



Políticas de Salud

La carrera sanitaria en la Argentina



A.G. Duré, Isabel (Coordinadora)

A.G. Ballesteros, Marisa

A.G. Molina, Claudia

A.G. Saccone, Irene

A.G. Schiavi, Alejandro

A.G. Tanuz, Rita

CARRERAS SANITARIAS EN ARGENTINA¹

1. INTRODUCCIÓN

En un país federal como la Argentina, la regulación y gestión de los sistemas de salud y en consecuencia de las carreras sanitarias son facultad de las autoridades jurisdiccionales. Sin embargo, teniendo en cuenta la estrecha relación entre el desempeño de los trabajadores de la salud y el alcance de las metas y atendiendo al criterio de equidad que debería prevalecer entre los servidores públicos que brindan servicios similares, corresponde profundizar el conocimiento respecto de la gestión del trabajo y de los diferentes regímenes de empleo provinciales. Así como también, contar con información que permita analizar con posterioridad si tales diferencias se corresponden con desigualdades en los resultados de salud a nivel local.

Es importante también reconocer los puntos en común de estos regímenes, como insumos para evaluar si es posible la construcción de un marco regulatorio de carácter federal, como una política tendiente a mejorar la situación de salud de la población a través de proveer condiciones equitativas de empleo a los trabajadores que le brindan cuidados.

Existe una tendencia generalizada a considerar que muchos de los problemas relacionados con la falta de motivación de los trabajadores y su productividad en el sistema de salud están vinculados con la falta de regulaciones específicas para su tarea, y que, por sus características, el trabajo en salud requiere de un estatuto sectorial.

Al momento de iniciar el presente trabajo, no existía una base de datos que centralizara y sistematizara las diferentes normas jurisdiccionales.

El presente trabajo se propone realizar un estudio descriptivo y exploratorio de los regímenes de carrera sanitaria vigentes en las distintas provincias de la Argentina, a partir de la sistematización y análisis de los marcos legales, que permita una primera caracterización de los rasgos distintivos del empleo público en el sector.

¹ El presente trabajo fue realizado por el Equipo de Salud del Observatorio de Políticas Públicas, con base en un relevamiento realizado durante el período 2007- 2009, bajo la coordinación de la A.G. Dra. Isabel Duré. Participaron en las distintas etapas del mismo los A.Gs. Dra. Marisa Ballesteros, Lic. Ana Casal, Dra. Claudia Molina, Dra. Irene Saccone, Dr. Alejandro Schiavi y Dra. Rita Tanuz.

2. EL TRABAJO Y LOS TRABAJADORES DE LA SALUD COMO ESTRUCTURADORES DE LOS SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD

El sector salud es un campo particular de la dinámica social, en tanto conjunto relativamente integrado de una multiplicidad de interacciones con influencia en la práctica de las instituciones, grupos e individuos que lo conforman, con sus conflictos fundados en el control de los recursos materiales o simbólicos, con mecanismos particulares que modifican o consolidan las relaciones de poder.

El sector salud está conformado por una serie de organizaciones sociales complejas, tanto por el conjunto de intereses que representan, como por lo sensible de su objeto de trabajo, relacionado con la vida, el sufrimiento y la muerte. Cualquier conflicto dentro de este ámbito tiende a extenderse en forma cuasi inmediata hacia la población, de la misma manera que una oferta de servicios inconveniente en términos de calidad y cantidad repercute de manera directa en su salud.

Por otra parte, se caracteriza por ser un área de servicios a la comunidad en donde la mayoría de las decisiones son tomadas en la línea de ejecución, por trabajadores que poseen un alto nivel de profesionalización y con la autonomía propia de dicho nivel de calificación. Al respecto, sostiene RÓVERE (1993) desde una concepción estratégica que los recursos humanos no están “dentro” de las organizaciones sino que “son” las organizaciones, en donde la coacción, la cooperación, la competencia y el conflicto forman parte de una dinámica de alta especificidad que no puede ser comprendida desde una simple perspectiva instrumental. POWELL Y DI MAGGIO (1999) postulan que *los campos organizacionales altamente estructurados proporcionan un contexto en que los esfuerzos individuales por tratar racionalmente con la incertidumbre y las limitaciones a menudo conducen, en conjunto, a la homogeneidad de estructura, cultura y producción*. Los trabajadores de la salud son sujetos involucrados en la construcción del campo, sus prácticas se sustentan en determinadas concepciones de las organizaciones y del proceso salud enfermedad del que forman parte. Son quienes reproducen el modelo asistencial vigente o los que pugnan por modificarlo, a la vez que tienen la capacidad de inducir su propia demanda, impactando en la incorporación de tecnología y en el tipo de prestaciones a brindar.

También se asiste a una complejización del campo de los Recursos Humanos en Salud y de la problemática que lo aqueja. El “Campo de los Recursos Humanos en Salud” ha sido descrito como el ámbito que presta atención a las cuestiones de la educación y del trabajo en salud y a las

diversas formas de intervención sobre las mismas, como son la regulación, planificación, gestión, negociación y evaluación de las prácticas técnicas y sociales. Dicha complejidad se relaciona con las características de los actuales escenarios económicos y sociales que involucran una multiplicidad de actores, con la fragmentación de sus instituciones y con la ausencia de una visión integral de los problemas existentes y sus perspectivas de resolución en función de los nuevos desafíos.

3. LAS REFORMAS DEL SECTOR SALUD EN LA ARGENTINA

La magnitud del gasto del sector salud, producto en gran parte de la cantidad de personas que emplea, lo han posicionado como un blanco habitual de las iniciativas nacionales de reformulación de la administración pública. Las reformas enfatizaron en las cuestiones de financiamiento y de la estructura de la prestación de los servicios sanitarios. Ha sido escasa la atención brindada a la capacidad de regulación profesional y a la gestión del trabajo en el campo de la salud, factores a considerar en forma indispensable cuando se pretende aumentar la eficiencia, el poder de resolución, la equidad y el acceso a los servicios de salud.

En la década del 90, se privilegió la expansión del sector privado y la descentralización y, por ende, una mayor fragmentación tanto en términos de servicios como de empleadores.

En ese momento, en Argentina, se completa la transferencia de los hospitales a las jurisdicciones provinciales y municipales que no era nueva, ya que se había iniciado algunas décadas atrás. Tan grave como las condiciones de desfinanciamiento en que se realiza, es la falta de un proceso de institucionalización previo y de fortalecimiento de la gestión local.

Respecto del sub sector público, que en su calidad de prestador de servicios cubre al tercio de la población más pobre del país, las reformas buscaron transformaciones de tipo administrativo financiero como lo fue la creación de los hospitales de autogestión, aunque finalmente no avanzaron en desarrollar el modelo gerencialista que se pretendía. De todas maneras, las reformas sobre el sistema público de salud no fueron tan drásticas, como sí lo fue en el subsector de las obras sociales, en las que la introducción de gerencadoras para dotar de una mayor eficiencia al sistema impactaron sobre los honorarios de los profesionales que prestaban servicios en este ámbito.

