

# **La Negociación colectiva en el Sector Privado de Salud 2005-2014. Abordaje desde la Ciencia Política.**

Desarrollo, logros y desafíos en materia de Políticas de Recursos Humanos en el marco de los Consejos de Salarios del Grupo 15.

Gonzalo Monetti.

Presentación del Informe Final de Pasantía Educativa realizada en la DEMPESA. Agosto 2015.

# Composición, Rol y Reglamentación de los Consejos de Salarios.

- **Ley 18.566 (2009). Creación del Sistema Nacional de Negociación Colectiva. Cuatro Niveles de Negociación. Macro, Superior, Medio y Base.**
- **Consejos de Salarios en el nivel medio del Sistema.**

## **Composición:**

- **Consejos de Salarios con composición tripartita: Poder Ejecutivo** (tres delegados), **Empresarios** (dos delegados) y **Trabajadores** (dos delegados).

## **Poder Ejecutivo.**

- **Dos actores presentes en todos los Grupos de Negociación: el MTSS y el MEF.**
  - **MTSS:** Participación directa como máxima autoridad gubernamental en materia de relaciones laborales. Derecho a voto y potestad de Laudar unilateralmente.  
Actor Protagonista: arbitro, impulsor y viabilizador de los ámbitos de negociación y discusión.
  - **MEF:** Participación indirecta no presencial en las negociaciones.  
Función central: establecimiento de las pautas generales de negociación salarial y los ajustes salariales para todo el periodo de gobierno en función de la Política Macroeconómica.

# Actores Sociales

## Designación de la representación de los actores sociales.

- Ley 18.566 establece en su reglamentación que los representantes de los actores sociales serán las organizaciones gremiales con mayor representatividad en cada uno de los sectores o ramas de actividad económica. Los delegados son designados por las organizaciones gremiales.
- De haber más de una organización a nivel de sector de actividad adjudicándose la legitimidad para negociar, la que represente a la mayor cantidad de trabajadores del sector es la que participa, tomándose como criterio la cantidad de afiliados cotizantes de las organizaciones.
- A nivel de empresa si no existe organización representativa de los trabajadores, la que participa en las negociaciones es la más representativa a nivel del sector superior donde esté ubicada la empresa.
- Reglamentación de la Ley le otorga el monopolio de la representación en la negociación colectiva a las Grandes Centrales Sindicales como la FUS.

# Competencias y Reglamentación de los Consejos de Salarios.

- **Competencias:**
  - Ámbitos de negociación colectiva donde se determinan los salarios mínimos para cada categoría de trabajo y los ajustes salariales.
  - Negociación y determinación de las condiciones, la organización y los regímenes de trabajo.
- Dos ejes centrales de funcionamiento: Lo Salarial y lo No Salarial. Centralidad de lo Salarial.
- **Reglamentación:**
  - En lo salarial si no hay acuerdo entre los actores sociales en la negociación se procede a la votación y en última instancia el Poder Ejecutivo puede Laudar unilateralmente por Decreto, no siendo condición necesaria el acuerdo entre los actores sociales.
  - Para lo no exclusivamente salarial es condición necesaria el acuerdo entre los actores sociales, no pudiéndose dirimir estas temáticas por votación o unilateralmente por el Poder Ejecutivo.
- Reglamentación general le otorga status y rol de actores protagonistas a los actores sociales y en materia no exclusivamente salarial les adjudica poder de veto en la negociación.

# Estructura General de la Negociación Colectiva en el sector Salud.

		ASSE	IAMC
Normativa		Ley 18.508	Ley 10.449 y Ley 18.566
Forma de fijación de la política salarial		Negociación colectiva	Negociación colectiva
Actores que participan de la negociación colectiva	Gremios médicos	SMU, FEMI, SAQ	SMU
	Gremios no médicos	FFSP	FUS
	Gobierno	ASSE	MTSS, MSP, MEF
	Empleadores	ASSE	Cámaras empresariales de las IAMC. Montevideo e Interior.

