



ESTUDIO DE CASO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

LA REGULACIÓN DEL EMPLEO EN EL SECTOR PÚBLICO DE SALUD LA CARRERA SANITARIA EN LA ARGENTINA

CAT. OPP/CAG/2008-15

NOVIEMBRE DE 2008

LA REGULACIÓN DEL EMPLEO EN EL
SECTOR PÚBLICO DE SALUD
LA CARRERA SANITARIA EN LA ARGENTINA

Equipo

AG Beatriz CASTRO (Coordinadora)

AG Isabel DURE

AG Ana CASAL

AG Irene SACCONI

AG Claudia MOLINA

AG Marisa BALLESTEROS

AG Rita TANUZ

AG Dora VILASECO

Este documento fue producido por integrantes del Área Temática “Políticas de Salud” del Observatorio de Políticas Públicas del Cuerpo de Administradores Gubernamentales de la Secretaría de Gabinete y Gestión Pública de la Jefatura de Gabinete de Ministros, en el mes de noviembre del año 2008.

El Observatorio de Políticas Públicas del Cuerpo de Administradores Gubernamentales inició sus actividades en el año 2002 en jurisdicción de la Coordinación General del C.A.G., sus documentos son publicados en el sitio oficial de la Secretaría de Gabinete y Gestión Pública de la Jefatura de Gabinete de Ministros.

Sitio Oficial: <http://www.sgp.gov.ar/contenidos/ag/paginas/opp/opp.html>

*AG Lic. V. Daniel Piemonte
Coordinador General del
Cuerpo de Administradores Gubernamentales*

*AG Ing. Guillermo J. Alabés
Coordinador Ejecutivo del
Observatorio de Políticas Públicas*

INDICE

Introducción

1. Regulación y salud
 - 1.1. La salud como servicio público
 - 1.2. Las agencias regulatorias
 - 1.3. Regular en salud dentro del paradigma neoliberal
 - 1.4. Justicia social y regulación
2. La situación de las carreras sanitarias en la Argentina
 - 2.1. Marco legal constitucional
 - 2.2. Marco político sanitario
3. Análisis de los regímenes de carrera sanitaria en la Argentina
 - 3.1. Consideraciones metodológicas
 - 3.2. Casos relevados en el período 2008
 - 3.3. Regímenes de carrera en las distintas jurisdicciones provinciales
 - 3.4. Resultados del relevamiento
4. Algunas reflexiones sobre el relevamiento
 - Regulación nacional
 - GCBA
 - Chubut
 - Entre Ríos
 - La Pampa
 - Salta
 - San Juan
 - Tucumán

Anexo I

RESUMEN

Una Carrera Sanitaria es un instrumento normativo que regula la relación de empleo entre el Estado y los trabajadores de salud del sistema público.

Dado que en el sector salud el recurso humano constituye la base estratégica del sistema, una carrera sanitaria adquiere doble relevancia: es una herramienta de política de empleo y de desarrollo de su recurso más valioso y a la vez, y por esta misma razón, es un instrumento poderoso de política sanitaria.

Su alcance en cuanto a contenidos y a su ámbito de aplicación puede ser variable. En algunos casos, no logra superar la visión de una tradicional administración de personal, poniendo el énfasis en los componentes de ingreso al sistema, normas de presentismo y puntualidad, disciplinarios y reconocimiento de antigüedad.

En otros, contempla la perspectiva del desarrollo de los trabajadores y tiene la posibilidad de incentivar determinadas políticas de salud. La complejidad de las organizaciones de salud va poniendo progresivamente en evidencia la necesidad de contar con una variedad de trabajadores con competencias cada vez más diversas y en constante actualización, que puedan asimilar los continuos cambios científicos y tecnológicos. Al mismo tiempo, la diversificación de los procesos de trabajo en salud se ha extendido más allá de los muros hospitalarios y de los horarios habituales, y requiere de políticas que reconozcan e incentiven la disponibilidad de los agentes en aquellos puestos prioritarios para dar respuesta a las nuevas demandas motivadas por los variables epidemiológicas, demográficas y socioeconómicas.

Se presentan aquí los avances de la segunda etapa de trabajo del estudio sobre la carrera sanitaria en la Argentina comenzado en el año 2007. A estos efectos se expone la construcción de un abordaje conceptual específico de la regulación en salud, en cuyo campo se inscribe la regulación de sus recursos humanos. Y en segunda instancia se presentan los resultados del relevamiento de los regímenes de carrera sanitaria vigentes a nivel nacional y en las siguientes jurisdicciones: Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Entre Ríos, Salta y San Juan, Chubut, La Pampa y Tucumán.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo es continuación de la investigación comenzada en el año 2007. Por esta razón, se retomarán las primeras consideraciones realizadas en el documento anterior, modificándolas y completándolas a la luz de los antecedentes analizados en este período.

Por otra parte, se incorporan los esquemas de las nuevas carreras evaluadas, quedando pendiente para el año 2009 la revisión de cómo se contempla normativamente el desarrollo de los trabajadores de la salud en las provincias que los incorporan en los regímenes generales.

1. Regulación y Salud

1.1. Salud como servicio público

Abordar el concepto de servicio público es una tarea compleja en virtud de la multiplicidad de dimensiones que el término encarna y de que se trata de una categoría de análisis eminentemente socio-histórica, lo que significa que la concepción acerca de qué debe ser concebido como servicio público ha ido cambiando en diferentes épocas y contextos.

Desde una perspectiva socio-política el servicio público puede ser concebido como:

- Aquello que se contrapone a asuntos privados.
- Aquello que constituyen asuntos colectivos de los ciudadanos.
- Aquello que, por competir a todos los ciudadanos, los libera de ocuparse personal e individualmente de dichas cuestiones.

Desde la perspectiva jurídica el concepto de servicio público aparece esbozado por primera vez, en la doctrina francesa a fines del siglo XIX, en la discusión acerca de los órganos competentes para dirimir cierto tipo de conflicto entre los particulares y el Estado. El sentido expresado en esta doctrina remite a la cuestión de los fines de la actividad: la finalidad del servicio público es la satisfacción de una necesidad de *interés general* (López y Felder, 1997).

Este nuevo concepto de interés general plantea no pocos problemas, pero existe consenso jurídico en torno a que se trata de “aquel interés público que trasciende los intereses privados, antes que un interés común inmanente a los intereses particulares”. En base a este postulado la jurisprudencia francesa fue abocándose más a delinear una serie de criterios de carácter empírico a fin de precisar los medios a partir de los cuales se procura resguardar dicho interés general:

- Considerando la persona que presta el servicio, cuando lo hace el Estado (ya sea por si mismo o por concesión a un particular) entonces se trata de un servicio público.

- Considerando el procedimiento y el régimen jurídico, López y Felder (1997) exponen el pensamiento de León Duguit –uno de los fundadores de esta doctrina- quien define al servicio público como “*toda actividad cuya ejecución deber ser asegurada, reglada, y controlada por los gobernantes, porque esa ejecución es indispensable para la realización y desarrollo de la interdependencia social, y que es de tal naturaleza que no puede ser realizada completamente más que por la intervención de la función gobernante*”.

- Considerando el elemento material o sea la naturaleza del servicio prestado el servicio público debe ser brindado bajo ciertas condiciones que aseguren la prestación en forma regular, uniforme, general y continua. De allí que aparezca nuevamente en escena el Estado como aquel que puede garantizar el cumplimiento de dichos principios independientemente de que preste por si o a través de terceros.

Sin embargo, existen algunas otras visiones en torno al concepto de servicio público. Tal es el caso de su empleo en los Estados Unidos, donde en un contexto jurídico muy diferente se construye el concepto de *public utility* con una visión diferenciada del *service public* francés. Las *public utilities* se definen como los servicios vinculados con el interés público, y sometidos en virtud de este carácter a una serie de controles por parte del Estado.

Ciertas corrientes teóricas cuestionan la noción de interés público o bienestar social como el motivo último que justifica la regulación, en tanto que no se reconocería con suficiente consideración que la regulación adecuada es inviable por cuestiones tales como la asimetría de información entre regulador y regulado y la influencia de los grupos de presión. En síntesis, se llega a la paradójica conclusión de que, como la regulación aséptica en pro del bienestar general no es posible, entonces no se debe regular (Sifontes)

Lorenzetti (1998) apunta que todos estos sistemas tienen en común su pasividad. Por esta razón el Estado debe intervenir, a fin de garantizar el interés público comprometido de aquellos grupos que hubiesen optado por este tipo de aseguramiento.

Finalmente un último concepto de reciente empleo es el de “servicios universales” entendido como “*aquellos que la colectividad estima necesarios para proveer a todos a un precio razonable* (Stoffaes¹ citado por López y Felder, 1997) Tal caracterización implica la garantía estatal del acceso al consumo de determinados bienes y servicios por el sólo hecho de ser ciudadano, con independencia de la capacidad adquisitiva determinada por el mercado.

Aquí sustentamos la idea de que la prestación de servicios sanitarios es un servicio público, ya que el Estado es el garante último de la protección de la salud de la población.

¹ Stoffaes, C. (1995) Services Publics: Question d’avenir. La Documentación Française. París

Se trata en definitiva del irremplazable rol que debe cumplir el Estado Federal en la protección del derecho a la salud –derecho íntimamente vinculado al derecho a la vida- que ha sido reconocido en distintos instrumentos internacionales que, conforme al art. 75 inc. 22, CN, poseen jerarquía constitucional.

La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre determina que “todo ser humano tiene derechos a la vida, a la libertad y a la integridad” (artículo 1) y, asimismo, que “toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada...” (artículo 11).

La Declaración Universal de Derechos Humanos prescribe que “todo individuo tiene derecho a la vida” (artículo 3) y que “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar” (artículo 25).

En la Convención Americana sobre Derechos Humanos —Pacto de San José de Costa Rica— se establece que “toda persona tiene derecho a que se respete su vida” (artículo 4).

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales expresa que “los Estados Partes en el presente pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” (artículo 12).

Por su parte, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos señala que “el derecho a la vida es inherente a la persona humana” (artículo 6).

En la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial se indica que los Estados deben garantizar el derecho a la salud pública y a la asistencia médica (artículo 5, inciso e), apartado iv).

La Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, consagra el derecho a la protección de la salud (artículo 11, párrafo 1º, apartado f) y el acceso a servicios de atención médica (artículo 12). Asimismo, en la Convención sobre los derechos del niño se reconoce el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud (artículo 24).

Esto tiene consecuencias concretas, ya que todo incumplimiento en cantidad y calidad por parte de la medicina privada y/o la seguridad social, finalmente va a ser reparado por el Estado a través de su red de hospitales públicos, dado que cuando la población no encuentra atención en ninguno de los servicios comprendidos en dichos subsectores concurre al hospital público.

Hasta la propia Asociación de Entidades de Medicina Prepaga no duda en afirmar que “*no existe una medicina privada y una medicina pública, la salud es pública y cada subsector es sólo una herramienta para lograr el objetivo de brindar mejor salud a todos los argentinos*”². De allí se desprende naturalmente la consideración de las entidades de

² <http://www.ademp.com.ar/html/de%20interes2.htm>

medicina prepaga como parte integrante del sistema de salud de nuestro país. Belmartino (1999), parafraseando a Evans³, indica que en toda la problemática desplegada por este autor se pone el acento en la cuestión de la regulación de los servicios y más específicamente en la atribución a diferentes agentes de la facultad de decidir prioridades de asignación de recursos para la atención a una población determinada. Concluye que *“los problemas de estructura en producción de servicios de atención médica conducen al analista hacia el problema fundamental de la política social: el diseño de tramas institucionales adecuadas, para que las decisiones de asignación de recursos sean tomadas por personas o grupos que posean la información necesaria para optimizarlas, y se encuentren bajo incentivos apropiados para asegurar una correspondencia de objetivos privados y sociales”*.

Otros países como Colombia, por ejemplo, incluyeron en su última reforma constitucional la concepción acerca de la prestación de servicios de salud como servicio público. La Carta Magna, en su artículo 49º reza: *“La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos –el subrayado es propio- a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de los servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de los servicios de salud por entidades privadas y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la Ley. Los servicios de salud se organizaran en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad”*.

El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, por su parte, reconoce en su informe anual 2003 que los gobiernos asumen la financiación y prestación de los servicios sociales básicos –atención médica básica, educación primaria, agua y saneamiento porque *“dichos servicios son bienes públicos,(y) sus precios de mercado no reflejarían por sí solos su valor intrínseco y los beneficios sociales que generan (...) Por otra parte, como el acceso a los servicios sociales básicos es un derecho humano fundamental –contemplado en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas- los gobiernos tienen la obligación de garantizar la prestación de estos servicios a sus ciudadanos. Esta obligación queda reflejada en el compromiso adquirido por los Estados*

³ Evans, R.G. (1981) Incomplete vertical integration: the distinctive structure of the health care industry. En: van der Gaag, J.; Perlman, M. (ed) *Health, economics and health economics*. North Holland publishing company: 329-351.

con la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas y los Objetivos de desarrollo del Milenio”.

Nuestro país se caracteriza hoy por una preocupación técnica respecto de una regulación efectiva de la prestación de servicios de salud. Sobre el tema González García y cols (2002) afirman que *“en el debate correspondiente a la reforma sectorial argentina el eje es la integración y eficiencia de su sistema de salud y la regulación constituye una importante herramienta funcional a tal fin”*. En el campo de la salud y en relación con las iniciativas de reforma del sistema de la década de los '90 Alonso (1999) considera que *“La introducción de mecanismos de cuasi-mercado, ya sea en la esfera del aseguramiento y/o la provisión, está exigiendo un creciente desarrollo de funciones regulatorias por parte de los estados. La solución organizada en torno a la definición de un paquete básico y común de prestaciones para todos los beneficiarios exigen mejor control y regulación pública antes que “menos” Estado. Pues aunque quede en manos del individuo la elección del asegurador o prestador directo, alguna entidad tendrá necesariamente que asumir las funciones de definir la composición de la canasta básica, negociar con los prestadores los valores de ese paquete universal, garantizar el acceso igualitario a todos los beneficiarios del sistema, distribuir información y vigilar por el mantenimiento de la calidad de los servicios. No parece haber candidato más adecuado para asumir estos roles que el propio Estado”*

Si se analiza lo ocurrido en el sector privado durante los últimos años, y con la aparición del “managed care”⁴ (OPS, 1995) se observa que fue muy intensa la actividad desplegada tendiente a normatizar la atención clínica⁵, con el objetivo final de reducir los costos y trasladar los riesgos, limitando a su máxima expresión el libre albedrío del profesional sostenido hasta ahora en la concepción de la medicina como “el arte de curar”⁶. Es decir, se visualiza una tendencia hacia una fuerte regulación, no promovida por una política pública sino por la propia necesidad de supervivencia y sostenimiento de los márgenes de ganancia del sector privado, frente al encarecimiento notable del cuidado de la salud, de la mano de la tecnologización y el aumento de los costos de insumos y medicamentos. En términos generales, el Estado argentino ha intervenido muy poco sobre el sector. Así también lo aprecia una publicación de la OPS (1998), en donde se afirma que *“la tradición de los sectores corporativos ha sido la de dialogar con un Estado poco*

⁴ Traducido generalmente como atención gerenciada, también se lo suele encontrar como atención normatizada o cuidados dirigidos. Refiere al control de los costos de atención a través del seguimiento constante del trabajo de los prestadores mediante la normatización de la práctica y la auditoría de la misma. Su origen data de más de 70 años cuando en los Estados Unidos comenzaron a surgir las primeras entidades de medicina prepaga locales denominadas Health Maintenance Organization (HMO) o Preferred Providers Organizations (PPO) (OPS, 1995).

⁵ Guías de práctica clínica y/o protocolos de atención.

⁶ Hace su aparición en este contexto una corriente que propone una herramienta para otorgarle cientificidad al ejercicio de la medicina conocida como “medicina basada en la evidencia”

intervencionista, y éste ha sido llamado a regular cuando se afectan intereses de la economía privada o se producen distorsiones en el mercado de la salud”.

Sin embargo, en materia de regulación de medicina prepaga no existen aún resultados concretos. En tal sentido, los organismos internacionales que han monitoreado el cumplimiento del proceso de reforma no han podido discriminar los proyectos de las reformas realmente introducidas. En un trabajo de análisis de la legislación y control de riesgos de salud en América Latina y el Caribe realizado por funcionarios de la Organización Panamericana de la Salud (Bolis, 2001) y preparado para el BID se expresaba erróneamente lo siguiente: *“En Argentina (...) el régimen de libertad de elección vigente a partir de enero de 2001 (...) posibilita a la medicina prepagada compartir las funciones de aseguramiento con las obras sociales”* Agrega que, por ello, se hace indispensable fortalecer la regulación con el propósito de garantizar el cumplimiento de las cláusulas contractuales sobre el apego al programa de prestaciones médicas obligatorias. Asimismo posiciona erróneamente a la Superintendencia de Servicios de Salud como el ente de contralor y en la Tabla 2 establece que nuestro país tiene un marco regulatorio específico cuando, por otra parte, en un párrafo anterior se ocupa de aclarar que no existen normas específicas.

Para algunos autores la necesidad de regulación excede incluso la cuestión del valor público de la salud en la medida que es sumamente difícil concebir en la actualidad algún sistema cuyo esquema de funcionamiento se sustente en la captación o disponibilidad de fondos dinerarios, y que tal operatoria resulte ajena a cualquier tipo de regulación y control estatal o auditorías especiales de control de gestión (Gherzi, Weingarten e Ippólito, 1999). Sostienen que, frente a tal evidencia, *“debido a la naturaleza y operatoria que realizan las aseguradoras médicas y la transcendencia social de la cobertura que ofrecen, se torna necesario someterlas a una fiscalización por parte de organismos técnicos que regulan tal actividad”.*

Tobar (1999a) reconoce la existencia de tres fases en la incorporación de los modelos de regulación de los seguros privados de salud. La primera generación de mecanismos de regulación se restringía a una regulación económica y a la imposición de los mismos mecanismos regulatorios que se aplican a los demás seguros. La segunda generación guarda relación con mecanismos asociados a la protección o defensa de los consumidores o usuarios de sistemas prepagos. Aquí la regulación que ejerce el Estado permite eliminar o corregir algunas fallas del mercado, por ejemplo reducir al mínimo la selección adversa y definir el menú prestacional (tanto en el tipo de prestaciones a incluir como la cantidad de las mismas). Se evitaría así la sobreutilización (abuso moral) y la sobreoferta (demanda inducida). Finalmente, la tercera generación de modelos regulatorios

es la que busca objetivos sanitarios *“Regular en este sentido es modelar conductas en el mercado para alcanzar metas objetivo de salud pública”*.

Los modelos más complejos de regulación apuntarían, entonces, a la medición de los resultados obtenidos en salud, y al incentivo para alcanzar determinados resultados. Tobar asevera que ello implica incorporar incentivos para que las entidades promuevan la salud y no sólo brinden asistencia médica o aseguramiento. Estos incentivos consisten en premios fiscales que se otorgarían cuando la entidad, responsable de la salud de un determinado grupo poblacional al cual brinda cobertura médica, consigue reducir las tasas de prevalencia de determinadas patologías mientras que, en caso contrario, recibiría sanciones. Como ejemplo de estas prácticas puede mencionarse a un grupo de HMO (Health Maintenance Organizations) que lo emplea como mecanismo de autorregulación y el FOSYGA (Fondo de Solidaridad y Garantía de la Atención implementado en Colombia quien contempla una cuota de recursos para ser asignada a las entidades aseguradoras (Entidades Promotoras de Salud) de acuerdo con su performance en términos epidemiológicos.

A la vez, resulta evidente que la regulación es tan necesaria como costosa, dado que requiere del desarrollo de excelentes sistemas de información, así como de una maquinaria organizacional pública ad hoc (agencias reguladoras). Según Figueras, Musgrove, Carrin y Durán (2002) el interés creciente en el papel rector deriva especialmente de dos factores, siendo uno de ellos el crecimiento del sector privado, en particular de los seguros. *“Ello comporta crear unidades específicamente encargadas de supervisar y regular el tema para evitar los abusos y fallos de mercado que lo caracterizan. El proceso es reciente en muchos sitios; sólo en 1999 se estableció la agencia correspondiente en Brasil, y allí donde ya había antes una Superintendencia (Argentina), se han expandido sus responsabilidades al introducirse las reformas financieras”*.⁷

En cuanto a los principios que deben guiar la regulación de las áreas críticas resultan de particular interés los que fueron identificados por la Comisión Asesora del Presidente Clinton, en 1994, en relación con la protección de los usuarios (Bolis, 1999):

Acceso a información: Los consumidores y afiliados tienen el derecho a recibir información fidedigna sobre los beneficios del plan al cual suscriben.

Red adecuada de proveedores: Cada plan de salud debe ofrecer un complejo suficiente de proveedores.

⁷ Al respecto, los autores incurren en un error en la medida en que la Superintendencia de Servicios de Salud no ha incrementado sus funciones como consecuencia de ningún tipo de medidas de reforma y por ende, no toma bajo la órbita de su competencia la regulación de los servicios brindados por las entidades de medicina prepaga. Precisamente, en un trabajo de análisis de las capacidades institucionales de dicho organismo, Alonso (2000) concluye que *“se mantiene la brecha consistente en la todavía demorada legislación sobre la medicina prepaga. La disponibilidad de esta capacidad no depende de la Superintendencia, ni tampoco del Poder Ejecutivo puesta la legislación está pendiente de aprobación parlamentaria. Con respecto a los alcances de la incorporación de las prepagas ya no parece haber dudas en que es la misma Superintendencia de obras sociales la encargada de la supervisión”*, en caso de legislarse al respecto

Acceso a especialistas: Los afiliados deben tener acceso directo a especialistas.

Continuidad del servicio: Los nuevos suscriptores que se encuentran bajo tratamiento de dolencias crónicas y cambian de plan, deben continuar recibiendo tratamiento por parte de su red anterior de proveedores.

Acceso a atención de urgencia: Acceso a atención de emergencia cuando existan síntomas que, a juicio de cualquier persona, deban ser objeto de este tipo de atención.

Prontitud de las autorizaciones de reembolso por servicios: Las decisiones de los planes de salud a este respecto deben llevarse a cabo dentro de un plazo prudencial.

Prohibición de cláusulas para la limitación de información (gag clauses): Los planes de salud no deben prohibir a los proveedores brindar información sobre opciones de tratamiento, ni influenciarlos a no hacerlo.

Derecho de apelación: Los afiliados deben tener acceso a instancias imparciales de apelación en el caso en que se denieguen sus derechos.

Posibilidad de elegir planes: Debe tener carácter de obligatoriedad.

Asimismo en lo que respecta a los proveedores, la *Patient Access to Responsible Care Alliance (PARCA)* ha identificado los siguientes principios básicos (Bolis, 1999):

- La necesidad médica debe ser determinada exclusivamente por el proveedor que atiende el caso. Se pretende así preservar la autonomía de la decisión del proveedor. El asegurador –comprador—solo debe pagar la cuenta.
- Los planes de salud no pueden diferenciar entre proveedores de igual calidad y condición.
- Los profesionales de una misma especialidad serán los únicos capacitados para juzgar la decisión de otro profesional del mismo nivel sobre la pertinencia de un tratamiento.
- El profesional que atiende el caso es el único capacitado para tomar la decisión en cuanto al tiempo de internación. También se trata del ejercicio de la autonomía de la decisión del profesional. El asegurador –comprador—solo debe cancelar los costos.
- La posibilidad de optar por redes alternativas y atención integrada y coordinada debe ser obligatoria.
- Debe existir igualdad de honorarios para proveedores dentro y fuera de la red.
- Los planes de salud no deben diferenciar reembolsos con base en el licenciamiento: un psicólogo debe ser reembolsado de la misma manera que un psiquiatra.
- El ingreso anual de proveedores debe ser obligatorio aunque existan suficientes.
- Los pagos por capitación y por ajuste con base en el riesgo dirigidos a crear incentivos indirectos para limitar servicios, deben estar prohibidos.

- El profesional tratante debe ser el único capacitado para determinar la manera y condiciones en que se debe prestar la atención. Se trata de otra situación de autonomía en el ejercicio de la profesión; el asegurador –comprador—solo debe cancelar la cuenta.

- La regulación es absolutamente necesaria dentro del marco global de una política de salud, ya que el Estado es garante del ejercicio de los ciudadanos del derecho a la salud.

1.2. Las agencias regulatorias

La regulación es, básicamente, un proceso que se opera gradualmente, vinculado a los distintos momentos o fases que se plantean en la relación entre el ente regulador y el comportamiento de los actores regulados, no pudiendo concebirse entonces como la aplicación de una medida que actúe aisladamente y de manera lineal y discreta, presentando grados diversos y variables de intervención política de parte del Estado. En este sentido, se suele distinguir una instancia de formulación de políticas y de determinación del marco normativo; un segundo momento de implementación de las mismas; y una tercera instancia en la cual se evalúan los resultados de la acción regulatoria, tanto los que fueran previstos como los resultados no deseados. En suma, la principal característica de la regulación es su continuidad en el tiempo.

La regulación de servicios de salud supone una relación entre entidades prestadoras de los servicios (públicas, privadas, de la seguridad social, mutuales y cooperativas, ONGs, etc.), entidades financiadoras (obras sociales, EMP, compañías de seguro, etc.), usuarios (beneficiarios, pacientes y/o clientes -según las diferentes concepciones-) y el Estado. Estos actores poseen combinaciones diversas de recursos materiales, de información, de coerción e ideológicos que sustentan las decisiones y los comportamientos que adoptan y que se ponen en juego en la relación con los otros. Por ello, el impacto de una política pública no puede concebirse solamente como resultado de la acción ejercida por un solo actor (ej: el Estado) sino que debe considerarse como la interacción o interrelación entre los distintos actores participantes, en un escenario de potencial conflicto de intereses. Esta situación de *poder compartido* le imprime a la realidad social una dinámica de alta complejidad e incertidumbre, siendo los resultados finales el producto de la interacción de todos los actores intevinientes.

Siguiendo un modelo propuesto por Oszlak (2000), dicha interrelación se traduce en tres tipos de relaciones básicas entre los actores, a saber: a) Regulación-Prestación; b) Prestación-Utilización; c) Regulación-Utilización.

En el vínculo *Regulación-Prestación*, el Estado debe poner en juego su capacidad institucional, su legitimidad y el monopolio del poder coercitivo para ejercer su rol. Esto implica definir con precisión cuál es el interés público que se debe preservar, qué se regula,

cuál es el rol estatal y de las organizaciones sociales, con qué alcance se regula, qué problemas de captura burocrática se suscitan o cuál es la efectividad de los recursos de coerción-legitimidad que tiene el Estado frente a los de información y recursos materiales que manejan las empresas como base de su poder relativo.

En el vínculo *Prestación-Utilización* de los servicios de salud las partes que intervienen en la relación adoptan posición ante cuestiones tales como: el grado en que los servicios que se prestan satisfacen las necesidades de los usuarios; la medida en que la prestación discrimina según usuarios, los criterios de rentabilidad frente a las inversiones requeridas para su suministro; la razonabilidad de los precios o tarifas y patrones de comparación; la incidencia de las tarifas sobre el presupuesto de los usuarios y el impacto sobre los precios relativos, entre otros aspectos.

Y en la relación *Regulación-Utilización* de los servicios de salud se verifica en qué medida queda amparado el interés de los usuarios, qué canales abre la regulación a la participación ciudadana; cuál es la efectividad del rol estatal, cuanta legitimidad pierde o gana el estado en el ejercicio de su función reguladora, qué transferencias de recursos se producen mediante los precios y cuáles son los problemas de equidad distributiva que ello ocasiona.

Finalmente, se requiere un conjunto de capacidades políticas e institucionales (Alonso, 1999; Oszlak y Felder, 1998) que, en un sentido amplio, incluyen un marco normativo favorable, apoyos políticos oportunos, un esquema organizativo adecuado, insumos en cantidad y calidad suficientes y recursos humanos altamente capacitados.

Por lo general, esta tarea de diseño institucional se desarrolla paralelamente a la propia puesta en marcha de la actividad regulatoria, lo cual explica en parte los déficit de capacidad que revela la organización y el funcionamiento de las agencias reguladoras.

Luego de aproximadamente diez años de reforma y reestructuración del Estado Nacional son evidentes los déficit de recursos tecnológicos y humanos actualmente existentes para el cumplimiento de la función regulatoria en los diferentes órdenes de la actividad económica y social (Spink et al., 2001).

La deficitaria dotación estatal nos remite de manera contundente a la concepción del Estado vigente y a la forma en que define la relación entre lo público y lo privado. Como destaca Muñoz (1996) *"En aquellos servicios cuya provisión es aceptada como una responsabilidad colectiva, los agentes privados hacen actividad pública y, como tal, el Estado debe retener la responsabilidad del gobierno del mercado"*. Sin embargo, en un contexto socioeconómico como el actual, donde el Estado debe ejercer el control regulatorio sobre actores privados no disponiendo de sólidas capacidades administrativas, la definición

de objetivos propios corre el riesgo de transformarse en una cuestión meramente voluntarista y de principios.

Debe señalarse asimismo que la brecha entre "el deber ser" de la regulación de los servicios públicos y el efectivo funcionamiento de la estructura regulatoria en Argentina no puede interpretarse sólo como resultado de déficits en las capacidades institucionales. La ausencia de una política regulatoria en el período inmediatamente posterior a las privatizaciones es señal del poder obtenido por los nuevos operadores de los servicios, quienes han podido ampliar sus márgenes de acción a partir de estas transferencias. El desequilibrio de fuerzas entre estas fracciones de capital y el resto de la sociedad ha sido de tal magnitud que la regulación no logró instalarse como un tema de agenda pública, o lo hizo de manera hartó limitada.

Uno de los principales argumentos esbozados en la literatura sobre agencias regulatorias es que éstas sólo podrán ser eficaces en la medida en que sean independientes (Sancho, 2003; Sánchez y Sanhueza, 2001), y que ello se traduciría en organismos descentralizados y autonómicos respecto de la administración central.⁸ Según Sancho (2003) existen diversas posturas que abogan por la independencia en tanto que permite liberar al regulador de la captura regulatoria y la diferencia está en los actores sociales considerados: a) los mismos regulados a partir de su interés especial en la cuestión, su capacidad de lobby y su primacía en cuanto a disponibilidad de recursos de todo tipo, fundamentalmente de información, b) los partidos políticos a partir de su incorporación al Estado como gobierno y c) ambos grupos. Los supuestos de esta postura consideran que ella garantizaría una mayor y mejor participación pública y una mayor continuidad en la línea de acción política. Otra condición de la eficacia es que además estén integradas por personal altamente profesionalizado y capacitado técnicamente bajo los supuestos de que ello configurará un organismo menos burocratizado, más flexible a los cambios cíclicos y las innovaciones que aparezcan en el sector en cuestión y más enfocado a las resoluciones prácticas desde una perspectiva técnica.

La eficacia del accionar de las agencias es entonces supeditada a la independencia. En principio, independencia del regulado, es decir, evitar la famosa captura regulatoria. Pero, y aún con más énfasis, independencia del poder político en el gobierno. A pesar de toda la literatura al respecto, creemos que es imposible pensar estos organismos ascépticos, ajenos al campo valorativo, ya que las agencias regulatorias son parte de la sociedad (que las financia) y del gobierno en tanto administración de los asuntos públicos.

⁸ Se ha llegado incluso a crear y diseñar índices e indicadores que permitirían medir la independencia de estos entes (Urbiztondo, Artana y Navajas, 1998; Sifontes).

Como se analizará, la finalidad de la regulación depende de los modelos y de los valores que cada modelo propugna. No existe técnica sin valores y no existe regulación sin política.

1.3. Regular en salud dentro del paradigma neoliberal

En los años 90 era el concepto de desregulación el que se había impuesto. Eran los años donde el paradigma neoliberal era el pensamiento hegemónico dominante. Así de la necesidad de reformar el Estado fue unánime y con un solo objetivo: más mercado y menos Estado. Así, se suponía que un Estado pequeño podía ser más ágil, más flexible y, en última instancia, más eficiente (Crozier, 1992).

En Latinoamérica, la desregulación era parte de los compromisos que los organismos internacionales de crédito comenzaron a exigir a nuestros países como parte de procesos de renegociación de las deudas externas. Privatización, desregulación, liberalización de mercados, eran las medidas propuestas, todas ellas emanadas del Consenso de Washington⁹ (Williamson, 2004).

En la medida en que la desregulación de una determinada área de economía –a través de distintos mecanismos pero principalmente a través de la privatización- implicaba la supresión de funciones de los organismos estatales competentes y el incremento en el margen de iniciativa y autonomía de los actores privados, ello supuso no sólo la reforma del sector público sino la redefinición de las fronteras entre el Estado y la Sociedad (Oszlak, 1994).

La desregulación fue, desde los preceptos teóricos, un proceso de eliminación de normativa destinado a liberalizar tanto la economía como la sociedad (Rivera Urrutia, 2004) en el supuesto de que este proceso también contribuía al mejoramiento de la eficiencia.

Todo estaba basado en el supuesto de que cuando los consumidores tienen el derecho a elegir entre diferentes opciones, invariablemente ellos seleccionarán la mejor

⁹ El Consenso de Washington fue formulado originalmente por John Williamson en un *paper* de noviembre de 1989 ("What Washington Means by Policy Reform" que puede traducirse como "Lo que Washington quiere decir por reformas políticas"). El documento fue elaborado como documento de trabajo para una conferencia organizada por el Instituto para la Economía Internacional, al que pertenecía el autor. El propio Williamson reconoce en un artículo que en ese documento incluyó una lista de diez políticas que pensaba eran más o menos aceptadas por todo el mundo en Washington y lo tituló el Consenso de Washington. Originalmente ese paquete de medidas económicas estaba pensado para los países de América Latina, pero con los años se convirtió en un programa general. Las medidas en cuestión eran: 1) Disciplina fiscal, 2) Reordenamiento de las prioridades del gasto público, 3) Reforma Impositiva, 4) Liberalización de las tasas de interés, 5) Una tasa de cambio competitiva, 6) Liberalización del comercio internacional (trade liberalization), 7) Liberalización de la entrada de inversiones extranjeras directas, 8) Privatización, 9) Desregulación, 10) Derechos de propiedad.

combinación de menores costos y mayor calidad, lo que en el caso del sistema de atención de la salud esto suponía que este sector, junto al resto de la economía, tendería a ser más económico, más efectivo, más productivo (Kim, 2000). Este supuesto nada decía de la nula posibilidad de elección de las poblaciones desfavorecidas, que creemos que es uno de los núcleos que desbarata toda esta argumentación. Es claro que si cada uno busca su propio bienestar, no hay elección más racional para los proveedores de salud privados que dejar de lado a los sectores de menores ingresos y mayor edad, lo que no haría sino profundizar inequidades existentes. Parte de la ironía de este proceso es que el propio Banco Mundial, uno de los principales impulsores de estas reformas, hacia 1998 en su documento oficial sobre salud y nutrición (World Bank, 1998) ya no podía negar esta realidad y afirmaba que el desplazamiento hacia el sector privado como proveedor de bienes y servicios en el sector salud no era una opción viable en los países de ingreso medio y bajo.

De todas formas, siguiendo la construcción este concepto, encontramos que *desregulación* puede tener significados muy diferentes y aún contradictorios:

- menos reglas,
- reglas de un nuevo tipo,
- reglas de diversa fuente,
- más reglas en la medida en que se crean agencias con potestad regulatoria delegada por los parlamentos en las leyes de su creación.

Sólo en el primer caso podría hablarse verdaderamente de una eliminación real de normativa. En el resto se trata más propiamente de re-regulaciones, es decir de una regulación jurídica nueva y diferente.

Así, la desregulación de las distintas áreas económicas fue acompañada con un aumento de la actividad reguladora estatal (Figueras, Musgrove, Carrin y Duran, 2002).

En un estudio sobre la Reforma del Sector salud en Argentina, Tafani (1997a) afirmaba que “(...) *todas las propuestas de reforma (...) plantean la necesidad de un marco regulatorio adecuado*”. Así frente al abandono del rol del Estado como proveedor de servicios (en particular de servicios públicos y bienes meritorios) aparece el rol regulatorio que consiste principalmente en ejercer la función de control y fiscalización de actividades cuya realización se ha delegado a terceros.

Este proceso regulatorio o re-regulación ha llevado incluso a algunos autores a plantear la figura del Estado Regulador (Majone y La Spina, 1993).

Luego de la pérdida de legitimidad del Estado de Bienestar y tras dos décadas de sucesivos achicamiento y retiros del Estado de diversas áreas los analistas intentan hoy arribar a otras conceptualizaciones que permitan promover el desarrollo y sacar al capitalismo de la crisis en la que se encuentra inmerso. Majone y La Spina proponen la figura del Estado Regulador entendido como: “*Un Estado regulador, como se puede intuir,*

es uno que desempeña principalmente actividades reguladoras: escoge y pondera bienes e intereses para que sean objeto de tutela, identifica y previene riesgos, y para ello diseña, dota de sanciones, adopta y aplica reglas de conducta dirigidas a los consocios. Generalmente éstas se referirán a ámbitos de actividades en los que se establecen las condiciones de posibilidad y funcionamiento eficiente. El estado regulador también se hace responsable de evaluar la eficacia de sus propias medidas, además de prevenir los eventuales efectos indeseables de dichas medidas sobre otras esferas sociales". En tanto que Starck (2001) considera que "el Estado Regulador implica la hegemonía de la regulación como forma de gobierno. Ello implica que el gobierno abandona su carácter de productor y se concentra en un rol de generador y garante de las reglas de juego (...). El término regulador debe utilizarse como oposición al de productor, siempre y cuando la regulación no constituye simplemente una modalidad diferente para perpetuar el control estatal en la economía".

Aún cuando no resulte oportuno realizar un análisis exhaustivo de esta noción señalaremos que en definitiva no se aleja de la visión neoliberal del Estado con la aceptación de un mayor nivel de intervención en la economía de su parte.

Así, podemos concluir que aunque el neoliberalismo propiciaba una desregulación, la intervención estatal seguía estando presente y aunque proponía la contracción del Estado, no siempre privatización suponía este achicamiento¹⁰, ya que la privatización consistía en el paso de la provisión directa a la indirecta de un bien o servicio acompañada de la creación del organismo regulatorio correspondiente.