Como contrapartida, los profesionales más especializados en la salud buscaron afianzar la seguridad del empleo público, el cual, si bien nunca había sido jerarquizado por éstos desde la remuneración, sí proveía un ámbito de estabilidad. El hospital público, que siempre había sido

defendido por los trabajadores por su rol en la prestación universal de servicios de salud y como espacio de formación, comenzó a ser revalorizado también desde la perspectiva laboral.

El fracaso de las recetas neoliberales lleva a repensar la responsabilidad del Estado en el sector salud respecto del desarrollo y regulación de sus recursos humanos en los nuevos escenarios políticos institucionales. En su calidad de prestador de servicios de salud, el Estado como empleador debiera encontrar regímenes estatutarios que permitan conjugar los derechos de los trabajadores con las políticas de salud en materia de prestación de servicios directos a los ciudadanos. Como garante del derecho a la salud de toda la población, el Estado es responsable de regular el ejercicio profesional en todos los sectores (público, privado y de la seguridad social).

4. LA CARRERA SANITARIA.

4.1 Relevancia de una regulación exclusiva para el sector salud

Una Carrera Sanitaria es un instrumento normativo que regula la relación de empleo entre el Estado y los trabajadores de salud. Se trata de un conjunto de normas y disposiciones que genera y formaliza compromisos de mediano y largo plazo entre ambos actores, hace explícitos los derechos de las instituciones y los de sus trabajadores (Organización Panamericana de la Salud, 2006). 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 de política sanitaria, destinado a establecer reglas de juego claras y horizontes despejados para las expectativas y las relaciones laborales. Por otra parte, la existencia y vigencia de una carrera plantea un compromiso con una política, al dotarla de las condiciones de institucionalidad para hacerla sustentable.

Los regímenes de carrera en el sector salud se definen habitualmente en relación con el modelo sistema de salud vigente en cada país. Aquellos países que cuentan con un seguro nacional de salud, en el que se integran el sector público, el de la seguridad social y el privado, proponen regímenes únicos o con condiciones básicas para todos los trabajadores sanitarios, dirigidos a reforzar institucionalmente su política de salud.

En Latinoamérica, fruto de la fragmentación existente entre los diversos subsectores de los sistemas de salud de los países, al hablar de carrera sanitaria se hace referencia exclusivamente a la que se desarrolla en el subsector sector público. Es así como para la Organización Panamericana de la Salud, la Carrera Sanitaria "...regula el empleo público en salud, define la relación laboral de

los trabajadores con las instituciones que conforman el componente público de los sistemas de servicios de salud y toma en consideración el indispensable reconocimiento de los derechos de la población en los procesos y actividades de atención de la salud” (Organización Panamericana de la Salud, OPS, 2006)

La necesidad de un estatuto sanitario diferenciado se sustenta en el reconocimiento de las características de singularidad y especificidad de los procesos de trabajo de las instituciones del sector salud, que ya han sido descritas al hablar del nivel de profesionalización y autonomía de los trabajadores de salud, y de las exigencias de educación continua y desarrollo de nuevas capacidades para afrontar escenarios complejos en lo social y tecnológico.

Pero también dentro de estas particularidades está el tiempo de formación que requiere un trabajador especializado de la salud, que en el caso de los especialistas médicos es de un mínimo de diez años y que debe tenerse en cuenta a la hora de plantear políticas que incentiven el desarrollo de determinados perfiles o generen estrategias de retención de profesionales.

Entonces, sería conveniente contar con estatutos lo suficientemente amplios para permitir que coincidan las metas de desarrollo profesional de las personas con los objetivos de la organización. No se puede restringir a procesos meramente administrativos, sino que requiere una clara visión de la función y alcances estratégicos que éstos tienen sobre el sistema de salud.

Por otra parte, en los momentos en que el Estado cede su rol de rectoría y más aún el de prestador de servicios, las normas dirigidas a fortalecer el desarrollo de sus recursos pierden jerarquía. Las regulaciones comienzan a perder vigencia, quedan desfasadas de los avances tecnológicos y de gestión, reproducen prácticas y cristalizan perfiles que fueron adecuados a otro momento de la historia y profundizan las brechas entre el Estado y la sociedad, al no acompañar los procesos sociales. En el caso de la salud, el grado de profesionalización del sistema de salud lo hace más sensible a las regulaciones de tipo corporativo disciplinar, las cuales tienden a prevalecer en caso de ausencia del Estado².

4.2. Contenidos de una carrera sanitaria

² Powell y Di Maggio (1999) identifican este tipo de regulaciones como isomorfismo formativo, entendido como “la lucha colectiva de los miembros de una ocupación por definir las condiciones y métodos de su trabajo y por establecer una base cognoscitiva y la legitimidad de su autonomía ocupacional.”

Los modelos de las carreras en cuanto a contenidos y a su ámbito de aplicación en el sector público han sido variables. En algunos casos, producto de una perspectiva exclusivamente instrumental, no han logrado superar la visión de una tradicional administración de personal, poniendo el énfasis en los componentes de ingreso al sistema, en las normas de presentismo y de puntualidad, en los componentes disciplinarios y los reconocimientos de antigüedad. En casos de más reciente data, ha sido contemplada desde el desarrollo de los trabajadores y tiene la posibilidad de incentivar determinadas políticas de salud.

Una carrera sanitaria en el sector público, desde el punto de vista de su estructura y contenidos, está constituida por el conjunto del estatuto y escalafón que regula la relación de empleo entre el Estado y los trabajadores del sector.

El estatuto sanitario es la norma básica que establece los derechos, deberes y beneficios de los trabajadores públicos en su relación con el Estado como empleador, desde el acceso al cargo hasta la finalización de la relación contractual. No debe olvidarse que la carrera es individual, es de cada trabajador.

Desde un punto de vista instrumental, todo estatuto es ordenado tradicionalmente en tres capítulos principales: los mecanismos de ingreso a la función pública, de permanencia en el empleo y de egreso de la función. Al hablar de permanencia se hace referencia al transcurrir de la carrera: es la parte que debería alcanzar el mayor desarrollo en función de los principios enunciados y los objetivos de la política, con contenidos tales como las posibilidades de movilidad o progreso dentro de la organización, la formación y capacitación, la recertificación de las competencias, la evaluación de desempeño y otras condiciones de trabajo dentro de la organización.

Por otra parte, el estatuto se complementa con el entramado de cargos, puestos y salarios correspondientes, que configuran el escalafón.

A continuación, se realiza una descripción de las categorías del estatuto y del escalafón

4.2.1 Estatuto

4.2.1.1. Objeto y Pautas deontológicas

Contiene una enunciación de los objetivos y el marco ético valorativo en el que se sustenta la carrera. Este último consiste en una serie de disposiciones básicas de ética y deontología, donde se explicitan los derechos de los trabajadores, los de la institución y los del paciente.

4.2.1.2 Ámbito de aplicación

El ámbito de aplicación establece en qué instituciones se aplica una carrera.

Lo habitual es que abarque a todos los efectores públicos prestadores de servicios de salud dependientes de la autoridad sanitaria jurisdiccional, cualquiera sea su nivel de complejidad.

