

Grupo 6: Relaciones laborales, negociación colectiva y acción sindical

Prestadores, prestatarios y pacientes: un análisis de las voces y silencios de los reclamos de los profesionales de la salud

Eliana Aspiazu

Grupo de Estudios del Trabajo – Facultad de Cs. Económicas y Sociales – UNMDP. Dean Funes
3250, Mar del Plata, Bs. As
eliaspiazu@yahoo.com.ar

Lucila Baldi

Subsecretaría de Programación Técnica y Estudios Laborales – MTEySS. Alem 650, CABA.
lbaldi@trabajo.gov.ar

María Estela Lanari

Grupo de Estudios del Trabajo – Facultad de Cs. Económicas y Sociales – UNMDP. Dean Funes
3250, Mar del Plata, Bs. As
melanari@mdp.edu.ar

En este trabajo nos proponemos reflexionar sobre la naturaleza y origen de los conflictos laborales donde son protagonistas los profesionales del Sistema de Salud. Es sabido que en los últimos años éste sector ha sido uno de los actores principales en las protestas y reclamos gremiales en Argentina. Las estadísticas disponibles afirman este dato, ya que en los últimos 5 años, el 19% de los conflictos laborales con paro registrados sucedieron en establecimientos de salud, principalmente en el ámbito público, aunque no son ajenos a éstos los del sector privado.

Aunque debemos aclarar que las relaciones laborales en el ámbito de la salud pública, no mantienen la lógica tripartita del sector privado (capital, trabajo y Estado como mediador), sino que el Estado cumple el doble rol de empleador y mediador de las relaciones laborales. Característica que sumada a la descentralización del sistema de salud, obstaculiza el proceso lógico de la negociación colectiva y la resolución de los conflictos.

Como primer acercamiento a esta problemática, hemos seleccionado tres provincias, Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe, con el fin de realizar un estudio comparativo sobre la información recabada en el período 2006-2010, ya que se trata de las provincias donde los profesionales de la salud han impulsado la mayor cantidad de conflictos en el período, y en las que existen asociaciones gremiales de profesionales con una larga trayectoria de lucha y una importante capacidad de movilización.

Los principales interrogantes que nos planteamos son: ¿Cómo se relaciona el actual sistema de gestión de recursos humanos en salud, en cada uno de los contextos, con la conflictividad del sector? ¿De qué modo las reformas en el sector modificaron los objetivos de la política asistencial e impactaron en los efectores de salud como organizaciones? ¿Cuáles son las demandas que se visibilizan en los conflictos estudiados? ¿Cuánto expresan esos conflictos sobre los actuales problemas organizacionales y de relaciones laborales del sector?

La principal fuente de información utilizada es la base de conflictos laborales elaborada por la SSPTyEL del MTEySS en la cual se registran conflictos laborales relevados en medios de prensa nacionales, provinciales y locales. A su vez, consultamos fuentes complementarias (EPH, Estadísticas de OIT) y bibliografía especializada de OPS, OMS. Como así también datos empíricos de primeras indagaciones en efectores de salud de los territorios seleccionados.

Introducción

La caracterización del sistema de salud es un campo de análisis compartido por diferentes disciplinas. Sabemos que la organización hospitalaria, en términos de Minzberg (1984) es de las más complejas; que la relación laboral, la dotación de recursos tanto físicos como humanos, son aspectos estandarizados por los organismos nacionales de salud (OMS/OPS), que los roles de los y las trabajadores/as del sector están claramente normalizados en función de la especificidad de sus funciones. No obstante, la complejidad del sector es fuente permanente de reflexión. En Argentina el Sistema de Salud ha transitado desde 1920 en adelante diferentes ciclos¹ que pasaron de la expansión del sistema público a la descentralización y fragmentación de los servicios hospitalarios. El conflicto de intereses ha sido una constante que condujo al enfrentamiento entre subsectores dando con ello lugar a una suerte de quasisistema desarticulado de salud. Si bien, a lo largo de estos años se intentaron reformas y acuerdos entre los actores, la pugna distributiva y la incapacidad del Estado como regulador contribuyeron a profundizar la crisis de un sistema que enfrentó el último proceso de transformaciones de los '90 en estado de desmantelamiento. A pesar de las acciones que desde el 2002 en adelante han buscado corregir la debilidades sectoriales, aun dista de lograrse un paradigma de equidad y justicia en la prestación de servicios (Paganini,2006).

Un emergente claro para palpar la realidad de su situación es la conflictividad mediante la cual se expresan necesidades y urgencias. Es desde ese punto de partida que proponemos aportar al debate permanente de la problemática sectorial.

Los interrogantes que nos formulamos son respondidos en parte en esta presentación de resultados, algunos de ellos no logran obtener respuestas a través de los indicadores de conflictividad que hemos explorado, lo cual al mismo tiempo nos advierte sobre la necesidad de abordar la cuestión desde una perspectiva que considere la subjetividad de los actores y también, en forma complementaria, indagar sobre la perspectiva de los perceptores de las prestaciones que brinda el Sistema de Salud.

¹ Ver Anexo I

El sistema de salud en Argentina: rasgos y problemas actuales. El impacto en la calidad del empleo y de la atención.

Composición y características del sistema de salud. Reformas y política asistencial. El impacto en la calidad del servicio

El sistema de salud es el conjunto de recursos organizados para dar atención a la población tanto en forma preventiva como asistencial (Lanari, 2010). Es un sistema que se encuentra fragmentado desde lo administrativo, por la descentralización provincial, y que tiene una conformación por subsistemas: la salud pública, la medicina privada y las obras sociales. Dicha conformación le otorga al área de la salud una lógica peculiar, ya que implica la coexistencia desarticulada de cada uno de estos subsistemas que difieren respecto a su población objetivo, los servicios que brindan y el origen de los recursos con que cuentan, lo que se traduce en la falta de integración entre los distintos subsectores, así como en el interior de cada uno de los mismos (Acuña y Chudnosky, 2002; Tobar, 1997).

El subsector público cuenta con financiación y provisión públicas, y está integrado principalmente por las estructuras administrativas provinciales y nacionales, que son responsables de la conducción sectorial en el ámbito de sus respectivas jurisdicciones, y por la red de hospitales públicos. En la década de 1990, se produjo un proceso de descentralización que desplazó la dependencia de los hospitales públicos nacionales hacia el nivel provincial y municipal, entre otras transformaciones.

Diversos autores (Acuña y Chudnosky, 2002; Belmartino, 2005; Lanari, 2010; Novick y Galín, 2003; Pautassi, 2006) analizaron las reformas aplicadas en el sistema de salud en Argentina en los noventa y sus consecuencias sobre el funcionamiento, la atención y los recursos humanos del sector. Se las denominó “reformas de segunda generación” y fueron impulsadas por los Bancos Multilaterales de Desarrollo, y en el campo de la salud incluyeron medidas como: la desregulación de las obras sociales (que implicó abrir la competencia entre las Obras Sociales e incluir en ella a la medicina prepaga); el desarrollo de hospitales de autogestión (que incluyó un sistema de pago automático para las prestaciones otorgadas por los agentes del Seguro de Salud a los hospitales y cuyas reglas promovieron la descentralización funcional de los mismos, y la tercerización de muchos de sus servicios); y la

liberalización de las modalidades contractuales que vinculan la demanda y la oferta de servicios.

Las transformaciones realizadas en esos años, tal como sostienen Dussault y Rigoli (2002), se concentraron en cambiar las formas de flujo de financiamiento y la estructuración de los servicios, promoviendo la descentralización de la gestión a nivel local, la separación entre entes financiadores y prestadores y la creación de nuevos organismos regulatorios, acciones que modificaron las relaciones de trabajo y las condiciones en que se desempeñaban las funciones típicas de los trabajadores de la salud.

