

# Conducción y regulación de las profesiones de salud en el ámbito de la seguridad social

*Raquel Abrantes Pêgo*  
*CIESS, México*

---

Desde el ámbito de la seguridad social, lo que puedo decir a ustedes es que no hay una agenda de discusión sobre la cuestión de regulación de la profesión de salud. Si ustedes observan los últimos informes de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social –CISS– y si consideramos los temas que trata el Informe como un indicador de la agenda sectorial-, las cuestiones tratadas son mercado laboral, informalidad, fragmentación y reforma, financiamiento para VIH-SIDA, globalización y protección social. La problemática de los recursos humanos está ausente en la discusión en torno a la crisis de los sistemas de seguridad social aunque está presente muchas veces, la crítica al crecimiento excesivo del empleo en el sector público, a la falta de eficiencia de la máquina pública. Posiblemente las instituciones discuten, hacen sus políticas internas respondiendo a sus propias demandas, pero no hay un debate amplio en torno a esa problemática que nos indique un creciente interés por esa temática aunque el sector está preocupado en mejorar la calidad y eficacia de la atención, promover una gerencia más eficaz y eficiente, controlar costos y lo más importante, promover cambios.

En ese sentido, mi presentación va a estar más dirigida a analizar cómo están hoy las instituciones de seguridad social en la región, hablaremos del contexto de cambio en el cual están inmersas las instituciones públicas de salud en el entendimiento que esos cambios afectan no solo a los trabajadores de la salud mas a las propias instituciones y organizaciones y sus políticas.

No tengo, infelizmente, información de país a país, entonces, mi presentación va a ser más general, y pediría a los compañeros de instituciones de seguridad social que hiciesen también ellos aportaciones de cómo están viviendo en sus instituciones ese problema, porque pienso que la riqueza de este espacio es justamente permitir el intercambio de información entre los ministerios de salud y las instituciones de seguridad social, particularmente pensando que los ministerios deben de ser las instituciones reguladoras. Sin embargo, en la realidad, quizás debido a la importancia económica de las instituciones de seguridad social, al volumen de recursos que manejan y volumen de personas que atienden, de hecho, ellas acaban siendo parte importante de la regulación en salud. Entonces, en este intercambio, que puede ser muy rico, podremos en conjunto sacar a la luz lo que está pasando en las instituciones de seguridad social.

Yo parto del presupuesto que el trabajo, antes que nada, es un acto social. ¿Qué quiero decir con eso? Que el trabajo, aunque sea compuesto de elementos

técnicos, es también un hecho social institucionalizado. O sea, independientemente de las capacidades, calificaciones, especialidades y características científico-técnico-profesionales, el contexto social, económico e institucional en que uno desempeña su actividad profesional se impone inevitablemente en la práctica de las profesiones de salud y determina, en cierta medida, orienta la actividad profesional, influye en el poder y capacidad de negociación de las condiciones laborales.

Con eso quiero decir que el ejercicio de la profesión no es independiente del contexto social o institucional en el cual se ubica. Incluso la capacidad para negociar las condiciones de trabajo, no están determinada a priori, y dependen de estos factores. La otra cuestión que a mí me parece importante recuperar refiere a los vínculos establecidos entre las profesiones de salud con el Estado en la región.

Sabemos por la literatura que el Estado en el continente tuvo un papel importante en la legitimación y consolidación de las profesiones de salud, y principalmente de la profesión médica. El reconocimiento y apoyo del Estado a la profesión médica ha significado la exclusión o subordinación de otras prácticas de curación existentes a la visión biomédica alópata de la salud y de la enfermedad desconociendo y contraponiéndose tanto a la medicina tradicional dominante en las comunidades indígenas y campesinas como también a otras prácticas de curación existentes, como la homeopatía. Al actuar así, no solo desconoció y negó la diversidad cultural y étnica existente en las sociedades, y principalmente, dejó estos grupos a su propia suerte. La baja presencia de los servicios alopáticos en las comunidades indígenas, campesinas y entre los pobres urbanos, fueron en parte compensadas por el continuismo de la sociedad-tradicional y de sus prácticas de curación que todavía constituyen una importante fuente de recursos de curación para estos grupos sociales.

Esta es una cuestión estructural del mercado de trabajo del profesional de la salud porque el apoyo del Estado implicó para las profesiones una dependencia para con el Estado, o sea, una influencia del poder estatal sobre su trabajo profesional, más aun, el Estado pasó a ser el gran empleador para estos profesionales y también el creador de las instituciones educativas de alto prestigio para formar estos profesionales. Esos son procesos que se hegemonizaron en el siglo pasado.

Sustentado en lo referido, consideramos que las reglas de regulación de las relaciones de trabajo son el resultado del poder, de los recursos y de la habilidad y oportunidad de los actores, en un contexto institucional específico e históricamente determinado.

Teniendo eso en consideración, pasaríamos entonces a hablar del contexto institucional de la seguridad social, que es lo que nos interesa, dada su importancia también como empleadora y como agente del proceso de aseguramiento para

garantizar el derecho a la salud y del contexto económico-social en el cual están inmersas las instituciones de seguridad social.

### **Contexto Institucional de la Seguridad Social**

¿Cuáles son las características fundamentales de la seguridad social en el continente?

