

Caballos de Troya en las políticas sanitarias o métodos sutiles de introducción de la CUS

A propósito del Convenio Colectivo de Trabajo de Salud en Neuquén, Argentina

- Autor: **Daniel Esteban Manoukian**
- Médico generalista, Hospital Chos Malal, Neuquén, Argentina (MDS).

Resumen

Los procesos de reforma de los sistemas públicos de salud promovidos por los organismos multilaterales de crédito desde el Informe "Invertir en Salud" del Banco Mundial de 1993, tienen en común el retroceso en el ejercicio pleno del derecho al acceso a la salud de los pueblos.

Esa restricción se esconde detrás del uso de términos engañosos como "*cobertura universal de salud*" (CUS) que solo garantizan lo que se ha dado en llamar "*canastas mínimas*" que en definitiva cristalizan las brechas ya existentes entre ricos y pobres. La historia común de países que han avanzado en este estilo de reformas es la de etapas previas a la reforma, caracterizadas por distintas formas de debilitamiento del sector público.

La experiencia que se propone compartir justamente, es la de un intento sutil de debilitar el sector público de salud para generar el escenario propicio para la implementación de la CUS.

En particular se expone, como detrás de la aprobación de un Convenio Colectivo de Trabajo para el sector de la Salud Pública en la Provincia del Neuquén, Argentina, que por sí mismo debe considerarse un avance para el conjunto de trabajadores públicos, se incluyeron artículos que abren la puerta a escenarios de potencial debilitamiento de un sistema sanitario otrora ejemplar.

La intención de exponerlo persigue tres objetivos:

- Advertir sobre formas sutiles de introducir reformas que atentan contra el derecho a la salud.
- Plantear posibles tácticas para neutralizar esos intentos.
- Abrir un espacio de intercambio para vertebrar maneras de fortalecer los sistemas públicos de salud en contextos hostiles.

Palabras claves: sistemas públicos de salud; cobertura universal de salud; canastas mínimas; convenio colectivo de trabajo.

Introducción

A partir de abril de 2018 tiene vigencia en la Provincia del Neuquén, Argentina, un **Convenio Colectivo de Trabajo** (CCT) para el personal dependiente del Sistema Público Provincial de Salud.

Para analizar el tema en cuestión partimos de un afirmación contundente: debe considerarse un hecho positivo que un sistema público de salud (trabajadores y conductores del mismo), cuente con un instrumento que fije las reglas que establecen

las relaciones laborales en forma específica, dadas las peculiaridades propias del ámbito sanitario. Sin dudas, un CCT es un instrumento necesario, seguramente perfectible y obviamente insuficiente a los efectos de garantizar el Derecho a la Salud, pero relevante a la hora de pensar las políticas sanitarias, y en particular su implementación concreta.

Pero el CCT no es un punto de llegada, antes bien debe asumirse como la apertura hacia un ámbito de discusión permanente y sostenido, que asuma el conflicto como insumo necesario para el crecimiento y el cambio, y la participación activa de trabajadores y conductores del sistema público como ingrediente imprescindible de esa construcción.

Algo de la historia de Neuquén y como llegamos hasta aquí

La Provincia de Neuquén es una de las 24 jurisdicciones argentinas, que forma parte del norte patagónico. Según el último censo nacional (2010) en sus poco más de 94mil km² residían 550.344 habitantes, una baja densidad poblacional pero una fuerte velocidad de crecimiento: se estima que la población actual ronda las **650.000 personas**, y tanto la tasa de natalidad como la migratoria se mantienen desde hace varios años por encima de la media nacional. También se caracteriza por una fuerte concentración en la capital provincial y ciudades vecinas (más del 50%).

Hasta 1958 Neuquén fue un *territorio nacional** sin capacidad de elección de autoridades locales, las que se designaban desde la capital del país¹. El descubrimiento de petróleo en 1918 en Plaza Huincul (a 100 km de la capital provincial) abrió un horizonte promisorio para este territorio, y de hecho hasta el día de hoy constituye la base económica provincial, pero el desarrollo integral fue francamente deficitario hasta bien entrada la segunda mitad del siglo XX², especialmente en las localidades cuanto más alejadas de la capital.

Sobre finales de los '50, los principales indicadores sanitarios mostraban situaciones sanitarias muy dispares en el interior del país: a partir de la gestión del **Dr. Ramón Carrillo** (1º Ministro de Salud de la Nación, 1946-1954)³ se había logrado mejorar mucho en algunas provincias, pero otras continuaban muy atrasadas. Para 1960 morían en Neuquén 12 de cada cien recién nacidos (tasa de mortalidad infantil 117.9 por mil, que prácticamente duplicaba el promedio nacional), y los departamentos del norte provincial (Minas y Chos Malal) ocupaban los primeros lugares de ese triste ranking⁴.

Con un criterio planificador centralista y de acciones focalizadas, desde el gobierno nacional se crearon centros de atención materno-infantil en distintos puntos del país. Para Neuquén los primeros se localizaron en Zapala, San Martín de los Andes, Cutral Có y Chos Malal⁵. Sin embargo, esos arrestos no modificaron sustancialmente la situación sanitaria provincial.

* El 15 de junio de 1955 el Congreso Nacional sancionó la **ley N° 14.408** que provincializó los territorios de **Neuquén** y Río Negro y Formosa, en base a los Territorios Nacionales existentes. Dicha ley fue promulgada por el entonces presidente Juan Domingo Perón pero debido al golpe de estado de septiembre de 1955, se pudo poner en vigencia recién dos años después. Fue así como el 28 de agosto de 1957 se realizó la primera reunión de la Convención Constituyente de la provincia de Neuquén, que sancionó la Constitución Provincial en noviembre de ese año. La provincia tuvo que esperar la restitución de la democracia en el año 1958, para elegir a sus primeras autoridades democráticas.

