



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
LICENCIATURA EN CIENCIA POLÍTICA
Informe de Pasantía

La negociación colectiva en el sector privado de salud en el periodo 2005 – 2014. Un abordaje desde la Ciencia Política

Gonzalo Carlos Monetti Cuevas
Tutor: Luis Alberto Senatore

2015

Informe de Pasantía previo a la obtención del Título de Licenciado en Ciencia Política.

Agradecimientos

En primer lugar quiero dedicar este trabajo final de grado a mi familia por haberme apoyado siempre en este camino y a mis amigos, especialmente a Israel Falcón y Sharon Katzkowicz por haber colaborado con la investigación, y muy especialmente a Andrea Rodríguez por el impulso brindado a concretar este trabajo.

En segundo término quisiera agradecer a la División de Evaluación y Monitoreo del Personal de Salud (DEMPESA) del MSP, entidad receptiva donde se desarrolló la Pasantía Educativa. A su directora Ec. Gabriela Pradere y a todos sus integrantes: Diego Soria, Cynthia Buffa, Cecilia Carpena, Diego Langone, Patricia Pereda, Ana Larrosa, Zoraida Fort, Claudia Lucas y especialmente a Sergio Núñez.

A todos ellos muchas gracias por haberme recibido y acompañado tan gratamente durante el transcurso de la pasantía.

También agradecer de manera especial a Francisco “Pancho” Amorena quien actualmente forma parte del equipo de dirección de la DIGESNIS del MSP y ex dirigente de la FUS por haber colaborado de manera muy importante con el estudio. Agradecer también a Ramón Ruiz, Víctor Muniz y Gustavo Bermúdez dirigentes de la FUS por haberme concedido las entrevistas.

Por último agradecer al ICP y los docentes que apoyaron y colaboraron con este trabajo, a mi Tutor Lic. Luis Senatore, a la Mag. Ana Laura di Giorgi, a la Dra. Altair Magri y al Dr. Marcelo Setaro.

INDICE

1- Periodo en que se desarrolló la pasantía.....	5
2- Nombre del tutor.....	5
3- Nombre del responsable en la institución donde se realizó la pasantía.	5
4- Descripción del ámbito institucional donde se realizó la pasantía.....	5
5- Programa o temática en la que se insertó la pasantía.	7
6- Objetivos de la pasantía propuestos al inicio de la misma y evaluación del logro de los mismos.	7
7- Actividades realizadas (cronograma de trabajo, tareas, responsabilidades, productos elaborados, espacios de participación).	8
8- Evaluación de la experiencia de pasantía como oportunidad para la incorporación de conocimientos y el desarrollo de competencias.	10
9- Aporte de la pasantía a sus estudios de grado en Ciencia Política.	11
10- Otros Aprendizajes.....	13
11- Recomendaciones para futuras experiencias de pasantías y evaluación del pasante sobre el lugar donde se desarrolló la pasantía.....	13
12- Aparatado Analítico.	15
Opcion c: Reflexión Politológica basada en la experiencia de trabajo en la pasantía educativa.....	15
I. Introducción.....	15
II. Justificación de la temática abordada.	16
III. Marco Metodológico.....	19
Técnicas de investigación:.....	20
Entrevistas en profundidad a informantes calificados.....	20
IV. Referencias Teóricas.....	24
Análisis de la negociación colectiva a nivel general y del funcionamiento específico para el Sector Salud.	24
Estrategia del MSP en la negociación colectiva del Sector Privado de Salud.	27
Análisis de la FUS y su negativa a la reforma del Laudo de los Trabajadores no médicos.	30
V. Resumen del Informe Final de Pasantía Presentado a la DEMPESA.....	34
La Negociación Colectiva en el Sector Privado de la Salud en el Uruguay. Periodo 2005- 2014. Análisis y abordaje desde la Ciencia Política.	34
1- La Negociación Colectiva y los Consejos de Salarios en el Uruguay.....	34
1.1- Primer Gobierno y segundo Gobierno Nacional del Frente Amplio, 2005-2014. De la Restauración Tripartita Ampliada al Sistema Nacional de Negociación Colectiva. .	36

2 - La Negociación Colectiva en el Sector Salud del Uruguay.	39
2.1 - La Negociación colectiva en el Sector Privado de Salud.	42
2.2- Funcionamiento del Ámbito de negociación colectiva para el MSP.	43
2.3- Incidencia del MSP en la Negociación Colectiva.	45
2.4- Desarrollo de las Rondas de Negociación y los Convenios celebrados.	45
2.5- Análisis comparado de los resultados de la negociación colectiva entre Trabajadores Médicos y No Médicos.	48
2.6- Impacto de la negociación colectiva en la estructura salarial de los trabajadores no médicos.	51
3- La Estrategia del MSP en la negociación colectiva del Sector privado de Salud.	52
4- La FUS: el actor social representante de todos los trabajadores no médicos.	59
4.1- Composición, organización política y representatividad de la FUS.....	59
Composición.....	60
Estructura política interna, mecanismos de elección de sus dirigentes y competencia política por el gobierno de la FUS.....	61
La representatividad de la FUS.	62
4.2- La Historia de la FUS y sus mayores conquistas: el Laudo Único Nacional de trabajo y la Jornada Laboral de seis horas.....	64
4.3- Análisis de las razones y las causas en la negativa de la FUS a discutir reforma del Laudo de trabajo no medico y la ampliación del horario de la jornada laboral.	65
5 - Lo que viene: análisis en perspectiva hacia el inicio de un nuevo de periodo de negociación colectiva en Sector Privado de la Salud.	68
Bibliografía	71
Anexo 1. Cuadros elaborados para el Informe Final de Pasantía al MSP.	75
Anexo 2.	77
Impacto de la negociación colectiva en la estructura salarial de los no médicos.....	77

1- Periodo en que se desarrolló la pasantía.

La pasantía educativa se desarrolló en un período de seis meses, desde mediados de noviembre de 2014 hasta finales de mayo de 2015 en un régimen de trabajo de 20 horas semanales. A principios del mes de julio fueron entregados al MSP los informes finales del trabajo efectuado durante la pasantía y se expusieron los resultados del estudio realizado en las “IV Jornadas de Recursos Humanos del SNIS” organizadas por el MSP el 27 de agosto del 2015 en el Centro de Estudios del BPS.

2- Nombre del tutor

Por la Facultad de Ciencias Sociales el tutor académico del trabajo en la pasantía educativa fue el Lic. Luis Alberto Senatore.

3- Nombre del responsable en la institución donde se realizó la pasantía.

El referente que tuvo a su cargo la función como contraparte institucional por el MSP fue el Dr. Marcelo Setaro actual Gerente de Planificación Estratégica del organismo. La responsable de la supervisión técnica y del trabajo diario en la pasantía estuvo a cargo de la Ec. Gabriela Pradere Directora de la División de Evaluación y Monitoreo del Personal de Salud (DEMPESA).

4- Descripción del ámbito institucional donde se realizó la pasantía.

El trabajo académico fue realizado durante el primer semestre del 2015 en el marco de una pasantía educativa generada a partir de un convenio de cooperación celebrado entre la Facultad de Ciencias Sociales y el Ministerio de Salud Pública. Este convenio impulsa el desarrollo de pasantías educativas como nueva modalidad de egreso para estudiantes de la Licenciatura en Ciencia Política y fue realizada en el MSP en la División de Evaluación y Monitoreo del Personal de Salud (DEMPESA) perteneciente a la Dirección Nacional del Sistema Integrado de Salud (DIGESNIS) y localizada en el 1er. piso oficina 104 del edificio central del MSP.

La DEMPESA pertenece a la DIGESNIS y fue creada en el 2010 posteriormente a la creación por Ley del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) en el 2008. Esta nueva División en el organigrama institucional del MSP tuvo un gran impulso y constituye una de las áreas pilares en el proceso consolidación y desarrollo del SNIS, tiene la misión de liderar y articular en materia de recursos humanos en el Sistema de Salud con una

vasta cantidad de tareas y competencias a su cargo. Entre las tareas y competencias más importantes que se ejercen en la DEMPESA se destacan:

- Proponer políticas tendientes a mejorar la gestión, dotación y distribución de los trabajadores de la salud en los aspectos vinculados a su formación, organización del trabajo y ejercicio profesional.
- Determinar el diagnóstico de las necesidades de recursos humanos por nivel de atención, por especialidad o categoría, por territorio, entre otros.
- Establecer las pautas sobre necesidad de RRHH por especialidad o categoría y por servicio de salud de los prestadores de salud del SNIS.
- 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.

La supervisión y el control permanente del recurso productivo más importante en los sistemas de Salud que constituyen trabajadores de la Salud es la competencia principal de la DEMPESA, además de tener a su cargo el impulso de políticas y el diseño de programas tendientes a mejorar la gestión, dotación y distribución de los trabajadores de la Salud; promover y proponer el incremento permanente de la formación y capacitación profesional del personal de la Salud; para lo cual también es necesario un continuo estudio y diagnóstico de la situación en materia de Recursos humanos con vistas a mejorar la calidad del trabajo en la Salud y con la meta principal de mejorar el funcionamiento del Sistema de Salud en su globalidad. La DEMPESA también es el área responsable de representar al MSP dentro del Sistema Nacional de Negociación Colectiva en los Consejos de Salarios (CCSS) del Grupo 15: Servicios de Salud y Anexos. Esta misión de la DEMPESA fue la abordada en el trabajo de la pasantía, constituyendo el núcleo central del estudio de la pasantía el funcionamiento de la negociación colectiva del Sector Privado de Salud y la participación del MSP en los ámbitos de negociación como autoridad máxima sanitaria gubernamental.

5- Programa o temática en la que se insertó la pasantía.

El objetivo general del trabajo en la pasantía fue el análisis desde la Ciencia Política del funcionamiento de la Negociación Colectiva Tripartita en el Sector Privado de Salud para

el periodo 2005- 2014, con la finalidad de generar insumos y aportes desde la disciplina que representen herramientas importantes para la DEMPESA en su participación en la negociación colectiva tripartita de los Consejos de Salarios del Grupo 15 como representante del MSP.

6- Objetivos de la pasantía propuestos al inicio de la misma y evaluación del logro de los mismos.

Los objetivos de la pasantía propuestos al comienzo por parte de la DEMPESA se centraron en el interés por abordar en profundidad desde la ciencia política la negociación colectiva y los Consejos de salarios del Sector Privado de Salud. En el inicio de la pasantía desde la DEMPESA manifestaron la necesidad de generar una mayor acumulación académica acerca del funcionamiento de los Consejos de Salarios del Grupo 15, ámbito de negociación colectiva tripartita donde participa la División representando al MSP como autoridad sanitaria. Uno de objetivos estratégicos del MSP para el periodo de gobierno que se inicia es la profundización del proceso de Reforma de la Salud y del SNIS con la implementación de un nuevo modelo de asistencia y un nuevo modelo de atención a los usuarios de la Salud, para lo cual se presenta la necesidad de introducir modificaciones importantes en las condiciones, la organización y la distribución del trabajo en el Sector Privado de Salud.

Las decisiones de cambios en materia de condiciones y de regímenes de trabajo son competencia exclusiva de los Consejos de Salarios y la responsable de intervenir de impulsar los cambios en estas materias dentro del MSP es la DEMPESA. En este sentido desde la DEMPESA se evalúa que en el periodo de gobierno recientemente finalizado no hubo avances sustanciales en lo referido a los regímenes de trabajo para el personal no médico, no se procesaron avances sustanciales acordes a las metas planteadas por el SNIS en lo referente a recursos humanos. Por otro lado sí hubo avances sustanciales con los trabajadores médicos con la concreción de un nuevo convenio laboral muy importante en el 2010, lo que constituyó el punto de partida hacia los cambios que se procesaron y se desarrollaron en el transcurso de este último periodo de gobierno en función del nuevo modelo de asistencia impulsado por el MSP.

Luego de establecido de este objetivo general los **objetivos específicos** propuestos y acordados a desarrollar en el trabajo de la pasantía fueron:

- I. Realizar una descripción general de la Negociación Colectiva Tripartita en el Uruguay, descripción que ahondará en el estudio del Sector Salud y cuyo núcleo

central será el análisis en el Sector Privado de Salud. En el funcionamiento de los Consejos de Salarios del Grupo 15: Servicios de Salud y Anexos.

- II. Analizar la estrategia y la actuación del MSP en la negociación colectiva del Sector Privado de Salud como organismo rector e impulsor de las transformaciones en la Salud. Identificar y analizar los elementos principales que caracterizaron a la estrategia y el accionar del MSP durante los dos últimos periodos de gobierno y en carácter prospectivo de cara al tercer periodo de Gobierno Nacional del Frente Amplio que se inicia en el 2015.
- III. Efectuar un estudio exploratorio, descriptivo y analítico del sindicato que representa mayoritariamente a los trabajadores no médicos en los ámbitos de negociación colectiva del Grupo15: La Federación Uruguaya de la Salud (FUS), integrante del PIT-CNT. Su composición como federación de sindicatos, la organización política interna, su representatividad sobre los trabajadores no médicos, su discurso político, su trayectoria histórica y el comportamiento de la FUS en la negociación colectiva de los CCSS. El foco de análisis será el comportamiento político de la FUS respecto a las temáticas no exclusivamente salariales de la organización y los regímenes del trabajo.
- IV. Por último y en función del desarrollo de los puntos anteriores, realizar en clave de prospectiva un análisis acerca de los posibles escenarios que se puedan constituir hacia el inicio de un nuevo periodo de negociación colectiva en el Sector Privado de Salud en el marco del tercer Gobierno Nacional continuo del Frente Amplio.

7- Actividades realizadas (cronograma de trabajo, tareas, responsabilidades, productos elaborados, espacios de participación).

Acordadas entre la DEMPESA, el tutor y el pasante la propuesta general del trabajo y los objetivos específicos a desarrollar en la pasantía, se estableció un plan de trabajo con un cronograma de tareas a cumplir que se llevó a cabo dentro de los márgenes pautados. Para el primer objetivo específico de descripción y análisis de la negociación colectiva en el Sector Privado de Salud se pautó que este sería efectuado durante los dos primeros meses de la pasantía y se entregaría un primer informe de avance una vez terminado el mismo. Las tareas realizadas para esta etapa inicial fueron de: sistematización y búsqueda bibliográfica dentro de las ciencias sociales y específicamente en ciencia política sobre la negociación colectiva y los Consejos de

Salarios en el Uruguay. En segundo término se efectuó una revisión bibliográfica y una búsqueda de materiales existentes dentro del MSP acerca de la Reforma de la Salud y el proceso de constitución y consolidación del SNIS luego de transcurridos casi una década desde su creación. La sistematización y revisión bibliográfica se realizó haciendo foco en los textos e investigaciones referidas a políticas y transformaciones sucedidas en materia de recursos humanos, y específicamente en las impulsadas y acordadas a través de la negociación colectiva de los Consejos de Salarios del Grupo 15. La descripción y análisis de la negociación colectiva en el Sector Privado de Salud incluyó también la generación de información cuantitativa para la DEMPESA, tomando como base de datos el Laudo de los trabajadores no médicos donde se establecen los salarios mínimos para cada categoría de trabajo, y analizando de que manera el formato que adopta el funcionamiento de la negociación colectiva impacta en la estructura de los salarios mínimos de los trabajadores no médicos determinando una importante paridad salarial entre las diversas categorías de trabajo que componen el Laudo.

El desarrollo del segundo objetivo específico se basó en investigaciones y documentos de trabajo generados en la órbita de la DEMPESA, y principalmente el análisis se sustentó en la entrevista en profundidad realizada a la Directora de la DEMPESA la Ec. Gabriela Pradere, quien es la persona que participó y sigue participando directamente en las negociaciones como delegada representante del MSP en los CCSS del Grupo 15. Fue muy importante también para este segundo objetivo el aporte realizado por el Sr. Francisco Amorena (Pancho), al cual se le realizó una entrevista en profundidad, Amorena actualmente es uno de los directores responsables de la División de Recursos Humanos del MSP y a su vez ex dirigente histórico de la FUS habiendo ejercido por más de dos décadas cargos máximos de dirección en esta organización, participando en los CCSS como delegado de la FUS y en la Junta Nacional de Salud (JUNASA) como delegado de los trabajadores de la Salud en los inicios de funcionamiento de este nuevo ámbito institucional de dialogo social en el Sector Salud. El relato de F. Amorena fue muy relevante para el desarrollo del tercer objetivo específico, para conocer en profundidad a la FUS como actor social representante mayoritario de los trabajadores no médicos. Su experiencia y trayectoria dentro de la FUS fueron los insumos más importantes para describir y analizar la historia de esta Federación de sindicatos, sus principales conquistas gremiales logradas, lo que representaron estas en su momento de conquista y lo que siguen representando estas al día de hoy para la Federación. Para este tercer objetivo específico de estudio del actor FUS se realizaron además tres entrevistas en profundidad a informantes muy calificados, a dos dirigentes actuales de la FUS: a Jorge Bermúdez, actual Secretario General de la FUS en

continuidad en ese cargo desde 1998, y a Víctor Muniz, dirigente actual de la FUS quien integra el Consejo Central y participa también como delegado de los trabajadores no médicos en los CCSS. La otra entrevista fue realizada a Ramón Ruiz, ex dirigente histórico de la FUS participante también como delegado de los trabajadores en los CCSS y actual representante de los trabajadores en el Directorio del BPS.

Las entrevistas fueron realizadas durante los meses de mayo y principios de junio de 2015. Este tercer objetivo se desarrolló también en función del análisis de documentos y de discurso político de los medios de comunicación oficial de la FUS, de las actas y resoluciones de los órganos máximos de conducción como los Congresos Ordinarios y la Dirección Nacional, de los propios materiales y documentos generados por la FUS, y también mediante la búsqueda y el análisis de artículos de prensa. Una vez finalizado el proceso de transcripción de las entrevistas y de análisis documental, a mediados del mes de junio se dio culminación al trabajo de la pasantía con el desarrollo del cuarto objetivo específico y posteriormente se entregó a principios del mes de julio el informe final de pasantía a la DEMPESA.

8- Evaluación de la experiencia de pasantía como oportunidad para la incorporación de conocimientos y el desarrollo de competencias.

La experiencia en la pasantía fue muy positiva, resultó un gran impulso y un incentivo muy importante para acceder a finalizar la Licenciatura. En primer lugar hubo una gran recepción y apoyo por parte del equipo de la DEMPESA y por parte del Dr. Marcelo Setaro que actualmente forma parte del equipo de autoridades del MSP como Gerente de Planificación Estratégica. Se realizaron al menos dos reuniones generales de trabajo en el transcurso de la pasantía, una primera al comienzo en la cual se transmitieron por parte de la DEMPESA las inquietudes, los temas de interés y los posibles productos a lograr. También en esta primera reunión se acordaron los objetivos generales y el plan de trabajo a implementar. La segunda reunión general fue realizada con un carácter de seguimiento y supervisión del trabajo, en esta se hizo un reporte sobre el avance del trabajo y fueron transmitidas algunas apreciaciones y puntualizaciones sobre lo realizado hasta el momento y sobre la estrategia a seguir hacia el final de la pasantía. A mi parecer la pasantía fue una gran oportunidad para la incorporación de conocimientos y el desarrollo de competencias. En lo que atañe a mi experiencia personal la opción por la modalidad de la pasantía educativa para terminar el grado fue de gran utilidad para clarificar, definir y delimitar el área y el objeto de estudio a trabajar. En anteriores

intentos por desarrollar un tema de tesis final de grado me encontré con dificultades para definir y acotar el tema de estudio, mi interés estaba en trabajar la temática de la negociación colectiva y las relaciones laborales pero los planteos eran académicamente muy amplios o muy pretenciosos como para desarrollar en una tesis final de grado. La pasantía me dio la posibilidad de trabajar la temática de mi interés relacionada a la negociación colectiva y el sindicalismo, permitiéndome circunscribir más fácilmente el objeto de estudio, pudiendo establecer un área temática claramente delimitada a partir que desde la DEMPESA se identificó y se sugirió el área de trabajo dentro de la División en la cual sería más pertinente y más productivo para trabajar desde la ciencia política y en función de mi perfil de estudiante. Esta área temática sugerida fue la negociación colectiva en el Sector Privado de Salud y el análisis en profundidad de la FUS como actor social y sindical.

Los objetivos específicos y las tareas pautadas para el logro de estos objetivos fueron significaron una oportunidad muy importante para aplicar los conocimientos adquiridos en la Licenciatura, tanto teóricos como metodológicos. Brindándome la posibilidad trabajar en un tema de estudio con un carácter muy fuerte de ser abordado desde la disciplina, un tema muy politológico, y brindándome la posibilidad de aplicar técnicas tradicionales de investigación como las entrevistas en profundidad a informantes calificados, la sistematización y búsqueda bibliográfica, el análisis de documentos, el análisis de discurso y el tratamiento de datos cuantitativos.

9- Aporte de la pasantía a sus estudios de grado en Ciencia Política.

Evalúo mi trabajo realizado en la pasantía educativa en el MSP como un paso muy importante no solo para culminar la Licenciatura sino también como una contribución sustancial para mi formación profesional y mi crecimiento personal. La pasantía significó un gran incentivo para concretar la finalización de la Licenciatura, un gran empuje que me brindó la oportunidad de asumir una responsabilidad real y efectiva de realizar un proyecto académico en una unidad de trabajo donde se diseñan y controlan programas de políticas públicas dentro de un organismo gubernamental como el MSP. A su vez la DEMPESA como entidad gubernamental receptora de la pasantía se vio beneficiada con el trabajo realizado, el trabajo desarrollado les aportó una mirada externa y desde otra perspectiva analítica en un área donde la División interviene como es la negociación colectiva del Sector Privado de Salud. La meta principal del proyecto realizado consistió en generar un informe, un documento de trabajo que quedara en la División y fuera de utilidad a posteriori como herramienta para las rondas de negociación de los Consejos

de Salarios por venir.

El informe

realizado constituyó en cierta medida para la DEMPESA un trabajo de consultoría desde la ciencia política, dado que desde esta unidad ejecutora del MSP plantearon el interés de generar conocimiento desde la disciplina referente a la negociación colectiva en el sector salud, y una necesidad de profundizar el conocimiento de la FUS como actor político y sindical. Manifestaron carecer de trabajos que abordaran específicamente a este actor y a su comportamiento político en la negociación colectiva. Los documentos de trabajo producidos en la DEMPESA sobre la negociación colectiva se han elaborado principalmente desde una mirada económica y enfocada en el análisis de lo salarial. Por lo tanto la propuesta de trabajo en la pasantía estuvo fundada en contribuir desde la ciencia política con un análisis mas enfocado en el funcionamiento institucional de los ámbitos de negociación colectiva del sector en donde la DEMPESA participa. O sea realizar una descripción de los escenarios que se configuran, analizar el desarrollo de la negociación colectiva en el Sector Privado de Salud luego de transcurridos dos periodos de gobierno desde su restauración, los convenios laborales celebrados y los resultados principales, las estrategias de los actores, analizar como el diseño y el funcionamiento de estos ámbitos institucionales de negociación impactan y tienen determinados efectos no solo en las estrategias de los actores sino también en las estructuras organizativas internas que los actores adoptan, principalmente en los trabajadores no médicos representados por la FUS. Por lo tanto considero que el aporte del trabajo en la pasantía fue reciproco, el área temática sugerida y propuesta por la DEMPESA contribuyó de manera muy importante a delimitar rápidamente el objeto de estudio y los objetivos del trabajo. Una temática en la cual ya venía trabajando en un plano global y la pasantía me permitió ahondar mis conocimientos en materia de relaciones laborales y de negociación colectiva en un sector de actividad específico como lo es el Sector Privado de Salud y también me brindó la posibilidad de conocer mas profundamente el funcionamiento de uno de los sectores de actividad económica y social mas complejos como lo es el Sector Salud.

Por otro lado la DEMPESA se nutrió de un nuevo aporte, de un documento de trabajo desde una mirada externa que quedará como un insumo más de trabajo para el diseño de la estrategia a seguir en la negociación colectiva, y también como una fuente de información más para aquellos que en el MSP deseen profundizar sus conocimientos sobre la negociación colectiva y los Consejos de Salarios en el Sector Privado de Salud.

10- Otros Aprendizajes.