El impacto negativo sobre la salud pública y privada, tanto en la calidad y las condiciones de atención como en el empleo, no tardaron en verse y se agudizaron durante la crisis de 2001. Rossi y Rubilar (2005) enumeran algunos de los problemas por los que atravesaban en esa época los hospitales públicos: los presupuestos que ya eran deficitarios se vieron notoriamente comprometidos por el aumento significativo de los precios de insumos, instrumental y servicios; quedó afectado el acceso al crédito, lo que limitó la capacidad de compras programadas; se suspendían pruebas de laboratorio por falta de insumos y reactivos; se paralizaban equipos de alta tecnología por el alto costo de mantenimiento; se deterioró el salario real y se atrasaban el pago de haberes; entre otros. Como señalan las autoras, esta crisis afectó tanto al subsector público como al privado: en enero de 2002, el 62% de los agentes del seguro, en el área metropolitana de Buenos Aires, no llegaba a cumplir con las normas del Programa Médico Obligatorio (PMO), incumplimiento que llegó en otras regiones al 80%.

Durante 2002 y 2003, ante el deterioro profundo del sistema de salud, se declaró la Emergencia Sanitaria y se implementaron una serie de políticas tendientes a paliar la crisis de la salud a nivel nacional, tales como el Programa Nacional de Emergencia Sanitaria, el Programa de Recuperación de la Capacidad de Respuesta del Sistema de Salud y el Plan Nacional de Salud.

Sin embargo, resulta palpable que el diagnóstico y la intención de mejorar las consecuencias de la reforma con nuevas reformas no lograron revertir la situación del sistema de salud, y ésta continúa siendo crítica. A pesar de ello, los datos demuestran que incluso con problemáticas profundas sin resolver, el sistema de salud en Argentina tiene una gran capacidad de respuesta. Existen en el país aproximadamente 17.850 instituciones de salud de las cuales 14.530 son sin internación, el 55% corresponde al sector privado. Si bien la

distribución geográfica es heterogénea, aun las regiones que poseen menor cantidad de camas por habitantes, en términos relativos, no reflejan escasez de camas hospitalarias.

En las provincias que son objeto de presente estudio, Buenos Aires, Córdoba, Santa Fe, junto con la Ciudad de Buenos Aires, se aglutinan más del 70% de las camas privadas y el 64% de las camas públicas, esta proporción está relacionada con el hecho de que estos centros funcionan como centros regionales de derivación de alta complejidad del resto del país (Colina et al, 2004)

Composición del empleo. Los Recursos humanos del sector.

El sistema de salud en su conjunto emplea alrededor de 680 mil personas, cerca del 5% del total de ocupados de todos los aglomerados urbanos del país². La situación del empleo en cada uno de los subsectores es diversa: el ámbito privado creció en los últimos años a una tasa mucho mayor que el empleo público; mientras el primero subió un 18% el nivel de empleo entre los años 2003 y 2006, el subsector público sólo subió un 1% en el mismo período; de todas formas, la salud pública concentra el 41% del empleo de la actividad (Aspiazu, 2010).

La Salud es un sector que se caracteriza principalmente por: ser una actividad de mano de obra intensiva, especialmente en el empleo de profesionales; prestar un servicio de alta repercusión social; poseer recursos humanos altamente calificados, con un peso importante de profesionales, técnicos/as y enfermeros/as (Novick y Galín, 2003).

Una característica distintiva del sector es que sus recursos humanos poseen una alta calificación, con un peso importante de profesionales médicos y de otras especialidades, técnicos/as y enfermeros/as. La estructura de calificaciones sufrió cambios profundos a partir de la década de 1990 cuando se incrementaron “las proporciones del asalariado menos calificado y más subordinado, con menor peso del cuentapropismo y grados de autonomía menores. La secuencia 1993-2000 en materia de calificación en el personal del sector indica la disminución de la proporción de profesionales y el aumento de los operativos, mientras que la proporción en la calificación técnica se mantiene” (Galín 2002, p. 94).

Otro rasgo particular del sector es la gran presencia femenina en la actividad: en todos los subsectores casi el 70% de los empleados/as son mujeres. Sin embargo, si se observa la distribución por sexo según calificaciones se presentan grandes variaciones, ya que las

² Fuente: DGEyEL, SSPTyEL, MTEySS sobre base de datos de la EPH y del SIJP año 2006.

calificaciones que presentan los hombres son mucho más altas que las de las mujeres. El sector salud históricamente tuvo una fuerte presencia femenina, principalmente en las tareas semicalificadas relacionadas con los servicios de cuidado, pero en las últimas décadas se ha incrementado la proporción de mujeres incluso entre los profesionales de la salud. Un análisis de las matrículas de las carreras profesionales de medicina y afines, realizado por Pautassi (2006) con datos del Censo 2001, muestra una tendencia de feminización en las últimas décadas. En medicina, donde se verifica el cambio más importante, las mujeres pasaron de representar el 25% de los egresados de la carrera entre el grupo de 50 años y más a ser el 56% entre los más jóvenes. La única profesión que presenta la tendencia inversa es enfermería que incrementó la cantidad de varones entre sus egresados, de 3% entre los mayores a 22% en los más jóvenes.

Condiciones de trabajo de los profesionales de la salud. Precarización y heterogeneidad contractual.

El empleo y las relaciones laborales del sector tuvieron transformaciones profundas a partir de los efectos negativos de las reformas mencionadas, las cuales marcaron en los años noventa el comienzo de un proceso de deterioro de las condiciones de trabajo (Acuña y Chudnoski, 2002; Belmartino, 2006; Lanari, 2006; Novick y Galín, 2003), el cual fue profundizándose con el progresivo aumento de la demanda de los servicios de salud, que en el caso de la salud pública no fue acompañado por un incremento del empleo y de la inversión que lo compense. Esta situación se tradujo en aumento del sobre-empleo, extensión de las jornadas de trabajo, precarización de las formas de contratación, remuneraciones variables, flexibilidad laboral y pérdida de calidad en la atención. En el caso de los profesionales de la salud estos procesos impactaron fuertemente generando una serie de cambios en esta categoría de trabajadores: aumento de la proporción de asalariados, pérdida de autonomía profesional de las ocupaciones, deterioro de su condición por la precarización de su empleo, la extensión de la jornada y el aumento del pluriempleo (Galín 2002; Novick y Galín, 2003; Lanari, 2006; Pautassi, 2006; Abramsón, 2005; Acuña y Chudnoski, 2002).

Un informe de CIPPEC (2010) analiza la heterogeneidad existente en las modalidades de contratación de recursos humanos en salud y menciona las tres formas principales: la “planta permanente” del Estado, que otorga garantía de estabilidad en los cargos, a los que se accede

por concurso; los regímenes de contratación periódicos, con protección social y garantías, tanto amparados en normas de empleo público como en la Ley de Contrato de Trabajo; y los regímenes de contratación sin relación de dependencia, sea que se efectivicen por medio de locaciones de servicios o bien como locaciones de obra. Esta gran heterogeneidad de regímenes laborales genera dificultades en la gestión y la regulación de los modos de contratación.

El mismo informe señala que en el sector público existe, además, un gran número de formas contractuales transitorias e informales, que se corrobora con especial predominio entre los médicos (Maceira y Cejas, 2010a). Según datos de la EPH para el año 2005, el sector salud alcanzaba en ese año un 24% de empleo no registrado. Ahora bien, dentro del personal no registrado del sector, la incidencia de las formas contractuales informales es más elevada en el escalafón profesional. A esta conclusión también arriban Novick y Galín (2003, p:58), quienes sostienen que “si se analiza el conjunto de ocupaciones de los profesionales de la salud se llega a la conclusión de que el peso de la asalarización en negro o encubierta es considerable ya que llega para el conjunto de los profesionales al 45%, que se eleva un poco para el caso de los médicos y disminuye para los otros profesionales”.