La conformación del Estado provincial y su materialización efectiva se desarrolló en un contexto de recurrente inestabilidad política a nivel nacional signada por la proscripción del peronismo. Sin embargo, la "cuestión peronista" se diluye con el claro triunfo de una fuerza política provincial (**Movimiento Popular Neuquino –MPN-**) que incorpora a gran parte de su electorado, y a través de una figura carismática (**Felipe Sapag**) neutraliza en gran medida la influencia del líder exiliado.

La emergencia de ese nuevo actor en la vida política provincial resultó determinante. Constituido el MPN como partido provincial⁶, a partir de 1961 fue la fuerza controladora de la estructura de poder, aún en períodos extra-constitucionales, porque aún desplazado del gobierno por los golpes de Estado militares, nunca se desarticuló como partido político y sus figuras más destacadas siempre se mantuvieron cercanas a los interventores. Así Felipe Sapag, elegido gobernador en 1963 y derrocado en 1966 por la denominada *Revolución Argentina* que encabezó el General Onganía, fue designado interventor provincial en los dos años finales de ese gobierno de facto, y fue reelegido gobernador en 1973.⁷

A fines de la década del '60 y entrados los 70' es posible advertir la consolidación de un tipo de Estado que expande y articula una sociedad en permanente cambio y acelerada transformación; adquiere un perfil caracterizado por el desarrollo de la obra pública y la política social, acentuando la tendencia discursiva hacia lo local y regional (federalismo).

En lo que refiere a la Salud, es interesante destacar que las decisiones que caracterizaron al MPN de los primeros años se pueden identificar en lo ideológico con los postulados de la doctrina justicialista desplegada por Perón (1945-1955), pero al mismo tiempo incorporaron conceptos planificadores propios de la etapa desarrollista. Ese marco conceptual y operativo para definir políticas públicas respondía al contexto de gran parte de la América Latina, influenciado por la asistencia financiera de la *Alianza para el progreso* y los modelos de planificación sugeridos⁸. En 1964 en Neuquén se crea el COPADE (Consejo de Planificación y Acción para el Desarrollo)⁹. Se propiciaba un modelo de planificación centralizado, determinístico, de base económica, normativo, que en países socialistas era imperativo e indicativo en países capitalistas.

La entonces importante influencia que ejercía la Organización Panamericana de la Salud (OPS) propiciaba para la planificación sanitaria el método CENDES. Con esa orientación en 1967 comenzaron a dictarse en Buenos Aires los Cursos Nacionales de Planificación de la Salud, de los que participaron profesionales neuquinos.

Y hacia fines de los '60 el gobierno provincial, consciente de las severas falencias en materia sanitaria, convocó a los doctores **Elsa Moreno** y **Néstor Perrone** para organizar el sector público de salud, dando inicio a lo que se llamó el "**Plan de Salud**".

[†] **PLAN de SALUD.** Aún hoy no hay acuerdo unánime sobre si la etapa que se inició en la década del 70' y que efectivamente provocó un importante impacto en los indicadores tradicionales de salud, se trató de un verdadero Plan de Salud o si en realidad consistió sólo en un conjunto de acciones orientadas a dar una respuesta de forma medianamente organizada, a los problemas de salud detectados como prioritarios. Si por Plan se entiende el resultado de una política, y ésta es considerada como producto de definir prioridades y establecer metas, pues entonces el término Plan de Salud no resulta tan distanciado de la realidad histórica de Neuquén.

En esa época la situación se caracterizaba principalmente por¹⁰:

- **Alta natalidad (1969): 38,7** nacidos vivos cada 1000 habitantes con más de 25% de partos domiciliarios.
- **Alta mortalidad general (1969): 12,1** muertes cada 1000 habitantes (35% lo representaban las muertes de menores de un año). Las primeras causas de muerte eran los estados morbosos mal definidos
- **Alta mortalidad infantil (1970): 108,7** muertes en menores de una año cada 1000 nacidos vivos.
- **Alta mortalidad materna: 1,9** muertes cada 1000 nacidos vivos.
- **Elevada incidencia de enfermedades inmuno-prevenibles** respiratorias y diarreicas. La tasa de mortalidad por TBC era el doble que el promedio del país. Casi el 50% de las muertes carecían de atención médica.
- **Elevado número de muertes sin atención médica** o mal definidas,
- **Escasa infraestructura de servicios: 30** establecimientos de salud entre hospitales, centros de salud urbanos y puestos sanitarios rurales,
- **Escasos recursos humanos y con bajo nivel de formación:** en 1970 la provincia contaba con un total de 212 enfermeras de las cuales el 67,5% eran empíricas (formadas en servicio sin capacitación formal).
- **Falta de pautas o normas de atención médica.**
- Importante porcentaje de población vulnerable se encontraba sin acceso a la asistencia médica
- **Existencias de endemias con elevadas incidencias y prevalencias** (Hidatidosis, tuberculosis),
- **Atención únicamente de la demanda espontánea**, con acciones de recuperación, y casi sin actividades de promoción y protección. Sin visitas médicas periódicas a poblaciones nucleadas y escuelas y sin visitas domiciliarias por parte de agentes sanitarios,
- **Muy escasa participación del sector salud en el saneamiento básico** del medio ambiente, a pesar de los serios problemas existentes en tal sentido.

La decisión política de revertir ese diagnóstico se volcó rápidamente en acciones:

Se elevó el rango de la entonces Dirección de Salud Pública transformándola en Subsecretaría asistida por una Dirección General encargada de coordinar al Nivel Central con las Zonas Sanitarias. Se produjo un reordenamiento del Nivel Central y Zonas Sanitarias *"incorporando profesionales con formación en administración médica y otras disciplinas, que formaron el equipo multidisciplinario que requiere el actual concepto de Salud Pública"* (Elsa Moreno, 1971).

Se integraron todos los efectores oficiales por complejidad creciente, asumiendo la estrategia de **Atención Primaria de la Salud** como eje vertebral (bastante antes de la Declaración de Alma-Ata de 1978).