4.2.1.3. Cobertura o Alcance

El término cobertura hace referencia al tipo de personal que se encuentra regulado por las disposiciones de la carrera sanitaria. Las carreras sanitarias más comprehensivas abarcan a todos los profesionales universitarios del equipo de salud, a los técnicos y auxiliares (enfermería, etc.), a los administrativos y al personal de servicios generales³. Las más restrictivas cubren sólo a los médicos o a todos los profesionales universitarios del equipo de salud, encontrándose, además, diferentes combinaciones. En general, el personal que revista en los establecimientos de salud pero ha sido excluido de la carrera sanitaria suele regirse por la carrera general de los empleados públicos de la jurisdicción. También el estatuto del servicio civil fija, supletoriamente, las reglamentaciones que no se contemplan en forma específica en el estatuto sectorial.

4.2.1.4. Ingreso a la carrera

Las convocatorias y los sistemas de concurso son la modalidad habitual de los sistemas de ingreso. Estos pueden ser abiertos, generales o cerrados, de acuerdo a si se permite la participación de toda persona que cumpla los requisitos o bien si la convocatoria se halla restringida al personal sanitario de la jurisdicción o, más restricto aún, cuando sólo pueden participar quienes se desempeñan en la institución donde está el cargo.

El proceso de selección se realiza en función del perfil requerido para el puesto, lo cual en el sector de la salud ha estado tradicionalmente ligado a la formación disciplinar, sin tener en cuenta las competencias diferenciadas para las distintas áreas de trabajo que se desarrollan dentro de un sistema de salud. Así, no será lo mismo en términos de capacidades ni de

³ Luego de la tercerización de los servicios generales (mantenimiento, vigilancia, alimentación) el número de trabajadores en estas funciones se ha reducido notablemente en algunas jurisdicciones.

expectativas el perfil de una enfermera o un profesional que se incorpora a un servicio de guardia que el del que lo hace a un centro de atención primaria de la salud. Dentro de las estructuras corporativas, son fácilmente aceptables las diferencias relativas con la especialidad: no se cuestiona que un profesional que se desempeña en un servicio de Clínica Médica o Pediatría requiera otra formación que la de dichas especialidades. Sin embargo, no se le asigna la debida importancia que adquiere en términos de desempeño una selección enfocada desde las distintas competencias que se necesitan en relación con las diferencias en la organización del trabajo.

4.2.1.5. Transcurso de la carrera

A partir de su incorporación y durante la permanencia de una persona en el sector público hasta su retiro, el trabajador es atravesado por una serie de exigencias y oportunidades que orientan su desarrollo en la organización y su participación en el logro de las metas fijadas en términos de políticas. En el subsector público de salud algunos de estos elementos revisten características específicas, lo que sustenta el postulado de que el sector debe tener un régimen diferenciado.

Pero también suelen existir capítulos de una carrera sanitaria que son compartidos en general con el resto del personal público, como las normas destinadas a establecer el Régimen de licencias, Régimen de asistencias y franquicias, Régimen de incompatibilidades, Regulación de los mecanismos de lucha de los trabajadores, Sistemas de adicionales salariales en base a la antigüedad, etc.

4.2.1.5.1. Promoción

Es lo que se reconoce como movilidad y contempla las posibilidades de progreso en la vida laboral del funcionario. .A partir de la cumplimentación de una serie de requisitos, los trabajadores tienen la posibilidad de acceder a categorías superiores, que involucran tanto mayor responsabilidad como mejoras en el nivel remunerativo o ambas. La movilidad se entiende como movilidad horizontal y vertical.

Movilidad vertical:

La movilidad vertical consiste en la posibilidad que tiene el trabajador de la salud de concursar puestos de mayor jerarquía y mayor responsabilidad que los que detenta. Está

condicionada por la estructura de cargos que defina el Estado para que una determinada unidad de organización lleve adelante los cometidos de la política, por lo cual se encuentra supeditado a las vacantes que se producen en puestos preexistentes o puede tratarse también de cargos nuevos para los cuales se ha previsto el financiamiento.

En el caso de los cargos de mayor jerarquía, a veces se estipula una periodicidad para la permanencia en los mismos.

Al igual que ocurre con el ingreso a la carrera, en general el acceso a los cargos de conducción se da mediante concursos, que pueden ser abiertos, generales o cerrados.

Movilidad horizontal:

La movilidad horizontal es la posibilidad del trabajador de mejorar su situación desarrollando la misma tarea que ya se encontraba ejecutando. Se trata de un derecho que debe ser contemplado presupuestariamente al momento de definir la grilla de puestos y el escalafón salarial.

Los mecanismos por los cuales puede realizarse el movimiento horizontal varía de país a país, inclusive el énfasis en cada factor puede modificarse en las distintas gestiones políticas y sindicales. En general, se propone una periodicidad fija establecida en el estatuto, y se deben cumplimentar requerimientos de permanencia en el cargo y/o capacitación y/o evaluación de desempeño.

Es habitual la discusión sobre el valor o el peso que debe tener la “antigüedad” en la promoción horizontal. Históricamente, era importante la permanencia de un funcionario en su puesto porque la reiteración de la tarea en épocas de baja complejidad constituía un recurso en la formación para el mejor desempeño. Actualmente, en un momento en que los cambios se suceden a ritmo vertiginoso, suele apreciarse la plasticidad del trabajador y la disposición a la educación permanente. En organizaciones y procesos de trabajo complejos como son los de salud es necesario dar una discusión profunda al respecto, ya que en un período próximo al ingreso la antigüedad en un puesto podría aportar valor y crecimiento, pero la sola acumulación de años no sería suficiente para una promoción del trabajador si ese transcurrir de tiempo no ha demostrado una buena labor⁴. De allí que intenten introducirse los sistemas de evaluación de desempeño y también los requisitos de capacitación.

4

Ello no obsta que se puedan reconocer adicionales por antigüedad en forma separada.

4.2.1.5.2. Evaluación de desempeño

La evaluación de desempeño es la consideración de la calidad de la tarea de un trabajador sanitario durante un período de tiempo, a fin de determinar en qué medida la misma colaboró al cumplimiento de las metas y los objetivos institucionales, del equipo y del propio trabajador, que deberán ser preestablecidos con anterioridad.

Muchos cuestionamientos existen no sólo sobre la eficacia de la evaluación de desempeño en el mejoramiento de las tareas sino también respecto de si el seguimiento debe ser individual o grupal, con qué instrumentos valorarlo y cómo alcanzar criterios de equidad en organizaciones en los que los evaluadores son múltiples.

Es sumamente lenta la aceptación de la evaluación como un componente más del trabajo, que permite identificar prácticas efectivas y brechas. Significa todo un cambio en la cultura organizacional quitarle la impronta punitiva tradicional. Por otra parte, al ser costosa su implementación y generar resquemor en los trabajadores, suele dejarse de lado o bien pasar a ser un evento meramente formal. Muchas veces es la falta de una planificación con la fijación de las correspondientes metas por parte de los responsables de diseñar la política institucional lo que dificulta esta evaluación.