Otra dimensión que da cuenta de la flexibilización del empleo es el sobreempleo sectorial explicado principalmente por los profesionales. Mientras que la cuarta parte de todo el personal del sector cumple jornadas superiores a las 48 horas semanales, dato que no difiere del conjunto de la PEA, entre los profesionales el sobreempleo es considerablemente superior: más de una cuarta parte de los médicos trabaja jornadas que superan las 60 horas semanales. En muchos casos esto es explicado por el doble vínculo laboral que establecen los trabajadores/as (principalmente profesionales y técnicos), quienes además del trabajo para establecimientos públicos realizan actividades en el sector privado en forma independiente.

Galín (2002, p. 98) explica el incremento del multiempleo en el sector a partir de distintos factores, como la ampliación de la proporción de puestos de tiempo parcial y la caída de remuneraciones, que induciría a la búsqueda de fuentes adicionales de ingreso. Al respecto, Pautassi (2006) llama la atención sobre la sobreocupación y el multiempleo entre los profesionales de la salud, resaltando la contradicción que implica que en ámbitos de la salud se observe un fenómeno que claramente puede afectarla, tanto en el trabajador y la trabajadora, como en la calidad del servicio que brinda.

Las Relaciones Laborales en la Salud Pública

Los niveles de conflictividad laboral en el sector salud

En los últimos cinco años se registró en el sector de la Salud un importante nivel de conflictividad laboral, en un contexto de resurgimiento del conflicto laboral a nivel nacional y de restauración del rol del Estado como regulador de las relaciones laborales, que se inició en el año 2003 con la gradual recuperación de las instituciones laborales.

En esta sección, se caracteriza la conflictividad del período 2006-2010, entendiendo el conflicto laboral según lo expuesto por el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación que lo define como *una serie de eventos desencadenados a partir de la realización de una acción conflictiva por parte de un grupo de trabajadores o empleadores con el objeto de alcanzar sus reivindicaciones laborales.*

Siguiendo este criterio, se considera que un conflicto laboral: comienza a partir de la realización de una acción concreta de protesta por parte de alguno de los actores involucrados y finaliza cuando el conflicto se resuelve o cuando durante un período no se lleva a cabo ninguna medida de protesta.

La evolución de la cantidad de conflictos con paro en el período 2006-2010 da cuenta de que se fueron incrementando a lo largo de los años, en el total de las actividades económicas. Para el caso de la Salud, podemos mencionar que la conflictividad en el sector representó, en promedio, aproximadamente el 19% del total de conflictos con paro registrados en todas las actividades, siendo el segundo en importancia luego de la administración pública para todos los años del período.

Conflictos laborales con paro según total de actividades económicas y sector salud. 2006-2010

	2006	2007	2008	2009	2010
Conflictos con paro total de actividades	770	839	840	874	940
Conflictos con paro Salud	147	145	164	158	208
% de conflictos en Salud sobre total de conflictos con paro	19%	17%	20%	18%	22%

Fuente: MTEySS - Subsecretaría de Programación Técnica y Estudios Laborales - Dirección de Estudios de Relaciones del Trabajo.

Es reflejo de esta situación lo planteado por Palomino (2009), quien analiza la dinámica de los conflictos laborales del trienio 2006-2008 y elabora una tipología que muestra diferentes lógicas según sector de actividad. En ella sitúa a la Salud entre los sectores en los que prevalece un comportamiento sindical orientado hacia el conflicto y una elevada intensidad del conflicto, dimensiones que dan cuenta de la realización de numerosos paros que involucran a gran cantidad de participantes. Estas características son propias de los sindicatos del sector público, en los que persisten factores que bloquean la negociación y dificultan la gestión del conflicto laboral por carencia de suficientes canales tripartitos de mediación institucional.

Al analizar la conflictividad del sector Salud, es importante destacar que las relaciones laborales presentan diferencias notables si se trata del ámbito estatal o el privado. Las relaciones laborales en el ámbito estatal no mantienen la lógica tripartita del sector privado (capital, trabajo y Estado como mediador), sino que el Estado cumple el doble rol de empleador y mediador de las relaciones laborales (Palomino, 2009; Aspiazu, 2010). Estas relaciones poco institucionalizadas, y con una dificultad aún mayor a causa de la descentralización del sistema de salud, obstaculizan el proceso lógico de la negociación colectiva y de la resolución de conflictos.

De esta manera podemos afirmar que, al tomar en cuenta las tres dimensiones que caracterizan la conflictividad laboral (conflictos con paro, huelguistas y jornadas no trabajadas), el ámbito público concentra la mayor cantidad de conflictos, en los que hay más gente involucrada (huelguistas) y son más prolongados.

En el caso de la salud, los datos que a continuación se detallan exponen que los trabajadores del sector público realizan, en promedio, alrededor del 90% de los conflictos laborales de esta actividad, mientras que el sector privado explica sólo el 10%. En el caso de la cantidad de huelguistas, esta lógica es un tanto diferente para los años 2009 y 2010, debido a que se llevó a cabo un conflicto de clínicas, sanatorios, hospitales particulares, mutuales e institutos geriátricos, psiquiátricos, de diagnóstico, de servicios de emergencias y ambulancias del sector privado de la salud en todo el país, que movilizó a una gran cantidad de trabajadores, con lo que la cifra de huelguistas de la salud privada se aproxima en 2009 y supera en 2010 a la del sector público.

Conflictos, Huelguistas y Jornadas no trabajadas según ámbito de aplicación. 2006-2010

	2006		2007		2008		2009		2010	
	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado
Conflictos con paro	129	20	136	9	153	11	151	8	190	19
Huelguistas	122.757	11.081	115.233	2.043	147.229	8.175	138.999	132.025	126.394	132.814
Jornadas individuales no trabajadas	916.133	54.600	1.427.414	8.521	1.359.457	25.799	1.747.799	265.054	1.239.959	403.864
Promedio de huelguistas sobre conflictos con paro	952	554	847	227	962	743	921	16.503	665	6.990
Promedio de jornadas no trabajadas por huelguista	7,5	4,9	12,4	4,2	9,2	3,2	12,6	2,0	9,8	3,0

Fuente: MTEySS - Subsecretaría de Programación Técnica y Estudios Laborales - Dirección de Estudios de Relaciones del Trabajo.

En el caso de las jornadas no trabajadas resulta interesante analizar el promedio de jornadas por huelguista según el ámbito de pertenencia. Los datos del cuadro muestran que los conflictos de la salud pública son más extensos que los de la salud privada. Por ejemplo, para el año 2010 por cada huelguista se realizaron en promedio 9,8 jornadas de paro en el sector público y sólo 3 jornadas en el ámbito privado. Esta relación verifica la tendencia observada para la totalidad de la serie.

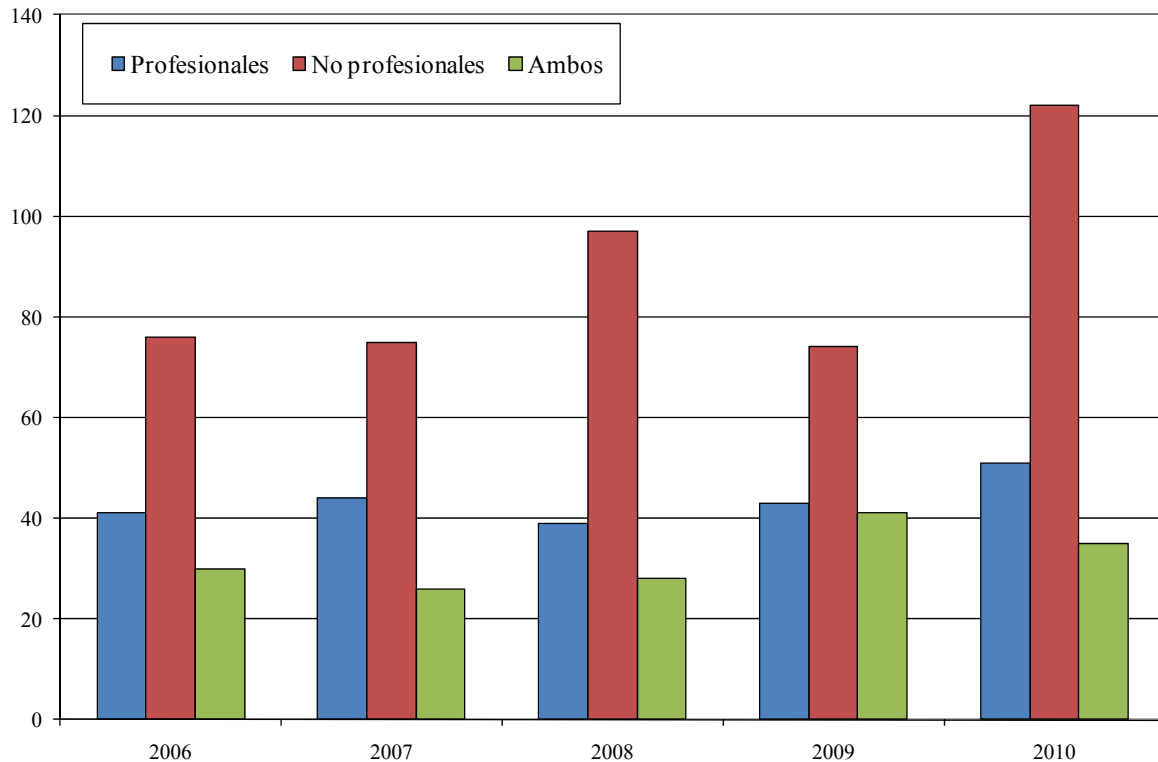
Los conflictos laborales de los profesionales de la salud