Se dio especial relevancia al desarrollo de recursos humanos, asumiendo el **régimen de dedicación exclusiva** como modo de contratación preferencial para las profesiones de grado y se priorizó su formación¹¹.

Se promovió el desarrollo de normas de atención para las prestaciones priorizadas, buscando que llegaran de manera efectiva e igualitaria a la población de todo el territorio.

Entre los principios más destacados que orientaron las acciones vale mencionar:

- **Regionalización y zonificación** con asignación de ámbito geográfico bajo responsabilidad directa de cada hospital (área programa).
- **Organización de la red pública** siguiendo el criterio de articulación y ordenamiento de los establecimientos por complejidad creciente.
- **Centralización normativa y descentralización operativa.**
- **Énfasis en la APS** entendida como estrategia que importa a todo el sistema.
- **Énfasis en el primer nivel de atención** desde la actuación del agente sanitario como primer eslabón del sistema de salud.
- **Capacitación del recurso humano:** reconversión de enfermeras empíricas (formación de auxiliares de enfermería) y luego la profesionalización en enfermería, residencias médicas (empezando con la de Medicina General), formación de agentes sanitarios, capacitación en administración y estadísticas sanitarias.
- Régimen de contratación de profesionales bajo la modalidad de **Dedicación exclusiva.**
- **Poca injerencia del poder político partidario en las conducciones hospitalarias.**

Este perfil de gestión sanitaria, centrada en el desarrollo del sector público, permitió dar un giro importante a la situación de salud en la provincia, sentando las bases de un modelo que sería ejemplo para otras provincias argentinas, no por ser el primero, pero sí por perdurar pese a los cambios políticos que se registraron a lo largo de los últimos cincuenta años.

No es objeto de este artículo realizar un detalle minucioso del devenir del Sistema Público de Salud en Neuquén. Pero entendemos que para estimar el impacto que ha tenido cabe destacar el contraste de aquellos indicadores de los '70 con los actuales. Las publicaciones oficiales más recientes¹² destacan:

- **29** hospitales públicos (1.114 camas), **89** centros de salud, **111** puestos sanitarios. (229 establecimientos de salud),
- **8500 trabajadores de salud pública** (Cada 10.000 habitantes: 20 médicos, 38 enfermeras, 3 odontólogos, 2,3 psicólogos),
- **1,5 millones de consultas médicas ambulatorias y 43.000 egresos hospitalarios por año,**
- **Cobertura de vacunas:** Hepatitis B y BCG: 98% - 3° Sabin y pentavalente: 91% - 2° Triple viral: 92%
- **Cobertura de salud:** 65% obras sociales y seguros privados – 35% exclusivo salud pública. **Acceso al derecho a la salud: 100%.**
- **Tasa de Natalidad:** 17,5 cada 1.000 habitantes
- **Tasa de Mortalidad Infantil: 7,8 por mil nacidos vivos,**
- **Tasa de Mortalidad general** (ajustada por edad): 703 cada 100.000 habitantes,
- **Esperanza de vida al nacer:** mujeres: 82 años – hombres: 75,4

Estos resultados fueron posibles desde nuestro punto de vista, con escasa o nula participación comunitaria y rasgos paternalistas, pero con la decisión política de propiciar un Estado presente. Eso llevó a que al mismo tiempo que se implementaron acciones en el ámbito de lo sanitario se intervino en otras dimensiones que hacen a la **determinación social de la salud**, fundamentalmente aquellas relacionadas con el nivel de empleo y los ingresos familiares, el acceso a la educación, la vivienda, tanto en el ámbito urbano como rural y otros servicios esenciales.

Cobertura Universal de Salud

Tampoco es objeto de este texto analizar la evolución de la APS desde Alma-Ata a nuestros días y su correlación con la evolución del Sistema de Salud neuquino, pero entendemos pertinente apuntar algunas observaciones respecto de la **Cobertura Universal de Salud** (CUS), una iniciativa que pretende ser entronizada como la expresión actual de aquella estrategia acordada internacionalmente en 1978, quizás en el último foro referido a salud donde la voz de los países en desarrollo fue tomada en serio¹³.

La actual agenda de la OMS, *Universal Health Coverage*, quedó materializada en la 58ª Asamblea Mundial de la Salud de 2005¹⁴, y fue apoyada de manera decisiva por una resolución de la 67ª Asamblea de las Naciones Unidas en una sesión titulada *Global health and foreign policy*. Para la directora de la OMS que la promovió "*La cobertura universal de salud es el concepto más poderoso que puede ofrecer la salud pública*"¹⁵.

Pero, ¿qué es la CUS realmente? Es un **seguro de alcance limitado** prescripto por el Banco Mundial y difundido por OMS/OPS, que insiste con la necesidad de mancomunar fondos para garantizar una "**canasta básica**" de prestaciones para los sectores pobres y excluidos. Una propuesta sanitaria que, en el mejor de los casos, podría ser útil para regiones del mundo casi sin acceso a sistemas formales de salud, pero absolutamente restrictiva para países cuyas cartas magnas prometen el acceso al máximo nivel posible de atención con los conocimientos científicos actuales.

La CUS es un claro ejemplo de solidaridad inversa: los más vulnerables, aquellos que por su lugar en la cadena productiva tienen más riesgo de enfermar y morir tempranamente, contarán solamente con esa canasta básica, quedando librados a su suerte si su situación requiriese servicios más complejos¹⁶.

Aunque sea utilizado de modo genérico para referenciar diversos tópicos y abordajes en salud pública, la *Cobertura Universal* (CUS) es un concepto producido en contingencias específicas que reflejan intereses y objetivos muchas veces opuestos a lo que se pretende cuando se emplea de modo inadvertido¹⁷. Es decir, se emplean términos que buscan dar la impresión de que se trata de un avance favorable a la salud de los pueblos, cuando en los hechos se trata de una propuesta que cristaliza inequidades. Así, en 2014 la OPS dice en una de sus resoluciones: "*... la cobertura universal de salud implica que todas las personas tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud determinados a nivel nacional (promoción, prevención, tratamiento, paliación y rehabilitación) de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular los sectores pobres, vulnerables y marginados de la población*"¹⁸.