# Impactos en las Políticas Sanitarias y de RRHH del Sector Salud.

- Existencia de ámbitos separados de negociación colectiva, uno para el Sector Público y otro para el Sector Privado.
- Escenario de la Negociación Colectiva en el Sector Salud con alto nivel de fragmentación, múltiples ámbitos, múltiples actores, varios frentes de negociación para el Poder Ejecutivo y el MSP.
- Impactos negativos importantes para el impulso de políticas de RRHH con objetivos de políticas sanitarias en el marco de la negociación colectiva.
- Se generan obstáculos para la implementación de políticas de recursos humanos uniformes e integrales para todo el sector.
- Esto redundará en importantes divergencias entre el subsector público y privado y al interior del subsector público entre los diferentes prestadores, en términos de niveles salariales y condiciones de trabajo. Estas divergencias habilitan la competencia entre prestadores por los recursos humanos escasos utilizando los salarios y las condiciones de trabajo como incentivos. (Cynthia Buffa. Cecilia Cárpena. Gabriela Pradere, 2014, p53)

# Sector Privado de Salud, Grupo 15 de los CCSS: Servicios de Salud y Anexos.

**Composición del Grupo 15: Servicios de Salud y Anexos. (Ex Grupos 50 y 40)  
Subgrupos:**

- **Salud General.**
- Servicios de Acompañantes.
- Ambulancias que realizan traslados de pacientes sin asistencia.
- Casas de Salud con Fines de Lucro.
- Casas de Salud sin fines de Lucro.
  
- **Grupo Principal Salud General: prestadores privados de servicios integrales de Salud.**
- **MSP participa en la negociación Colectiva solamente en el Subgrupo Salud General.**
- **Subgrupos Anexos de negociación creados a partir del 2005 en un plano secundario para el MSP.**
- **FUS asume la representación de los trabajadores no médicos en todos los Subgrupos.**

# Participación del MSP en el Subgrupo Salud General del Grupo 15 de los CCSS

- Participación del MSP como parte del Equipo del PE Junto al MTSS, No derecho a voto en negociación.
- Participación con dos delegados representando a dos Divisiones del MSP:
  - ❑ Economía de la Salud.
  - ❑ División de Evaluación Monitoreo del Personal de Salud. (DEMPESA)

**Nuevo Rol del MSP en la Negociación Colectiva con la puesta en marcha de la Reforma de la Salud y la creación del SNIS (2007).**

## **Objetivo General:**

Ejercer un papel protagonista e incidir como autoridad máxima gubernamental sanitaria en los ámbitos institucionales donde se dirimen los salarios y las condiciones de trabajo del factor de producción mas importante del sector salud: los trabajadores de la Salud.



# Objetivos específicos de la participación MSP en la Negociación Colectiva del Sector Privado de Salud.

- Dos ejes centrales de objetivos del MSP en los CCSS del Grupo 15.
- ❑ **Eje Salarial: Competencia principal de la División Economía de la Salud.**

**Objetivos:** Control de los incrementos Salariales como instrumento de control de precios en el Sector.

El MSP incide en el ajuste de los precios del sector, de los ingresos que reciben las instituciones del sector, o sea de las capitas (FONASA constituye aproximadamente el 80% de los ingresos de las IAMC) y de las cuotas individuales, el ajuste de precios lo decreta el MSP con el MEF, en ese sentido el MSP pasa también a ser un actor clave porque incide directamente en los ingresos de las instituciones, entonces los ajustes salariales en el sector en su gran mayoría se traducen después en ajustes de cuota o en ajustes de capitas... lo hace el MSP junto con el MEF. (G. Pradere, comunicación personal, 30 de abril de 2015).

Los ajustes salariales dependen en gran medida de la decisión del MSP.

# Eje No Salarial

- **Área de Competencia de la DEMPESA.**

## **Objetivos:**

- ❑ Representar al MSP en la negociación colectiva en el sector público y privado y sus derivaciones (Grupo 15 Servicios de Salud y Anexos del Consejo de Salarios) para que las mismas contemplen los principios del SNIS.
- ❑ Introducir objetivos de políticas sanitarias en la política salarial laboral de los trabajadores del Sector Privado de Salud.
- ❑ La DEMPESA tiene la competencia de asumir un rol protagónico en el impulso de las transformaciones a través de la negociación colectiva en materia de condiciones, organización y regímenes de trabajo de los trabajadores de la Salud, para mejorar la calidad del trabajo en función de las metas pilares del SNIS de mejorar la calidad asistencial y el modelo de atención a los usuarios.

# Funcionamiento del Ámbito para el MSP.

- Papel No Formal del MSP en los CCSS.