La experiencia de trabajo en la pasantía en el MSP, además de los elementos ya mencionados, fue de gran ayuda y me permitió vivir por dentro el régimen de trabajo profesional en una unidad que impulsa políticas destinadas a intervenir en el mercado laboral de la Salud Privada e implementa programas para mejorar en todos los aspectos la calidad del trabajo del personal de la Salud con vistas a alcanzar la meta de una mejor calidad asistencial y un mejor modelo de atención del SNIS. La DEMPESA cuenta en su equipo de trabajo con varios profesionales provenientes de diferentes disciplinas conformándose así un equipo multidisciplinario que incluye economistas, sociólogos, trabajadores sociales, politólogos, psicólogos y licenciados en ciencias de la comunicación. Por lo que formar parte por un semestre de este equipo de trabajo fue muy satisfactorio para mi formación y para mi persona, este elemento resulta uno más de los incentivos que te proporciona la pasantía para egresar. El Trabajo diario en esta División te da herramientas, te brinda aprendizajes, te permite conocer de forma directa el funcionamiento interno de una unidad y de un Ministerio como en mi caso, en un ámbito y un contexto que te guía, que te va dando confianza en el proceso de trabajo representando para el pasante un aliciente motivacional más y en definitiva un aprendizaje adicional que te brinda la pasantía.

11- Recomendaciones para futuras experiencias de pasantías y evaluación del pasante sobre el lugar donde se desarrolló la pasantía.

La recomendación principal sin dudas es la continuidad de las experiencias de las pasantías educativas, en mi caso que fue realizada en el MSP llegué a la reflexión de que tanto en este organismo como en los diferentes organismos que cuentan con ámbitos de gobernanza en materia de políticas públicas sería pertinente la realización de las pasantías educativas. Espacios de participación multipartita como los son: los ámbitos de negociación colectiva, los espacios de diálogo social, los ámbitos de participación social como los que se desarrollan en el Sector Salud (JUNASA, Consejos Consultivos y Asesores -CCA-, Consejo Asesor Honorario Departamental -CAHD-, las Juntas Departamentales de Salud - JUDESAS- y las Juntas Locales de Salud - JULOSAS-, y diferentes comisiones de trabajo bipartitas o multipartitas como La Comisión Asesora Multipartita -CAM-), todos estos ámbitos y espacios son plausibles de ser abordados desde la ciencia política y desde la formación profesional de la Licenciatura se puede contribuir a mejorarlos en su funcionamiento. Estos espacios institucionales de gobernanza de muy reciente creación algunos y los cuales hasta el

momento no han sido lo suficientemente estudiados podrían ser aprovechados por estudiantes de ciencia política para hacer su experiencia formativa y efectuar sus aportes. En primer lugar para seguir investigando y produciendo documentos que aborden el estudio de estos espacios y generen mayor conocimiento sobre su funcionamiento. En segundo lugar para intentar mejorarlos como espacios públicos en los que se construye ciudadanía y se desarrolla la participación política. La continuidad de estas experiencias de pasantías educativas y la extensión de estas a cada vez más espacios, tanto públicos como privados, suman en el sentido de mostrar al mercado laboral y al mundo académico que el conocimiento producido y el trabajo profesional desarrollado desde la ciencia política es aplicable y puede formar parte de cualquier equipo multidisciplinario que intervenga en los procesos de elaboración, implementación y control de políticas públicas. En este sentido sería importante seguir extendiendo y mejorando los convenios de pasantías, dotarlas de una mayor institucionalidad, de un funcionamiento más reglamentado en los procedimientos de trabajo y de una mayor comunicación interinstitucional entre la FCS y las entidades receptoras de las pasantías durante el periodo de trabajo de estas.

En el caso de mi experiencia, si bien hubo instancias de intercambio y reuniones de trabajo con los referentes de la pasantía que fueron muy productivas, por otro lado no hubo una instancia concreta de culminación del trabajo, en la cual la División receptora hiciera una evaluación del informe final presentado o una devolución acerca del trabajo realizado, esta instancia no se dio ni de manera oral ni de manera escrita. Este fue tal vez el único debe identificado en mi evaluación general de mi trabajo en la DEMPESA. Una recomendación para hacer sería que de aquí en adelante las pasantías cuenten con una reglamentación más “afinada” en sus procedimientos de trabajo, una reglamentación general que recoja y esté basada en el cúmulo de experiencias de pasantías ya trascurridas en los diferentes espacios donde se realizaron. Otro aspecto a señalar importante en esta evaluación es que la pasantía fue realizada en el transcurso de un semestre atípico en el funcionamiento institucional del MSP. En un periodo de traspaso a nuevas autoridades ministeriales ante el cambio de gobierno y en un periodo de transición con cambios en la organización interna de los equipos de trabajo en las Divisiones que conforman la DIGESNIS. Es pertinente señalar que este contexto no repercutió de manera importante en el desarrollo del trabajo en la pasantía pero de alguna manera significó que los responsables y los referentes institucionales de supervisar el trabajo de los pasantes no dispusieran del tiempo y la energía suficientes para darles una mayor atención a los pasantes. Dado que eran permanentes las reuniones de trabajo e intensa la actividad de los directores de las Divisiones en este periodo de transición hacia un nuevo periodo de gobierno que se iniciaba. Por otro lado

este elemento también resulta otro aprendizaje incorporado durante la pasantía, el presenciar desde dentro de un organismo las implicancias y repercusiones que tienen los procesos de cambios de autoridades y de reorganización de los equipos de trabajo en el funcionamiento institucional cotidiano en un organismo gubernamental como el MSP.

12- Aparatado Analítico.

Opción c: Reflexión Politológica basada en la experiencia de trabajo en la pasantía educativa.

I. Introducción

A continuación se realizará una reflexión politológica acerca del trabajo desarrollado en la pasantía y se presentará un resumen del informe final entregado a la DEMPESA como producto total de la pasantía, este resumen contiene los aspectos más relevantes del estudio realizado.

El informe final se dividió en cinco capítulos, en el primer capítulo se realizó una descripción general de la negociación colectiva y los Consejos de Salarios en el Uruguay como manera de presentación del área temática con un panorama general de sus principales características. Se describen los modelos más frecuentes de negociación colectiva y se efectúa una reseña histórica de los Consejos de Salarios en nuestro país hasta llegar al 2005 con la llegada del Frente Amplio al Gobierno Nacional y el inicio de una nueva etapa histórica en materia de relaciones laborales con la restauración de los Consejos de Salarios (Ley 10.449) y la posterior creación del Sistema Nacional de Negociación Colectiva (Ley 18.566) hacia el segundo periodo de gobierno.

Posteriormente en el segundo capítulo el eje central del análisis es el funcionamiento del Sector Privado de Salud y la negociación colectiva tripartita del Grupo 15 de los CCSS: Servicios de Salud y anexos. Se analizan los escenarios que se establecen en la negociación colectiva de este sector en particular, la organización, la reglamentación y el funcionamiento real de los ámbitos de negociación colectiva; se describe el rol de los actores y se analizan las repercusiones del funcionamiento de los ámbitos en los resultados de las negociaciones y en los actores en sí mismos; también se efectúa un análisis comparativo de los logros y los resultados entre los trabajadores médicos y los trabajadores no médicos en el desarrollo de la negociación colectiva del periodo determinado. El Primer y el segundo capítulo del informe corresponden al desarrollo del primer objetivo específico del plan de trabajo y constituyeron el primer informe de avance presentado en la pasantía.

El tercer capítulo se enfoca en la descripción y análisis de la estrategia desarrollada por el MSP en la negociación colectiva del Sector Privado de Salud para los dos periodos de gobierno del FA, donde se describen e identifican los elementos principales que caracterizaron a la estrategia y el accionar del MSP y sus resultados.

En el cuarto capítulo el objetivo consistió en conocer con profundidad a la Federación Uruguaya de la Salud (FUS) como el actor social sindical representante mayoritario de los trabajadores no médicos del Sector Privado de Salud. Su composición como federación de sindicatos, su organización política interna, su representatividad sobre los trabajadores no médicos, su historia como central sindical, sus mayores conquistas gremiales y su comportamiento en la negociación colectiva tripartita. En el quinto y último capítulo para concluir el informe se realizó un análisis en prospectiva acerca de los posibles escenarios que se pudieran constituir hacia el inicio de un nuevo periodo de negociación colectiva en el Sector Privado de la Salud en el marco del tercer Gobierno Nacional continuo del Frente Amplio.

II. Justificación de la temática abordada.

La negociación colectiva y el sindicalismo son dos temas que las ciencias sociales y la ciencia política particularmente han estudiado con profundidad, generándose desde las perspectivas analíticas de la disciplina una muy importante acumulación académica y bibliográfica sobre estas dos áreas temáticas estrechamente vinculadas. Esto se ha producido en función de que la negociación colectiva y el sindicalismo son dos de los fenómenos sociales más característicos que se han desarrollado en la histórica política y económica de nuestro país. En este sentido la propuesta de trabajar en la pasantía la negociación colectiva en el Sector Salud y el movimiento sindical de este se sustenta por el hecho de que ambas áreas de estudio ocupan un lugar central en la ciencia política y en la agenda de trabajo de la profesión dada la relevancia que tienen en el sistema político nacional las relaciones laborales y los movimientos sociales. Como ya se ha mencionado desde la DEMPESA se manifestó la necesidad de tener una mirada analítica diferente a las más trabajadas en la División (económicas, sociológicas) sobre la negociación colectiva del Sector Privado de Salud. Se planteó en primer lugar el objetivo de realizar una descripción de la negociación colectiva del Sector Salud enfocada en el funcionamiento de los Consejos de Salarios del Sector, que analice los escenarios que se constituyen en los ámbitos de negociación, el rol de los actores y el comportamiento político de estos, que puntualice de que manera el diseño que adoptan los ámbitos de negociación colectiva surte efectos sobre las estrategias de

los actores y mas precisamente en las estructuras organizativas de estos. Es por esto que el objeto de estudio propuesto es característicamente politológico, porque hace alusión al funcionamiento autónomo de los ámbitos de negociación colectiva, donde se configuran escenarios de interacción política entre actores relevantes de la sociedad y no una mera negociación de intereses económicos corporativos. Es así que además del interés de generar un estudio desde la ciencia política que se transforme en un insumo más de trabajo que aporte a una de las competencias de trabajo de la DEMPESA, surgió desde esta División una inquietud, una preocupación en función de una problemática que tienen al día de hoy referida al desarrollo y los resultados de la negociación colectiva en los dos últimos periodos de gobierno. En el Sector Salud existen dos grandes grupos de trabajadores históricamente diferenciados, los trabajadores médicos y los trabajadores no médicos, estos dos grandes grupos participan en la negociación colectiva tripartita de los CCSS del Grupo 15 y son representados por las organizaciones gremiales mayoritariamente representativas de estos dos grupos, para los médicos el Sindicato Médico del Uruguay (SMU) y para los no médicos la FUS. En el segundo periodo de gobierno de negociación colectiva se dieron dos procesos bastante diferenciados entre ambos actores, no tanto en el aspecto salarial sino principalmente en lo no salarial, en lo referido a los regímenes y a la organización del trabajo que son competencia exclusiva de ser modificados a través de la negociación colectiva de los CCSS y son competencia específica de intervención de la DEMPESA. Por el lado de los trabajadores médicos se ha logrado avanzar de manera sustancial en reformar el régimen del trabajo medico contemplando las transformaciones impulsadas por la Reforma de la Salud para mejorar la calidad asistencial del SNIS, y por el lado de los trabajadores no médicos no se han modificado los regímenes ni la organización del trabajo establecidas en el Laudo de trabajo. El Laudo de los trabajadores no médicos data en su constitución de la década de 1960 y hasta hoy día se mantiene incambiado en su estructura. Esto constituye para la DEMPESA como el mayor déficit, como un deber notorio en materia de recursos humanos desde la puesta en marcha del SNIS, el hecho de que no se haya logrado avanzar a través de la negociación colectiva en la actualización del Laudo no médico en oposición al otro gran grupo de trabajadores de salud con el cual se ha podido acordar un proceso de cambios en materia de los regímenes y organización del trabajo. En función de esta realidad es que la DEMPESA encomienda al trabajo de la pasantía el análisis de este punto, abordar el análisis de la negativa continua y el endurecimiento de la postura de la FUS a no abrir la discusión en los CCSS para avanzar en la transformación de los regímenes de trabajo y reformar el Laudo de trabajo no médico de manera que este se acomode a la nueva realidad del sistema de salud que

evidentemente demanda transformaciones de igual manera que lo hace para el régimen del trabajo médico.

Entonces además del interés de la mirada analítica desde la ciencia política sobre el funcionamiento de la negociación colectiva en el Sector Privado de Salud surge desde la DESPESA la necesidad de obtener más elementos, más herramientas analíticas que ayuden a entender porque se ha dado este escenario de estancamiento en materia de transformación del régimen de trabajo no médico con la FUS. Lograr identificar cuáles son los factores que operan para que este actor gremial mantenga hasta el día de hoy una postura política rígida de no avanzar en la reforma del Laudo de trabajo que regula la actividad del conjunto de los trabajadores no médicos. Para este objetivo no solo es necesario conocer profundamente el escenario de la negociación colectiva en este sector de actividad específico, sino también conocer en profundidad al actor gremial FUS y su comportamiento y estrategia en la negociación colectiva. A partir de este interés específico de analizar las causas de porque un actor social como la FUS actúa dentro de un ámbito de negociación colectiva de determinada manera se plantearon las siguientes preguntas que fueron las que guiaron el estudio realizado en la pasantía: ¿Cuáles son los factores que operan en la no disposición de la FUS a abrir la discusión de la reforma del Laudo de los trabajadores no médicos en la negociación colectiva tripartita? O planteada de la siguiente manera ¿Estaría dispuesta la FUS a empezar a discutir la reforma del Laudo no médico en las próximas rondas de los Consejos de Salarios en el transcurso del tercer periodo de Gobierno Nacional del FA?

III. Marco Metodológico.

En función de las preguntas de investigación planteadas el trabajo se desarrolló a través de tres ejes centrales, el primer eje fue la descripción exhaustiva del funcionamiento de la negociación colectiva en el Sector Privado de Salud, el segundo eje consistió en analizar la estrategia del MSP en la negociación colectiva en el transcurso de los dos periodos de gobierno, y el tercer eje central fue el análisis en profundidad de la FUS como actor social representante mayoritario de los trabajadores no médicos.

El marco metodológico para el primer eje temático tuvo un diseño de carácter analítico descriptivo, el objetivo de realizar una radiografía de los ámbitos de negociación colectiva tripartita en Sector Privado de Salud. La descripción partió del análisis en un plano general de la negociación colectiva y los Consejos de Salarios en nuestro país para luego abordar al nivel sectorial para el Sector Salud hasta arribar al estudio exhaustivo del Sector Privado de Salud.

Para el segundo eje el marco metodológico tuvo dos componentes, uno analítico descriptivo y un segundo componente de carácter explicativo sobre la estrategia empleada por el MSP en la negociación colectiva del Grupo 15 de los CCSS.

Para el análisis de la FUS el marco fue exploratorio - descriptivo y sobre la base del conocimiento en profundidad del actor desarrollar con una pretensión explicativa un análisis que identifique las variables que operan en la estrategia y el accionar de la FUS en la negociación colectiva y frente a las transformaciones demandadas desde el MSP y el SNIS en materia de regímenes de trabajo.

El trabajo en la pasantía a nivel general consistió en realizar una investigación académica sobre la temática planteada, con un carácter fuertemente descriptivo con vetas exploratorias acerca de un actor social sindical específico como la FUS, y con el objetivo de establecer algunas aproximaciones explicativas acerca de las estrategias que adoptaron los actores y acerca del sentido de los resultados de la negociación colectiva en materia no salarial en el periodo de análisis determinado.

Es por esto que el trabajo en la pasantía se desarrolló con un sentido de investigar y profundizar el conocimiento acerca de la negociación colectiva en el Sector Privado de Salud y de sus actores protagonistas, y además tuvo un carácter de consultoría sobre una problemática específica planteada por la División receptora la cual consideró que desde la ciencia política se podían realizar aportes importantes para llegar a tener una mejor comprensión del fenómeno.

Técnicas de investigación:

- La información utilizada para el desarrollo del estudio fue sustancialmente cualitativa y también contó con el tratamiento y análisis de datos cuantitativos.

- Las técnicas utilizadas fueron:
- Revisión de documentos elaborados por el MSP en la órbita de la DIGESNIS y la DEMPESA.
- Revisión de normativa vigente de la Negociación Colectiva y de actas de los Consejos de Salarios del Grupo 15.
- Revisión y sistematización de actas resolutivas de órganos de dirección de la FUS como asambleas, Dirección Nacional y los Congresos Ordinarios, así como la revisión de diferentes documentos elaborados por esta organización sindical.
- Revelamiento y análisis de contenido de artículos de prensa
- Revisión Bibliográfica.
- Operacionalización de datos cuantitativos. Elaboración de base de datos en formato Excel en base a los salarios mínimos establecidos para cada categoría de trabajo incluida en el Laudo de los trabajadores no médicos. Elaboración de Gráficos y análisis del Impacto del carácter centralizado de la negociación colectiva en la estructura salarial de los trabajadores no médicos.
- Realización de entrevistas en profundidad a informantes calificados
- Desgrabación de las entrevistas y análisis de contenido de las mismas.

Entrevistas en profundidad a informantes calificados.

Las entrevistas en profundidad realizadas a informantes calificados constituyeron la fuente de información más relevante del trabajo en la pasantía.

Para los dos primeros capítulos del trabajo la información utilizada se relevó a través de la revisión bibliográfica y el análisis de contenido de los diferentes documentos existentes, o sea para el primer eje central de la investigación de descripción y análisis de la Negociación colectiva en el Sector Salud la información sustancialmente ya estaba elaborada.

Para el segundo y tercer eje también se abordaron con información ya existente la cual se tuvo que buscar y sistematizar, pero la fuente de información e insumo de trabajo principal se generó a través de entrevistas en profundidad efectuadas a informantes calificados.

Para el análisis de la estrategia del MSP en la negociación colectiva donde participa la DEMPESA se le realizó una entrevista a la directora de la DEMPESA Ec. Gabriela Pradere y a Francisco Amorena miembro actual del equipo de dirección de la DIGESNIS, para el abordaje de la FUS además de del Sr. Amorena se les realizó

entrevistas a Jorge Bermúdez, Víctor Muniz y Ramón Ruiz, informantes calificados cuyas trayectorias fueron mencionadas anteriormente.

Las entrevistas en profundidad fueron semiestructuradas, con preguntas abiertas con margen a repregunta o a la realización de acotaciones por parte del entrevistador, en casi todos los casos las entrevistas fueron extensas de una duración de entre 45 y 75 minutos, dejando que los entrevistados se expresaran en sus respuestas.

Es preciso e importante señalar que la pasantía fue crucial para el logro de las entrevistas a dirigentes de la FUS, el apoyo del Sr. Amorena para lograr concretar las entrevistas fue indispensable, sin su ayuda seguramente hubiera sido mucho más dificultoso acceder a realizar las entrevistas, por lo que este elemento es otro más que pone de manifiesto la importancia del ámbito de trabajo de la pasantía para vincularse con el objeto de estudio y en este caso para acceder con facilidad a entrevistar a informantes calificados cuyos relatos fueron muy relevantes para los objetivos del estudio.

Las pautas de las preguntas en las entrevistas se estructuraron en torno a los tres ejes centrales por los cuales se encausó la investigación.

La entrevista a G. Pradere se estructuró y se centró indagar y conocer en profundidad su punto de vista y su opinión en función de tres ejes temáticos:

- ➔ Descripción de las tareas y las metas de la DEMPESA dentro del MSP y la relevancia institucional de la División en el proceso de Reforma de la Salud y desarrollo del SNIS.
 - El rol del MSP como miembro del equipo del Poder Ejecutivo (PE) en la negociación colectiva del Grupo 15 de los CCSS, competencias y prerrogativas.
 - El rol específico y las metas de la DEMPESA en este ámbito.
- ➔ Visión y opinión sobre el funcionamiento del ámbito de los CCSS del Grupo 15 durante los dos periodos de gobierno:
 - La reglamentación y el funcionamiento del espacio de negociación, limitaciones y virtudes del espacio para el accionar y los objetivos del MSP.
 - El protagonismo y la capacidad de veto de los actores.
 - La capacidad de incidir del MSP en la negociación y capacidad de introducir en la agenda de los CCSS objetivos de políticas sanitarias y transformaciones en materia de RRHH.
 - Percepción de como conciben los actores principalmente los trabajadores no médicos el rol del MSP y de la DEMPESA en la negociación colectiva.

- ➔ Resultados y avances con los trabajadores de la Salud en función de la estrategia establecida del MSP para la negociación colectiva en el transcurso de los dos periodos de gobierno y en el marco del proceso de Reforma de Salud.
 - Comparación de los logros y transformaciones en materia de RRHH y regímenes de trabajo entre trabajadores médicos y los trabajadores no médicos.
 - Visión personal sobre el comportamiento y la estrategia en la negociación colectiva de ambos actores (SMU y FUS), comparación de las estrategias a la luz de los resultados de casi diez años de negociación desde su restauración, opinión puntual acerca de la resistencia de la FUS a acceder a discutir y negociar regímenes y horarios de trabajo.
 - Percepción y expectativas en relación a las próximas Rondas de CCSS que se inician en la segunda mitad del 2015 y periodo entero de gobierno.

La entrevista a Francisco Amorena fue la más extensa, en la cual se transitó por todos los temas que hacen a la investigación, considero que fue la entrevista más enriquecedora de todas, por el tiempo y la energía otorgada a cada una de las respuestas, y principalmente por su conocimiento en profundidad de la temática y su trayectoria a nivel sindical como Dirigente histórico de la FUS y como miembro actual del equipo de Dirección de la DIGESNIS y durante el segundo periodo de gobierno.

El carácter dual de su punto de vista señalado con sus propias palabras de “estar de ambos lados del mostrador” nos proporcionó una visión más integral sobre la estrategia del MSP en la negociación colectiva y sobre la estrategia de la FUS. Una mirada analítica muy calificada para abordar el relacionamiento entre estos dos actores protagonistas y los puntos de tensión en la negociación como la situación actual de bloqueo en relación a la introducción de cambios en la organización y los regímenes de trabajo de los no médicos.

La entrevista a Amorena constituyó la fuente de información más importante para describir y analizar la historia de la FUS como central sindical, sus mayores conquistas gremiales y la importancia de estas al día de hoy, las corrientes político ideológicas que predominaron en el recorrido histórico y la realidad actual de la FUS. Brindó un panorama completo acerca de la organización interna de la FUS, de los ámbitos principales de conducción y de tomas de decisiones, de los procedimientos para elegir a los dirigentes y del sentido de la competencia política interna. Y su análisis en relación a la corriente política que está al frente de la Dirección de la FUS desde 1998 constituyéndose una hegemonía política en la conducción de esta Federación de sindicatos.

Esta entrevista se desarrolló también en función de tres ejes centrales.

- ➔ Descripción en profundidad de la FUS:
 - Orígenes como Federación de sindicatos, recorrido histórico, mayores conquistas gremiales históricas: Laudo Único y Nacional de trabajadores no médicos y jornada laboral de seis horas.
 - Organización política interna, representatividad, competencia política interna, conducción política actual y renovación de cuadros dirigentes.

- ➔ Estrategia y papel del MSP en la negociación colectiva del Grupo 15.
 - Visión y análisis del funcionamiento de un ámbito de negociación colectiva con multiplicidad de actores.
 - Lugar que ocupan dentro del ámbito de negociación el MSP y el Ministerio de Trabajo como representantes del PE, relacionamiento y articulación entre estos dos actores gubernamentales en el desarrollo de las negociaciones
 - Estrategia del MSP hacia los trabajadores ¿Priorización en la estrategia de un grupo de trabajadores por sobre el otro?

- ➔ Punto de vista y opinión sobre el núcleo central de la investigación: bloqueo de la FUS a todo intento por parte del PE o por parte de los Instituciones Médicas Privadas (empresarios) en modificar o reformar regímenes y horarios de trabajo establecidos en el Laudo.
 - Orígenes y causas de este comportamiento político de la FUS en la negociación colectiva y ante el Sistema de Salud.
 - Percepción acerca de las posibilidades para este tercer periodo de gobierno de avanzar en materia de transformación y actualización de los regímenes de trabajo de los no médicos para el Sector Privado de Salud.

Las entrevistas a los dirigentes de la FUS transcurrieron por los tres mismos ejes, un primer grupo de preguntas referidas a la FUS y su interna, un segundo eje referido a la negociación colectiva y a la percepción de la FUS sobre el rol y la estrategia del MSP en los ámbitos de negociación, y el tercer eje de preguntas relacionadas con la discusión y negociación de los puntos no exclusivamente salariales como los regímenes de trabajo y las categorías establecidas en el Laudo.

Es importante señalar que los entrevistados seleccionados son muy calificados por el lugar que ocupan hoy como máximos dirigentes de la FUS (en el caso de Ramón Ruiz

ex máximo dirigente y actual representante de todos los trabajadores en el directorio del BPS), por su trayectoria sindical y también porque los cuatro entrevistados (los dos ex dirigentes y los dos dirigentes actuales) participaron como delegados de los trabajadores no médicos en los CCSS durante las cinco rondas de negociación de los CCSS transcurridas durante los dos periodos de gobierno.