Como hicimos referencia al inicio, este estudio centra su atención en los profesionales de la salud, con énfasis en la calidad del empleo y en las relaciones laborales en las que se encuentran insertos.

Los profesionales de la salud, si bien pueden identificarse como grupo por su nivel de calificación, interactúan diariamente con los trabajadores administrativos y no profesionales, compartiendo los espacios y servicios de atención. De esta forma, es importante destacar que muchos de los conflictos laborales que protagonizan son realizados de manera conjunta, aunque éstos no llegan a superar en cantidad a los que cada uno realiza con demandas específicas según su calificación ocupacional.

En todos los casos, los trabajadores de la salud deben sortear las limitaciones reglamentadas que la huelga tiene por tratarse de un servicio esencial (definido como tal porque su interrupción podría poner en peligro la vida, la seguridad o la salud de la persona en toda o parte de la población).

Cantidad de conflictos laborales con paro según calificación ocupacional. 2006-2010



Fuente: Elaboración propia según Base de Conflictos Laborales. DERT-SSPTyEL-MTEySS

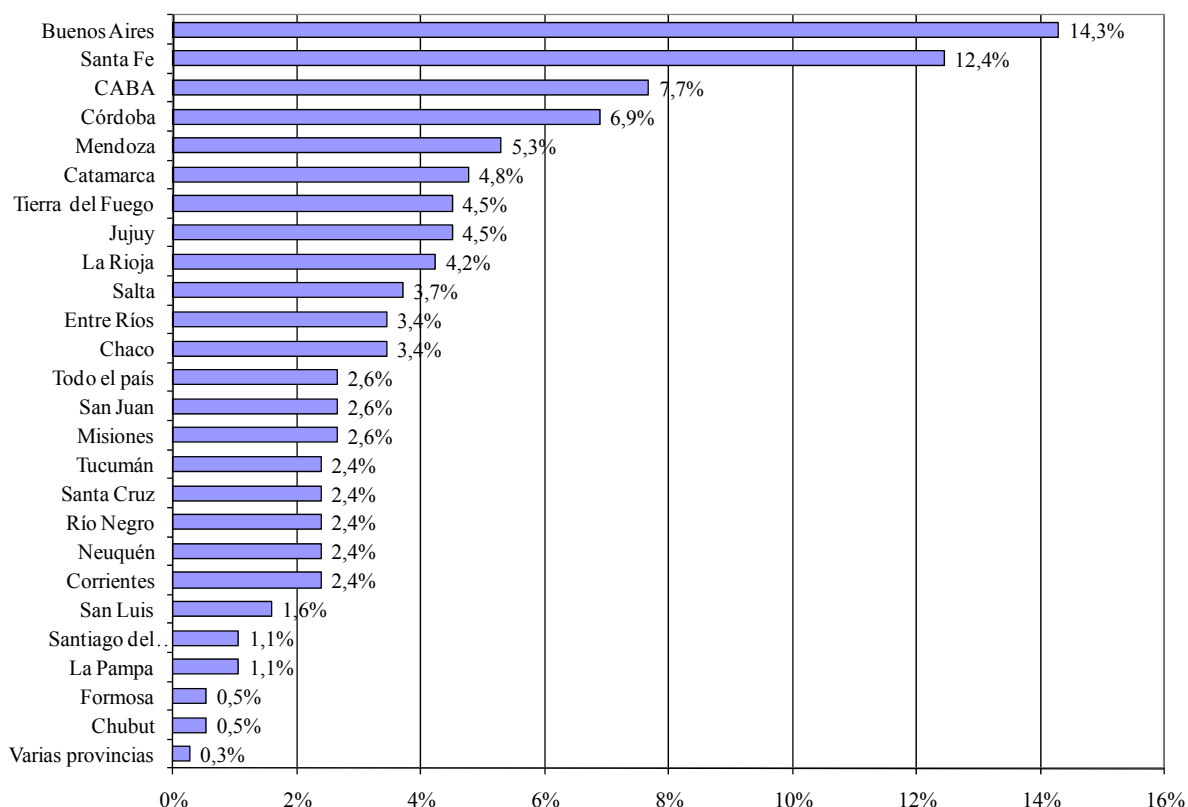
Si bien más de la mitad de los conflictos del sector salud en los últimos cinco años fueron llevados a cabo por los trabajadores no profesionales, en el gráfico se observa que el sector profesional tuvo una fuerte actividad de lucha, ya que impulsó casi un tercio de los conflictos y participó en conjunto con el sector no profesional de alrededor del 20% de los conflictos registrados. Además, puede verse que la conflictividad en los profesionales de la salud mantuvo a lo largo de la serie valores que rondan en promedio los 43 conflictos laborales con paro por año.

En el caso de analizar el ámbito de pertenencia, podemos dar cuenta que el 90% de los conflictos en los que participaron los profesionales se produjeron en establecimientos públicos, principalmente fueron conflictos localizados en las distintas provincias argentinas y unos pocos fueron acciones coordinadas en todo el país.

Como ya hemos mencionado, las provincias que son objeto de este estudio son, junto con la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, las que tienen más volumen de instituciones de salud y mayor capacidad instalada de atención. En consecuencia, son las provincias con mayor nivel de empleo en salud y en ellas se desarrollaron la mayoría de los conflictos laborales. Tal

como se desprende de los datos del siguiente gráfico, Buenos Aires, Santa Fe y Córdoba explican en conjunto un tercio de las acciones de lucha llevadas a cabo por los profesionales de la salud en todo el período.

Conflictos laborales con paro en los que participan los profesionales según localización geográfica. Promedio 2006-2010



Fuente: Elaboración propia según Base de Conflictos Laborales. DERT-SSPTyEL-MTEySS

Reivindicaciones y movilización de los profesionales de la salud en Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe

El mapa de Asociaciones de Profesionales en las provincias con mayor nivel de conflictividad

El mapa de asociaciones de profesionales de la salud en Argentina es complejo, tanto por la cantidad de organizaciones existentes como por la heterogeneidad de las mismas. Los

profesionales de la salud poseen una variedad de asociaciones jurídicas de larga data que los representan (colegios médicos, asociaciones, federaciones o uniones), las cuales los agrupan según especialidad, calificación, ámbito de pertenencia o establecimiento de trabajo.

Scavino (2004) sostiene que, mientras que en la literatura laboral de los países desarrollados tradicionalmente se entiende por “colegio” una entidad que tiene un perfil eminentemente profesional, en América Latina hay numerosos colegios y asociaciones de médicos y enfermeras que en sus definiciones y objetivos incluyen acciones gremiales en pos de la mejora de las condiciones de trabajo de sus afiliados/as.

