación.

En tanto, han existido diferentes espacios de luchas en donde se desplegaron distintos tipos de intereses: sociales (ante la necesidad de reacomodación de la figura del médico en la sociedad); intereses económicos (a través de la defensa de los salarios y de las cajas de auxilio); lucha por el capital simbólico (apropiación de valor de la reforma y reconocimiento por parte del Estado, de su rol como sindicato principal representante de los médicos). También han existido disputas por los capitales culturales o técnicos, como la defensa del espacio de la profesión y de las singularidades de su tarea, como parte del sistema experto.

En cuanto a este último terreno, la autoridad experta que representó la medicina científica parecería estar sufriendo un proceso de cambio, en detrimento de la acumulación de capital simbólico del poder médico, erosionada por la actuación de un Estado que recupera su rol rector y por una sociedad que, a través de los usuarios, comienza a asumir otro rol a la hora de relacionarse con el sistema experto.

A estas cuestiones el SMU también parece estar obligado a dar respuesta. lo cual le introduce nuevas tensiones que se suman a las ya señaladas, relacionadas con su papel de actor social y de actor sindical a la vez.

La batalla por los diferentes capitales dentro del campo de la salud se encuentra pues abierta, con un desenlace incierto en cuanto a la futura configuración del mismo, en el marco de la actuación de múltiples y poderosos actores. lo cual justificaría una futura ampliación de esta investigación, a los efectos de poder dar cuenta cabalmente del conjunto del campo (ambos sindicatos de trabajadores no médicos, los usuarios y su representaciones, ASSE y el sistema de partidos). Por otra parte, con respecto al propio SMU, se debería profundizar sobre las características de su heterogénea base social, y en particular sobre la opinión de la misma con respecto a las cuestiones investigadas en este trabajo.

Referencias bibliográficas:

Barran, Pedro (1994) *Medicina y sociedad en el Uruguay del novecientos*. Tomo 1. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.

Bourdieu, Pierre (1979) *Les trois états du capital culturel*. Actes de la Recherche en Sciences Sociales N°30. Citado en: Giménez, Gilberto. *La sociología de Pierre Bourdieu*. Instituto de investigaciones sociales de la UNAM. Disponible en: <http://www.paginasprodigy.com/peimber/BOURDIEU.pdf> [acceso 26/01/2014].

----- (1982) *Leçon sur la leçon*. Paris: Minuit. Citado en: Giménez, Gilberto. *La sociología de Pierre Bourdieu*. Instituto de investigaciones sociales de la UNAM. Disponible en: <http://www.paginasprodigy.com/peimber/BOURDIEU.pdf> [acceso 26/01/2014].

----- (1987) *Choses dites*. Paris: Minuit. Citado en: Giménez, Gilberto. *La sociología de Pierre Bourdieu*. Instituto de investigaciones sociales de la UNAM. Disponible en: <http://www.paginasprodigy.com/peimber/BOURDIEU.pdf> [acceso 26/01/2014].

----- (1997) *Razones prácticas: Sobre la teoría de la acción*. Barcelona: Anagrama.

----- (2000) *Los usos sociales de la ciencia*. Buenos Aires: Nueva Visión.

----- (2001) *Poder, derecho y clases sociales*. Bilbao: Descleé de Brouwer.

----- y Wacquant, Loic (2008) *Una invitación a la sociología reflexiva*. 2da. ed. Buenos Aires: Siglo XXI.

Collazo, Isabel y Palumbo, Leticia y Sosa, Ana María (2012) *Hospital Pereira Rossell. Gestación y nacimiento de un hospital para niños y mujeres (1900-1930)*. Montevideo: Zona Editorial.

Coser, Lewis (1956) *The Functions of Social Conflict*. New York: The Free Press.

Delgado, Juan Manuel y Gutiérrez, Juan (1995) *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Síntesis.

Friedson, Eliot (1978) *La profesión médica. Un estudio de sociología del conocimiento aplicado*. España: Península.

Fuentes, Guillermo (2010) "El sistema de salud uruguayo en la post dictadura: análisis de la reforma del frente amplio y las condiciones que la hicieron posible." En *Revista Uruguaya de Ciencia Política* [on line], vol.19 no.1. Disponible en: <http://www.fcs.edu.uy/archivos/guillermo%20fuentes.pdf> [acceso 13/01/2014]

García Ferrando, Manuel, comp. e Ibáñez, Jesús, comp. y Alvira, Francisco comp. (2005) *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Alianza.

Giddens, Anthony (1993) *Consecuencias de la Modernidad*. Madrid: Alianza Universidad.

Jerez, Miguel (1997) "Los grupos de presión" en Del Águila, Rafael. *Manual de Ciencia Política*. Madrid: Trotta, pp. 291-317.

Ley N° 18211 (2007) disponible en:
<http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=18211&Anchor=15/01/2014>].

Ley N°18161 (2007) disponible en:
<http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=18161&Anchor=15/01/2014>].