IV. Referencias Teóricas.

Para el abordaje de los tres ejes temáticos desarrollados en el trabajo de la pasantía fue necesario establecer una base conceptual y teórica para cada uno de los ejes que guiara el trabajo y nos permitiera tener una comprensión mayor de las temáticas en estudio.

Análisis de la negociación colectiva a nivel general y del funcionamiento específico para el Sector Salud.

El primer objetivo del estudio en la pasantía consistió en realizar una descripción de la negociación colectiva en el Sector Privado de Salud, para esto en el primer capítulo del informe se desarrolló un análisis abordando las características principales de la negociación colectiva en nuestro país recurriendo a sus orígenes, a la etapa de constitución de los Consejos de Salarios en su primera versión histórica como los institutos tradicionales y característicos de negociación colectiva en el Uruguay.

El cometido del abordaje de esta primera etapa histórica de los CCSS fue establecer las referencias y los conceptos teóricos centrales que involucran el estudio de los ámbitos de negociación colectiva en nuestro país.

Jorge Lanzaro es uno de los académicos que más ha estudiado desde la ciencia política la negociación colectiva y las relaciones laborales en nuestro país, en sus trabajos ha analizado en profundidad los escenarios que se han configurado en materia de las relaciones entre Estado, empresarios y trabajadores y los espacios de negociación colectiva tripartita institucionalmente creados en el marco del desarrollo de estos escenarios de relaciones corporativas.

Los CCSS creados por la Ley 10.449 en 1943:

Fueron método de negociación colectiva tripartita instituyéndose en la matriz de políticas de bienestar social del Estado, abriendo su rol tutelar societal al arbitraje de las relaciones capital-trabajo, a las representaciones colectivas en procesos decisorios y

gestión tripartita de bienes públicos; en modos funcionales de “coparticipación corporativa (Lanzaro, 1986).

El interés central es analizar como la creación y el desarrollo de los CCSS en su primera etapa histórica tuvo impactos políticos y económicos en las relaciones laborales y fundamentalmente en la organización y estructura del movimiento sindical uruguayo.

El funcionamiento de estos aparatos, no solo vino a inducir el desarrollo gremial, sino que contribuye también a moldear la forma concreta que este adopta: la fragmentación de los consejos, su descentralización, el código de movimientos fraccionales, la negociación sectorial y la integración “vertical”, que en estos espacios corporativos se desenvuelve, tienen una influencia grande en la configuración de la acción colectiva de los trabajadores. (Lanzaro 1986 p. 55)

Los CCSS y el diseño institucional que adoptaron estos ámbitos en su primera etapa constitutiva operaron fuertemente en delinear comportamientos en los actores, principalmente en los sindicatos, y también intervinieron fuertemente en moldear el formato que adoptó el movimiento sindical en el diseño de sus estructuras organizativas internas.

Sucede que en los hechos, los Consejos de Salarios,...fueron llamados, en la dinámica de las relaciones laborales a convertirse en un tipo de negociación colectiva y –más aún– en un instrumento promotor y conformador de la estructura sindical y de la negociación colectiva. (Ermida Uriarte, 2004, p.85)

El factor principal que incidió en la conformación de la estructura sindical es el formato que asumieron los CCSS, de una negociación concentrada por rama de actividad que eran clasificadas por el Gobierno. Este formato tuvo un efecto que operó en la conformación de federaciones o centrales sindicales agrupando sindicatos de base en función de cada rama de actividad establecidas en los CCSS. La creación de la FUS como Federación de sindicatos de base fue en función de la rama de actividad de la Salud Privada, Grupo 50 de negociación colectiva de los CCSS, posteriormente denominado Grupo 40 y lo que es actualmente el Grupo 15.

El régimen de Consejos de Salarios consolida la “estructura centralizada” de los sindicatos y de la negociación colectiva (...) También los Consejos de Salarios influirán en la vertebración de las organizaciones empresariales. La clasificación por grupos de actividad determina que los empresarios, a fin de hacer valer sus intereses sectoriales, busquen agruparse en función de los grupos de actividad clasificados; organizándose en entidades gremiales que representen a los empresarios de la rama comprendida en la

jurisdicción del Consejo de Salarios del respectivo grupo de actividad. (Informe Cuesta-Duarte. PIT-CNT, 2014, Pag.17.)

Los impactos no solo se procesaron en delinear los comportamientos y las estructuras organizativas gremiales de los actores sociales, sino también importantes impactos en lo económico a nivel del mercado de trabajo, en la masa y la estructura salarial de los trabajadores, en achicar la desigualdad salarial y mejorar la distribución de los ingresos, en aumentar la formación de los trabajadores y la cantidad de asalariados con cobertura de seguridad social.

Su impacto fue directo al permitir: a) diferenciar y racionalizar las actividades en categorías laborales mejorando las condiciones de vida de los asalariados (Barbagelata, 2008), b) un crecimiento histórico de los salarios reales (entre 1947-1950); a c) una distribución más equitativa del ingreso, reduciendo la dispersión salarial entre ramas industriales, las brechas salariales de género y entre obreros calificados y no calificados (Bértola, 2004, 2005).¹

También en esta fase constitutiva de los CCSS, el funcionamiento de estos tuvo consecuencias directas en la creación de nuevos sindicatos y el crecimiento de los existentes, por ende un incremento muy importante de los trabajadores sindicalizados, el fortalecimiento notorio del movimiento sindical, un crecimiento muy importante de la cantidad de trabajadores con cobertura de convenios colectivos y el mejoramiento general de las condiciones de trabajo.

El establecimiento de estas referencias teóricas de análisis de la negociación colectiva y los CCSS es fundamental como base para analizar la restauración de la negociación colectiva tripartita con la llegada del FA al Gobierno Nacional. No es posible entender la restauración de los CCSS en el 2005, sus implicancias en las relaciones laborales y sus impactos en los actores sociales sin tener en cuenta el recorrido histórico de la negociación colectiva en nuestro país.

La restauración de los CCSS con modificaciones a la Ley original (10.449) y la posterior creación del Sistema Nacional de Negociación Colectiva (Ley 18.566) conservan la columna vertebral del sistema original de la primera etapa constitutiva, mantiene la matriz original del sistema, por lo que para esta restauración son esperables en un plano global similares efectos. Un nuevo rol protagónico del Estado como regulador e interventor de las relaciones laborales y el mercado de trabajo, el fortalecimiento de los

¹ Recuperado de: Carracedo, Octavio Fabián (2010). La tercera etapa de los Consejos de Salarios. Las relaciones laborales en la arquitectura socialdemócrata. Monografía de Grado. UdelaR - FCS.

actores sociales y principalmente del movimiento sindical potenciando a las grandes centrales sindicales otorgándoles el monopolio de la representación de los trabajadores en la negociación colectiva.

En lo referente al plano económico también son factibles impactos similares, un crecimiento importante del salario real, una mayor equidad salarial entre los trabajadores, una mejor redistribución del ingreso y un mejoramiento general de las condiciones de trabajo.

Estrategia del MSP en la negociación colectiva del Sector Privado de Salud.

Para el análisis de la estrategia del MSP en la negociación colectiva del Sector Privado de Salud también fue necesario el establecer un breve marco teórico conceptual sobre el Sector Salud y los procesos de reformas de los Sistemas de Salud.

El núcleo del análisis en este capítulo fue la estrategia del MSP y más precisamente la estrategia llevada a cabo por la DEMPESA en la negociación colectiva en materia de transformaciones en RRHH.

Un elemento fundamental para analizar la estrategia del MSP en la negociación colectiva del Sector Privado de Salud es que esta se desarrolló en el marco de un proceso de Reforma del Sistema de Salud, una de las cinco reformas “madres” del gobierno del FA puesta en marcha a partir del 2008 con la creación del SNIS. Las políticas impulsadas por la DEMPESA en materia de RRHH a través de la negociación colectiva se dan en el marco y en función de este proceso de reforma del Sistema de Salud, estas políticas se impulsaron como piezas claves en las transformaciones procesadas por el SNIS para el mejoramiento de la calidad asistencial y el modelo de atención a los usuarios de la Salud.

Por lo tanto para abordar y comprender la concreción de una de las políticas pilares llevadas a adelante por la Reforma de la Salud como fue la reforma del Régimen del Trabajo Médico en el marco de los ámbitos de negociación colectiva fue pertinente desarrollar algunas categorías teórico conceptuales acerca de los procesos de reforma en los sistemas de salud.

Generalmente las reformas en los sectores de actividad forman parte de un paquete de reformas o de un proyecto de reformas con un carácter Nacional que buscan transformaciones y cambios con objetivos comunes en el funcionamiento de los sectores más sensibles de las sociedades.

El Sector Salud y sus procesos de reformas presentan factores comunes, condiciones necesarias para su desarrollo que están presentes en la mayoría de los procesos de

reformas. Pero por las características específicas de los sistemas de la Salud, fundamentalmente por multiplicidad de escenarios y actores que participan e intervienen en el sector, hacen de los procesos de reforma de la Salud procesos con características claramente diferentes y con especificidades propias.

Por otra parte, a diferencia de otras áreas tradicionales como la educación, el sector sanitario presenta algunas particularidades. Las organizaciones profesionales y sindicales del sector poseen un enorme poder de presión, ya que, apoyados en la complejidad de la profesión, la mayoría de los centros de atención son dirigidos y gestionados por médicos, tanto en el subsistema público como en el privado. (Fuentes, Guillermo. 2010. P. 123)

La mayor particularidad de los sectores de Salud está dada por el poder de presión tanto en el funcionamiento del sector como en los procesos de transformación que tienen y ejercen las organizaciones gremiales de profesionales médicos.

El Sector Salud en el Uruguay no es una excepción a esta regla. Como afirma también Guillermo Fuentes (2010,p. 125):

En cuanto a las organizaciones médicas gremiales, destacan tres: el Sindicato Médico del Uruguay (SMU), la Federación Médica del Interior (FEMI) y la Sociedad Anestésico-Quirúrgica (SAQ). Estas gremiales agrupan a la corporación más importante de cualquier sector sanitario del mundo – los médicos – y por lo tanto su influencia, capacidad de presión y posibilidades de actuar como jugador con poder de veto son muy importantes, y su actuación será clave para entender los acontecimientos (..)

Los procesos de reformas en la Salud no se pueden abordar ni entender sin tener en cuenta el poder de presión de las organizaciones gremiales médicas o de las corporaciones médicas, sin embargo la viabilidad o el éxito de estos procesos no se reduce solo a este factor. Hay otros factores que son cruciales para analizar los procesos de reformas en el sector Salud, factores referidos a lo político institucional de los Estados y a las particularidades del sector salud de cada país.

En este sentido, de acuerdo a Del Pino y Colino (2006), existen en la literatura especializada al menos seis condicionantes del éxito o fracaso de las reformas. Los mismos son: a) el path dependence del sector: beneficiarios, estructura de las prestaciones, mecanismos de financiación, actores que gestionan el sistema, e intereses creados alrededor del mismo; b) condicionante electoral: referido a la tendencia de los actores políticos a evitar reformas impopulares sobre todo para sus bases electorales; c)

las instituciones políticas existentes: grado de fragmentación del poder en las instituciones del sector, existencia de jugadores con capacidad de veto efectivo; d) el sistema de participación social: nivel de participación y ámbitos en que la misma se desarrolla dentro del esquema de políticas públicas; e) grado de competencia partidaria y papel de los partidos y organizaciones de izquierda: principalmente la ideología del gobierno; y f) el estilo de la reforma: el mismo variará de acuerdo al número de cambios que tenga la propuesta, si la misma es promovida en bloque junto a otras reformas o es presentada en solitario, si son impuestas o negociadas y si las mismas son resultado de exigencias o presiones – tanto internas como externas – o por el contrario son producto del convencimiento. (Fuentes, Guillermo. 2010. P. 124)

Las seis condicionantes enumeradas anteriormente son las que hay que tener en cuenta para abordar el análisis de cualquier proceso de reforma en el Sector Salud. Y en función de estas condiciones el éxito de una reforma del sistema de Salud:

Será más factible llevar adelante un proceso de reforma si se dan alguna o varias de estas condiciones: se universalizan prestaciones, los que cargan con el peso del financiamiento también reciben beneficios, hay consenso en la necesidad de reformar, hay mayorías parlamentarias, el apoyo de sindicatos y demás actores sociales, el número y variedad de temas es amplio, los procesos son más negociados que impuestos verticalmente (Del Pino y Colino 2006)

El estudio de la estrategia del MSP y sus resultados en la negociación colectiva se encausó a partir de las variables: c) las instituciones políticas existentes: grado de fragmentación del poder en las instituciones del sector, existencia de jugadores con capacidad de veto efectivo; e) grado de competencia partidaria y papel de los partidos y organizaciones de izquierda: principalmente la ideología del gobierno; y f) el estilo de la reforma.

Mediante estas dimensiones teóricas se enmarcó el análisis del tercer capítulo del informe final de pasantía, haciendo foco en mayor medida en la capacidad de veto de los actores en los ámbitos negociación colectiva y en el estilo de la reforma llevado a cabo por el MSP y más específicamente por el estilo de reforma de los regímenes de trabajo llevado a cabo por la DEMPESA en la negociación colectiva con los trabajadores médicos.

Análisis de la FUS y su negativa a la reforma del Laudo de los Trabajadores no médicos.

El comportamiento y la estrategia política de la FUS en la negociación colectiva constituye el núcleo de la investigación, más precisamente el hecho de que esta Federación de sindicatos rechazara de plano cualquier iniciativa (con mayor o menor fuerza) proveniente del resto de los actores del Sistema Privado de Salud a revisar y reformar los regímenes y horarios de trabajo establecidos en Laudo. Esta negativa ha sido permanente durante casi diez años de negociación colectiva en los CCSS del Grupo 15.

Este punto en particular constituye una problemática para la DEMPESA que genera una situación de bloqueo en materia de implementación de cambios relacionados con la organización y los regímenes de trabajo con los trabajadores no médicos, principalmente con los grupos de trabajadores no médicos que realizan su actividad laboral en las áreas asistenciales como los son el personal de enfermería y algunos grupos de técnicos no médicos.

Para abordar este punto y para llegar a tener una mejor comprensión de la temática también fue necesario recurrir a algunas herramientas teóricas que guiaran el análisis.

La negativa de la FUS a no revisar las categorías de trabajo establecidas en el Laudo desde la década de 1960 y a no discutir la modificación de la jornada laboral de seis horas refieren a la organización del trabajo, a los modos de producción que se emplean en los Sistemas de Salud.

Marcos Supervielle ha sido de los que más han estudiado los cambios en los modelos económicos de desarrollo en nuestro país, los cambios en los modos de producción que suponen estos y los impactos producidos en las relaciones laborales en los últimos 25 años.

Analiza las repercusiones del pasaje de un modelo de desarrollo económico de corte neoliberal de retiro de la intervención del Estado en la economía y en el mercado de trabajo a un modelo de desarrollo con la llegada del FA al gobierno Nacional con la vuelta del Estado como motor impulsor de las transformaciones económicas y regulador de las relaciones laborales.

A pesar de las tendencias contradictorias en las dos fases de este período – una neoliberal conservadora y otra progresista de izquierda – que orientan la economía y la sociedad, en el mismo se va conformando una configuración de relaciones laborales posfordista caracterizada por la creciente individuación de los trabajadores por un lado y por otro, el cambio de escenario para las relaciones laborales que supone la globalización tanto en la orientación hacia un mercado externo como en la penetración de las multinacionales en la sociedad uruguaya con sus culturas de trabajo y de relaciones laborales(..) cambia el sentido del trabajo, la exigencia se orienta a un trabajo más reflexivo y no repetitivo como en el modelo fordista. Y la reflexividad es un atributo

que diferencia a los individuos. Y finalmente porque las empresas crecientemente gestionan sus recursos humanos individualizándolos a través de evaluaciones de desempeño individual. Evaluaciones que tienen consecuencias en los salarios – que en parte se diferencian individualmente – y en las carreras laborales. En esta configuración posfordista se avanza a un proceso de dualización de las remuneraciones laborales e incluso, de los canales de las demandas de los trabajadores. Algunas se siguen canalizando en común a través de acciones de los sindicatos y otras se canalizan individualmente, a través de prebendas y premiaciones de distinta naturaleza. (Supervielle. 2014. P. 13)

La Salud es un sector de actividad económica que es difícil de encuadrar a partir de los clásicos modos de producción industriales como fordista o posfordista, pero como al igual que cualquier sector de actividad también se han procesado transformaciones que van en la línea de la modernización de los modos y formas de organización del trabajo acordes a las nuevas realidades de funcionamiento de los sistemas de Salud.

La reforma del trabajo médico se desarrolló en esta línea, en una modernización de los modos y formas de organización del trabajo, estableciendo un nuevo modelo de gestión del trabajo médico en el sistema de Salud donde se *“gestionan sus recursos humanos individualizándolos a través de evaluaciones de desempeño individual. Evaluaciones que tienen consecuencias en los salarios – que en parte se diferencian individualmente – y en las carreras laborales”*. La reforma del trabajo médico transforma notoriamente la forma de gestionar los recursos humanos médicos, sus elementos centrales son la:

Ampliación o adecuación de la carga horaria para mejorar la calidad asistencial, concentrando el empleo; (...) redimensionamiento de la actividad médica con la finalidad de exceder la atención directa al paciente; (...) cambio en la forma de pago, combinando una proporción de salario fijo con otro variable. Para el primer nivel de atención el pago variable se realizará a través del cumplimiento de indicadores con respecto a una población de referencia. ²

En la reforma del trabajo médico se busca una actividad laboral médica más reflexiva, evaluando a los trabajadores por sus conocimientos específicos y por sus carreras laborales y promoviendo la individuación del trabajador y no la uniformización del trabajador, estableciendo remuneraciones diferenciadas según especialidad médica y según las áreas asistenciales, y pagos variables en función del cumplimiento de metas asistenciales.

² Informe Consejos de Salarios 2010. Departamento Mercado de Trabajo. División Desarrollo de Recursos Humanos en Salud. MSP.

En la reforma del trabajo médico se da claramente *“un proceso de dualización de las remuneraciones laborales e incluso, de los canales de las demandas de los trabajadores”*.

Los canales de las demandas de los trabajadores médicos se dan a través del SMU mayoritariamente y se camina paralelamente hacia un proceso de canalización de demandas más particular, mas corporativo, donde se reclama por especialidad médica a través de las sociedades de profesionales médicos las cuales gestionan en los ámbitos de negociación colectiva sus demandas *“a través de prebendas y premiaciones de distinta naturaleza”*.

La reforma del trabajo no médico que hasta ahora ni siquiera se ha logrado empezar su discusión se impulsaría a groso modo con las mismas líneas de acción con que se procesó la reforma del trabajo médico.

Introduciendo por ejemplo en los regímenes de trabajo de Enfermería y de algunos grupos de Técnicos no Médicos elementos como: formas de pago variable, ampliación de la carga horaria, remuneración en función de metas (productividad) y en función de áreas asistenciales donde se trabaje.

La FUS a lo largo de este trayecto histórico reciente ha resistido y ha rechazado firmemente la introducción de estas formas de organización y remuneración del trabajo que hacen a los nuevos modos de producción de los Sistemas de Salud, actuales modos de organización del trabajo que se desarrollan en los procesos de Reforma de Salud y que se impulsan en la Reforma de la Salud Uruguay con los trabajadores médicos.

La introducción de estos cambios sustantivos en la forma de organizar el trabajo significaría la modificación de la jornada laboral de seis horas por día y la modificación y el redimensionamiento de las categorías de trabajo establecidas en el Laudo, no discutibles e intocables para la FUS.

Las razones de esta resistencia a los cambios por parte de la FUS se pueden hallar en los impactos que suponen estas transformaciones para la acción colectiva de los trabajadores a través de la negociación colectiva y en la organización interna del movimiento sindical.

El crecimiento sindical también generó como forma novedosa una tendencia corporativa organizada linealmente en torno a las reivindicaciones salariales –que aunque no es el único frente fue central en los Consejos- que vino a desbordar las tradicionales orientaciones sindicales de izquierda que venían del pasado. Esta orientación no solamente está en las bases de los recién afiliados, en donde la dirigencia más tradicional tiene poca ascendencia, sino que llega a liderar algunos sindicatos, creando en algunos casos divisiones internas, aunque no llegan a pesar en la estructura general de responsabilidad a nivel de la central sindical. La tradición de tolerancia de las tendencias

hegemónicas del sindicalismo hacia su propio interior, llevaron a que estas tendencias corporativas no sean reprimidas ni sean combatidas abiertamente, sino que se ha buscado formas de diálogo y de encausamiento. (Supervielle. 2014. P. 13)

En este sentido la introducción de nuevas formas de organización y remuneración del trabajo pueden generar impactos en las formas en que canalizan sus demandas los trabajadores en la negociación colectiva, que se promueva una “*tendencia corporativa organizada linealmente en torno a las reivindicaciones salariales*”. Que se “abra la puerta” hacia una tendencia creciente de individuación del trabajo donde se introduzcan elementos que incentiven la competencia por premios salariales entre los trabajadores o entre grupos de trabajadores, lo que posiblemente implicaría la promoción de los corporativismos y los particularismos entre los trabajadores no médicos en detrimento de la unidad sindical, proceso que se está dando en cierta medida con las organizaciones gremiales que representan a los profesionales médicos.

Por lo que el fuerte y permanente rechazo de la FUS a la discusión de la reforma del Laudo no médico en la negociación colectiva de los CCSS es en oposición al surgimiento de corporatismos dentro de la interna de las FUS que pudieran significar el inicio de un camino hacia la descentralización en la negociación colectiva. Hacia un formato de negociación que negocie por separado cada actividad específica de trabajo o por grupos de trabajadores diferenciados por su profesión o por el área donde trabajan (licenciadas en enfermería, enfermeros, técnicos no médicos, administrativos, oficios) y que estos grupos reivindiquen espacios propios de negociación colectiva en desdén de la representación centralizada y unificada en una sola central sindical como la FUS.

V. Resumen del Informe Final de Pasantía Presentado a la DEMPESA.

Ya establecidos el marco metodológico y las referencias teóricas que guiaron el estudio se presentará a continuación un resumen del informe final entregado como producto total realizado durante el trabajo en la pasantía educativa en el MSP.

Titulo:

La Negociación Colectiva en el Sector Privado de la Salud en el Uruguay. Periodo 2005- 2014. Análisis y abordaje desde la Ciencia Política.

Capítulo 1: La Negociación Colectiva y los Consejos de Salarios en el Uruguay.

En este primer capítulo el objetivo consistió en abordar la temática de la negociación colectiva en un plano general para establecer las características principales de los ámbitos de negociación colectiva en nuestro país, el Sistema Nacional de Negociación Colectiva y los Consejos de salarios.

En el primer punto del capítulo se elaboró un panorama general de la historia de la negociación colectiva y de los Consejos de Salarios en nuestro país.

La finalidad de esta introducción fue establecer la relevancia notoria que tienen y han tenido los ámbitos de negociación colectiva que se han desarrollado en varias etapas históricas en el Uruguay, un recorrido histórico intermitente con presencias y ausencias prolongadas y con repercusiones trascendentales en cada etapa en las relaciones laborales y en el sistema político global.

Como el núcleo central del estudio es la negociación colectiva y movimiento sindical del Sector Privado de Salud el objetivo fue focalizar el análisis en las implicancias y las repercusiones de la negociación colectiva en el funcionamiento y configuración de las relaciones laborales y principalmente en el movimiento sindical.

Como ya señalamos en las referencias teóricas el formato que adoptaron los CCSS en su fase constitutiva (1943-1966) constituyó el factor principal que incidió en la conformación de la estructura sindical, un formato de negociación colectiva concentrada por rama de actividad. Este formato tuvo un efecto que operó fuertemente en la conformación de federaciones o centrales sindicales agrupando sindicatos de base en función de cada rama de actividad establecidas en los CCSS. Los impactos además de operar en las estructuras organizativas y en el comportamiento del movimiento sindical lo hicieron también en promover notoriamente la expansión de los sindicatos. Operaron en aumentar el peso de la masa salarial de los trabajadores en relación a los ingresos totales de la economía e intervinieron en modificar la estructura salarial de los trabajadores, principalmente en achicar la desigualdad salarial y mejorar la distribución de los ingresos, y también hubo un importante efecto en el mejoramiento de la formación de los trabajadores y en el aumento notorio de la cantidad de asalariados con cobertura de seguridad social.

Por otro lado la ausencia de la negociación colectiva tripartita principalmente en la etapa denominada como *desreguladora* entre 1990 y 2005 por el contrario tuvo impactos muy negativos para el movimiento sindical en todas sus dimensiones.