El ejercicio de la planificación y el ejercicio del consenso en el establecimiento de las metas, la auto evaluación por un lado y una evaluación individual y grupal por parte del supervisor directo o un comité de notables por el otro, serían pilares para que esta herramienta cumpla un rol en la mejora de la calidad de las prestaciones, así como para poder transmitir los objetivos sanitarios a los trabajadores.

4.2.1.5.3. Formación y Capacitación

Una de las acciones más importantes en el desarrollo de la carrera sanitaria es la de la formación y capacitación continua del personal. Si bien existe una tradición de capacitación especialmente dentro de los profesionales del sistema de salud, la misma tiende a ser percibida como un bien individual y no se reconoce como un capital colectivo puesto al servicio de la organización.

La capacitación es una herramienta para alcanzar los objetivos institucionales en el marco del plan estratégico de cada organización y como tal abarca desde la educación formal, a efectos

de incrementar los niveles de profesionalización, hasta las actualizaciones que promuevan la recertificación de los profesionales

Otro de los puntos debe estar constituido por la actualización en las áreas específicas de desarrollo de tarea, de forma tal de incrementar la calidad a partir de la incorporación de nuevos conocimientos, tecnologías, estudios y/o materiales. Ello incluye también los procesos de educación permanente de los equipos en las instituciones, que permitirán revisar las propias prácticas en función de los destinatarios de la política, enfocando no sólo a los aspectos técnicos sino también a los institucionales.

4.2.1.5.4. Re-certificación profesional

La re-certificación técnico profesional se solicita como forma de garantizar la actualización permanente, fundamentalmente en aquellos que trabajan en atención directa. A pesar de que parecería una necesidad la de contar con técnicos y profesionales a los cuales el Estado les ratifica sus títulos, la re-certificación no siempre es obligatoria.

4.2.1.6. Salida de la carrera

El retiro puede darse por pasar a situación de jubilación, por renuncia, como medida disciplinaria o por reiteradas evaluaciones de desempeño insatisfactorias.

Al momento de la jubilación, deben tenerse particularmente en cuenta aquellos perfiles de difícil reemplazo. La complejidad de la formación de los trabajadores de salud hace que deba preverse la necesidad de una transferencia de conocimiento con la debida antelación o las condiciones de retención de aquellos técnicos y profesionales que desarrollan tareas complejas y exclusivas.

Por otra parte, en algunos casos se produce un retraso en la salida jubilatoria, producto de la importante reducción en los ingresos que ello configura, en aquellos casos en que los salarios tienen componentes no remunerativos importantes producto de la precarización laboral.

4.2.2. Escalafón

Si bien en su diseño, el escalafón o estructura de cargos, puestos y salarios responde a una concepción de política sanitaria e institucional, su funcionamiento se encuentra íntimamente relacionado con la estructura y la disponibilidad presupuestaria de la jurisdicción. Por otra parte, siendo el factor salarial uno de los puntos más jerarquizados por los trabajadores y sus

representantes, el escalafón, y particularmente su contenido en salarios, suele ser el disparador de la discusión de una carrera.

El escalafón es la grilla de puestos ordenados de acuerdo con las competencias, niveles de responsabilidad, requisitos para el puesto y experiencia o antigüedad. Conforman el mapa de progreso en la institución, de posibilidades de movilidad vertical y horizontal.

El diseño de la grilla de tareas y niveles de responsabilidad permite combinaciones variadas, ligadas al ámbito y alcance de la propia carrera, por lo que podrá comenzar por diferenciar al personal médico, profesional, técnico y de apoyo o bien tratarse sólo de una grilla para el personal médico. En muchos casos, si bien las administraciones cuentan con estatutos diferenciados, utilizan un mismo escalafón para todos sus trabajadores. No obstante, un mayor alcance de la carrera en términos de diversidad de trabajadores no necesariamente debe complejizar el escalafón ni pareciera recomendable una grilla de puestos, cargos y salarios sumamente intrincada.

4.2.3. Régimen de remuneraciones

4.2.3.1. Salarios

Con el escalafón se establecen los salarios, capítulo de gran discusión cuando los presupuestos son limitados y cuando dentro de la administración coexisten otros estatutos o convenios sectoriales entre los cuales deben mantenerse ciertas condiciones de equilibrio. Así como suele ser el punto de mayor fricción también es el que en definitiva, una vez acordado, permite ir introduciendo otros cambios en la carrera.

Es usual que en la grilla salarial se intente no sobrepasar, en lo que se refiere a las carreras que incluyen todos los puestos, unos 30 a 40 niveles salariales. Por otra parte las remuneraciones suelen expresarse en una unidad diferente a la de la moneda, de forma tal que las actualizaciones se concreten modificando dicha unidad y manteniendo la diferencia relativa entre las diversas categorías.

4.2.3.2. Incentivos y beneficios

Además de la remuneración mensual o quincenal de los trabajadores de salud, es posible encontrar una parte de salario no fija, vinculada en general con la política sanitaria de la jurisdicción. Se trata de los incentivos o beneficios que se otorgan por producción, cobertura de

determinados puestos relevantes para la política sanitaria o habitualmente rechazadas, traslado a lugares geográficos distantes de grandes centros urbanos o instituciones menos jerarquizadas.

En ocasiones los incentivos están vinculados a programas de formación, ya sea becas o financiamiento de estudios o post-gradados. También se consideran como incentivos algunos beneficios en las licencias y en el cómputo de antigüedad (doble valor durante los años trabajados en áreas críticas, por ejemplo). Otras veces los incentivos son solamente honoríficos pero tienen alto impacto.

A veces la aplicación de los incentivos es individual y otras grupal, teniendo en este caso gran impacto en el cumplimiento de metas institucionales, si bien son los más costosos.

4.2.4. Otros componentes

Otros componentes que pueden o no estar presentes en las carreras sanitarias son aquellos más antiguos y que suelen compartir su contenido con el del conjunto de los trabajadores del estado, como ser:

- Procedimientos disciplinarios
- Régimen de licencias
- Régimen de asistencias y franquicias
- Régimen de incompatibilidades
- Regulación de los mecanismos de lucha de los trabajadores

En algunos países se han comenzado a discutir nuevos componentes, surgidos del quehacer institucional o bien de lagunas legales y éticas que se dan en el ejercicio de la salud. Es prematuro aún evaluar la incidencia real de dichos parámetros en el quehacer sanitario. Dentro de estos nuevos rubros se encuentran, por ejemplo:

- Códigos o disposiciones de derechos recíprocos entre profesionales y usuarios.
- Disposiciones que rigen para la descentralización de la gestión o gestión autónoma
- Sistemas de delegación de autonomía en funcionarios intermedios

5. EL MARCO LEGAL PARA LA REGULACIÓN DE LAS CARRERAS SANITARIAS EN LA ARGENTINA

La regulación del empleo público en salud es potestad de las provincias y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, encontrándose a este nivel una diversidad que acompaña el desarrollo histórico del sistema de salud en un marco federal.