La justificación neoliberal de la intervención se reducía a corregir los defectos insalvables *per se* del mismo mercado. Dado que el mercado en ocasiones no distribuye perfectamente los recursos, era necesario introducir las correcciones que resultaren pertinentes. Todo otro accionar y con otra fundamentación ideológica y conceptual era considerado ilegítimo y propio de un resabio del Estado que se estaba intentando desmontar.

Pando (2005) afirma, en un documento de revisión de literatura al respecto, que *"las perspectivas predominantes en los estudios de regulación de los servicios públicos son aquellas que se limitan a justificar la regulación a partir del reconocimiento de las situaciones en las que el mercado no es el asignador óptimo de recursos"*. Esta afirmación es válida también para la mayor parte de la literatura en materia de regulación de aspectos sanitarios (Martín Martín, 1994; Musgrove, 1995; Ortún Rubio, 1995; Ferreiro Yazigi, 2000 y 2001; González García, y cols., 2002; Madies, 2000, Rodríguez, 2001, Revista Temas del Consumidor N° 66, 2004; Madrid, Velásquez y Fefer, 1998).

10 Ver Feigenbaum Harvey B, Henig Jeffrey R. y Hamnett Chris (1998).

En sus formas más extremas la regulación pierde de vista aún al mismo consumidor para atender las inequidades ya no del acceso a la salud sino de los agentes de mercado entre sí: *“Es el Estado, a través de su regulación, quien con políticas públicas adecuadas puede corregir dicha fallas. En este campo, el principio de la regulación debe tender a que la magnitud de un agente no adquiera un poder asimétrico sobre los demás. Entonces, la reglamentación debe así limitar el poder de los agentes más fuertes y acrecentar el de los más débiles”*(Madies, 2000)

En síntesis, la regulación es entendida como una restricción gubernamental artificial sobre actividades económicas naturalmente libres. Se trata de un conjunto de normas y leyes dictadas por el Estado que constituyen el marco en el que debe inscribirse la actividad de los sujetos económicos. En tal sentido, la regulación incluye aspectos tales como la defensa de la competencia, la evitación de prácticas monopólicas, o el aseguramiento de mecanismos de transparencia de la información para paliar la asimetría entre el oferente de bienes y/o servicios y el consumidor/usuario de los mismos.

Estas situaciones en las que el mercado no asigna de manera perfecta los recursos, de acuerdo a este paradigma, se relacionan con dos grandes problemas: la asimetría de la información y las fallas de mercado.

El primero de los enfoques mencionados sostiene que ciertos mercados tienen problemas relativos a la información, en la medida en que en la relación entre oferentes de un servicio o producto y la demanda del mismo existirían asimetrías de tal magnitud que terminan distorsionando la aplicación de los principios básicos que rigen el juego de la oferta y la demanda¹¹. Desde estos supuestos la intervención del Estado a través de herramientas regulatorias vendría a disipar esta fractura entre oferta y demanda como producto de la disparidad de información que los agentes del mercado manejan sobre un mismo bien o servicio.

Sin embargo, ya hacia 1989 Stiglitz planteaba que los problemas de información se encuentran presentes en cualquier actividad humana y, en particular, afectan las decisiones económicas, impidiendo que el libre juego de la oferta y la demanda en un mercado abierto conduzca a soluciones óptimas. Es decir que los problemas de información no deben considerarse como la excepción sino más bien como una regla general presente en todas las actividades económicas

El mercado sanitario es considerado imperfecto en función de los problemas de información que presenta. Por ejemplo, la denominada entrada selectiva es un fenómeno no

¹¹ Este enfoque toma básicamente los postulados de la Teoría de la Agencia la cual analiza la forma de los contratos formales e informales mediante las que una o más personas denominadas “el principal” emergen a otra denominada “el agente”, la defensa de sus intereses delegando en ella cierto poder de decisión. Esta relación implica siempre el problema del abuso moral: la posibilidad de que el agente busque objetivos personales en detrimento de los intereses del principal.

deseado que aparece como consecuencia de las diferencias en la información de los actores, donde los aseguradores hacen uso de sus mejores recursos de conocimiento respecto de los demandantes para maximizar su beneficio. Se trata de un tipo de comportamiento oportunista de parte de los aseguradores o proveedores privados, referido a la no admisión o el rechazo a asegurar individuos con alto nivel de riesgo (o superior al nivel medio) en sistemas de cobertura sanitaria, dado que las pérdidas esperadas por su causa serán previsiblemente superiores a las primas que esos individuos deberían pagar. Dicha selección de la población se realiza en base a un criterio de riesgo, ya sea producto de la edad, del sexo, del grado de vulnerabilidad y conduce a la vez a un incremento de la inequidad, pues quién más necesita del cuidado de la salud termina siendo excluido de los sistemas de cobertura en la medida en que se transforma en no rentable.

Una de las consecuencias del fenómeno anteriormente descrito es que los seguros aseguran a quienes menores probabilidades tienen de utilizar los servicios que están contratando. Para Tafani (1997b) este es un problema asociado a la competencia entre empresas propio del campo de la salud y que no se encontraría en otros mercados. El autor sostiene que la solución estriba en lograr la ampliación del pool de cápitales permitiendo que el riesgo individual se transforme en riesgo promedio. Sin embargo la estrategia que propone a tales efectos no es la regulación del sistema sino mayor apertura y mayor competencia. El problema reside en que el mercado no deja de ser exiguo con lo cual la cantidad de oferentes dispuestos a competir no es tan grande y se corre el riesgo de que finalmente las propias entidades, apelando a prácticas oligopólicas, impongan mediante acuerdos empresarios (explícitos o implícitos) las reglas de juego, que incluyen mecanismos de entrada selectiva. De hecho, en Argentina estas prácticas existen, de allí que los contenidos de los contratos con las EMP no varíen de una entidad a otra. De allí que una de las soluciones más invocadas para resolver esta situación pareciera ser el aseguramiento compulsivo mediante primas que reflejen el riesgo medio de la población.

Otro fenómeno similar es la selección adversa¹², que ocurre cuando las entidades no pueden aplicar los mecanismos de entrada selectiva en virtud de que no es posible conocer el nivel de riesgo de cada uno de los individuos que desean contratar los servicios. En estos

¹² El término suele utilizarse en dos sentidos diferentes y aún opuestos, con lo que la literatura sobre el particular se torna por momentos confusa. Según Rubio Cebrián (2000) *"En la teoría de la agencia, es un tipo de comportamiento oportunista, referido a aquellas circunstancias en las que se produce, por parte de los aseguradores o proveedores privados, la no admisión o el rechazo a asegurar a individuos con alto nivel de riesgo (o superior al nivel medio) en sistemas de cobertura sanitaria, dado que las pérdidas (excesivamente elevadas) esperadas por su causa serán previsiblemente superiores a las primas que deberán pagar los individuos. Constituye el argumento favorecedor de seguros sanitarios públicos obligatorios. También se aplica esta expresión para referirse a la conducta de ciertos asegurados que se percibe a sí mismos como 'buenos riesgos', lo que tiende a hacerles evitar (o salir de) los esquemas de aseguramiento en los que se establecen primas más elevadas que las que les corresponderían, con el fin de cubrir los malos riesgos"*. Como se ha observado en la presente obra se utilizan dos términos diferentes para ambos fenómenos: entrada selectiva para el primero de los casos definidos por Rubio Cebrián y selección adversa para el segundo.

casos las cuotas reflejan el riesgo medio de la población, motivo por el cual es posible que los individuos de bajo riesgo no estén dispuestos a pagar montos más elevados que los que les correspondería luego de un análisis del riesgo individual. Como consecuencia, los que contraten los servicios de una EMP constituirán probablemente una muestra sesgada de la población compuesta muy probablemente por individuos de alto riesgo. Así, cuando ocurre la selección adversa, la entidad debe aumentar aún más las cuotas de los planes para sostener el nivel de gasto de la población asegurada, comenzándose a retroalimentar el circuito en la medida en que nuevamente los individuos de más bajo riesgo no estarán dispuestos a desembolsar montos que no les corresponden. Según el teorema de Rothschild-Stiglitz¹³ (citado por Rodriguez, 2001) los sujetos con riesgo elevado pueden llegar a verse excluidos del mercado ya que ninguna compañía ofrecerá pólizas a un precio razonable adecuadas a su riesgo, por tanto es posible que no exista un equilibrio competitivo en el mercado de seguros sanitarios.

Un tercer fenómeno asociado a esta cuestión es el riesgo moral o manipulación de comportamientos. En este caso la falla se origina en la demanda, atribuyéndosele a los usuarios comportamientos no transparentes, que pueden darse al momento de contratar, tal como es el caso de la no declaración de un embarazo o de una patología preexistente, o bien a posteriori, como la desafiliación una vez que el problema que motivó la contratación de la EMP se hubiere resuelto. El riesgo moral es el fundamento que da origen a la utilización por parte de las prepagas de los denominados períodos de carencia, lo cuales constituyen un verdadero mecanismo de autorregulación.

Por otra parte estas *asimetrías de información* sobre los efectos de las decisiones a adoptar plantean una relación de agencia entre consumidor y prestador del servicio. El paciente necesita el consejo e intervención del médico pero se halla ante dificultades insalvables para evaluar lo apropiado de la oportunidad y calidad de las acciones realizadas. La posibilidad de conducta oportunista asociada con el rol de agente respalda, en el campo de los servicios de salud, la hipótesis de que la demanda está inducida por la oferta o, para expresarlo en otros términos, *quien gasta no decide y quien decide no gasta* (Katz y Muñoz, 1998). Esta relación de agencia se repite a su vez entre las EMP y sus prestadores, siendo aquellos los principales desconocedores de las reales necesidades de atención médica de los usuarios del servicio, repitiéndose en este caso la misma expresión a que se hizo alusión precedentemente. De allí que las EMP hayan desarrollado diversas formas de autorregulación a través de la modificación de las formas de pago del trabajo médico (capitación), los sistemas de auditoría y el *managed care* entre otras.

¹³ Rothschild, M.; Stiglitz, J. (1974) Equilibrium in competitive insurance markets: an essay on the economics of imperfect information. *Q J Econ* 3: 349-385

El segundo de los enfoques que justifican la intervención estatal es el de fallas del mercado. Desde esta perspectiva, existen numerosas fallas y todas constituyen las condiciones en las que resulta necesaria la intervención estatal en la economía. Una falla de mercado es el daño (o beneficio) externo provocado por algún actor económico en perjuicio (o beneficio) de otro sector o sectores de la sociedad, sin que medien mecanismos de compensación.

Una de las fallas más importante es la presencia en ciertos mercados de *externalidades*, ya sean positivas o negativas, también conocidas como *efectos externos*, *economías externas* y/o *utilidades* (o desutilidades) *externas*. Se trata de efectos económicos considerados colaterales de las acciones de unas personas sobre otras que no se expresan en un precio (porque no constituyen un costo o bien una ganancia considerada por la empresa que produce el bien en cuestión), es decir, que son externos al mercado. Si una empresa contamina el ambiente, arrojando residuos a un río, por ejemplo, su actividad produce entonces una externalidad negativa sobre quienes habitan cerca del mismo o utilizan sus aguas para pescar; si una persona coloca una obra de arte en su jardín, a la vista de todos los que pasen por la calle, produce entonces en los transeúntes una externalidad de signo positivo, pues estos podrán disfrutar del bien sin haber tenido que pagar por ello. La presencia de un impacto negativo es la que justifica la intervención del Estado a los fines de preservar a la sociedad y a los bienes públicos de los efectos indeseados de las actividades privadas en la medida en que éstas no absorben voluntariamente todos los costos de producción. Las externalidades son para la visión neoliberal de la economía efectos no deseados, pero sobre los cuales quien los produce pareciera no tener ningún tipo de responsabilidad. Como ejemplo baste reproducir la siguiente argumentación: *“Las externalidades surgen en los casos donde no existe un mercado para el intercambio de bienes o servicios: si existieran derechos de propiedad definidos sobre el río del ejemplo anterior, la empresa contaminante se vería en la obligación de pagar a su dueño una cantidad determinada por el uso de sus aguas como vertedero. Pero, dado que no existen derechos de propiedad sobre una gran cantidad de bienes y no se genera un mercado alrededor de ellos se producen entonces efectos externos al mercado que no son compensados por intercambios mercantiles. En este sentido el tratamiento económico de la externalidad se aproxima, por lo tanto, al de los bienes públicos”*¹⁴. Desde esta perspectiva los bienes públicos no son los que pertenecen a todos sino los que no pertenecen a nadie y la empresa privada no asume en consecuencia responsabilidad sobre

¹⁴ Biblioteca Virtual de Economía y Enciclopedia multimedia interactiva desarrollada por el grupo eumed•net, reconocido oficialmente por la Junta de Andalucía (SEJ 309) y está localizado en la Facultad de Derecho de la Universidad de Málaga, España.

sus actos de motu propio, a menos que haya una imposición del Estado que la obligue a ello.

Por otra parte es inherente a la problemática de la atención sanitaria la dificultad para adscribir una mejoría o un empeoramiento en la condición del paciente de manera exclusiva con la intervención asistencial, separándola de otros factores influyentes en el curso de la enfermedad, como el medio ambiente, las condiciones de trabajo, la situación socio-económica, etc. De allí que la recuperación de la salud no sea un resultado intrínseco del accionar de un sistema de atención bajo las condiciones planteadas por un cierto mercado, sino de un conjunto de determinantes presentes en un cierto contexto socio-histórico y geográfico¹⁵.

La *existencia de bienes públicos* es otra falla de mercado en tanto que no pueden ser disfrutados por un individuo en exclusividad sin que otros también tengan acceso a ellos. Al establecerse una fuerza policial o un servicio de alumbrado público, por ejemplo, no es posible suministrar el bien solamente a quienes paguen por él y excluir de su disfrute a quienes no lo hagan. El consumo que una persona haga de tales bienes no disminuye el consumo de las restantes personas, a diferencia de lo que ocurre con los otros bienes, que por ello son llamados bienes *privados*. Cuando estas características se dan de un modo completo se habla de bienes *públicos puros*: en este caso no es posible excluir a nadie del consumo del bien y el consumo de una persona no disminuye el de las restantes. Cuando, como frecuentemente ocurre, esto sucede sólo de un modo parcial, se habla entonces de bienes *mixtos*. Por ejemplo, la vacunación contra una enfermedad puede considerarse un bien mixto, pues ella incluye una utilidad privada -la propia protección- pero también una utilidad pública, la protección que se ofrece a los demás contra el contagio. En este caso se habla de la externalidad positiva del bien, de la utilidad que éste confiere a quienes sin embargo no han pagado para obtenerlo. La provisión de bienes públicos, de acuerdo a esto, no puede realizarse eficientemente a través del mercado puesto que el oferente de los mismos no puede garantizar que sólo quienes paguen tengan derecho a obtener el bien. En tales circunstancias muchas personas no tendrían incentivo alguno para pagar por algo que, de todas maneras, estarán en condiciones de disfrutar, y por lo tanto quien produzca el bien no tendrá los incentivos para hacerlo. El fenómeno de quienes pueden aprovecharse de la utilidad de un bien público sin haber pagado por ello es conocido como el caso del *free rider* (el que viaja sin pagar): cuando un bien público es provisto, éste tiene un precio que refleja el número de quienes han pagado por el mismo; pero, una vez provisto, y ya cubiertos todos los costos, cualquier persona que se incorpore al disfrute de ese bien podrá hacerlo

¹⁵ Ver al respecto toda la literatura que se ha producido a partir de que la OMS emitiera hacia mitad del siglo XX un primer intento de definición de la salud en términos positivos, es decir superadora de la tradicional concepción de la salud como una mera ausencia de enfermedad.

gratuitamente sin alterar las transacciones ya realizadas. Por ello los bienes públicos se proveen generalmente a través de la acción de organismos públicos: gobiernos nacionales, regionales o municipales y asociaciones de diverso tipo.

Rivera Urrutia (2004) revisa extensamente el análisis económico que sirvió para justificar la modalidad tradicional de regulación económica, los desarrollos teóricos que fundamentaron su cuestionamiento, las líneas de pensamiento que sustentaron las nuevas modalidades que adoptó la regulación, la apuesta por la promoción de la competencia y las nuevas proposiciones a favor de una completa desregulación. Cuando no existía otra opción que regular, la misma se orientaba fundamentalmente a mitigar la *oligopolización* o *cartelización* en la oferta de bienes o servicios¹⁶ o, para el caso que nos compete, para contrarrestar una inequitativa distribución de los bienes sociales. Tudor Hart (1971) planteaba en su momento *la regla de atención inversa* según la cual “la disponibilidad de buena atención médica tiende a variar de forma inversa a la necesidad de la población que se atiende”, siendo esta relación inversa entre demanda y oferta la que debería justificar, en última instancia, la intervención del Estado, es decir eliminar en la medida de lo posible todas las brechas de inequidad existentes en la población.

Estas posturas pro-mercado también hacían un notorio hincapié sobre el reverso de las fallas de mercado denominadas fallas de Estado, a los efectos de indicar los supuestos riesgos corridos por la libertad de empresa cuando el Estado interviene (Ferreiro Yazigi, 2000 y 2001). Tales autores esgrimen el argumento de que, frente a los efectos adversos de la regulación es preferible dejar el mercado librado a sus propias fuerzas supuestamente ordenadoras y que, frente a fallas de ambos actores, siguen siendo preferibles las fallas del mercado.

Una de las fallas más conocidas es la *captura regulatoria*, es decir cuando el contenido u objetivos de la regulación afectan los intereses políticos o económicos de determinados grupos (expresado o canalizado a través de determinadas organizaciones) estos pueden tratar de obtener del regulador decisiones que los favorezcan. Cuando a ello se le añade una posible discrecionalidad de los agentes regulatorios y la opacidad de sus decisiones, se establecería un campo fértil para la corrupción de quienes ejercen la regulación.

Otra de las fallas frecuentemente aludidas es la *excesiva regulación*, por la cual los costos que la regulación impone a los regulados terminan siendo superiores a los beneficios que se desprenden de ella, ya sea porque sus efectos pueden observarse a muy largo plazo, o bien porque se impongan gravámenes muy altos a la actividad regulada, de manera

¹⁶ Cabe destacar que respecto del Sistema de Seguridad Social se planteó una línea de reformas tendientes precisamente a la oligopolización de la oferta. Dado que el sistema de servicios de salud se encontraba altamente fragmentado (tanto a nivel de la prestación como de la financiación), se promovió la fusión de obras sociales.

que operan finalmente como disuasorios para la iniciativa privada. También aquí pueden manifestarse los problemas asociados con la información asimétrica, ya que cuando el regulado conoce más acerca de la materia objeto de regulación que la propia agencia regulatoria, ello puede generar decisiones ineficientes y contraproducentes de parte del regulador.

Dentro este mismo modelo se propone clasificar a la regulación de acuerdo al objeto que estamos considerando en dos tipos: a) económica y b) social. Desde este abordaje si hablamos de salud o educación estamos ingresando entonces en el campo de la regulación social, mientras que si hablamos de mercados financieros estamos en la órbita de la regulación económica.

En cambio, Majone y La Spina (1993) diferencian la regulación económica de la regulación social según los objetivos que se persiguen con cada una de ellas. En el primer caso se trata de prevenir el poder monopolista o su control, a través de diversas medidas tales como la fijación de precios, la especificación de las normas a las que hay que atenerse al ofrecer un servicio, la promoción de la competencia, el control del ingreso de nuevos competidores en un determinado sector económico, entre otras. Mientras que la regulación social debe tender a corregir una amplia gama de efectos colaterales o características externas de las actividades económicas como los de la salud, medio ambiente, seguridad del trabajador e intereses de los consumidores, abarcando también medidas antidiscriminatorias y que garanticen los derechos de ciudadanía.

Pese a que dichos autores comparten la fundamentación de que la necesidad de regular no es otra que las fallas de mercado, sin embargo reconocen que la regulación social se guía además y en ciertas ocasiones por otros criterios. Como ejemplo mencionan aquellos empleados en diversas regulaciones sociales aplicadas en Estados Unidos:

- Valores no comerciales: la “aspiración” (permitir que los individuos examinen críticamente las condiciones del bien existente y que procuren las que ellos elijan); la diversidad (mantener y promover la variedad de ambientes económicos, culturales y sociales a través de la acción pública), la mutualidad (proporcionarle a cada ciudadano un mínimo de recursos materiales para permitirle el acceso a otras oportunidades no comerciables) y la virtud cívica (favorecer la participación de los ciudadanos en el manejo público)

- Reprobación moral de una actividad considerada en sí digna de condena
- Deseo de garantizar la verificación del resultado que se quiere
- Paternalismo
- Redistribución de la riqueza.

Creemos que esta clasificación conduce a notables confusiones a la hora de operar sobre un sector concreto. Con tal objeto, resulta más apropiado diferenciar las medidas de

los fines perseguidos por la regulación, y en este caso sí podemos hablar de medidas de corte social o económico. Si el fin es la redistribución de la riqueza, no es solamente un fin social como proponen Majone y La Spina sino también y fundamentalmente económico. Para ello las medidas regulatorias pueden ser entonces de cualquiera de los tipos mencionados o bien de ambos.

Por su parte la OECD (1997) propone un tercer tipo denominado regulación administrativa, es decir las formalidades administrativas mediante las que los gobiernos recogen información e intervienen en las decisiones económicas individuales. Estas pueden tener impactos substanciales en el desempeño del sector privado.

1.4. Justicia Social y Regulación

El criterio inspirador de la posición neoliberal que fundamentan la necesidad de la regulación como una respuesta a las fallas de mercado es la optimización de la riqueza y el respeto de su distribución inicial, según sostienen Majone y La Spina. Es claro entonces que esta visión resulta insostenible para la regulación de una materia como la salud, donde existen notables disparidades en el estado de salud de diferentes grupos de población, diferencias inequitativas e injustas, resultado de políticas que sostienen condiciones sistemáticas prevenibles y evitables.

Al paradigma neoliberal que hemos esquematizado en los párrafos anteriores se le contrapone el paradigma de la Justicia Social que es el que se impulsa desde estas líneas.

En ambos la intervención estatal es necesaria, pero lo que esta en juego es entonces cuál es la finalidad de la intervención estatal. Mientras que en el modelo *neoliberal* en salud la finalidad es intervenir para promover un estímulo y complemento de la empresa privada, generando así un ambiente que incentive la inversión o la reducción de las barreras a la competencia y a la innovación y como un paliativo de las fallas del mercado, poniendo el acento en el mercado de los servicios de salud, en el de la *justicia social*, el estado interviene para asegurar los derechos de las personas, donde la salud es conceptualizada como un bien público. Sin una perspectiva basada en los valores de la justicia social, las aproximaciones a las inequidades en salud se ocupan del síntoma más que en transformar las instituciones que causan las inequidades sociales.

En 1972 Kenneth Arrow ganaba el Premio Nobel de Economía tras haber demostrado que en salud la sola aplicación de las fuerzas de mercado hace a los enfermos y a los grupos desfavorecidos, aún más enfermos y vulnerables. Se trata entonces de trascender una lógica mercantil para abordar una lógica de política pública de salud.

Nuestra perspectiva considera a la regulación como un mecanismo de control por parte del Estado de las actividades de las empresas prestadoras de servicios públicos, fundamentalmente en aquellos bienes sobre los cuales el Estado tiene que garantizar los

derechos de las personas. Así la regulación se define en los términos de bienes sociales o valores normativos que influyen sobre cierto tipo de actividades económicas. En este enfoque, los valores normativos son el punto de partida y el principal interés mientras que la eficiencia económica ocupa un segundo lugar de importancia

Es indiscutible la vulnerabilidad de quienes no pueden pagar para obtener un servicio de salud. También es innegable que, aún pudiendo pagar, quien está enfermo es vulnerable frente a un sistema de servicios complejo, sólo accesible a un entendimiento más o menos profundo por parte de los expertos. Y aún contando con la comprensión cabal del sistema el paciente sigue siendo vulnerable si el sistema no cumple con el fin para el que fue creado. En síntesis, se regula para que todos puedan acceder al más alto nivel de salud posible.

Así, la regulación es entendida como una **función del Estado** y, en tanto tal, como una herramienta de **política pública**.

A efectos de comprender más acabadamente esta función retomamos aquí a Majone y La Spina quienes consideran que las actividades del Estado en materia de regulación son las siguientes:

- ✓ Escoger y ponderar bienes e intereses que deben ser objeto de tutela
- ✓ Identificar y prevenir riesgos
- ✓ Diseñar, sancionar, adoptar y aplicar reglas de conducta dirigidas a los regulados
- ✓ Evaluar la eficacia de sus propias medidas, además de prevenir los eventuales efectos indeseables de dichas medidas sobre otras esferas sociales.

Este enfoque conduce inevitablemente a desmistificar otra visión largamente extendida de la regulación como un proceso técnico. En la profusa literatura sobre el particular existe la pretensión de demostrar teóricamente que la regulación es un proceso eminentemente técnico, de carácter racional y supuestamente basado en principios validados científicamente. Se habla por ejemplo, de la independencia de las agencias regulatorias¹⁷ no sólo como un requisito sino como su principio de funcionamiento básico (Rodrigo Tabja, 1999). Esta independencia respecto del poder político de turno supuestamente permitiría manejar las cuestiones regulatorias de manera aséptica y en base a estrictos criterios técnicos. Sin embargo esta posición no deja de ser endeble, no sólo por la propia vulnerabilidad del concepto de neutralidad u objetividad técnica, sino en la medida en que desdeña el principio de elección democrática de nuestros representantes además de

¹⁷ Se denomina agencias regulatorias a los órganos de la administración pública creados ad hoc de una determinada cuestión, cuyo objeto central es la regulación y fiscalización del sector que ha motivado su creación, y con ciertas características, destacándose como la más importante la de independencia del poder político.

sustentarse en que la actividad regulatoria puede ser escindida de las posturas del gobierno frente a la propia concepción de su rol.

Como se verá, la regulación no es un equivalente de la tradicional función de normatización que tiene el Estado, ya que no todas las normas emitidas tienen como objeto de control el sector privado ni, menos aún, tienen por objeto imponerles obligaciones.

Por otro lado, no solamente se regula emitiendo normas que establecen obligaciones, sino que la regulación debe comprenderse como una nueva función del Estado, que sin lugar a dudas se relaciona con la modificación y evolución permanente de los contextos socio-políticos y económicos en que se desenvuelven las democracias.

Selznick fue un precursor durante los años '50 de este nuevo enfoque definiéndola como *"el control focalizado y sostenido, ejercido por una agencia del estado sobre actividades que son socialmente valiosas"*¹⁸ (Citado por Pando, 2005). Stark (2001) por su parte la define como *"un conjunto de prácticas y reglamentaciones mediante las cuales el gobierno modifica u orienta la conducta y/o la estructura de una industria o servicio público o privado, con el objetivo de: a) minimizar costos de transacción asociados a factores institucionales; b) aumentar la eficiencia y la equidad de los mercados, de acuerdo con el interés social"*.

En similar línea de análisis, Chang (1992) define a la regulación como *"la actividad del gobierno que afecta directamente el comportamiento de los actores del sector privado, con el fin de alinearlos con el interés público"*. Más recientemente Prats (1998) declara adoptar el concepto de regulación utilizado por la OCDE (toda la serie de instrumentos mediante los cuales los gobiernos establecen requerimientos sobre la libre actividad de las empresas y los ciudadanos) pero agrega que todo ello es "por presumibles razones de interés público"

Para Mitnick (1980) la regulación de cualquier interacción económica o social consiste en *"la restricción intencional de la libertad de elección de un sujeto, proveniente de una fuente externa y no a las partes directamente involucradas"*. En particular, la acción del Estado como regulador sectorial podría definirse como *"los esfuerzos del gobierno por desviar las decisiones y acciones de actores sociales específicos hacia los objetivos fijados por el gobierno, usando los instrumentos a su disposición"* (van Vught, 1989). En síntesis, la regulación comprende el conjunto de reglas, normas y reglamentaciones extra-mercado, que intentan imponerse sobre determinadas actividades sociales y económicas, en nombre del interés público. En un concepto más dinámico, la regulación también comprende al proceso

¹⁸ Selznick, K (1985) "Focusing organizational research on regulation". En: Noll (ed.) *Regulatory policy and the social sciences*. University of California Press. Berkeley.

técnico-político de elaboración de esas reglas y sus instrumentos de aplicación¹⁹. Desde esta perspectiva, la regulación es concebida, entonces, como un hecho eminentemente político, en la cual se expresan ideas y valores que sustentan quienes ejercen y/o legitiman dicha actividad.

Retomamos a Lowi (citado por Sancho, 2003), quien propone a la regulación como una de las cuatro categorías posibles de políticas públicas. El autor toma en cuenta la combinación de dos criterios: la estructura de coerción utilizada por el poder público y el efecto que sobre los individuos tiene la intervención realizada.

Tipología de políticas públicas de Lowi

Estructura de coerción utilizada	Efectos de las políticas sobre la conducta de los individuos	
	Efectos directos	Efectos indirectos
<i>Imponen obligaciones</i>	<i>Políticas regulativas</i> Las reglas imponen obligaciones a los individuos.	<i>Políticas redistributivas</i> Las reglas imponen clasificaciones o status.
<i>Establecen poderes o privilegios</i>	<i>Políticas distributivas</i> Las reglas confieren facilidades o privilegios incondicionalmente.	<i>Políticas constitutivas</i> Las reglas confieren poder y autoridad.

FUENTE: Lowi, T (1985) "The State in Politics. The relation between policy and administration". En: Noll, R. (Ed.): *Regulatory Policy and the social sciences*. Londres. University of California Press. Citado por Sancho (2003)

Para Lowi las políticas redistributivas tienen por meta mejorar la equidad distributiva ya sea entre grupos de personas, entre regiones, etc. Su logro implica la cesión obligatoria de bienes de unos hacia otros, siendo un típico ejemplo la seguridad social. Lowi también incluye en este tipo a la provisión de determinados bienes que el Estado insta a consumir como educación elemental o salud pública, así como también políticas impositivas y/o fiscales. En cambio las políticas distributivas no imponen obligaciones a los individuos sino que en función de ciertas características individualizadas otorga privilegios a quienes las detentan. Por otro lado las políticas constitutivas son las que establecen las reglas de la distribución de poderes en un entorno social, generando los procedimientos para la adopción de las decisiones públicas, "las reglas de las reglas" según Lowi. En tanto que las políticas regulativas *serían aquellas formuladas por una autoridad pública con la intención de influir en la conducta de los ciudadanos, individual o colectivamente, mediante el uso de*

¹⁹ En la bibliografía local sobre la cuestión sólo se registra una definición "*el ejercicio de ajustar el funcionamiento de un sistema a unos fines determinados*" (Tobar, 1999b), la cual resulta insuficiente a los fines del presente trabajo, no discriminando una intervención regulatoria de otro tipo de intervención, así como tampoco las intervenciones estatales respecto de las privadas.

acciones punitivas positivas o negativas, imponiendo obligaciones y generando sanciones en caso de transgresión.

Esta función de regulación compete a los tres poderes del Estado, ya que la regulación puede ejercerse mediante la aprobación y sanción de una ley, la ejecución de actividades fiscalizadoras o bien mediante la sanción penal de los comportamientos inaceptables. Si bien se la ha asociado fundamentalmente a la actividad desplegada en el seno del poder ejecutivo no es de su exclusividad aunque es totalmente inobjetable que el neoliberalismo promovió la delegación de las facultades regulatorias y sancionatorias a los poderes ejecutivos, poniéndolas en manos de las agencias regulatorias.

Como consecuencia del achicamiento del Estado, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) lideró y lidera aún una Iniciativa²⁰ continental denominada “La salud pública en las Américas”, dirigida a la definición y medición de las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP) como base para mejorar la práctica de la salud pública y fortalecer el liderazgo de las autoridades sanitarias en todos los niveles del Estado. Las FESP se han definido como las condiciones que permiten un mejor desempeño de la práctica de la salud pública²¹ (Muñoz y otros, 2000).

Basada en una metodología de consenso por expertos la OPS realizó evaluaciones de la salud pública en diferentes países incluida la Argentina, siendo una de los pocos procesos de evaluación del sistema de tipo global que se registran. Cada función incluye una serie de estándares e indicadores que contribuyen a su definición (Ver Cuadro 3).

Estándares e Indicadores de la Función Esencial de la Salud Pública N° 6.

Estándares	Indicadores
Capacidad institucional para desarrollar el marco regulador para proteger la salud pública y la fiscalización de su cumplimiento.	Revisión periódica, evaluación y modificación del marco regulatorio
Capacidad de generar nuevas leyes y regulaciones dirigidas a mejorar la salud de la población, así como a promover ambientes saludables.	Hacer cumplir la normativa en salud
Protección de los ciudadanos en sus relaciones con el sistema de salud.	Conocimientos, habilidades y mecanismos para revisar, perfeccionar y hacer cumplir el marco regulatorio
Ejecución de todas estas actividades para asegurar el cumplimiento de la regulación en forma oportuna, correcta, consistente y completa.	Asesoría y apoyo técnico a los niveles subnacionales de salud pública en la generación y fiscalización de leyes y reglamentos

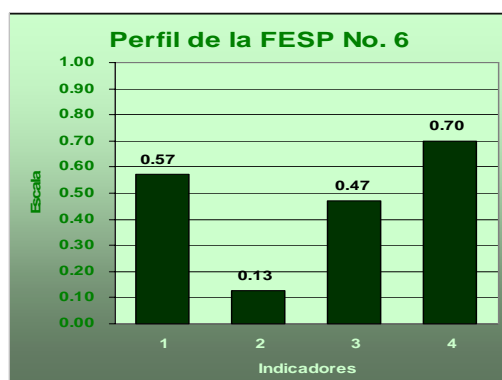
²⁰ http://www.vcampuspaho.org/esp/insp_esp.html

²¹ Las Funciones Esenciales de la Salud pública abordadas en esta iniciativa por la OPS son: 1) Monitoreo, análisis y evaluación de la situación de salud, 2) Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública, 3) promoción de la salud, 4) Participación de los ciudadanos en salud, 5) Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública, 6) Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en salud pública, 7) Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios, 8) Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública, 9) Garantía y mejoramiento de la calidad de servicios de salud individuales y colectivos, 10) Investigación en salud pública y 11) Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud.

A los efectos del presente trabajo resultan interesantes los resultados obtenidos en el caso de la Función Esencial N°6 referida al *Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en salud pública*.

A continuación se detallan los resultados cuali-cuantitativos de la evaluación de la función regulatoria en salud para Argentina realizada hacia fines de 2001:

Evaluación del grado de cumplimiento de la FESP N° 6. República Argentina. Año 2001.



Fuente: Ministerio de Salud-Organización Panamericana de la Salud (2001)
Medición del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública
Resultados del taller de aplicación del instrumento, Buenos Aires, Argentina, 13 al 15 de noviembre, 2001
(Informe preliminar)

Según el informe: *“Las dificultades acusadas en esta función, se refieren a la capacidad y el ejercicio del papel fiscalizador del estado, cuyo objeto es hacer cumplir el marco regulatorio. (...). La revisión periódica se realiza medianamente, pero la asesoría a los niveles intermedios y el fortalecimiento de las capacidades de regulación y fiscalización en los niveles subnacionales, ronda el 70%, siendo la mas elevada, asunto importante dadas las características de amplitud y diversidad geográfica y demográfica del país”*(Msal/OPS, 2001).

Otros autores incorporan a la regulación como un aspecto que integra la denominada función de rectoría del Estado, noción que ha tomado un impulso considerable de la mano del concepto de fortalecimiento del Estado. Tal el caso de Figueras, Musgrove, Carrin y Durán (2002) quienes reconocen que *“finalmente, la gobernación o rectoría no es mera retórica, sino que supone definir realmente las políticas y reglas de juego para el sistema en su conjunto. La regulación forma parte de dicha función, tanto en el área financiera (incluyendo los seguros) como en las de calidad asistencial (control de protocolos y errores médicos) y la capacitación o recertificación de los profesionales. A pesar de ser la función más nebulosa, debe considerarse como la más crucial en dos sentidos. En primer lugar, porque su desempeño afecta a las otras funciones y, directa o indirectamente, al logro de*

cualquier objetivo sistémico. En segundo lugar, por ser una función irrenunciable del Estado, si bien profesionales, organizaciones médicas o de defensa del consumidor, los pacientes, y la población en general, también contribuyen. Es la que menos puede dejarse al funcionamiento del mercado”.

Así, la regulación sanitaria debe proponerse metas referidas a la salud de la población tales como la mejora de indicadores sanitarios, la disminución de las brechas e inequidades en la atención, la garantía de calidad en la atención, la promoción de ambientes saludables o la protección de los ciudadanos en sus relaciones con el sistema de salud.

Asimismo, para el cumplimiento de dichas metas la regulación deberá tener en cuenta aspectos tales como la estructura, procesos y resultados de los servicios de salud, las características de los establecimientos de salud (hospitales, sanatorios, centros de diagnósticos, etc.), los recursos humanos del sector, los sistemas de financiación y gestión de servicios y/o de los alimentos, medicamentos y tecnología médica, entre otros.

En función de alguna combinación de estas metas y objetivos específicos que se consideren deseables es posible definir las *herramientas regulatorias* que incluyan la identificación de procesos susceptibles de ser regulados, así como las orientaciones y límites que se establecerán. No existen relaciones lineales entre objetivos a lograr y herramientas regulatorias, ya que el logro de un objetivo puede demandar intervención sobre varios procesos e, inversamente, la regulación de algunos aspectos de la actividad puede satisfacer más de un objetivo de los anteriormente mencionados.

Respecto de una definición específica de regulación sanitaria podemos mencionar la expuesta por Nidal Hafez (1997): *cualquier acción colectiva ejercida a los fines de influir, directa o indirectamente, sobre el comportamiento y funcionamiento del personal o de la organización de atención médica*²² –la traducción es propia-.

Por todo lo expuesto y en función de los fines del presente trabajo, podemos concluir que regulación sanitaria es: *El control estatal sostenido sobre la oferta pública y/o privada de servicios de atención de la salud, a través del establecimiento de normas que orienten el proceso de asignación, organización y distribución de los recursos y productos y la vigilancia de su cumplimiento, a fin de garantizar el derecho a la salud de las personas.*

2. La situación de las carreras sanitarias en la argentina

Ya se ha hecho mención al carácter federal en la regulación de los sistemas de salud y, por lo tanto, de las facultades de las autoridades locales sobre la definición de políticas de salud y la regulación del empleo público.