La cantidad de trabajadores sindicalizados cayó significativamente de 236.640 afiliados cotizantes en el Congreso del Pit-Cnt de 1987 a casi la mitad 126.200 en el Congreso de 1996. Esta caída es mucho más notoria en el sector privado de la economía, de 121.689 afiliados cotizantes en 1987 a 43.500 en 1996, la caída fue de casi dos tercios. Para el sector público hubo un descenso importante pero no de tal magnitud, de 114.951

afiliados contizantes a 82.700 para los mismos años, poco más de un tercio de pérdida de afiliados. (Fuente: Superville y Quiñónez 2003)

También la cantidad de trabajadores con cobertura de convenios colectivos descendió drásticamente, de un 95% con cobertura al final del periodo anterior a tan solo un 20% en este periodo, con un incremento del salario real de un 26,7 % a tan solo un 7,2% de incremento respectivamente. (Fuente: Olesker, 2004).

Queda en evidencia que la ley de los Consejos de salarios era una fuerte herramienta de apoyo a la negociación colectiva y de forma indirecta a la consolidación, desarrollo e institucionalización de la estructura organizativa de los sindicatos. (Senatore, 2007. Pag. 7)

La ausencia de los Consejos de Salarios significó la pérdida de una de las herramientas fundamentales del movimiento sindical para la conquista de sus reivindicaciones y también repercutió muy negativamente junto con otros factores coyunturales en los salarios y en las condiciones de trabajo de los asalariados.

La crisis económica del 2002 profundizó el escenario negativo que se venía arrastrando desde principios de la década anterior. Se dejaron de convocar a los CCSS en todos los sectores y no hubo ajustes salariales hasta el fin del periodo.

Los trabajadores perdieron en el entorno de 30% de salario real, desempleo histórico del 20%, el movimiento sindical siguió perdiendo afiliados (la mitad en 15 años) y las reivindicaciones más que nunca fueron por conservar la fuente de trabajo dejando en segundo plano las reivindicaciones salariales y de condiciones de trabajo.

1.1- Primer Gobierno y segundo Gobierno Nacional del Frente Amplio, 2005-2014. De la Restauración Tripartita Ampliada al Sistema Nacional de Negociación Colectiva.

En esta nueva etapa histórica en materia de relaciones laborales y negociación colectiva con la llegada del FA al Gobierno Nacional acontecen un número muy importantes cambios y transformaciones que fueron descriptas y analizadas detalladamente en el Informe Final. A continuación se presentará los elementos más relevantes sucedidos en esta etapa en relación a los objetivos del estudio realizado.

El FA al inicio de su primer Gobierno Nacional impulsa una estrategia de intervención en el mercado de trabajo con dos frentes claramente definidos, uno de ellos referido a la legislación laboral con la elaboración y aprobación de casi 40 leyes de derechos laborales individuales y a derechos colectivos. El otro gran frente lo constituye la vuelta a la negociación colectiva tripartita con la restauración de los CCSS, manteniendo su

matriz original de funcionamiento en el marco de la Ley vigente de negociación colectiva 10.449, a la cual se le realizaron importantes modificaciones. La nueva versión ampliada de los CCSS, establece un nuevo diseño institucional de cuatro niveles de negociación: Nivel Macro, Superior, Medio y Base.

El Nivel Macro: el Compromiso Nacional para el Empleo (CNE) con un carácter más de diálogo social y concertación estratégica entre los actores que de negociación colectiva. En el Nivel Superior se crearon tres nuevos ámbitos de negociación colectiva: el Consejo Superior Tripartito (CST), el Consejo Tripartito Rural (CTR) y el Consejo Bipartito para el sector público (CB). El nivel Medio son los tradicionales CCSS por rama de actividad y el nivel Base para la negociación colectiva bipartita a nivel de empresas. Más allá de estos cambios trascendentales en el diseño de los ámbitos de negociación la restauración de la negociación colectiva tripartita mantiene su estructura base de organización y funcionamiento, principalmente a lo referido al papel de los actores.

La reglamentación específica vuelve vigorizar a las centrales únicas o federaciones que agrupan sindicatos de base por rama de actividad, designándolas el Estado de manera casi directa como las legítimas para la negociación colectiva en cada sector, y a la vez fortaleciéndolas favoreciendo la absorción de los sindicatos de base que surgen en los subgrupos creados a partir de la restauración ampliada de los CCSS.

La norma establece que 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 cotizantes³ 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.

La posterior creación de las Leyes 18.508 (Sector Público) y 18.566 (Sector Privado) con la constitución de un nuevo Sistema Nacional de Negociación Colectiva no modifican estos aspectos centrales del sistema y ratifican el protagonismo de los actores sociales, otorgándole al Pit-Cnt y a las grandes centrales sindicales conformadas por rama de actividad el monopolio de la representación de los trabajadores en los CCSS. En materia de cambios institucionales en los actores gubernamentales el MTSS y el MEF adquieren una relevancia sustancial en su intervención en las relaciones laborales y en la política salarial, no solo con respecto a los 15 años anteriores sino también a las anteriores etapas históricas de los CCSS.

³ Los afiliados cotizantes de los sindicatos son aquellos que están afiliados y además tienen la cuota sindical al día, la que les es descontada directamente de su sueldo.

En el presente, el gobierno tiene mayor incidencia con los CCSS en su gestión de gobierno. A través del MEF, establece el período de negociaciones (rondas), donde se presentan las “pautas” (modelos de convenios), de recuperación salarial (porcentajes, plazos, correctivos), de acuerdo a metas macroeconómicas (contención inflacionaria), que serán informadas por el MTSS, al Pit-Cnt y las cámaras empresariales.

El uso del decreto y la inclusión de “pautas”, le otorgan al Poder Ejecutivo un mayor control político y económico del sistema de negociación (Ermida, 2004, 2008; Rodríguez et al. 2007).⁴

El gobierno del FA como parte intrínseca de su estrategia fortaleció al MTSS como organismo rector de las relaciones laborales, dotándolo de mayor poder de iniciativa y autonomía de acción ante el sistema político, respecto al MEF su incidencia no es de directa participación en las negociaciones, pero lo es estableciendo las pautas por las cuales se van a desarrollar las negociaciones, “marcando la cancha”, determinando los límites de los ajustes salariales y los tiempos de la negociación.

El gobierno del FA buscando la reinstitucionalización del tripartismo y el equilibrio de fuerzas entre los actores (después de casi quince años de ausencia de los CCSS) atendió fundamentalmente a los reclamos del movimiento sindical que había sido el actor más perjudicado por las políticas de los gobiernos anteriores. En función de esto la recuperación del salario real de los trabajadores fue el eje central de las tres primeras Rondas de negociación, se puso el énfasis en el crecimiento diferencial mayor a los salarios más sumergidos de cada sector.

Pero a partir de la cuarta y la quinta Ronda los CCSS fueron adquiriendo progresivamente un carácter netamente económico, convirtiéndose los CCSS una vez afianzado el sistema de negociación colectiva en un claro instrumento de política salarial y distributiva del ingreso cada vez más ajustado a la política macroeconómica.

El resultado general para el periodo fue una caída importante de la desigualdad salarial y los salarios más bajos fueron los que más crecieron, la paridad salarial a la interna general de los sectores de actividad fue también otra de las resultantes del desarrollo de las negociaciones, a nivel de la estructura salarial de los trabajadores “se optó por achatar la pirámide”. (Informe Cuesta- Duarte. Pit-Cnt. 2014. Pag.73) Aquí operó el efecto de la centralización en la negociación colectiva, promoviendo la nivelación salarial

⁴ Recuperado de: Carracedo, Octavio Fabián (2010). La tercera etapa de los Consejos de Salarios. Las relaciones laborales en la arquitectura socialdemócrata. 2010. Monografía de Grado. Udelar – FCS. Pag.55.

global de los asalariados tratando de evitar el desprendimiento salarial de los trabajadores más calificados por encima de los menos calificados.

En un plano general podemos analizar que los CCSS con la restauración ampliada tuvieron un comienzo con un carácter más político, de espíritu republicano, de concertación estratégica y dialogo social entre el gobierno y los actores sociales con la creación de los niveles Macro y Superior de negociación.

La restauración de los CCSS y las reformas al sistema posteriores tuvieron efectos directos en el conjunto de los trabajadores y por sobre todo en el movimiento sindical, efectos notoriamente buscados por el gobierno.

Conociendo el desarrollo histórico de la negociación colectiva en nuestro país la restauración de los CCSS contenía en sus metas el fortalecimiento del actor sindical y la recomposición de sus estructuras ya constituidas pero fuertemente debilitadas en los periodos anteriores.

El Gobierno del FA reedita así la negociación colectiva tripartita potenciándola y ampliándola, y se reeditan a nivel global sus impactos en el mercado de trabajo y fundamentalmente en el movimiento sindical.

El carácter neo-corporativo de los CCSS en el que el gobierno designa los actores con los que va a negociar, adjudica a estos una legitimidad muy importante en el sistema económico como el político, a ambos “le reotorgan: status de actor sociopolítico, atributos de poder, de representación y representatividad” (Carracedo. 2010. Pag. 59).

Estos últimos diez años de negociación colectiva tripartita y de abundante nueva legislación laboral en favor de los trabajadores volvieron a darle protagonismo al movimiento sindical, expandiéndolo y fortificándolo, no solo sin ver lesionadas sus características identitarias sino siendo estas aún más afianzadas.

Las raíces de ideología clasista, la autonomía organizacional como actor social y por sobre todo la unidad, fueron características que se mantuvieron plenamente vigentes y a su vez fueron vigorizadas en este periodo.

El FA siguiendo los canales tradicionales e históricos de los procesos políticos reformistas del Uruguay de la idea del “vino nuevo en odre viejo” mantuvo la matriz original de la fase constitutiva de los CCSS con sus pilares excluyentes de la centralización por rama de actividad en la negociación colectiva y del carácter neo-corporativo de las relaciones laborales reafirmando el *status quo* de los actores, e incorporó nuevos ámbitos institucionales de negociación y nuevas regulaciones que no cuestionaron esta estructura clásica sino que más bien la afianzaron.

El movimiento sindical emergió beneficiado, fortalecido e identificado con este modelo de relaciones laborales y de negociación colectiva, el cual defiende y al cual se aferra, dado que es un modelo que afianza y promueve aún más la unidad del movimiento

sindical y el status de actor protagonista de las relaciones laborales y del sistema político.

Capítulo 2 - La Negociación Colectiva en el Sector Salud del Uruguay.

La negociación colectiva en el Sector Salud se organiza y desarrolla en función de la forma en que se estructura el mercado de la Salud.

El mercado de Salud en el Uruguay se divide en dos grandes sectores: Sector Público y Sector Privado. Es en función de estos dos grandes sectores que la negociación colectiva se organiza, funcionando por separado para cada sector y convocándose por separado a los trabajadores de cada sector.

Por otro lado el sector Salud presenta dos grandes grupos trabajadores, definidos y diferenciados por su formación profesional universitaria: trabajadores médicos y trabajadores no médicos, constituyéndose dentro de un mismo sector de actividad dos mundos de trabajadores bien diferenciados.

Estas características determinantes hacen del sector de la salud un sector de actividad atípico en materia de negociación colectiva en comparación con el resto de los sectores de la actividad económica.

Dos grandes sectores de prestación de servicios de salud, dos grandes grupos de trabajadores, representados por tres grandes organizaciones gremiales. Un gran empleador en el Sector Público: el Estado y varios empleadores nucleados en cámaras empresariales en el Sector Privado configuran al Sector Salud como una “arena” de múltiples escenarios de negociación colectiva donde participan múltiples actores.

No es posible abordar un análisis de las relaciones laborales del Sector Salud sin tener en cuenta estas dimensiones, que lo complejizan como objeto de estudio por la heterogeneidad de los actores que lo conforman y por las características específicas que lo distinguen como sector de actividad del resto de los sectores.

Estructura general de la negociación colectiva para el Sector Público y Privado de la 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	Gremios médicos	SMU, FEMI, SAQ	SMU
	Gremios no médicos	FFSP	FUS

negociación colectiva	Gobierno	ASSE	MTSS, MSP, MEF
	Empleadores	ASSE	Cámaras empresariales de las IAMC. Montevideo e Interior.

Fuente: La Política Salarial en el Sector Salud. El caso uruguayo. 2014. Buffa, C; Cárpena. C y Pradere, G. DEMPESA /DIGESNIS/MSP.

El elemento más característico de la estructura general de la negociación colectiva en el Sector Salud es la existencia de dos grandes ámbitos separados de negociación colectiva, uno para el Sector Público y otro para el Sector Privado.

Esta división, conlleva particularmente para el sector Salud impactos negativos importantes, fundamentalmente en lo referido a objetivos de políticas sanitarias asociadas a las políticas de recursos humanos en la salud.

En el entendido que los trabajadores son el recurso productivo esencial de los sistemas de salud, y por ende la forma en que los mismos se organicen impacta directamente en la atención de salud de la población y en la calidad de la misma.

Al haber dos ámbitos separados de negociación colectiva para públicos y privados se generan obstáculos para la implementación de políticas de recursos humanos uniformes para todo el sector.

Esto redundaría 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)

Además de la gran división entre Sector Público y Privado en el escenario de la Negociación Colectiva del Sector Salud se dan otras dos grandes separaciones, una la existencia de dos grandes grupos de trabajadores médicos y no médicos, y la otra a nivel geográfico en el Sector Privado, con los trabajadores médicos se da la separación en la negociación de los convenios entre Montevideo y el Interior del país.

El resultado es un alto nivel de fragmentación en la negociación colectiva del sector, múltiples ámbitos, múltiples actores, varios frentes de negociación para el Poder Ejecutivo y para el MSP.

Esta fragmentación genera 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 Salud.

Los impactos negativos se manifiestan en la existencia de una competencia no deseada en la demanda de trabajadores entre sector público y privado, repercutiendo en la calidad asistencial de los prestadores, e introduciendo rigideces para el desarrollo y planificación de políticas globales de recursos humanos por parte del MSP en el marco de la puesta en marcha del SNIS.

La característica más notoria que domínale escenario de la negociación colectiva en el Sector Salud es la fragmentación, configurándose varios ámbitos de negociación colectiva dentro de un sistema de salud que pretende en primer lugar consolidarse como sistema, y en segundo ser nacional e integrado.

2.1 - La Negociación colectiva en el Sector Privado de Salud.

El sector privado es el de mayor magnitud del sistema de salud, las IAMC (Mutualistas) son los mayores prestadores de servicios integrales de salud y el Sector entero emplea al 63% de todos los trabajadores de la Salud.

Brindan cobertura integral a 1,961,083 personas, representando 57% del total de los afiliados del país. (...) En su conjunto cuentan con 45,575 trabajadores de los cuales 23% son médicos, 29% es personal de enfermería, 15% son Técnicos No Médicos y 33% corresponden a Administrativos, Servicios y Oficios. (Buffa. Cárpena. Pradere., 2014, p. 11)

La negociación colectiva en el Sector Privado de Salud es tripartita y se desarrolla en el marco de la Ley Nacional de Negociación Colectiva, Ley 18.566.

El Grupo 15 de los CCSS es el que corresponde a la salud privada y se organiza de la siguiente manera:

Grupo 15: Servicios de salud y anexos.⁵

Subgrupos: - Salud General.

- Servicios de Acompañantes.
- Ambulancias que realizan traslados de pacientes sin asistencia.
- Casas de Salud con Fines de Lucro.

⁵ Pagina Web del MTSS. <http://www.mtss.gub.uy/web/mtss/servicios-de-salud-y-anexos>

- Casas de Salud sin fines de Lucro.

El subgrupo de mayor magnitud y relevancia del grupo es Salud General, es el que corresponde a los trabajadores médicos y no médicos de las IAMC y a los de los Seguros Médicos Privados, los otros subgrupos fueron creados e incorporados con la restauración de los CCSS del primer Gobierno Nacional del FA y comenzaron a funcionar ya partir de la primera Ronda del 2005.

Los actores que participan en la negociación colectiva en el Grupo 15 para el subgrupo Salud General son: Por el PE el MTSS como autoridad de gobierno en materia de relaciones laborales, el MEF de manera indirecta estableciendo las pautas y márgenes de la negociación salarial, y el MSP como autoridad máxima gubernamental en materia de políticas sanitarias.

Las Competencias de los CCSS son:

- 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 histórica y actual de lo Salarial en el desarrollo de los CCSS.

Respecto a la reglamentación y el funcionamiento de la negociación colectiva:

- 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.

2.2- Funcionamiento del Ámbito de negociación colectiva para el MSP.

El MSP participa en este subgrupo desde la 3ra. Ronda de los CCSS, la incorporación del MSP a la negociación colectiva se da en el marco de la implementación de la reforma

de la salud con la creación con Sistema Nacional integrado de Salud (SNIS). El área responsable que participa y representa al MSP en los CCSS es la Dirección General del Sistema Integrado de Salud (DIGESNIS) a través de la División Economía de la Salud hasta el 2010 ya partir del 2010 participa también la División de Evaluación y Monitoreo del Personal de la Salud (DEMPESA), que también está en la órbita de la DIGESNIS con su Departamento de Mercado de Trabajo en Salud.

El Objetivo General del MSP en la negociación colectiva del Sector Privado es 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 más importante del sector salud: los trabajadores de la Salud.

El MSP asume un nuevo rol en la Negociación Colectiva del sector con la puesta en marcha de la Reforma de la Salud y la creación del SNIS en el 2008, un rol protagonista con vistas a incidir en los resultados de la negociación colectiva en función de las metas de la Reforma.

Los objetivos específicos de la participación MSP en la Negociación Colectiva se centran en dos grandes ejes de temas.

El primer eje y el principal es el Eje Salarial, eje temático de competencia principal de la División Economía de la Salud cuya misión es la intervención en la política salarial del Sector Privado con el control de los incrementos Salariales como instrumento de control de los 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. (Jerarca del MSP, comunicación personal, 30 de abril de 2015).

Los ajustes salariales dependen en gran medida de la decisión del MSP por lo que este elemento erige al MSP en un actor protagonista en el funcionamiento de la discusión y negociación salarial.

El otro gran eje temático es lo No Salarial, área de trabajo donde interviene la DEMPESA con los objetivos de:

- 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.

2.3- Incidencia del MSP en la Negociación Colectiva.

El MSP a nivel de la negociación salarial en los CCSS en el transcurso de los dos periodos de gobierno ha tenido mucho mayor capacidad de incidencia en relación a los temas no salariales que comprenden las condiciones y los regímenes de trabajo.

El rol que cumple el MSP en términos de los ingresos de las Instituciones, el tema del ajuste de cuota y de las capitas 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, más allá que formalmente el MSP no esté. (Jerarca del MSP, comunicación personal, 30 de abril de 2015).

En lo No Salarial es menor la capacidad de incidencia, habiendo un margen para la configuración de escenarios de bloqueos de políticas en materia de condiciones y regímenes de trabajo en el desarrollo de las negociaciones. La norma en materia de lo no salarial establece garantías hacia los actores sociales en función de que solo pueden introducirse modificaciones a los regímenes de trabajo si hay acuerdo entre 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 regímenes 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.

2.4- Desarrollo de las Rondas de Negociación y los Convenios celebrados.

Para el Informe Final se elaboraron una serie de cuadros de textos que resumen con claridad el desarrollo y los resultados de la negociación colectiva para los dos últimos periodos de gobierno. Los dos primeros cuadros contienen los elementos más importantes del desarrollo de las sucesivas Rondas de CCSS del Grupo 15 y el tercer cuadro resume y compara los avances en la negociación colectiva entre los trabajadores médicos y no médicos. El

primer cuadro contiene el desarrollo de los convenios celebrados en lo referente a lo Salarial y el segundo cuadro en lo referente lo No Salarial. Como el foco de este trabajo académico estuvo puesto en el eje temático de lo No Salarial y específicamente en la modificación de los regímenes de trabajo a continuación se presentará un cuadro que resume la evolución de los convenios en referencia a la transformaciones de los Laudos que regulan la actividad de los trabajadores del Sector Privado de Salud, los dos cuadros analíticos completos se incluirán en el apartado anexo.

Evolución de los Convenios Colectivos del Grupo 15 Contenidos No Salariales 2005-2015

	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.
Modificación del Laudo	No apertura de	No apertura De	Sin Planteos En	Sin avances. Rechazo	Creación de nuevas Categorías	Creación De comisión	-Reforma, implementación

Vigente	discusión sobre modificación del Laudo Médico ni no Médico.	discusión sobre Modificación del Laudo Médico ni no Médico.	Negociación del Convenio sobre modificación del Laudo no Médico por parte de actores.	tajante de FUS ante propuesta de FEMI de introducir la Multifunción y extender jornada laboral a Ocho Horas en el Interior.	de trabajo y persistente negativa de FUS a discutir la revisión del Laudo vigente.	Tripartita Para Discusión de nuevas categorías de trabajo no contempladas en el Laudo en el marco del SNIS. -No Revisión del Laudo.	del Nuevo Laudo Médico durante el periodo. Reforma Clave efectuada a través de la negociación colectiva en el marco del SNIS.
----------------	---	---	---	---	--	---	---

Se identifican dos grandes etapas en la evolución de los convenios, una etapa inicial para el primer periodo de gobierno de restauración del tradicional sistema de negociación colectiva, de reacomodamiento de los actores y básicamente de recuperación salarial.

La otra gran etapa marcada para el segundo periodo de gobierno, ya consolidado el nuevo sistema de negociación colectiva, con un rol más protagonista del PE en los contenidos de las negociaciones con el impulso de transformaciones en el plano de la organización y los regímenes del trabajo.

En los diez años de negociaciones se celebraron 5 convenios para el personal médico con el SMU y 6 convenios para el personal no médico con la FUS.

En el primer periodo de gobierno la negociación se realizó de manera conjunta para los médicos y los no médicos con el SMU y la FUS. A partir del segundo periodo de gobierno, de la cuarta Ronda las negociaciones, empezaron a funcionar por separado la negociación para médicos y no médicos, es así que se celebra para los médicos un convenio a largo plazo de cinco años para todo el periodo de gobierno.

Por el lado de los trabajadores no médicos se celebran en el periodo dos convenios el primero a dos años y el segundo de tres años a partir de la quinta Ronda desde el 2012 al 2015.

En cuanto a la duración de los convenios se observa una evolución ascendente en la extensión de la vigencia de estos y observa la diferenciación clara entre las dos etapas. Los tres primeros convenios fueron a 12 meses y los dos últimos del primer periodo a 24 meses, para el segundo periodo los convenios tuvieron una duración de dos años y tres años para la FUS y de cinco años para el SMU.

Respecto a la participación de los actores en el desarrollo de las Rondas, para los dos primeros convenios la conformación fue la tradicional tripartita: gobierno (solo MTSS) empresarios y trabajadores. En la tercera Ronda se incorpora el MSP como otro actor del PE diferenciado del MTSS en el marco de la Reforma de la Salud con la creación del SNIS, a partir de la participación del MSP las temáticas de las negociaciones tuvieron un vuelco hacia lo no salarial y lo salarial dejó de ser casi lo exclusivo.

La necesidad de revisar y reformar el Laudo del trabajo médico como una política vital para la instrumentación de nuevo modelo asistencial en el marco de la implementación del SNIS fue el tema central introducido por el MSP fundamentalmente a partir del segundo periodo de gobierno a partir de la quinta Ronda.

La reforma del Laudo Médico se acordó con la celebración de un convenio largo a cinco años con los médicos en la quinta ronda y a partir de la sexta ronda empezó a efectivizarse.

El desarrollo de los contenidos no salariales en las sucesivas Rondas también muestra una evolución, una tendencia hacia una mayor participación de los contenidos no salariales en las negociaciones hacia el segundo periodo de gobierno.

La recuperación salarial fue el eje central del primer periodo de gobierno y de los primeros cuatro convenios para los trabajadores tanto médicos como no médicos, lo no salarial tuvo una participación marginal en las primeras cuatro rondas.

En el estudio del recorrido los convenios analizamos que en lo salarial hubo un gran nivel de acuerdo entre los actores, en la recuperación salarial general y en la recuperación mayor diferencial para los salarios más sumergidos, esto para el primer periodo de gobierno, para el segundo periodo el nivel de acuerdo fue menor pero los ajustes e incrementos salariales se laudaron por consenso.

Por otro lado en lo referente a la revisión de los regímenes de trabajo y de las categorías de trabajo establecidas en el Laudo, puntos en los cuales las IAMC intentaron avanzar con los trabajadores no médicos, la FUS bloqueó estos intentos sin siquiera dar margen a abrir la discusión.

Por el lado de los trabajadores médicos en el segundo periodo de gobierno se concretó la revisión y posterior reforma del Laudo de trabajo constituyéndose en el mayor éxito logrado en materia de recursos humanos en la negociación colectiva a lo largo de los dos periodos de gobierno.