5.1. Marco legal constitucional

Se consideran aquí 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.

5.2. 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**⁵, 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 ausencia de coordinación permitió una gran heterogeneidad de conductas a nivel provincial y municipal. “Se

⁵ MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN, *Plan Federal de Salud*. Disponible en http://www.msal.gov.ar/hm/site/institucional_planfederal.asp <http://www.msal.gov.ar/hm/Site/pdf/ACTA%20COFESA.pdf>

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 algunos 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 revista.

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 prioritario 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), 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.

Si bien se realizaron avances en la política de recursos humanos, fundamentalmente en la regulación de las especialidades, la formación de residentes y en el fortalecimiento de los equipos de atención primaria de la salud, en términos de gestión del trabajo queda un trabajo pendiente en la definición de puestos y en la promoción de las carreras, desde una perspectiva federal.

Obviamente, corresponde reconocer la complejidad de los acuerdos locales que conlleva la implementación de un régimen diferenciado para los trabajadores de la salud.

Las diferencias que existen en materia salarial y de condiciones de trabajo entre las distintas provincias trae como consecuencia la migración de los trabajadores más calificados hacia las jurisdicciones con mejores posibilidades de atracción y retención de los mismos, reforzando las inequidades.

6. Objetivos

6.1. Objetivo general:

Contribuir al conocimiento de los regímenes de empleo formal vigentes entre los trabajadores del sector público del sistema de salud en la República Argentina.

6.2. Objetivos específicos

1) Realizar una actualización de los regímenes de empleo público en el sector salud en las distintas jurisdicciones de la Argentina.

2) Sistematizar las normas de carrera de acuerdo con las dimensiones habituales que la componen

6.3. METODOLOGÍA

Se trata de un estudio descriptivo y exploratorio, a partir del análisis de fuentes secundarias.

Se realizó un relevamiento de de las normas de mayor jerarquía que en cada una de las provincias argentinas, en la Ciudad de Buenos Aires y en el propio Ministerio de Salud de la Nación regulan el empleo de los trabajadores especializados de salud. No se analizaron las reglamentaciones de las mismas. Se consideraron los regímenes específicos para el sector y, en el caso de que no existieran, se analizaron los regímenes generales de la administración pública provincial. Dicho relevamiento se realizó desde el año 2007 al 2009, en el marco del Observatorio de Políticas Públicas del Cuerpo de Administradores Gubernamentales de Jefatura de Gabinete de Ministros de la Nación.

Debido a la disparidad en la formulación de los textos normativos, las fuentes se re ordenaron bajo una misma estructura, según los componentes que aparecen en forma habitual en los regímenes de empleo del servicio civil y los contemplados por la Organización Panamericana de la Salud. Esto permitió organizar dichos componentes de manera tal que pudieran ser leídos en forma secuencial, aportando los elementos para comprender las categorías subsiguientes. Al mismo tiempo, de esta forma se facilitaba la comparación entre los distintos regímenes. El esquema modelo se adjunta como Anexo I y en el Anexo II se incluyen las fichas de las normas de cada jurisdicción.

También se decidió indagar cómo se expresan en la Constitución de cada provincia los derechos al empleo y a la salud y la ley de servicio civil porque en general complementa a las carreras sub estudio.

Las variables que se consideraron para el relevamiento fueron las siguientes

Marco legal general

- Identificación del régimen de empleo público de la jurisdicción. Principios constitucionales y leyes vigentes. Existencia de convenio colectivo.
- Existencia de régimen de carrera sanitaria, ámbito de aplicación (funciones y disciplinas alcanzadas), antigüedad de la norma.
- Otras normas complementarias en materia de escalafón, etc., para los trabajadores del sistema público de salud

Componentes de la carrera sanitaria

Se procedió a identificar si contemplaba

- Declaración de principios. Finalidad del reglamento/ ley / decreto.
- Códigos o disposiciones de derechos recíprocos entre profesionales y usuarios.
- Derechos y deberes de los empleados del servicio público de salud,
- Disposiciones básicas de ética y deontología
- Procedimientos de selección para cargos de ejecución y conducción

- Procedimientos disciplinarios
- Procedimientos para la movilidad funcional y salarial (antigüedad, movilidad horizontal por algún sistema de méritos)
- Sistemas de evaluación del desempeño
- Sistemas de certificación periódica de la competencia profesional
- Sistemas de incentivos variables por rendimiento, individuales y colectivos.
- Sistemas de capacitación y educación permanente

7. ANÁLISIS DE LOS RÉGIMENES DE CARRERA SANITARIA EN LAS PROVINCIAS ARGENTINAS.

7.1 Categorización de los regímenes encontrados, según su alcance

Del relevamiento efectuado en todas las provincias de la República Argentina, respecto de los regímenes específicos para el sector salud, pueden verificarse tres situaciones diferentes:

1. Regímenes de carrera que involucran sólo a los profesionales de la salud con grado universitario: 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. Los casos con este tipo de regímenes son:

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

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)

Santa Cruz, CARRERA PROFESIONAL SANITARIA Ley 1795 (1986) modificada por Leyes 2.255 y 2.381

Nación: CARRERA DE PROFESIONALES UNIVERSITARIOS DE LA SALUD, Decreto PEN N° 1.133/2009 (Deroga Decreto PEN N° 277/ 1991⁶)

2. 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, con formación de nivel superior universitaria y no universitaria.

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

Entre Ríos, CARRERA DEL PROFESIONAL ASISTENCIAL SANITARIA. Ley 9.298 (2009) (Deroga Ley 9.190 de 1990⁷)

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

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

3. Regímenes de carrera que incorporan a todo el personal del Ministerio de Salud de la provincia, independientemente de su función, incluyendo al personal administrativo y de servicios y mantenimiento.

Catamarca, CARRERA DEL PERSONAL SANITARIO, Ley N° 5.161 (2005)

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

Formosa, CARRERA SANITARIA PROVINCIAL, Ley 787 (1989)

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)

⁶ En el análisis del OPP 2008 se contempló el análisis del Decreto PEN N° 277/1991

⁷ En el trabajo del OPP Políticas de Salud 2008 se analizó la Ley 9.190, que se incluía en la categoría de Carreras que involucran sólo al personal de salud con grado universitario

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 aprobado por la vía de la negociación colectiva con el gremio de los trabajadores sanitarios

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 2.017 (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) y LEY DE REMUNERACIONES Nº 2265 (1998). Por Ley 2562 (2007), se aprueba un escalafón sanitario y se remite a discusión de carrera sanitaria

Santa Fe, ESCALAFÓN DEL PERSONAL CIVIL DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA PROVINCIAL, Decreto nro. 2695/83 y modificatorios

Santiago del Estero ESTATUTO DEL PERSONAL CIVIL DE LA ADMINISTRACION PUBLICA PROVINCIAL Ley Provincial 5642 (1987)

Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur, ADMINISTRACION PUBLICA TERRITORIAL: APLICACION DE LA LEY NACIONAL Nº 22.140 Y DTO. 1.428/73 AL PERSONAL DE LA MISMA. Ley 331 (1988). Diversas normas reglamentarias de los años 2005 al 2008

En el caso de estos escalafones generales, la pesquisa de las características con que se incluyen las tareas de los trabajadores de salud, en particular los profesionales, ha resultado dificultosa. Varias provincias cuentan con una diversidad de normas diferentes para plasmar las especificidades del proceso de trabajo.