Ley N° 18731 (2011), disponible en:
<http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=18731&Anchor=28/01/2014>].

Martínez García, José. (1998) *Las clases sociales y el capital en Pierre Bourdieu. Un intento de aclaración*. Documento P/10 98-PB94 1382. España. Disponible en:
<http://josamaga.webs.ull.es/Papers/clase-bd-usal.pdf> [acceso 15/01/2014].

Menéndez, Eduardo (1984) *Relaciones sociales de cura y control. Notas sobre el desarrollo del modelo médico hegemónico*. Revista Paraguaya de Sociología, Año 21 No. 61. Citado en: Ortega, Elizabeth (2003) *El Servicio Social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguayo en el período neobatllista*. Tesis de Doctorado. Montevideo: Udelar.

MSP (2009) La construcción del sistema nacional integrado de salud. Disponible en:
http://www.psyco.edu.uy/sites/default/files/cursos-nas_la_construccion.pdf [acceso 11/10/2013].

----- (2010) *Transformando el futuro. Metas cumplidas y desafíos renovados en el sistema nacional integrado de salud*. Disponible en:
[http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/MSP_libro_reforma%20\(2\).pdf](http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/MSP_libro_reforma%20(2).pdf) [acceso 05/12/2013].

----- (2012) *La formación en el área de la salud del sector privado educativo*. Disponible en:
http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/LA_FOR-1.PDF [acceso 15/01/2014].

Offe, Claus (1992) *Partidos políticos y Nuevos Movimientos Sociales*. 2da.ed. Madrid: Sistema.

OPS (1978) *Conferencia internacional de atención primaria de salud Alma-Ata*. Disponible en:
http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS_Alma_Atta-Declaracion-1978.pdf [acceso 26/01/2014].

Setaro, Marcelo y Fuentes, Guillermo (2012) *Segunda etapa de la reforma de salud: navegando entre Escila y Caribdis* en: *Política en tiempos de Muñeca II. Un balance en mitad de camino*. Montevideo: Estuario, pp 260-274.

SMU (2000) Estatuto del Sindicato Médico del Uruguay. Disponible en:
<http://www.smu.org.uy/elsmu/institucion/documentos/doc/estatut.pdf> [acceso 26/01/2014].

Turnes, Antonio *Historia, orígenes y principales figuras*. Disponible en:
<http://www.smu.org.uy/elsmu/historia/relat.html> [acceso 10/12/2013].

----- (2010) *Historia de las convenciones médicas (1939-2010)*. Disponible en: <http://www.smu.org.uy/publicaciones/noticias/noticias156/art5.pdf> [acceso 26/01/2014].

Vallés, Josep (2000) *Ciencia Política: una introducción*. Barcelona: Ariel.

Valles, Miguel (1997) *Técnicas cualitativas de investigación social*. Madrid: Síntesis.

----- (2002) *Entrevistas cualitativas*. En Cuadernos Metodológicos. Nº 32. Madrid: Centro de investigaciones sociológicas.

Weber, Max (1964) *Economía y Sociedad: esbozo de sociología comprensiva*. México: Fondo de Cultura Económica.

----- (1979) *El político y el científico*. 5ª ed. Madrid: Alianza.

Sitios Web consultados:

<http://www.elobservador.com.uy/noticia/240254/unos-500-especialistas-se-desafiliaron-del-smu/>

<http://www.espectador.com/politica/145112/smu-plebiscitara-separacion>

<http://www.saq.org.uy/>

<http://sermedico.com.uy>

www.convencionmedica.org.uy

www.msp.gub.uy

www.mtss.gub.uy

www.parlamento.gub.uy

www.presidencia.gub.uy

www.smu.org.uy

Listado de siglas

AEM	Asociación de Estudiantes de Medicina
APS	Atención Primaria en Salud
ASSE	Administración de Servicios de Salud del Estado
BPS	Banco de Previsión Social
CASMU	Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay
CC	Consejos Consultivos
CIESMU	Centro de Investigación y Estudio del Sindicato Médico del Uruguay
CONAPRO	Concertación Nacional Programática
FA	Frente Amplio
FEMI	Federación Médica del Interior
FFSP	Federación de Funcionarios de Salud Pública
FONASA	Fondo Nacional de Salud
FUS	Federación Uruguaya de la Salud
INE	Instituto Nacional de Estadística
JUDESAS	Juntas Departamentales de Salud
JUNASA	Junta Nacional de Salud
MAS	Médicos Asalariados Solidarios
MAXQDA	Qualitative Data Analysis Software
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
MSP	Ministerio de Salud Pública
MTSS	Ministerio de Trabajo y Seguridad Social
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PIT-CNT	Plenario Intersindical de Trabajadores - Convención Nacional de Trabajadores
RHS	Recursos Humanos de la Salud
SAQ	Sindicato Anestésico Quirúrgico
SMU	Sindicato Médico del Uruguay
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Salud
UDELAR	Universidad de la República
UGM	Unión Gremial Médica