2.5- Análisis comparado de los resultados de la negociación colectiva entre Trabajadores Médicos y No Médicos.

El punto de inflexión más importante en la negociación colectiva del Sector Privado de salud en los dos periodos de gobierno es la separación de los ámbitos de negociación entre médicos y no médicos a partir del 2010, celebrándose convenios de trabajo por separado para estos dos grandes grupos de trabajadores dentro de un mismo sector de actividad.

La implementación de la reforma del Laudo de trabajo médico se desarrolla a partir de esta separación de los ámbitos de negociación, la reforma del Laudo médico es el eje central del convenio celebrado a cinco años entre el SMU, las IAMC y el PE.

Por el lado de los no médicos no existieron avances en la revisión del Laudo de trabajo vigente desde 1965, la FUS no accedió a abrir la discusión, solo se acordaron la creación de nuevas categorías de trabajo necesarias para la realidad del mercado de trabajo actual en la salud.

En materia del régimen de trabajo del personal no médico, el cambio más significativo fue el cambio de forma de fijación de los días libres rotativos para los trabajadores no médicos de las áreas asistenciales como la enfermería y algunas categorías de los técnicos no médicos, se redujo en un día los días continuos de trabajo, pasando de 5 días y 1 de descanso a 4 días seguidos y 1 de descanso.

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

	Personal Médico SMU	Personal No Médico FUS
Negociación Colectiva	<ul style="list-style-type: none"> • Conjunta con no médicos periodo 2005-2010 • Exclusiva para personal Médico periodo. 2010-2015 	<ul style="list-style-type: none"> • Conjunta con médicos periodo 2005 • 2010 • Exclusiva personal no Médico periodo 2010-2015
Reforma del Laudo de Trabajo.	<ul style="list-style-type: none"> • Impulsada y acordada en fines del periodo 2005-2010. • Constituida y desarrollada durante periodo 2010-2015. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sin avances. • Situación estática. Bloqueo FUS a revisión de categorías establecidas en el Laudo vigente (1965). • Solo Creadas nuevas categorías de trabajo.
Forma de Pago de Salarios	<ul style="list-style-type: none"> • Modificada con reforma del Laudo de trabajo Médico a partir del 2010. • Mixta y Flexible: pago fijo + pago 	<ul style="list-style-type: none"> • No modificada durante todo el periodo. • Rígida. Salario fijo Mensual por cumplimiento de horario.

	<p>variable por procedimiento</p> <ul style="list-style-type: none"> Interior: pago fijo con excepciones en algunos departamentos que se paga similar a Montevideo. 	
<p>Inclusión de objetivos de la política sanitaria en la política Salarial - laboral.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Avance Notorio. Reforma del trabajo médico en el Sector Privado para mejorar la calidad de atención y transformar el modelo asistencial. 	<ul style="list-style-type: none"> Sin Avances Notorios. No reforma del Laudo no médico.
<p>Convergencia de los regímenes de trabajo entre Sector Privado y Sector Público.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Reforma del Laudo médico en ambos sectores con mismos objetivos y líneas de acción en el marco del impulso del SNIS. Objetivo central: logro de un Laudo único médico nacional. 	<ul style="list-style-type: none"> Sin convergencia entre los regímenes de trabajo del personal no médico entre Sector Privado y Público. Sin avances sustanciales en todo el periodo.

El cambio del régimen de días de descanso para los no médicos es catalogado como una conquista lograda por la FUS pero no tuvo mayor relevancia para el MSP, según el organismo este cambio no introduce un avance significativo que redunde en una mejoría del modelo de asistencia a los usuarios.

Respecto a las formas de pago de los salarios, con la modificación del régimen de trabajo de los médicos se modificó la forma de pagos a estos, resultando la nueva forma mixta y flexible, estableciéndose un pago de salario fijo y adicionando un pago variable por procedimiento.

Para el personal no médico al no haber modificaciones en el régimen ni en los horarios de trabajo la forma de pago se mantuvo igual con el tradicional sistema de salario fijo mensual por cumplimiento de horario.

En lo referido a los dos últimos puntos del cuadro, la reforma del Laudo médico constituyó un avance notorio en la articulación de la política sanitaria y la política salarial y de recursos humanos en el Sector Privado de salud.

Esta reforma corrió por los mismos carriles para el Sector Público, convergiendo los nuevos regímenes del trabajo médico en ambos sectores, equiparándose los niveles salariales, estableciéndose formas de pago similares con un salario fijo y otro variable en función de la especialidad médica y el área de trabajo, y aunque persistan diferencias y desigualdades, la reforma del trabajo médico en ambos sectores constituyó un avance importante en el objetivo del logro de un Laudo único nacional de trabajo médico.

Este objetivo de un Laudo médico único nacional es estratégico para el MSP para combatir las desigualdades salariales y de las condiciones de trabajo entre un sector y

otro, y por encima de este objetivo se busca una meta mayor de reducir las inequidades importantes persistentes en la calidad de la asistencia entre ambos sectores.

Para el personal no médico del sector privado el MSP no logró avanzar en la articulación de la política sanitaria con la política de recursos humanos, no pudiendo introducir cambios ni en el régimen de trabajo, ni en el redimensionamiento de las tareas en cada categoría de trabajo ya establecidas en el Laudo, ni en los horarios y tampoco en las formas de pagos de los salarios.

Este estatismo en la estructura y la organización del trabajo del personal no médico, promovido por el bloqueo de las FUS a la introducción de cambios similares a los efectuados con los médicos, tiene como consecuencia que tampoco hayan existido avances en la convergencia entre el régimen de trabajo no médico del Sector Privado con el del Sector Público.

Podemos analizar y concluir que en el desarrollo de la negociación colectiva del Sector Privado de salud en los diez años transcurridos hubo notoriamente más cambios y avances con el personal médico que con el no médico.

La mayor diferencia se encuentra es que con unos se pudo negociar e instrumentar la reforma de Laudo de trabajo y con los otros no hubo casi discusión del tema ante la negativa persistente de la FUS de tratarlo.

El actor médico tuvo una mayor voluntad política y un accionar mucho más colaborador con las políticas de transformación en los regímenes y las categorías de trabajo propuestas en la negociación colectiva por el MSP en comparación con la FUS.

No solo voluntad política, más aun una actitud activa y participativa, con la reforma del Laudo de trabajo del personal médico y con la reforma de la salud en general con la transformación del modelo de asistencia, asumiéndose como actor protagonista en las instancias de diálogo y concertación, e interviniendo en la elaboración y el desarrollo de las políticas sanitarias.

2.6- Impacto de la negociación colectiva en la estructura salarial de los trabajadores no médicos.

En el estudio realizado en la pasantía también se efectuó un análisis con un carácter más cuantitativo acerca de cómo el funcionamiento de la negociación colectiva impacta en la estructura salarial de los trabajadores de la Salud Privada. En este caso se realizó un análisis para los trabajadores no médicos elaborando una base de datos con el Laudo no médico donde se determinan los salarios mínimos para cada categoría de trabajo establecida.

El cometido del desarrollo de este punto fue analizar de que manera la forma que adopta el

funcionamiento de la negociación colectiva impacta en la estructura salarial de los trabajadores no médicos. La centralización de las negociaciones en grandes ramas de actividad donde el conjunto de los trabajadores son representados por grandes centrales sindicales constituye el factor principal que opera en generar una paridad salarial en los salarios mínimos de los Laudos. El impacto global de los resultados de los CCSS en los dos periodos de gobierno del FA fue el “achatamiento” de las pirámides salariales de cada sector y este efecto se manifiesta al analizar particularmente el Laudo de trabajo del personal no médico del Sector Privado de Salud. El análisis cuantitativo de la estructura salarial del personal no médico resultante de la negociación colectiva evidencia un importante desfase con lo que sucede en el mercado de trabajo en el Sector Privado de Salud, existiendo una brecha muy importante entre los salarios pagados por las IAMC y los establecidos en el Laudo. El análisis total desarrollado en este punto se incluirá en el apartado anexo como un producto más realizado en la Pasantía para la DEMPESA.

3- La Estrategia del MSP en la negociación colectiva del Sector privado de Salud.

El cometido de este capítulo fue profundizar el análisis del papel y el accionar del MSP como organismo rector del Sector Salud en la negociación colectiva del Sector Privado de Salud, centrando el análisis en los temas no salariales y en la relación del MSP con los otros actores protagonistas, fundamentalmente a la interna del Poder Ejecutivo (PE), y con los dos grandes grupos de trabajadores: médicos y no médicos.

Con la puesta en marcha de la RSS y la creación del SNIS en el 2008 el MSP adquiere y asume un papel mucho más relevante en el sector Salud que el que tenía previo a la RSS.

En teoría, el rol de rectoría del sistema en su conjunto estaría a cargo del MSP. Sin embargo, su actuación constituyó uno de los puntos críticos de la organización del sector antes del gobierno del Frente Amplio (Moreira y Setaro 2002).

El FA como líder e impulsor del proceso de las reformas le otorga al MSP el rol de ser el impulsor y conductor en la Reforma de la Salud. Para este objetivo con la creación del SNIS se implementa una reestructura institucional muy importante en la organización interna del MSP, una reestructura que permitiera viabilizar la transformación del sistema con un nuevo organigrama institucional acorde a los desafíos y las metas establecidas por la reforma.

Se crea así la Dirección Nacional del Sistema Integrado de Salud (DIGESNIS), esta gran Área la integran cuatro Divisiones: Economía de la Salud, la División de Recursos Humanos, la División de Servicios de Salud y la División de Monitoreo de Gestión de Prestadores.

Esta nueva estructura institucional en el MSP que se establece con la creación del SNIS sin dudas se configura en una herramienta fundamental para poner en marcha la implementación de la RSS, esta nueva estructura se erige en el elemento principal en potenciar y fortificar al MSP como rector y motor de la transformación del Sistema.

Dentro de esta nueva institucionalidad del MSP los Recursos Humanos ocupan un lugar central, tal es así se crea una división exclusiva dedicada a los Recursos Humanos.

Entonces el primer elemento, el primer paso global que da el MSP en su estrategia en la negociación colectiva del Sector Privado de Salud es precisamente el lugar y papel que le otorga el SNIS a los RRHH. Creando nuevas áreas y potenciando estas, adjudicándoles metas centrales dentro de la RSS, dotándolas de autonomía, incorporando mayor personal profesional y de mayor calidad, conformándose equipos de trabajo multidisciplinarios con profesionales de diversas áreas.

El segundo elemento, el segundo paso relevante en la estrategia del MSP en la negociación colectiva es el comienzo de su participación en los CCCS del Grupo 15 como representante del PE. Participación con carácter protagónico, como autoridad máxima sanitaria rectora del sistema, con objetivos claramente establecidos en incidir con instrumentos de política salarial y con el impulso de transformaciones en los regímenes de trabajo para lograr los objetivos sanitarios impulsados por RSS Y el SNIS.

El MSP asume un nuevo rol en la negociación colectiva del Sector Privado de Salud, un rol protagonista y con carácter rector de los ámbitos de negociación, de consolidarse como el actor del PE que toma la iniciativa en la introducción de cambios, tanto en materia salarial como en las condiciones de trabajo y en los regímenes de trabajo de los trabajadores de la Salud. La DEMPESA es la División que tuvo la competencia de asumir ese nuevo rol protagónico y ser el motor impulsor de las transformaciones a través de la negociación colectiva en lo No Salarial.

Los objetivos específicos de la DEMPESA en los CCSS estuvieron centrados en la revisión y la actualización los regímenes de trabajo y los Laudos vigentes con el fin de mejorar la calidad asistencial y el modelo de atención en el Sector Privado de Salud.

La participación de la DEMPESA en la negociación colectiva del Sector con estas metas claramente definidas comienza a partir del segundo periodo de gobierno, lo que marca un punto de Inflexión en la estrategia del MSP que diferencia claramente los objetivos esta estrategia entre un periodo de gobierno y otro. En el Primer periodo de gobierno la estrategia del MSP en los CCSS estuvo marcada por la recuperación salarial para

generar estabilidad laboral y para la contención de los altos niveles de conflictividad en el Sector.

A continuación se presentará un cuadro de texto que resume los principales aspectos de la estrategia del MSP en los CCSS en el correr de los dos periodos de gobierno.

Periodización y aspectos centrales en 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.
Primer. Gob. Del FA.	<p>Inicio del primer Gobierno del FA. Impulso Reformista.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Restauración de la Negociación Colectiva Tripartita. Ajustes a la Ley 10.449. - 2008 Impulso de la RSS y Creación del SNIS. 2008-2010. <p>Proceso de Consolidación de la RSS y de la nueva estructura institucional del MSP. Objetivo: generar estabilidad institucionalidad en el nuevo SNIS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 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. - Objetivo general: intervenir en la regulación del Mercado de Trabajo de la Salud. - Objetivos específicos: recuperación salarial para generar estabilidad laboral y la contención de los altos niveles de conflictividad en el Sector.
Segundo Gobierno del FA. 2010-2014.	<p>Inicio del segundo periodo del FA.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Creación del Nuevo Sistema de Negociación Colectiva. Ley 18.566. - Continuación y Profundización de las transformaciones de la RSS iniciadas en el periodo anterior. 	<ul style="list-style-type: none"> - 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. - Comienzo de la participación de la División RRHH en los CCSS Junto Con División Economía de la Salud. - Objetivo General: introducir objetivos de políticas sanitarias en la política salarial laboral de los trabajadores del Sector Privado de Salud. - Objetivos específicos: Revisión y actualización los regímenes de trabajo y los Laudos vigentes con el fin de mejorar la calidad asistencial y el modelo de atención.
	<p>Cuarta y Quinta Ronda de los CCSS. 2010 y 2012.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. 	<ul style="list-style-type: none"> - Separación de los ámbitos de negociación colectiva en los CCSS del Sector Privado ente trabajadores médicos y no médicos no médicos. - Acuerdo y celebración con médicos de Convenio de trabajo a cinco años (mayor extensión posible) con importantes beneficios salariales. - Generación de un escenario muy favorable con médicos para el impulso en la negociación colectiva de transformaciones en materia de regímenes de trabajo.
	<p>2012- 2015.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Continuación del proceso gradual de la implementación de la RSS y extensión del 	<ul style="list-style-type: none"> - 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.

<p>FONASA a cada vez mayores sectores de la población.</p> <p>- Estabilidad consolidada en el SNIS para la profundización de las transformaciones en el Sector Salud.</p>	<p>- 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.</p> <p>- Funcionamiento periódico y permanente de la CAM. Negociación especialidad por especialidad con altos niveles de acuerdo.</p> <p>- Resultado: inicio de un proceso gradual hacia la constitución de un Régimen de Trabajo Médico. Concreción de la Reforma del Laudo Médico.</p>
---	--

En el cuadro se identifica claramente la diferenciación de la estrategia del MSP entre el primer periodo de gobierno y el segundo. Una vez instalada la Reforma de la Salud y afianzado el funcionamiento de los ámbitos de negociación colectiva en el primer periodo con el eje central de la recuperación salarial en las negociaciones, el MSP se lanza por otros objetivos con vistas a profundizar las transformaciones buscadas por el SNIS. Es decir hacia el impulso de políticas de RRHH a través de la negociación colectiva que incluyan y contemplen los objetivos de las políticas sanitarias, como la revisión y modificación de los regímenes de trabajo y los horarios.

En el segundo periodo de gobierno se concentran los mayores logros y avances en materia de recursos humanos a través de la negociación colectiva, el mayor logro sin dudas en todo este periodo es el impulso y la concreción de la reforma del régimen del trabajo médico.

A partir del inicio del segundo periodo de gobierno el MSP comienza un proceso transformaciones en materia de RRHH, el primer paso fundamental fue la creación de la División de Recursos Humanos del SNIS en el 2010 con fuerte impulso dentro del MSP, con objetivos de transformaciones estructurales en materia de RRHH en el sistema de Salud y como una de las prioridades en la agenda del SNIS para el periodo 2010-2014. Uno de los objetivos centrales establecidos por la División en la negociación colectiva fue: *el cambio en las condiciones del trabajo médico para impulsar el cambio en el modelo de atención.*

Se identifican varios elementos que fueron trascendentes para el impulso y la concreción de la reforma del trabajo médico.

El primer elemento y central es la relevancia de los trabajadores médicos como actor social fundamental para la viabilidad de la RSS en general y sustancialmente para la mejora de la calidad asistencial y del modelo de atención en la Salud Privada.

En el marco teórico planteado para este capítulo se estableció que los médicos son el actor social y corporativo clave para entender los procesos de reforma de los sistemas de salud, es el actor con más capacidad de veto en estos procesos. No se pueden entender las reformas de la Salud sin tener en cuenta el poder de influencia de los médicos en los sistemas de Salud.

La

historia y la realidad actual del Sector Salud en el Uruguay ubican a los médicos como el actor social corporativo con mayor capacidad de “actuar como jugador con poder de veto” en el proceso de reforma, así que fue muy lógica la preeminencia del actor médico en la estrategia del MSP en la negociación colectiva del Sector Privado y así se estableció en los objetivos y en la agenda de temas a atacar por parte de la División de RRHH.

La priorización de la transformación del régimen de trabajo del actor médico en la negociación colectiva significó en gran medida la postergación del otro gran grupo de trabajadores que son los trabajadores no médicos.

El segundo elemento lo constituye que una vez establecido un convenio laboral a cinco años y con los ajustes de crecimiento salarial pautados para todo ese periodo se empieza a avanzar en un acuerdo con los médicos para la reforma de Laudo médico.

Una vez generado un marco de estabilidad laboral y salarial el cual fue muy beneficioso en aumentos salariales muy importantes para los médicos se asentaron las bases para empezar un proceso hacia la modificación de las condiciones y los regímenes del trabajo médico en el Sector Privado de Salud.

Aquí es importante señalar la importancia del convenio salarial a cinco años para generar un escenario propicio para negociar los puntos no salariales tan relevantes para LA DEMPESA como los salarios.

Es por esto que las dos grandes temáticas que se resuelven en los CCSS como los salarios y condiciones- organización del trabajo no se pueden dissociar en la negociación, la experiencia del funcionamiento de los CCSS en el Sector Privado de Salud demuestra que la negociación de las condiciones de trabajo, de los regímenes y las categorías de trabajo son fuertemente dependientes de los resultados de la negociación salarial.

El rápido acuerdo a comienzos del periodo de un convenio con los médicos para todo el periodo de gobierno y con altos niveles de acuerdo facilitó notoriamente el inicio hacia un proceso de reforma del trabajo médico. El aprovechamiento por parte del MSP de este escenario favorable para impulsar transformaciones en materia de RRHH para mejorar la calidad asistencial y el modelo de atención es sin dudas otro punto crucial en la estrategia del MSP en la negociación colectiva.

Para lograr este convenio a cinco años con los médicos fue necesaria la separación de los ámbitos de negociación colectiva entre trabajadores médicos y no médicos que hasta ese momento negociaban conjuntamente en representación de los trabajadores con un delegado cada uno. Por lo tanto la celebración de un convenio de trabajo a cinco años y la separación de los ámbitos de negociación colectiva entre trabajadores médicos y no médicos son elementos centrales para la viabilidad posterior de la reforma del trabajo médico. Los trabajadores no médicos representados por la FUS no mostraron voluntad

política de iniciar un proceso de reforma de sus regímenes de trabajo, por lo que el MSP a través de la DEMPESA intensificó y volcó su estrategia hacia la reforma del trabajo médico.

Un tercer elemento es *“la coyuntura donde estaban lineados los objetivos del MSP con los objetivos del SMU y con las nuevas autoridades del SMU”*. (Jerarca del MSP, comunicación personal, 30 de abril de 2015)

Aquí se hace presente una de las condiciones teóricas relevantes para analizar los procesos de reforma de los sistemas de Salud: *papel de los partidos y organizaciones de izquierda: principalmente la ideología del gobierno*.

En los inicios de la reforma por los años 2007-2008 la dirección del SMU con la Unión Gremial Médica al frente con afinidad política ideológica a los partidos tradicionales (P. Nacional y P. Colorado) no hubo avances ni acuerdos de cambios en materia de regímenes de trabajo entre el MSP y el SMU para el Sector Privado. A partir del 2009 la Agrupación FOSALVA de orientación política de izquierda vuelve a ganar las elecciones en el SMU, este nuevo escenario político que históricamente no se había dado de Gobierno Nacional del FA y SMU con tendencia política de izquierda sin dudas favoreció y propició para el arribo de acuerdos que impulsaran la reforma del trabajo médico a partir del 2010. Lo que constituye sin dudas otro elemento relevante para entender y analizar el proceso posterior de negociación colectiva entre el MSP y el SMU. Esta confluencia de objetivos entre el MSP y SMU venía dada desde la campaña electoral previa a la llegada del FA al Gobierno Nacional y en los dos primeros años de gobierno donde en diferentes ámbitos de dialogo social entre el gobierno y los trabajadores médicos (más allá de los matices) hubo un diagnóstico bastante consensuado de la necesidad imperante de reformar el Sistema de Salud. Un diagnóstico y consenso importante sobre la necesidad de reformar las condiciones y la organización del trabajo médico para mejorar notoriamente el funcionamiento del sistema de Salud.

Por lo tanto la afinidad política ideológica entre el Gobierno del FA y la dirección del SMU y un amplio consenso entre estos sobre la necesidad de revisar y reformar los regímenes del trabajo médico fueron factores muy relevantes para la viabilidad y el éxito posterior de la reforma del Laudo de trabajo médico.

Con respecto al estilo de la reforma, se establece que el éxito de la implementación de una reforma depende en buena medida en si *“los procesos son más negociados que impuestos verticalmente”*.

A partir del 2012 se instala en el MSP un nuevo ámbito negociación colectiva con carácter asesor de los CCSS del Grupo 15 con el objetivo empezar a discutir la implementación de un nuevo régimen de trabajo médico., los trabajadores no médicos no participaron de este ámbito.

Este nuevo ámbito de negociación se llamó Comisión Asesora Multipartita (CAM).

La constitución de la CAM en el MSP tuvo como resultado exitoso la reforma del Laudo de Trabajo Médico y representó el mayor logro en la estrategia del MSP en la negociación colectiva del Sector Privado de Salud. La creación de la CAM como ámbito de negociación colectiva en el marco del CCSS del Grupo 15 pero alternativo a este generó un espacio donde el MSP pudo impulsar sus objetivos de transformación del régimen de trabajo médico, y donde evidentemente no lo pudo hacer en el ámbito de negociación colectiva tripartita del MTSS, donde se sucedieron varios intentos previos de abordar la temática con la instalación de comisiones de trabajo en el MTSS, con los mismos objetivos pero sin los frutos esperados.

El funcionamiento de la CAM se desarrolló con una dinámica diferente a los CCSS, el ámbito de los CCSS en el MTSS han funcionado tradicionalmente con una lógica de confrontación de intereses entre los actores y con una impronta reivindicativa. En la CAM la influencia de la formalidad y rigidez del ámbito de los CCSS que repercute en el comportamiento y la actitud en los actores no está presente, se neutralizó este efecto. Otro aspecto muy significativo que dejó el análisis de la instalación de la CAM como un nuevo ámbito de negociación colectiva anexo es precisamente el hecho de que se avanzara del nivel *medio* a un nivel *base* en el sistema de negociación colectiva. Si analizamos la creación de la CAM y su funcionamiento posterior podemos situarla como un ámbito de negociación colectiva en el nivel *base* o en el tercer nivel del sistema.

Su integración no fue bipartita sino que más bien fue multipartita, su implementación fue acordada por todos los actores y no contó con un funcionamiento reglamentado, no existiendo el mecanismo de la votación ni la posibilidad de laudarse un tema por parte de los actores del PE.

El funcionamiento de la CAM estuvo y está circunscrito a la discusión del cambio en el régimen de trabajo médico, su funcionamiento ha sido fluido, periódico y continuo hasta hoy día en un proceso gradual en la discusión de los cambios, donde se negocian las transformaciones punto por punto, "*especialidad por especialidad*". (Jerarca del MSP, comunicación personal, 30 de abril de 2015)

El avance hacia el nivel *base* en la negociación colectiva que significó la instalación de la CAM fue fundamental para que en este ámbito se efectivizara la reforma de régimen del trabajo médico. Se generó un ámbito y un escenario muy proclive con la CAM para que se concretaran los objetivos buscados por el MSP a través de la negociación colectiva en el marco de la RSS.

La estrategia como ya dijimos priorizó a los trabajadores médicos y la reforma del régimen del trabajo médico, con los trabajadores no médicos el MSP no obtuvo los resultados que pretendía en lo referente a lo no salarial. Es decir no hubo avances en

el ámbito de los CCSS del Grupo 15 en materia de RRHH con los trabajadores no médicos acordes a los objetivos de la División RRHH del MSP, la meta de reformar y actualizar los regímenes de trabajo para mejorar la calidad asistencial y el modelo de atención.