En Argentina, se observa que gran parte de las asociaciones de profesionales fueron creadas con objetivos corporativos o de asistencia a sus socios, tales como capacitación profesional, asesorías legales y prestación de diversos servicios. Pero muchas de ellas, con el tiempo, fueron volcándose hacia actividades de tipo gremial, para la defensa de los intereses de sus afiliados, considerados ya no sólo como profesionales sino como “trabajadores”.

En este sentido, se evidencian dos ciclos de transformaciones en las asociaciones de profesionales de la salud: uno que se llevó a cabo entre 1940-1960 en donde las entidades profesionales pelearon por el reconocimiento de la representación de los médicos y la relación de dependencia como modalidad contractual; y, otro a partir de la década de 1990, en el que comienza el proceso denominado por algunos como “precarización de la fuerza de trabajo”, a partir del que los contratos temporales y la flexibilidad laboral dieron lugar a luchas ligadas a las mejoras de las condiciones laborales, contractuales y salariales (Aspiazú et al, 2007).

En los últimos años, un número significativo de nuevas entidades fueron creadas, y otras organizaciones del sector lograron la aprobación de inscripciones y personerías gremiales por parte del Ministerio de Trabajo de la Nación.

Las provincias seleccionadas para el estudio -Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe- evidencian este surgimiento y fortalecimiento de asociaciones de profesionales de la Salud en las últimas décadas. Los procesos de conflicto que se desarrollaron en estas provincias son una muestra del afianzamiento de la actividad gremial de las asociaciones de profesionales y de la gran capacidad de movilización de las mismas.

En estas provincias, se encuentran varias de las asociaciones de profesionales que protagonizaron más cantidad de conflictos laborales en los últimos cinco años, entre ellas: la Asociación Sindical de Profesionales de la Salud en la Provincia de Buenos Aires; la Asociación de Médicos de la República Argentina y el Sindicato de Profesionales

Universitarios de la Sanidad (SIPRUS) en Santa Fe; y la Unión de Trabajadores de la Salud en Córdoba.

Los reclamos de los profesionales y las problemáticas que expresan en cada contexto provincial

Las problemáticas que impulsan los conflictos laborales pueden ser de diversa índole, así como también los reclamos expresados mediante acciones de protesta colectiva por los profesionales de la salud. A los fines de este estudio se utiliza la clasificación que realiza el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social a partir de la base de Conflictos Laborales para dar cuenta de cuáles son las reivindicaciones más sustantivas en el período 2006-2010 en las provincias seleccionadas. Existen dos grandes categorías: por un lado, los reclamos salariales en los que se agrupan, por ejemplo, los incrementos salariales o pagos adeudados y, por el otro, los reclamos no salariales, que incluyen mejoras en las condiciones del medio ambiente laboral o en las modalidades de contratación, continuidad del empleo, entre otros.

A continuación veremos que, en las tres provincias seleccionadas, no resulta suficiente hacer un análisis agregado de los reclamos principales que aparecen en los conflictos, debido a la heterogeneidad de problemáticas que afectan al sector y la complejidad de las demandas, resultantes de la ya descrita precarización del empleo.

Además, para agregar complejidad al análisis, cuando se trata de conflictos de profesionales de la Salud Pública las demandas se dirigen al Estado como empleador, que como consecuencia de la descentralización del sistema de salud, puede ser el Estado nacional o Estados provinciales o municipales, según la dependencia de los establecimientos involucrados. Por lo tanto, las problemáticas pueden variar según cada ámbito o según se dirijan a aspectos puntuales de un establecimiento o a cuestiones más abarcativas.

Al respecto, es interesante destacar que gran parte de los planes de lucha de los profesionales de la salud pública abarcan una amplia gama de reclamos que, con frecuencia, exceden la situación particular del establecimiento que los emplea para incluir cuestiones relativas al funcionamiento del sistema de salud en general. Para ello, la reivindicación que aparece con más fuerza es la de “incremento del presupuesto para la salud” y la “defensa de la salud pública”. Se entiende que ese sería un reclamo de base que las autoridades deberían atender

para poder dar respuestas a las cuestiones puntuales relativas a la calidad del empleo y la atención.

Buenos Aires: Heterogeneidad de demandas y concentración de la acción

En Buenos Aires, la gran mayoría de los conflictos protagonizados por profesionales de la salud fueron impulsados por trabajadores representados por la Asociación Sindical de Profesionales de la Salud de la Provincia de Buenos Aires (CICOP). En algunos casos se trató de acciones a nivel provincial y en otros de conflictos localizados en un solo hospital, pero en todos los niveles es muy fuerte la presencia de este gremio en la definición de las acciones, ya sea coordinada por la central provincial o por seccionales locales. En algunos casos, cuando hay demandas compartidas, CICOP realiza acciones en conjunto con la Asociación de Trabajadores del Estado (ATE) que representa a trabajadores no-profesionales de la salud.

CICOP es una entidad gremial de Primer Grado, que es miembro de la Federación Sindical de Profesionales de la Salud de la República Argentina (FESPROSA) y está adherida a la Central de Trabajadores de la Argentina (CTA). La obtención de la personería gremial (N°1708) fue producto de una larga lucha por el reconocimiento, ya que la asociación tiene más de 20 años y la personería la obtuvo recién en 2007. CICOP agrupa a profesionales universitarios de la Carrera Profesional Hospitalaria y Residentes del equipo de salud de hospitales de las tres jurisdicciones (nacionales, provinciales o municipales) de la Provincia de Buenos Aires.

Una primera observación de las demandas que están presentes en los conflictos de esta asociación muestra que el reclamo principal, en más de la mitad de los casos, es de tipo salarial, mayormente ligado al pedido de incremento de las remuneraciones y, en menor medida, al pago de salarios adeudados. Las mejoras en las condiciones medioambientales y contractuales también aparecen con alta frecuencia enunciados como la principal reivindicación perseguida.

Pero la mención al reclamo principal, si bien es una aproximación a las causas de los conflictos, por sí sola no es suficiente para dar cuenta de los múltiples motivos que provocan las acciones de lucha. Especialmente, en una provincia con un sistema de salud muy complejo, en la que hay aproximadamente 10 mil profesionales que trabajan en los 77 hospitales provinciales, tres hospitales nacionales, 215 hospitales municipales y numerosas

salas de atención primaria. Para aproximarnos a esa complejidad, es necesario indagar en la totalidad de demandas que emergen durante los conflictos.

Las reivindicaciones más frecuentes en materia salarial son: pedidos de incremento de las remuneraciones que oscilan entre 15% y 30%; pagos de haberes adeudados, ya sea por atraso en el pago de sueldos o por descuentos realizados que los trabajadores consideran que deben ser devueltos (mal liquidados o descuentos por huelgas realizadas); pagos de adicionales por guardia, zona desfavorable o por tareas insalubres; además de la reglamentación de los adicionales por carrera profesional (estipulados en la Ley 10.471 que establece el régimen de carrera hospitalaria en la provincia de Bs As) que en muchos casos al no estar reglamentados para todas las profesiones no se efectivizan, por ejemplo, en enfermería profesional; y aumentos salariales dirigidos a algunas categorías de profesionales postergadas, como los residentes, los profesionales de guardia y los becarios.

Los profesionales de la salud bonaerense representados por CICOP suelen movilizarse todos los años para solicitar aumentos salariales, principalmente entre los meses de marzo y abril, adelantándose a la negociación paritaria, cuando se prevé la falta de acuerdo entre las partes. Son reclamos cíclicos, ya que año a año se busca una actualización salarial relacionada con los niveles de inflación. Además, en muchas oportunidades existen demandas de reactivación de la paritaria sectorial, y en algunos casos de cumplimiento de lo acordado en paritarias, cuando esto no ha sido efectivizado.

Las demandas que no se relacionan con los salarios incluyen una heterogeneidad de reclamos vinculados con las condiciones y medio ambiente de trabajo, las más frecuentes son las relativas a la regularización de contratos y a la falta de profesionales para cubrir servicios.