El MSP participa pero no tiene derecho a voto ni a resolver por decreto en caso de ser necesario en materia de salarios, en materia no salarial tampoco tiene “la última palabra” dado que es condición necesaria el acuerdo entre los actores sociales. Este funcionamiento formal de los CCSS constituye en sí mismo una limitante al papel del MSP.

El papel protagonista que adopta el MSP a partir de Reforma de la Salud en la negociación colectiva entra en tensión con la reglamentación del funcionamiento de los CCSS.

- Dentro del PE el MSP queda en un segundo plano respecto al MTSS, el MTSS es la autoridad máxima gubernamental de los CCSS.
- El margen de acción del MSP dentro de la negociación colectiva se acota a su capacidad de generar acuerdos con los actores y dentro del PE a la capacidad de generar una estrategia o líneas de acción conjuntas entre MSP y MTSS.

# Incidencia del MSP en la Negociación Colectiva.

- En lo Salarial mucho mayor capacidad de incidencia del MSP en la negociación colectiva:  
El rol que cumple el MSP en términos de los ingresos de las Instituciones, el tema este del ajuste de cuota y capita es lo que hace que todos los actores consideren que el MSP si o si tiene que estar sentado y la opinión del MSP condiciona en general toda la discusión, eso le da un poder al MSP en la mesa que no tiene ninguno de los otros actores, mas allá que formalmente el MSP no esté. (G. Pradere, comunicación personal, 30 de abril de 2015).
- En lo No Salarial :menor capacidad de incidencia, posibilidad de escenarios de bloqueos en materia de condiciones y regimenes de trabajo. La norma entonces en materia de lo no salarial establece garantías hacia los actores sociales pero para el actor gubernamental y principalmente para el MSP la regulación puede tener efectos negativos en la medida que se pudiera dar un escenario en materia de condiciones y regimenes de trabajo en el cual el MSP no tenga capacidad de incidir.
- En lo No Salarial se establece un escenario de bloqueo en el impulso de determinadas políticas de RRHH con la FUS, específicamente hacia la reforma del Laudo de los trabajadores no médicos y el cambio de la jornada laboral de seis horas.

# Concepción del rol del MSP en la Negociación Colectiva por parte de los actores.

## Por el MTSS:

- En el primer periodo de gobierno como el eje central de la negociación colectiva fue lo salarial y la recuperación del salario real de los trabajadores el relacionamiento dentro del PE entre el MSP y el MTSS fue bastante articulado, un accionar consensuado en tanto *“ellos entendían el rol del MSP en tanto regulador de precios”*. (G. Pradere, comunicación personal, 30 de abril de 2015)
- En la segunda etapa a partir del segundo periodo de gobierno cuando el MSP empieza a querer intervenir con un papel mucho más proactivo en materia no salarial se visualiza desde el MSP una actitud negativa por parte de los delegados del MTSS del Grupo 15, en el sentido que *“visualizan la participación del MSP como que va a robarle competencias al MTSS”*. (G. Pradere, comunicación personal, 30 de abril de 2015)

## Por la FUS:

- El actor principal y competente en materia de relaciones laborales del PE es el MTSS, ubicando al MSP en lugar secundario en relación al MTSS en la negociación colectiva para discutir condiciones y organización del trabajo.
- No afianzado el papel institucional de la DEMPESA en el funcionamiento de la negociación colectiva, rol difuso en la concepción de los trabajadores no médicos, no evalúan el rol de la DEMPESA con la relevancia de actor protagonista con que lo hacen con los representantes del MTSS.

# Desarrollo de los Convenios.

	Ley 10.449				Ley 18.566		
	Personal Médico y no Médico				Personal no Médico	Médicos	
Convenios	2005-2006 1ra Ronda	2006-2007 2da Ronda	2007- 2008 2da Ronda	2008-2010 3ra Ronda	2010- 2012 4ta Ronda	2012- 2015 5ta Ronda	2010-2015 4ta y 5ta Ronda
Actores	FUS SMU IAMC MTSS	FUS SMU IAMC MTSS	FUS SMU IAMC MTSS MSP	FUS SMU IAMC MTSS MSP	FUS IAMC MTSS MSP	FUS IAMC MTSS MSP MEF	SMU IAMC MTSS MSP
Vigencia de Convenios	12 MESES	12 MESES	12 MESES	24 MESES	24 MESES	3 AÑOS	5 AÑOS.