Pero varias advertencias sobre la CUS se han hecho escuchar: Stuckler et al. plantean que el término *Universal Health Care* es generalmente utilizado para describir las políticas de salud en países de renta alta, mientras *Universal Health Coverage* es comúnmente aplicada en países de renta baja y media. Esta distinción se derivaría de aceptar que en países con mayor restricción financiera no es posible aspirar a un amplio acceso a los servicios de cuidado en salud (*Universal Health Care*), sino como mucho, a la "cobertura" de paquetes y servicios básicos para toda la población (*Universal Health Coverage*)¹⁹.

José Carvalho de Noronha apunta que el abandono de la salud como derecho fundamental en favor de comprender a la salud como servicio básico se caracteriza por una priorización invertida en la definición de políticas de salud: el financiamiento de esas políticas deja de estar determinado por el derecho a la salud pasando a adecuar esas políticas a las limitaciones impuestas por los sistemas de financiamiento. Dicho de otro modo: la CUS buscar garantizar la "salud" de los sistemas económicos y financieros en detrimento de la "salud" de los seres humanos.

La CUS no es más que un programa para des-responsabilizar a los Estados y tercerizar los sistemas de salud: en la CUS la salud ya no es comprendida como un derecho humano universal, sino como un paquete limitado de servicios disponible para las personas y grupos "cubiertos" por pólizas, preferencialmente los más pobres o en situación de "riesgo financiero". Así, el mantra de la Cobertura Universal de la Salud esconde exactamente lo contrario a su real significado: un programa no-universal, no-integral, no-público y no gratuito de salud²⁰. CUS no es acceso universal, ni equidad, ni abordaje del proceso salud-enfermedad cuidado con enfoque de derechos humanos.

La implementación de la CUS en América Latina

La CUS reconoce antecedentes que datan de aproximadamente 25 años cuando (1993) aparece el Informe del Banco Mundial "*Invertir en salud*", y los procesos de reforma de los sistemas de Salud en nuestra región.

Apoyándonos en las opiniones de sanitaristas latinoamericanos como Mario Hernández Alvarez²¹ y Asa Cristina Laurell²², sostenemos que desde la década del 90' se vienen implementando cambios en los sistemas de salud que siguen la misma dirección de la estrategia que ahora se plantea como sucesora de la APS.

Sin embargo su implementación no fue inmediata ni homogénea en los distintos países de Suramérica. Según Hernández Alvarez, los procesos de reforma no pueden entenderse sin un análisis del lugar que ocupa la atención médica en el capitalismo actual. Porque como siempre y en todos los ámbitos, para entender lo que nos pasa resulta imprescindible intentar asir la complejidad resultante del devenir histórico y los diferentes contextos.

El análisis del caso Colombia y México como precursores de la iniciativa en Suramérica muestra que fueron precedidos por medidas que debilitaron los sistemas públicos de salud. Inclusive en el caso chileno con el plan AUGE que inicialmente aparece como superador para la situación sanitaria antes de 2005, diez años después desnuda serias limitaciones^{23 24 25 26}.

Aunque la evolución Argentina no necesariamente vaya a ser la misma, entendemos que estos antecedentes deben ser tenidos en cuenta por que surgen de la misma fuente conceptual.

El actual gobierno nacional ha definido a la CUS como el eje de su política sanitaria. Aparentemente no fue la falta de convicción sino otras limitaciones propias del equipo de gestión las que demoraron el avance a partir del cambio de gobierno operado en diciembre de 2015. Con el recambio de gabinete, que

incluyó el cambio de ministro de salud, se intensificó la presión sobre las provincias para firmar su adhesión y se replanteó la estrategia de implementación, para generar la menor reacción posible y hacerla más efectiva.

El Convenio Colectivo de Trabajo para el sector Salud

Desde sus inicios (1919) pero especialmente a partir de la Declaración de Filadelfia (1944) que complementa su Constitución, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) ha impulsado la negociación colectiva en todo el mundo, fomentando programas que permitan lograr el reconocimiento efectivo de ese derecho²⁷.

El convenio sobre el derecho de sindicación y de negociación colectiva adoptado en 1949 consiguió una adhesión casi universal: para el año 2000 ya lo habían ratificado ciento cuarenta y cinco estados nacionales, aunque ya desde 1998 con la "*Declaración relativa a los principios y derechos fundamentales en el trabajo y su seguimiento*" se había proclamado que "*... todos los Miembros, aun cuando no hayan ratificado los convenios [fundamentales] tienen un compromiso que se deriva de su mera pertenencia a la Organización de respetar, promover y hacer realidad, de buena fe y de conformidad con la Constitución, los principios relativos a los derechos fundamentales*".

Argentina incorporó ese derecho en la Constitución de 1949, y la ley nacional de Convenciones Colectivas de Trabajo se sancionó en 1953. En 1988 se sancionó una ley nacional de Asociaciones Sindicales que restringió ese derecho constitucional a la negociación colectiva reservándola para los sindicatos a los que el gobierno les haya otorgado personería. La OIT manifiesta en su *Estudio General relativo a las relaciones laborales y la negociación colectiva en la administración pública* (2013) que pese a su extendida ratificación persisten enormes diferencias en cuanto al reconocimiento de los derechos consagrados en el Convenio 151.

Un Convenio Colectivo de Trabajo es un contrato entre los sindicatos de un determinado sector de actividad y el empleador, que regula las condiciones de trabajo (salarios, jornada, descansos, vacaciones, licencias, capacitación profesional, etc.) y establece reglas sobre la relación entre los sindicatos y la parte empleadora. Esas reglas son de aplicación obligatoria para todos los trabajadores del sector, estén o no afiliados a los gremios respectivos, y tienen un impacto significativo en la organización del trabajo y en la calidad del empleo.