7.2. Resultados encontrados

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 relación al empleo público y, en relación a la salud, el reconocimiento de ésta como un bien social y derecho universal hasta la responsabilidad del estado provincial en la prestación de los servicios en la segunda. La Constitución de la provincia de Formosa menciona específicamente a los trabajadores de la salud: "...la actividad de los trabajadores de la salud será considerada como función social..."

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 nacional. En general, incluyen escalafones de personal permanente, con garantía de estabilidad en los cargos, a los que se accede por concurso; regímenes de contrataciones bajo relación de dependencia, 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. También existen regímenes básicos o escalafones generales que contemplan a la globalidad de los empleados de los poderes ejecutivos provinciales, pero que se combinan con otros regímenes sectoriales específicos, generalmente determinados por las características especiales que implican las respectivas prestaciones laborales como en el caso de salud, aún cuando en muchos casos es de aplicación supletoria el estatuto general⁸.

Entre las leyes de empleo público o Estatutos generales de la administración la situación más frecuente respecto de los trabajadores de salud es que se los excluya, haciendo mención a la necesidad de un régimen particular. En los casos en que rige el escalafón general para los trabajadores de salud, se verifica la existencia de normas complementarias o reglamentarias que incluyen particularidades como el régimen de guardia, la dedicación exclusiva, la prestación en zona desfavorable.

⁸ 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

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 y en Neuquén se ha acordado mediante negociación colectiva un nuevo escalafón. Durante el 2009, el régimen para los profesionales universitarios de la salud de las entidades descentralizadas del Ministerio de Salud de la Nación fue reemplazado por uno nuevo a través de un convenio colectivo⁹. Ésta parece ser la tendencia más reciente.

En un ordenamiento cronológico de las carreras sanitarias, 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 post 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- 1991	2004 en adelante
Profesionales universitarios de la salud	San Juan (1961)	Buenos Aires (1987) CABA (1986) Entre Ríos (1990) Derogada* Jujuy (1984) Nación (1991) Derogada* Santa Cruz (1986)	Mendoza (2007) Nación (2009)
Profesionales y técnicos "Personal de blanco"		Córdoba (1987) Río Negro (1984)	Entre Ríos (2009) San Luis (2004)
Todos los trabajadores de la		Chubut (1986) Formosa (1989)	Catamarca (2005)

⁹ Homologado por Decreto PEN N° 1133/09

jurisdicción salud		La Pampa (1990) Misiones (1989) Salta (1987)* Derogada Tucumán (1988)	Salta (2011)
Estatuto general del empleado público	Chaco (1976) Neuquén (1958) La Rioja (1979) Santa Fe (1983)	Corrientes (1986) Santiago del Estero (1987) Tierra del Fuego (1988)	Neuquén (2011) Ley de Remuneraciones Tierra del Fuego (2005-2008)Reglamentaciones

*Estas carreras han sido objeto de análisis durante el año 2008 y actualmente han sido reemplazadas. Las nuevas normas no se han incluido en el presente análisis.

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.

En el caso de los estatutos generales del servicio civil, también se contemplan especificidades. La provincia de Neuquén cuenta con una Ley de Remuneraciones, desde la cual se incorporan diversas modalidades de trabajo para el sector salud.

En Santiago del Estero sucede algo similar respecto de la Ley de Remuneraciones, aunque ya el Estatuto para el Personal Civil de la Administración Pública contemplaba un capítulo específico para los profesionales y técnicos de la salud, que nunca fue reglamentado.

La provincia del Chaco cuenta también con normativa complementaria. La provincia de Corrientes tiene un estatuto muy escueto, y no se encuentra reglamentación específica para los trabajadores del sector, más allá de un régimen para incorporar profesionales con dedicación exclusiva en los hospitales públicos.

En el caso de Tierra del Fuego, es numerosa la normativa complementaria. Esta provincia contaba con una Ley de Carrera Sanitaria del año 1990, cuando aún era Territorio Nacional, que fue derogada en el 2000. La Constitución provincial prevé el dictado de una ley de carrera sanitaria que aún no se ha realizado.

La provincia de Santa Fe contempla un Agrupamiento Hospitalario Asistencial específico, aunque en éste se incluyen los puestos dirigidos a los cuidados de las personal de nivel auxiliar y los cargos de supervisión de nivel técnico. Los técnicos de nivel superior y los profesionales están

reconocidos en otros agrupamientos con el conjunto de los trabajadores de su mismo nivel educativo formal.

Entre las normas relevadas, es escasa la enunciación de principios generales relacionados con el objetivo de mejorar la salud de la población como fin último de la misma (seis 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)
- La salud es un bien social de interés provincial. El trabajador de la salud es el efector natural de la política sanitaria. (Formosa)
- 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 (ocho), no hacen mención a objetivos o principios rectores. Los estatutos de los empleados públicos no hacen mención específica al tema de los principios rectores de salud.

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. Los estatutos de personal civil agrupan a los diferentes trabajadores bajo categorías globales, que en general están relacionadas con los niveles de educación alcanzados (profesionales, técnicos, auxiliares, entre otros).

Respecto de las situaciones de revista, las distintas carreras incorporan 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, producto del ingreso por concurso. En algunas carreras aparecen los residentes y concurrentes como categoría preescalafonaria (Buenos Aires, Chubut, Río Negro, San Luis, Santa Cruz y Tucumán). En el caso particular de Neuquén, aún

cuando no cuenta con una carrera sanitaria, los residentes están incluidos en la ley de remuneraciones. 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 intrincados, generalmente segmentados de acuerdo con la función y el nivel de educación formal alcanzado (profesionales, técnicos, auxiliares), aunque en algunos casos ello conlleva bastante nivel de complejidad. Las normas generales para el empleo público contemplan hasta 24 categorías diferentes, lo que evidencia la similitud con el antiguo régimen instaurado por el Decreto PEN N° 1428/73 que reguló desde 1973 hasta 1991 el escalafón del Personal Civil de la Administración Pública Nacional.

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 variantes, que en algunos casos dejan el concurso público y abierto exclusivamente para aquellas oportunidades en que las demás instancias de selección han quedado desiertas. El estatuto de la Provincia de Corrientes prevé que en condiciones excepcionales podrá obviarse el concurso y se procederá a la designación directa. Otros estatutos de alcance general, delegan en la reglamentación el tratamiento de estas cuestiones.

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 provincia de Santa Cruz, el residente ingresa a la carrera por un período equivalente a la duración de la residencia, habiendo suscripto un compromiso previo, que de no cumplirse implica la restitución del 50% de los haberes percibidos. En la Ciudad de Buenos Aires quienes tienen certificado de especialista, residencia o concurrencia acreditada ingresan por la segunda categoría.