El reclamo por regularización de contratos se relaciona con la heterogeneidad contractual que existe en los establecimientos estatales, ya que al personal de planta permanente, se suman contratos de personal transitorio, personal de guardia, reemplazantes de guardia, residentes, concurrentes, becarios, entre otros. Los pedidos se dirigen principalmente a lograr que todos los cargos sean incluidos en la planta permanente, la que garantiza estabilidad, pagos por antigüedad, más días de vacaciones, licencias reguladas, entre otras ventajas. En las reivindicaciones aparece con frecuencia la situación de los profesionales que ingresan como becarios, que son numerosos y su situación contractual es de total desprotección.

La falta de profesionales para cubrir servicios también se relaciona con las condiciones laborales, ya que genera una fuerte sobre carga de tareas en los equipos sanitarios, en

detrimento de la calidad del trabajo y del servicio de atención. Esta problemática aparece con fuerza en los reclamos de los profesionales bonaerenses, ya que en muchos de los conflictos hay pedidos de incorporación de personal y de profesionales para cubrir vacantes en servicios.

Santa Fe: Homogeneidad de demandas y heterogeneidad en los actores

La provincia de Santa Fe cuenta con un sistema de salud público que esta compuesto por dos tipos de instituciones: por un lado, los hospitales públicos provinciales y, por el otro, los Servicios de Atención Médica a la Comunidad (SAMCO)³. En conjunto, el sector público y el privado emplean alrededor de 9.500 médicos en toda la provincia, según datos de Abramzón (op. Cit.). Estos profesionales se encuentran representados gremialmente por diversas asociaciones, de las que mencionaremos a las que impulsaron reivindicaciones mediante acciones de protesta en los últimos cinco años.

Una de las entidades que representa a los profesionales de la salud en Santa Fe es la Asociación de Médicos de la República Argentina (AMRA), organización originaria del partido de Avellaneda, provincia de Buenos Aires, que data de 1955. Su simple inscripción fue realizada en 1969 dándole el reconocimiento legal y fortaleciendo su perfil institucional y en 1995 obtiene la personería gremial, pero no es sino hasta 1998 que extiende su área de actuación a otras provincias forjando una importante actividad gremial en el interior del país. En Santa Fe cuenta actualmente con unos 3.000 afiliados en los distintos hospitales de la provincia.

En los conflictos impulsados por esta asociación, cobran relevancia las reivindicaciones relativas a pedidos de aumento salarial y de cancelación de pagos adeudados, ante las que recurren a medidas de protesta como movilizaciones, paros y protestas para conseguirlas. Otra de las demandas más significativas es la de que se corresponde con la regularización de la relación contractual, siendo de igual importancia aquella que se relaciona con la mejora en las condiciones y medio ambiente en el trabajo.

El Sindicato de Profesionales Universitarios de la Sanidad (SIPRUS) es una asociación de reciente conformación, que agrupa a profesionales que trabajan en relación de dependencia con los hospitales dependientes del Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe, a los comprendidos en la Ley Provincial N° 9282 y a aquellos que se encuentran matriculados en

³ Son entidades locales creadas por la Ley 6312, actualmente hay un proyecto de Ley para derogarla.

algún Colegio Profesional desempeñando actividades para las que se requiera título profesional universitario. SIPRUS adquirió su inscripción gremial como sindicato de primer grado bajo el N° 2633 en julio del año 2008 y se encuentra afiliado a la FESPROSA. Los trabajadores profesionales adheridos a este joven sindicato suelen utilizar la huelga como método para expresar su disconformidad y han reclamado fundamentalmente la recomposición de los salarios y la convocatoria a paritarias para el sector. De la misma forma, defienden los derechos de los médicos en formación, y entre el conjunto de sus demandas no salariales se encuentran “la ley de pase para los profesionales con cargo no profesional”, “la urgente incorporación de los trabajadores sociales como profesionales”, “el pago del adicional de guardias activas y jefaturas de servicio”.

Otras formas de representación de los profesionales en la provincia son aquellas organizaciones conformadas por “autoconvocados”, en donde ninguna asociación está al frente de los reclamos y derechos de los trabajadores sino que son los mismos trabajadores que se autoconvocan y se manifiestan en conflicto. Un rasgo distintivo de este actor en la provincia es el desarrollo de conflictos de larga duración, es decir, que muchas de sus luchas se prolongaron durante varios meses. Las principales demandas que sostienen están relacionadas con el pedido de aumento salarial “acorde a la canasta familiar” o “que se ajuste a la inflación”, el “blanqueo de todas las cifras en negro con el consecuente incremento del básico” y el pase a planta permanente de todos los contratados. Asimismo, la falta de elementos indispensables para el trabajo, así como las condiciones edilicias, son otras de las demandas en las que hacen hincapié, argumentando que esas carencias ponen en riesgo su vida y la de los pacientes.

En suma, la heterogeneidad de los actores que caracterizan la provincia (además de los ya mencionados, se encuentran presentes la Asociación de Trabajadores del Estado y la Federación Médica de la Provincia de Santa Fe, entre otros) coinciden en hacer foco en las demandas de índole salarial como son el pedido de aumento y la regularización de los salarios.

Córdoba: Heterogeneidad en las demandas y dispersión de actores

Las políticas de descentralización fueron claves para la conformación del sistema de salud en la provincia de Córdoba. Actualmente es una de las provincias con mayor cantidad de

médicos (13.500 aproximadamente) del país (Abramzón, op.cit.). Asimismo, sólo en la ciudad de Córdoba el sistema de salud está conformado por: el Hospital de Urgencias, el Hospital Infantil, 60 Centros de Salud, 36 Unidades Primarias de Atención de la Salud (UPAS).⁴

Al igual que en la provincia de Santa Fe, la representación de los profesionales de la salud se encuentra dispersa en varias asociaciones. Entre los sindicatos de primer grado se encuentra la Unión de Trabajadores de la Salud, quien representa a trabajadores que cumplen funciones en el Ministerio de Salud de la provincia de Córdoba y a profesionales, técnicos y auxiliares que realizan tareas en todos los servicios sanitarios y asistenciales de la salud pública. Es una entidad constituida en el año 2007, con inscripción gremial N° 2567 otorgada por el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación, que también se encuentra adherida a la FESPROSA. En los conflictos de esta Unión aparece como principal demanda no sólo aumentos salariales sino también la preocupación por la regularización de los contratos de los profesionales, así como numerosos reclamos por compañeros cesanteados. Asimismo, los profesionales cordobeses también son representados por el Sindicato de Empleados Públicos de la provincia de Córdoba (SEP), junto con los trabajadores de la salud pública, entidad adherida a la Federación Argentina de Trabajadores Estatales Provinciales (FATEP) y alineada al proyecto de la Confederación General del Trabajo. Este sindicato actúa, en muchas ocasiones, junto al resto de los gremios estatales de la provincia, reclamando por mejoras salariales y pagos adeudados, pero también solicita entre los reclamos no salariales la modificación de la edad jubilatoria, la restitución del 82 por ciento móvil a los jubilados y la regularización de la obra social de la provincia Administración Provincial de Seguro de Salud (Apross), demandas que exceden la situación particular del empleo en la salud.

Al mismo tiempo, podemos dar cuenta que en ésta provincia también surgen grupos de profesionales autoconvocados para la defensa de sus derechos en distintos hospitales, generalmente relacionados a los servicios de emergencia y urgencia (como son el 107 o el 136). Estos grupos manifiestan su disconformidad a través de reclamos del tipo no salarial, concentrados mayormente en la falta de mantenimiento de la flota de las ambulancias y la extensión horaria de sus trabajos y resaltan con frecuencia la falta de unidades para circulación, resultándoles muy dificultoso atender la demanda de emergencias en Córdoba. De

⁴ <http://www.cordoba.gov.ar/cordobaciudad/principal2/default.asp?ir=5> (consultado, junio2011)

la misma forma, en sus demandas se revelan las malas condiciones edilicias, la falta de elementos para trabajar y el bajo nivel de ingresos de los empleados de la salud.