²² “*Health care regulation is defined as any social action exerting an influence, directly or indirectly, on the behavior and functioning of health care personnel and/or organizations*”.

2.1. Marco legal constitucional

Es importante considerar cuáles son los principios establecidos en la Constitución que aportan a la construcción de regímenes de empleo en el sector público, a fin de contar con un marco legal para el análisis y futuras propuestas.

CONSTITUCIÓN DE LA NACIÓN ARGENTINA

La **estabilidad del empleado público**, impuesta por los Constituyentes de 1957, tuvo por objeto garantizar al servidor estatal (nacional, provincial o municipal) la tranquilidad necesaria para el cumplimiento de su tarea. Se tendía así a evitar la discrecionalidad y el manipuleo del empleado público por parte de los gobernantes de turno.

El artículo 14 bis contempla la **protección de los trabajadores**, asegurando condiciones dignas y equitativas de labor, igual remuneración por igual tarea y estabilidad del empleado público. El mismo artículo garantiza a los gremios **convenios colectivos de trabajo**.

En el artículo 16 se establece la **igualdad de oportunidades ante el empleo**: “Todos los habitantes son iguales ante la ley, y admisibles en los empleos sin otra condición que la de idoneidad”. Cuando se fijan las atribuciones del Congreso (Artículo 75) el punto 19 lo faculta para dictar leyes conducentes al desarrollo humano (entre otras, destinadas a la formación profesional de los trabajadores) y el 23 a promover medidas de acción positiva que garanticen la igualdad de oportunidades y de trato.

El **derecho a la salud** está contemplado en la Constitución a través de la adhesión a los tratados internacionales enumerados en el Artículo 75 inciso 22, a los cuales se les otorga jerarquía constitucional: “...tienen jerarquía constitucional, no derogan artículo alguno de la primera parte de esta Constitución y deben entenderse complementarios de los derechos y garantías por ella reconocidos.” En el artículo 42 se contempla la perspectiva de protección de la salud del consumidor de bienes y servicios en la situación de consumo.

Respecto de los sistemas de contratación de funcionarios públicos en la Argentina, cabe señalar que los sistemas vigentes en el ámbito provincial, con ciertos matices, se asemejan a los del ámbito federal. En general, incluyen escalafones de para el personal de planta permanente, con garantía de estabilidad en los cargos, a los que se accede por concurso; 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

regímenes de contratación sin relación de dependencia, tanto locaciones de servicios como locaciones de obra.

Para los agentes de planta permanente también existen regímenes básicos y escalafones generales que contemplan a los empleados de los poderes ejecutivos provinciales, que se combinan con otros regímenes específicos, generalmente determinados por las características especiales que implican las respectivas prestaciones laborales, aún cuando en muchos casos es de aplicación supletoria el estatuto general²³.

De todas maneras, es importante destacar que a este tipo de contrataciones, se agregan en el sector salud otras situaciones de revista precarias bajo la forma de “becas”, que son otorgadas en general a profesionales o técnicos para completar su formación de posgrado, pero que en muchos casos incorporan mayor carga de trabajo que de formación.

2.2. Marco político sanitario

La política de salud de los últimos años ha puesto énfasis en la necesidad de trabajar las inequidades del sistema de salud. A su vez, ha sido un capítulo importante el desarrollo de los recursos humanos del sector.

El **Plan Federal de Salud**²⁴, suscripto por los Ministros del área en San Nicolás de los Arroyos como un compromiso para el período 2004-2007, daba cuenta en su diagnóstico de las inequidades existentes en el sistema de salud: *“debe señalarse la fuerte heterogeneidad de los recursos destinados a la salud pública por las distintas jurisdicciones provinciales (medido tanto en términos de la participación en el gasto total, el gasto en salud por habitante, como en términos de su PBG): mientras que la Ciudad de Buenos Aires destina más de un cuarto de su presupuesto a la atención de la salud, provincias tan distintas ente sí como Santa Fe, Misiones, Córdoba, Corrientes y Catamarca se ubican en torno al 8% sobre el presupuesto total. En términos per capita, las jurisdicciones de Ciudad de Buenos Aires, Santa Cruz, Tierra del Fuego y Neuquén gastan más de los \$270 por habitante al año, y, en Buenos Aires, Santa Fe, Misiones, Córdoba, Corrientes y Tucumán el gasto por habitante no supera los \$80 anuales”*

El proceso de descentralización de los efectores públicos profundizó las inequidades ya existentes, no sólo por la falta de financiamiento y consenso social y político con el que fue realizado, sino porque no se acompañó del correspondiente diseño institucional. La

²³ El Estado Nacional cuenta con una ley, la Ley 25.164, sancionada en 1999, que establece el marco para el empleo en la órbita de la administración pública nacional. Sus disposiciones son de carácter general, y deja establecido la necesidad de adecuar las particularidades de los distintos sectores mediante la negociación colectiva

²⁴ MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN, *Plan Federal de Salud*. Disponible en http://www.msal.gov.ar/htm/site/institucional_planfederal.asp
<http://www.msal.gov.ar/htm/Site/pdf/ACTA%20COFESA.pdf>

ausencia de coordinación desde el nivel central permitió una gran heterogeneidad de conductas a nivel provincial y municipal. *“Se puede afirmar que coexisten, con distintas intensidades, diversas modalidades de organización. La complejidad de cada proceso de descentralización deriva en la existencia de significativas diferencias, donde se combinan diferentes grados de autonomía hospitalaria, niveles dispares de integración de sus redes de atención, políticas de recursos humanos heterogéneas...”*

De hecho, todavía subsisten inconvenientes por la falta de integración normativa de los regímenes de carrera al momento de la transferencia, con situaciones irregulares fruto del respeto de los derechos adquiridos y la no compatibilización de las situaciones de revista²⁵

A su vez, la falta de planificación y regulación de recursos humanos fue una consecuencia directa de la falta de políticas para el sector, que librado al mercado concentró los recursos en torno a los centros de alto desarrollo tecnológico, con un exceso de especialidades y subespecialidades y favoreció el desarrollo del poder corporativo. *“Durante muchos años, la ausencia de una visión compartida del sistema de salud y de orientaciones estratégicas globales, ..., constituyeron manifestaciones de una débil capacidad de rectoría que debe ser desarrollada en cada una de las jurisdicciones, al tiempo que fortalecer esta función en el Ministerio Nacional.”*

Dentro de las propuestas del Plan Federal, se identifica como prioritaria un ordenamiento racional, planificación y distribución de los recursos humanos. Las líneas estratégicas se dirigen al campo de la formación, articulando con los responsables del área, pero también al de la gestión del trabajo, con la propuesta de contar con un Nomenclador Nacional de Puestos Sanitarios (normatización de perfiles y currículas de formación), promover los procesos de certificación y recertificación periódica, establecer incentivos para una distribución más equitativa de los recursos humanos en todo el país e impulsar en todas las jurisdicciones la aplicación de las distintas instancias para efectivizar las carreras hospitalarias o de salud, *“de manera tal que el mérito profesional, la formación permanente y el aporte a la investigación y a la docencia sean los elementos que determinen el acceso a los cargos del sistema de salud de cada una de las jurisdicciones desincentivando la precariedad laboral.”*

Desde ya que el documento plantea la necesidad de un marco de acuerdos para avanzar en las políticas definidas, en el ámbito del Consejo Federal de Salud, pero con un rol más dinámico por parte de las autoridades nacionales en la organización general del sector.

²⁵ En la Ciudad de Buenos Aires quedan agentes que aún detentan dos cargos dentro del sistema, uno en un hospital transferido y otro en uno ex municipal, llegando a concentrar hasta 76 horas de trabajo semanal.

Si bien se realizaron avances en la política de recursos humanos, fundamentalmente en la regulación de las especialidades y en el fortalecimiento de los equipos de atención primaria de la salud, en términos de gestión del trabajo no fue posible contar con la definición de puestos ni con la promoción de las carreras.

Obviamente, corresponde reconocer la complejidad de los acuerdos locales que conlleva la implementación de un régimen diferenciado para los trabajadores de la salud, pero las diferencias que siguen existiendo en materia salarial y de condiciones de trabajo entre las distintas provincias hace que se reproduzca a nivel nacional lo que se está verificando en toda la región de Latinoamérica: se incrementan los procesos de migración de los trabajadores más calificados hacia las jurisdicciones con mejores posibilidades de atracción y retención de los mismos, reforzando las inequidades.

3. Análisis de los regímenes de carrera sanitaria en las provincias argentinas

3.1. Consideraciones metodológicas

El presente relevamiento normativo se realizó reordenando bajo una misma estructura las diferentes categorías presentes en las carreras vigentes, con el objeto de organizar sus componentes de manera tal que puedan ser leídos en forma secuencial, aportando los elementos para comprender las categorías subsiguientes. Al mismo tiempo, de esta forma se facilita la comparación entre los distintos regímenes. El esquema modelo se adjunta a continuación del presente desarrollo.²⁶

También hemos decidido comenzar la descripción de cada provincia con la Constitución porque aporta los derechos fundamentales a los que no puede sustraerse ninguna norma y la ley de servicio civil porque en general complementa a las carreras sub estudio.

Debido a la extensión que demanda la presentación esquematizada de cada una de las Carreras Sanitarias, ella aparece al final de esta segunda parte.

3.2. Casos relevados en el período 2008²⁷

Los regímenes analizados para esta etapa de la investigación son los de las provincias de Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Entre Ríos, Salta y San Juan, Chubut, La Pampa y Tucumán

²⁶ Las categorías utilizadas para la elaboración de los esquemas han sido descriptas en la presentación del 2007 al referirnos a los componentes de la carrera

²⁷ En la presentación de el Equipo de OPP Salud 2007 se puede encontrar los esquemas correspondientes a las provincias de Buenos aires, Jujuy, Mendoza, Córdoba, Río Negro, San Luis, Catamarca, Misiones

Se presenta también el Decreto PEN N° 277/91 que regula la carrera sanitaria en los establecimientos dependientes del Ministerio de Salud de la Nación

3.3. Regímenes de carrera en las distintas jurisdicciones provinciales.

Respecto de los regímenes específicos para el sector salud, pueden verificarse tres situaciones diferentes:

- a) **Regímenes de carrera que involucran sólo a los profesionales de la salud con formación universitaria:** puede ser exclusivamente para los profesionales médicos o incluir algunas o todas las disciplinas universitarias del equipo de salud. La tendencia más reciente es a incorporar las diversas profesiones.

1.

Buenos Aires, RÉGIMEN PARA LA CARRERA PROFESIONAL HOSPITALARIA, Ley n° 10.471 (1996)

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, CARRERA DE PROFESIONALES DE LA SALUD, Ordenanza N° 41.455 (1986), CONVENIO COLECTIVO DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD Resolución N° 375/SHyF-SS/2005 aprueba nuevo escalafón

Entre Ríos, CARRERA DEL PROFESIONAL HOSPITALARIO. Ley 9.190 (1990)

Jujuy, RÉGIMEN DE LA CARRERA DE PROFESIONALES EN SALUD PÚBLICA, Ley 4.135 (1984)

Mendoza, CONVENIO COLECTIVO DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD, Decreto 1.630/2007

San Juan, CARRERA MÉDICO HOSPITALARIA Ley 2.580 (1961)

Nación: CARRERA DE PROFESIONALES UNIVERSITARIOS DE LA SALUD, Decreto PEN N° 277/ 1991

- b) **Regímenes de carrera dirigidas al equipo técnico profesional** (“personal de blanco”): el ámbito de aplicación incluye a los trabajadores cuyos procesos de trabajo tienen características diferenciales relacionadas con la atención directa de la salud.

Córdoba, REGIMEN DEL PERSONAL QUE INTEGRA EL EQUIPO DE SALUD HUMANA, Ley 7.625 (1987)

Río Negro, CARRERA TÉCNICO PROFESIONAL SANITARIA, Ley 1.904 (1984)

San Luis, CARRERA SANITARIA PROVINCIAL, Ley 5.554 (2004)

c) Regímenes de carrera que incorporan a todo el personal del Ministerio de Salud de la provincia, independientemente de su función.

Catamarca, CARRERA DEL PERSONAL SANITARIO, Ley Nº 5.161 (2005)

Chubut, CARRERA PARA EL PERSONAL SANITARIO, Ley 2672, (1986)

La Pampa, CARRERA SANITARIA, Ley 1.279, (1990)

Misiones, CARRERA SANITARIA PROVINCIAL, Ley 2.693 (1989)

Tucumán, CARRERA SANITARIA PROVINCIAL, Ley 5.908 (1988)

Salta, ESTATUTO DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD, Ley 6903 (1996)

Algo importante de destacar es que la Provincia de San Juan tiene dos regímenes sanitarios: el de los profesionales que se ha incorporado en el presente trabajo y un régimen que abarca a los trabajadores no profesionales que acaba de ser aprobado por la vía de la negociación colectiva con el gremio de los trabajadores sanitarios (aún no está homologado)

En otras provincias, los trabajadores de la salud están incluidos en el Estatuto del personal de la administración, configurando una cuarta categoría

4) Trabajadores de la salud incorporados al régimen general provincial de empleo público

Chaco, cuenta con un ESTATUTO PARA EL PERSONAL DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA PROVINCIAL, Ley Nº 2.17 (1976)

Corrientes, ESTATUTO DEL EMPLEADO PÚBLICO, Ley 4.067 (1986)

La Rioja, ESTATUTO PARA EL PERSONAL DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA PROVINCIAL Y MUNICIPAL, LEY 3.870 (1979)

Neuquén, ESTATUTO DEL PERSONAL CIVIL DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DE LA PROVINCIA DE NEUQUÉN, Decreto Ley Nº 1853 (1958). Por Ley 2562, se aprueba un escalafón sanitario y se remite a discusión de carrera sanitaria (2007)

Santa Cruz ESTATUTO PARA EL PERSONAL DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA PROVINCIAL, Ley 591 (1967)

Tierra del Fuego,

3.4. Resultados del relevamiento

En general, las constituciones contemplan los derechos relacionados con el empleo público y la salud desde distintas perspectivas, que van desde la igualdad de oportunidades en el acceso a los cargos, la estabilidad y otros derechos, así como los mecanismos de ingreso y las responsabilidades en el primer caso, y el reconocimiento de la salud como un bien social y derecho universal hasta la responsabilidad del estado provincial en la prestación de los servicios en la segunda.

Prácticamente, todas las Carreras Sanitarias han sido aprobadas por Ley, aunque en el caso de Mendoza se ha firmado un convenio colectivo aprobado por decreto del ejecutivo que espera su ratificación por Ley y en el de la Ciudad de Buenos Aires se ha acordado mediante negociación colectiva un nuevo escalafón. Ésta parece ser la tendencia más reciente.

En un ordenamiento cronológico de las mismas, puede observarse, que ha habido dos períodos en donde se ha dinamizado la legislación en materia de estatuto sanitario: la primera en la década del ochenta pos dictadura y la segunda, más reciente, a partir del 2004. Ambos momentos pueden relacionarse con etapas de la vida democrática en las que se buscaba y busca fortalecer las instituciones del Estado y, por lo tanto, se promueven estrategias de desarrollo para el crecimiento y la adhesión de los trabajadores que conforman la administración.

Algunas carreras que datan de la década del noventa no fueron reglamentadas en su momento y han sido y están siendo objeto de discusión en el último período para avanzar en su reglamentación.

Alcance	Anteriores a 1984	1984- 2002	2003 en adelante
Profesionales universitarios de la salud	San Juan (1961)	Buenos Aires (1987) CABA (1986) Entre Ríos (1990) Jujuy (1984) Nación (1991)	Mendoza (2007)
Profesionales y técnicos "Personal de blanco"		Córdoba (1987) Río Negro (1984)	San Luis (2004)
Todos los trabajadores de la jurisdicción salud		Chubut (1986) La Pampa (1990) Misiones (1989) Salta (1987) Tucumán (1988)	Catamarca (2005) Salta (2005) Regl
Estatuto general del empleado público	Chaco (1976) Formosa (1958) Neuquén (1958)	Corrientes (1986) Santiago del Estero (1987)	Neuquén (2007)

	La Rioja (1979) Santa Cruz (1967) Santa Fe (1983)		Escalafón
--	---	--	-----------

Esta primera categorización realizada en base al ámbito de aplicación y cobertura refuerza la perspectiva ya enunciada de la fragmentación, si bien a la vez está demostrando una voluntad mayoritaria de contar con un régimen diferenciado para los trabajadores de salud.

Entre las normas relevadas, es escasa la enunciación de principios generales relacionados el objetivo de mejorar la salud de la población como fin último de la misma (cinco de ellas).

Mejor y efectiva prestación de servicios públicos (Mendoza)

Fomento, promoción, protección y rehabilitación de la salud a través de la regulación del trabajo (Buenos Aires)

Fomentar, recuperar y rehabilitar la salud de las personas (Chubut, San Luis)

Organizar actividades destinadas a la atención sanitaria integral y lograr mayor eficiencia y eficacia de todo el recurso humano que integra el sector.(Misiones)

Cuatro de las carreras sólo se refieren a su rol en la protección y desarrollo de los trabajadores y la mayoría (siete), no hacen mención a objetivos o principios rectores.

Si bien ya se ha hecho referencia al alcance de las carreras en la Tabla 1, es interesante mencionar que en el caso de las carreras que comprenden a los profesionales universitarios y al personal de blanco se hace un detalle exhaustivo de las disciplinas incorporadas en todos los casos, excepto en las provincias de San Luis y Río Negro.

Respecto de las situaciones de revista, la carrera incorpora al personal de planta en categorías de titular, interino, reemplazante, transitorio, suplente y en ocasiones hasta la figura de contratado, aunque en general éste último y los directivos de gabinete están excluidos. Sólo el titular tiene verdadera estabilidad en el cargo como producto del ingreso por concurso. En algunas carreras aparecen los residentes y concurrente como categoría pre escalafonaria (Buenos Aires, Chubut, Río Negro, San Luis y Tucumán). En San Luis los cargos se revalidan cada cinco años. La diversidad de estas situaciones sólo podría ser analizada localmente a través de entrevistas, ya que un mismo término puede ser utilizado de formas diferentes en cada jurisdicción.

Los escalafones en pocas situaciones realizan agrupamientos por función. Las carreras exclusivas para profesionales contemplan entre 7 y 9 grados, con diferentes niveles de funciones jerárquicas (entre 3 y 8). En el caso de las que comprenden a todo el personal de blanco, la división se da por el nivel de formación alcanzado, contando con un total de 11

a 15 categorías para la carrera y 5 niveles de conducción, excepto en el caso de San Luis que prevé establecerlos por la vía reglamentaria. Las carreras que incorporan a todo el personal de la jurisdicción desarrollan escalafones más complejos, generalmente segmentados de acuerdo con la función y el nivel de educación formal alcanzado, aunque en algunos casos ello conlleva bastante nivel de complejidad. Podría encontrarse un exponente de dicha complejidad y del agrupamiento por función en Catamarca, en donde el régimen es de reciente aplicación. Existen varias subdivisiones: ramas relacionadas con las tareas; áreas que se relacionan con la función; grupos de acuerdo con la educación formal y grados de promoción por grupo. Las ramas son cinco: profesional, enfermería, técnica, administrativa, servicios generales y mantenimientos, con cuatro áreas: técnica sanitaria, técnica preventiva, técnica asistencial y servicios auxiliares. A la vez, cuatro grupos: (A, B, C y D que se dividen en 2 subgrupos asistencial y no asistencial y Cinco Grados por antigüedad de 5 a más de 20 años. Los niveles jerárquicos son siete.

Respecto del ingreso, se realiza por la categoría inferior del escalafón en el caso de los cargos de ejecución, previo concurso abierto o de pases, pero con diferentes variantes, que en los casos analizados dejan el concurso público y abierto para aquellas oportunidades en que las demás instancias de selección han quedado desiertas. Ya se ha mencionado que algunos regímenes contemplan como preescalafonaria la situación del residente, favoreciendo su incorporación sin el requisito de concurso, que se considera cumplimentado al haber sido seleccionado para la residencia. En la Ciudad de Buenos Aires quienes tienen certificado de especialista, residencia o concurrencia acreditada ingresan por la segunda categoría. Los requisitos son los de idoneidad para el cargo, además de los habituales para la administración pública, aunque en algunos casos se solicita no sólo domicilio en la provincia sino en la localidad en la cual se encuentra la institución (Entre Ríos, San Juan, San Luis). En la provincia de Salta el ingreso de los profesionales es siempre al interior de la provincia y por un período mínimo de tres años. Respecto de las incompatibilidades, éstas se corresponden también con las de la administración y están además en relación con la dedicación.

En cuanto a los derechos, nuevamente no difieren mayormente de aquellos de los trabajadores de la administración respecto de la estabilidad en el empleo, agremiación, remuneraciones, ascensos, recursos, etc. Aparece en la provincia de Córdoba mencionados los derechos a elementos de protección, higiene y seguridad en el trabajo. Se mencionan a continuación algunos derechos que configuran particularidades como el de no ser trasladado salvo misiones oficiales de carácter transitorio (no más de 60 días) o por reestructuración (Buenos Aires), la inamovilidad del asiento habitual de sus tareas y de capacitación (Córdoba) y el de un régimen jubilatorio especial. (Chubut). En Salta es un derecho de los

trabajadores el examen psicofísico anual, que se intensifica para los trabajadores de las instituciones de salud mental. Pero también aparece como un deber.

La misma circunstancia se da en cuanto a los deberes, aunque cabe mencionar por fuera de los habituales los siguientes deberes que llaman la atención, algunos por lo obvio:

- prestar servicios personalmente, promover acciones disciplinarias al personal a sus órdenes (Mendoza)
- Cumplir con los planes de capacitación en servicio y desempeñar sus funciones fuera del asiento habitual de sus tareas por un término no mayor a noventa días (Córdoba)
- concurrir al lugar de trabajo en casos de excepción sin compensación económica ni horaria (San Luis)
- desempeñar funciones en más de un sector (La Pampa)
- Personal con tarea asistencial debe contar con seguro de mala praxis (Catamarca)

El próximo ítem relevado está referido a la promoción. En todas las carreras se considera la promoción horizontal cada tres a cinco años, y ésta aparece siempre ligada a la antigüedad, aunque son pocas las jurisdicciones que consideran la promoción automática (exclusiva por antigüedad). En la mayoría de los casos se menciona el mérito en relación con una calificación anual, pero sólo en algunos pocos se aclara cómo se considerará el mismo y esto queda para la vía de la reglamentación. La exigencia de una calificación mínima anual también involucra el cumplimiento de créditos de capacitación (Córdoba).

La promoción vertical es para el acceso a los cargos de conducción o para el cambio de escalafón y están reservados a los trabajadores que ya están incorporados en el escalafón y se realiza por concurso. Se prevén requisitos de antigüedad mínima y en oportunidades alguno específico de formación (Cursos de administración). Algunas carreras plantean la periodicidad de los cargos de conducción, en general.

Los concursos suelen ser uno de los capítulos más desarrollados en todas las carreras. Aparecen concursos de antecedentes y oposición. En general, lo que suele encontrarse es un detalle exhaustivo de los puntajes para la evaluación (énfasis en la formación especializada), resolución de empates, impugnaciones, apelaciones, etc., en especial para los cargos jerárquicos. En la carrera de Mendoza, más reciente, se contempla como parte de la evaluación del postulante a cargos de conducción una prueba psicológica y un proyecto de gestión. Los concursos son abiertos para el ingreso (ya se ha hecho mención específica al punto al referirnos al ingreso) pero no así, como ya se ha mencionado, para los cargos jerárquicos en los que se busca cubrir el puesto en primera instancia con un trabajador escalafonado.

Un punto en el que hay una cierta diversidad es en la evaluación de desempeño. En esta categoría se dan tres tipos de situaciones diferentes

- Directamente no se menciona en cinco provincias
- Se hace referencia a una “calificación” en seis de las provincias, apareciendo relacionada dicha calificación con “evaluación de antecedentes”, antigüedad y/o capacitación según el caso.
- Se reconoce una evaluación ligada a la tarea/desempeño sólo en cuatro provincias

En la carrera de Mendoza se enumeran algunos tópicos de la evaluación novedosos: *Cumplimiento de normas de bioseguridad, trabajos realizados en la comunidad, cumplimiento de protocolos, etc.*

A su vez, no hay referencia a las consecuencias de una evaluación desfavorable, excepto en la carrera de Chubut: *Pérdida de estabilidad por 3 evaluaciones desfavorables o pérdida de función jerárquica por una.*

La capacitación es un tópico común a todas las carreras, lo que da cuenta de la relevancia de estos procesos en el sistema de salud. Está contemplada aunque más no sea a través del derecho a licencias específicas. En general, aparece tanto como un derecho como un deber, con diversas variables:

- Licencia por capacitación (franquicias horarias, becas, traslados)
- Obligación personal (Jujuy, Misiones, Mendoza)
- Igualdad de oportunidades (Córdoba)
- Capacitación en servicio (Mendoza)
- Estado asegura la capacitación (Chubut)

Respecto de la salida de los trabajadores del sistema, no difiere de la del resto de los trabajadores públicos.

La duración de la jornada laboral parecería ser una característica distintiva de la carrera sanitaria, así como las modalidades de prestación de servicio. La gran mayoría aceptan una gran variedad de cargas horarias, que pueden ir desde 12 hasta 48 horas para los profesionales. Es más, en muchos regímenes, se expresa que la única incompatibilidad para los profesionales de la salud es la horaria. En Salta se fija un máximo de 74 horas semanales con guardia incluida, pero se autoriza a residentes y a jefes a realizar guardias.

Lo llamativo es que en los regímenes de carrera que abarcan a todos los trabajadores de la jurisdicción, los trabajadores técnicos, administrativos o de los servicios tienen una carga horaria uniforme. En todos los casos, se contempla la guardia activa como una modalidad de prestación de servicio especial y en algunos pocos casos también la guardia pasiva (regímenes de 12 a 36 horas semanales). En la provincia de Mendoza se ha

avanzado en un esquema para la *Guardia pasiva permanente*, en el que se establecen: tres semanas de servicio por una de descanso. Las cargas horarias extendidas son consideradas de dedicación exclusiva y pueden darse con y sin bloqueo de título. En la provincia de San Luis la pertenencia a la carrera es incompatible con el ejercicio de otro cargo. Algunas provincias contemplan un régimen especial para áreas rurales (Chubut), que incluye la dedicación exclusiva.

Respecto de los regímenes de remuneraciones, existen múltiples combinaciones, pero derivan en su mayoría en una estructura de salario básico sumado a un adicional por nivel y a adicionales por

- Guardia
- Función jerárquica
- Bloqueo de título
- Dedicación exclusiva / Disponibilidad permanente
- RRHH crítico
- Riesgo (radiología/infectología)

Podría considerarse que algunas funciones aparecen incentivadas, como pueden ser las prestaciones en determinados puestos poco deseados por los trabajadores por su ubicación geográfica (Bs As, Catamarca, Córdoba, Chubut, Entre Ríos, Salta, San Juan y Tucumán contemplan suplementos por zona), por su horario (consultorio vespertino en Catamarca) o por su especialidad (Neuropsiquiátrico en Catamarca). Las nuevas carreras de San Luis y Catamarca contemplan incentivos por productividad, pero no se cuenta con información respecto de cómo se aplican.

Por el tipo de proceso de trabajo de la salud, que con frecuencia impacta en la salud de los trabajadores, se esperaría encontrar en las carreras licencias o rotaciones que permitieran prevenir el deterioro de los trabajadores. Excepto por las licencias de los trabajadores de áreas de radiodiagnóstico y algunos casos aislados como en La Pampa o en la carrera de los institutos nacionales que contemplan licencias especiales para Terapia Intensiva o Salud Mental, esta es un área poco desarrollada. Tampoco se observan beneficios adicionales no salariales contemplados en la carrera, como podrían ser los relacionados con la vivienda en el caso de desarraigo o antigüedades calificadas.

Sin embargo, las licencias universalizadas son las de capacitación especial, incluyendo en la Ciudad de Buenos Aires seis horas semanales dedicadas a dicha actividad. También aparece una licencia compensatoria por quinta guardia.

Una particularidad es que los distintos regímenes incluyen una variedad de cuerpos colegiados, dirigidos principalmente al seguimiento e interpretación de la carrera, a los reclamos y disciplina y a las calificaciones.

Por otra parte, es llamativo como muchas carreras avanzan sobre la organización de los servicios de salud a través de la definición de unidades funcionales, la categorización de establecimientos (por complejidad), asignando la facultad para integrar áreas programáticas al poder ejecutivo en algunos casos (Provincia de Buenos Aires) o autorizando al establecimiento asistencial a acumular cupos de guardia no utilizados en un período para otro período (Salta).

4. Algunas reflexiones sobre el relevamiento

Un estatuto diferenciado dentro del régimen previsto para el común de los trabajadores de la administración pública implica el reconocimiento de especificidades propias del proceso de trabajo que no pueden ser contenidas en un régimen general.

Los trabajadores de salud involucran el 60-70% de los presupuestos de los sistemas de salud, las particularidades del servicio relacionado con un objeto sensible, que exige competencias especiales y procesos de formación continuos ante realidades cambiantes. El tiempo que demanda la formación de los profesionales del equipo de salud (entre 6 y 10 años) y, por ende, la necesidad de proyectar nuevas capacidades ante escenarios complejos, destinadas a prever la atención de la salud al mediano y largo plazo crean un encuadre propicio para un marco normativo específico para los trabajadores de la salud

Sin embargo, la normativa analizada contiene pocos instrumentos que la constituyan en instrumento de políticas de salud toda vez que no permiten orientar su desarrollo hacia áreas prioritarias, como la de Atención Primaria de la Salud.

Si consideramos las aprobadas ente 1983 y 2002, parecería que hubiera primado la preocupación de los trabajadores por legitimar derechos corporativos y por prevenir arbitrariedades devenidas de los procesos autoritarios, no superando la calidad de instrumento de administración de recursos humanos. Por otra parte, desde la perspectiva de protección de los trabajadores, salvo escasas excepciones, no avanza sobre las condiciones de trabajo que ponen en riesgo la salud de los trabajadores.

Es más, también podría considerarse que la diversidad de jornadas laborales también da cuenta de un proceso con especificidades, pero a la vez tanta variedad podría estar objetivando la adecuación de la norma a históricas situaciones económicas y de pluriempleo que se visualizan entre los profesionales de la salud y que terminan legitimándose a través de estos marcos normativos. Enunciaciones tales como que la “única incompatibilidad es la horaria” parecerían favorables, en tanto abren a mayores oportunidades de empleo pero en el fondo desprotegen porque admiten la prolongación de la jornada laboral más allá de lo considerado adecuado en los foros internacionales de trabajo. Los regímenes con dedicación exclusiva y bloqueo de título se dan en contadas

provincias, y en aquellas que aparece lo hace como opcional. La dependencia única del Estado genera temor en un país con historia de crisis sucesivas, en las que los trabajadores públicos son variable de ajuste.

Otro aspecto que llama la atención, atendiendo a la especificidad de los trabajadores de salud, es que en sus derechos no se haya podido superar los tradicionales de cualquier empleado público para pasar a instalar la discusión de derechos relacionados con la bioética y las objeciones de conciencia por motivos ideológicos o religiosos.

Pero, de la misma manera ello puede considerarse innecesario, si se supone que dichas objeciones podrían serlo en relación a la presencia de políticas o marcos normativos que determinaran prácticas por encima de las decisiones profesionales. Al no existir dichos marcos, prima la autonomía de los trabajadores de salud en la orientación de la práctica y la misma se realiza habitualmente dentro de los márgenes disciplinares especializados y de los dictados de las corporaciones académicas.

Si nos referimos a las singularidades del proceso de trabajo, ellas pueden visualizarse en principio a través de los diferentes escalafones, más complejos cuando se trata de carreras que abarcan a todo el personal de la jurisdicción que en el caso de las estrictamente profesionales. Sí se observa en todos los casos que la remuneración media de la carrera sanitaria es superior a la media de la administración pública. Merece señalarse que los escalafones de estas carreras propician la profesionalización, ya que establecen diferencias salariales pero también simbólicas entre los diferentes niveles formativos, centrados en una mayor autonomía cuanto mayor es el nivel de profesionalización, entendido como años de estudio en la duración de una carrera. Sin embargo, ello consolida la estratificación del sistema, en tanto vincula procesos de trabajo y profesionalización al nivel educativo formal y deslegitima el reconocimiento de otros saberes valiosos en el equipo de trabajo y la profesionalización más allá de los años de estudio. Ello refuerza relaciones de tipo jerárquicas que perjudican la construcción de interdisciplina.

Respecto de la carrera como instrumento de política y planificación sanitaria, se visualiza una intencionalidad en los casos en que, como en Río Negro, se proyecta el concurso de los residentes pensando en una política de recursos humanos a largo plazo, se jerarquiza el proceso de formación como una puerta de entrada a la administración y se avanza en la priorización de las áreas de atención primaria al definir un compromiso de trabajo con los residentes que recién egresan.

En otros casos, se vislumbra una priorización a través de la asignación de incentivos destinados a los profesionales que se incorporan en efectores que son poco elegidos por los trabajadores (área desfavorable, salud mental, etc.). Salta incluso prevé el ingreso y permanencia por tres años de los profesionales en el interior de la provincia. En todos los

casos, sería necesario completar el estudio con las reglamentaciones respectivas y con entrevistas a quienes son responsables y destinatarios de la carrera.

En las carreras más recientes aparecen incentivos cuya intencionalidad es la de orientar la inserción de los trabajadores en ámbitos de cobertura más compleja, como Consultorio Vespertino, instituciones de Salud Mental, que están dando cuenta de una preocupación y una direccionalidad en la política

Respecto de los concursos, los que se mencionan como abiertos no lo son en general al público, sino a todos los trabajadores de la administración provincial. Tampoco se trata mayoritariamente de concursos con pruebas de oposición, sino de antecedentes y otras variables a través de las cuales no es sencillo evaluar perfiles y competencias para el puesto. La antigüedad continúa teniendo un peso relativo importante en la evaluación de los candidatos a cargos jerárquicos. Sería importante discutir hasta qué momento la antigüedad agrega valor per se y no a través de un proceso de adquisición de competencias.

Se ha avanzado en incluir dentro de la carrera otras situaciones de revista, como el personal temporario, que proveen de postulantes para los concursos cerrados o abiertos a la jurisdicción. Esta inclusión es favorable para el reconocimiento de los derechos de muchos trabajadores antes precarizados, pero por otro, legitima una situación de discrecionalidad en el acceso a los cargos. Sería importante completar el estudio con mayor información respecto de la situación real de los trabajadores temporarios, para evaluar si, más allá de una contratación precaria, su permanencia en los distintos sistemas de salud tiende a prolongarse por encima de los períodos inicialmente previstos en la Ley.

La promoción horizontal aparece en todos los casos, generalmente ligada a permanencia en el cargo y a una calificación que no llega a transformarse en evaluación de desempeño. En general, dentro de esta calificación aparece tibiamente la capacitación de los trabajadores de salud como un ítem a evaluar. Aún cuando la formación está considerada en varias de las provincias como un derecho y un deber y se contemplan licencias específicas, en las normas parece más destinada a la órbita de lo individual que al bien colectivo de la organización y sus beneficiarios. En una organización tan profesionalizada, llama la atención la ausencia de capítulos específicos de capacitación. La recertificación está lejos de constituir uno de sus ítems

En donde se visualizan mayores detalles, incluso de tipo reglamentario, es para los concursos de los cargos de conducción: mayores requisitos para el acceso al cargo, periodicidad de la función, exigencias de calificaciones adecuadas para mantener la estabilidad y en alguna demanda de formación en administración sanitaria. Ello va de la mano de la descripción pormenorizada de los niveles de conducción, ligados en la misma carrera a estructura hospitalaria, aunque sin descripción de responsabilidades ni siquiera contemplando una mínima definición del personal a cargo

En ese sentido, es llamativo y merece destacarse que muchas de las normas contemplan capítulos que están relacionados con la estructura de la organización, como un avance legislativo sobre competencias que son del poder ejecutivo, como si hubiera una preocupación especial por garantizar un esquema básico de cargos jerárquicos. Ello nos obligó a incluir un ítem particular para su presentación.

Finalmente, si miramos la distribución de las carreras utilizando la perspectiva regional con la que actualmente se trabaja en el Ministerio de Salud, podemos observar que en algunas de las provincias del norte del país, con indicadores sanitarios por debajo del promedio del país, no existe régimen de carrera sanitaria.

ALCANCE	NEA	NOA	CUYO	CENTRO	PATAGONIA
Profesionales universitarios		Jujuy	San Juan Mendoza	CABA Buenos Aires Entre Ríos Nación	
Equipo técnico profesional			San Luis	Córdoba	Río Negro
Todo el personal de la jurisdicción	Misiones	Catamarca Salta Tucumán			Chubut La Pampa
Régimen general	Formosa Chaco Corrientes	Santiago del Estero	La Rioja	Santa Fe	Neuquén Tierra del Fuego Santa Cruz

Pero tampoco lo hay en varias de las provincias del sur, quizá atendiendo a que la baja densidad poblacional no justifique regímenes diferenciados. Es llamativo el caso de Neuquén, que aún sin contar con un estatuto específico, desarrolló una política de salud en la década de los setenta que fue modelo en el país. Por otra parte, en las jurisdicciones del centro, con mayor concentración de profesionales, son más fuertes los regímenes que incluyen exclusivamente a los grupos con mayor nivel de formación. De todas maneras, queda claro que para comprender la elección del alcance de la carrera hay que indagar razones de tipo históricas, territoriales, demográficas y de peso corporativo, que pocas veces reflejan una voluntad de tipo político sanitaria desde los encuadres normativos

Consideramos, por lo tanto y como ya se ha mencionado, que el presente es un estudio preliminar que deberá ser completado. Sin embargo, es posible alertar respecto de la disparidad que existe entre las diferentes normas analizadas, que puede considerarse como otro elemento que profundiza las inequidades del sistema de salud en nuestro país, considerando a sus trabajadores como el núcleo esencial del sistema.