4 - La FUS: el actor social representante de todos los trabajadores no médicos.

Uno de los objetivos específicos del trabajo en la pasantía consistió es conocer con profundidad a la FUS como actor social sindical representante mayoritario de los trabajadores no médicos del Sector Privado de Salud.

Este cuarto capítulo se centró en el análisis en las dimensiones del actor FUS más relevantes a los objetivos del trabajo.

Estas fueron: la historia de la FUS desde su constitución como central sindical, sus características históricas más relevantes como sindicato, sus conquistas históricas; la organización y la estructura interna de funcionamiento; los mecanismos mediante los cuales eligen a sus dirigentes; la correlación de fuerzas y la competencia interna por la dirección política de la FUS en la realidad actual del sindicato.

Y principalmente el análisis en este capítulo se enfocó en el intento de establecer ciertas líneas explicativas acerca de la resistencia por parte de la FUS a dar la discusión sobre la revisión y reforma del Laudo de trabajo no médico en la negociación colectiva.

En este capítulo nos basamos en la bibliografía y documentos existentes, y sustancialmente lo hicimos en las entrevistas realizadas a dos ex dirigentes históricos y dos dirigentes principales actuales de la FUS.

4.1- Composición, organización representatividad de la FUS.

La Federación Uruguaya de la Salud es una central sindical, una federación de nivel nacional compuesta por sindicatos de base organizados por empresa o instituciones privadas de la salud que representa a la gran mayoría de los trabajadores no médicos del Sector Privado de Salud.

Estamos en torno a los 100 sindicatos de base y estamos hablando de un padrón de afiliación de 30.000 afiliados en todo el país. (Dirigente FUS, comunicación personal. 4 de junio 2015)

La FUS es una de las centrales sindicales más importantes que integran el PIT-CNT, es una de las federaciones de sindicatos con mayor padrón de afiliados y con mayor peso, sus dirigentes han sido miembros históricamente de los órganos máximos de

dirección del PIT-CNT y lo forman hoy día también, integrando la Mesa Representativa y el Secretariado Nacional.

La FUS cuenta con la representación de todos los trabajadores no médicos en la negociación colectiva tripartita de los CCSS DEL Grupo 15: servicios de Salud y anexos, subgrupo Salud General. Y también representa a los trabajadores en los restantes subgrupos del Grupo 15. La FUS entonces como organización sindical tiene el monopolio de la representación en los CCSS del Grupo 15 de todos los trabajadores no médicos del Sector Privado de Salud y de los trabajadores de los otros subgrupos incluidos en el Grupo. A su vez en el tercer nivel del sistema de negociación colectiva, de integración bipartita a nivel de instituciones médicas entre empresarios y trabajadores la FUS también interviene dado que los sindicatos de base que participan en este nivel forman parte de la Federación.

La FUS también cuenta con la representación de los trabajadores del Sector Privado de Salud en la Junta Nacional de Salud (JUNASA), por lo tanto no solo el sistema de negociación colectiva le otorga a la FUS el rol de actor social protagonista con el monopolio de la representación de los trabajadores, sino también en los ámbitos de dialogo social del Sistema Integrado de Salud creados a partir de la RSS se le otorga un rol protagonista.

Desde el Sistema de Salud y sus instituciones de dialogo y participación social en las políticas públicas se le brinda a la FUS un status de actor sociopolítico, con atributos de poder, de representación y representatividad” (Carracedo. 2010. Pag. 59).

Entonces podemos concebir a la FUS desde estos elementos como una organización social gremial muy fuerte, con fuertes raíces sindicales y sociales, con un recorrido histórico muy rico a partir del cual construyó una identidad propia en el movimiento sindical y en la sociedad uruguaya en su conjunto.

Composición.

La FUS es una federación de sindicatos de base organizados en función de empresas o instituciones médicas privadas que prestan servicios de Salud, la mayor parte de los afiliados pertenecen a las Instituciones de Asistencia Médica Colectivas (IAMC) que son las entidades más grandes y que emplean a la mayor cantidad de trabajadores en la Salud Privada.

Es una federación de sindicatos por empresas con carácter nacional, la integran sindicatos de base de todo el Interior del país y de Montevideo.

Es la primera gran característica a señalar de la FUS como central sindical, está compuesta por sindicatos de base organizados por empresas y no organizados por oficios ni por otras dimensiones como podría ser la dimensión geográfica.

La FUS se compone de sindicatos de base que representan a todo el abanico trabajadores no médicos por cada centro de Salud, y en la actualidad los sindicatos de base cuentan con altas tasas de sindicalización de trabajadores por cada centro de Salud.

A partir del 2005 con la restauración de los CCSS y la ampliación del Grupo 15 con la inclusión de cuatro nuevos subgrupos y al asumir la FUS la representación de los trabajadores de estos subgrupos muchos de los nuevos sindicatos organizados en función de estos subgrupos fueron absorbidos por la FUS y se sumaron a la plantilla de sindicatos. Por lo que el abanico de sindicatos por empresa y la diversidad de los trabajadores representados sindicalmente por la FUS se ampliaron aún más con estos cambios e incorporaciones.

Esta es una caracteriza esencial de la FUS que la diferencia notoriamente del SMU que representa al otro gran grupo de trabajadores de la salud que se organizan por su profesión para todos los servicios de Salud: los médicos.

Estructura política interna, mecanismos de elección de sus dirigentes y competencia política por el gobierno de la FUS.

El órgano principal soberano de dirección y conducción de la FUS es el Congreso Ordinario que se realizaba cada dos años y a partir de este último Congreso el 17°⁶ se va a realizar cada tres años. O sea que los periodos de gobierno internos de la Federación eran de dos años y ahora pasaran a ser de tres años.

En la actualidad desde el año 1985 en adelante lo que hay es una estructura que mantienen los sindicatos de base que mandan sus delegados a una asamblea general de delegados y su vez cada congreso define un consejo central que viene a hacer como el organismo ejecutivo entre asamblea y asamblea o entre congreso y congreso, que se elige por organizaciones sindicales, o sea ese Consejo Central es representativo de los sindicatos de base de alguna manera. (Ex dirigente FUS, comunicación personal, 13 de mayo 2015)

A esta asamblea general de delegados de los sindicatos de base se le denomina Dirección Nacional y se reúne cada tres meses en diferentes localidades del país, este órgano es el subalterno al Congreso y el órgano de conducción ejecutivo diario entre cada Dirección Nacional es el Consejo Central que se compone de 15 integrantes que

⁶ 17° Congreso de FUS. 24, 25 y 26 de Abril de 2015.

son elegidos en los Congresos por los delegados de cada sindicato. El número de delegados de cada sindicato al Congreso y a la Dirección Nacional se determina en función de la cantidad de afiliados, un delegado cada 50 afiliados y los delegados son elegidos mediante elecciones realizadas en cada sindicato. El último Congreso contó con la participación de 617 delegados de los sindicatos de base de todo el país. La competencia política interna por la dirección de la FUS se da a través de agrupaciones políticas que se presentan mediante listas de candidatos a elecciones por la conducción de cada sindicato de base y su vez estas listas pueden presentar sus delegados a la dirección de la FUS o pueden conformar nuevas listas con otros sindicatos para el Consejo Central.

La competencia política por la conducción de la FUS se encauza a través de corrientes político – ideológicas y político-sindicales que se conforman a la interna de la Federación y no mediante un sentido de competencia entre sindicatos o entre grandes grupos de trabajadores caracterizados por su actividad laboral.

Estas corrientes de opinión han estado históricamente vinculadas a la izquierda y fundamentalmente al Frente Amplio, con predominio de dirigentes sindicales procedentes del Partido Comunista del Uruguay.

La actual corriente mayoritaria que lidera la FUS está al frente del Consejo Central desde hace 17 años lo que constituye una hegemonía política en la conducción de la Federación. Existen dos corrientes minoritarias vinculadas a grupos radicales de izquierda que no integran el FA, estas están representadas con delegados en el Consejo Central pero no han tenido capacidad de disputarle durante estos años la conducción a la corriente mayoritaria.

La representatividad de la FUS.

La FUS representa a todos los trabajadores no médicos del Sector Privado, los trabajadores no médicos están compuestos por grandes grupos de trabajadores por cada centro de Salud: Enfermería (ENF), Administrativos Servicios y Oficios (ASO) y los Técnicos no Médicos (TNM).

Como ya dijimos la FUS se compone de sindicatos de base organizados por centros de Salud que representan a todos los trabajadores y no en función de grupos de trabajadores.

La FUS representa mayoritariamente a todos los no médicos en sus sindicatos y en la negociación colectiva pero cabe la pregunta si: ¿La FUS es representativa de todos los trabajadores no médicos?

En los últimos tiempos han surgidos voces que cuestionan en cierta medida la representatividad de la FUS de los trabajadores no médicos y principalmente de las

enfermeras y las licenciadas en enfermería y algunos grupos de trabajadores técnicos no médicos, cuestionamientos en el sentido que estos grupos de trabajadores no están debidamente representados en la interna de la FUS y no lo están tampoco en los ámbitos de negociación colectiva donde se negocian los salarios de estos trabajadores. Esta pregunta la trasladamos a las entrevistas y en general las opiniones confluyen en que la FUS es representativa de todos los grupos de trabajadores no médicos.

En las diferentes opiniones se analiza que una de las características y fortalezas principales que ha tenido la FUS ha sido tener una plataforma reivindicativa y una estrategia en los CCSS abarcativa de todos los grupos de trabajadores no médicos, evitando corporativismos y desprendimientos posibles de grupos de trabajadores. La propia estructura organizativa de la FUS no da lugar a la emergencia de sindicatos con carácter corporativo representativos de intereses particulares de grupos de trabajadores.

Si bien asumen de que la posibilidad del surgimiento de reclamos corporativos dentro de la Federación esta siempre latente, a su vez se considera que no están dadas las condiciones para que esto suceda, dado que el poder de presión de las licenciadas en enfermería por ejemplo no es de la magnitud del que tienen las SAQ en el Sistema de Salud en relación a lo que sucede con la representación gremial de los diferentes grupos de trabajadores médicos.

Además visualizan la emergencia de grupos de trabajadores organizados corporativamente con ámbitos propios de negociación colectiva como muy perjudicial para el conjunto de los trabajadores no médicos, como una perdida notoria de fuerza colectiva en la negociación colectiva. A su vez consideran que una tendencia hacia a la separación de los ámbitos de negociación colectiva por grupos de trabajadores dentro de una misma rama de actividad sería perjudicial para el PE y para los empresarios también. Estos tendrían que enfrentarse a un escenario en la negociación colectiva mucho más fragmentado de lo que ya está, multiplicándose los frentes de acción, teniendo que negociar y acordar por separado para cada grupo cuando lo pueden hacer con un solo gran actor sindical.

La FUS como central sindical en su organización interna y en su estrategia en la negociación colectiva ha combatido fuertemente el surgimiento de “saltos corporativos” entre los diferentes grupos de trabajadores que componen a los trabajadores no médicos.

4.2 – La Historia de la FUS y sus mayores conquistas: el Laudo Único Nacional de trabajo y la Jornada Laboral de seis horas.

Uno de los puntos centrales a desasar en este trabajo fue identificar las causas de la resistencia por parte de la FUS a revisar y modificar lo establecido en el Laudo que reglamenta la actividad de todas las categorías de trabajo de los trabajadores no médicos del Sector Privado de Salud.

El Laudo de trabajo no médico data su creación del año 1967 y sus rasgos fundamentales son que es un Laudo único y nacional, es único porque engloba a todas las categorías de trabajo en un solo cuerpo, en un solo libro, y es nacional porque la aplicación de este corresponde a todas las instituciones privadas del país que prestan servicios de salud sin excepciones. En los

diferentes documentos oficiales de la FUS, tanto en las actas de las Direcciones Nacionales, de los Congresos y en las actas mismas de los CCSS se ha puesto de manifiesto afirmaciones como: “El Laudo es único nacional e indivisible”, “El Laudo es la principal prenda de unidad de la FUS”, “Discutir nuevas categorías de trabajo sin abrir el Laudo”.

Sin dudas la defensa del Laudo de trabajo único y nacional está asociado a la historia de la FUS prácticamente desde su origen como Federación. Se podría decir que la FUS nace junto con el logro de un Laudo de trabajo único para los trabajadores no médicos de la Salud Privada en la década de 1960, fue el elemento unificador de los sindicatos para la confluencia en una única central sindical, incluso como elemento unificador con los trabajadores médicos. El

Laudo fue muy importante para conformación del Grupo 15 de negociación colectiva, esto constituye otro factor fuertemente interviniente que asocia el formato de negociación colectiva centralizada con la configuración de una organización del movimiento sindical en grandes centrales sindicales por rama de actividad. La creación de un Laudo único y centralizador de todas las categorías de trabajo para todos los trabajadores de la Salud privada también está vinculado fuertemente al carácter centralizado de la negociación colectiva tripartita. Una única central sindical negociando los salarios de todas las categorías de trabajo en un único Laudo para toda una rama de actividad.

El Laudo único es considerado una conquista vital en la FUS en sus inicios, una “bandera” para la consolidación de una Federación única y nacional de sindicatos de la Salud Privada, principalmente para promover la sindicalización de los trabajadores en los centros de Salud del Interior con muchas dificultades para la sindicalización y para que estos sindicatos se incorporaran a la Federación.

En 1970 con la gran huelga general se logra otra conquista fundamental en la historia de la FUS que es el logro de la jornada laboral de seis horas.

Sin dudas las conquistas de un Laudo de trabajo único y nacional y la jornada laboral de seis horas significan para la FUS mucho más que lo conquistado en sí mismo, sino que representan banderas históricas que construyeron una identidad dentro de los trabajadores de la Salud y dentro del movimiento sindical en general. Conquistas asociadas etapas duras del país, a fuertes conflictos y huelgas generales, a compañeros perdidos por la represión policial en esas luchas, generando así una suerte de mística sindical dentro de la FUS en torno a estas conquistas sindicales.

Los temas de la revisión de los regímenes horarios y las categorías de trabajo están puestos sobre la mesa desde hace 30 años con la restauración democrática, con el resultado a lo largo de este tiempo de la persistente negativa de la FUS en su conjunto de revisar las “conquistas sagradas”.

4.3- Análisis de las razones y las causas en la negativa de la FUS a discutir reforma del Laudo de trabajo no médico y la ampliación del horario de la jornada laboral.

Al preguntarle a jerarca del MSP donde halla las causas de esta postura negativa de la FUS a discutir regímenes horarios y revisión de categorías de trabajo ella también analiza que sin dudas son temas muy duros de atacar por lo que representan esas conquistas gremiales para la Federación.

Las conquistas gremiales son el fruto de un momento histórico dado, que responden a los modos de producción de un modelo económico y a las formas de organización del trabajo que son percibidas como perjudiciales por los trabajadores, estos reaccionan ante estas formas con reivindicaciones en las relaciones laborales que derivan en conquistas gremiales o no. Pero estas conquistas con el paso del tiempo y ante las transformaciones del mundo del trabajo pueden dejar de tener el sentido por el cual fueron logradas en su momento o pueden entrar en tensión directa con las transformaciones necesarias que demandan la nuevas realidades en el mundo del trabajo.

En el caso de los trabajadores no médicos desde el MSP se visualiza una necesidad muy fuerte de reformar también los regímenes de trabajo en función de la nueva realidad del sistema, pero hasta ahora no se ha logrado un proceso acordado de cambios similar al sucedido con los trabajadores médicos. En este caso las conquistas gremiales de las seis horas y de las categorías de trabajo del Laudo único siguen tensión con la nueva realidad del sistema y por diferentes motivos hasta ahora no se ha encontrado un camino que desbloquee esta situación.

Uno de los motivos es que la FUS al contrario de cómo se dio con los médicos no visualizan en la modificación de los regímenes de horarios y de las categorías de trabajo

como una necesidad imperante que demanda el SNIS, no se ha llegado entre el MSP y la FUS a un entendimiento que transmita la necesidad de un proceso de cambios en estas cuestiones centrales.

En el último congreso de La FUS se ratifica que el Laudo de trabajo no se discute y las prioridades de su estrategia en la negociación colectiva no van en el sentido de revisar los regímenes de trabajo.

Desde los cuadros dirigentes de la FUS está muy lejos de visualizarse la reforma del Laudo no médico como una oportunidad para el logro de nuevas conquistas gremiales para el conjunto de los trabajadores no médicos, inclusive ven en la posibilidad de iniciarse este proceso de cambio como una probable pérdida de las conquistas ya establecidas en pos del beneficio económico de las Instituciones Médicas Privadas.

Desde la DEMPESA consideran esto como un error estratégico de la FUS en el marco de la profundización de las transformaciones en materia de RRHH del SNIS, la apertura de la discusión y negociación de estos puntos cruciales podrían traer importantes beneficios para los trabajadores no médicos como sucedió con los trabajadores médicos, pero evidentemente la FUS no comparte esta visión, no conciben esta posibilidad como una oportunidad de generar nuevas conquistas gremiales sino más bien de perder lo ya conquistado.

Respecto a posibilidad de la corporatización en sus reclamos de algunos de los grupos que componen a los trabajadores no médicos, los dirigentes de la FUS entrevistados estiman que no ven una posibilidad real de que grupos de trabajadores como las licenciadas en enfermería intenten separarse de la FUS para canalizar mejor sus reivindicaciones salariales, la FUS se apoya en la garantía que le otorga la Ley de negociación colectiva de tener la representación en los CCSS de todos los trabajadores no médicos a partir de un Laudo único de trabajo, si se mantiene la Ley sin modificaciones no habría posibilidad de que las licenciadas en enfermería u otros grupos accedieran a un espacio propio de negociación colectiva.

Más aun no aceptarían esta posibilidad dado que significaría abrir paso a un modelo de negociación colectiva y de organización sindical al que se oponen fuertemente hoy e históricamente, que es la organización sindical por representación de intereses corporativos de grupo particulares de trabajadores.

La paridad salarial que se establece para los salarios mínimos de cada categoría de trabajo en el Laudo no médico es una consecuencia directa de la negociación colectiva centralizada y de la estrategia de la FUS de no permitir desprendimientos salariales por encima del resto de los trabajadores, en una lógica de acción que va en un sentido de que lo que se conquista se conquista para todos y si perdemos, perdemos todos.

Los procesos de cambios en las formas de organización del trabajo pueden suponer grandes riesgos para la unidad de la FUS, la unidad como bastión simbólico de la Federación al cual permanentemente hacen alusión en sus comunicaciones oficiales y en las declaraciones de sus dirigentes principales. “Unidad para vencer, unidad para avanzar, unidad para crecer”⁷

La unidad de la Federación se sustenta en el Laudo único y la fortaleza de la FUS en la negociación colectiva radica en ser un gran actor social representando y negociando a partir de un Laudo único que incluye a todas las categorías de trabajo de todos los trabajadores no médicos de todo un país.

Si la introducción de nuevos modos de producción o de organización del trabajo en la Salud trae aparejado estos procesos de transformación que impactan en las formas clásicas de organización y acción sindical que son “banderas históricas” no solo de la FUS sino también del PIT-CNT, entonces se van a oponer tácitamente a estos.

La FUS defiende a ultranza las conquistas gremiales que se lograron bajo el contexto del funcionamiento del sistema de Salud de la pre y post dictadura, se aferra a estas como se aferra al formato de negociación colectiva centralizada. No está dispuesta a discutir las conquistas que se engendraron en estos contextos, porque construyeron su fortaleza como sindicato a partir de estas conquistas.

El aceptar ir hacia un camino que transforme estas conquistas es visualizado por la FUS como el ir hacia un camino de fragmentación y corporatización sindical, y creo que en estos elementos están las raíces de su fuerte resistencia a cambiar los regímenes horarios y a reformar el Laudo de los trabajadores no médicos.

5 - Lo que viene: análisis en perspectiva hacia el inicio de un nuevo periodo de negociación colectiva en Sector Privado de la Salud.

En el capítulo anterior se analizó al actor FUS e intentamos a dar respuesta e identificar las causas de la fuerte negativa a discutir una posible reforma del Laudo de trabajo no médico y de los regímenes horarios.

⁷ FUS - Pit-Cnt. (2015): Federación Uruguay de la Salud. 1965-2015. Cinco décadas de lucha. P.11.

Una de las preguntas a responder como objetivo de este trabajo era precisamente:

¿La FUS estaría dispuesta a abrir la discusión de la reforma del Laudo de los trabajadores no médicos en el desarrollo de este nuevo periodo de gobierno que se inicia?

Lo establecido en las resoluciones del último Congreso de la FUS y las declaraciones de ex dirigentes y actuales dirigentes de la FUS en las entrevistas hacen entrever que es poco probable que se establezca un escenario de negociación colectiva en el cual se pueda avanzar con éxito hacia una reforma del Laudo de trabajo no médico.

La conducción política hegemónica de la FUS hasta el momento no ha manifestado ni ha planteado la intención de estar dispuesta a un cambio de rumbo importante en su plataforma estratégica respecto a la revisión de las categorías de trabajo ni a la modificación de los regímenes horarios. Y no se avizora la posibilidad real de que emerjan movimientos internos que reclamen un cambio de estrategia en estos aspectos ni con la fuerza necesaria para incidir en la conducción política de la FUS.

La estrategia del MSP en materia de políticas de recursos humanos fue la priorización de la reforma del trabajo médico, el contexto y el escenario planteados propiciaron el éxito de la estrategia del MSP logrando un acuerdo que se podría catalogar de histórico con el SMU iniciándose así la reforma del trabajo médico.

Para este nuevo periodo todavía no hay definiciones claras en el MSP respecto a la estrategia a impulsar en la negociación colectiva del Sector Privado para los próximos cinco años. En este primer semestre del 2015 se da una transición dentro del MSP con la asunción de las nuevas autoridades, todavía no hay definiciones establecidas.

Pero hay ciertos elementos que apuntan a que para este periodo de gobierno se va intentar avanzar en materia de cambios en RRHH para los trabajadores no médicos.

La CAM viabilizó y fue clave para llegar al acuerdo con los médicos, un ámbito de negociación colectiva con características del tercer nivel de negociación el cual fue necesario crear desde el MSP para dar andamiaje a la reforma del trabajo médico, reforma que desde los clásicos ámbitos formales de negociación de los CCSS en el MTSS no la pudo poner en marcha.

Al preguntarles a los ex dirigentes y dirigentes actuales de la FUS sobre la posibilidad de instalar un ámbito de negociación colectiva de similares características que tuvo la CAM para empezar a discutir con la FUS ciertos cambios necesarios para el SNIS en los regímenes de trabajo de los no médicos estos respondieron que estas abiertos siempre a dialogar pero todo depende del planteo que se efectúe desde el PE pero en

principio no estarían dispuestos a llevar la discusión fuera de los ámbitos de negociación del MTSS y en donde este Ministerio no sea un actor clave con poder de decisión.

En principio podría haber alguna luz de inicio de un proceso de dialogo en cuanto a empezar a discutir reformas en la organización del trabajo de los no médicos, la iniciativa le correspondería mayormente al MSP y a su capacidad de generar un planteo claro hacia la FUS. Un planteo claro de lo que se quiere discutir, en que ámbito y de qué manera se va discutir, la reglamentación del funcionamiento del ámbito y los objetivos del ámbito, estas son las condiciones que se demandarían desde la FUS para acceder a comenzar un dialogo en cuanto a las cuestiones no salariales.

El PE hasta ahora ha sido un actor fragmentado en la negociación colectiva de la Salud Privada, carente de una estrategia conjunta y articulada como actor en conjunto, y no ha tenido la capacidad de generar planteos ni posiciones claras para avanzar en cuestiones centrales con los trabajadores no médicos.

A priori se visualiza como difícil que la FUS acceda a participar de un ámbito de negociación colectiva como lo fue la CAM, en las locaciones del MSP, y donde el MTSS deja ser la autoridad máxima en materia de relaciones laborales y donde deja de tener un papel protagonista como Ministerio. Como lo han reiterado en las diferentes opiniones los dirigentes de la FUS: las condiciones y la organización del trabajo se discuten en el MTSS.

Por lo tanto para se desbloquee esta situación de estancamiento en cuanto a que ni siquiera se ha podido empezar a discutir cambios en los regímenes de trabajo, el MSP en conjunto con el resto de los actores del PE deben generar un escenario propicio para dar estas discusiones.

En primer lugar lograr una estrategia articulada a la interna del PE, con roles claros y competencias claras de cada Ministerio en los diferentes ámbitos de negociación.

En segundo lugar si se impulsa un ámbito de negociación alternativo a los CCSS como la CAM establecer claramente los objetivos del ámbito, el para qué y el cómo se va a discutir, más allá del lugar físico donde se desarrolle el ámbito (MTSS o MSP).