Conclusión

En suma, la taxonomía de los conflictos, que tal como reseñamos son por su importancia e impacto de orden prioritario al momento de atender al bienestar general, se diferencian en los casos analizados por su heterogeneidad de demandas y concentración de la acción, como en el caso de Buenos Aires; o bien porque existe consenso en los reclamos entre gremios o asociaciones pero los actores son diversos y dispersos, como en los casos de Santa Fe y Córdoba.

La observación hecha de la dinámica de la conflictividad del sector permite entender que existe actualmente una diversidad enorme de demandas por parte de los profesionales de la salud, que responden a los complejos procesos ocurridos en el empleo del sector y en el sistema de salud en su conjunto (como vimos en las primeras secciones de la ponencia). Asimismo, el volumen y heterogeneidad de las acciones conflictivas llevadas a cabo por estos trabajadores muestra el desarrollo de la actividad gremial en el sector y la construcción de un actor colectivo con capacidad de movilización para perseguir reivindicaciones laborales.

No obstante, los conflictos en si mismos poco nos dicen de un menú de cuestiones que hacen al funcionamiento del sistema, como la formación misma de los profesionales y trabajadores, el reconocimiento, las relaciones con las jerarquías, el desempeño conjunto de las diversas disciplinas que conforman los equipos de salud, las situaciones dilemáticas que se enfrentan diariamente en la relación “proveedor-paciente”, problemas de seguridad, disponibilidad de equipamiento; actualización tecnológica, entre otras. Dimensiones todas ellas que quedan ocultas en la contabilidad de los eventos y sus tipologías, pero que constituyen un abanico de temas que hacen a lecturas más subjetivas de los fenómenos sociales analizados y que finalmente, también dan sentido a lo laboral concreto. Avanzar entonces en un abordaje que incluya a la totalidad de actores: prestadores, prestatarios y pacientes; ahondando en la percepción de lo particular y relacional, daría completitud, a la lectura de una realidad tan compleja como la hasta aquí descripta.

Bibliografía

- Abramzón; M. (2005): “Argentina: recursos humanos en salud 2004”. OPS/OMS, Bs. As.
- Acuña, C. y Chudnovsky, M. (2002) “El sistema de salud en Argentina”, Documento 60, Universidad de San Andrés-CEDI. Bs. As., Marzo.
- Aspiazú, E. (2010): “Los conflictos laborales en la salud pública en Argentina”. En: Trabajo, ocupación y empleo. Una mirada a sectores económicos desde las relaciones laborales y la innovación. Serie Estudios N° 9, Buenos Aires, MTEySS.
- Aspiazú, E.; Baldi, L.; Medwid, B. (2007) : “Conflictos laborales en el sector salud en Argentina en el año 2006. Una aproximación a los conflictos de los profesionales de la salud”. 8° Congreso Nacional de Estudios del Trabajo, ASET, Buenos Aires, Agosto.
- Belmartino (2005) “Una Década de Reforma de la Atención Médica en Argentina”. Salud Colectiva, La Plata, 1(2): 155-171, Mayo – Agosto.
- Dussault y Rígoli (2002) “Dimensiones laborales de las reformas laborales en salud. Sus relaciones con eficiencia, equidad y calidad. En: Rev. Latinoamericana de Estudios del Trabajo, Año 8, N° 15, Bs As. pp-15-46.
- Galín, P. (2002): “Dependencia y precarización laboral: los profesionales de la salud en la Argentina”. En Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo Año 8, Nro.15, Bs. As.
- García, V. (2009) “Asociación Sindical de Profesionales de la Salud. Una aproximación a su memoria histórica”, Tesis Maestría Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud, UNLA, Bs. As.
- Lanari, M. E. (2010) Realidad Y Percepción Del Déficit De Trabajo Decente. El Caso De Los Médicos Que Desempeñan Sus Tareas En Hospitales De Mar Del Plata. En Concurso Bicentenario Bialet Massé: El estado de la Clase Trabajadora en la Provincia de Buenos Aires, La Plata, Ministerio de Trabajo de la Provincia de Buenos Aires.
- Maceira y Cejas (2010a) “Recursos humanos en salud. Una agenda para el gobierno nacional" Documento de Políticas Públicas, Recomendación No.82, Programa de Salud, Área de Desarrollo Social, Buenos Aires: CIPPEC
- Maceira y Cejas (2010b) “Recursos humanos en salud: la Argentina en perspectiva comparada" Documento de Trabajo No.46, Programa de Salud, Área de Desarrollo Social, Buenos Aires: CIPPEC
- Novick, M.; Galín, P. (2003): “Flexibilidad del mercado de trabajo y precarización del empleo. El caso del sector salud”. Observatorio de RRHH en Salud en Argentina. Información estratégica para la toma de decisiones. OPS/OMS Argentina.
- Palomino, H. (2009) “Los conflictos laborales en el trienio 2006-2008”, MTEySS, Buenos Aires, en <http://www.trabajo.gob.ar/left/estadisticas/conlab/informesa.asp>.
- Minzberg (1984) “La Estructura De Las Organizaciones”. Ed. Ariel, Barcelona, España
- Paganini, J. M. (2006) “Hacia La Definición De Un Nuevo Paradigma Para La Equidad En Salud”. Una Propuesta Para El Análisis De Las Bases Filosóficas De La Salud Colectiva. UNLP
- Pautassi, L. (2001): “Equidad de género y calidad en el empleo: Las trabajadoras y los trabajadores en salud en Argentina”. Serie Mujer y Desarrollo, CEPAL, Santiago de Chile, Marzo de 2001.
- Pautassi, L. (2006): “El empleo en salud en la Argentina. La sinergia entre calidad del empleo y calidad de la atención”. En Rico y Marco (coordinadoras): Mujer y Empleo. La Reforma De La Salud y La Salud De La Reforma En Argentina. CEPAL/GTZ/Siglo XXI, Buenos Aires.
- Rossi y Rubilar (2005) “Breve reseña histórica de la evolución de los sistemas de salud. El caso argentino, Una historia de fragmentación e Inequidad”. En: www.amamed.org.ar/com-economia/economia-articulos.asp
- SCAVINO, J. (2004): “Panorama de organizaciones de profesionales y trabajadores de la salud en las Américas: documento técnico de diagnóstico y análisis del panorama de las organizaciones profesionales y sindicales en la Región de las Américas”. Washington, D.C: OPS, Serie Desarrollo de Recursos Humanos, n° 35.

Anexo I

Etapas del Sistema de Salud en Argentina: 1920 a 1990

Ciclos	Desde el modelo agro-exportador hasta la reforma de los noventa
I 1920/1940	Baja participación del Estado en la prestación de salud. En el Estado liberal la salud es responsabilidad de cada ciudadano. La asistencia médica como función pública es sólo para los sectores pobres. Existencia de Sociedades de beneficencia - Servicios de Mutuales – La medicina privada atendía a los sectores de mayores recursos. – Surgimiento de clínicas y sanatorios: cooperativas médicas. Comienzo de la asalarización de la profesión.
II 1941/1944	Mayor injerencia del Estado, la salud comienza a considerarse como cosa pública. 1941: Creación en Santa Fe del Ministerio de Salud Pública y Trabajo 1943: Creación de la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social bajo dependencia del Ministerio del Interior 1944: Creación del Instituto Nacional de Previsión Social dependiente de la Secretaría de Trabajo y Previsión, con funciones en la medicina social
III 1945/1955	Se inicia la organización del Sistema de Salud con participación de tres actores: Estado –Sindicatos- Prestadores Privados. Los establecimientos médicos cumplen un bien social 1946: Creación de la Secretaría de Salud Pública que en 1949 se transforma en Ministerio. Expansión del sistema público: atención primaria, ambulatoria e internación. Incentivos a la investigación. Se propone el Fondo Nacional de Salud Pública, antecedente del seguro de salud. Fragmentación de los servicios por crecimiento desordenado de a seguridad social 1947: Creación de Obras Sociales en los gremios que orientaron su demanda de atención hacia el sector privado Durante este período se sanciona la Ley N° 13.012 de organización de la sanidad pública y la Ley N° 13.019 de construcciones, habilitación y funcionamiento de los servicios de Salud Pública.
IV 1956/1957	Primera etapa de descentralización mediante la transferencia de los servicios de la Nación a las provincias. Reducción del gasto fiscal en salud. Como estrategia se busca la integración del hospital a la comunidad a la que presta servicios. Fragmentación de los servicios hospitalarios. Conflictos con el sector privado. 1957: Creación del IOMA - Obra Médico Asistencial de la Administración General de la Pcia. de Buenos Aires, mediante la cual el afiliado accede a prestaciones privadas.