El debate sobre una ley de carrera sanitaria en Neuquén comenzó con la recuperación del régimen democrático en 1983. El Sistema de Salud tuvo desde sus inicios un crecimiento constante en la complejidad de roles y funciones de sus trabajadores, y se percibía la necesidad de contar con una ley de carrera sanitaria que estableciera el discurrir de los trabajadores de salud a lo largo de su vida laboral. El decreto ley que regulaba la carrera administrativa de los empleados públicos en general no resultaba apropiado para reconocer las particularidades complejas de un ámbito donde conviven distintas lógicas de pensamiento y acción.

Se trabajaron varios proyectos a lo largo de muchos años, pero desde el gobierno provincial, siempre conducido por el mismo partido político, sistemáticamente se bloquearon esos intentos. La principal razón fue la

contención del gasto público, para lo que resultaba muy funcional mantener la estructura fosilizada de un escalafón administrativo repleta de adicionales y bonificaciones que se fueron creando y mutando a fuerza de las pujas salariales.

La ley provincial de Convenciones Colectivas en el Estado se sanciona en 1992, pero hasta 2005 se avanzó poco o nada, porque la pretensión de instalar un convenio marco para toda la función pública acorde a las reformas neoliberales de esa década fue firmemente resistida por los trabajadores (en Neuquén fue la capacidad de acción gremial de ATE el principal foco de resistencia). En 2005 se modifica esa ley, y un año más tarde la Constitución Provincial. Poco tiempo después comenzaron las negociaciones paritarias sectoriales, incluyendo la del sector Salud, pero la situación política y económica siguió siendo desfavorable. La intensidad de los conflictos derivó a fines de 2007 en una negociación con todas las representaciones gremiales del sector Salud en el ámbito de la Legislatura, que implicó la creación de un escalafón propio en base al único acuerdo alcanzado en la mesa paritaria sectorial y algunas de las ideas previamente trabajadas para la carrera sanitaria y el CCT. Pero la negociación del CCT quedó en suspenso por más de 10 años.

A partir de 2014 comenzaron a destrabarse las negociaciones y a cerrarse varios CCT en distintos sectores relativamente menos complejos y más pequeños del estado provincial. Para entonces, la representación sindical del sector Salud ya estaba repartida entre cuatro organizaciones: UPCN y ATE, que contaban con la personería gremial habilitante para la negociación colectiva según la ley vigente, y por otra parte el Sindicato de Profesionales de la Salud Pública del Neuquén (SIPROSAPUNE) y el Sindicato de Enfermería del Neuquén (SEN), excluidos de la participación en el CCT²⁸.

En 2017, luego de saldar por la vía judicial la disputa por la mayoría de la representación sindical, ATE impulsó una nueva ofensiva destinada a poner fecha límite para el cierre del CCT de Salud. Urgencias de uno y otro lado se conjugaron para que en poco tiempo se saldaran diferencias y diera a luz este convenio, no sin muchas críticas y debates, especialmente a la hora de someterlo a su aprobación en la legislatura provincial.

Asimismo debe destacarse que hubo actores del propio sistema público de salud, que fueron excluidos del debate, o que tuvieron una participación periférica. Entre ellos SIPROSAPUNE y SEN, que como se mencionó no cuentan con la personería gremial formalmente reconocida exigida en el marco legal vigente. Es probable que esas ausencias hayan impedido enriquecer el texto y en algún caso inclusive, evitar algunas situaciones conflictivas que se verificaron a posteriori de su aprobación.

El texto además de ordenar las relaciones laborales incorporando algunas cuestiones propias del sector salud, antes previstas solamente en la ley de remuneraciones de la provincia y algunas pocas leyes muy específicas relacionadas con la formación profesional, amplió derechos y extendió algunas licencias a favor de los trabajadores.

El **CCT** es una norma que cuenta con 151 artículos agrupados en cuatro títulos cada uno de los cuales se divide en capítulos²⁹.

• **Título I:** refiere al ámbito de aplicación, las partes que intervienen, los objetivos y los principios generales, determinando la conformación y competencias de comisiones convencionales específicas integradas por representantes de los trabajadores y del poder ejecutivo en partes iguales.

• **Título II:** delimita las condiciones generales en las relaciones laborales estableciendo las condiciones para ingresos, estabilidad, deberes y derechos, obligaciones del poder ejecutivo para avanzar luego en el detalle de bonificaciones específicas, promoción y principios de la carrera sanitaria y licencias ordinarias, especiales y extraordinarias. Este título también incluye aspectos vinculados con las condiciones, medio ambiente de trabajo e indumentaria, otro capítulo referido a los servicios mínimos obligatorios y otro donde se detalla el régimen disciplinario.

• **Título III:** es el que despliega todo lo atinente al régimen escalafonario y remunerativo en el sistema público de salud, es decir que detalla el resarcimiento económico que corresponde a cada ítem estipulado en el título anterior.

• **Título IV:** incluye disposiciones transitorias, especiales y de forma.

La CUS como amenaza en el horizonte y el caballo de Troya

A los efectos de esta presentación interesa mencionar algunos aspectos del CCT que podrían entrañar un riesgo cierto en función de su potencial para modificar el perfil del Sistema Público de Salud en Neuquén.

Un CCT no es un instrumento ideado para definir política sanitaria, aunque entre sus *Objetivos Generales* (artículo 8º) y sus *Principios Básicos* (artículo 9º) se incluyen declaraciones que así podrían sugerirlo. Pero resulta pertinente advertir que es un dispositivo que orienta las relaciones laborales, fija reglas que en algunos casos ordenan y en otros incentivan o desalientan determinadas conductas. Y lo que regula la política de recursos humanos en un sistema como el nuestro, directa o indirectamente influye sobre las decisiones y la ejecución de la política sanitaria.

Es posible que los actores participantes del diseño inicial del instrumento no hayan tenido en consideración algunas de las implicancias que potencialmente la letra del CCT podría generar. Desde nuestro punto de vista eso no obsta para que, ya advertidos de las mismas, se aboquen a analizarlas y a arbitrar los medios para neutralizar los efectos que pudiesen restringir derechos.