Cabe reiterar, para finalizar, que no aparece en general en las carreras un criterio de rectoría por parte del Estado, prevaleciendo en apariencia la consolidación de conquistas corporativas en la regulación. Sin embargo, visto desde esta perspectiva, y considerando que se trata de una legitimación de derechos, sobretudo de los profesionales del equipo de salud, estos se encuentran insatisfechos y laboralmente deprimidos.

REGULACION DE LA CARRERA A NIVEL NACIONAL

CONSTITUCIÓN NACIONAL

Respecto del empleo, la **estabilidad del empleado público**, consagrada por la Constitución tiene como objetivo garantizar al servidor estatal (nacional, provincial o municipal) la tranquilidad necesaria para el cumplimiento de su tarea.

El artículo 14 bis contempla la **protección de los trabajadores**, asegurando condiciones dignas y equitativas de labor, igual remuneración por igual tarea y estabilidad del empleado público. El mismo artículo garantiza a los gremios **convenios colectivos de trabajo**.

En el artículo 16 se establece la **igualdad de oportunidades ante el empleo**: “Todos los habitantes son iguales ante la ley, y admisibles en los empleos sin otra condición que la de idoneidad”. Cuando se fijan las atribuciones del Congreso (Artículo 75) el punto 19 lo faculta para dictar leyes conducentes al desarrollo humano (entre otras, destinadas a la formación profesional de los trabajadores) y el 23 a promover medidas de acción positiva que garanticen la igualdad de oportunidades y de trato.

El derecho a la salud no está contemplado en la Constitución, excepto en el artículo 42 desde la perspectiva de protección de la salud del consumidor de bienes y servicios en la situación de consumo.

LEY DE EMPLEO PÚBLICO NACIONAL

La Ley Marco de Regulación del Empleo Público Nacional N° 25.164, sancionada el 15 de septiembre de 1999 y promulgada de hecho el 6 de octubre de 1999 y el Colectivo de Trabajo General para la Administración Pública Nacional se aplican al personal que integra el Servicio Civil de la Nación. Este está constituido por las personas que habiendo sido designadas conforme lo previsto en la misma ley, prestan servicios en dependencias del Poder Ejecutivo Nacional, incluyendo entes jurídicamente descentralizados, salvo las excepciones que expresamente se establecen. La ley establece que sus disposiciones tienen carácter general y serán adecuadas a los sectores de la administración pública que presenten características particulares por medio de la negociación colectiva sectorial.

LEY DE CARRERA SANITARIA

La Carrera se aprobó a nivel nacional por Decreto N° 277 del 14 de febrero de 1991 para el Personal Profesional de los establecimientos hospitalarios, asistenciales e institutos de investigación y producción dependientes en ese entonces de la Subsecretaría de Políticas de Salud y Acción Social. La Comisión Negociadora Sectorial correspondiente al tema que nos ocupa lo recoge en su reunión del 11 de octubre de 2005

1. Objeto y Principios Rectores

La normativa reconoce el carácter esencial de los servicios asistenciales que se prestan en los establecimientos y unidades entonces dependientes del nivel nacional. A partir de este principio se propone como objetivo implícito el de asegurar a los profesionales que prestan dichos servicios el desarrollo de una carrera administrativa basada en el mérito y la capacitación permanente.

La carrera incluye a los profesionales que desempeñan funciones acordes con su incumbencia profesional en tareas de conducción, organización, planificación, coordinación, asesoramiento, investigación, capacitación, fiscalización y cumplimiento de prestaciones propias de su profesión.

1. Ámbito de aplicación

La carrera incluye al personal profesional que se desempeña en Unidades Hospitalarias, Establecimientos Asistenciales e Institutos de Investigación y Producción, dependientes de la SUBSECRETARIA DE POLITICAS DE SALUD Y ACCION SOCIAL del MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL.(actualmente, Ministerio de Salud y los Establecimientos Hospitalarios e Institutos de Fiscalización y de Investigación y Producción que le dependen, en los términos del Acta de la Comisión Negociadora Sectorial del Decreto N° 277/91)

2. Cobertura o Alcance

Los profesionales comprendidos en la Carrera son los siguientes: Médicos, Odontólogos, Obstétricas, Bioquímicos, Licenciados en Bioquímica, Licenciados en Ciencias Químicas, Doctores en Ciencias Químicas, Licenciados en Análisis Clínicos, Bacteriólogos, Farmacéuticos Terapistas Físicos, Psicólogos, Licenciados en Psicología; Licenciados en Psicopedagogía; Psicopedagogos; Licenciados en Sociología; Antropólogos: Musicoterapeutas, Terapistas Ocupacionales , Licenciados en Terapia Ocupacional, Fonoaudiólogos, Licenciados en Fonoaudiología, Kinesiólogos, Licenciados en Kinesiología, Kinesiólogos Fisiatras, , Dietistas Fisioterapeutas, Nutricionistas, Dietistas Nutricionistas,

Licenciados en Nutrición, Asistentes Sociales, Visitadores de Higiene, Visitadores de Higiene Social, Licenciados en Servicio Social de la Salud, Licenciados en Servicio Social

3. Situaciones de revista contempladas

No están determinadas expresamente, pero hay una remisión implícita a las diversas situaciones de revista contempladas actualmente en la Ley Marco N° 25.164. Las diferentes situaciones de revista posible (personal con o sin estabilidad) son contempladas en el régimen de carrera para el procedimiento de evaluación de desempeño.

También se hace referencia a la situación de revista en la sección correspondiente a la tipología de los profesionales afectados a los servicios de guardia que deberán pertenecer a alguna de las siguientes categorías:

- a. PROFESIONALES DE GUARDIA: Comprenderá a aquellos profesionales designados en planta permanente en vacantes correspondientes a las estructuras organizativas de los servicios de guardia.
- b. PROFESIONALES DE OTROS SERVICIOS CON FUNCION DE GUARDIA: Comprenderá a aquellos profesionales de planta permanente que revistando en categorías pertenecientes a otros servicios, se les ha asignado una función permanente de guardia.
- c. PROFESIONALES CON FUNCIONES TRANSITORIAS DE GUARDIA: Comprende a aquellos profesionales que por necesidad de completar la dotación de guardia ante ausencias imprevistas, sea convocado al efecto.
- d. PROFESIONALES CON FUNCIONES DE GUARDIA PASIVA: Comprende a aquellos profesionales, en alguna de las situaciones descriptas anteriormente que sin concurrencia al servicio se encuentran afectados por decisión de la autoridad competente al servicio de guardia.

4. Escalafón

La carrera se compone de las categorías A, B, C, D y E, que se complementan con el número de grados por antigüedad calificada (GAC) que se determina para cada caso.

La categoría es independiente de la función, sin perjuicio de lo cual se requiere un nivel escalafonario mínimo para aquél profesional que pretenda concursar las distintas funciones jerarquizadas. Las funciones jerarquizadas son las correspondientes a Director, Director

Asistente o Subdirector, Coordinador, Jefe de Departamento, Jefe de Servicios y Jefe de Sección.

5. Ingreso a la carrera

Se ingresa por la categoría inicial de la carrera, salvo que tratándose de otros niveles escalafonarios se determine, a través de los respectivos mecanismos de selección, la inexistencia de candidatos que reúnan las condiciones requeridas para cubrir la vacante de que se trate.

Requisitos: Se establecen como inexcusables los siguientes:

- a. Los previstos en el Régimen Jurídico Básico de la Función Pública y su reglamentación (hoy Ley Marco de Regulación del Empleo Público N° 25164) para la generalidad del personal civil de la Administración Pública Nacional.
- b. Poseer título universitario extendido por organismos oficiales competentes o privados reconocidos, con la única excepción de las certificaciones expedidas por el MINISTERIO DE SALUD, para determinadas profesiones que no alcanzaran ese nivel. La Comisión Negociadora Sectorial acordó la inclusión de los títulos académicos de nivel universitario de duración no inferior a tres años, relacionados con la prestación directa de servicios de salud y con la gestión de las políticas sanitarias respectivas que detalla en el Anexo del propio Convenio, previendo que solo podrán incluirse otros títulos profesionales mediante la respectiva convocatoria de la Comisión Negociadora, previo dictamen favorable de la COPar.Ca.San.
- c. Haber sido seleccionado por concurso, de conformidad con los mecanismos establecidos en la presente carrera.
- d. Ser designado por autoridad competente
- e. Poseer matrícula nacional, salvo en los casos de profesionales universitarios que carezcan de ella.

6. Derechos, deberes y obligaciones

Los deberes y obligaciones no se desarrollan en ningún apartado específico. En cuanto a los derechos, el derecho a la promoción (a través de concursos), a la retribución y a la percepción de incentivos se regulan exhaustivamente a lo largo de la norma.

7. Transcurso de la carrera

8.1. Promoción: Se define a la carrera como el progreso horizontal o vertical del profesional, por aplicación de los sistemas de promoción establecidos en el régimen. La promoción horizontal se determina por el grado; la vertical por el acceso a las diferentes categorías.

8.1.1. Promoción Horizontal:

Las promociones de grado se producen automáticamente al 31 de diciembre de cada año, una vez satisfechos los siguientes requisitos:

1. Antigüedad:
 - Categoría B: un período mínimo de TRES (3) años en la categoría de revista.
 - Categoría C: un período mínimo de TRES (3) años de permanencia en la categoría de revista o en el grado inmediato anterior.
 - Categoría D: un período mínimo de DOS (2) años de permanencia en la categoría de revista o de TRES (3) años en el grado inmediato anterior.
 - Categoría E: un período mínimo de UN (1) año de permanencia en la categoría de revista o de DOS (2) en el grado inmediato anterior.
2. Calificación: En todos los casos se deberá obtener el módulo de calificación de conformidad con lo establecido en el régimen de la carrera.

8.1.2. Promoción vertical:

- a. La promoción a la categoría inmediata superior se produce en forma automática, cuando el agente acredite la antigüedad máxima en el último grado del nivel escalafonario de revista y obtenga la calificación requerida para promover.
- b. Cuando se produzcan vacantes como consecuencia de bajas de personal, las promociones de categoría se efectuarán por concurso. Se prevé que la vacante que libere el profesional que gane el concurso se transformará automáticamente en E, inicial de la carrera.

8.2. Concursos:

Las clases y procedimientos a aplicar para la realización de concursos y la forma de resolución de sus distintas incidencias son regulados extensamente en el decreto.

1.- Para presentarse a los concursos destinados a la cobertura de vacantes producidas por baja de personal, los agentes deberán acreditar la siguiente antigüedad:

- a. Vacantes en categoría D: CINCO (5) años.
- b. Vacantes en la categoría C: OCHO (8) años.
- c. Vacantes en la categoría B: ONCE (11) años.
- d. Vacantes en la categoría A: QUINCE (15) años.

A estos fines, se computará la antigüedad continua o alternada que el agente registre desde su ingreso a establecimientos o institutos comprendidos en la presente carrera.

2.- Diferentes supuestos de concursos profesionales

- a. Concurso para cubrir vacantes según lo mencionado en el punto anterior.
- b. Concurso para asignar funciones jerarquizadas de Director, Director Asistente o Subdirector, Coordinador, Jefe de Departamento, Jefe de Servicios y Jefe de Sección.

8.3. Evaluación de desempeño

Se establece un régimen de calificaciones como procedimiento para evaluar periódicamente las aptitudes y el desempeño del personal durante su carrera profesional.

El personal que hubiere adquirido estabilidad conforme el régimen general de la administración pública es calificado por períodos comprendidos entre el 1° de octubre de cada año y el 30 de septiembre del año siguiente.

El personal permanente que aún no hubiere adquirido la estabilidad, será calificado a los cuatro y ocho meses, de conformidad con las prescripciones contenidas en la normativa general.

La calificación será conceptual para el personal que ejerza funciones jerarquizadas de Director y Director Asistente o Subdirector y numérica para los restantes supuestos.

8.4. Formación y capacitación

La capacitación y el perfeccionamiento permanentes se reconoce como derechos del personal para el mejor desempeño de sus tareas y progreso en la carrera respectiva. A tales efectos las autoridades competentes deberán disponer la realización de cursos o

seminarios, dando al INSTITUTO NACIONAL DE LA ADMINISTRACION PUBLICA la intervención que le compete.

Las autoridades competentes del MINISTERIO DE SALUD, sobre la base de las propuestas que al efecto eleve la Comisión Permanente de la Carrera Profesional, deberán determinar las condiciones y demás requerimientos para la realización de los cursos de personal de conducción, con la debida intervención del INSTITUTO NACIONAL DE LA ADMINISTRACION PUBLICA en los temas de su competencia.

Asimismo, se establece que las autoridades competentes promoverán la concesión de becas destinadas a la participación de los profesionales en cursos, jornadas y congresos relativos a las funciones que se cumplen en el establecimiento.

8.5. Recertificación

No está previsto expresamente en la norma el requisito de la recertificación periódica.

9.Salida:

Tampoco se establecen previsiones específicas de salida del sistema.

10. Condiciones de Trabajo:

10.1. Jornada laboral. Guardias

Las previsiones relativas a la jornada laboral se desarrollan extensamente en lo relativo a las Guardias Profesionales.

En las estructuras orgánicas de los establecimientos y unidades comprendidos en la carrera deben incluirse los servicios de guardias profesionales, donde se establecerán las dotaciones respectivas para servicios integrados por SIETE (7) secciones, a razón de una sección por día. Las funciones propias de las guardias profesionales son:

UNCIONES: Artículo 83° - Son funciones propias de las guardias profesionales:

- a. Asistir a los pacientes que concurran, por propios medios o derivados de otros centros asistenciales, con problemas que requieran atención urgente.
- b. Efectuar interconsultas y eventualmente atender a pacientes derivados por profesionales del establecimiento, que requieran atención urgente.

- c. Asistir a los pacientes fuera del ámbito de la unidad, cuando se den las condiciones que se determinen por vía reglamentaria.

11. Régimen de remuneraciones

11.1. Salarios

11.1.1. Salario Básico:

La retribución se compone del sueldo básico correspondiente a su categoría, del adicional general, adicionales particulares y de los suplementos que correspondan a su situación de revista y condiciones particulares. La suma del básico y del adicional general se denomina "Asignación de la Categoría".

11.1.2. Adicionales:

11.1.2.1. Adicional general: Consistirá en una suma igual al sueldo básico que constituye el reintegro de los mayores gastos que origine el desempeño de la función.

11.1.2.2. Adicionales particulares:

a) Adicional por Antigüedad, por cada año de servicio o fracción mayor de seis meses que registre al 31 de diciembre del año anterior. La antigüedad de cada agente se determinará sobre la base de los servicios no simultáneos, prestados en forma ininterrumpida o alternada, en organismos Nacionales, Provinciales o Municipales, inclusive los siguientes:

- Los prestados en calidad de no permanente, siempre que sean servicios prestados en relación de dependencia y que estuvieran sujetos a un determinado horario susceptible de contralor.
- Los prestados en calidad de personal Ad – Honorem, siempre que se encuentren debidamente comprobados.
- Los prestados en entidades privadas que hubieran sido incorporados al patrimonio Nacional, Provincial o Municipal, en cuyo caso solo se considerarán los servicios prestados con anterioridad a la fecha de estatización, si al producirse esta el agente se encontraba incorporado al ente.
- Los prestados en las Fuerzas Armadas o de Seguridad en cumplimiento del Servicio Militar Obligatorio o en calidad de reservista.

No se computarán a los efectos de este adicional los servicios que hubieran generado jubilación, retiro o pensión, cuando el agente perciba la correspondiente prestación de pasividad en forma total o parcial, ni los lapsos correspondientes a suspensiones o licencias sin goce de sueldo, superior a TREINTA (30) días continuos o discontinuos.

b) Adicional por grado por antigüedad calificada: se liquidará en forma sucesiva y automática a los agentes que al 31 de diciembre de cada año hubieran satisfecho los requisitos de antigüedad y calificación al cumplir el agente los años de permanencia en el mismo nivel escalafonario y se perderá automáticamente cuando el interesado cambie de categoría.

c) Adicional por especialidad profesional: Se otorgará al profesional que acredite la posesión de título universitario de post – grado y certificaciones correspondientes a especialidades reconocidas por la autoridad competente de la materia.

d) Adicional por responsabilidad profesional: será percibido de acuerdo con la cantidad de años que demande la obtención del título universitario cuya posesión acredite el agente. La ponderación de los títulos se hará con sujeción a las disposiciones generales para el personal de la Administración Pública Nacional.

e) Adicional por permanencia en la categoría máxima: Lo percibirá el personal que reviste en la categoría A y que acredite, en dicho nivel, la antigüedad exigida.

11.2. Incentivos/ suplementos: Se establecen los siguientes suplementos:

a) Suplemento por ejercicio efectivo de cargo jerárquico: Se percibirá de acuerdo con la función que se le asigne al agente como consecuencia de los procedimientos establecidos para la asignación de las diversas funciones y solamente se liquidará mientras el agente cumpla, de acuerdo con las modalidades del servicio, la función que origina su percepción. De producirse, por los mecanismos previstos en la carrera, un cambio de funciones, el monto a liquidar por este concepto será el que tenga asignado el nuevo cargo a desempeñar. Si por la índole del cargo no correspondiere su liquidación, el agente percibirá la asignación de la Categoría y Grado por Antigüedad Calificada que le corresponda al tiempo de cesar en la función jerárquica.

b) Suplemento por zona: Será percibido el personal que se desempeñe en zonas calificadas como bonificables por la autoridad competente, de conformidad con lo que se establezca con alcance general para el personal civil de la Administración Pública Nacional.

c) Suplemento por fallas de caja: Se liquidará solamente a los profesionales que por sus funciones, tengan responsabilidad directa, inmediata y permanente en el manejo de fondos.

d) Suplemento por riesgo: Para percibirlo, los agentes deberá desempeñar efectivamente funciones en unidades previamente calificadas como riesgosas por las autoridades competentes en la materia.

e) Suplemento por peligrosidad: Se liquidará a los agentes que desempeñen funciones cuya naturaleza implique la realización de acciones o tareas en las que se ponga en peligro cierto su integridad psicofísica. La liquidación de este beneficio será compatible con la percepción del suplemento por área crítica.

f) Suplemento por reemplazos transitorios: Se liquidará al personal que, por ausencia temporaria de sus titulares, ejerza funciones correspondientes a cargos jerárquicamente superiores.

g) Suplemento por tarea nocturna: Será abonado al profesional que desempeñe funciones en forma habitual en horario nocturno, entendiéndose por tal el que se extiende entre las 20.00 y las 6.00 horas del día siguiente y un lapso no inferior a SEIS (6) horas como mínimo en ese período.

h) Suplemento por bloqueo de título: Cuando por la modalidad de la prestación se desempeñen tareas que impliquen el bloqueo del título, se percibirá un suplemento por ese concepto.

i) Suplemento por área crítica: Se lo asignará al personal profesional que se desempeñe en áreas de Terapia Intensiva (Adulta o Pediátrica), Unidades Coronarias, Neonatología, Emergencias Hospitalarias y las que se determinen por vía reglamentaria.

j) Suplemento por recurso humano crítico: Tendrá derecho a este suplemento el personal perteneciente a especialidades que, por la carencia de profesionales en el mercado laboral, hayan sido declaradas recurso humano crítico por el MINISTERIO DE SALUD.

k) Suplemento por mayor horario: Será liquidado a los profesionales que cumplan horarios de prestación superiores al normal establecido para el servicio respectivo de la unidad.

Aún cuando la norma que rige la carrera no lo defina de esta manera, en los términos conceptuales de este trabajo y, según la efectiva implementación en cada caso, la concesión de becas destinadas a la participación de los profesionales en cursos, jornadas y congresos, así como el régimen especial de licencias para profesionales que se desempeñen en determinados ámbitos pueden considerarse también un “incentivo”.

12. Otros componentes

12.1. Régimen disciplinario: No se prevé expresamente.

12.2. Licencias

12.2.1. Régimen general: En materia de licencias, justificaciones y franquicias, el personal comprendido en la carrera se regirá por las disposiciones del régimen general de la Administración Pública Nacional.

12.2.2. Licencia especial: Los profesionales que desempeñan funciones en establecimientos tisiológicos, de infecto – contagiosos, de salud mental, en servicios de radiodiagnóstico y de terapia por irradiación y en institutos de discapacitados, además de la licencia ordinaria por descanso anual que les corresponda, tendrán derecho a gozar de quince días corridos de licencia adicional, cualquiera fuera su antigüedad. Esta licencia no podrá ser acumulada a la ordinaria y deberá ser obligatoriamente otorgada, como mínimo, tres meses antes o después de la misma. Además, este personal deberá cumplir obligatoriamente su licencia anual todos los años.

13. Cuerpos Colegiales Especiales

Se crea la COMISION PERMANENTE DE LA CARRERA PROFESIONAL, con delegaciones en cada establecimiento e instituto, que tendrá por misión elaborar y canalizar las propuestas tendientes a asegurar la correcta administración de los recursos humanos del sector profesional comprendido en los alcances del presente decreto, el afianzamiento de las relaciones laborales e institucionales, la reglamentación del Régimen de Guardias Profesionales y las condiciones de higiene y medio ambiente de trabajo.

Por el Convenio Colectivo Sectorial correspondiente al personal comprendido en los alcances del Decreto N° 277/91 se crea la COMISION PERMANENTE DE APLICACIÓN Y RELACIONES LABORALES DE LA CARRERA PROFESIONAL SANITARIA, integrada por seis representantes titulares y seis suplentes de cada parte.

CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES.-

CONSTITUCION DE LA CIUDAD:

Capítulo Segundo- Salud

ARTÍCULO 20.- Se garantiza el derecho a la salud integral que está directamente vinculada con la satisfacción de necesidades de alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente.

El gasto público en salud es una inversión social prioritaria. Se aseguran a través del área estatal de salud, las acciones colectivas e individuales de promoción, protección, prevención, atención y rehabilitación, gratuitas, con criterio de accesibilidad, equidad, integralidad, solidaridad, universalidad y oportunidad.

Se entiende por gratuidad en el área estatal que las personas quedan eximidas de cualquier forma de pago directo. Rige la compensación económica de los servicios prestados a personas con cobertura social o privada, por sus respectivas entidades. De igual modo se procede con otras jurisdicciones.

ARTÍCULO 21.- La Legislatura debe sancionar una Ley Básica de Salud, conforme a los siguientes lineamientos:

1. La Ciudad conduce, controla y regula el sistema de salud. Financia el área estatal que es el eje de dicho sistema y establece políticas de articulación y complementación con el sector privado y los organismos de seguridad social.
2. El área estatal se organiza y desarrolla conforme a la estrategia de atención primaria, con la constitución de redes y niveles de atención, jerarquizando el primer nivel.
3. Determina la articulación y complementación de las acciones para la salud con los municipios del conurbano bonaerense para generar políticas que comprendan el área metropolitana; y concerta políticas sanitarias con los gobiernos nacional, provinciales y municipales.
4. Promueve la maternidad y paternidad responsables. Para tal fin pone a disposición de las personas la información, educación, métodos y prestaciones de servicios que garanticen sus derechos reproductivos.
5. Garantiza la atención integral del embarazo, parto, puerperio y de la niñez hasta el primer año de vida, asegura su protección y asistencia integral, social y nutricional, promoviendo la lactancia materna, propendiendo a su normal crecimiento y con especial dedicación hacia los núcleos poblacionales carenciados y desprotegidos.
6. Reconoce a la tercera edad el derecho a una asistencia particularizada.
7. Garantiza la prevención de la discapacidad y la atención integral de personas con necesidades especiales.

8. Previene las dependencias y el alcoholismo y asiste a quienes los padecen.
9. Promueve la descentralización en la gestión estatal de la salud dentro del marco de políticas generales, sin afectar la unidad del sistema; la participación de la población; crea el Consejo General de Salud, de carácter consultivo, no vinculante y honorario, con representación estatal y de la comunidad.
10. Desarrolla una política de medicamentos que garantiza eficacia, seguridad y acceso a toda la población. Promueve el suministro gratuito de medicamentos básicos.
11. Incentiva la docencia e investigación en todas las áreas que comprendan las acciones de salud, en vinculación con las universidades.
12. Las políticas de salud mental reconocerán la singularidad de los asistidos por su malestar psíquico y su condición de sujetos de derecho, garantizando su atención en los establecimientos estatales. No tienen como fin el control social y erradican el castigo; propenden a la desinstitucionalización progresiva, creando una red de servicios y de protección social.
13. No se pueden ceder los recursos de los servicios públicos de salud a entidades privadas con o sin fines de lucro, bajo ninguna forma de contratación que lesione los intereses del sector, ni delegarse en las mismas las tareas de planificación o evaluación de los programas de salud que en él se desarrollen.

ARTÍCULO 22.- La Ciudad ejerce su función indelegable de autoridad sanitaria. Regula, habilita, fiscaliza y controla todo el circuito de producción, comercialización y consumo de productos alimenticios, medicamentos, tecnología médica, el ejercicio de las profesiones y la acreditación de los servicios de salud y cualquier otro aspecto que tenga incidencia en ella. Coordina su actividad con otras jurisdicciones.

LEY DE EMPLEO PÚBLICO

LEY DE RELACIONES LABORALES EN LA ADMINISTRACION PUBLICA DE LA CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES. LEY N° 471 del 5 de agosto de 2000.

AMBITO DE APLICACIÓN

La presente ley constituye el régimen aplicable al personal de la Administración Pública del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, dependiente del Poder Ejecutivo, inclusive entes jurídicamente descentralizados, sociedades estatales y el personal dependiente de las comunas.

No es de aplicación a los trabajadores comprendidos en la presente ley el régimen de la Ley Nacional N° 20.744 (t.o. 1976).

Quedan exceptuados:

- a) el Jefe y Vicejefe de Gobierno, los Ministros, Secretarios, Subsecretarios, Directores Generales y los titulares de los entes descentralizados;
- b) el personal que preste servicios en la Legislatura y en el Poder Judicial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires;
- c) el Procurador General, el Síndico General, los Auditores Generales de la Ciudad, el Defensor del Pueblo y sus Adjuntos.

LEY DE CARRERA SANITARIA

CARRERA MUNICIPAL DE PROFESIONALES DE SALUD

ORDENANZA N° 41455/ CjD/ 86

Buenos Aires, 04/09/1986

AMBITO DE APLICACIÓN

Alcances:

La carrera establecida por la ordenanza 41455 comprende a los profesionales universitarios que prestan servicios con carácter permanente en las áreas dependientes de las direcciones generales de Atención Médica y Técnica Administrativa de la Secretaría de Salud Pública y Medio Ambiente, cuyas actividades de programación y normatización se consideran indispensables para la protección, recuperación, rehabilitación y la ulterior reinserción de las personas en su medio sociolaboral.

Quedarán incluidos en la presente carrera los siguientes profesionales: Médicos. Odontólogos. Obstétricas. Bioquímicos. Licenciados en Bioquímica. Licenciados en Biología. Licenciados en Ciencias Químicas con orientación Análisis Biológicos. Doctores en Ciencias Químicas con orientación Análisis Biológicos. Licenciados en Análisis Clínicos. Bacteriólogos. Farmacéuticos. Terapistas Físicos. Expertos en Física de las Radiaciones. Psicólogos. Licenciados en Psicología. Psicopedagogos. Licenciados en Psicopedagogía. Licenciados en Ciencias de la Educación (especialización en psicopedagogía). Licenciados en Sociología. Antropólogos. Musicoterapeutas. Terapistas Ocupacionales. Terapeutas Ocupacionales. Licenciados en Terapia Ocupacional. Fonoaudiólogos. Licenciados en Fonoaudiología. Kinesiólogos. Licenciados en Kinesiología. Kinesiólogos Fisiatras. Fisioterapeutas. Dietistas nutricionistas. Dietistas. Nutricionistas. Licenciados en Nutrición. Asistentes Sociales. Trabajadores Sociales. Visitadores de Higiene. Visitadores de Higiene Social Licenciados en Servicio Social de Salud. Licenciados en Servicio Social. Licenciados en Sistemas de Información para la Salud. Estadísticos o licenciados en Estadísticas para la Salud. Licenciados en Comunicación Social. Licenciados en Ciencias de la Comunicación.

Podrá incluirse otra profesión universitaria de acuerdo al requerimiento del progreso científico, la demanda de servicios y/o las prioridades fijadas por la política sanitaria de la

Ciudad de Buenos Aires. Tales inclusiones serán realizadas por el Departamento Ejecutivo a propuesta de la Secretaría de Salud Pública y Medio Ambiente.

Quedan excluidos del presente régimen el personal regido por contratos especiales, los profesionales comprendidos en el Régimen Escalafonario Municipal (Escalafón Municipal) y todos aquellos profesionales que no estén expresamente incluidos en esta carrera.

Se consideran especialidades profesionales todas aquellas que existen en los organigramas de las estructuras dependientes de la Dirección General de Atención Médica de la Secretaría de Salud Pública y Medio Ambiente, las que se practiquen con su autorización expresa y las que determine el Departamento Ejecutivo.

4 Situaciones de revista contempladas:

Los profesionales que se encuentran comprendidos en la carrera podrán desempeñarse:

Como titulares transitorios, titulares, interinos o reemplazantes en funciones de conducción;

Como titulares, interinos o reemplazantes en funciones de ejecución;

Como suplentes en funciones de ejecución en el sector de urgencia.

Se entiende por:

Profesional titular transitorio: Aquel que ha sido designado para desempeñar un cargo por un período determinado.

Profesional titular: Aquel que ha sido designado para desempeñar en forma definitiva un cargo.

Profesional interino: Aquel que ha sido designado para desempeñar transitoriamente un cargo vacante.

Profesional reemplazante: Aquel que ha sido designado para desempeñar transitoriamente un cargo cubierto por un titular en ausencia de éste.

Profesional suplente: Aquel que ha sido designado para desempeñarse transitoriamente en reemplazo de un titular, interino o reemplazante, en ausencia de éste o en un cargo vacante.

5 Escalafón

En la presente carrera se incluyen los grados de: Profesional Asistente, Agregado, de Hospital B, de Hospital A, Consultor B, Consultor A.

Al grado de Profesional Asistente se accederá al obtener el concurso de ingreso en la Carrera Municipal de Profesionales de Salud, el que se desarrollará de acuerdo a las características propias en cada una de las profesiones incluidas en las mismas.

Al producirse una vacante en un cargo de grado que tuviere asignado será llamado a concurso. La partida correspondiente se transformará, automáticamente, a Profesional Asistente.

La presente carrera abarcará las áreas "Técnica Sanitaria", "Técnica Administrativa y Asistencial" y de "Investigación".

Se entiende por Área Técnica Sanitaria la estructura orgánica funcional que planifica y normatiza las acciones de salud inherentes a los establecimientos y a la comunidad, de acuerdo a la política dispuesta por la Secretaría de Salud Pública y Medio Ambiente de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires.

El Área Técnica Sanitaria abarcará los niveles centrales dependientes de las Direcciones Generales de Atención Médica y Técnica Administrativa, incluyendo las funciones y cargos desde profesionales de ejecución hasta Director inclusive, de acuerdo a las estructuras orgánicas que fije el Departamento Ejecutivo al efecto.

El Área Técnica Administrativa y Asistencial es la estructura orgánica funcional que entiende y ejecuta las actividades vinculadas con la atención de la salud, de acuerdo a lo programado y dispuesto por la Secretaría de Salud Pública y Medio Ambiente.

Se entiende por Área de Investigación a la estructura orgánico-funcional orientada a lograr un mejoramiento de la atención médica a través de acciones tendientes a aportar conocimientos, modificar pautas y desarrollar conductas propias, adaptadas a las posibilidades del medio en el que se han de aplicar. La reglamentación de la presente fijará una primera etapa de carácter experimental, y en el plazo de dos (2) años el Departamento Ejecutivo elevará al Concejo Deliberante de la Ciudad de Buenos Aires, los resultados y propuestas a efectos de su implementación definitiva.

El Área Técnica Administrativa y Asistencial abarca los establecimientos asistenciales: hospitales, centros de salud, gabinetes psicofísicos, unidad de trabajo, Profilaxis Rabia Humana del Hospital General de Agudos Carlos G. Durand y todo otro que determine el Departamento Ejecutivo al efecto. Asimismo, incluye las funciones y cargos desde los de ejecución hasta Director.

Las misiones y funciones de los cargos de conducción serán las que fije el Departamento Ejecutivo en las estructuras orgánicas respectivas.

6 Ingreso a la Carrera

El ingreso a la carrera, en cada una de las profesiones incluidas en la misma, será por concurso por el grado inferior que ésta determine. La antigüedad que se pudiera acreditar por el desempeño municipal en profesión distinta a la concursada o de otro régimen escalafonario no será considerada para el concurso, como así tampoco, en este último caso, para revistar en grado superior al ingreso.

Para el ingreso se requiere:

- Ser ciudadano argentino nativo, naturalizado o por opción;
- Ser profesional egresado de universidad nacional, provincial o privada oficialmente reconocida o que haya revalidado título expedido por universidad extranjera o se halle comprendido en convenios internacionales con la Nación;
- Poseer la matrícula profesional correspondiente en aquellas profesiones que así lo requieren;
- No tener más edad que la que establece el Estatuto para el Personal Municipal a la fecha del decreto que dispone el llamado a concurso. Cuando circunstancias especiales lo aconsejen, podrá hacerse una dispensa de edad con la debida fundamentación del decreto.

7 Derechos, deberes y obligaciones

Los profesionales gozarán de los derechos y estarán sujetos a las obligaciones que se detallan:

Los profesionales ajustarán su actividad a las normas para el ejercicio profesional establecidas por la legislación vigente, y será de aplicación el Estatuto para el personal de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, en todo aquello que no esté expresamente previsto en la presente carrera.

Una vez ganado el concurso, hasta el nivel de División inclusive, los profesionales elegirán su destino de acuerdo con su ubicación en orden decreciente de méritos. Para cubrir los cargos de Director, Subdirector y Departamento el destino de los profesionales lo dispondrá el Departamento Ejecutivo a propuesta de la Secretaría de Salud Pública y Medio Ambiente.

Los profesionales titulares que hubieren renunciado podrán ser reincorporados a criterio del Departamento Ejecutivo sin que ello signifique un nuevo ingreso, cuando reúnan los siguientes requisitos:

- Solicitud por parte del interesado;
- No registrar más de dos (2) sanciones disciplinarias, por la cantidad y en el período que la reglamentación establezca, anteriores a la fecha de su cesación efectiva;
- Aprobar el examen psicofísico que será practicado por la Dirección de Reconocimiento Médico en relación a la función a cumplir.

El personal reincorporado a la carrera mantendrá el grado y antigüedad que tenía a la fecha del cese, no así la función de conducción que pudiera haber desempeñado.

Tampoco se computará a los efectos de esta carrera el lapso durante el cual hubiera estado alejado de la Administración Municipal.

Los profesionales podrán solicitar cambio de especialidad con excepción de los sectores de urgencias.

La Secretaría de Salud Pública y Medio Ambiente procederá a capacitar a los profesionales mediante cursos de Capacitación Técnica Administrativa y Asistencial.-

8. Transcurso de la Carrera:

8.1 Promoción:

Se promoverá a los distintos grados mediante dos formas:

- Pasiva o por antigüedad en forma automática al cumplir el profesional: Tres (3) años de permanencia en cada grado; de Profesional Asistente a Profesional Agregado y de Profesional Agregado a Hospital B; Cuatro (4) años de permanencia en cada grado entre las restantes categorías hasta Consultor A;
- Activa o por concurso: Al producirse una vacante en un cargo de grado que tuviere asignado será llamado a concurso. La partida correspondiente se transformará, automáticamente, a Profesional Asistente.

Cuando se trata de un Área técnica sanitaria:

- Para Jefe Sección: se requiere como mínimo seis (6) años de antigüedad asistencial en la profesión;
- Para Jefe Unidad: se requiere como mínimo ocho (8) años de antigüedad asistencial en la profesión;
- Para Jefe División y Departamento: se requiere como mínimo diez (10) años de antigüedad asistencial en la profesión;
- Para Director: se requiere como mínimo diez (10) años de antigüedad asistencial en la profesión y revistar o haber revistado como titular con un mínimo de dos (2) años en cargos de conducción; en dichas funciones se computarán los períodos en carácter de interino o reemplazante inmediatos anteriores.

- Poseer para todos los niveles certificado de Curso de Organización y/o Administración Hospitalaria, oficial o privado reconocido por la Secretaría de Salud Pública y Medio Ambiente o título de Diplomado en Salud Pública expedido por universidad nacional, privada o extranjera, reconocido por autoridad competente de la Secretaría de Salud Pública y Medio Ambiente. Los cursos mencionados no podrán tener una duración menor a las quinientas (500) horas.

Cuando se trata de un Área técnica administrativa y asistencial :

- Para Director y Subdirector: se requiere revistar como médico y poseer como mínimo diez (10) años de antigüedad asistencial en la profesión y revistar o haber revistado como titular con un mínimo de dos (2) años en cargos de conducción; en dichas funciones se computarán los períodos en carácter de interinos o reemplazantes-inmediatos anteriores. Para el Hospital de Odontología revistar como odontólogo y reunir idénticos requisitos;
- Poseer para ambos niveles certificado de Curso de Organización y/o Administración Hospitalaria, oficial o privado reconocido por la Secretaría de Salud Pública y Medio Ambiente o título de Diplomado en Salud Pública expedido por universidad nacional, privada o extranjera reconocido por autoridad competente de la Secretaría de Salud Pública y Medio Ambiente. Los cursos mencionados no podrán tener una duración menor a las quinientas (500) horas.