<p>V 1958/1966</p>	<p>Período de puja entre facciones políticas y los sectores.</p> <p>1958: Proyecto de Ley para la derogación de los decretos de descentralización</p> <p>1959: Se crean los Servicios de Medicina Social y Preventiva en todos los establecimientos médico-asistenciales y la Escuela de Salud Pública dependiente del Ministerio.</p> <p>1959 – 1962: Regionalización Sanitaria y la Reforma Hospitalaria la Pcia. De Buenos Aires: distribución, cobertura, calidad y autofinanciación, la experiencia dura dos años. Conflictos en el sector médico privado-estatal</p> <p>1963: Se instala desde el gobierno el concepto de salud como parte integrante del desarrollo nacional. Diseño de políticas de prevención y mejoramiento de la calidad a los sectores carenciados.</p> <p>1964: Ley es “Oñativia”: 16.462/16.463, “los medicamentos como bien público”, se proponía su reclasificación, congelamiento y determinación de precios</p> <p>1965: Proyecto de Ley N° de Reforma del régimen técnico-administrativo de los organismos asistenciales y sanitarios del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública. Creación del Servicio de Atención Médica para la Comunidad. Catastro Nacional de Recursos y Servicios en Salud. Diseño del Plan Nacional de Estadísticas Sanitarias.</p> <p>Por resolución Ministerial se crea la Comisión Consultiva de Medicamentos integrada por profesionales de reconocido prestigio académico. Para la evaluación técnica se creó un Laboratorio de Control de Drogas y Medicamentos.</p>
------------------------	---

<p>VI 1966/1972</p>	<p>Ciclo de liberalización, regulación de las obras sociales sindicales, incremento de las prepagas sociales y comerciales; puja entre sectores.</p> <p>1966: Ley N° 17.102 creación de los Servicios de Atención Médica Integral para la Comunidad, obligatoriedad de contratación con el Estado de las prestaciones requeridas por las obras sociales.</p> <p>1967: Ley N° 17.189 dispone que los precios de los medicamentos sean fijados por fabricantes e importadores, siendo la autoridad de aplicación la Secretaría de Estado de Industria y Comercio. Ley N° 17.230 se crea la Comisión Nacional de Obras Sociales la cual determinaría el rol de las obras sociales y para estatales.</p> <p>1968: Ley N° 17.663 destinada a contener el alza de los precios de medicamentos.</p> <p>1969: se establecen nomencladores y se fijan los respectivos aranceles.</p> <p>1970: Ley N° N° 18.610 de Obras Sociales su espíritu es universalizar el acceso a los servicios médicos para el trabajador y su grupo familiar primario extendiendo la cobertura mediante la obligatoriedad legal de afiliación por rama y contribución. Como autoridad de aplicación se crea el INOS - Instituto Nacional de Obras Sociales-, organismo descentralizado dependiente del Ministerio de Bienestar Social.</p> <p>Ley N° 18.912 por la cual se obliga a las obras sociales a disponer del 70% de sus aportes para prestaciones médico-asistenciales.</p> <p>Ley N° 19.032 se crea el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP) con su Programa de Asistencia Médica Integral (PAMI) con el objeto de brindar servicios médico asistenciales a los jubilados y pensionados del régimen nacional de previsión y su grupo primario.</p> <p>1971: el INOS pasa a la jurisdicción del Ministerio de Trabajo</p> <p>Ley N° 19.337 de descentralización hospitalaria aplicable a los hospitales dependientes del Ministerio (92 en total). Reacción de la corporación médica que propone un seguro de salud. En respuesta la CGT pide la revisión del la Ley N° 18.912 y que se revise el nomenclador nacional.</p> <p>1972: Ley N° 19.710 por la cual se crea un sistema plural de remuneración profesional: relación de dependencia con monto fijo, capitación, cartera fija, pago por prestación y formas mixtas. El arbitraje se encomendaría INOS, se establece también un registro nacional de prestadores. La reconocen a la CGT y a la Cámara de Instituciones Médico Asistenciales de la República Argentina (CIMARA) como las únicas entidades con derecho a participar en paritarias.</p>
-------------------------	---

<p>VII 1973/1976</p>	<p>Etapa de reformas caracterizada por el aumento de servicios e incorporación de tecnología. Auge de la especialización. La salud es considerada nuevamente un bien social de interés nacional que está por encima de intereses sectoriales</p> <p>1973: Ley N° 20.746, se crea el Sistema Nacional Integrado de Salud –SNIS– por el cual el Estado se convierte en cogestor de la salud y garante de la calidad de los servicios a los sectores de menores recursos. Se prevé la aplicación inicial en zonas prioritarias y la integración voluntaria, de las Obras Sociales, los hospitales de la comunidad y el sector privado.</p> <p>1974: Ley N° 20.748 modifica la anterior y el SNIS pierde su carácter autárquico</p> <p>Ley N° 20.749, establece la Carrera Sanitaria nacional</p> <p>Existen tensiones entre expertos en salud asesores del gobierno y el Ministerio de Bienestar Social, asimismo los sindicatos se oponen a las nuevas modalidades de administración de salud y por ello el SNIS se aplica parcialmente</p>
<p>VIII 1977/1983</p>	<p>Este período es el de mayor desfinanciamiento del sector, se promueve el arancelamiento de los servicios y nuevamente se impulsa la descentralización, se transfieren el 80% de los hospitales públicos a los gobiernos provinciales y posteriormente se propuso un modelo autogestionado que no llegó a consolidarse. Es relevante el desmantelamiento del sistema de salud pública y de recursos humanos.</p> <p>1976: Decreto el decreto 3.046/76 se limita el poder sindical a través de la potestad que se otorgaba al Instituto Nacional de Previsión Social (INPS) de intervenir sobre las modalidades de contratación y prestación de los servicios de atención médica para los beneficiarios de obras sociales.</p> <p>1978: Se proyecta reformar la Ley N° 18.610,</p> <p>1980: Ley N° 22.269 crea el Entes de obra social sin participación sindical bajo supervisión del INOS - Instituto Nacional de Obras Sociales- (INOS) el que tendría a su cargo la conducción del sistema. La puja entre los actores, sindicatos-prestadores de salud y gobierno, dividido en sus opiniones, impiden que la ley se aplique.</p>
<p>IX 1983/1990</p>	<p>El diagnóstico acerca de la situación al recuperarse la democracia es de un alto nivel de ineficiencia, brecha tecnológica y desmantelamiento. Se propone implementar la unificación de los Ministerios de Salud y Acción Social, e incorpora INOS a la Secretaría de Salud., es decir dar una respuesta integrada. Propone nuevamente un la creación de un Seguro Nacional de Salud.</p> <p>Período de fuerte enfrentamiento entre el gobierno y los sindicatos que buscan recuperar el manejo de las Obras Sociales.</p> <p>1988/89: sanción de las Leyes N° 23.660 de Obras Sociales, y N° 23.661 de Seguro Nacional de Salud. Ambas son producto de un acuerdo entre el gobierno y la CGT. Pero tardíamente reglamentadas.</p>

Fuente: Elaboración propia