Mencionaremos solo tres ejemplos de lo antes mencionado, aunque del análisis exhaustivo del texto surgen otras alertas:

- **Desvalorización del régimen de dedicación exclusiva y creación de un nuevo régimen alternativo llamado "rendimiento óptimo"** (Art. 32º y 33º). Es quizás la luz de alerta más destacable en términos de amenazas para el sistema público de salud. Si el texto dejaba dudas respecto de la intención del gobierno, las mismas quedaron despejadas con la intervención del propio ministro cuando al presentar el proyecto declaró que *"se busca desalentar el régimen de dedicación exclusiva"*. En principio al declararlo como optativo, sujeto a la decisión de cada trabajador sin considerar las necesidades y atribuciones de la propia organización. Pero especialmente al crear un nuevo régimen optativo ("*rendimiento óptimo*") con

una bonificación de mayor valor sin la retención del título ni las disponibilidades obligatorias que implica la dedicación exclusiva, que promueve la salida de ese régimen en particular para las profesiones o especialidades que mayor conflicto de interés pueden tener al compartir su esfuerzo laboral entre el sector público y el privado.

Esto resulta central al evaluar el impacto sobre el perfil que el sistema público adquirirá a corto y mediano plazo. En efecto, el sistema de salud neuquino ha sido ponderado entre otras cosas por la fortaleza que le otorgaba contar con mayoría de profesionales cuya dedicación laboral se concentraba en forma exclusiva en el hospital público. Resulta evidente que cuando se reparte la atención entre dos patrones el riesgo de distribución desigual del esfuerzo aumenta.

Pero además las condiciones que impone el actual régimen de dedicación exclusiva le asegura al sistema la posibilidad de coberturas de distintas tareas (asistenciales, de planificación y gestión, de promoción y prevención, u otras de importancia sanitaria, etc.), de cubrir puestos de trabajo temporariamente en crisis y hasta impone la obligación de estar disponible para cubrir guardias activas y pasivas, inclusive en centros de salud distintos del asiento habitual de tareas del agente. Todos estos recursos de gestión se perderán de imponerse el nuevo modelo, con lo cual **lo que directamente se está propiciando es el franco debilitamiento del hospital público.**

- **Guardias activas** (Art. 35º y 123º). A los profesionales de dedicación exclusiva se les exige cumplir guardias sin establecer cuál es el número razonable (el CCT solo marca un tope de 10 guardias a liquidarse por mes), y se estipula que el valor de cada guardia se incremente en la medida que el agente cumple más guardias mensualmente.

Esta es una medida, que además de implicar una carga laboral excesiva y poner en riesgo la salud del personal, incentiva a destinar cada vez más tiempo a las tareas de urgencias y emergencias y menos a las orientadas a la atención programada en consultorios y tareas de promoción y prevención en salud.

Aunque no lo establezca el propio CCT, este tipo de medidas conducirá a seguir incrementando los planteles de guardia, sacrificando las horas profesionales disponibles para la atención ambulatoria, perpetrando una tendencia que atenta contra la calidad en el proceso de atención. Ese escenario resulta conveniente a los intereses del sector privado de salud, que encuentra más rentable y de menor conflictividad la actividad ambulatoria programada, descargando en forma creciente la asistencia de las urgencias en el sector público.

Entre otras cuestiones pendientes en favor de la salud de los trabajadores y de la calidad de atención que no fueron incluidas en esta versión del CCT y que en algunos casos han retrogradado derechos, quedaron el máximo de horas de guardias activas, la edad límite para cumplir guardias activas, el número total de guardias permisible en un período dado para preservar la salud, el lapso mínimo entre guardias, etc. Todas ellas son necesarias para fortalecer el sistema público de salud, cuidar al trabajador y velar por la calidad del cuidado de la población. Por el contrario, su carencia pone en riesgo al recurso primordial del sistema y en consecuencia lo debilita.

- **Direcciones de hospitales y otros cargos de conducción (Art. 142°).** Este artículo estipula los cargos en el sistema público de salud que quedan excluidos del CCT por ser cargos de conducción considerados políticos. Se incluyen en la lista de exceptuados los directores de hospitales, subdirectores, coordinadores de zona sanitaria, responsables de programas, administradores. Por esa razón a este CCT se habilita la designación sin concurso de oposición y antecedentes para acceder a esos cargos como era norma en el sistema de salud neuquino. Si bien no representa una novedad en el concierto de sistemas públicos provinciales y admitiendo las controversias respecto de las bondades o limitaciones del concurso como mecanismo para legitimar conducciones, sin duda implicará una intromisión político-partidaria en cuestiones que debieran estar libres de ese tipo de contaminación para apostar a la fortaleza de la organización.

Tácticas de contención del riesgo y preguntas que nos interpelan

Una de las comisiones creadas en el marco del CCT es la CIAP (Comisión de Interpretación y Autocomposición Paritaria). Su función más importante es interpretar con alcance general el CCT e intervenir en casos de diferencias de naturaleza colectiva. Por esa razón el debate y los acuerdos que pudiesen alcanzarse serán trascendentes en función de evitar o al menos atenuar el riesgo de debilitar el sistema público de salud en Neuquén.

Sin avanzar hacia una conducción colegiada del sistema de salud como está previsto en la carta magna provincial pero nunca concretado, la CIAP podría constituirse en una experiencia a favor de democratizar, al menos parcialmente, el sistema sanitario.

Sin embargo debe advertirse que para que ello sea posible se requiere de la **participación activa de todos los trabajadores y la comunidad**. De trabajadores con miradas que superen los intereses sectoriales y de ciudadanos con sentido de pertenencia respecto del sistema de salud.

Cada una de esas ideas fuerza planteadas entrañan esfuerzos de distinto tipo que incluyen negociación, avances y retrocesos y en definitiva aprendizaje colectivo para el manejo de la complejidad.