Cuando se trata de una Rama técnica administrativa:

- Para Jefe Sección: se requiere como mínimo seis (6) años de antigüedad asistencial en la profesión;
- Para Jefe Unidad: se requiere como mínimo ocho (8) años de antigüedad asistencial en la profesión;
- Para Jefe División y Departamento: se requiere como mínimo diez (10) años de antigüedad asistencial en la profesión;

Para los cargos que a continuación se detallan, se requiere además: Medicina, Cirugía, Materno Infantil y Consultorios Externos, revistar como médico; Servicios Centrales de Diagnóstico y Tratamiento, revistar en profesión que integre el área y en Fonoaudiología, revistar como profesional en la especialidad;

- Para Jefe de Departamento, División, Unidad o Sección del Sector de Urgencia: se requiere revistar como médico y poseer como mínimo diez (10) años de antigüedad

asistencial en la profesión y acreditar un desempeño en el sector de acuerdo a lo que fije la Reglamentación. Para el Hospital de Odontología revistar como odontólogo y reunir idénticos requisitos;

- Poseer para todos los niveles certificado de Curso de Organización y/o Administración Hospitalaria, oficial o privado reconocido por la Secretaría de Salud Pública y Medio Ambiente o título de Diplomado en Salud Pública expedido por universidad nacional, privada o extranjera reconocido por autoridad competente de la Secretaría de Salud Pública y Medio Ambiente; los cursos mencionados no podrán tener una duración menor a las quinientas (500) horas;

El Departamento ejecutivo a través de la Reglamentación determinará los cargos de la rama Técnica Administrativa para los cuales les será de aplicación los requisitos de la rama Asistencial.

Cuando se trata de una Rama asistencial

- Para Jefe de Sección: se requiere como mínimo seis (6) años de antigüedad asistencial en la profesión;
- Para Jefe Unidad: se requiere como mínimo ocho (8) años de antigüedad asistencial en la profesión;
- Para Jefe División: se requiere como mínimo diez (10) años de antigüedad asistencial en la profesión;

Acreditar en todos los casos un desempeño como mínimo de seis (6) meses continuos inmediatos en el área a la fecha del llamado a concurso, a excepción de aquellos profesionales que revisten en el área Técnica Sanitaria provenientes del área Técnica Administrativa y Asistencial (rama Asistencial);

- Para Jefe de Guardia del Día, Unidad o Sección según correspondiere, del sector de urgencia: se requiere revistar como médico titular; poseer como mínimo diez (10) años de antigüedad asistencial en la profesión y acreditar un desempeño en el sector de acuerdo al que fije la Reglamentación. Para el Hospital de Odontología revistar como odontólogo y reunir idénticos requisitos.

Condiciones generales para los niveles de conducción de todas las áreas.

- Como "antigüedad asistencial en la profesión" requerida para presentarse a concurso en cargos de conducción, a los profesionales comprendidos en la presente carrera

se les computará, a este sólo efecto, la antigüedad asistencial debidamente acreditada que tuvieron como residentes, jefe de residentes, concurrentes, interinos y reemplazantes en cargos de ejecución en la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires.

- Los profesionales deberán revistar en la carrera con carácter de titular, en las profesiones que se concursan, con una antigüedad mínima de tres (3) años a la fecha del llamado a concurso.
- Podrán también presentarse a concurso para los cargos de conducción del sector de urgencia, aquellos médicos u odontólogos, según correspondiere, que cumplan con los requisitos exigidos para dichos cargos, aún cuando a la fecha del llamado a concurso revisten en un cargo titular en planta. El plazo que medie entre su desempeño en planta y el llamado a concurso será fijado en la Reglamentación respectiva.

8.2 Concursos

Los llamados a concurso deberán efectuarse solamente una (1) vez al año y se regirán de acuerdo a lo establecido al régimen de concursos que más adelante se detalla, llevándose a cabo sobre la totalidad de grados existentes a la fecha establecida, por Unidad de Organización y en forma cerrada en los establecimientos hospitalarios a nivel de Departamento, considerando las especialidades que dependan del mismo y las de los profesionales egresados.

Se podrán presentar a concurso aquellos profesionales que cuenten con no menos de tres (3) años de antigüedad titular en la Carrera Municipal de Profesionales de Salud.

Los profesionales que promuevan a los grados concursados lo serán en su partida titular, dejando el grado en que se hallaban revistando. Este último pasará a ser cubierto, mediante la promoción respectiva, en forma simultánea con los concursados por los profesionales que continúen en orden de puntaje obtenido en el concurso; idéntico procedimiento se debe aplicar en forma consecutiva hasta cubrirse el grado inferior en que revistaban los profesionales promovidos.

Los profesionales que se desempeñen en funciones de ejecución en el sector de urgencia se denominarán Profesionales de Guardia y Especialistas en la Guardia.

La Secretaría de Salud Pública y Medio Ambiente llamará a concurso para ingresar a la Carrera Municipal de Profesionales de la Salud y para acceder a las funciones de conducción vacantes en las áreas Técnica Sanitaria y Técnica Administrativa y asistencial indefectiblemente el primer día hábil del mes de junio de cada año. Si lo estimare necesario, podrá efectuar nuevo llamado en la fecha que considere oportuno. Asimismo, deberá especificar la profesión y la especialidad del cargo concursado, el establecimiento, el régimen horario, la fecha de apertura y cierre de la inscripción.

Concursos **cerrados** dentro de la unidad de organización. Selección interna: esta modalidad será aplicada a efectos de seleccionar los profesionales de ejecución para designación en carácter de interinos, reemplazantes y suplentes de guardia, promoción activa de grados; reemplazantes e interinos en cargos de conducción hasta nivel de Departamento inclusive, será realizada por la Dirección con acuerdo del Consejo Asesor Técnico Administrativo (C.A.T.A.).

En caso de que ningún profesional del establecimiento reúna las condiciones previstas, la selección se hará abierta a todas las unidades de organización. Para el área Técnica-Sanitaria se procederá de acuerdo a lo que fije la reglamentación. (Conforme texto Art. 1° de la Ordenanza N° 45.556 BM 19.201).

Los concursos **cerrados** se valorizarán de acuerdo a las siguientes pautas:

- a) Cargos de ejecución: promoción activa de grado.
- b) Cargos de conducción: interinos y reemplazantes
- c) Cargos de ejecución: interinos, reemplazantes y suplentes de guardia.-

Concursos **cerrados** a todas las unidades de organización: esta modalidad será aplicada para seleccionar profesionales que cubrirán cargos con funciones de conducción con carácter de titular hasta nivel de Departamento y titular transitorio a nivel de Director y Subdirector. Aquellos profesionales que revistan en funciones de conducción en carácter de titular podrán presentarse a cargos de mayor o igual nivel que el que desempeñan.

Concurso **abierto**. Esta modalidad será aplicada para seleccionar profesionales que:

- a) Ingresen a la Carrera Municipal de Profesionales de Salud;

b) Cubrirán cargos de conducción en aquellos casos en que ningún profesional haya accedido al cargo.

Los concursos consistirán en la prevalencia por oposición de antecedentes y méritos en los siguientes rubros:

a) Antigüedad (excepto para promoción activa de grado e ingreso);

b) Antecedentes;

c) Evaluación;

d) Concepto (excepto para ingreso).

El inciso b) comprende según corresponda:

Cursos y trabajos científicos

Premios y becas.

Residencias y concurrencias

Cargos, títulos y actividad técnico-profesional

Grado de revista

Antecedentes docentes y universitarios.

Promoción activa de grado: corresponde la siguiente distribución de puntajes:

a) Para los antecedentes: sesenta por ciento (60 %) del total del porcentaje del concurso;

b) Evaluación: veinte por ciento (20 %) del total del porcentaje del concurso;

c) Concepto: veinte por ciento (20 %) del total del porcentaje del concurso.

El total del porcentaje asignado a los antecedentes corresponde:

a) Cursos y trabajos científicos: treinta por ciento (30 %) del total de este rubro;

b) Premios y becas: diez por ciento (10 %) del total de este rubro;

- c) Residencias y concurrencias: diez por ciento (10 %) del total de este rubro para residencia completa y las dos terceras partes de este puntaje para la concurrencia completa. Si hubieran sido cursadas dentro del ámbito del municipio, en instituciones oficiales y otras reconocidas por convenio tendrá el ciento por ciento (100 %) del valor que se adjudique y se reduce al cincuenta por ciento (50 %) en caso de haberse cumplimentado en otro ámbito;
- d) Cargos, títulos y actividad técnico profesional: veinte por ciento (20 %) del total de este rubro;
- e) Grado de revista: veinte por ciento (20 %) del total de este rubro;
- f) Antecedentes docentes y universitarios: diez por ciento (10 %) del total de este rubro.

En los concursos para cargos con función de conducción corresponde la siguiente distribución de puntaje:

- a) Antecedentes: corresponde el cuarenta por ciento (40 %) del total del puntaje del concurso;
- b) Antigüedad: corresponde el treinta por ciento (30 %) del total del puntaje del concurso;
- c) Evaluación: corresponde el quince por ciento (15 %) del total del puntaje del concurso;
- d) Concepto: corresponde el quince por ciento (15 %) del total del puntaje del concurso.

Para los niveles de Jefe de Sección y Jefe de Unidad se discriminarán los antecedentes de la siguiente forma:

- a) Cursos y trabajos científicos: cuarenta por ciento (40 %) del total de este rubro;
- b) Premios y becas: diez por ciento (10 %) del total de este rubro;
- c) Residencias y concurrencias: diez por ciento (10 %) del total de este rubro para residencias y las dos terceras partes de este puntaje para la concurrencia completa. Si hubieran sido cursadas, dentro del ámbito del municipio, en instituciones oficiales o en otras reconocidas por convenio tendrán el ciento por ciento (100 %) que se adjudique y se reduce al cincuenta por ciento (50 %) en caso de haberse cumplimentado en otro ámbito;
- d) Cargos, títulos y actividad técnico profesional: treinta por ciento (30 %) del total de este rubro;

e) Antecedentes docentes y universitarios: diez por ciento (10 %) del total de este rubro;

Para los niveles de Jefe de División, Jefe de Departamento, Subdirector y Director no se considerará dentro de los antecedentes profesionales la concurrencia y residencia.

Se discriminarán los restantes antecedentes de la siguiente forma:

a) Cursos y trabajos científicos: cuarenta y cinco por ciento (45 %) del total de este rubro;

b) Premios y becas: diez por ciento (10 %) del total de este rubro;

c) Cargos, títulos y actividad técnico profesional: treinta y cinco por ciento (35 %) del total de este rubro;

d) Antecedentes docentes y universitarios: diez por ciento (10 %) del total de este rubro.

En los concursos para ingresar a la carrera corresponde la siguiente distribución de puntaje:

a) Para antecedentes: cincuenta por ciento (50 %) del total del puntaje del concurso;

b) Para la evaluación: cincuenta por ciento (50 %) del total del puntaje del concurso.

El total del puntaje asignado a los antecedentes corresponde:

a) Cursos y trabajos científicos: veinticinco por ciento (25 %) del total de este rubro;

b) Premios y becas: diez por ciento (10 %) del total de este rubro;

c) Residencias y concurrencias: cuarenta por ciento del total de este rubro para residencias y las dos terceras partes de este puntaje para la concurrencia completa. Si hubieran sido cursadas dentro del ámbito del municipio, en instituciones oficiales u otras reconocidas por convenio tendrán el ciento por ciento (100 %) del valor que se adjudique y se reduce al cincuenta por ciento (50 %) en caso de haberse cumplimentado en otro ámbito;

d) Cargos, títulos y actividad técnico-profesional: quince por ciento (15 %) del total de este rubro;

e) Antecedentes docentes y universitarios: diez por ciento (10 %) del total de este rubro.

El concepto que solicitará el jurado del concurso respectivo para el área Técnica Administrativa y Asistencial hasta nivel de División inclusive, será la resultante de la opinión

producida por el C.A.T.A. mediante un acta refrendada por todos sus integrantes y de la emitida por el jefe inmediato superior con función de conducción titular; para los cargos de Director, Subdirector, Departamento y Área Técnica-Sanitaria se procederá en la forma que fije la reglamentación.

Dicho concepto se referirá a la personalidad, rendimiento, capacidad e interrelación profesional del postulante.

Asimismo quedará a criterio del jurado recabar toda otra información que estime conveniente.

El jurado deberá adjudicar el puntaje que correspondiere a toda la información obtenida en este rubro. La evaluación consistirá en una prueba teórico-práctica sobre temas o materias relacionadas con la naturaleza del cargo que se concurse.

A los fines de la asignación de puntaje del rubro antecedente por títulos y trabajos se computará el ciento por ciento (100 %) del puntaje a los relacionados con el área y/o especialidad concursada, el cincuenta por ciento (50 %) a los fines y el veinte por ciento (20 %) a los no relacionados.

En el concurso de Director y Subdirector para la asignación del puntaje por antecedentes, títulos y trabajos se computará el ciento por ciento (100 %) del puntaje a los relacionados con el área que se concursa y el veinte por ciento (20 %) para los no relacionados.

El jurado evaluará a los concursantes en forma individual en cada uno de los rubros considerados, asignando el puntaje que les correspondiere en orden decreciente.

El Secretario de Salud Pública y Medio Ambiente resolverá las reclamaciones interpuestas en los concursos, siendo su resolución irrecurible. (Segundo párrafo incorporado por el Art. 1° de la Ordenanza N° 43.468, B. M. 18.466).

Las vacantes concursadas se cubrirán con los profesionales que hayan obtenido el máximo puntaje en el respectivo concurso.

El jurado estará integrado por profesionales de la misma profesión o especialidad en concurso cuyo grado no será inferior al concursado, cuando necesidades del concurso para constituir el jurado lo requieran podrán ser profesionales en profesión o especialidad afines a la concursada y por representantes designados por la entidad profesional respectiva, si los hubiere y en la forma en que fije la reglamentación.

Los cursos de capacitación técnica en Organización y/o Administración Hospitalaria y/o Diplomado en la Salud Pública que se dicten en instituciones oficialmente reconocidas, serán valorizados dentro del rubro "antecedentes" en el puntaje asignado a "cursos y trabajos científicos", en oportunidad de reglamentarse la presente ordenanza para los cargos de ejecución y de conducción en que no sea requisito poseer los mismos.

Las funciones realizadas en actividades técnico-profesionales contempladas en el punto de "cargos, título y actividad técnico profesional" dentro del rubro "antecedentes" serán aquellas que contemple la reglamentación con su respectiva valorización.

El puntaje que corresponda al "grado de revista" dentro del rubro "antecedentes" para la promoción activa de grado, será proporcional al mismo y de acuerdo a lo que la reglamentación fije.

9. Salida:

Los profesionales comprendidos en la presente carrera cesarán en sus funciones de conformidad a las previsiones establecidas en el Estatuto para el Personal Municipal.

El personal profesional comprendido en la presente carrera deberá cesar obligatoriamente en su empleo cumplidos los sesenta y cinco (65) años de edad. Las jubilaciones se ajustarán a las disposiciones que rigen para el personal municipal en el respectivo régimen previsional.

Serán causas de cesantías y/o exoneración, las establecidas en el Estatuto para el Personal Municipal.

10. Condiciones de Trabajo:

Jornada Laboral:

Los profesionales de ejecución deberán cumplir un mínimo de 24 horas semanales. La Secretaría de Salud Pública y Medio Ambiente podrá ampliar el horario con la anuencia del agente en función de las necesidades del servicio y los programas del Plan Municipal de Salud.

Los profesionales con cargo de conducción tendrán asignado un horario mínimo de 30 horas semanales pudiendo la Secretaría de Salud Pública y Medio Ambiente ampliar el mismo con

la anuencia del agente, en función de las necesidades del servicio y los programas del Plan Municipal de Salud.

Los profesionales de ejecución del sector de urgencia, denominados profesionales de guardia y especialistas en la guardia, podrán desempeñar un horario en planta de acuerdo a lo que fije la reglamentación.

Cuando el Departamento Ejecutivo determine la necesidad de que un profesional o grupo de profesionales cumpla un adicional horario que complete 44 horas semanales percibirá una retribución por servicios extraordinarios.

Cuando el Departamento Ejecutivo determine la necesidad de que un profesional o un grupo de profesionales se aboquen en forma exclusiva al desempeño de su actividad, se encuadrará dentro de la modalidad dedicación exclusiva con bloqueo de título. (Puntos 5.3. y 5.4 incorporados por el Art. 1° de la Ordenanza N° 42.738, B.M. 18.313).

Los profesionales que fueran designados por aplicación del Régimen de los concursos en los niveles de Director y Subdirector lo serán en carácter de titular transitorio, desempeñando dichas funciones por un período de cinco (5) años. Al finalizar dicho plazo los cargos quedarán automáticamente vacantes y serán cubiertos en el mismo carácter mediante un nuevo llamado a concurso, pudiendo participar de los mismos quienes lo desempeñaban. Los profesionales continuarán al finalizar su designación transitoria en el modo y forma que la reglamentación establezca al respecto, percibiendo la retribución total que por todo concepto correspondiere al cargo que desempeñaban.

El Director, Subdirector y Jefe de Departamento, podrán ser reubicados por el Departamento Ejecutivo cuando las necesidades institucionales así lo requieran.

Cuando se produzca la supresión de cargos de conducción en las estructuras, los agentes titulares que se desempeñan en ellas, deberán ser reubicados de inmediato en vacantes de igual nivel y especialidad en igual carácter.

Cuando se produzca la elevación de niveles de cargos de conducción en estructuras orgánicas, como consecuencia del control de gestión realizado en el sector durante el lapso que fije la reglamentación, los profesionales titulares que se desempeñaban en ellos, deberán ser reubicados, automáticamente, en el mismo carácter, en el nuevo nivel, con todos los derechos y obligaciones.

Cuando se produzca la disminución de niveles de cargos de conducción en las estructuras orgánicas, los profesionales titulares que lo desempeñaban mantendrán su función de conducción percibiendo el total de la retribución y desempeñando el horario que tenían asignado. Podrán optar por permanecer en el establecimiento o pasar a otro en que hubiera un cargo vacante de igual nivel y especialidad, de acuerdo a las pautas que fije la reglamentación.

El personal titular de la presente carrera podrá ser destinado en comisión de servicios por resolución de la Secretaría de Salud Pública y Medio Ambiente, para cumplir funciones vinculadas directamente por su actividad profesional y/o con fines de capacitación en la Secretaría de Salud Pública y Medio Ambiente o en cualquier organismo de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, por períodos no mayores de un (1) año, que podrán ser renovables de acuerdo a lo que establezca la reglamentación de la presente. El personal destacado en comisión de servicios, percibirá las retribuciones y cumplirá el horario semanal que corresponda a su situación de revista en la carrera. El personal de conducción que se desempeñe en comisión de servicios no perderá el derecho a la percepción del suplemento por conducción.

Los profesionales titulares que fueran elegidos para desempeñar cargos electivos de representación por elección popular o designados a nivel oficial, dentro o fuera del ámbito de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires para cumplir misiones o funciones especiales al concluir las mismas serán reintegrados a la presente carrera a su lugar de origen, con el grado de revista que correspondiera por promoción pasiva, no perdiendo por ello su derecho a la antigüedad ni a los beneficios previsionales en caso del desempeño puntualizado en primer término.

El cese de las funciones de conducción con pérdida de suplemento correspondiente se podrá disponer como consecuencia de la instrucción de sumario administrativo, cuando el resultado del mismo fuese sancionatorio.

La incompatibilidad para los profesionales comprendidos en la presente carrera, será solamente la determinada por razones de superposición horaria y la de poseer simultáneamente más de una designación dentro de la misma.

Los cambios de especialidad podrán ser solicitados por los profesionales titulares con excepción de los del sector de urgencia, ante la Dirección del establecimiento al que pertenezcan, debiendo presentar título de especialista que lo acredite, otorgado por

organismo competente. El cambio de especialidad una vez concedido no modificará el grado de revista del profesional y podrá ser otorgado una sola vez en el curso de la carrera.

El profesional que cambie de especialidad deberá cesar en el cargo jerárquico si lo tuviere, con pérdida del suplemento de conducción que corresponda y el horario a cumplir será determinado por la Secretaría de Salud Pública y Medio Ambiente. Idéntico criterio se seguirá para la movilidad entre las distintas áreas.

Los profesionales que obtuvieren por concurso un nuevo cargo de ejecución en igual profesión, mantendrán el grado de revista del cargo que tuvieron y continuarán con las promociones previstas, a excepción de la activa de grado cuando el cargo a desempeñar fuera en especialidad distinta a la revistada anteriormente, en tal caso deberán contar con una antigüedad no menor de tres (3) años en el cargo y especialidad obtenida.

Los profesionales que obtuvieran por concurso un cargo de ejecución, en profesión distinta a la que revistaban mantendrán el mismo grado de revista que tenían, no pudiendo presentarse a concurso en cargos de conducción hasta tanto no cumplan con la antigüedad exigida en la profesión.

Cuando la Dirección de Reconocimiento Médico dictamine definitivamente un cambio de tareas para los profesionales que presten servicios en las áreas Técnica-Sanitaria, Técnica-Administrativa y Asistencial y de Investigación, de aquí por razones de salud, la Secretaría de Salud Pública y Medio Ambiente dispondrá:

- Si el profesional se desempeña en el sector de urgencia dejará su partida pasando a otra en planta, manteniendo su titularidad y grado de revista en especialidad y horarios compatibles con su estado psicofísico y su capacitación técnico-profesional;
- Si el profesional se desempeña en planta, en cualquiera de las áreas mantendrá su titularidad y grado de revista en especialidad y horario compatibles con su estado psicofísico y su capacitación técnico-profesional;

Cuando se tratare de personal jerarquizado de cualquiera de las áreas, el temperamento será similar a lo indicado en los incisos anteriores y además se lo limitará en las funciones de conducción;

En todos los casos la reubicación del profesional no afectará el total de las remuneraciones por todo concepto que le correspondieran por su situación de revista anterior percibiendo la

diferencia resultante de su nueva ubicación hasta tanto los incrementos salariales lo equiparen;

Establécese para el sector de urgencia el régimen de siete (7) guardias semanales de lunes a domingo, suprimiéndose la guardia rotatoria vigente.-

11. Régimen de remuneraciones:

11.1 Salario Básico:

El personal comprendido en la Carrera Municipal de Profesionales de Salud, percibirá la asignación de la categoría conforme a su situación de revista y los adicionales particulares y suplementos especiales según corresponda.

Asignación de la categoría

a) Facúltase al Departamento Ejecutivo a fijar a partir del 1° de mayo de 1988, el monto de la asignación de la categoría del grado "profesional asistente" con veinticuatro (24) horas semanales;

b) Los profesionales que cumplan horarios distintos al de veinticuatro (24) horas semanales percibirán en concepto de asignación de la categoría el importe que resulte de dividir el total de dicho monto por veinticuatro (24) y multiplicar este resultado por la cantidad de horas semanales que correspondan a su designación;

c) Las promociones a los grados a que hace referencia la presente carrera acrecentarán el monto de la asignación de la categoría con relación a la del profesional asistente en los siguientes porcentajes:

Grado Porcentajes

Agregado 20 %

Hospital B 44 %

Hospital A 51 %

Consultor B 58 %

Consultor A 65 %

11.1.2 Adicionales

Adicionales particulares

Son adicionales particulares los siguientes:

Antigüedad.

Permanencia en el grado de consultor.

Antigüedad:

El personal comprendido en esta carrera percibirá en concepto de antigüedad, por cada año de servicio o fracción mayor de seis (6) meses computados al 31 de mayo de cada año, una suma equivalente al 1.56249 % de la remuneración que corresponda al profesional asistente con veinticuatro (24) horas semanales.

Dicha suma será acumulativa y se ajustará anualmente en forma automática al 1° de junio de cada año.

El adicional por antigüedad será liquidado en forma proporcional a los horarios establecidos para el personal comprendido en la presente carrera, sobre la base de una prestación de servicio de treinta y cinco (35) horas semanales de labor.

La determinación total de la antigüedad de cada agente se hará sobre la base de los servicios no simultáneos cumplidos en forma ininterrumpida o alternada en organismos nacionales, provinciales o municipales y en empresas del Estado que se encuentren debidamente acreditadas.

No se computarán a efectos del pago del adicional por antigüedad, los años de servicio en virtud de los cuales se hubiere otorgado un beneficio previsional. (Conforme texto Art. 1° de la Ordenanza N° 42.797, B. M. 18.310).

Permanencia en el grado de consultor:

El adicional por permanencia en el grado de consultor, comenzará a percibirse al cumplir el agente un (1) año de revista en dicho grado o quince (15) años en la carrera, acrecentando su remuneración en un monto equivalente al diez (10) por ciento de la asignación de la categoría de revista y se ajustará posteriormente, dicho adicional, incrementándolo de igual modo por cada cinco (5) años como consultor.

Este adicional continuará aplicándose aun cuando el profesional se halle desempeñando una función de conducción titular, interino o reemplazante.

Cuando el profesional acceda a un cargo de conducción de la estructura orgánica central de la Secretaría de Salud Pública y Medio Ambiente cuyas funciones estén vinculadas con su profesión percibirá además de las retribuciones inherentes al cargo de conducción, el monto del adicional por permanencia en el grado de consultor a que tuviera derecho al momento de dicha designación.

11.2 Incentivos:

Suplementos especiales

Son suplementos especiales los siguientes:

Por función de conducción.

Por responsabilidad profesional.

Por actividad crítica.

Por tareas riesgosas, insalubres o infectocontagiosas.

Por dedicación exclusiva, en este caso el monto del suplemento será determinado por el Departamento Ejecutivo. (Conforme texto Art. 2° de la Ordenanza N° 42.738, B. M. 18.313).

Suplemento por función de conducción.

Todo profesional comprendido en la presente carrera con funciones de conducción, percibirá un suplemento por función de conducción según el siguiente detalle:

Director: el veintisiete (27) por ciento de la asignación de la categoría que le corresponda a un profesional con el grado de Consultor A con cuarenta (40) horas semanales.

Subdirector: el setenta y cinco (75) por ciento del suplemento que por función de conducción corresponde al Director.

Jefe de Departamento: el sesenta (60) por ciento del suplemento que por función de conducción corresponde al Director.

Jefe de División: el cincuenta (50) por ciento del suplemento que por función de conducción corresponde al Director.

Jefe de Unidad y de Sección: el cuarenta (40) por ciento del suplemento que por función de conducción corresponde al Director.

Suplemento por responsabilidad profesional.

El personal comprendido en la presente carrera percibirá en concepto de suplemento por responsabilidad profesional la siguiente retribución:

Personal de conducción:

El veinticinco (25) por ciento del total de la remuneración de la función que desempeñe teniendo en cuenta para determinar esta última los conceptos: asignación de la categoría y suplemento especial por función de conducción y, el veinticinco (25) por ciento del sueldo básico profesional asistente de veinticuatro (24) horas semanales de la Carrera de Profesionales de la Salud. Personal de ejecución:

El quince (15) por ciento de la asignación de la categoría que le corresponda, al cargo de revista y, el veinticinco (25) por ciento del sueldo básico del profesional asistente de veinticuatro (24) horas semanales de la Carrera de Profesionales.

Suplemento por actividades críticas.

Se abonará a los profesionales que se desempeñen en funciones para las cuales se manifiesta escasez de oferta en el mercado de trabajo, conforme a la determinación que a tal fin establezca el Departamento Ejecutivo.

Este suplemento se calculará aplicando los porcentajes que en cada caso determine el Departamento Ejecutivo, sobre la asignación de la categoría del grado de profesional asistente con veinticuatro (24) horas semanales. (Conforme texto Art.1° de la Ordenanza N° 42.797, B. M. 18.310).

Tareas riesgosas, insalubres e infectocontagiosas.

Corresponderá percibir suplemento por tareas riesgosas, insalubres e infectocontagiosas, a los profesionales que desempeñen funciones cuya naturaleza implique la realización de acciones en que se ponga en peligro su integridad psicofísica.

El Departamento Ejecutivo determinará por vía reglamentaria las funciones o lugares que se consideren incluidos en la percepción de este suplemento, conforme los lineamientos de la

Ley de Higiene y Seguridad en el Trabajo y previo dictamen del Consejo Permanente de Higiene Ambiental y Seguridad en el Trabajo.

Este suplemento se calculará aplicando los porcentajes que en cada caso determine el Departamento Ejecutivo, sobre asignación de la categoría del Grado del profesional Asistente con veinticuatro (24) horas semanales.

Este suplemento dejará de percibirse al desaparecer o ser superada la índole de la tarea riesgosa, la insalubridad del ámbito donde se realice o su calificación de funciones infectocontagiosas. (Conforme texto Art. 1° de la Ordenanza N° 42.797, B. M. 18.310).

Retribución por servicios extraordinarios

Se abonará a los profesionales que se desempeñen con la modalidad horaria que determina la presente ordenanza, además de las retribuciones que le correspondan.

Este adicional sólo se percibirá por la presentación real y efectiva del servicio.

Excepto el caso de las licencias anuales ordinarias, accidente de trabajo y enfermedad profesional.

El monto de la retribución por servicios extraordinarios será la resultante de multiplicar el coeficiente de 1,8 por el sueldo del profesional asistente con 24 horas semanales.

Cuando la actividad desempeñada fuera además deficitaria en la Unidad de Organización podrá aumentarse el coeficiente 1,8 hasta 2,1 para la captación de nuevo personal. El suplemento por "actividad crítica" se fijará de acuerdo con lo que determine el Departamento Ejecutivo en cada caso. (Incorporado por el Art. 2° de la Ordenanza N° 42.738, B. M. 18.313).

12. Otros Componentes:

Licencias:

Los profesionales comprendidos en la presente carrera gozarán de las licencias, justificaciones y franquicias enunciadas en el Estatuto para el Personal Municipal y las extraordinarias especificadas:

- En razón de la naturaleza de la actividad profesional, podrán otorgarse licencias extraordinarias, con o sin goce de sueldo con el objeto de asistir a actividades científicas, por períodos no mayores de un (1) mes. El objetivo de éstas será

intercambiar o adquirir conocimientos, cuando éstos sean de utilidad directa para el futuro desempeño del profesional en el ámbito de la Secretaría de Salud Pública y Medio Ambiente.

- Gozarán de licencia sin goce de haberes los profesionales titulares, mientras duren en sus mandatos o funciones consideradas en el mismo.

13. Cuerpos Colegiados Especiales:

La Comisión Asesora Permanente de la Carrera Municipal de Profesionales de Salud

La Secretaría de Salud Pública y Medio Ambiente designará una Comisión Asesora Permanente de Carrera Municipal de Profesionales de Salud a efectos de asesorar sobre aspectos relacionados a la interpretación y/o aplicación de la presente carrera, como asimismo proponer las modificaciones que se considere oportuno introducir. En esa comisión tendrán participación representantes de las asociaciones de profesionales municipales involucrados en esta carrera y a propuesta de las mismas.

PROVINCIA DE CHUBUT

CONSTITUCIÓN PROVINCIAL

Por el artículo 18, todos los habitantes de la Provincia gozan del derecho a la protección de la salud y por el 66, todas las personas en la Provincia tienen el deber de cuidar su salud y la de sus semejantes, en cuanto les sea posible, como un bien social.

ESTATUTO DEL PERSONAL DE LA ADMINISTRACION PUBLICA.

Se trata de la Ley Nº 1523 de noviembre de 1978

Es de aplicación a todo el personal que presta servicios remunerado en la administración provincial y para los trabajadores de la salud se aplica supletoriamente.

LEY DE CARRERA SANITARIA

La carrera sanitaria se halla reglada por la Ley 2672, de Carrera Sanitaria Provincial, sancionada el 25 de febrero de 1986. Además de las múltiples normas modificatorias que van actualizando el monto del valor móvil de la remuneración, bonificaciones especiales y retroactivos, se sancionó una norma modificatoria, la 3261 del 11 de enero de 1989 que crea una comisión bipartita entre estado provincial y organizaciones gremiales, entre las cuales se encuentra SIPROSALUD, el gremio del ámbito sanitario, para la discusión de condiciones de trabajo y las remuneraciones.

Comentario general: es importante el hincapié que tiene la norma respecto a los concurso. Por otra parte, al igual que en otras provincias, se visualiza la necesidad de fomentar el traslado de profesionales al interior de la provincia, no sólo con la aplicación de adicionales sino inclusive con la obligatoriedad de cobertura de cargos en el interior para poder acceder posteriormente a otros en sitios más civilizados.

COMPONENTES

1. Objetivo y Principios Rectores

El objetivo que figura en la Ley de Carrera Sanitaria Provincial es el de fomentar, proteger, recuperar y rehabilitar la salud de las personas, así como conducir, administrar, programar y evaluar dichas acciones.

2. Ámbito de aplicación

Comprende al personal que presta servicios en todo el ámbito de la Subsecretaría de Salud Pública.

3. Cobertura o Alcance:

Comprende a todo el personal que presta servicios en la Subsecretaría de Salud Pública con excepción del Subsecretario de Salud Pública y de los Directores Generales.

4. Situaciones de revista contempladas

La Subsecretaría de Salud Pública promueve el ingreso de los ex residentes de la Provincia a la Carrera Sanitaria, autorizándolos a presentarse a los concursos abiertos a la Carrera en los cargos en cuya especialidad hubieran completado su residencia.

Para aquellos ex residentes que deseen acceder a la Carrera de antigüedad y mérito se computa como antigüedad el período de formación de tres años.

Los Agentes Sanitarios y los Supervisores Intermedios también pertenecen al régimen pre-escalafonario durante su formación y se los autoriza a presentarse a los concursos abiertos a la carrera, una vez concluido su período de formación

5. Escalafón

La Ley establece tres agrupamientos conforme a la capacitación del agente: A, B, y C. A cada Agrupamiento por su parte le corresponde un escalafón particular que se divide en clases.

Agrupamiento A: comprende a los cargos para cuyo desempeño se requiere título universitario habilitante o terciario específico cuando el título obtenido habilite legalmente para el mismo ejercicio profesional que su similar universitario de Tres (3) años, o más años de duración. El agrupamiento A se divide en:

Clase I: comprende las carreras universitarias de cuatro (4) o más años de duración.

Clase II: comprende a las demás carreras que corresponden al Agrupamiento.

Agrupación B: comprende a los cargos para cuyo desempeño es necesario poseer título I secundario o título de nivel terciario de menos de Tres (3) años de duración. Este Agrupamiento se divide en:

Clase I: comprende las carreras de nivel terciario que corresponden al Agrupamiento.

Clase II: comprende a las demás carreras que corresponden al Agrupamiento.

Agrupamiento C: comprende a los cargos para cuyo desempeño se requiere formación básica general (primario) o cursos específicos de nivel secundario de Uno (1) o Dos (2) años de duración. Este agrupamiento se divide en:

Clase I: comprende a los cargos del agrupamiento que requieren formación específica.

Clase II: comprende a los demás cargos que corresponden al Agrupamiento.

A cada agrupamiento y clase le corresponde un escalafón que se divide en diez (10) grados correlativos de Uno (1) a Diez (10), correspondiéndole a cada uno de ellos una categoría presupuestaria.

6. Ingreso a la Carrera

Para el ingreso a la Carrera Sanitaria Provincial se requiere ser ciudadano argentino, por excepción se admiten extranjeros siempre que posean vínculos de consanguinidad en primer grado o de matrimonio con argentinos.

El ingreso al régimen escalafonario es por concurso.

A cada escalafón se ingresa, en el caso de personal no jerarquizado, por el Grado Uno (1) de la clase ocupacional correspondiente, excepto en los casos de agentes provenientes de otros regímenes laborales, en los que el Comité de Carrera es el organismo encargado de establecer la respectiva equivalencia.

El personal que ingresa al sistema ganando un cargo jerárquico, obtiene el grado escalafonario correspondiente a la jerarquía alcanzada, según un sistema de equivalencias preestablecido entre el grado escalafonario y el nivel jerárquico del cargo.

7. Derechos, deberes y obligaciones

Todo el personal que pertenece a la carrera sanitaria goza de estabilidad plena, remuneración justa, incentivos científicos y de capacitación, régimen de previsión social y jubilatorio.

Además de los habituales otros derechos dignos de ser mencionados son el de estabilidad en la localidad, las compensaciones, los subsidios, la carrera.

Por otra parte los trabajadores de la salud cuentan con un régimen jubilatorio especial, con veinticinco (25) años de servicio sin límite de edad, con un mínimo de diez (10) años de permanencia en la Carrera Sanitaria.

También tienen un régimen especial de retiro y derecho a la capacitación (20% del tiempo para Agrupamiento A y B y 10% para el C y D)

8. Transcurso de la carrera

8,1, Promoción

Luego del ingreso, el personal accede a los grados escalafonarios superiores mediante dos sistemas diferenciados:

- a) Una Carrera Jerárquica basada en el concurso de los respectivos cargos.
- b) Una Carrera de Antigüedad y Mérito basada en la promoción trienal, según la calificación anual.

8.2. Concursos

Los concursos previstos para el ingreso en la Carrera Sanitaria son de antecedentes y oposición y se realizan una vez por año con un intervalo no menor de ciento cincuenta (150) días.

Los concursos pueden ser:

- a) Concurso abierto a la Carrera Sanitaria.
- b) Concurso abierto a nivel provincial: pueden presentarse los agentes de la Administración Pública Provincial comprendidos o no en la carrera, y personas con domicilio en la Provincia, que cuenten con un (1) año de residencia permanente y efectiva como mínimo en la misma.
- c) Concurso abierto a nivel nacional: pueden presentarse todas las personas radicadas en el país, que cumplan los requisitos exigidos.

La ley establece muy taxativamente cómo deben realizarse los llamados a concurso: circulares, boletín oficial y medios de comunicación de distinto tipo. También especifica qué deben informar los llamados.

La ley es directamente reglamentaria en la documentación a presentar, en los plazos y mecanismos de inscripción, evaluación, publicación e impugnaciones.

Establece una instancia de evaluación de antecedentes y otra de pruebas teóricas por escrito.

Quedan automáticamente eliminados del concurso, quienes hubieran obtenido menos del setenta por ciento (70%) del total de puntos asignados a la prueba de oposición.

El cargo obtenido por concurso confiere estabilidad inmediata en el desempeño del mismo dentro de la Carrera Sanitaria.

Todo el proceso desde el llamado a concurso hasta el nombramiento de quien haya resultado ganador, no puede durar más de ciento veinte (120) días corridos.

Calificación de los concursos:

A efectos de la valorización de los puntajes, se establece una proporción del cuarenta por ciento (40%) para los antecedentes y del sesenta por ciento (60%) para la prueba de oposición. Para la valorización de los puntajes por antecedentes se toman en cuenta los componentes habituales sobre capacitación y trayectoria laboral, más la antigüedad,:

Es interesante remarcar que para los cargos jerárquicos del área de medicina de Nivel Departamento o superior en establecimientos de Complejidad cuatro (IV), seis (VI) y ocho (VIII) o en los ámbitos zonal o central, además de las condiciones generales es requisito obligatorio para acceder a ellos poseer como mínimo, certificado de administración y/u organización hospitalaria o equivalente de cuatrocientas (400) horas o más reconocidas por Autoridad Sanitaria oficial, nacional o provincial. La Subsecretaría de Salud Pública debe

proveer los medios necesarios para que los agentes jerarquizados que ocupen cargos y que no posean esta capacitación, puedan obtenerla en la provincia o fuera de ella.