## Desarrollo de las tematicas No Salariales.

	Ley 10.449				Ley 18.566		
	Personal Médico y No Médico				Personal No Médico		Médicos
Convenios	2005-2006 1er Ronda	2006- 2007 2da Ronda	2007-2008 2da Ronda	2008- 2010 3ra Ronda	2010- 2012 4ta Ronda	2012-2015 5ta Ronda	2010- 2015 4ta y 5ta Ronda
Modificación del Laudo Vigente	No apertura de discusión sobre modificación del Laudo Médico ni no Médico.	No apertura De discusión sobre Modificación del Laudo Medico ni del no Médico.	Sin Planteos En Negociación del Convenio sobre modificación del Laudo no Medico por parte de actores.	Sin avances. Rechazo tajante de FUS ante propuesta de FEMI de introducir la Multifunción y extender jornada laboral a Ocho Horas en el Interior.	Creación de nuevas Categorías de trabajo y persistente negativa de FUS a discutir revisión del Laudo vigente.	Creación De comisión Tripartita Para Discusión de nuevas categorías de trabajo no contempladas en el Laudo en el marco del SNIS. -No Revisión del Laudo.	-Reforma, Instrumentación y Desarrollo del Nuevo Laudo Médico durante el periodo. Reforma Clave efectuada a través de la negociación colectiva en el marco del SNIS.

**Comparación de los logros  
producidos entre Personal Médico y Personal No Médico periodo 2005- 2015.**

	<b>Personal Médico SMU</b>	<b>Personal No Médico FUS</b>
<b>Negociación Colectiva</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conjunta con no médicos periodo 2005-2010</li> <li>• Exclusiva para personal Médico periodo. 2010-2015</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conjunta con médicos periodo 2005 2010</li> <li>• Exclusiva personal no Médico periodo 2010-2015</li> </ul>
<b>Reforma del Laudo de Trabajo.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Impulsada y acordada en fines del periodo 2005-2010.</li> <li>• Constituida y desarrollada durante periodo 2010-2015.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin avances. Situación estática.</li> <li>• Bloqueo FUS a revisión de categorías establecidas del Laudo de trabajo vigente (1965).</li> <li>• -Solo Creadas nuevas categorías de trabajo.</li> </ul>
<b>Forma de Pago de Salarios</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Modificada con reforma del Laudo de trabajo Médico a partir del 2010. Mixta y Flexible: pago fijo + pago variable por procedimiento</li> <li>• Interior: pago fijo con excepciones en algunos departamentos que se paga similar a Montevideo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No modificada durante todo el periodo.</li> <li>• Rígida. Salario fijo Mensual por cumplimiento de horario.</li> </ul>
<b>Inclusión de objetivos de la política sanitaria en la política salarial - laboral.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avance Notorio.</li> <li>• Reforma del trabajo médico en el Sector Privado para mejorar la calidad de atención y transformar el modelo asistencial.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sin Avances Notorios.</li> <li>• No reforma del Laudo no médico.</li> </ul>
<b>Convergencia de los regímenes de trabajo entre Sector Privado y Sector Público.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reforma del Laudo médico en ambos sectores con mismos objetivos y líneas de acción en el marco del impulso del SNIS.</li> <li>• Objetivo central: logro de un Laudo único médico nacional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin convergencia entre los regimenes de trabajo del personal no medico entre Sector Privado y Público.</li> <li>• Sin avances sustanciales en todo el periodo.</li> </ul>