- ¿Encontraremos tácticas funcionales al objetivo de defensa efectiva del derecho a la salud que construyan una correlación de fuerzas capaz de privilegiar ese interés?
- ¿Será posible reconfigurar el sistema de salud sobre la base del trabajo en equipo con horizontalidad y sentido de pertenencia?
- ¿Seremos capaces de pasar del nivel de reclamo gremial puro (individual y sectorial) para avanzar hacia espacios de análisis sistémico?
- ¿Podremos contar con el involucramiento de la comunidad a la hora de defender el sistema público de salud y convocarlos a discutir su perfil?
- ¿Estaremos preparados como trabajadores de salud para escuchar y procesar las críticas y reclamos hacia nuestro accionar?

Comentario final

La provincia del Neuquén fue capaz de construir y sostener no sin poco esfuerzo, un Sistema Público de Salud que tuvo importantes resultados en sus inicios. Aún hoy, en

gran parte por el compromiso de trabajadores identificados con una causa colectiva, y a pesar de sus falencias y debilidades, sigue siendo garantía de acceso al derecho a la salud en cada rincón del territorio.

Para la comunidad neuquina, de la que los equipos de Salud Pública son solamente una parte, la puesta en marcha de este CCT es un momento crítico y trascendente en la historia del Sistema Provincial de Salud. Desde nuestro punto de vista, lo será aún más si no se interpreta como un punto de llegada, sino como un ámbito de construcción colectiva en favor de los intereses populares referidos a Salud que empiece a rodar para no detenerse. Debe contribuir a fortalecer y no a debilitar el funcionamiento del Sistema.

Eso implica avanzar en formas de conducción colegiada y participativa que no deben limitarse a instancias formales, ni a espacios exclusivos para los agentes del propio Sistema Público de Salud. Esto requiere de un grado de madurez de todos los actores que es menester conquistar.

Al mismo tiempo resulta necesario mantenerse alerta ante las amenazas de iniciativas que se promocionan como remedios sanadores, siendo en verdad modelos de medicina barata para pobres como alguna vez advirtiera Mario Testa³⁰.

Así como la APS selectiva propuesta solo un año después de la Declaración de Alma-Ata amenazaba con destruir un anhelo de justicia social, hoy la CUS aparece como la propuesta para los países de baja y mediana renta³¹. En ambos casos, presentándose como lo posible frente a una utopía irrealizable, se la muestra como una ventaja, se la disfraza con eufemismos seductores y se esconden los verdaderos intereses en juego.

En la lucha del campo popular en defensa del Derecho a la Salud, será menester estar alerta respecto de mecanismos sutiles que promueven directa o indirectamente la debilidad de los sistemas públicos. Esas tendencias ya han sido implementadas en América Latina para generar las condiciones propicias para instalar estrategias restrictivas como la CUS. Este es uno de los desafíos centrales de la hora, hay tareas a desplegar y espacio de militancia donde actuar.

Daniel Esteban Manoukian

Chos Malal, Neuquén, Argentina, octubre de 2018

danielmanoukian@gmail.com

Referencias y fuentes bibliográficas

¹ **FAVARO, Orietta.** "*Territorio y Estado Nacional: Estado Provincial y sistema político (1955-1976)*" en "Historia de Neuquén" capítulo VII. Editorial Plusultra, Buenos Aires, 1993, pp. 315-331.

² **COLANTUONO, María Rosa.** "*Estado y territorio*" en Neuquén, una geografía abierta. Universidad Nacional del Comahue, Neuquén, 1995.

³ **ALZUGARAY, Rodolfo A.** "*Ramón Carrillo, el fundador del sanitarismo nacional*". Biblioteca política argentina. Centro Editor de América Latina. Buenos Aires, Argentina, 1988.

⁴ **LATOR, Carlos et al.** "*Chos Malal, entre el olvido y la pasión*". Centro de Estudios Regionales Chos Malal. Neuquén, 2006.