En alguno de los regímenes que abarcan a todos los empleados públicos se contempla la posibilidad de ingreso por una categoría superior para el caso que deban cubrirse puestos superiores y que no existan candidatos que reúnan las condiciones requeridas una vez cumplidos los procesos de selección pertinente (Santiago del Estero).

Los requisitos para el ingreso son los de idoneidad para el cargo, conforme el agrupamiento, 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 en un cargo del 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, aún en los regímenes generales. Para el caso de los profesionales médicos, la única incompatibilidad es la horaria.

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. Aparecen en la provincia de Córdoba mencionados los derechos a elementos de protección, higiene y seguridad en el trabajo. La misma circunstancia se da en cuanto a los deberes.

En la carrera de enfermería y técnicos de la medicina de la provincia de Santiago del Estero, se consagra el derecho, a solicitud del agente, a que le sean asignadas nuevas tareas para facilitar un mejor desempeño y capacitación. En Santa Cruz, los agentes que se desempeñan en zonas definidas como áreas críticas tienen derecho a un periodo de hasta 30 días anuales de rotación o pasantía por hospitales de mayor complejidad.

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, está reservada a los trabajadores que ya están incorporados en el escalafón y se realiza por concurso. Se prevén requisitos de antigüedad mínima y en ciertas oportunidades alguno específico de formación (Cursos de administración). Algunas carreras plantean la periodicidad de los cargos de conducción.

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 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.

En el caso de la Provincia de Santa Cruz, para la calificación de los postulantes se considera el concepto ético-profesional, en función de los informes de la entidad profesional que rige la matrícula. Otra particularidad de la provincia es que el jurado realiza prueba de suficiencia sólo en caso que hubiera paridad entre los concursantes, con excepción de las especialidades quirúrgicas, en donde la prueba de suficiencia es excluyente.

En los casos donde rigen los regímenes jurídicos básicos, el capítulo de concursos está delegado a las reglamentaciones pertinentes, que devienen menos específicas en los requisitos para la postulación, desarrollo del concurso y evaluación.

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 nueve provincias.

- Se hace referencia a una “calificación” en siete 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 siete 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*. Neuquén contempla retroceso y salida de la carrera de no alcanzarse una calificación mínima

En la Provincia de La Rioja se diferencia la evaluación de desempeño según se trate de personal de ejecución o de personal jerárquico.

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. En general, aparece tanto como un derecho como deber, con diversas variables:

- Licencia por capacitación (franquicias horarias, becas, traslados)
- Obligación personal
- Igualdad de oportunidades
- Capacitación en servicio
- El Estado asegura la capacitación

Respecto de la salida de los trabajadores del sistema, no difiere de la del resto de los trabajadores públicos, excepto el caso de la Provincia de Chubut, ya mencionado.

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, y se autoriza tanto a residentes como 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 idéntico sentido acontece en los regímenes jurídicos básicos, en los cuales ya sea dentro del estatuto o por la vía reglamentaria se establecen cargas horarias especiales para algunos grupos de trabajadores de salud, como profesionales o enfermeras, implicando desde reducciones de la jornada habitual, a regímenes con dedicación exclusiva y al reconocimiento de francos compensatorios en el caso de jornadas extendidas.

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 8 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/o antigüedad, por título o agrupamiento y en relación con la dedicación horaria. A ello se le suma adicionales y suplementos por Guardia (en sus diversas variantes), Función jerárquica, Bloqueo de título, Dedicación exclusiva / Disponibilidad permanente, RRHH crítico, Riesgo (radiología/infectología), etc.

Podría considerarse que algunas funciones aparecen incentivadas, tales los casos de las prestaciones en determinados puestos poco elegidos por los trabajadores por su ubicación geográfica que contemplan suplemento por zona, en algunos casos vivienda, rotaciones especiales e incluso un tiempo máximo de permanencia en dichas zonas. También se incentiva salarialmente algunos horarios (consultorio vespertino en Catamarca) o especialidades, (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. En idéntico sentido aparece en el régimen jurídico básico de la provincia de La Rioja.

En casi todas las provincias en donde rigen los estatutos del servicio civil se reconoce una remuneración especial para los técnicos y profesionales de los servicios de salud, en general por

vía de la reglamentación salarial. En el caso de La Rioja esta diferenciación se limita al personal jerárquico. En la Provincia de Santiago del Estero se hace mención expresa, en su ley salarial, a la constitución del fondo estímulo para los agentes que presten servicio efectivo en el Sistema de Autogestión Hospitalaria.

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 agentes. Excepto por las licencias de los trabajadores de áreas de radiodiagnóstico y algunos casos aislados como en La Pampa, Santa Cruz o en la carrera de los institutos nacionales que contemplan licencias especiales para área crítica o Salud Mental, esta es un capítulo poco desarrollado. Tampoco están muy extendidos los beneficios adicionales no salariales contemplados en las carreras, como podrían ser los relacionados con la vivienda en el caso de desarraigo, antigüedades calificadas y las rotaciones preventivas.

Sin embargo, las licencias universalizadas son las de capacitación especial, incluyendo en la Ciudad de Buenos Aires seis horas semanales dedicadas a dicha actividad.

Una particularidad es que los distintos regímenes específicos 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).

8. REFLEXIONES FINALES

La tarea realizada por el Equipo OPP Salud, que culminó durante el período 2009, ha permitido completar el relevamiento de los regímenes vigentes, si bien en un ámbito de relaciones sociales dinámico ya se ha producido el reemplazo de tres carreras. Ello a su vez está dando cuenta de la vigencia de la temática abordada.

Ya se ha hecho mención al rol relevante de los trabajadores en los sistemas de salud, no sólo por su incidencia presupuestaria, sino por su relación directa con los resultados y las particularidades de un 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 4 y 12 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.

Un primer punto que surge es la necesidad de un estatuto diferenciado dentro del régimen previsto para el común de los trabajadores de la administración pública, lo que implica el reconocimiento de especificidades propias del proceso de trabajo que no pueden ser contenidas en un régimen general. Esto se refuerza toda vez que varios de los regímenes jurídicos básicos contemplan diversas regulaciones para los trabajadores de salud, en la línea de reconocer la variedad de horarios y la jerarquización de la función. En el caso de Tierra del Fuego, por ejemplo, su régimen de carrera sanitaria fue derogado (año 2000) y se rige por el estatuto de los trabajadores de la administración pública, pero cuenta con una multiplicidad de normas que se establecieron a partir de 2005 que de hecho configuran una regulación específica.

Por otra parte, una característica común a todos los regímenes de carrera sanitaria es que el ingreso se produce a través de concurso. En algunos de los regímenes generales analizados se contempla que, excepcionalmente, el ingreso puede ser en forma directa. La jerarquización del concurso en los regímenes de carrera es un rasgo de la profesionalización de los trabajadores. De todas maneras, hay que destacar que en los procedimientos de los concursos predomina la evaluación de antecedentes por encima de las pruebas de oposición u otras metodologías más modernas, se privilegian las titulaciones, por lo cual no es sencillo evaluar perfiles y competencias para el puesto. En el caso de los candidatos a cargos jerárquicos, la antigüedad continúa teniendo un peso relativo importante en la evaluación. Sería necesario discutir hasta qué punto la antigüedad agrega valor per se y no a través de un proceso de adquisición de competencias.