## Desarrollo de la Estrategia del MSP en la Negociación Colectiva del Sector Privado de Salud. 2005-2014.

	Periodización	Estrategia del MSP en la negociación colectiva en el Sector Privado.
1990-2000	<p><b>Inicio: Restauración de los Consejos de Salarios. Ley 10.449. Impulso Reformista.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 2008 Puesta en marcha de la RSS y Creación del SNIS. 2008-2010.</li> </ul> <p>Proceso de Consolidación de la RSS y de la nueva estructura institucional del MSP.</p> <p>Objetivo: generar estabilidad institucionalidad en el nuevo SNIS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comienzo de la participación del MSP en los CCSS del Grupo 15 como regulador de precios en el Sector a través de la División Economía de la Salud.</li> <li>- Objetivo general: intervenir en la regulación del Mercado de Trabajo de la Salud.</li> <li>- Objetivos específicos: recuperación salarial para generar estabilidad laboral y la contención de los altos niveles de conflictividad en el Sector.</li> </ul>
SEGUNDO BOGOS DEL FA	<p>Inicio del segundo periodo del FA.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Creación del Nuevo Sistema de Negociación Colectiva. Ley 18.566.</li> <li>- Continuación y Profundización de las transformaciones de la RSS iniciadas en el periodo anterior.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Creación en el 2010 de la División de RRHH. Potenciación y fortalecimiento dentro del SNIS de esta división e impulso las transformaciones en RRHH como uno de los pilares de la RSS.</li> <li>- Comienzo de la participación de la División RRHH en los CCSS Junto Con División Economía de la Salud.</li> <li>- Objetivo General: introducir objetivos de políticas sanitarias en la política salarial laboral de los trabajadores del Sector Privado de Salud.</li> <li>- Objetivos específicos: Revisión y actualización los regimenes de trabajo y los Laudos vigentes con el fin de mejorar la calidad asistencial y el modelo de atención.</li> </ul>
	<p><b>Cuarta y Quinta Ronda de los CCSS. 2010 y 2012.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Promoción desde el PE de celebración de Convenios de trabajo a más de dos años con el objetivo de generar estabilidad en relaciones laborales y reducir la conflictividad laboral a lo largo del periodo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Separación de los ámbitos de negociación colectiva en los CCSS del Sector Privado ente trabajadores médicos y no médicos no médicos.</li> <li>- Acuerdo y celebración con médicos de Convenio de trabajo a cinco años (mayor extensión posible) con importantes beneficios salariales.</li> <li>- Generación de un escenario muy favorable con médicos para el impulso en la negociación colectiva de transformaciones en materia de regimenes de trabajo.</li> </ul>
	<p><b>2012- 2015.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Continuación del proceso gradual de la implementación de la RSS y extensión del FONASA a cada vez mayores sectores de la población.</li> <li>- Estabilidad consolidada en el SNIS para la profundización de las transformaciones en el Sector Salud.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Creación en el MSP de la CAM como ámbito de negociación colectiva anexo y asesor a los CCSS del Grupo 15 (no participan trabajadores no médicos). Ámbito no formal ni reglamentado.</li> <li>- La CAM como espacio del tercer nivel o nivel <i>base</i> del Sistema de Negociación Colectiva con temáticas no salariales: discusión y negociación del Régimen del trabajo Médico.</li> <li>- Funcionamiento periódico y permanente de la CAM. Negociación especialidad por especialidad con altos niveles de acuerdo.</li> <li>- Resultado: inicio de un proceso gradual hacia la constitución de un Régimen de Trabajo Medico. Concreción de la Reforma del Laudo Médico.</li> </ul>

# Desafíos para el periodo 2015- 2020.

- Afianzar el rol institucional de la DEMPESA como representante del MSP en los CCSS.
- Fortalecer el papel la DEMPESA como actor protagonista en la Negociación Colectiva del Sector Privado de Salud en materia de políticas de RRHH.
- Colocar en las prioridades de la agenda de los CCSS la discusión de la reforma de Laudo de los trabajadores no médicos (regímenes de trabajo, regímenes de horarios, organización del trabajo, condiciones de trabajo, etc).
- Situar la discusión de lo no salarial al mismo nivel de relevancia que la discusión salarial en la negociación colectiva del Sector.
- Lograr una estrategia articulada con metas en común a la interna del PE, mejorar el vínculo institucional entre el MSP y el MTSS en el funcionamiento de los CCSS.
- Impulsar y alcanzar un nivel base de acuerdo con la FUS que posibilite la apertura de la discusión de la reforma del Laudo de trabajo no médicos, el inicio de un proceso de características similares a través del cual se efectivizó la reforma del Régimen del Trabajo Médico.
- Lograr establecer un ámbito de negociación colectiva similar a la CAM en el marco de los Consejos de Salarios del Grupo 15 que genere mejores condiciones para encausar los acuerdos. Un mejor ámbito de discusión y negociación para el tratamiento de condiciones de trabajo, de las categorías, de los regímenes y de los horarios en función de las metas del SNIS de mejorar la calidad asistencial y el modelo de atención a los usuarios de la Salud.