-
- ⁵ **BLANCO, Graciela et al.** "Neuquén, 40 años de vida institucional, 1958 – 1998". Centro de Estudios de Historia Regional, Facultad de Humanidades, Universidad Nacional del Comahue y Copade, pp 71 a 73, Neuquén, 1998.
- ⁶ **MARTINEZ GUARINO, Ramón.** "Felie Sapag. El patriarca patagónico". Grupo de Estudios Urbanos y microregionales, división editorial. Buenos Aires, 2004, pp. 81-83.
- ⁷ **ARIAS BUCCIARELLI, Mario; GONZALEZ, Alicia Ester y SCURI, María Carolina.** "La provincia y la política. Formación y consolidación del Estado neuquino (1955-1970)" en "Historia de Neuquén" capítulo VII. Editorial Plusultra, Buenos Aires, 1993, pp. 332-367.
- ⁸ **MORGENFELD, Leandro.** "Década del sesenta. Desarrollismo y golpes de estado, deuda externa y FMI. Desarrollismo, Alianza para el Progreso y Revolución Cubana. Kennedy y el Che en Punta del Este (1961-1962)". Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-37352012000200001.
- ⁹ **BLANCO, Graciela.** "35 Años del COPADE y la planificación en Neuquén. Una historia de sueños, proyectos y acciones en pos del desarrollo". COPADE Y Centro de Estudios de Historia Regional de la Universidad del Comahue, Neuquén, 1999.
- ¹⁰ **SUBSECRETARIA DE SALUD DE NEUQUEN.** "Evaluación de actividades año 1971". Dra. Elsa Moreno a/c de la Subsecretaría de Salud y Dr. Antonio Alberto Del Vas, ministro de Bienestar Social. Publicación oficial. Neuquén, enero de 1972.
- ¹¹ **MINISTERIO DE SALUD – SUBSECRETARIA DE SALUD de Neuquén.** "Reseña institucional". 2018. Disponible en: <http://www.saludneuquen.gob.ar/institucional/>.
- ¹² **MINISTERIO DE SALUD – SUBSECRETARIA DE SALUD de Neuquén.** "Libro de indicadores. Información estadística y epidemiológica, 2016". Neuquén, 2018. Disponible en: <http://www.saludnqn.gob.ar/saladesituacion/archivos/publicaciones/Libro%20de%20Indicadores%202017.pdf>.
- ¹³ **ARAUJO de MATTOS, Ruben.** "As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de idéias". Disponible en: https://scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000200008&lng=pt&nrm=iso
- ¹⁴ **WHO.** Resolución 58.33 "Financiación sostenible de la salud, cobertura universal y seguro social de enfermedad". Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21475es/s21475es.pdf>.
- ¹⁵ **CHAN, Margaret.** "Discurso ante la 65ª Asamblea Anual de la Salud". Ginebra, Suiza, 21 de mayo de 2012. Disponible en: http://www.who.int/dg/speeches/2012/wha_20120521/en/
- ¹⁶ **MANOUKIAN, Daniel Esteban.** "La CUS. Una iniciativa que recorta el derecho a la salud". Publicado en portal digital Vaconfirma el 21 de octubre de 2017. Disponible en: http://vaconfirma.com.ar/index.php?articulos_seccion_719/id_4825/una-iniciativa-que-recorta-el-derecho-a-la-salud.
- ¹⁷ **MANCHOLA CASTILLO, Camilo Hernán y col.** "El acceso a la salud como derecho humano en políticas internacionales: reflexiones críticas y desafíos contemporáneos". Ciência & Saúde Coletiva vol.22 no.7, Rio de Janeiro, julio de 2017. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002702151&lng=en&nrm=iso#B32
- ¹⁸ **OPS.** Resolución 154.R17 "Estrategia para la Cobertura Universal de Salud". Washington, 154º sesión del Comité Ejecutivo de la OPS reunido en Washington entre el 16 y el 20 de junio de 2014. Disponible en: <http://www.paho.org/bra/images/stories/Documentos2/ce154-r17-s.pdf?ua=1>
- ¹⁹ **STUCKLER, D. y col.** "The political economy of universal health coverage". Background paper for the global symposium on health systems research. 16-19 november 2010. Montreux, Switzerland. Disponible en: <http://researchonline.lshtm.ac.uk/2157>.
- ²⁰ **de NORONHA, José Carvalho.** "Universal health coverage: how to mix concepts, confuse objectives, and abandon principles". Cuadernos de Saúde Pública, vol. 29(5), Rio de Janeiro, mayo de 2013. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000500003&lng=en&nrm=iso&tlng=en.

-
- ²¹ **HERNANDEZ ALVAREZ, Mario.** "Consecuencias de la Cobertura Universal de Salud en Colombia" Para la revista Soberanía Sanitaria, Argentina, 2017.
Disponible en:
<http://revistasoberaniasanitaria.com.ar/consecuencias-de-la-cobertura-universal-de-salud-en-colombia>.
- ²² **LAURELL, Asa Cristina.** "El seguro popular mexicano: ni seguro, ni popular" para la Revista Soberanía Sanitaria, Argentina, 2017.
Disponible en: <http://revistasoberaniasanitaria.com.ar/el-seguro-popular-mexicano-ni-seguro-ni-popular/>.
- ²³ **ROMAN, Oscar A. y MUÑOZ, Félix C.** "Una mirada crítica en torno al plan AUGE. Algunos aspectos generales y valóricos". Departamento de Medicina, Campus Centro, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Santiago de Chile. Rev Méd Chile 2008; 136: 1599-1603.
- ²⁴ **MANOUKIAN, Daniel Esteban.** "La CUS no es un invento argentino (el caso colombiano)". Publicado en portal digital Vaconfirma el 9 de enero de 2018. Disponible en:
http://vaconfirma.com.ar/index.php?articulos_seccion_719/id_5453/la-cus-no-es-un-invento-argentino
- ²⁵ **MANOUKIAN, Daniel Esteban.** "El Banco Mundial y su influencia en la salud (el caso mexicano)". Publicado en portal digital Vaconfirma el 16 de enero de 2018. Disponible en:
http://vaconfirma.com.ar/index.php?articulos_seccion_719/id_5497/el-banco-mundial-y-su-influencia-en-la-salud-
- ²⁶ **MANOUKIAN, Daniel Esteban.** "Cobertura Universal de Salud, el caso chileno". Publicado en portal digital Vaconfirma el 23 de enero de 2018.
Disponible en: http://vaconfirma.com.ar/index.php?articulos_seccion_719/id_5549/cobertura-universal-de-salud-el-caso-chileno-
- ²⁷ **GERNIGON, Bernard; ODERO, Alberto y GUIDO, Horacio.** "Principios de la OIT sobre la negociación colectiva". Organización Internacional del Trabajo. Revista Internacional del Trabajo, vol. 119, N° 1, 2000.
- ²⁸ **Provincia del Neuquén.** "Ley Provincial N° 1974/92". Sistema de Convenciones Colectivas de trabajo para el sector público.
Disponible en: <http://200.70.33.130/index.php/normativas-provinciales/leyes-provinciales/1549>.
- ²⁹ **Provincia del Neuquén.** "Ley Provincial N° 3118/18". Convenio Colectivo de Trabajo para el personal dependiente del Sistema Público Provincial de Salud (SPPS) - homologado por la Subsecretaría de Trabajo mediante Resolución 06/18 de fecha 25 de abril de 2018.
Disponible en: <http://200.70.33.130/images2/Biblioteca/3118CCTSaludPublica.pdf>.
- ³⁰ **TESTA MARIO.** "Atención ¿Primaria o Primitiva? de la salud". En: Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires: Grupo Editor de las Jornadas; 1988. p. 75-90.
- ³¹ **CUETO, Marcos y ZAMORA, Víctor.** "Los orígenes de la Atención Primaria de Salud y la Atención Primaria Selectiva de Salud" en Historia, salud y globalización. Instituto de Estudios Peruanos, 2006, pp 27-58.