En tercer lugar las propuestas de cambio tanto del MSP como de las Instituciones Médicas en materia de regímenes de trabajo deberán realizarse en un sentido que realmente justifiquen que a través de estas se va a mejorar el Sistema de Salud, y que a su vez se planteen en el sentido que las propuestas no sean visualizadas por la FUS como pérdida de derechos o conquistas gremiales históricas.

Por lo tanto es un proceso que se vislumbra como muy dificultoso para que tenga andamiaje en las rondas de negociación por venir dado como está al día de hoy el escenario entre los actores y a nivel general el escenario general en la negociación colectiva.

Como se analizó anteriormente el avance de temas no salariales como condiciones y organización del trabajo depende y está atado a los resultados de la negociación salarial. En este último mes de Julio/2015 se concretó la apertura de la Sexta Ronda de los CCSS al inicio del periodo con una nueva edición del Consejo Superior Tripartito para el Sector Privado de la economía. Las pautas enviadas por el PE de los ajustes salariales para todo el periodo han sido evaluadas por el PIT-CNT como totalmente insatisfechas, lo que supone el advenimiento de un escenario de fuerte conflictividad laboral para los próximos meses si la situación permanece incambiada.

En este contexto si no se da una negociación salarial que satisfaga a los trabajadores se hace muy difícil que estos accedan a querer avanzar en otras materias no salariales como las planteadas.

Para los trabajadores en general y para la FUS lo salarial sigue siendo la piedra angular de la negociación colectiva tripartita y en función de los resultados de la negociación salarial es que se da andamiaje a las otras cuestiones, el punto de partida siguen siendo los salarios.

En definitiva tal como están dadas las cosas hoy día podemos decir que hay mas incertidumbres que certezas en cuanto a lo que vendrá en la negociación colectiva del Sector Privado de Salud con los trabajadores no médicos.

El escenario sin dudas no es prometedor y se proyectan más conflictos que augurios de acuerdos.

Todo dependerá de la capacidad del PE en generar ámbitos de negociación claros y propuestas articuladas, y de la voluntad de negociación y acuerdo de los trabajadores no médicos representados por la FUS.

Bibliografía

Actas de Consejos de Salarios y Convenios Colectivos de trabajo del Grupo N° 15. Servicios de Salud y Anexos. Periodo 2005- 2014. www.mtss.gub.uy
www.impo.gub.uy

Actas de resoluciones de Asambleas y Consejo Directivo Nacional de FUS. Periodo 2005-2014. Federación Uruguaya de la Salud. www.fuspitcnt.com

Alegre, Pablo (2006): “La transformación de sindicalismo uruguayo en los 90: Crisis y reestructura en un contexto de cambio”. Documento de Trabajo del IPES. Monitor Social del Uruguay. Universidad Católica del Uruguay.

Barbagelata, Héctor-Hugo (2008): “Consejos de Salarios y salarios mínimos”. Revista Derecho Laboral. Tomo LI – N° 229 (Enero – marzo 2008). FCU. Montevideo.

Bértola, Luis (2004): “Salarios Reales y Distribución del Ingreso 1930-1968. Contextualizando los Consejos de Salarios”. En: Los Consejos de Salarios - una mirada actual. FCU. Montevideo.

Boliolo, M; Maneiro, C y Silva, M.Z. (2006): Diálogo Social en los Consejos de Salarios: El caso del Grupo N° 8, Subgrupo 1 y las categorías laborales OIT. www.oitcinterfor.org/sites/default/files/file_articulo/boliolo.pdf

Buffa, C; Cárpena C y Pradere, G. (2014) La Política Salarial en el Sector Salud. Informe Final. Documento no Publicado. DEMPESA /DIGESNIS/MSP.

Buffa, C; Katzkowicz, N y Pradere, G. (2012): Políticas Salariales. Costa Rica. Diciembre 2012. Presentación en PowerPoint. http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2012/ta_poli_sala_cor_dic/gpradere.pdf

Busquets, J. M y Setaro, M. (2009): “El sistema Nacional Integrado de Salud: ¿uno de los pilares de la administración Tabaré Vázquez? Artículo en libro: Encrucijada 2009. Gobierno, actores y políticos en el Uruguay 2007-2008. Informe de Coyuntura N° 8 Instituto de Ciencia Política. Editorial Fin de Siglo.

Carracedo, Octavio Fabián (2010): “La tercera etapa de los Consejos de Salarios. Las relaciones laborales en la arquitectura socialdemócrata.” Monografía de Grado. UdelaR – FCS.

COMISIÓN ASESORA MULTIPARTITA (2014): NUEVO RÉGIMEN DE TRABAJO MÉDICO. Texto ordenado del nuevo laudo médico vigente. Versión 13 de noviembre de 2014. DEMPESA /DIGESNIS/MSP.

Del Pino, Eloísa y César Colino (2006). ¿Cómo y por qué se reforman los Estados de Bienestar?: avances y retos teóricos y metodológicos en la agenda de investigación actual. En Zona Abierta, N° 114/115, pp. 1-42

DEPARTAMENTO MERCADO DE TRABAJO (2010): Informe. Consejos de Salarios 2010. DIVISIÓN DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD. DIGESNIS/ MSP.

División Recursos Humanos del SNIS (2010): ESTRATEGIA DE LOS RECURSOS HUMANOS DE LA SALUD. Presentación en PowerPoint. DIGESNIS/MSP

División Mercado de Trabajo (2011): “Análisis de la diferencia entre los laudos y los salarios de los trabajadores del sector privado” División Recursos Humanos del SNIS. DT 1/11. DIGESNIS/MSP

Doglio, Natalia; Senatore, Luis y Yaffé, Jaime (2004): “Izquierda política y sindicatos en Uruguay (1971-2004)”. En: Jorge Lanzaro (ed.). El Frente Amplio entre la oposición y el gobierno. Instituto de Ciencia Política. Fundación de Cultura Universitaria, Montevideo.

DOGLIO, Natalia y SENATORE, Luis: “Relaciones Laborales en el Uruguay progresista” Instituto de Ciencia Política, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República. Presentación en PowerPoint.

Ermida Uriarte, Oscar (2008): “El protagonismo de los Consejos de Salarios en el sistema laboral uruguayo”. Revista Derecho Laboral. Tomo LI – Nº 229 (Enero – marzo 2008). FCU. Montevideo.

Filgueira, Fernando (1991): “El movimiento sindical en la encrucijada: de la restauración a la transformación democrática”. Revista uruguaya de ciencia política. ICP. Montevideo.

Fuentes, Guillermo (2011): El sistema de Salud Uruguayo en la Post Dictadura: Análisis de la Reforma del Frente Amplio y las condiciones que la hicieron Posible. Revista Uruguaya de Ciencia Política vol.19 no.1 Montevideo ene. 2010. Versión on-line.

FUS – Pit-Cnt. (2015): Federación Uruguaya de la Salud. 1965-2015. Cinco décadas de lucha. Editorial Primero de Mayo.

FUS – Pit-Cnt. (2015): La historia de la FUS a través de sus conquistas. Resumen con las principales conquistas por la Federación Uruguaya de la Salud. Periodo 1985- 2015. Documento. Secretaria de Formación Sindical de FUS.

FUS – Pit-Cnt. (2015). Documentos previos al 17° Congreso de FUS.

Instituto Cuesta – Duarte. (2014): Las Relaciones Laborales en Uruguay. 10 años de cambio. Instituto Cuesta Duarte-PIT-CNT.OIT Montevideo.

Ley 18 508. MTSS. <http://www.mtss.gub.uy/web/mtss/modulos-y-niveles>.

Ley 18.566. www.parlamento.gub.uy/leyes/ley18566.htm

Lanzaro, Jorge. (1992): “Los relevos del corporativismo” www.fcs.edu.uy/archivos/RUCP-05-07-Lanzaro.pdf

Lanzaro, Jorge (1986): Sindicatos y Sistema Político. FCU. Montevideo.

MSP (2009). La construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud 2005-2009. www.psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/nas_la_construccion.pdf

Moreira, Constanza y Marcelo Setaro (2002). “Alternativas de reforma del sistema de salud en Uruguay”. En Uruguay: la reforma del Estado y las políticas públicas El sistema de salud uruguayo en la post dictadura en la democracia restaurada (1985 2000). Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.

Notaro, Jorge (2007): “Los consejos de salarios en el Uruguay 2005-2006”. Serie de documentos de trabajo. DT. 4/07. Instituto de Economía. IECON. Montevideo.

OCDE (1997): Perspectives de l’emploi de l’ OCDE 1997. Disponible en: http://www.oecd.org/document/55/0,3343,fr_2649_33927_31719479_1_1_1_1,00.html

Olesker, Daniel (2004): “Consecuencias económicas de la actuación de los Consejos de Salarios y situación creada por su no convocatoria”. En: Los Consejos de Salarios – una mirada actual. FCU. Montevideo.

Proyecto de modificacion de Ley 10.449. 15 oct 2007. http://archivo.presidencia.gub.uy/web/proyectos/2007/10/712_28%2005%202007_0001.PDF

Rodríguez, Juan. M; Cozzano, Beatriz y Mazzuchi, Graciela. (2007): Relaciones Laborales y Modelo de Desarrollo. UCUDAL. Montevideo.

Rodríguez, Juan M; Cozzano, Beatriz y Mazzuchi, Graciela (2001): La transformación de las Relaciones Laborales. Uruguay, 1985-2001. UCUDAL. Montevideo.

Rodríguez Araújo, M. y Toledo Viera, A. (2010). “La construcción del pilar normativo del SNIS: su proceso político”. En: MSP. Transformar el Futuro. Montevideo.

Rodríguez Araújo, M (2011): Democratización de la gestión pública en el gobierno del Frente Amplio. El caso de la participación social en la Reforma del Sector Salud Monografía final. Licenciatura en Ciencia Política. UDELAR. FCS. ICP

Ruesga, Santos; Pérez, Laura y da Silva, Julimar (2007): Negociación colectiva y dispersión salarial en España. Universidad Autónoma de Madrid. Disponible en: www.uam.es/otros/ixrem/comunicaciones/08-06-%20ruesga-perez%20ortiz-da%20silva.pdf

Senatore, Luis. (2008): “Políticas Públicas Laborales y Sindicalismo” Uruguay 1992-2007. Documento de Trabajo N° 53, Montevideo, Departamento de Ciencia Política, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República.

Senatore, Luis (2010): “Las Relaciones Laborales en el Uruguay: entre el neocorporativismo y la concertación salarial” en coautoría con Gustavo Méndez. Serie Cuestiones de Agenda, editado por la Fundación F. Ebert (Fesur) y el Instituto de Ciencia Política de la Facultad de Ciencias Sociales.

Senatore, Luis y Carracedo, F. (2013): “Las relaciones entre el Gobierno, los sindicatos y los empresarios en la segunda mitad de la gestión del Presidente José Mujica.” Artículo en libro: “Política en tiempos de Mujica III. A un año de las Elecciones Nacionales”. Informe de Coyuntura N° 12. Instituto de Ciencia Política. Estuario Editores.

Senatore, Luis y Carracedo, F. (2014): Las Políticas Laborales y las relaciones de trabajo frente al año electoral” Artículo en libro: “Final Abierto. Hacia las Elecciones Nacionales de 2014”. Informe de Coyuntura N° 13. Instituto de Ciencia Política. Estuario Editores.

Supervielle, Marcos (2014): Las relaciones laborales en Uruguay y sus Configuraciones. Artículo en Revista de Derecho Laboral Derecho. Tomo 57, Número 256.

Supervielle, Marcos y Quiñónez, Mariela (1999): “La instalación de la flexibilidad en Uruguay”. Documento de Trabajo N° 45, Facultad de Ciencias Sociales, Montevideo.

Notaro, Jorge (2010): “Uruguay 2009: Sistema de Relaciones Laborales Regulado y Participativo”, ponencia presentada en el VI Congreso Latinoamericano de Alast, México, 20 al 23 de abril de 2010.

Fuentes periodísticas consultadas:

Diario El País.

Diario La República.

Fuentes y páginas digitales consultadas:

www.presidencia.gub.uy

www.parlamento.gub.uy

www.mtss.gub.uy

www.msp.gub.uy

www.observatoriorh.org/uruguay

www.impo.gub.uy

www.fuspitcnt.com

www.smu.org.uy

Anexo 1. Cuadros elaborados para el Informe Final de Pasantía al MSP.

Evolución de los Convenios Colectivos del Grupo 15. 2005-2015

	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
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.

Criterios de ajustes salariales	Inflación esperada, correctivo de inflación, incremento real predeterminado. Dos Ajustes Semestrales para todos los trabajadores en el caso de los médicos y ajustes diferenciales para los de menores salarios en la FUS de +/- 15000 nominales. En el segundo ajuste, se suma al incremento real sectorial, 3 ajustes reales diferentes para grupos de empresas que se determina en función del crecimiento de afiliados de cada empresa.	Inflación esperada, correctivo de inflación, incremento real predeterminado. Dos Ajustes Semestrales para todos los trabajadores en el caso de los médicos y ajustes diferenciales para los de menores salarios en la FUS de +/- 16.100 nominales. En el segundo ajuste, se suma al incremento real sectorial, 3 ajustes reales diferentes para grupos de empresas que se determina en función del crecimiento de afiliados de cada empresa.	Inflación esperada, correctivo de inflación e incremento real predeterminado. Ajustes Semestrales y diferenciales para los de menor salario en la FUS +/- 18.260 nominales.	Inflación esperada, correctivo de inflación e incremento real predeterminado. 4 ajustes semestrales diferenciales para los de menor salario en la FUS +/- 20.912 nominales.	Fórmula salarial mixta. 2 ajustes semestrales con inflación esperada, correctivo de inflación e incremento real predeterminado y 1 ajuste anual con inflación esperada, correctivo, productividad macro y sectorial esperadas y sus correctivos. -Cláusula Gatillo o salvaguarda. - Las empresas financian un 1% de ajuste salarial. -Cláusula Gatillo o salvaguarda. -Compromiso de recuperación de salario real. -Convenio "de transición hacia una nueva metodología de ajuste salarial"	Metodología y nueva fórmula salarial establecida. Tres ajustes anuales Por Inflación esperada, con correctivo. Por productividad macro y sectorial esperadas y sus correctivos. -Cláusula Gatillo o salvaguarda. -	Inflación esperada, correctivo, productividad macro y sectorial esperadas y sus correctivos. 5 ajustes anuales.
--	---	--	---	---	---	--	---

Elaboración propia y en base a datos recuperados de : "La Política Salarial en el Sector Salud. El caso uruguayo." 2014. Buffa, C; Cárpena. C y Pradere, G. DEMPESA /DIGESNIS/MSP.

Evolución de los Convenios Colectivos del Grupo 15 Contenidos No Salariales. 2005-2015

Convenios	Ley 10.449				Ley 18.566			Médicos
	Personal	Médico y No Médico	Médico	Médico	Personal	No Médico	Médicos	
	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 5ta Ronda	
Contenidos No Salariales más importantes	-Comisión tripartita de discusión de categorías de trabajo, salarios mínimos y condiciones de	-Comisión tripartita de discusión de categorías de trabajo, salarios mínimos y	Continuidad de comisiones creadas. Ratificación de los acuerdos sobre Licencia	FUS: Acuerdo en implementación de régimen días libres rotativos. Cada 4 días de	Titularización de trabajadores suplentes. - Nuevo personal. Se acuerda la creación de	Reafirmación del régimen de trabajo de libre 4 por 1 para nuevos trabajadores que ingresen a	Se establecen los lineamientos conceptuales para reformar el trabajo médico. Se crea una comisión	

	trabajo. PE IAMC, SMU, FUS. -Comisión Técnica seguimiento de información. -Creación Fondo de Retiro medico -Convenio básicamente salarial.	condiciones de trabajo. PE IAMC, SMU, FUS. -FUS: Incremento del aporte patronal a guardería.- Creación de fondo formación sindical. - Convenio: se priorizó lo salarial.	Gremial del Convenio 2005. -Eje central del Convenio: los componentes de la formula salarial.	del trabajo y 1 de descanso - Obligación de contratar personal médico desocupado de bolsa de trabajo. -Capítulo Sobre Género e igualdad de oportunidades. -Capitulo Salud Laboral. -Creación de aporte IAMC a hogar estudiantil de hijos personal no médico del Interior. -- Cláusula de la condición más favorable. - Convenio: Prevalencia salarial pero acuerdos importantes en temas no salariales.	nuevas categorías de trabajo sin modificar el laudo vigente. Creación de observatorio de condiciones de trabajo, salud laboral, género y equidad. -Cláusula de la condición más favorable. -Convenio: combinó formula salarial con acuerdos de trabajo y beneficios no salariales.	los sectores de las empresas con régimen de libre rotativo. - Comisión Tripartita para análisis de la incorporación de categorías no contempladas en el Laudo. - Impulso de la creación de los servicios de salud en el trabajo. - Convenio: Consolidación de formula salarial mixta, varios componentes, más "afinada". Continuidad y profundización de acuerdos en condiciones de trabajo y en incrementos de beneficios.	tripartita (MTSS, MSP, empleadores y trabajadores médicos) que debe analizar y redefinir el laudo médico. - Revisión De los laudos médicos actuales y los salarios resultantes, "proceso de transición, por especialidades, niveles de atención y modalidades de trabajo" hacia consolidación del nuevo laudo de trabajo médico. -Eje central del Convenio: Reforma del Laudo Medico.
Modificación del Laudo Vigente	-No apertura de discusión sobre modificación del Laudo Medico ni del Laudo Personal no Médico.	-No apertura de discusión sobre modificación del Laudo Medico ni del Laudo Personal no Médico.	- Sin planteos en negociación del convenio de modificación del Laudo no medico por parte de actores.	-Sin avances. Rechazo tajante de FUS en negociación ante propuesta de FEMI de introducir la multifunción y extender jornada laboral a ocho horas para trabajadores del Interior.	- Creación de nuevas categorías de trabajo persistente negativa de FUS a discutir la 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 y sus programas. - No avances en revisión del Laudo Vigente.	-Reforma, instrumentación y desarrollo del nuevo Laudo Médico durante el periodo. - Reforma trascendental efectuada a través de la negociación colectiva en el marco del SNIS.

Elaboración propia y en base a datos recuperados de : "La Política Salarial en el Sector Salud. El caso uruguayo." 2014. Buffa, C; Cárpena. C y Pradere, G. DEMPESA /DIGESNIS/MSP.

Anexo 2.

Impacto de la negociación colectiva en la estructura salarial de los no médicos.

En el desarrollo de estos dos primeros capítulos hemos analizado en un plano global y teórico como impacta el formato que asume la negociación colectiva en la estructura salarial de los trabajadores.

En la primera etapa histórica de los CCSS (1943-1968) el carácter centralizador de la negociación colectiva por rama de actividad que asumieron los Consejos tuvo impactos de establecer “una distribución más equitativa del ingreso, reduciendo la dispersión salarial entre ramas industriales, las brechas salariales de género y entre obreros calificados y no calificados,” (Bértola, 2004, 2005).

Con la restauración de la negociación colectiva tripartita del gobierno del FA y el mantenimiento del formato de la centralización en las negociaciones por la cual se le brinda a las centrales sindicales el monopolio de la representación de los trabajadores y se imponen convenios homogéneos para todo el sector, los impactos en la estructura salarial general de los asalariados tuvieron la misma impronta que en la primera etapa histórica de los CCSS.

Los resultados de los CCSS para los sectores en general fue la paridad salarial en los salarios mínimos de los Laudos, la recuperación del salario real general y la equiparación salarial entre las categorías de trabajo más sumergidas con las categorías medias y altas (obrereros no calificados- obrereros calificados) fueron las líneas de acción protagonistas de las negociaciones en los primeros cinco años de gobierno. Para el segundo periodo de gobierno ya con la recuperación salarial lograda si bien la estrategia del gobierno en las negociaciones cambió, acotando los márgenes de crecimiento salarial y vinculándolos directamente a los desempeños de la economía general y de cada sector, no se produjeron variantes sustanciales respecto a las estructuras salariales de los Laudos de cada sector, estas mantuvieron la paridad salarial general entre las categorías de trabajo a la interna de cada sector de actividad. El impacto global de los resultados de los CCSS en los dos periodos de gobierno del FA fue el “achatamiento” de las pirámides salariales de cada sector.

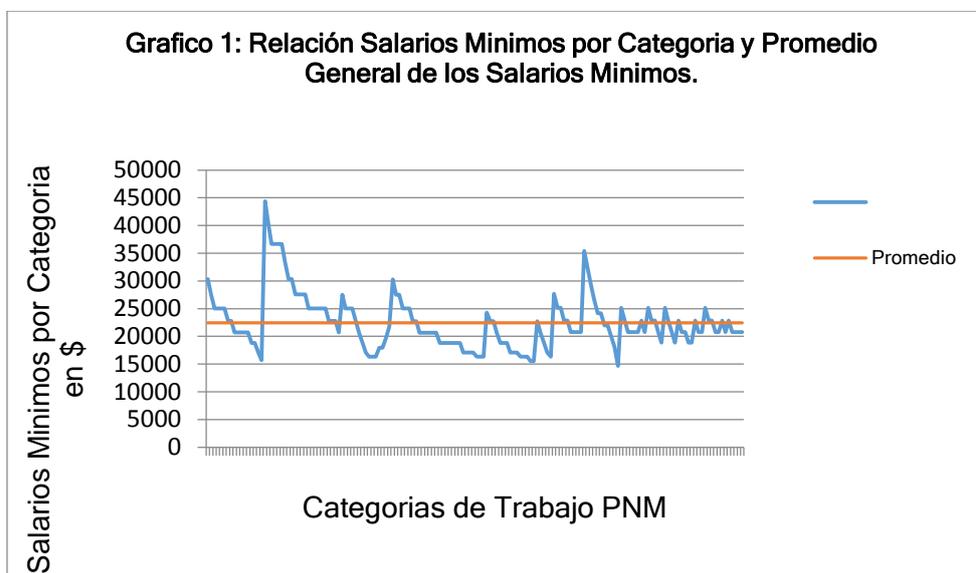
Si analizamos particularmente a Laudo de trabajo del personal no médico del Sector Privado de Salud observamos similares impactos.

En el grafico a continuación elaborado en base al Laudo del personal no médico actualizado a julio del 2014 se puede observar la dispersión de los salarios mínimos en relación al promedio general para todas las categorías de trabajo del Laudo.

El promedio de salarios mínimos es de \$ 22.435, el salario más alto corresponde a la categoría de trabajo Director De Centro de procesamiento de datos con \$44.393 siendo esta área perteneciente al grupo ASO la que registra los mayores salarios.

La categoría con salario más bajo corresponde a un vacunador por cuatro horas de trabajo con \$14638 del grupo ENF y a un peón del área Servicios y Oficios del grupo ASO \$15.530 por seis horas de trabajo que es el horario normal de la jornada laboral.

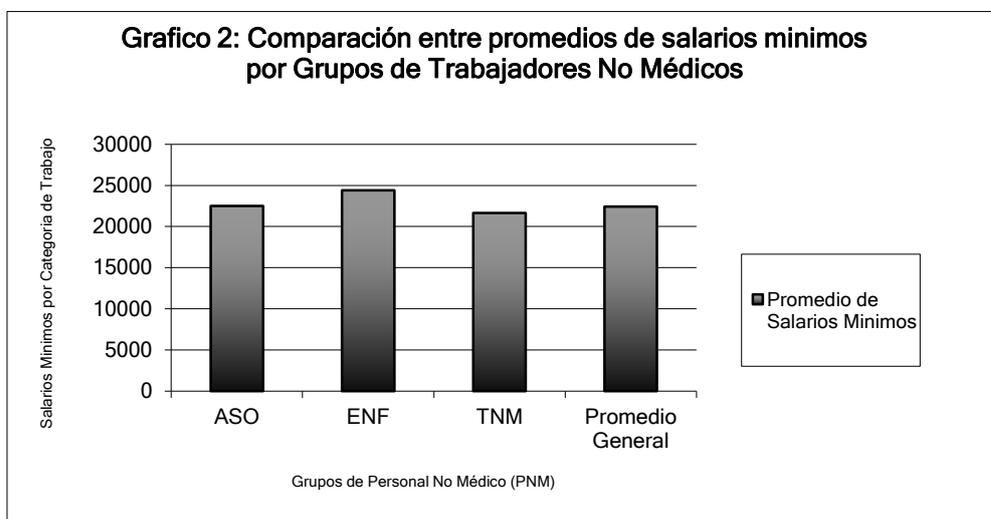
La mayoría de las categorías se ubican entre los \$ 15.000 y \$ 30.000, el desvío estándar mide el grado de dispersión o variabilidad de todas las categorías en relación al promedio general, es de unos \$5.012, siendo un desvío de un valor poco significativo analizando que se trata de todas las categorías de trabajo que incluyen cargos superiores y cargos operativos.