Además para concursar los distintos cargos jerárquicos es también requisito mínimo, el haber permanecido como mínimo un (1) año en el cargo obtenido anteriormente por concurso. La categoría alcanzada por promoción horizontal no debe ser tomada en cuenta a los efectos de los concursos de nivel jerárquico.

La ley establece la composición de cada tipo de jurado para los distintos cargos jerárquicos y para los cargos no jerárquicos. Sin perjuicio de los miembros que integran cada Jurado en particular, siempre están integrados además por:

- El señor Subsecretario de Salud Pública Provincial, en carácter de Presidente del Jurado.
- Un representante de la Asociación de Profesionales del Establecimiento. . Este miembro sólo tendrá voz, no voto.
- Un representante de la Asociación Gremial reconocida en la Institución donde se realice el concurso. Este miembro tendrá voz, no voto.

El Jurado debe disponer otra prueba de evaluación tres (3) días hábiles posteriores a conocerse el resultado del concurso de oposición, entre aquellos postulantes que hubieran igualado el puntaje final del concurso, siempre que hayan alcanzado o superado el mínimo de puntaje fijado en el artículo 37º.

Los cargos jerárquicos a los cuales se accedió por concurso tienen una duración de cinco (5) años consecutivos al cabo de los cuales debe efectuarse el concurso correspondiente.

Los agentes que abandonen sus funciones jerárquicas como consecuencia del resultado de los concursos, conservan la categoría escalafonaria y tienen derecho a permanecer en el mismo servicio hospitalario o en aquel del que provinieron. En los casos de cargos jerárquicos 7, 8 y 9 pasan a depender de la Dirección de Capacitación y Recurso Humano, la que a través del Comité permanente de Carrera determina – si cabe- la nueva función a desempeñar respetando el lugar de residencia.

8.3. Evaluación de desempeño:

La ley sólo establece que el personal jerarquizado que sea calificado con menos de cuarenta por ciento (40%) del total posible, en un período de calificación, pierde su jerarquía y vuelve a la situación de revista en el Plantel Básico. Para el personal no jerarquizado dos (2) calificaciones consecutivas o tres (3) alternadas inferiores al cuarenta por ciento (40%) del total posible, para cada período de calificación en un lapso de diez (10) años, hará perder la estabilidad del agente y producirá, previo sumario, el cese inmediato en la Carrera.

Se aclara que el ejercicio de un cargo de nivel jerárquico no excluye la promoción trienal del agente, según la calificación anual.

8.4. Formación y Capacitación

La Ley crea la Dirección de Capacitación y Recurso Humano a fin de asegurar la capacitación de todos los agentes que revistan en la Carrera, a los fines de su óptimo funcionamiento. También crea Comités de Docencia e Investigación.

9. Salida de la carrera

Además de las causales habituales de salida de la carrera, se da el caso para con el personal no jerarquizado que, en caso de obtener dos (2) calificaciones consecutivas o tres (3) alternadas inferiores al cuarenta por ciento (40%) del total posible, para cada período de calificación en un lapso de diez (10) años, pierde su estabilidad y produce, previo sumario, el cese inmediato en la Carrera.

10. Condiciones de trabajo

El personal de la Carrera debe prestar sus servicios bajo el régimen de cargo único con o sin dedicación exclusiva.

El régimen horario para los agentes de la carrera puede ser:

- a) Régimen reducido: veinte (20) horas semanales,
- b) Régimen prolongado: cuarenta (40) horas semanales,
- c) Régimen de dedicación exclusiva: cuarenta y cuatro (44) horas semanales.

Se entiende por Dedicación Exclusiva, el régimen de trabajo que exige cumplir cuarenta y cuatro (44) horas semanales de labor, distribuidas según las necesidades de servicio en casos excepcionales, más la concurrencia fuera de este horario o cuantas veces resultara necesario por razones de servicio, sin perjuicio del franco semanal y licencia reglamentaria. Se abona en tal concepto un adicional del ciento cincuenta por ciento (150 %) del sueldo básico del agrupamiento del agente.

Los cargos desde Director Provincial hasta Jefe de Departamento de un Centro Nivel VIII y hasta Jefe de División de un Centro Nivel IV o VI y el total del personal del Agrupamiento A, de los establecimientos rurales, deben ser cubiertos con un régimen laboral de Dedicación Exclusiva.

El resto del personal jerarquizado reviste en el régimen de cuarenta (40) o cuarenta y cuatro (44) horas semanales. En ningún caso pueden cubrirse estos cargos con régimen de horario reducido.

El ochenta por ciento (80%) de los cargos de planta de los servicios básicos, cualquiera sea la complejidad del establecimiento, debe ser cubierto por profesionales que revistan en el régimen de dedicación exclusiva.

El personal de guardia debe pertenecer a la Planta Permanente del establecimiento y deben cumplir de doce (12) a veinticuatro (24) horas semanales de guardia activa, más las rotativas que fueran necesarias y funciones asistenciales fuera del horario de guardia en un servicio del establecimiento y/o dependientes. El régimen de trabajo para el personal de guardia es de cuarenta (40) horas semanales o más.

De las áreas rurales: define a las áreas rurales como aquellas que son áreas de influencia de establecimientos de Complejidad I, II y III.

Los agentes del Agrupamiento A, Clase I, que se desempeñen en zonas rurales perciben el sueldo correspondiente a la dedicación exclusiva más una dedicación funcional del cien por ciento (100%) del básico del Agrupamiento para la categoría más baja de la jornada laboral de cuarenta (40) horas semanales que se pagará en proporción a la cantidad de agentes y al trabajo realizado por los mismos, más el plus por área desfavorable.

Todos los cargos correspondientes a establecimientos asistenciales rurales, llevan implícita la obligatoriedad de atender las actividades previstas por la Subsecretaría de Salud Pública en su área programática por convenios institucionales, sin que por ello surja remuneración adicional alguna.

Los profesionales comprendidos en este régimen deben permanecer cinco (5) años en áreas rurales, debiendo dedicar doce (12) meses de ese lapso a la capacitación en un centro de mayor complejidad, utilizado como mínimo en dos (2) períodos.

A los cinco (5) años de permanencia en la zona rural todos los agentes, tendrán derecho a ser trasladados a centros de mayor complejidad y zonas más favorables.

En el caso de los profesionales el desempeño de tareas en forma efectiva en zonas desfavorable luego de cinco (5) años consecutivos les da derecho a solicitar su traslado a un hospital de mayor complejidad, donde cumplir funciones asistenciales en Centros Periféricos y concurrir a un Servicio de Especialidad a su elección a fin de capacitarse, con la posibilidad de poder presentarse a concursos de cargos vacantes que se produjeran, inherentes a la especialidad elegida, siempre y cuando acredite un año de concurrencia al servicio respectivo.

Para los médicos generalistas, la Dirección de Capacitación y Recurso Humano debe arbitrar los medios y programas para que los agentes realicen tareas de capacitación continua en servicio, que les permitan integrarse paulatinamente a prestaciones de mayor complejidad en la especialidad elegida.

A los efectos de la antigüedad que se computa a los agentes rurales se divide la Provincia en áreas, y a cada una de ellas se le da un reconocimiento por antigüedad y un adicional por zona desfavorable, que es fijado por el Comité de Carrera anualmente.

Las mismas se determinan teniendo en cuenta la complejidad hospitalaria, el clima, los servicios a la comunidad, las vías de comunicación y las características demográficas de la población.

11. Régimen de remuneraciones

Salarios e incentivos

El personal perteneciente a la carrera está escalafonado en veintiuna (21) categorías salariales, correspondiéndole a cada una de ellas un Índice básico que se especifica en la propia ley, el que es multiplicado por un valor móvil y que da como resultado el sueldo básico de cada Clase o Grado.

El Índice referido corresponde a jornadas semanales de veinte (20) horas de labor. Cuando el régimen laboral fije jornadas distintas, la retribución se liquida en forma proporcional.

11.1.2. Adicionales

Además de los adicionales habituales se contemplan otros por antigüedad, por dedicación exclusiva, por responsabilidad jerárquica, por actividad crítica, por bloqueo de título, por horas extras, por turnos rotativos, por turno nocturno fijo y por dedicación funcional, y También se paga el adicional por bloqueo total o parcial del título, en cuyo caso el agente percibe un adicional que es igual al cincuenta o veinticinco por ciento (50 ó 25%) respectivamente, de su sueldo básico.

11. Incentivos

Se consideran como incentivos los adicional por zona desfavorable, por gastos de ubicación y por áreas desfavorables. También la ley menciona beneficios especiales y/o premios,

12. Otros componentes

El personal comprendido en la presente Carrera gozan de las mismas licencias que el personal de la Administración Pública Provincial, con excepción de la licencia por maternidad que es ampliada a cuatro (4) meses.

No hace mención a los procedimientos disciplinarios

13. Cuerpos Colegiados Especiales

La Ley crea un Comité Central Permanente de Carrera, integrado por el Subsecretario de Salud Pública, los Directores de Salud, Medio Ambiente y Capacitación y Recurso Humano, y los Directores de cada una de las Zonas Sanitarias de la Provincia, más el Director del Hospital Regional de Comodoro Rivadavia.

Se crean por otra parte Comités Zonales de Carrera en cada una de las Zonas Sanitarias, y Juntas Locales de Carrera en cada uno de los establecimientos Hospitalarios.

Los integrantes de los tres niveles de comité, subcomités y juntas duran en sus cargos mientras conserven la jerarquía.

Por último al Comité Central Permanente, a los Subcomités Zonales y a las Juntas Locales se integra un representante por cada gremio de la salud cuyos afiliados revistieran en la Carrera Sanitaria y uno por las asociaciones profesionales del ámbito de la Carrera, que tienen voz y voto y duran dos (2) años en sus Funciones.

Las funciones del Comité Central Permanente de Carrera son, entre otras :

- Velar por la jerarquización, capacitación y remuneración del recurso humano.
- Supervisar la aplicación y funcionamiento de la Carrera Sanitaria Provincial.
- Asesorar en todo lo concerniente a la política sanitaria y a una correcta utilización del recurso humano.
- Sugerir las reglamentaciones y las reformas a la Carrera Sanitaria Provincial.

Ya se ha mencionado la creación de la comisión bipartita entre estado provincial y organizaciones gremiales.

14. Avances de la carrera en la organización sanitaria

La Ley establece una organización sanitaria de tres estructuras y define la jerarquía de los establecimientos asistenciales a efectos de medir el nivel de responsabilidad de los cargos jerárquicos.

Define como estructura central a la encargada de administrar las actividades asistenciales y sanitarias para todo el ámbito de la Provincia. La estructura zonal es la que administra las actividades asistenciales y sanitarias en el ámbito de una zona sanitaria y la estructura periférica es la responsable de administrar las actividades asistenciales y sanitarias en el área programática de un establecimiento asistencial.

La jerarquía de los establecimientos asistenciales queda dada por la clasificación en ocho complejidades, de acuerdo al número de tareas diferenciadas que integran la actividad global y el desarrollo alcanzado por los mismos. Comienza por la complejidad I, la que está definida por operar mediante la modalidad de visita realizada por enfermeras y/o agentes sanitarios, consulta efectuada por médico general en forma periódica y programada. Incluye actividades relacionadas con la promoción, protección y prevención de la salud, pero abarca también la recuperación de la salud pero sólo en la emergencia.

La última complejidad es la VIII, la que comprende a establecimientos dotados con todos los servicios de atención médica necesarios para resolver el cien por ciento (100%) de las necesidades asistenciales y sanitarias del área programática y de la derivación regional.

Por otra parte la ley establece distintas jerarquías para las estructuras de los diferentes servicios, éstas son la dirección, la dirección asociada, el departamento, la división y supervisión y la sección, tanto para la organización del nivel central como para el zonal y el periférico.

Luego las distintas jerarquías pertenecientes a la Subsecretaría de Salud Pública son ordenadas en base a la complejidad y responsabilidad de cada función en nueve niveles:

- a) Plantel Básico.
- b) Sección de establecimiento de Complejidad uno (I) y dos (II).
- c) Sección de establecimientos de Complejidad tres (III) y cuatro (IV).
- d) Dirección de establecimiento de Complejidad tres (III), División de establecimiento de Complejidad cuatro (IV) y cinco (V). Sección de establecimientos de Complejidad seis (VI).
- e) Departamento de establecimientos de Complejidad cuatro (IV) y cinco (V). División de establecimientos de Complejidad seis (VI) y siete (VII). Sección de establecimientos de Complejidad ocho (VIII).
- f) Dirección de establecimientos de Complejidad cuatro (IV) y cinco (V). Departamento de establecimientos de Complejidad seis (VI) y siete (VII). División de establecimientos de Complejidad ocho (VIII)
- g) Dirección asociada de establecimientos de Complejidad seis (VI). Departamento de establecimientos de Complejidad ocho (VIII). División de Zona.
- h) Dirección de establecimientos de Complejidad seis (VI) y siete (VII). Dirección asociada de establecimientos de Complejidad ocho (VIII). Departamento Zonal. División provincial.
- i) Dirección de establecimientos de Complejidad ocho (VIII). Dirección administrativa. Departamento provincial.
- j) Dirección provincial. Dirección de Capacitación y Recurso Humano. Director de Zona Sanitaria.

15. Varios

La Ley establece que en 18 meses se tienen que concursar todos los cargos jerárquicos del Agrupamiento A (Profesional) de la Subsecretaría de Salud Pública. Los cargos jerárquicos de los restantes Agrupamientos se concursarán dentro del quinto año de promulgada la presente Ley.

Por último los agentes de planta permanente son reubicados por vuelco automático en la categoría equivalente a la antigüedad reconocida en el régimen de la dependencia donde revistan y para los cargos jerárquicos que fueran confirmados se considerará la categoría escalafonaria que correspondiera si esta fuera superior a la que correspondiera por antigüedad.

PROVINCIA DE ENTRE RÍOS

CONSTITUCIÓN PROVINCIAL

Respecto al empleo público: La Constitución reconoce a los argentinos nativos o nacionalizados, sin distinción de sexos el derecho a la admisibilidad en el empleo público provincial y municipal y a los extranjeros domiciliados en Entre Ríos solo la admisibilidad a nivel municipal (art. 12); Los empleados públicos cuentan con el derecho a la estabilidad una vez que acreditan un año consecutivo de servicio (art. 21) y, el derecho a jubilación, pensión o seguro (art. 19). Tienen prohibido acumular cargos con excepción de los del magisterio y los de carácter profesional técnico cuando la escasez del personal haga necesaria la acumulación (art.18).

Respecto del derecho a la salud: se encuentra reconocido de manera implícita toda vez que su artículo 6º establece que *“Los derechos, declaraciones y garantías enumerados en la Constitución Nacional y que esta Constitución da por reproducidos; no serán entendidos como negación de otros derechos y garantías no enumerados, pero ... que corresponden al hombre en su calidad de tal.”*

LEY DE EMPLEO PÚBLICO PROVINCIAL

La Ley N° 9755 es la Ley Marco de regulación del Empleo Público de la provincia de Entre Ríos.

Su art. 1º establece que *“...será de aplicación supletoria al personal que se encuentre amparado por regímenes especiales de prestación laboral dentro del ámbito de la Administración Pública en todo lo que éstos no prevean y no sea incompatible con el régimen especial. Los Principios Generales del Derecho del Trabajo serán de aplicación a la relación de empleo público en tanto sean compatibles con su naturaleza jurídica.”*

LEY DE CARRERA SANITARIA

La LEY N° 9190 es la ley que regula la carrera profesional hospitalaria de la provincia, y fue sancionada el 21 del mes de enero de mil novecientos noventa y nueve.

Comentario general

Se trata de una ley que regula los diferentes institutos de carrera de los agentes que integran la carrera profesional hospitalaria, estableciendo su régimen de trabajo, condiciones y forma de ingreso, escalafón, remuneraciones, promoción, régimen disciplinario, régimen de licencias y reglamentación de los concursos. La norma reserva a la Secretaría de Salud

la clasificación de los establecimientos en función de la complejidad hospitalaria y la determinación de las dotaciones incluyendo los cargos jerárquicos y reemplaza el régimen anterior preservando en disposiciones transitorias los derechos adquiridos por los trabajadores.

8. Objeto y Principios Rectores:

Crear la carrera profesional hospitalaria que regula a los profesionales universitarios que presten servicios en los establecimientos asistenciales dependientes del organismo central de Salud Pública de la provincia de Entre Ríos, en cualquiera de sus modalidades: centralizados, descentralizados, de autogestión, etc., estableciendo su régimen de trabajo en las actividades destinadas a desarrollar acciones de prevención, promoción, protección, recuperación, rehabilitación, docencia e investigación en el campo de la salud.

9. Ámbito de aplicación:

Los establecimientos asistenciales dependientes del organismo central de Salud Pública de la provincia de Entre Ríos, en cualquiera de sus modalidades: centralizados, descentralizados, de autogestión, etc.

Autoridad de aplicación: la Secretaría de Salud de la provincia de Entre Ríos.

10. Cobertura o Alcance:

Los profesionales universitarios incluidos en el régimen de la presente ley son bioingenieros, bioquímicos, dietista, nutricionista o licenciado en nutrición, farmacéuticos, fonoaudiólogos, kinesiólogos, médicos, odontólogos, obstetricias, psicólogos, psicopedagogos, podólogos, terapeutas ocupacionales, y asistentes sociales o licenciados en servicio social o trabajo social.

El listado es enunciativo, toda vez que podrá incluirse otra actividad profesional universitaria de acuerdo con el desarrollo de la tecnología científica y la naturaleza de las funciones que cumplen los establecimientos asistenciales hospitalarios a propuesta de la máxima autoridad sanitaria.

La ley establece en su art. 10 que se consideraran especialidades las que reúnan los siguientes requisitos: "...a) *constituyan una rama reconocida del conocimiento científico-profesional de la especialidad de referencia.* b) *Que esté de acuerdo con las normas vigentes que rigen cada profesión.* c) *Que se ajusten a las determinaciones de la Secretaría de Salud que fundamentará la identidad y el servicio al que corresponda.*"

11. Situaciones de revista contempladas:

El personal se clasifica en permanente agrupado en categorías y tramos diferenciando las funciones jerárquizadas.

La ley menciona, asimismo, al personal interino (art. 50) y al adscripto (arts. 23 y 51), que no están alcanzados por la carrera.

12. Escalafón

Se compone de siete (7) categorías, de la primera a la séptima divididos en dos tramos:

Tramo A: Comprende a las categorías de la primera a la sexta, incluyendo a los profesionales con carreras universitarias de menos de cinco años de duración.

Tramo B: Comprende a las categorías de la segunda a la séptima, ambas inclusive, e incluye a los profesionales con carreras universitarias de cinco o más años de duración. (art. 11)

La ley identifica como funciones jerarquizadas las siguientes: a) Jefe de sección o servicio; b) Jefe de división; c) Jefe de departamento; d) Secretario técnico; y e) Director. (art. 12)

Debe tenerse presente que en la carrera profesional hospitalaria la categoría es siempre independiente de la función, con excepción del cargo de director que requiere pertenecer al tramo B de las categorías. (art. 18).

13. Ingreso a la carrera

Para el ingreso a la carrera, a las funciones jerarquizadas y a los cargos con dedicación exclusiva se accede por concurso. El art. 5º de la Ley así lo establece: “La provisión de todos los cargos previstos en la carrera profesional hospitalaria, se hará por riguroso concurso de títulos, antecedentes y oposición, de acuerdo a las normas establecidas en la presente ley.”

El ingreso a la carrera se realiza por los cargos y las categorías inferiores del tramo correspondiente, que según las especialidades son profesional asistente o profesional interno de guardia activa. (art. 13)

Requisitos, impedimentos

Los requisitos para el ingreso a la carrera son:

- a) Ser argentino, nativo o por opción.
- b) Poseer título profesional universitario y estar matriculado en el organismo central de Salud Pública de la provincia de Entre Ríos, o en la entidad deontológica correspondiente.
- c) Solicitar la inscripción en el Departamento Concursos de la Secretaría de Salud, presentando certificación de servicios prestados, antecedentes título/s y trabajos concernientes a su actividad profesional, según lo determina la reglamentación de la presente ley.

- d) Ejercer la profesión en la provincia de Entre Ríos, con domicilio real en la misma, con un mínimo de seis (6) meses anteriores a la fecha del llamado a concurso, debidamente comprobado.
- e) Estar domiciliado y radicado en el departamento al cual pertenece el establecimiento asistencial con un mínimo de seis (6) meses anteriores a la fecha del llamado a concurso, debidamente comprobado.
- f) Gozar de aptitud psicofísica para la actividad a la cual se postula.
- g) Ser profesional adscripto a algún establecimiento sanitario perteneciente a la Secretaría de Salud de la provincia. (art. 3º)

Los requisitos d) y e) no son excluyentes, si no hay postulantes con tales condiciones (art. 4º)

Los impedimentos para el ingreso a la carrera se encuentran detallados en el art. 5º de la Ley de Empleo público, a saber: a) El que haya sido condenado por delito doloso, hasta el efectivo cumplimiento o el término previsto para la prescripción de la acción, según corresponda; b) El condenado por delito en perjuicio de la Administración Pública Nacional, Provincial o Municipal; c) El inhabilitado para el ejercicio de cargos públicos; d) El sancionado con exoneración o cesantía en la Administración Pública Nacional, Provincial o Municipal, mientras no sea rehabilitado, no pudiendo otorgarse la rehabilitación hasta tanto hayan transcurrido diez años desde la exoneración y hasta cinco años desde la cesantía; plazo contado a partir de consentido el acto administrativo que dispuso la sanción o de declarada firme la sentencia judicial; e) El comprendido en situaciones de incompatibilidad y/o inhabilidad; f) El que haya incurrido en actos de fuerza contra el orden institucional y el sistema democrático, conforme lo previsto en el Artículo 36º de la Constitución Nacional y el Título X del Código Penal, aún cuando se hubiere beneficiado con indulto o condonación de la pena; g) El que tenga la edad prevista en el régimen previsional para acceder al beneficio de la jubilación o el que gozare de un beneficio previsional, salvo aquella persona de reconocida aptitud, la que no quedará comprendida en el régimen de estabilidad (único supuesto previsto en la Ley Nº 9190); h) El que se hubiere acogido a regímenes de retiro voluntario, sean de orden nacional, provincial o municipal, hasta el transcurso del plazo de diez años desde el retiro; i) El infractor a leyes electorales; j) El contratista o proveedor del Estado Provincial.

Finalmente, el art. 40 establece el impedimento para los profesionales con más de cincuenta (50) años de edad para ingresar al régimen con dedicación exclusiva,

14. Derechos, deberes y obligaciones

Los derechos de los agentes que pertenecen a la carrera profesional hospitalaria son los siguientes (art. 26):

1) A la estabilidad; 2) A la carrera; 3) A la remuneración; 4) A las licencias legales; 5) A la obra social; 6) A la capacitación; 7) A la interposición de recursos administrativos; 8) A la jubilación; 9) A la renuncia.

Sus obligaciones están previstas en el art. 29, a saber: 1) Prestar personalmente el servicio con diligencia y eficiencia, en las condiciones de forma, tiempo, lugar y modalidades que determine la superioridad; 2) Ajustar su actuación a los principios científicos, legales y éticos que rigen la respectiva profesión o especialidad; 3) Respetar o guardar lealtad a la institución y debida consideración a superiores y subordinados, 4) Desempeñarse con dignidad y decoro tanto en el servicio como fuera de él, y atender con solicitud y cortesía a toda persona que concurra en requerimiento del servicio, 5) Cumplir las órdenes emanadas del superior competente y que correspondan al servicio a su cargo; 6) Guardar la discreción correspondiente con respecto a los hechos e informaciones de los cuales tengan conocimiento con motivo o en ocasión de sus funciones, excepto cuando sea liberado de esa obligación con (Sic B.O.) autoridad competente; 7) Suministrar los datos personales a los fines de la confección y actualización de su legajo personal; 8) Cumplir con los horarios y llenar debidamente historias clínicas, protocolos y demás documentos inherentes a sus funciones; 9) Comunicar a la superioridad todo acto o situación que pudiera causar perjuicio al Estado o configurar un delito; 10) Promover las acciones judiciales que correspondan cuando públicamente fuera objeto de imputación delictuosa, pudiendo al efecto requerir patrocinio legal gratuito del servicio jurídico del organismo respectivo; 11) Cuidar el instrumental y los elementos materiales afectados a sus funciones; 12) Prestar declaración testimonial y producir informes que le sean requeridos por la instrucción de sumarios administrativos o informaciones sumarias; 13) Permanecer en el cargo en caso de renuncia, por el término de hasta treinta (30) días corridos si antes no fuera aceptada la dimisión; 14) Rehusar dádivas, obsequios y otras ventajas, con motivo o en ocasión del desempeño de funciones; 15) Cumplir con las acciones que se reglamenten por especialidad; 16) Encuadrarse en las disposiciones legales y reglamentarias sobre la incompatibilidad y acumulación de cargos.

La Ley 9190, específicamente contempla la prohibición de desempeñar más de un cargo en la Administración Pública ni en cargos pertenecientes a institutos autárquicos, sen de orden nacional, provincial o municipal. (art. 6º), estableciendo las excepciones taxativamente (art. 7º), agravando la obligación para aquellos que se desempeñen en cargos con dedicación exclusiva y bloqueo de matrícula (full time) puesto que no podrán realizar ninguna otra

actividad profesional rentada comprendiendo el bloqueo de matrícula.(art. 30)

15. Transcurso de la carrera

Promoción

La promoción de las categorías es automática al cumplirse los cuatro años de permanencia en cada una de ellas. (art. 14).

La promoción a cargos es por concurso y debe existir la vacante, cumpliendo con los siguientes recaudos:

Para promover al cargo de profesional adjunto los postulantes deben acreditar cuatro (4) años como profesional interno de guardia activa o profesional asistente. (art. 15)

Para las promociones a las funciones jerarquizadas, de jefe de división, jefe de departamento, secretario técnico y director los postulantes deben tener aprobado un curso de administración hospitalaria reconocido por Salud Pública provincial y cumplimentar los siguientes lineamientos:.

1) Para ser jefe de servicio o sección se requiere ser profesional adjunto con cuatro (4) años de antigüedad.

2) Para ser jefe de división se requiere ser o tener antecedentes como jefe de sección en el mismo tramo.

3) Para ser jefe de departamento se requiere ser o haber sido jefe de división en el mismo tramo.

4) Para ser secretario técnico se requiere ser profesional adjunto con cuatro (4) años de antigüedad.

5) Para ser director se requiere ser titular de cualquier jefatura y pertenecer al tramo B de las categorías. (art. 16), presentar un trabajo por escrito donde desarrolle una planificación de las actividades a realizar a lo largo de los cinco años en su posible gestión como director, donde constarán, en función de la demanda y los recursos disponibles, los objetivos y acciones a implementar, que deberá exponer en treinta (30) minutos como máximo y defenderlo ante el jurado actuante.(art. 17)

En la carrera profesional hospitalaria la categoría es siempre independiente de la función, con excepción del cargo de director (art. 18)

8.2. Concursos

En el Título VII de la Ley prevé un régimen de concurso que detalla exhaustivamente sus particularidades, plazo y alcance del llamado para el llamado, cobertura interina de las vacantes, resolución en caso de empate de antecedentes entre postulantes, publicidad del proceso, penalidades, régimen de impugnaciones.

Asimismo, las calidades y la conformación del jurado según los cargos ofertados, régimen de recusaciones y excusaciones, actuación del jurado, modalidad de intervención, ponderación de antecedentes y plazo para la designación una vez firme el orden de mérito. Los concursos están previstos para cubrir cargos vacantes existentes en el ingreso a la carrera profesional hospitalaria, como cargos jerárquicos o aquellos que resulten vacantes con dedicación exclusiva.

8.3. Evaluación de desempeño

Nada establece la ley sobre este instituto

8.4. Formación y capacitación

La capacitación es reconocida como uno de los derechos de los agentes (art. 26 inc d), sin embargo dicho instituto no está desarrollado.

Solo se menciona la posibilidad de los profesionales de perfeccionar su formación “ad honorem” en los establecimientos (art. 23), pero dichas personas no integran la carrera profesional. En su caso la antigüedad será considerada para los concursos.

8.5. Recertificación

No está previsto dicho instituto en el régimen de carrera

9. Salida ARTÍCULO 78º

De la Ley de Empleo Público que se aplica supletoriamente resulta que la relación de empleo se extingue por: a) fallecimiento; b) renuncia aceptada; jubilación o retiro; d) cesantía o exoneración; e) por situación de incompatibilidad o inhabilidad declarada; f) cancelación de la designación del personal sin estabilidad.

A mayor abundamiento, entre los derechos reconocidos a los agentes están precisamente el de jubilación y renuncia.

10. Condiciones de Trabajo

Jornada laboral

La actividad horaria de los profesionales comprendidos en la carrera profesional hospitalaria podrá ser de dieciocho (18) horas semanales, treinta y seis (36) horas semanales o cuarenta y cuatro (44) horas semanales estas últimas con dedicación exclusiva y bloqueo de matrícula. (art. 24 y 30)

11. Régimen de remuneraciones

El salario se compone del Básico más la asignación por antigüedad, aumentando cada cuatro años el porcentaje que corresponda según la reglamentación vigente.

Además el régimen contempla las siguientes bonificaciones: a) título; b) horario discontinuo, c) permanencia en el cargo, d) función jerárquica y e) zona desfavorable. (art. 27)

La bonificación por zona desfavorable se realiza según el siguiente detalle:

- 1) Zona de islas: veinticinco por ciento (25%).
- 2) Zona rural o cobertura en localidad de menos de cinco mil (5000) habitantes: veinte por ciento (20%).
- 3) Cobertura en localidad con un número de habitantes entre cinco mil (5000) y quince mil (15000): quince por ciento (15%).
- 4) Cobertura en localidad con un número de habitantes entre quince mil (15000) y veinticinco mil (25000): diez por ciento (10%).
- 5) Ronda rural periódica: diez por ciento (10%).

Finalmente, la remuneración correspondiente al cargo de dedicación exclusiva con bloqueo de matrícula será equivalente a cuatro veces el salario del profesional asistente más los adicionales previstos en la presente ley y en otras normas vigentes (art. 28).

12. Otros componentes

Régimen disciplinario

El régimen disciplinario está establecido en el título V de la norma estableciendo las medidas disciplinarias que pueden ser aplicadas, a saber: amonestación, apercibimiento, suspensión, cesantía y exoneración. La norma también determina la autoridad que puede aplicar cada medida y el procedimiento a seguir, detallando taxativamente las causales de cesantía y exoneración.

Licencias

El título VI de la norma establece las licencias, a saber: anual ordinaria progresiva por antigüedad, profiláctica obligatoria de diez días hábiles, tomándola ésta con no menos de seis meses de diferencia con la licencia anual; extraordinarias por enfermedades y por estudio con goce de haberes y, especiales sin goce de haberes, conforme lo determine la reglamentación.

13. Cuerpos Colegiales Especiales

No han sido creados

14. Avances de la carrera en la organización sanitaria

No se menciona expresamente ningún punto de organización sanitaria,

15. Varios

Se contempla en la norma el resguardo de los derechos adquiridos por los profesionales en el régimen de carrera que se reemplaza (arts. 88, 90)por una parte y se delega en el Poder Ejecutivo, por la otra la determinación de las equivalencias y correlatividades (art. 89).

Por último, se faculta transitoriamente y hasta la cobertura de una buena parte de cargos jerárquicos por concurso, la integración de los jurados por profesionales de otras jurisdicciones que cumplan preferentemente con este requisito (art. 91).

PROVINCIA DE LA PAMPA

CONSTITUCIÓN DE LA PROVINCIA (1960 CON MODIFICACIONES 1994)

Empleo público

Artículo 27°.- *La idoneidad será la única condición para el desempeño de cargos y empleos públicos. No podrá exigirse para ello adhesión o afiliación política alguna.*

Artículo 28°.- *La ley reglamentará la forma de admisión, ascenso, estabilidad, jubilación, agremiación y régimen disciplinario de los agentes de la administración.*

Salud: *No se contempla en forma explícita el derecho a la salud pero adhiere a los contemplados en al Constitución Nacional*

LEY DE EMPLEO PÚBLICO

LEY 643 ESTATUTO PARA LOS AGENTES DE LA ADMINISTRACION PÚBLICA PROVINCIAL DE LOS PODERES EJECUTIVO Y LEGISLATIVO.

Santa Rosa, 28 de noviembre de 1974. BOLETIN OFICIAL, 27 de Diciembre de 1974

Los trabajadores se regirán supletoriamente por el régimen general de la Administración Pública

CARRERA SANITARIA PARA LOS TRABAJADORES DE LA SALUD DE LA PAMPA

Ley 1.279 Santa Rosa, La Pampa, 29 de Noviembre de 1990

BOLETIN OFICIAL, 25 de Enero de 1991

COMENTARIO GENERAL: La presente Ley incluye a todos los trabajadores de la salud.

La presente carrera ha sufrido una serie de modificatorias, la más reciente en el 2007. En ésta se incorpora el reconocimiento de la capacitación para la categoría de ingreso, a través de una variable objetivas como es el grado de educación formal alcanzado. Si bien cuenta con diferentes agrupamientos, comparten la escala de categorías para la promoción horizontal.

A pesar de que se ingresa a categorías diferenciadas por el título alcanzado y que los agrupamientos aclaran que se conforman según el ejercicio profesional, existe un adicional por título para cada agrupamiento, por lo cual el título se pagaría doble (como categoría y como adicional). De todas maneras, la escala salarial no es compleja y, al menos en la Ley, no aparece gran cantidad de adicionales.

En los puntajes de los concursos, la evaluación tiene un peso de una 50%, lo cual no es frecuente.

COMPONENTES

1. Objeto y Principios rectores

No se contemplan explícitamente

2. *Ámbito de aplicación*

Efectores de salud dependientes de la Subsecretaría de Salud Pública de la provincia de La Pampa

3. *Cobertura o Alcance*

Todos los trabajadores dependientes de la Subsecretaría, con excepción de: los que prestan servicios en el Nivel Central, que se regirán por la Ley 643.

4. *Situaciones de revista contemplada*

Incluye en la carrera Personal permanente y no permanente

No permanente: agentes que prestan servicios por tiempo determinado y son contratados en forma personal y directa, para reemplazo en caso de licencias prolongadas o cobertura rápida por ceses.

5. *Escalafón*

5.1. Categorías: El escalafón cuenta con 16 (dieciséis) categorías –la inferior- hasta la uno.

5.2. Ramas:

Profesional trabajadores que desempeñen tareas inherentes a su profesión o posean título universitario con validez nacional

Enfermería: agentes que posean título que los habilite para el ejercicio de la enfermería

Técnica: agentes que posean título que los habilite para el ejercicio de funciones de colaboración en las actividades de salud.

Administrativa Hospitalaria los agentes que posean título de enseñanza media o de educación polimodal y realicen tareas de índole administrativa

Servicios y Mantenimiento. agentes que posean como mínimo el ciclo de enseñanza primaria o de educación general básica aprobado y realicen tareas de producción, construcción, reparación y conservación de bienes, atención personal de otros agentes, vigilancia, comunicación, limpieza conducción de vehículos y cualquier otra actividad de similar naturaleza

Cláusula transitoria: *Las enfermeras con Licenciatura podrán optar por pertenecer a la rama Profesional o a la de Enfermería (vigente desde 2007)*

5.3. Cargos de conducción

Son Funciones Jerárquicas las siguientes: Jefe de Zona Sanitaria, Director Asociado, Jefe de Departamento, Jefe de División, Jefe de Servicio y Jefe de Sector.

Se establece una ***periodicidad de la función que puede ser de 2 ó 4 años***

La reglamentación determinará la categoría que corresponderá asignar a los agentes que cumplan funciones jerárquicas (de 1 a 8). El tiempo transcurrido en ejercicio de alguna función jerárquica será computado como antigüedad.

6. Ingreso a la carrera

El ingreso a planta permanente es *por concurso de antecedentes y oposición*. Período condicional de tres meses y luego definitivo. No son concursos públicos en primera instancia.

Los *trabajadores no permanentes* deben cumplir requisitos generales e *ingresan por la categoría inicial de cada rama*. Se establece la *categoría de ingreso por cada rama* según el nivel de educación formal alcanzado

a) Profesional: sin título de especialista: ingreso por **categoría 8**

con título de especialista: ingreso por **categoría 7**

con Posgrado, Magíster o Doctorado: ingreso por **categoría 6**

b) Enfermería: nivel universitario (cinco años de carrera): ingresa por **categoría 8**

nivel universitario (cuatro años de carrera) ingresa por **categoría 9**

nivel terciario (mínimo 2.400 horas) ingresa por **categoría 12**

Auxiliar de enfermería (mínimo 1.100 horas) con secundario ingresa a **categoría 14**, sin secundario: ingresa a **categoría 15**

c) Técnica: formación superior (cuatro años) ingresa a **categoría 9**

nivel terciario no universitario (mín. 1.600 horas) ingresa por **categoría 12**

nivel terciario escolar (mínimo 1.100 horas) ingresa por **categoría 15**,

con secundario o polimodal, ingresa a **categoría 14**

Con posgrado: **categoría 8**

d) Administrativa Hospitalaria: con título de enseñanza media o de educación polimodal. Ingresa por la **categoría 14**

e) Servicios Generales y Mantenimiento: mínimo ciclo de enseñanza primaria o de educación general básica aprobado, ingresa por **categoría 16**; con polimodal o enseñanza media, ingresa por **categoría 14**

Requisitos para el ingreso a) Nacionalidad argentina; b) Aptitud psico-física; c) Aprobar el concurso d) Reunir las demás condiciones que especifique la reglamentación

7. Derechos, deberes y obligaciones

7.1. Derechos de los trabajadores

Se enumeran los derechos comunes de los trabajadores de la AP:

7.2. Deberes especiales

- a) Cumplir guardias por disposición de la Dirección;
- b) Desempeñar funciones en más de un sector
- c) Efectuar comisiones en apoyo técnico o de cobertura de otros servicios en caso necesario con la conformidad si implica desplazamiento

8. Transcurso de la carrera

8.1. Promoción

8.1.1. Horizontal

La promoción horizontal se realizaba en forma automática cada tres (3) años de permanencia en la categoría, a excepción de los integrantes de la Rama Profesional que ascendían cada cuatro (4) años, con calificación suficiente, lo cual fue *suspendido a través de la Ley 1.732*.