La normativa analizada contiene pocas herramientas que la constituyan en instrumento de políticas de salud toda vez que no permiten orientar su desarrollo hacia en el marco de la estrategia de Atención Primaria de la Salud.

Por otra parte, un proceso de trabajo sobre el que abundan las regulaciones es el de la guardia. Este proceso está socialmente identificado como una de las prácticas que caracterizan la

prestación de la salud, pero cabe mencionar que el énfasis puesto en el mismo no sólo da cuenta de una modalidad de trabajo particular sino de la concepción dominante del proceso de salud enfermedad atención al momento de la redacción de las carreras, que prioriza el abordaje de las situaciones críticas por encima de la prácticas preventivas.

La Organización Panamericana de la Salud (2006) ha definido que la carrera sanitaria constituye un medio para ordenar el accionar, la labor o el trabajo del personal de salud y como tal debería expresar los intereses de los diferentes actores en la Región. Su tratamiento incorporaría tres perspectivas complementarias:

- Los derechos del trabajador
- Las necesidades del usuario de los servicios de salud
- Los requerimientos institucionales

Del relevamiento realizado surgiría que lo que lo que ha alcanzado mayor desarrollo es la primera de las perspectivas, aunque con algunas contradicciones.

En las carreras aprobadas entre 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 avanzaron sobre las condiciones de trabajo que ponen en riesgo la salud de los trabajadores, aún cuando el examen psicofísico sea reconocido como un derecho y un deber. En general, cuando aparece el riesgo lo hace desde la remuneración (suplementos) lo que da lugar al planteo de en qué casos el riesgo es compensable económicamente.

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 varias en las 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 han sido variable de ajuste. Por otra parte, desde la óptica de las instituciones, podría pensarse en que tal flexibilidad apunta a encontrar alternativas de atracción y retención de algunos trabajadores cuya oferta es escasa. La dedicación exclusiva y el bloqueo de título operan de manera positiva en las localidades de baja cantidad de habitantes, en donde el sector público es el prestador casi exclusivo, y permiten incrementar mediante ese mecanismo la remuneración del profesional.

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

Pero, de la misma manera ello podría haberse considerarse innecesario en la formulación de la carrera, considerando que dichas objeciones podrían serlo en relación a la presencia de políticas o marcos normativos que determinaran prácticas por encima de las decisiones personales. 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. En el presente período, el tema del aborto legal en el marco del Código Civil ha puesto al descubierto esta problemática, dejando en evidencia las resistencias de los profesionales a dicha práctica, aún mediando orden judicial.

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 o en el caso de los regímenes generales, que en el caso de las estrictamente profesionales. Sí se observa siempre 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 éste 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. Así se refuerzan 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 Neuquén, Río Negro y Santa Cruz, 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 a efectores que son poco elegidos por los trabajadores (área desfavorable, salud mental, etc.). Los regímenes generales también incorporan suplementos por zona alejada o desfavorable, con diferentes categorizaciones (Neuquén, Santa Fe, Santiago del Estero). 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.

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 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 facilitar el desarrollo individual que en relación con el bien colectivo de la organización y sus beneficiarios.

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. La importancia otorgada a los niveles jerárquicos podría estar dando cuenta de una organización que sigue privilegiando la estructura piramidal ligada a las burocracias tradicionales de los orígenes del hospital moderno, en detrimento de la horizontalidad y el trabajo en equipos interdisciplinarios.

En ese sentido, ya se ha mencionado que las normas de carrera sanitaria 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.

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 no existe régimen de carrera sanitaria.

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

Pero tampoco lo hay en varias de las provincias del sur. En el caso de Neuquén, la provincia es reconocida en el ámbito sanitario por la política de salud llevada adelante en la década de los setenta, que fue modelo en el país aún sin contar con un estatuto específico. 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, ya que pocas veces se refleja una voluntad de tipo político sanitaria en estos encuadres normativos.

Consideramos, por lo tanto y como ya se ha mencionado, que el presente es un estudio preliminar que deberá ser completado desde un abordaje cualitativo. 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.

9. BIBLIOGRAFÍA

CHERCHIGLIA, MARIANGELA LEAL, *La gestión de trabajo en América Latina y Caribe. Tensiones y Conciliación entre la “La Vieja y la Nueva Agenda”*, Serie 36, Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 2004

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>

OCDE. Desenvolvimentos recentes na gestão dos recursos humanos nos países-membros da OCDE. Revista do Serviço Público. 52:2, 49-67, 2001

Organización Panamericana de la Salud “El proceso de construcción de las carreras sanitarias en la región de las Américas” ,Washington DC, OPS, 2006

OSZLAK OSCAR “El mito del estado mínimo. Una década de reforma estatal en la Argentina”, presentación en el 1er. Congreso Argentina de Administración Pública, Rosario, 2001. Disponible en <http://www.ag.org.ar/ponencias/Oszlak.htm>

POWELL W.W. Y DI MAGGIO P.J. “Retorno a la Jaula de Hierro: el Isomorfismo institucional y la racionalidad colectiva en los campos organizacionales” En “El nuevo institucionalismo en el análisis organizacional”, Powell W.W. y Di Maggio P.J. compiladores, México, FCE, 1999

RÓVERE MARIO, “Planificación Estratégica de Recursos Humanos de Salud”, Serie Desarrollo de Recursos Humanos en Salud; 96; Washington, DC.: OPS, 1993,

Foucault, Michel; *La vida de los hombres infames*, Colección Caronte Ensayos, Ed. Altamira, Argentina, 1996

FICHA PARA EL RELEVAMIENTO

PROVINCIA DE

CONSTITUCIÓN PROVINCIAL

Respecto al empleo público

Derecho a la salud

LEY DE EMPLEO PÚBLICO PROVINCIAL

Nombre

Nº

Fecha

LEY DE CARRERA SANITARIA

Nombre

Nº

Fecha

Comentario general

1.- Objeto y Principios Rectores

2.- Ámbito de aplicación

Autoridad de aplicación

3.- Cobertura o Alcance

4.- Situaciones de revista contempladas

Profesionales titulares o interinos

Reemplazantes, contratado

Residentes como preescalafonarios

5.- Escalafón

6.- Ingreso a la carrera

Por dónde se ingresa, si hay concursos

Requisitos, impedimentos

7.- Derechos, deberes y obligaciones

Incompatibilidades

8.- Transcurso de la carrera

Promoción

Horizontal

Vertical

Concursos

Evaluación de desempeño

Formación y capacitación

Recertificación

9.- Salida

10.- Condiciones de Trabajo

Jornada laboral

Guardia, si es por horario

11.- Régimen de remuneraciones

Salarios

Salario Básico

Adicionales

Incentivos

Productividad

Zona

Área programática

12.- Otros componentes

Régimen disciplinario

Licencias

13.- Cuerpos Colegiados Especiales

14. Avances de la carrera en la organización sanitaria