Fuente: elaboración propia en base a actas de Consejos de Salarios del Grupo 15. Laudo Personal no médico al 2014.

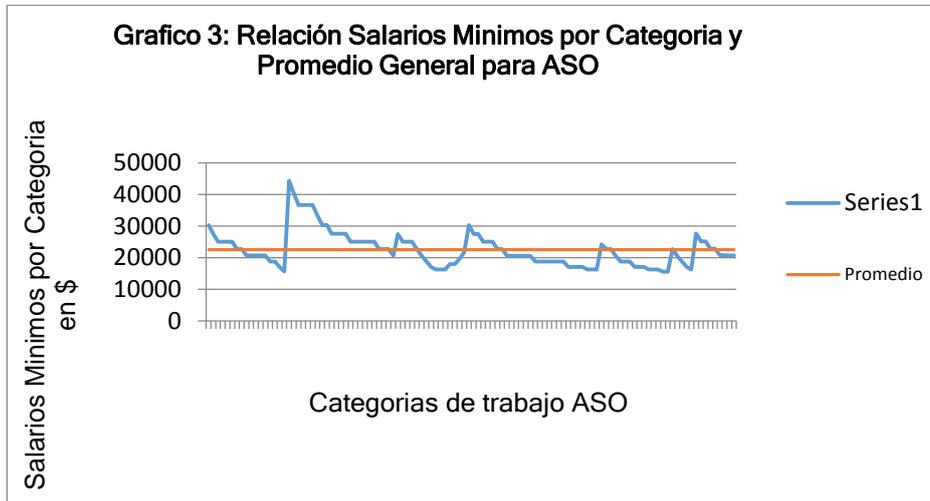
Si analizamos y comparamos los promedios generales de salarios mínimos para los tres grandes grupos de trabajadores ASO, ENF y TNM observamos también una paridad salarial importante.

Los promedios generales de los salarios mínimos para estos tres grandes grupos de trabajadores no médicos se ubican entre los \$ 20.000 y \$25.000 siendo el promedio general \$22.435. Observamos que ninguno de los grupos se destaca sobre los otros en cuanto al nivel salarial, ni al alza ni a la baja, esto se ilustra en el siguiente gráfico.

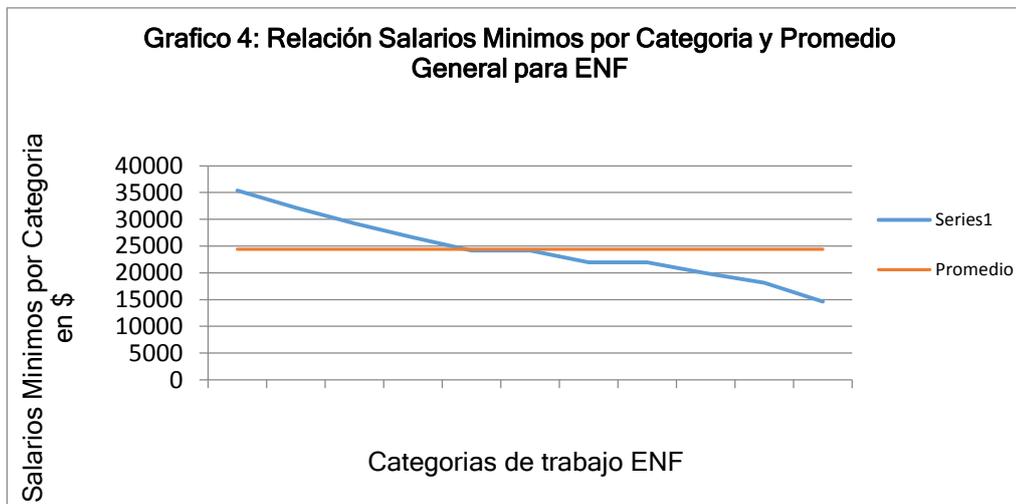


Fuente: elaboración propia en base a actas de Consejos de Salarios del Grupo 15. Laudo Personal no médico al 2014.

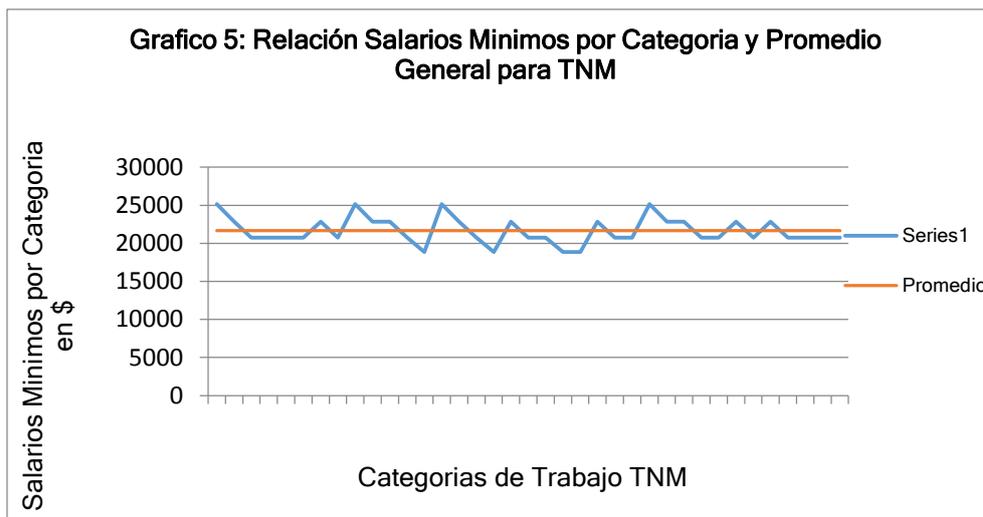
Ahora observemos la dispersión salarial en relación al promedio a la interna de las categorías de trabajo de cada uno de estos grandes grupos:



Fuente: elaboración propia en base a actas de Consejos de Salarios del Grupo 15. Laudo Personal no médico al 2014.



Fuente: elaboración propia en base a actas de Consejos de Salarios del Grupo 15. Laudo Personal no médico al 2014.



Fuente: elaboración propia en base a actas de Consejos de Salarios del Grupo 15. Laudo Personal no médico al 2014.

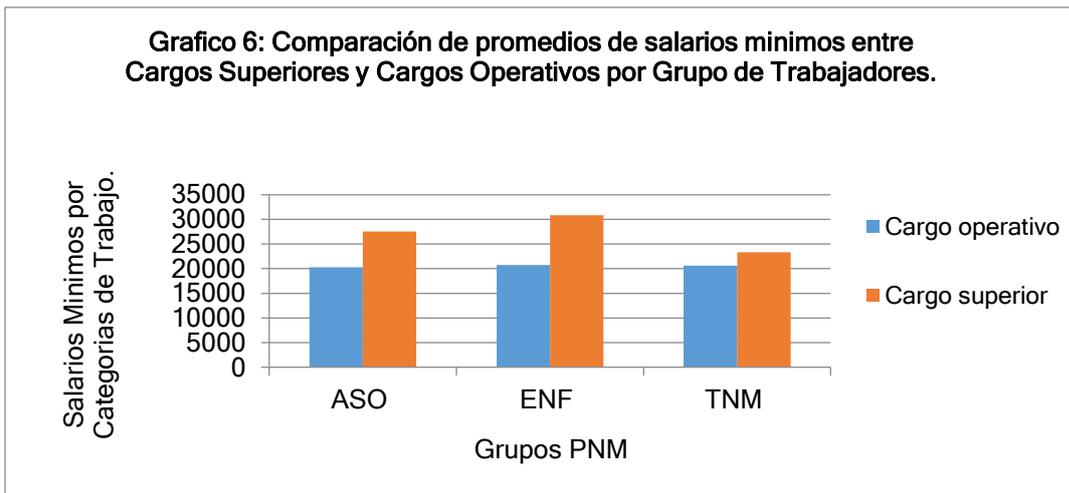
El grupo ASO es el grupo más grande y heterogéneo del personal no médico, en cuanto a la cantidad de áreas que abarca y a la diversidad categorías de trabajo que incluye, y es donde se ubican las categorías con salarios más altos y los más bajos para todo el personal no médico.

Sin embargo más allá de esta heterogeneidad la paridad salarial dentro de este grupo sigue el mismo patrón general de todos los trabajadores no médicos, el promedio de los salarios mínimos es de \$22.499 y el desvío estándar respecto a este promedio es de \$5570.

El grupo Enfermería es el más homogéneo respecto a las tareas y categorías de trabajo que comprende y presenta una mayor dispersión salarial con un promedio general de 24.402 y un desvío estándar de 6133.

Los TNM es el grupo más homogéneo en cuanto a los salarios mínimos, presentan una mucho menor diferenciación salarial entre las categorías, estas se ubican entre los \$18.000 y \$25.000, el promedio general salarial es de \$21.658 y el desvío estándar es de \$1744, significativamente menor al de los otros grupos. El grupo de los TNN es el que presenta la menor dispersión salarial a la interna de sus categorías de trabajo.

El siguiente gráfico compara los promedios de mínimos salariales entre los cargos superiores y los cargos operativos para cada grupo de trabajadores de los no médicos.



Fuente: elaboración propia en base a actas de Consejos de Salarios del Grupo 15. Laudo Personal no médico al 2014.

El grafico muestra que la mayor diferencia salarial entre cargos superiores y cargos operativos se manifiesta en el grupo Enfermería donde la diferencia está en el entorno de \$10.000. Para ASO la diferencia es un poco menor de \$7000 y para los TNM la diferencia es mucho menor en el entorno de los \$2500.

En general la diferencia salarial entre los salarios mínimos promedio de los cargos superiores y los operativos es baja, los cargos superiores a nivel general no se destacan salarialmente por sobre los cargos operativos, de alguna manera no se reconoce el valor de la tarea, no se premian con mayor salario a los cargos con mayor responsabilidad, con personal bajo su supervisión y con áreas de trabajo bajo su mando.

El grupo que muestra mayor diferencia salarial es el de Enfermería pero tampoco la diferencia es sustancial, solo de \$10.000 promedio entre superiores y operativos.

Entre los TNM la diferencia es muy baja, promedio tan solo de \$2500, los TNM corresponden a cargos técnicos en diferentes especialidades que actualmente como anteriormente dijimos ahora son licenciados, profesionales universitarios no médicos.

Si bien tanto los cargos superiores como los operativos de este grupo son ocupados por técnicos licenciados, si analizamos la diferencia salarial entre un auxiliar y un técnico es muy baja.

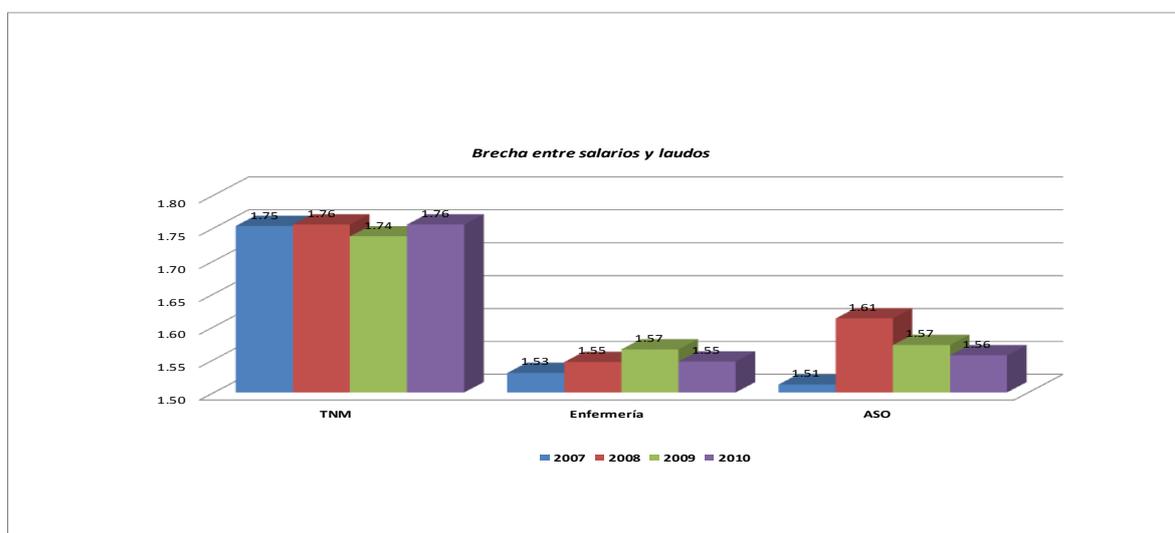
Es evidente la falta de reconocimiento salarial en el Laudo a los trabajadores con mayor nivel educativo, no premia ni incentiva salarialmente a los profesionales universitarios no médicos, ni a la interna de los TNM ni a nivel general entre los trabajadores no médicos. Los cargos superiores del grupo Enfermería son los más destacados pero estos corresponden a jefes y supervisores de departamentos, sin embargo entre una licenciada en enfermería y una auxiliar de enfermería grado 1 la diferencia entre los

salarios mínimos es tan solo de \$ 2222. Tampoco a la interna del grupo Enfermería hay un reconocimiento en lo salarial a los profesionales no médicos

En conclusión el Laudo del personal no médico establece una paridad salarial muy importante entre los salarios mínimos entre todas las categorías de trabajo, la paridad se traslada a la interna de los tres grandes grupos de trabajadores y también se manifiesta a nivel general entre los cargos superiores y operativos de todas las categorías.

Esta realidad acontece en el Laudo de los trabajadores no médicos, para los salarios mínimos establecidos en la negociación colectiva tripartita, otra es la realidad de los salarios nominales pagados por las IAMC en general.

Gráfico 7: Brechas entre salarios y laudos



Fuente: en base a datos de "SCARH 2007-2010" y Actas Consejos de Salarios. División Mercado de trabajo DIGESNIS/MSP 2011.

El anterior gráfico analiza la brecha salarial entre los salarios y laudos entre los tres grandes grupos de trabajadores no médicos.

Lo primero que se observa en el gráfico, es que para las tres categorías existe una diferencia importante entre sus salarios y los laudos, que van desde un 50 hasta un 80% por encima de éstos. (División Mercado de Trabajo DIGESNIS/MSP DT 1/11. 2011 p.11)

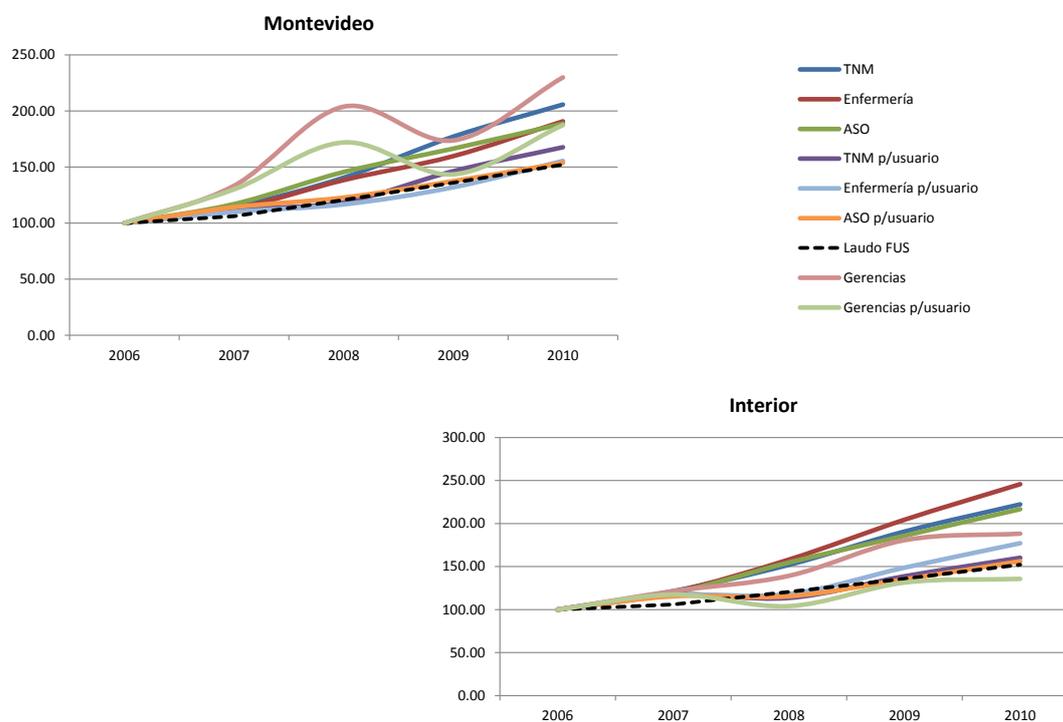
Los TNM son los que presentan la mayor brecha de los salarios respecto al Laudo, de un promedio de un 75% por encima, en los otros grandes grupos esta brecha es menor, de un 55% más para Enfermería y para ASO de un 56%.

En el Laudo vemos la paridad en los salarios mínimos entre los tres grandes grupos, pero en los salarios efectivamente pagos por las empresas prestadoras observamos que en los últimos años los TNM han incrementado su salario bastante más que ENF y ASO respecto a lo establecido en el Laudo.

La falta de reconocimiento salarial a los profesionales no médicos que se manifiesta en el Laudo no se condice con la realidad de los salarios que abonan las IAMC.

Hubo un crecimiento salarial importante de los técnicos no médicos en los últimos años, y en cuanto a Enfermería se produjo un aumento importante en la cantidad de cargos demandados de un 35% entre el 2007 y 2010, esto se debe sustancialmente al crecimiento de la demanda de licenciadas en enfermería, estos factores produjeron grandes movimientos en la distribución de la masa salarial del Sector Privado de salud, incrementándose así a nivel general el peso de los profesionales no médicos en materia de los salarios pagados por las IAMC.

Gráficos 8: Evolución de la masa salarial no médica por grupos de trabajadores. Montevideo – Interior. (Índice base 100=2006)



Fuente: en base a datos de “SCARH 2007-2010” y Actas Consejos de Salarios. División Mercado de Trabajo DIGESNIS/MSP 2011.

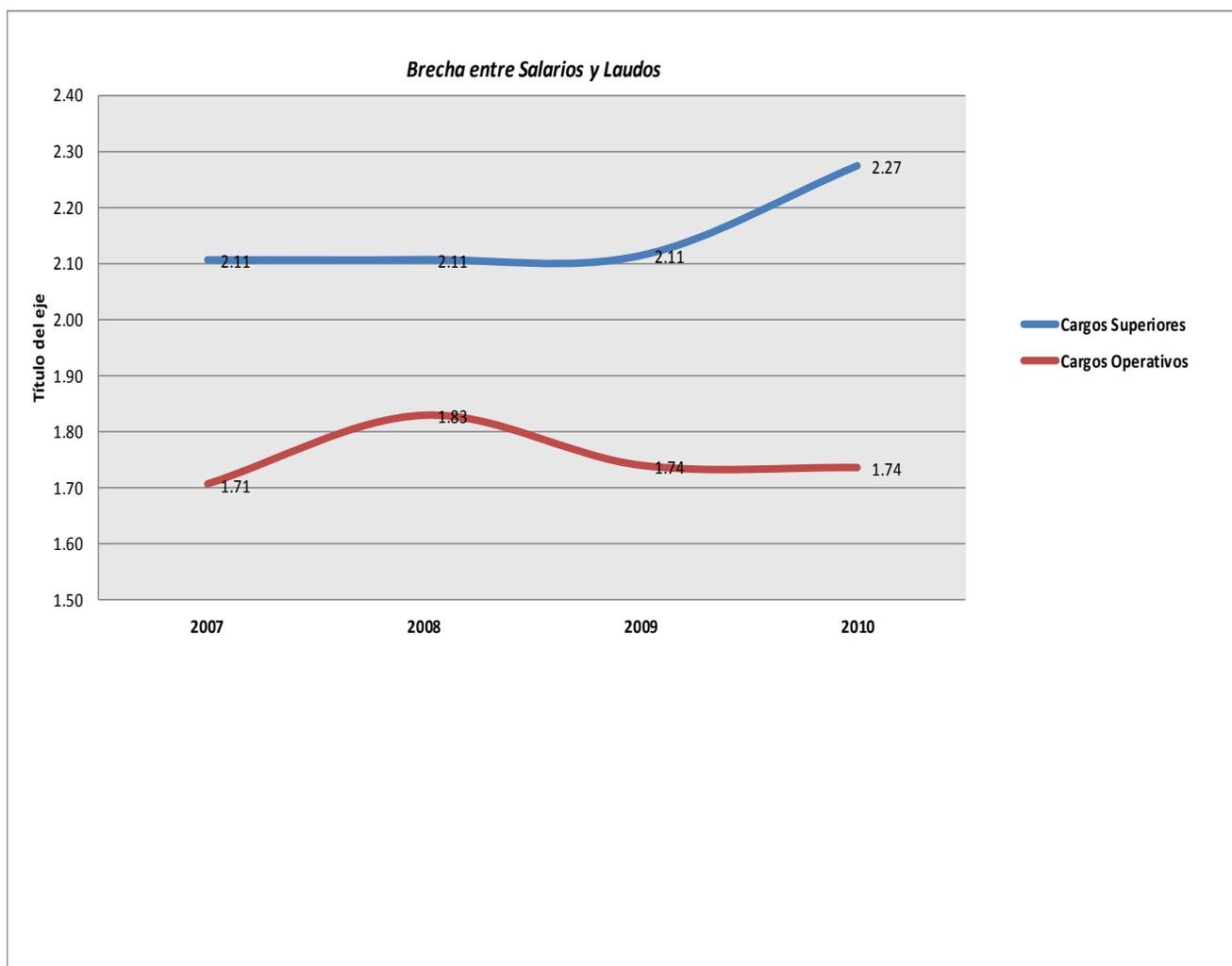
Los gráficos anteriores muestran la incidencia de cada grupo de trabajadores en la masa salarial de las IAMC en relación al Laudo del personal no médico para Montevideo y el Interior, en general los tres grupos más importantes han tenido un crecimiento lineal y por encima del Laudo a partir del impulso del SNIS. Para Montevideo el crecimiento mayor se produce con los TNM con un notorio incremento de un 100% desde el inicio del periodo y por encima del resto de los grupos, y para el Interior el incremento mayor se produce para ENF con un 150% de crecimiento desde el inicio del periodo.

Los profesionales no médicos a nivel general del Sector Privado tanto para Montevideo como para el Interior han tenido aumentos salariales por encima del resto de los trabajadores no médicos y su participación en la masa salarial de las IAMC también ha crecido de manera importante.

Estos datos demuestran que el mercado de trabajo en el Sector Privado de Salud paga con sustanciales mayores salarios el conocimiento calificado de los profesionales no médicos y esta realidad no tiene su correlato en los resultados de la negociación colectiva tripartita del sector, donde la resultante general es la paridad salarial entre los tres grandes grupos de trabajadores y entre personal calificado y no calificado.

El mismo comportamiento se desarrolla si comparamos los salarios nominales de los cargos superiores y los operativos del mercado de trabajo con los salarios mínimos del Laudo para estas categorías.

Gráfico 9: Cargos superiores y operativos



Fuente: en base a datos de "SCARH 2007-2010" y Actas Consejos de Salarios. División Mercado de Trabajo DIGESNIS/MSP 2011.

Lo que claramente muestra el gráfico anterior es que existen diferencias importantes entre la brecha de salarios y laudos entre cargos superiores y operativos, en donde los cargos superiores se encuentran cobrando por encima del doble de lo laudado y esta diferencia ha aumentado en el 2010 con relación al 2007. Los trabajadores pertenecientes a la categoría de operativos también tienen salarios por encima de lo laudado pero estos se encuentran entre un 70% y 80%, y esta diferencia no ha variado casi desde el 2007 al 2010. (División Mercado de Trabajo DIGESNIS/MSP DT 1/11. 2011 p.17)

El mercado de trabajo premia y reconoce salarialmente a los cargos superiores en promedio con más del doble del salario mínimo establecido en el Laudo, cargos superiores que son ocupados en gran medida por profesionales no médicos.

Por lo que en esta brecha salarial importante entre superiores y operativos se evidencia que el mercado de trabajo establece salarios bastante más altos para los trabajadores calificados o con mayores responsabilidades en sus tareas que lo que se establece en el Laudo a través negociación colectiva tripartita.

El resultado es un fuerte desfasaje entre lo establecido en el Laudo de trabajo del personal no médico y la realidad de los salarios pagados en general por las IAMC.

La negociación colectiva tripartita centralizada promueve la paridad salarial y el achicamiento de la brecha salarial entre cargos superiores y operativos y entre obreros calificados y no calificados. Por otro lado el mercado de trabajo del Sector Privado de Salud plantea otra realidad muy distinta y en un sentido contrario, paga con mayores salarios a las categorías de trabajo con nivel educativo alto (profesional universitario) y agranda la brecha salarial entre cargos superiores y operativos.