8.1.2. Vertical:

Cobertura de cargos vacantes o función de conducción.

Se realizará por concurso, siguiendo el orden de concurso interno, cerrado y finalmente abierto, excepto para el **Jefe de Zona Sanitaria** que es designado políticamente

Cuando un trabajador obtiene título que lo habilita para una categoría superior asciende automáticamente.

8.2. Concursos

8.2.1. Modalidades de concursos: Serán de antecedentes y oposición y se clasifican en:

- a) Internos;** entre los trabajadores que se desempeñen en la Subsecretaría de Salud Pública
- b) Cerrados** para todo el personal que preste servicios en el ámbito de la Administración Pública Provincial
- c) Abiertos,** a postulantes en general

8.2.2. Distribución del puntaje para la evaluación

Entrevista	10%
Antecedentes	40%
Examen teórico escrito	25%
Examen práctico (oral)	25%

El orden de mérito de un concurso tiene validez de 180 días para la cobertura de vacantes que se produzcan en la misma rama/especialidad sin necesidad de nuevo llamado

8.3. Evaluación de desempeño

No se menciona explícitamente, pero hay calificación para la promoción

“A los efectos de la calificación se tendrá en cuenta:

- a) Capacitación;*
- b) Eficiencia;*
- c) Asistencia y puntualidad;*
- d) Colaboración y*
- e) Antecedentes disciplinarios.”*

Los trabajadores serán calificados por su Jefe Inmediato Superior y por dos (2) Superiores Jerárquicos. Para promover necesita 50% de la calificación máxima, de lo contrario deberá aguardar un nuevo período.

8.4. Formación y Capacitación

La capacitación está prevista como parte de la calificación

9. Salida de la carrera

No hay referencia explícita

10. Condiciones de trabajo

10.1. Horarios

Rama Profesional: con ***dedicación exclusiva***, cuarenta y cuatro (44) horas semanales; con dedicación simple, treinta y dos horas y treinta minutos (32:30) semanales (ambas dedicaciones incluyen cargos jerárquicos); y hasta de 20 horas en casos especiales

Ramas Enfermería, Técnica y Administrativa Hospitalaria y Servicios Generales y Mantenimiento, cuarenta (40) horas semanales.

10.2. Condiciones especiales

Servicios de Radiodiagnóstico o de Terapia Radiante, veintitrés horas y treinta minutos (23,30) semanales, percibiendo una remuneración equivalente a su Rama

Servicios de Laboratorio, Hematología, Bacteriología y Anatomía Patológica, reducción del veinte (20 %) por ciento de su horario, percibiendo una remuneración equivalente a su Rama y modalidad

Descansos: Contempla descanso postguardia y descansos especiales para los que tienen régimen de disponibilidad

10.3. Guardia

Activa: prestación del servicio con permanencia en el Establecimiento Asistencial por un período de veinticuatro (24) horas.

Pasiva: estado de disponibilidad que implica, acudir al lugar de trabajo ante todo requerimiento de servicio y también la obligación del trabajador de asegurar a la Administración su inmediata ubicación y llamado.

Cláusula transitoria: opción a modificar carga horaria al momento de entrada en vigencia de la Ley. Los que no optan, van a régimen de 32.30 horas semanales

11. Régimen de remuneraciones

11.1. Salarios

11.1.1. Retribución mensual se compone de una Asignación por la Categoría y los Adicionales correspondientes

Asignación de la Categoría: suma del sueldo básico y el adicional general

11.1.2. Adicionales

Adicional por Título: Se calcula sobre la Asignación de la Categoría para a) Profesionales de carrera universitaria de cinco (5) o más años de duración, el treinta y cinco (35 %) por ciento; b) Profesionales de carrera universitaria de tres (3) a menos de cinco (5) años de duración, el veinticinco (25 %) por ciento; c) No profesionales de carrera universitaria, de escuelas superiores o de nivel terciario de uno (1) a menos de tres (3) años, el quince (15 %) por ciento; d) Trabajadores con título de auxiliar técnica de la medicina, el diez (10 %) por ciento;

Se calcula sobre la Asignación de la Categoría dieciséis (16) para e) Trabajadores con título secundario, el diecisiete y medio (17,5 %) por ciento y f) Trabajadores con ciclo básico cumplido, el diez (10 %) por ciento.

Adicional por Riesgo Hospitalario: a los agentes que presten servicios en un Establecimiento Asistencial.

Adicional por Actividad Crítica: a los trabajadores que realicen la atención de enfermedades mentales o infecto-contagiosas, en unidades de terapia o cuidados intensivos, o los que estén en contacto directo con elementos contaminados o tóxicos o que manipulen material radioactivo o de laboratorio y a todos aquellos que estén expuestos a alto riesgo para su salud.

Adicional por Dedicación Exclusiva: Será equivalente al ciento cincuenta (150 %) por ciento de la Asignación de la Categoría en que revista,

Adicional por Función Jerárquica: de acuerdo con el nivel de complejidad del establecimiento o el área del Nivel Central.

Adicional por guardia: no remunerativo. Contempla guardias pasivas (50% de las activas).

Adicional por movilidad: exclusivo para agentes sanitarios con área de responsabilidad, (10% de su categoría)

Adicional por permanencia en la categoría: para los que revistan más de dos años en las categorías superiores de su rama.

Adicional por servicios a terceros: para los agentes que prestan servicios en actos públicos, culturales o deportivos, a requerimiento de personas jurídicas. (Son servicios extraordinarios)

11.2. Incentivos

No se mencionan como tales

12. Otros componentes

12.1. Régimen disciplinario

Incluido en la legislación vigente para la Administración Pública Provincial. Agrega otras sanciones correlativas de acuerdo a la gravedad de la falta, a aplicar por el Director el establecimiento, previa instrucción sumaria y descargo del trabajador (para b) y c)

- a) Amonestaciones por escrito;
- b) Apercibimientos por escrito con constancia en el concepto;
- c) Suspensión de cinco (5) hasta diez (10) días

12.2. Licencias especiales

Licencia especial para Servicios de Radiodiagnóstico, Terapia Radiante, Terapia Intensiva, Salud Mental,

13. Cuerpos Colegiados Especiales

La Subsecretaría de Salud Pública conformará una Comisión Asesora de Carrera Sanitaria con participación de los distintos sectores involucrados cuyas funciones serán estudiar, analizar, elaborar y proponer modificaciones a la presente Ley y su reglamentación, así como evaluar periódicamente los resultados de su aplicación.

14. Avances de la carrera en la organización sanitaria

14.1 Detalla niveles de complejidad de los establecimientos, clasificados de acuerdo a lo establecido en el Catastro Nacional de Recursos y Servicios para la Salud, desde el **Nivel I de menor complejidad** (*Atención exclusivamente ambulatoria con visita periódica programada de médico general y atención permanente de enfermería*) hasta el **Nivel VIII de alta complejidad** (*Amplia gama de especialidades médicas y quirúrgicas, apoyadas por servicios auxiliares de gran complejidad, que incluyen servicios como radioterapia, medicina nuclear y terapia intensiva. El espectro de especialidades que cubre le permite resolver por sí mismo la mayor parte de los problemas médicos.*)

15. Varios

Cláusula Transitoria: *En oportunidad del primer llamado a concurso de termina l ámbito del concurso interno (Art. 65, “se entenderá por concurso interno a aquel que permita presentarse a los trabajadores del sector o servicio del establecimiento con antigüedad mínima de un (1) año en el desempeño de su tarea; y a los trabajadores de la Subsecretaría de Salud Pública en una segunda instancia”).*

Cláusula transitoria: *reencasillamiento previa a la entrada en vigencia de la carrera.*

PROVINCIA DE SALTA

CONSTITUCION PROVINCIAL

Respecto al empleo público, en el artículo 29 establece que “todos los habitantes de la Provincia son admisibles en los empleos públicos sin otra condición que la idoneidad. La ley determina los casos en que se requiera la ciudadanía.”

Respecto a la salud, en el artículo 41 dice: “La salud es un derecho inherente a la vida y su preservación es un deber de cada persona. Es un bien social. Compete al Estado el cuidado de la salud física, mental y social de las personas, y asegurar a todos la igualdad de prestaciones ante idénticas necesidades”.-

El artículo 42, refiere a los planes de Salud y dice: “El Estado elabora el Plan de Salud Provincial con la participación de los sectores socialmente interesados, contemplando la promoción, prevención, restauración y rehabilitación de la salud, estableciendo las prioridades con un criterio de justicia social y utilización racional de los recursos. Coordina con la Nación y las otras provincias, las políticas pertinentes, propendiendo a la integración regional en el aspecto asistencial, en la investigación y en el control de las patologías que les son comunes.”

El sistema de salud asegura el principio de libre elección del profesional.

LEY DE EMPLEO PÚBLICO PROVINCIAL:

Ley Nº 5546 (modificada por ley 6227)

Promulgada el 27/02/1980. Aprobar el Estatuto del Empleo Público para la Provincia de Salta. B.O. 10.941.

La ley regirá para todo el personal de planta permanente de la Administración Pública Provincial centralizada y descentralizada dependiente del Poder Ejecutivo, que no este sujeto a estatutos o reglamentaciones especiales.-

Exceptuados entre otros: personal de la carrera médico hospitalaria.-

LEY DE CARRERA SANITARIA:

Por Decreto de Necesidad y Urgencia N° 1450, se aprueba el Estatuto de los Trabajadores de la Salud de 17 de julio de 1996- Por el Decreto N° 1474/1996 se aprueba el Reglamento del Capítulo VII –art. 14- inc. b) del Estatuto de los Trabajadores de la Salud del 24 de julio de 1996. El 24 de octubre de 1996 habiendo transcurrido el plazo señalado por el art. 142 de la Constitución Provincial, sin haber sido aprobado o rechazado el Decreto N° 1450 corresponde dictar el instrumento de promulgación **LEY PROVINCIAL 6903**, a través del Decreto N° 2123.- El Decreto n° 2617/2005 reglamenta el Régimen Escalonario del Personal comprendido en la Ley N° 6903 –Estatuto de los Trabajadores de la Salud, artículo 22.-

1.Objetivo y Principios Rectores:

No se contemplan explícitamente.-

2. Ámbito de Aplicación:

Todo el personal dependiente del Ministerio de Salud Pública; quedan excluidos: ministros, secretarios, subsecretarios y cargos políticos

3. Cobertura o Alcance:

Este régimen incluye al personal que posee título universitario, al personal que desempeña funciones de enfermería, al personal que realiza tareas administrativas, a personal que se desempeña en funciones evaluadas por el Programa de Recursos Humanos, al personal que realiza tareas de mantenimiento y servicios generales-

4. Situación de Revista Contempladas:

- a) personal de planta permanente.-
- b) personal contratado: profesionales residentes, locación de obra y/o servicios por tiempo determinado.-
- c) personal de planta transitoria.-

5. Escalafón:(Reglamentado por Decreto N° 2617/2005)

De acuerdo a la naturaleza de las funciones, se dividen en agrupamientos y subgrupos:

P: Profesional Universitario	Subgrupo 1, 2
E: Enfermería	Subgrupo 1,2, 3
A: Administrativo	Subgrupo 1,2, 3
T: Técnico	Subgrupo 1, 2, 3
S: Mantenimiento y Servicios	

6. Ingreso a la Carrera:(Reglamentado por Decreto N° 2617/2005)

Solo tendrá lugar a través de métodos objetivos de selección que se establezcan a tal fin y siempre que resulte el mejor calificado en el mismo en tanto exista la vacante presupuestaria.-

La Carrera es el progreso de agente en el agrupamiento en que revista o en el que pueda revistar como consecuencia de cambios de agrupamientos dispuestos por el Poder Ejecutivo, según la capacitación alcanzada la que deberá estar en concordancia con las funciones que se asignen, de conformidad con la normativa vigente.-

Requisitos para el ingreso a los cargos vacantes:

- a) idoneidad para el desempeño del cargo o función.-
- b) ser argentino nativo o por opción o extranjero con residencia legal debidamente autorizada.-
- c) tener 18 años de edad cumplidos como mínimo a la fecha de ingreso
- d) no ser infractor a la ley de migraciones
- e) obtener certificado de aptitud física.-
- f) cumplir con el nivel de estudios exigibles por el perfil de cada agrupamiento y subgrupo.-
- g) acreditar domicilio real en la Provincia de Salta, a la fecha de ingreso.-
- h) acreditar habilitación profesional, tener título habilitante para el ejercicio profesional.-

El postulante deberá ser designado previamente por autoridad competente y haber cumplido con las condiciones generales y particulares previstas.-

El incumplimiento de lo expresado dará origen a una severa sanción disciplinaria y la formulación de cargos económicos al funcionario responsable.-

En el caso de los profesionales ingresarán por los servicios del interior de la Provincia, salvo en especialidades críticas determinadas por la reglamentación, pertenecientes a cargos que se encuentren previstos en las plantas de cargos aprobadas en los servicios de Hospitales de Alta Complejidad, debiendo permanecer en el primer caso (interior), un mínimo de 3 años, al cumplirse el primer año de desempeño en un Área Operativa del Interior, el profesional podrá acceder al concurso por traslado a otro destino dentro del interior de la Provincia hasta cumplir los 3 años exigibles.-

Los cargos políticos son todos aquellos caracterizados por tareas de confiabilidad política o apoyo del funcionario hasta nivel de Subsecretario o equivalente, que promovió su designación.-

Los cargos políticos no configuran cargos de planta permanente y las personas designadas en ellos no tienen estabilidad, ni derecho a la carrera administrativa o asistencial, ni pueden ser afectados o trasladados a organismos distintos del que fueron asignados.-

7. Derechos, Deberes y Obligaciones.

Obligaciones:

- a) desempeñar personalmente las funciones o cargos para los que fuera designado, con eficiencia, capacidad y diligencia, cumpliendo las condiciones de tiempo y forma que determina la ley.-
- b) atender con esmerada solicitud y cortésmente a toda persona que requiera de sus servicios
- c) guardar el secreto de los asuntos de servicio, salvo cuando su revelación resulte imprescindible para la adopción de medidas sanitarias
- d) desempeñar sus funciones durante la jornada laboral, no ausentándose sin el consentimiento del superior jerárquico.-
- e) cuidar y hacer cuidar los elementos y materiales puestos a su disposición para ejercer sus funciones, bienes que integran el Patrimonio del Estado y de terceros que ponen bajo su custodia, debiendo responder patrimonialmente en caso de negligencia o impericia debidamente probada por perito externo.-
- f) dar cumplimiento a órdenes emanadas de un superior jerárquico con jurisdicción y competencia, respetando la vía jerárquica.
- g) En caso de renuncia, continuar con sus funciones por el término de 30 días corridos, siempre que antes no fuera autorizada su dimisión o autorizado a cesar en sus funciones por el Ministerio de la jurisdicción correspondiente.-
- h) Elevar para conocimiento de la superioridad todo acto o procedimiento que pueda causar perjuicios al Estado, o configurar delito.-
- i) Promover la instrucción de sumarios administrativos del personal a su cargo.-
- j) Declarar en sumarios administrativos
- k) Informar en los plazos que determina la Ley de Procedimientos Administrativos los requerimientos de documentación, pedidos de informes, oficios, etc.-
- l) Usar la indumentaria de trabajo que le hayan suministrado y cumplir las normas de seguridad para consigo y para con terceros en sus tareas.-
- m) Someterse a exámenes psicofísicos.-
- n) Someterse al régimen de puntualidad y asistencia.-

Derechos:

- a) a la estabilidad en el empleo: para agentes de planta permanente y los de función jerárquica que hayan ingresado por concurso.-
- b) licencia anual reglamentaria, puede ser fraccionada hasta en dos períodos a solicitud del agente.-
- c) a la capacitación.-
- d) a la percepción de viáticos y pago de gastos de traslado en forma anticipada toda vez que sea destacado en comisión de servicios, fuera de su asiento habitual de trabajo y según lo establezca la reglamentación.-
- e) acceder a su legajo personal cada vez que lo desee.-
- f) indemnización por accidente de trabajo, enfermedad profesional o enfermedad inculpable, reintegro de gastos que ello ocasione.-
- g) peticionar por escrito a sus superiores.-
- h) recurrir administrativamente siguiendo la vía jerárquica ante cualquier situación que le afecte directa o indirectamente.-
- i) a una retribución justa.-
- j) agremiarse o participar de la actividad sindical.-
- k) licencia por cargo lectivo o directivo.-
- l) licencia por cargo gremial, mientras dure su mandato, conservando su cargo de planta, debiendo a tal efecto acreditar la Asociación a que representa la Personería Gremial pertinente.-
- m) a la provisión de uniforme anual, conforme su agrupamiento y función.-
- n) a la alimentación que corresponda (almuerzo o cena), cuando el trabajador por razones de servicios, sea recargado en sus tareas y ello implique que continúe en el servicios posterior a su jornada normal de trabajo.-
- ñ) a la atención en los servicios de salud del estado a los fines de la preservación de la salud física y mental.-
- o) al control psicofísico una vez al año como mínimo. En el caso de trabajadores dedicados a la atención de enfermos mentales, el control se realizará tres veces como mínimo durante el primer año de antigüedad con un lapso no menor de 3 meses entre cada control.-

8. Transcurso de la Carrera

8.1 Promoción

8.1.1 Horizontal:

La promoción de los subgrupos de cada agrupamiento es automática cada 4 años de antigüedad.-

8.1.2 Vertical:

No hace referencia.-

8.2 Concursos.-

Establecido para el personal que desempeñará funciones jerárquicas, se accederá previo concurso de título, antecedentes, y oposición. Se podrá asignarse la función jerárquica con carácter interino hasta su cobertura por concurso.-

8.3 Evaluación de desempeño:

No se menciona como tal.-

8.4 Formación y capacitación:

Aparece como un derecho.-

9. Salida:

Personal de planta permanente:

- a) por decisión de autoridad competente.-
- b) por renuncia del agente
- c) por fallecimiento
- d) cuando el grado de incapacidad psicofísica en cualquier período de su carrera permita el encuadre del agente en los beneficios Jubilatorios por incapacidad.-
- e) por exoneración o cesantía dispuesta mediante la instrucción de sumario administrativo, que acredite la imputación en la que funda la sanción.-

10. Condiciones de Trabajo:

Jornada Laboral:

El personal tendrá como obligación una prestación de servicio de 30 horas semanales y las siguientes ampliaciones horarias:

- a) 40 horas semanales
- b) 44 horas semanales
- c) Dedicación exclusiva

Los agentes con ampliación horaria tendrán derecho a la percepción del correspondiente adicional por extensión horaria.-

La dedicación exclusiva es atributo del cargo y/o función jerárquica y su retribución sujeta a reglamentación.-

Guardia (está prevista como adicional de la extensión horaria por Decreto Nº 1474/1996):

Guardia Activa:

- a) Profesional: las horas asignadas para cumplir la función de guardia deberán desarrollarse fuera del horario normal y habitual correspondiente al cargo de revista, sea éste planta permanente u otro régimen de designación.-

El valor de una hora de guardia esta fijado en \$6,50. Se fija como un máximo de 74 horas semanales de prestación de servicios a los profesionales que acceden a este régimen, cifra que surge de la sumatoria de las horas asignadas al cargo de revista en planta y las horas para el desempeño de la función de guardia.

Los Profesionales incorporados al sistema de residencias de la salud, con autorización del Programa de Recursos Humanos y los que desempeñan función jerárquica podrán acceder al régimen de extensión horaria para cumplir la función de guardia.-

Este adicional es compatible con la percepción del adicional por dedicación exclusiva e incompatible con el de disponibilidad permanente.-

Las horas de guardia activa asignadas a cada establecimiento que no se usufructúen cada mes, podrán acumularse automáticamente por la anterior cobertura de licencias, franquicias y/o permisos.-

b) Por reemplazo para el personal no profesional: corresponde también este adicional a los agentes de los agrupamientos Enfermería, Técnicos y Servicios Generales y se otorgará exclusivamente para la cobertura de cargos vacantes, reemplazos de licencias, franquicias o permisos establecidos en la reglamentación vigente.-

El valor de una hora guardia es de:

Enfermería	\$2,50
Técnico	\$2,00
S.Grales	\$1,80

11. Régimen de remuneraciones.-

Percibirán las remuneraciones y adicionales que seguidamente de detallan:

- a) Sueldo Básico
- b) Adicionales (Reglamentado por Decreto 1474/1996)
 - Función Jerárquica
 - Extensión Horaria
 - Zona Desfavorable
 - Asignaciones Sociales.-

Se entiende extensión horaria a:

- Dedicación Exclusiva
- Disponibilidad Permanente
- Mayor Jornada de Trabajo
- Guardia Activa

Las asignaciones por función jerárquica y el otorgamiento del adicional se practicará únicamente por resolución del Ministerio de Salud Pública y tendrá los siguientes caracteres:

a) interina: carece de estabilidad

b) por concurso: adquiere estabilidad por el tiempo que el reglamento del concurso lo determine

Bajo ninguna circunstancia a agentes de otras jurisdicciones se le asignará funciones jerárquicas previstas en la estructura orgánica, cuadro y cobertura de cargos, correspondiente a las unidades operativas del Ministerio de Salud Pública.

El desempeño de las funciones jerárquicas deberá realizarse con un régimen de 30 horas semanales, como mínimo, distribuida de lunes a viernes.-

Extensión Horaria: se entiende al incremento de carga horaria semanal a partir de las 30 horas o desempeño de cargos y/o funciones jerárquicas que por especiales características geográficas, actividades de alta complejidad, cumplimiento de función de guardia activa, especialidades críticas, etc, requiera de agentes con bloqueo de título o dedicación plena o exclusiva y/o disponibilidad permanente.-

a) Dedicación exclusiva: es concerniente o referente del cargo o función jerárquica lo que implica su inamovilidad de las distintas Unidades Operativas.- El adicional determina que el agente no puede desempeñar otro cargo en la Administración Pública Nacional, Provincial o Municipal, ni Empresas del Estado o privadas, ni obras sociales ni cualquier otra actividad rentada relacionada con la profesión excepto la docencia y la función de guardia activa en el Ministerio de Salud Pública. Tendrá un régimen de prestación de 44 horas semanales, debiendo el agente estar disponible cada vez que las necesidades no previsibles del servicio lo requiera.-

b) Disponibilidad Permanente: podrá otorgarse a los agentes comprendidos en los distintos agrupamientos escalafonarios vigentes cualquiera sea su régimen de designación, cargo, función jerárquica y/o régimen de horario que desempeñe.- El cobro de este adicional es incompatible con el de guardia activa.-

c) Mayor jornada de Trabajo: se establece que las jornadas de 40 o 44 horas semanales constituyen regímenes horarios normales y habituales y los agentes que accedan a estos regímenes percibirán el adicional de acuerdo al agrupamiento:

	40 horas	44 horas
Profesionales	\$135	\$185
Enfermería	\$ 85	\$105
Administrativo	\$ 60	\$ 85
Técnico	\$ 60	\$ 85
Mantenimiento	\$ 60	\$ 85

A la extensión horaria por Mayor Jornada de Trabajo podrán acceder todo el personal comprendido en el Estatuto de los Trabajadores de la Salud, cualquiera sea su régimen de designación y será autorizado por resolución del Ministerio de Salud Pública.-

d) Zona desfavorable:

Corresponde a los trabajadores que desempeñen funciones en servicios asistenciales ubicados en parajes, localidades y/o ciudades de la provincia:

Zona	Monto
A	no esta establecido
B	\$ 20
C	\$ 50
D	\$ 100
E	\$ 150

El personal comisionado a un servicio asistencial ubicado en zona desfavorable, con beneficio de viático no percibirá este adicional.-

Los parajes, localidades y/o ciudades de la provincia donde exista un Servicio de Salud, serán evaluados, categorizados y actualizados anualmente por una Comisión cuyos integrantes serán designados por el Ministro de Salud. Para la Categorización se tendrá en cuenta:

- Distancia de la ciudad Capital de la Provincia
- Distancia de la ciudad más próxima
- Comunicaciones y servicios esenciales
- Altura sobre el nivel del mar.
- Volumen de población
- Establecimiento asistencial con personal único
- Clima desfavorable, extremo o lugares inhóspitos.-

e) Asignaciones Familiares

11. Otros Componentes:

12.

Régimen disciplinario:

Sin Sumario previo:

- a) llamado de atención
- b) amonestación
- c) suspensión hasta de 3 días
- d) cesantía: para el caso puntual de acumulación de inasistencias.-

Con Sumario:

- e) suspensión de 4 a 90 días
- f) cesantía
- g) exoneración
- h) inhabilitación

Licencias:

Todo agente tendrá derecho a usufructuar las licencias contenidas en el régimen de Licencias, Justificaciones y Franquicias para el Personal de la Administración Pública Provincial y a:

- a) licencia adicional anual por vacaciones, para el personal que trabaje durante todo el año en departamentos de emergencias, en servicios de terapia intensiva, cuidados especiales, perinatología, servicios del quemado, psiquiatría, hospitales de enfermedades infecciosas y en aquellos puestos sanitarios ubicados en zonas desfavorables extremas.-
- b) licencia especial de preservación de la salud para el personal expuesto en radicaciones.

Esta licencia no podrá adicionarse a la Anual Reglamentaria y deberá ser otorgada de forma que medie entre una y otra un lapso no inferior a los cinco meses. Queda expresamente prohibida la ocupación en tareas similares dentro y fuera del establecimiento en que trabaje durante el usufructo de esta licencia.-

13. Cuerpos Colegiales Especiales:

No aparecen especificados

14. Avances de la Carrera en la organización Sanitaria.

Sin descripción.-

PROVINCIA DE SAN JUAN

CONSTITUCIÓN DE LA PROVINCIA

Empleo público:

ADMISION E INCOMPATIBILIDADES EN EL EMPLEO PÚBLICO

Artículo 45: Todos los habitantes sin discriminación alguna pueden acceder a los empleos públicos sin más requisitos que la idoneidad. El acceso a los cargos técnicos y administrativos está sujeto a realización de concursos. Para los extranjeros no hay otras limitaciones que las establecidas en esta Constitución. No pueden acumularse dos o mas empleos públicos a sueldo en una misma persona, aún en los casos en que uno de ellos sea nacional y el otro provincial o municipal, con excepción de la docencia. En cuanto a los empleos gratuitos, la ley determina los casos de incompatibilidad.-

ESTABILIDAD DEL EMPLEADO PÚBLICO

Artículo 46: Ningún empleado de la Provincia con más de seis meses consecutivos de servicio, puede ser separado de su cargo mientras dure su buena conducta, su contratación y eficiencia para la función encomendada, a excepción de aquellos para cuya designación o cese se hubieren previsto normas especiales por esta Constitución o por las leyes respectivas.-

Salud:

DERECHO A LA SALUD

Artículo 61: El concepto de salud es entendido de manera amplia, partiendo de una concepción del hombre como unidad biológica, psicológica y cultural en relación con su medio social. El Estado garantiza el derecho a la salud, a través de medidas que la aseguren para toda persona, sin discriminación ni limitaciones de ningún tipo. La sociedad, el Estado y toda persona en particular, deben contribuir con realización de medidas concretas, a través de la creación de condiciones económicas, sociales, culturales y psicológicas favorables, a garantizar el derecho de salud. El Estado asigna a los medicamentos el carácter de bien social básico, garantizará por ley el fácil acceso a los mismos. La actividad de los profesionales de la salud debe considerarse como función social. Se propende a la modernización y tratamiento interdisciplinario en la solución de los problemas de salud y a la creación de institutos de investigación.-

CARRERA DEL PERSONAL SANITARIO DE LA PROVINCIA DE SAN JUAN

Ley 2580, sancionada el 12 de mayo de 1961

COMENTARIOS GENERALES:

La Normativa que rige el funcionamiento de los recursos humanos en la provincia de San Juan, se encuentra desagregada en tres normas legislativas diferentes: una para los profesionales: la 2580, otra para el resto del personal: la 5525 y otra que es la de aplicación supletoria: la 3816 que es la que rige al Escalafón General de la Administración Pública.

Se trata de Normas muy antiguas, fundamentalmente la que es pilar del sistema la del ejercicio profesional es del año 1961. Es así que se trata de un escalafón muy simple, donde no se encuentra claramente definida una carrera, no hay un sistema de promoción clara, ni régimen de evaluación de desempeño ni de capacitación. El régimen de remuneraciones, por lo tanto, también es muy sencillo, si bien, a partir de las sucesivas normas reglamentarias y los distintos cambios se ha ido complejizando con el tiempo.

COMPONENTES

1 Objeto y Principios rectores

No se hace referencia específica

2. Ámbito de aplicación

Comprende a los profesionales bajo las siguientes actividades:

1. Carrera Asistencial y Preventiva: comprende a los profesionales que realizan tareas asistenciales y de promoción y fomento de la salud.
2. Carrera Sanitaria: comprende a los profesionales que realicen tareas de medicina social, preventiva, profiláctica o administrativa ya sea exclusivamente o con tareas asistenciales
3. Todo otro profesional universitario en el arte de curar que no esté comprendido en las carreras anteriores y preste servicios en cualquier repartición de la provincia.

3. Cobertura o Alcance

La Ley 2580 cubre a los profesionales universitarios del arte de curar, médicos, odontólogos, bioquímicos, químicos, farmacéuticos, entre otros, que ejerzan cargos rentados en el Servicio Provincial de Salud.

4. Situaciones de revista contempladas

No se refieren situaciones de revista

5. Escalafón

El Servicio Provincial de Salud establece nueve grados para el escalafón de sus profesionales tanto los de la carrera asistencial y preventiva como los de la carrera sanitaria. Ambas empiezan en el grado noveno y culminan con el grado primero.

6. Ingreso a la carrera

El ingreso a la carrera se realiza por concurso de títulos y antecedentes y se accede por el mínimo nivel del escalafón, es decir por el noveno.

Son requisitos para el ingreso a la carrera además del título reconocido, el tener domicilio real y legal en la provincia con residencia mínima efectiva de un año ininterrumpido como profesional en la capital o de seis meses en la campaña.

7. Derechos, deberes y obligaciones

El personal ingresado a la carrera goza del beneficio de estabilidad, por lo que no puede ser separado de su cargo, ni cambiado de su puesto, ni rebajado de categoría, dejado cesante o exonerado salvo causa justificada y previa instrucción de sumario.

La Ley establece taxativas incompatibilidades, además de la incompatibilidad entre los cargos rentados de la Provincia con cualquier otro de origen nacional, provincial o municipal o de empresas estatales, establece la incompatibilidad entre la actividad profesional privada con el desempeño de cargos de dedicación completa y exclusiva.

8. Transcurso de la carrera

8.2. Concursos

Tanto el ingreso a la carrera como cargos vacantes en otros niveles del escalafón son cubiertos a través del sistema de concursos de títulos y antecedentes.

Las Bases que aplica el Jurado en la calificación de los candidatos son las siguientes, en el orden en el que se enumeran:

- a. Concepto ético-profesional: provisto por la asociación gremial o bien el organismo ético-profesional específico
- b. Preparación Científica:
- c. Capacidad Técnica e idoneidad
- d. Antigüedad de servicios
- e. Foja de servicios

Para los concursos hay dos Jurados, el de Admisión y el de Apelación:

Jurado de Admisión: con representación del Servicio Provincial de Salud, el gremio, la asociación científica, el Jefe del cargo y un profesional de la especialidad

Jurado de Apelación: integrado por la máxima autoridad del Servicio Provincial de Salud, la de la Asociación Gremial y la de la Asociación Científica.

Para los concursos de los grados noveno en adelante, los mismos son cerrados al Sistema Provincial de Salud. En caso que los mismos se declaren desiertos, se convocan a concursos libres entre los especialistas del cargo vacante,

9. Salida de la carrera

No hace referencia específica

10. Condiciones de trabajo

Jornada laboral y Dedicación

El Personal puede estar dentro del Régimen de

Dedicación Común: tres horas diarias y ocho horas semanales

Dedicación Parcial: seis horas diarias y treinta y seis semanales

Dedicación Exclusiva: ocho horas diarias y cuarenta y cuatro horas semanales

11. Régimen de remuneraciones

La remuneración se halla constituida por la asignación básica para el grado noveno que es la que determina el presupuesto del Servicio Provincial de Salud y por las siguientes asignaciones calculadas sobre el sueldo básico

- a. 10% por cada grado de diferencia existente entre el escalafón general entre el grado 9 y el grado 6 y a partir de este grado hasta el grado primero, 5 % por cada grado de diferencia.
- b. 4% por cada año de antigüedad en servicio.
- c. 15% por especialidad peligrosa.
- d. hasta 100% por zona desfavorable
- e. 100% para los profesionales del régimen de dedicación parcial y 160% para los de dedicación completa y exclusiva.

12. Otros componentes

Licencias

Los profesionales gozan de las mismas licencias que el resto de los empleados públicos a excepción de los radiólogos y los infectólogos que tienen licencias dobles, en dos períodos iguales no acumulables.

Los cargos no rentados gozan también de las licencias anuales.

También se encuentran reconocidos permisos especiales de licencias con goce de sueldo para asistir a cursos de perfeccionamiento reconocidos oficialmente en el país o en el extranjero.

13. Cuerpos colegiados especiales

Sin descripción

14. Avances de la Carrera en la organización sanitaria

Sin descripción

15. Medidas disciplinarias:

Las causales de medidas disciplinarias serán comprobadas mediante un sumario sustanciado por funcionario de igual profesión y superior jerarquía y deberá sustanciarse con intervención y defensa del profesional, bajo pena de nulidad.

Las sanciones que resulten del sumario podrán ser: advertencia, amonestación, suspensión, cesantía y exoneración.

CARRERA DEL PERSONAL AUXILIAR

La otra normativa que regula el personal vinculado al ejercicio de la salud es la Ley N° 5.525 que es la Ley del Personal Técnico Auxiliar de la Medicina y de Enfermería y Personal Administrativo Sanitario, que es el Personal que cumple funciones en el ámbito de la Secretaría de Salud Pública y no se encuentra incluido en el régimen de la Ley 2.580, es decir de la que regula a los profesionales del Servicio Provincial de salud.

La Ley sólo establece los agrupamientos y las remuneraciones. Supletoriamente se aplica la normativa correspondiente al escalafón general del personal de la administración pública, establecido por la Ley 3816.

Actualmente la Ley 5525 se encuentra en revisión en la provincia, siendo inminente la sanción de un nuevo régimen general.

Agrupamientos y Escalafón

Esta carrera consta de cuatro Agrupamientos:

1. **Personal técnico:** incluye al Personal que ejecuta tareas técnicas, con funciones de enfermero/a técnicos de: rayos, laboratorios, anestesia, instrumentista, saneamiento, estadísticas, idóneo de farmacia, ayudante de enfermería y demás agentes que cumplan funciones equivalentes y posean títulos reconocidos por la Secretaría de Salud Pública o idoneidad debidamente acreditada en la función, correspondiéndole las Categorías 3 a 10 ambas inclusive.

2. **Personal administrativo sanitario:** incluye al Personal que cumple funciones administrativas, correspondiéndole las Categorías 5 a 10 ambas inclusive.

3. **Personal de mantenimiento y producción:** con tareas de mantenimiento y producción tales como técnico de aparatos de electro medicina, electricidad, mecánico de automotores, plomero, correspondiéndoles las Categorías 3 a 10 ambas inclusive.

4. **Personal de servicios generales:** con funciones de servicios generales tales como: mucama, pintores, albañiles, choferes, camilleros, cocineros, lavanderos, costureros, ordenanzas y demás agentes que cumplan funciones equivalentes, correspondiéndoles las categorías 3 a 8 ambas inclusive.-

Régimen de remuneraciones

La retribución de los agentes está constituida por la asignación de la categoría, los adicionales particulares y los suplementos.

La asignación de la categoría está formada por el sueldo básico y los adicionales generales

Salario básico: es el que corresponde a igual categoría del escalafón general

Adicionales generales

Bonificación Especial: es igual a la suma mensual resultante de aplicar el coeficiente (1) al sueldo básico de la categoría de revista del agente.

Adicional por Mayor Horario Semanal: Corresponde al Personal de cualquier agrupamiento que cumple 40 horas semanales. Este adicional es equivalente al Treinta por Ciento (30%) del sueldo básico más el adicional por bonificación especial.

Adicional por Función Jerárquica: Corresponde al Personal de los distintos agrupamientos que poseen determinados títulos o idoneidad acreditada que revisten en las categorías 7 a 10 inclusive, y que se desempeñen en funciones de jefatura de los distintos servicios.

Adicional por Experiencia Operativa: Corresponde al personal que cumple funciones con experiencia operativa, es un adicional que resulta de aplicar un determinado coeficiente al Sueldo Básico y Adicionales Generales.

Adicionales particulares, se trata de:

Antigüedad: Percibe la antigüedad que corresponde al personal comprendido en la Ley 3.816 y sus modificatorias.

Suplementos: Son los que a continuación se detallan:

Fallas de caja: Corresponde esta Asignación a los agentes que cumplen funciones de cajero o similares, en cuyas rendiciones diarias de cuentas, exista riesgo de faltante de dinero, originado por su atención al público. Para la percepción del beneficio en caso de desempeño temporario en estas funciones, deberá cumplirse en ellas un mínimo de doce (12) días mensuales. El monto de este suplemento será equivalente al monto que resulte de aplicar el coeficiente Veinticinco Centésimos (0,25) de la Asignación de la Categoría 3-35 horas, del Agrupamiento Personal Técnico, previsto en el Artículo 1º de la presente ley.

Zona desfavorable: Corresponde al personal que se desempeña en Zonas Desfavorables, conforme se establece por reglamentación, hasta un máximo del Ciento Cincuenta por Ciento (150%) de la Asignación de la Categoría 3-35 horas del Agrupamiento Técnico.

Peligrosidad: Corresponde a los agentes que cumplen funciones en especialidades peligrosas, según se establece por reglamentación, siendo equivalente al Quince por Ciento (15%) de la Asignación de la Categoría 3-35 horas del Agrupamiento Técnico previsto en el Artículo 1º de la presente Ley.

Subrogancia Se liquidará conforme a lo previsto para el Escalafón General, Ley 3.816 y sus modificatorias, en los mismos casos y condiciones.

Otras retribuciones: Los agentes comprendidos en este Régimen perciben además el Sueldo Anual Complementario y las Asignaciones Familiares previstas en el Escalafón General Ley Nº 3.816 y sus modificatorias, asimismo perciben los siguientes conceptos:

Suplemento por actividades específicas

Doce Centésimos (012): Se aplica sobre la asignación de la categoría de revista de cada agente, de cualquier agrupamiento.

Adicional no bonificable por dedicación exclusiva 25%: Este adicional resulta de aplicar el 25% a la Asignación de la Categoría en que revista cada agente de cualquier agrupamiento.

PROVINCIA DE TUCUMÁN.

CONSTITUCIÓN PROVINCIAL

En su artículo 2º remite a la Constitución Nacional reconociendo a todos los habitantes los derechos que en ella se establecen.

El artículo 35 inciso 8 reconoce la estabilidad en el empleo para los empleados públicos y en su inciso 10 establece que la Colegiación profesional es voluntaria.

Tiene un capítulo dedicado a la salud: en el art. 125 establece que la Provincia promoverá las medidas y recursos legítimos, eficaces, eficientes, viables y conducentes en el más alto grado posible al mantenimiento, restauración y promoción física y espiritual de todos, protegiendo la vida desde la concepción misma.

Fijará la política sanitaria coordinándola con el gobierno nacional y los de las otras provincias, así como con las instituciones de salud públicas o privadas. Reserva para sí la potestad de poder de policía en materia de legislación y administración de salud.

LEY DE EMPLEO PÚBLICO PROVINCIAL

Se trata del Estatuto para el personal de la administración pública de Tucumán, estatuido por la Ley Nº 5.473 que fuera modificada por ley 5.628.

Se aplica al personal permanente y no permanente que preste servicios remunerados en dependencias del Poder Ejecutivo provincial y es de aplicación al personal que se encuentra amparado por regímenes especiales en todo lo que estos no previeran.,

LEY DE CARRERA SANITARIA

La Ley Nº 5.908 es la ley básica que establece la Carrera Sanitaria Provincial, fue sancionada en el mes de mayo de mil novecientos ochenta y ocho. Ha sido modificada por la Ley Nº 5965 y reglamentada por Decreto 1933.

Comentario general: se trata de una ley y reglamentación compleja. Incluye la definición de residentes. En consonancia el sistema de adicionales y suplementos también es de alto nivel de desagregación.

COMPONENTES

1. Objeto y Principios Rectores

1.- Los mismos no están enunciados expresamente.

2. *Ámbito de aplicación*

La carrera sanitaria provincial comprende al personal permanente y no permanente que preste servicios remunerados en dependencias del Sistema Provincial de Salud, con excepción de a) los miembros del Consejo Federal de Salud y b) los Directores de Áreas Programáticas

3.- *Cobertura o Alcance*

Abarca las actividades destinadas a la atención integral de la salud, mediante la práctica de acciones sanitarias y de todas conexas de apoyo técnico y administrativo ejercidas a través de las actividades de promoción, recuperación y rehabilitación de la salud y saneamiento ambiental. Comprende así mismo las funciones de: Conducción, planificación, supervisión y evaluación de aquellas

4.- *Situaciones de revista contempladas*

El personal puede ingresar como permanente y como no permanente

.El personal transitorio lo hará en las siguientes condiciones de revista: a) Contratado; b) Transitorio; c) Reemplazante y d) Residente.

El personal transitorio será destinado exclusivamente a la ejecución de obras o de servicios, explotaciones, obras o tareas de carácter temporario eventual o estacional que no puedan ser realizadas por personal permanente no debiendo cumplir tareas distintas a aquellas para las que haya sido designado (*Artículo 60*)

Asimismo, cuando en ausencia del titular sea necesario realizar tareas de carácter imprescindible, podrá nombrarse personal reemplazante, siempre que aquellas no puedan ser realizadas por el personal existente.

El reemplazante cesará automáticamente cuando el titular se reintegre a sus funciones o cuando, en caso de vacancia, el cargo sea provisto en titularidad.

Se entiende como residente al profesional de reciente graduación que se incorpora a un programa de capacitación de post-grado, con un régimen de dedicación exclusiva, de trabajo intensivo, para la adquisición progresiva de destreza en una disciplina de las ciencias de la salud. (*Artículo 62*)

Las residencias se registrarán por la reglamentación correspondiente dictada a tales efectos.

5.- *Escalafón*

El personal permanente podrá podrán revistar en los siguientes Agrupamientos: **A:** Asistenciales y **B:** No Asistencial, cada uno de los cuales comprenderá Niveles en los que se incluirán los agentes del siguiente modo:

- a) Los agentes profesionales universitarios con carreras de cinco o más años;
- b) Agentes Profesionales universitarios con carreras de tres o cuatro años;
- c) Agentes con carreras universitarias de menos de tres años y agentes con carreras de nivel terciario cualquiera sea su duración;
- d) Agentes con ciclo secundario completo, agentes con ciclo básico y capacitación inherente a la tarea que desempeña;
- e) Agentes con ciclo secundario completo y capacitación inherente a la tarea que desempeña; y
- f) Agentes con ciclo primario completo.

El agrupamiento A abarca los niveles a), b), c), c), d) y e)-

El agrupamiento B abarca los niveles:

- 1) a), b), c) y d) para el sector administrativo;
- 2) d), e) y f) para el sector de Mantenimiento y Producción;
- 3) e) y f) para el sector Servicios Generales;
- 4) d) y e) para el sector de comunicación y Transporte; y
- 5) a), b), c), d), e), y f) para el sector de Saneamiento Ambiental

6.- Ingreso a la carrera

El ingreso al régimen escalafonario será siempre por el Grado I del escalafón horizontal y la antigüedad que el agente acredite por servicios prestados en la Administración Pública Nacional, Provincial o Municipal, le será reconocida a los efectos de las licencias y cómputos jubilatorios. El ingreso a la presente carrera, como titular, se hará por concurso abierto.

Los requisitos para el ingreso a la **planta permanente** de la presente carrera deberá acreditarse los requisitos mínimos que se establecen en el Decreto Reglamentario, siendo los siguientes:

- 1) *Haber ganado el concurso respectivo o aprobado la selección de personal según los casos.*
- 2) *Certificado de buena conducta.*
- 3) *Examen de aptitudes psicofísicas.*
- 4) *Declaración Jurada de cargos y/o patrimonio según los casos.*
- 5) *Certificado de nacimiento o documento nacional de identidad o libreta de enrolamiento o libreta cívica.*

Los requisitos para el ingreso a la **planta no permanente** deberá elevarse al Consejo Provincial de Salud informe donde se aporte los siguientes antecedentes:

- a) Informe técnico que demuestre fehacientemente que la tarea no puede ser desempeñada por personal estable.
- b) Documentación probatoria de la persona a contratar se destaca en el campo de las ciencias o técnicas.
- c) Curriculum vitae debidamente documentado.
- d) Informe presupuestario para afrontar el gasto.

7. Derechos, deberes y obligaciones

La ley contempla capítulos específicos para el establecimiento de los derechos, obligaciones, prohibiciones e incompatibilidades.

La enumeración y descripción de los **derechos** de los cuales gozan el personal de planta permanente es pormenorizada, estableciéndose los siguientes: estabilidad, carrera, retribución, compensaciones y asignaciones especiales, ascensos, traslados y permutas, calificación, capacitación, licencia, renuncia, indemnización, jubilación, .agremiación y asociación profesional, menciones especiales, reclamos y sugerencias; y uniformes.

Los derechos, obligaciones y régimen disciplinario del personal de planta permanente serán aplicados al personal transitorio en todo lo que fuere compatible con lo manifestado en el presente título,

Los derechos del personal contratado serán los que se establezcan en el contrato respectivo, no pudiendo éste sin embargo, reconocer lo siguiente: a) Estabilidad, b) Vacación anual ordinaria y c) Licencia por: 1- Obligaciones militares, 2- Razones particulares, 3- Por capacitación, 4- Actividad gremial y por desempeño de cargos políticos que sean electivos o no.

Respecto de las **obligaciones** establece que sin perjuicio de lo que particularmente impongan otras Leyes, los agentes deberán cumplir las siguientes obligaciones:

- a) Prestar servicio con eficiencia, capacidad y diligencia en el lugar, condiciones de tiempo y formas que determinen las disposiciones reglamentarias correspondientes.
- b) Obedecer las ordenes del superior jerárquico, observando las siguientes reglas:
 - 1) Que se refiera al servicio y por actos de servicio; y
 - 2) Que no sean manifiestamente ilícitas.
- c) Guardar secreto en todo asunto de servicio que deba permanecer en reserva en razón de su naturaleza o de instrucciones especiales.
- d) Observar en el servicio y fuera de él una conducta decorosa y digna.
- e) Conducirse con diligencia, tacto y cortesía en sus relaciones de servicio con el público, como así también con sus superiores, compañeros y subordinados.

- f) Promover las acciones judiciales que corresponda cuando fueren objeto de imputaciones delictuosas.
- g) Declarar bajo juramento los cargos oficiales y privados.
- h) Cuidar los bienes del Estado, velando por la economía del material y la conservación de los elementos que le fueren confiados a su custodia, utilización o examen.
- i) Someterse a la capacitación y a los exámenes de competencia que con carácter general o parcial dispongan las autoridades con la finalidad de racionalizar o mejorar el servicio.
- j) Dar cuenta por la vía jerárquica correspondiente de la irregularidades administrativas que llegaren a su conocimiento.
- k) Declarar su domicilio ante el organismo donde preste servicio y mantenerlo permanentemente actualizado.
- l) Responder a la ejecución de las tareas que le sean confiadas y de la ejecución de las órdenes que puedan impartir, sin que en ningún caso queden exentos de la responsabilidad que les incumben por las que corresponden a sus subordinados.
- ll) Declarar en los sumarios administrativos siempre que no tuvieren impedimento legal para hacerlo.
- m) Ejercer accidentalmente trabajos que correspondan a su preparación especial o a sus aptitudes, aún cuando no estén comprendidos entre los que son propios del cargo que ocupa, cuando razones de servicios así lo impongan; y
- n) Excusarse de intervenir en todo aquello en que su actuación pueda originar interpretaciones de parcialidad o concurra incompatibilidad de cualquier naturaleza.

En su artículo 40º se fija lo que queda prohibido a todos los agentes:

- a) Tomar la representación del Sistema Provincial de Salud para ejecutar actos o contratos que excedieren de sus atribuciones o que comprometan el erario del mismo o al patrimonio, salvo disposición legal o una orden de autoridad competente.
- b) Actuar directamente o indirectamente contra los intereses del Estado.
- c) Ser directa o indirectamente proveedor o contratista del Sistema Provincial de Salud.
- d) Retirar o usar indebidamente elementos o documentación de las reparticiones públicas.
- e) Promover o aceptar homenajes y todo otro acto que implique sumisión y obsecuencia a los superiores jerárquicos.
- f) Solicitar o percibir directamente o por interpósitas personas estipendios o recompensas que no sean las determinadas en normas vigentes, aceptar dádivas, obsequios o ventajas de cualquier índole aún fuera del servicio que las ofrezcan como retribución de actos inherentes a sus funciones o a consecuencia de ellas.

Respecto al tema de **incompatibilidad** el artículo 40 establece que el desempeño de un cargo el Sistema Provincial de Salud es incompatible con el desempeño en otros cargos de

la Administración Pública Nacional, Provincial o Municipal en sus organismos centralizados o descentralizados y Empresas del Estado excepto con la docencia.

8.- Transcurso de la carrera

8.1. Promoción

El régimen escalafonario comprende: un escalafón horizontal que consta de cinco tramos denominados Grados, individualizados numéricamente del I al V en números romanos y un escalafón vertical que consta de niveles jerárquicos denominados Funciones que se individualizarán con números arábigos.

8.1.1. Horizontal: A los fines del régimen de promoción horizontal, para los agentes que tengan antigüedad reconocida, de acuerdo a la siguiente escala:

De 1 a 5 años de antigüedad, la promoción será cada 5 años.

Más de 5 a 10 años de antigüedad, la promoción será cada 4 años.

Más de 10 a 15 años de antigüedad, la promoción será cada 3 años.

Más de 15 a 20 años de antigüedad, la promoción será cada 2 años.

De más de 20 años de antigüedad, la promoción será anualmente."

8.1.2. Vertical: Las vacantes en cargos y funciones serán cubierto por concurso. Los mismos se realizarán una vez por año, quedando facultado el Consejo Provincial de Salud para cubrir las vacantes en forma interina hasta la fecha en que se realicen.

8.2. Concursos:

Contempla cuatro tipos de concursos:

1) Concurso Abierto: es el que permite la inscripción de cualquier interesado que reúna los requisitos mínimos para el cargo a cubrir.

2) Concurso Cerrado: es aquel en que solamente pueden inscribirse aquellas personas que perteneciendo al SI.PRO.SA. reúnan los requisitos mínimos para la función jerárquica a cubrir.

3) Concurso Interno: Es aquel en el cual sólo se pueden presentar los agentes que presten servicios en la repartición, Área Operativa o Área Programática y que revisten en un nivel inferior a la variación que se concursa. La Dirección de Recursos Humanos a propuesta del Comité Permanente de Carrera determinará la amplitud del mismo.

4) Concurso de Pases: es aquel en el que se podrán presentar quienes, desempeñando el mismo cargo o función que se concursa deseen realizar un desplazamiento geográfico.

8.3. Evaluación de desempeño

La calificación comprenderá dos rubros: a) desempeño en la tarea y b) Conducta y Asistencia, en la forma y modo que se determine por vía reglamentaria.

8.4. Formación y capacitación

Los agentes del Sistema Provincial de Salud tienen el derecho y la obligación de capacitarse para un mejor desempeño de sus tareas.

El Área de Recursos Humanos será la responsable de dirigir, planificar y supervisar todo lo atinente a la capacitación y coordinar acciones con instituciones educativas en función de una mejor formación de recurso.

8.5. Recertificación: La ley no se expide al respecto.

9.- Salida:

En su artículo 18 la ley prevé que los agentes dejarán de pertenecer al Sistema Provincial de Salud por las siguientes causas:

- a) por aceptación de su renuncia;
- b) por fallecimiento;
- c) por jubilación ordinaria;
- d) por jubilación por invalidez;
- e) por aplicación del artículo 11 de la presente ley; y
- f) por razones de disciplina contemplada en esta ley.

10.- Condiciones de Trabajo

Jornada laboral: 40 horas semanales se considera tiempo pleno.

Guardia:

- a) Guardia activa:

de 24 horas en día hábil;

de 24 horas en días sábado, domingo y feriados;

de 12 horas en día hábil

de 12 horas en día sábado domingo y feriado.

Se aplican diferentes porcentajes de suplementos según carga horaria-

- b) Guardia pasiva.

11.- Régimen de remuneraciones

11.1. Salarios

11.1.1. Salario Básico

Artículo 24º - La retribución del agente se compone de un sueldo básico correspondiente a su Nivel, de los adicionales y suplementos que correspondan a su situación de revista, condiciones especiales y asignaciones familiares.

El sueldo básico se denominará Asignación Básica de Nivel, la que resultará del producto de un coeficiente para cada Nivel, que figura en el Anexo I, por el sueldo básico de la categoría 1 del Escalafón General.

La Asignación Básica para los regímenes de excepción será proporcional al número de horas trabajadas en relación al tiempo normal de nivel a).”

Retribución del personal contratado:) La retribución propuesta deberá adecuarse a los montos vigentes en el Sistema Provincial de Salud, debiendo fundamentarse aquellos casos que se aparten de las normas.

11.1.2. Adicionales

Se establecen los siguientes adicionales sobre la Asignación Básica de Nivel:

1) Por función jerárquica: será percibido por el personal que se desempeñe en tareas de supervisión y/o dirección, contemplándose, para el Nivel a) seis (6) Funciones; para los restantes niveles el número de funciones estará condicionado por las necesidades organizativas de la estructura definitiva del SI.PRO.SA. comenzando siempre con la Función 1 y con iguales porcentajes a los establecidos.

2) Por escalafón horizontal; por cada Grado del escalafón horizontal se abonarán los siguientes porcentajes sobre la asignación de nivel del agente y asignación básica de los regímenes de excepción:

3) Por antigüedad: los agentes gozarán de una bonificación por cada año de servicio o fracción mayor de seis meses que registrare al 31 de diciembre inmediato anterior equivalente al 1 por ciento de la asignación del Nivel.

4) Por dedicación exclusiva: se abonará el 150 por ciento de la Asignación Básica de Nivel.

5) Por diferencia horaria Los porcentajes a percibir por el horario de 10 horas semanales (tiempo pleno) calculados sobre el tiempo normal para el personal de nivel a) serán los siguientes

Nivel a) tiempo normal---- 33,33%

Régimen de excepción de 24 hs. Semanales 53,33 %

Régimen de excepción de 22,33 hs. .----- 58,33 %

Para los restantes niveles del Agrupamiento A---- 40%

6) Adicional por título: se abonará el presente adicional según el siguiente detalle:

- a) Título universitario de cinco o más años 25 por ciento de la Asignación Básica de Nivel;
- b) Título universitario de tres o cuatro años 20 por ciento de la Asignación Básica de Nivel;
- c) Títulos universitarios con planes de menos de tres años de duración y terciarios no universitarios, cualquiera sea su duración, el 15 por ciento de la Asignación Básica de Nivel;
- d) Título secundario o medio con estudios no inferiores a cinco años, el 10 por ciento de la Asignación Básica de Nivel; y
- e) Certificados de estudios post-primarios completos extendidos por organismos gubernamentales o internacionales con planes de estudios no inferiores a seis meses o ciclo básico completo el 5 por ciento de la Asignación Básica de Nivel.

7) Por extensión horaria: cuando a criterio del Consejo Provincial de Salud se considere necesaria la prolongación de jornada del personal del Agrupamiento B en 20 horas semanales (o cuatro horas diarias), se abonará al mismo un porcentaje equivalente al 50 por ciento de la Asignación Básica de Nivel.

11.2. Incentivos/suplementos

Los suplementos previstos en el artículo 26 son los siguientes:

1) Zona: este suplemento se hará efectivo cuando el agente deba residir en el lugar y se produzca desarraigo, para lo cual se dividirá a la Provincia en cuatro (4) zonas, en base a los parámetros que se fijen por vía reglamentaria.

Los porcentajes se aplicarán sobre el básico de nivel y asignación básica de los regímenes de excepción, a la que pertenezca el agente.

Zona 1: no percibirá suplemento.

Zona 2: percibirá un suplemento del 40%

Zona 3: percibirá un suplemento del 80%

Zona 4: percibirá un suplemento del 120% este suplemento se hará efectivo cuando el agente deba residir en el lugar y se produzca desarraigo, para lo cual se dividirá a la Provincia en cuatro zonas en base a los parámetros que se fijen por vía reglamentaria.

Zona 1: No percibirá suplemento

Zona 2: El 40% sobre el Básico de Nivel al que pertenece el agente y

Zona 3: El 80% sobre el Básico de Nivel al que pertenece el agente.

Zona 4: El 120% sobre el Básico de Nivel al que pertenece el agente.

2) Riesgos: percibirán un suplemento por riesgo equivalente al 20 % del Básico de Nivel f), los agentes que cumplan tareas en forma permanente y exclusiva en establecimientos o salas de enfermedades infecto-contagiosas, en establecimientos de enfermedades mentales

o en unidades de radiodiagnóstico o radioterapia y en otras tareas que el Consejo Provincial de Salud pueda incorporar por análogas motivaciones.

3) Guardias:

A) Guardia activa: Los agentes que cumplan tareas en servicios de guardia activa percibirán, al margen del régimen horario ordinario, un suplemento sobre la asignación básica, del régimen de excepción de 24 horas semanales, de acuerdo a los siguientes porcentajes:

- a) guardia de 24 horas; en día hábil, el 20%
- b) guardia de 24 horas; días sábados, domingos y feriados, el 25%
- c) guardia de 12 horas; en día hábil, el 10%
- d) guardia de 12 horas; días sábados, domingos y feriados, el 12,5%

En todos los casos se abonarán por guardia realizada.

B) Guardia pasiva: en los casos en los que el Consejo Provincial de Salud considere necesario la implementación del servicio de guardia pasiva, las mismas se retribuirán con un monto equivalente al 4 % de la Asignación de Nivel, más una compensación horaria por el tiempo efectivamente trabajado, cuya modalidad y condiciones se establecerán por vía reglamentaria.

4) Subrogancia: el suplemento por subrogancia consistirá en la diferencia entre la Asignación de Nivel y Asignación Básica de los regímenes de excepción y adicionales del Agente y los que les corresponderían por la función que desempeña interinamente; tendrán derecho a percibirla los agentes que cumplan reemplazos transitorios en los niveles jerárquicos cuando medien algunas de las siguientes circunstancias:

5) Actividad crítica: cuando a criterio del Consejo Provincial de Salud se deseen promover acciones sanitarias y la radicación de agentes en un área de la Provincia, considerada crítica por la situación sanitaria imperante en la misma, se asignará un suplemento que no podrá ser superior al 50 por ciento de la Asignación Básica de Nivel y asignación básica de los regímenes de excepción.

6) Por investigación: el o los agentes autorizados para el desarrollo de un programa de investigación y durante el período que dure el mismo, podrá percibir un suplemento por tal concepto que no podrá exceder del 100 por ciento de la Asignación Básica de Nivel **asignación básica de los regímenes de excepción**. Tal suplemento podrá ser graduado por el Consejo Provincial de Salud en orden a la importancia del programa.

12. Otros componentes

Régimen disciplinario

La carrera establece que los agentes serán objeto, sin perjuicio de las responsabilidades civiles y penales que correspondieren, de las siguientes sanciones disciplinarias:

- a) Apercibimiento.
- b) Suspensión de hasta cuarenta y cinco días.
- c) Retrogradación y grado en el escalafón horizontal.
- d) Cesantía; y
- e) Exoneración.

Estas sanciones aún se encuentran pendientes de reglamentación.

Asimismo establece que deberá dejarse constancia en el legajo personal correspondiente de todas las sanciones que se apliquen.

El personal contratado está sujeto al régimen disciplinario que rige para los agentes del Sistema Provincial de Salud y son considerados como tales a los efectos de la responsabilidad penal que derivare del ejercicio ilícito de sus funciones.

Por vía de reglamentación se establece que son competentes para aplicar dichas sanciones:

El Consejo Provincial de Salud, cualquiera de ellas;

El Secretario Ejecutivo Provincial, las sanciones de los incisos a), b) y c);

Los Directores de Áreas Programáticas y Directores Generales, las sanciones de los incisos a) y b);

Los Directores de Áreas Operativas y Directores, la de los incisos a) y b) hasta quince (15) días de suspensión y

Los Jefes de Departamentos y Divisiones, las del inciso a).

Licencias

Respecto al régimen de licencias, establece expresamente que se regirá por la Ley de Empleo Público Provincial (Ley Nº 5.473/83, y su reglamentación.

La única licencia a la que hace mención el régimen es aquella con goce de sueldo para capacitarse en temas de interés para Salud Pública.

En consecuencia, los agentes gozarán de la vacación anual ordinaria, la que será proporcional a los años de servicios, con los alcances, condiciones, oportunidad y por el tiempo que fije la reglamentación. Este derecho es irrenunciable, con goce íntegro de la remuneración que por todo concepto reciba obligatoria su concesión y utilización no pudiendo acumularse más de dos períodos de licencias anuales, solamente en caso de que por razones de servicios no hubiera posibilidades de gozarla en el correspondiente. Únicamente en caso de cese de funciones el agente tendrá derecho a que se le retribuya la parte proporcional devengada.

A la licencia anual ordinaria se le suman: a) Por enfermedad o accidente inculpa-

b) Por accidente de trabajo o enfermedad profesional; c) Por matrimonio; d) Por maternidad;

e) Por adopción; f) Por obligaciones militares; g) Por capacitación; h) Por razones

particulares debidamente fundadas; i) Por actividad gremial; j) Por desempeño de cargos políticos, sean electivos o no y k) Por fallecimiento de familiar.

El personal jerárquico que interrumpe sus funciones por licencias extraordinarias y no llega a cumplir con el ochenta por ciento (80%) del período anual, no mantiene su jerarquía, y debe reubicarse en la carrera de antigüedad y mérito. Quedan exceptuados de lo dispuesto precedentemente, los agentes que pasaren a desempeñar cargos políticos electivos o nominados y gremiales, por el término de un período de mandato; como así también los agentes en proceso de jubilación.

13. Cuerpos Colegiados Especiales

La ley establece que el Consejo Provincial de Salud designará un **Tribunal** que entenderá en todos los recursos interpuestos por sanciones disciplinarias.

El Tribunal estará integrado por tres (3) miembros titulares y tres (3) suplentes. Dos (2) titulares y dos (2) suplentes, por los menos uno de ellos letrados, serán nombrados todos por el Consejo Provincia de Salud. Un titular y un suplente representarán al personal sancionado y que serán designados por el gremio al que pertenezcan.

Asimismo por el artículo 64º se crea el Comité **Permanente de Carrera Sanitaria** que se integrará con:

- a) El funcionario titular de: Recursos Humanos.
- b) Los Directores de Áreas Programáticas.
- c) Un funcionario de área contable.
- d) Un asesor jurídico.
- e) Un representante de los profesionales del SI.PRO.SA.
- f) Un representante del personal no profesional.
- g) Un representante de FEPUT y un representante de la entidad gremial mayoritaria.

Se establece que el Comité Permanente de Carrera tendrá las siguientes funciones:

- a) Evaluar los resultados de la aplicación de la Carrera .
- b) Proponer las normas reglamentarias que la experiencia aconseje para asegurar la eficiencia del sistema, en cuanto se refiera a los trabajadores de la salud que lo integran.
- c) Asesorar sobre los programas de capacitación permanente y evaluar los resultados de los mismos.
- d) Proponer las normas para la evaluación de los cursos, becas y programas de capacitación permanente.
- e) Proponer las modificaciones a las reglamentaciones para los concursos y las bases para los mismos.

- f) Proponer las modificaciones al Manual Descriptivo de Cargos del Personal del SI.PRO.SA., con especificación de los requisitos mínimos para su cobertura y actualización.
- g) Asesorar en todos los aspectos referentes a la política y administración del personal del Sistema.
- h) Proponer las modificaciones a las reglamentaciones y normas generales de la Carrera Sanitaria.

Este Comité Permanente deberá elevar informes cada 6 meses al Consejo Provincial de Salud.

14. Avances de la carrera en la organización sanitaria

No menciona ningún punto de organización sanitaria.

15. Varios

A todo el personal de planta permanente se le reconoce la antigüedad a los efectos de su ubicación automática para la carrera de antigüedad y mérito y la jerarquía en que revistaban hasta la realización de los concursos respectivos. Por otra parte, se garantiza que la aplicación de la carrera no significará disminución de las remuneraciones en ningún caso.

BIBLIOGRAFIA

- Alonso, G. (1999) *La regulación del sistema de salud en Argentina. Dimensiones conceptuales para el estudio de la capacidad institucional*. Serie III Políticas Públicas. Documento N° 41. INAP.
- Belmartino, S. (1999). Nuevas reglas de juego para la atención médica en la Argentina. ¿Quién será el árbitro? Lugar Editorial. Buenos Aires.**
- Bolis, M. (2001) *Legislación y control de riesgos de salud en América Latina y el Caribe*. BID. Working paper N° 461. Wahington
- Chang, Ha Joon. (1992) *Public enterprises in developing countries and economic efficiency*. UNCTAD. Ginebra.**
- Crozier, M. (1992) *Estado modesto, Estado moderno*. Estrategia para el cambio. Fondo de cultura Económica. México.
- Ferreiro Yazigi, A. (2000) *El papel de las Superintendencias en la regulación de seguros de salud*. Ponencia presentada al Taller sobre nuevos marcos e instrumentos para la regulación del financiamiento y aseguramiento en el sector salud. 16-18 de enero de 2001. Chile
- Ferreiro Yazigi. (2001).Marco conceptual para la regulación de las ISAPRES y el Sector Salud. *Asuntos Públicos*. Informe N° 74.
- Figueras, J.; Musgrove, P.; Carrin, G.;Durán, A. (2002) Retos para los sistemas sanitarios de Latinoamérica: ¿qué puede aprenderse de la experiencia europea?. *Gac. Sanit.*;16(1):5-17
- Gherzi, C.A.; Weingarten, C.; Ippólito, S. (1999) *Contrato de medicina prepaga*. Ed. Astrea. Buenos Aires.
- González García, G. y cols. (2002) *Un análisis de la regulación del mercado argentino de aseguramiento de la salud*. Alliance for Health Policy and Systems Research-Global Forum for Health Research- World Health Organization. [www. Alliance-hpsr.org/jahia/webday/site/myjahiasik/users/alliance/public/Gonzalez.pdf](http://www.Alliance-hpsr.org/jahia/webday/site/myjahiasik/users/alliance/public/Gonzalez.pdf). Fecha de acceso: 16/8/2006
- Katz, Jorge; Muñoz, Alberto. (1998). Organización del sector salud: puja distributiva y equidad. CEAL-CEPAL. Buenos Aires.
- López, A.; Felder, R. (1997) *Regulación y control de la calidad de los servicios públicos privatizados. Los casos del servicio de gas natural, electricidad y agua potable*. Serie I. Desarrollo Institucional y Reforma del Estado. Documento N° 57. Dirección Nacional de Estudios y Documentación. Dirección de Estudios e Investigación. Instituto Nacional de la Administración Pública. Buenos Aires
- Lorenzetti, R.L. (1998) *La empresa médica*. Rubinzal-Culzoni Eds. Santa Fe.
- Madies, C. (2000). Desregulación de Obras Sociales y Regulación de la Medicina Prepaga en Argentina. Marco regulatorio, antecedentes y proyectos. www.opas.org.br/servicio/arquivos/sala1440.
- Majone, G.; La Spina, A. (1993) El Estado regulador. *Gestión y Política pública*, Volumen II, número 2. Centro de Investigaciones y Docencia. México.
- Martín Martín, J. (1994) *Eficiencia, instituciones y organización sanitaria. Una aproximación económica*. III Jornadas Internacionales de Economía de la Salud. Salud, Mercado y Estado. Asociación de Economía de la Salud. 14 y 15 de octubre. Buenos Aires.

- Ministerio de Salud-Organización Panamericana De La Salud (2001) Medición del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública Ejercidas por la Autoridad Sanitaria en la República Argentina. Resultados del Taller de Aplicación del Instrumento Illevado a cabo en Buenos Aires, Argentina del 13 al 15 de Noviembre, 2001 (Informe Preliminar)
- Mitnick, B. (1980) *The political economy of regulation*. New York. Columbia. University Press.
- Muñoz, F.; López-Acuña, D; Halverson, P; Guerra de Macedo, C; Hanna, W; Larrieu, M; Ubilla, S; Cevallos, J. L. (2000) Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 8(1/2).
- Musgrove, Ph (1995) *Equidad, eficiencia y calidad: el desafío de los modelos de salud*. IV Jornadas Internacionales de Economía de la Salud. Equidad, eficiencia y calidad: El desafío de los modelos de salud. Asociación de Economía de la Salud. 19-21 de abril.**
- Nihal Hafez, (1997). *International comparative review of Health Care Regulatory Systems*. Technical Report Nº 11. Partnership for Health Reform.**
- OECD (1997) *The OECD report on regulatory reform*. Ediciones de la OCDE. París.
- Organización Panamericana de la Salud (1995) *Nuevas modalidades de organización de los sistemas y servicios de salud en el contexto de la reforma sectorial: La Atención Gerenciada*. Bibliografía anotada. Serie HSP/SILOS-40. Paganini Editor. Washington D.C.**
- Organización Panamericana de la Salud (1998). Transformaciones del sector salud en la Argentina: estructura, proceso y tendencias de la reforma del sector entre 1990 y 1997. Coordinador: Guerrero Espinel, E.**
- Ortún Rubio, V. (1995) *Análisis de los mercado y del marco regulatorio del sector salud*. IV Jornadas Internacionales de Economía de la Salud. Equidad, eficiencia y calidad: El desafío de los modelos de salud. Asociación de Economía de la Salud. 19-21 de abril.**
- Oszlak, O. (1994) Estado y Sociedad: las nuevas fronteras. En: Kliksberg, B.: *El Rediseño del Estado*. Buenos Aires. Fondo de Cultura Económica.**
- Oszlak, O. (2000) La capacidad de regulación estatal. *Enoikos*. Nº 17. Facultad de Ciencias Económicas. Universidad de Buenos Aires. Noviembre. Buenos Aires**
- Oszlak, O.; Felder, R. (1998) La capacidad de regulación estatal en Argentina: Quis custodiet custodes?. En: *La Argentina que viene*. Isuani, A. y Filmus D. (comp.).FLACSO/EUDEBA. Buenos Aires.
- Pando, D. (2005). *Capacidad estatal para la gestión de la regulación: un enfoque conceptual*. X Congreso Internacional del CLAD sobre Reforma del Estado y de la Administración Pública. Santiago de Chile, 18-21 de octubre de 2005.
- Prats, J. (1998) La construcción institucional de las capacidades reguladoras. Un tema clave de la nueva agenda de desarrollo. *Instituciones y Desarrollo*. Octubre.
- Rivera Urrutia, E. Teorías de la regulación en la perspectiva de las políticas públicas. *Gestión y política pública*. Volumen XIII. Número 2. II semestre de 2004, pp.309-372.
- Rodrigo Tabja R. (1999). Perfeccionamiento de la gestión regulatoria. Lecciones de la experiencia chilena. *Cuadernos del ILPES* Nº 44. Chile.
- Rodriguez, M. (2001) El espacio de los seguros privados en los sistemas sanitarios públicos: marco conceptual y políticas. *Gac. Sanit* 15(6): 527-537

- Sánchez, J. y Sanhueza, R. (2001) Autonomía y Regulación en el Sector Sanitario Chileno José Miguel Sánchez; Ricardo Sanhueza. *Estudios Públicos*, Verano, Nº 77, pp. 165-185, 2000.
- Sancho, D. (2003) *Regulación y agencias reguladoras independientes: elementos clave para la consolidación de su diseño institucional*. VIII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y la Administración Pública. Panamá. 28-31 de octubre de 2003.
- Sifontes, D. *Regulación económica y agencias regulatorias independientes: una revisión de la literatura*. <http://www.eumed.net/ce/ds-regulat.htm>. Fecha de acceso: 2-9-2006
- Spink, P. y otros (2001). Modernización de la Administración Pública en América Latina: Evaluación de los recientes cambios en la gerencia de los Ministerios y de las Agencias Reguladoras. Orientaciones metodológicas. En: *Nueva gestión pública y regulación en América Latina. Balances y desafíos*. CLAD. Caracas.
- Stark, C. (2001). Regulación, agencias reguladoras e innovación de la gestión pública en América Latina. En: Spink, P; et al. *Nueva gestión pública y regulación en América Latina. Balances y desafíos*. CLAD. Caracas.
- Stiglitz, J. (1989) On the economic role of the state. En Heertje (ed.): *The Economic Role of the state*, Basil Blackwell, Oxford.
- Tafani, R. (1997a) *Reforma al sector salud en Argentina*. CEPAL. Serie Financiamiento para el Desarrollo. Nº 53. Chile.
- Tafani, R. (1997b). Los riesgos de la desregulación sin apertura. *Medicina y Sociedad*. Año XX. Vol. 20. Nº 1.
- Tobar, F (1999a) Tendencias en la regulación de planes de medicina prepaga. *Jurisprudencia Argentina* Nº 6169. Buenos Aires.
- Tudor Hart, J. (1971). *The inverse care law*. Lancet. I. 1179-90.
- Williamson, J (2004) *A short history of the Washington Consensus*. Documento presentado a la fundación CIBOD para la conferencia From de Washington Consensus from the Global Governance. Barcelona. September 24-25 2004.
- Van Vught, F. (1989). *Governmental strategies and innovation in higher education*. Jessica Kingsley. London.

ANEXO I

FICHA PARA EL RELEVAMIENTO

PROVINCIA DE

CONSTITUCIÓN PROVINCIAL

Respecto al empleo público

Derecho a la salud

LEY DE EMPLEO PÚBLICO PROVINCIAL

Nombre

Nº

Fecha

Se aplica...

LEY DE CARRERA SANITARIA

Nombre

Nº

Fecha

Comentario general

- 16. Objeto y Principios Rectores
- 17. Ámbito de aplicación
 - Autoridad de aplicación
- 18. Cobertura o Alcance
- 19. Situaciones de revista contempladas
 - Profesionales titulares o interinos
 - Reemplazantes, contratado
 - Residentes como preescalafonarios
- 20. Escalafón
- 21. Ingreso a la carrera
 - Por dónde se ingresa, si hay concursos
 - Requisitos, impedimentos
- 22. Derechos, deberes y obligaciones
 - Marcar si son los habituales o si hay especiales
 - Aquí van las incompatibilidades
 - Si no están "no aparece como un apartado específico" o bien "no se mencionan expresamente"
- 23. Transcurso de la carrera
 - 8.1. Promoción
 - 8.1.1. Horizontal
 - 8.1.2. Vertical
 - 8.2. Concursos
 - 8.3. Evaluación de desempeño
 - 8.4. Formación y capacitación
 - 8.5. Recertificación (no sé si quedó o no)
- 9. Salida
- 10. Condiciones de Trabajo
 - Jornada laboral
 - Guardia, si es por horario
 - Rural si casa o algo no salarial
- 11. Régimen de remuneraciones
 - 11.1. Salarios
 - 11.1.1. Salario Básico

- 11.1.2. Adicionales
- 11.2. Incentivos
 - Productividad
 - Zona
 - Área programática
- 12. Otros componentes
 - Régimen disciplinario
 - Licencias
- 13. Cuerpos Colegiales Especiales
 - Además de...
- 14. Avances de la carrera en la organización sanitaria
- 15. Varios