Históricamente, los seguros sociales gozaron de mucha autonomía en relación a los ministerios de salud, de tal forma que, por ejemplo, en el caso de Costa Rica, la Constitución Política garantiza a la Caja Costarricense de Seguro Social independencia en materia de gobierno y administración. Además la Caja Costarricense de Seguro Social acumula los poderes de recaudación directa, y acumula la función de comprador y prestador monopsonista. Sin duda, eso le da mucho poder de regulación.

En general, las instituciones de seguridad social siempre tuvieron más recursos financieros que los Ministerios de Salud aunque su cobertura fuera menor. La expansión de la red asistencial de la seguridad se dio de forma independiente en relación a la de los Ministerios de Salud y marcadamente desigual una en relación a otra en lo que refiere a los recursos, acciones, calidad y con pocos incentivos para la cooperación entre ambos sectores.

Las instituciones de seguridad social en la región no son homogéneas en relación a la cobertura, fuentes de financiamiento, servicios y organización. Hay una diversidad de sistemas en la región. Las fuentes de financiamiento son diversas y pueden provenir: de fondos fiscales, cotizaciones obligatorias, fondos privados, o una combinación de los anteriores, o seguros colectivos e individuales.

Son también fragmentadas en su organización y estratificadas con relación a los beneficios. También hay una desigualdad en la concesión de los beneficios entre los diferentes seguros.

Solamente en Canadá, Cuba y Costa Rica los seguros son universales, y en muchos otros países son obligatorios para un grupo específico de trabajadores. Algunos incorporan a la familia de los trabajadores y otros no, o incorporan al niño hasta los cinco años, o a la mujer, etc, lo que significa decir que las reglas de aseguramiento son distintas de un seguro a otro. Hay seguros colectivos y hay individuales, y hay casos, como en Brasil que la salud está bajo la responsabilidad del Ministerio de Salud y virtualmente es universal.

La población atendida por las instituciones de seguridad social, en general, es urbana, vinculada al trabajo formal, y en el área de salud, a través de los seguros de enfermedades y maternidad. El modelo de atención de las instituciones

de seguridad social es predominantemente curativo, individual, especializado, centrado en el hospital, en detrimento de la salud pública.

En México, recientemente, se ha observado en el ámbito del IMSS, una mayor preocupación con la prevención. Son movimientos cíclicos, como en la década de los cincuenta y sesenta, en que hubo un refuerzo de la medicina familiar para mejorar las condiciones de salud de la población atendida. Bolivia también está empezando a discutir la posibilidad de reforzar el modelo medicina familiar, o estaba porque no sabemos como el gobierno de Evo Morales, que está discutiendo de una forma muy interesante el modelo de atención en base a la comunidad, recuperará o no la propuesta de medicina familiar. En fin, hay movimientos cíclicos y es muy importante percibir a qué están vinculados, la razones que los anima, si de hecho es la prevención u otras cuestiones.

Con relación a la gestión de la fuerza de trabajo de las instituciones de seguridad social esta siguió el patrón de las relaciones establecidas entre el Estado y la sociedad a lo largo del siglo pasado: predominio de los arreglos corporativos al lado de una red de relaciones informales y de clientela.

Argentina y México son dos ejemplos de arreglos corporativos. En el caso de México, que conozco un poco, al lado de las relaciones corporativas que ha permitido al liderazgo sindical obtener importantes logros para los trabajadores, la gestión de la fuerza de trabajo reposa también en las redes informales existentes en el interior de las instituciones.

De manera que si analizamos lo que ocurre en el sector salud en México, según entiendo, el personal médico, paramédico y de enfermería que trabaja en la seguridad social se rige por un contrato que estipula un salario fijo, las horas de trabajo y las prestaciones sociales. Sin embargo, el contrato colectivo del IMSS no es el mismo del ISSSTE y ni igual a de los trabajadores de la Secretaría de Salud.

El contrato colectivo del IMSS permite a su sindicato tener el control efectivo sobre la contratación de los médicos, establecimiento del horario de trabajo y asignación de responsabilidad entre el personal. Esa no es una cuestión menor: Por ejemplo, ahora en el IMSS está siendo discutido un plan gerontológico. Para poner en práctica este plan se requieren cambios laborales que tienen que ser negociados con el sindicato, y el sindicato puede estar dispuesto a apoyar, como no. Es verdad que hoy los sindicatos en México no gozan del poder que han tenido en el siglo pasado, pero, continúa siendo un sindicato muy fuerte, con mucha capacidad de movilización, de poder y de control de los trabajadores del sistema.

Además, las instituciones de seguridad social constituyen el mayor empleador del sector salud, en general con mejores salarios. Trabajar en la seguridad social no impide a los profesionales mantener otros vínculos profesionales y, en general, los médicos tienen tres empleos – consultorio

particular, un empleo en una institución de seguridad social y otro en la secretaría de salud o en un hospital privado. Eso pasa en todo el continente y es muy problemático. Hay varios factores que explican eso, y estoy solo constatando una realidad.

### **Las reformas y la gestión de la fuerza de trabajo en salud en un contexto de cambio del modelo de desarrollo**

Desde la década de los ochenta esas características y relaciones descritas están siendo objeto de críticas y de modificando con los procesos de reforma. Esas reformas fueron justificadas tanto por factores internos referentes a la naturaleza de los problemas epidemiológicos-demográficos de sociedades caracterizadas por la desigualdad social y que propicia el aumento de diabetes, disturbios producidos por la alimentación, violencia de diversos tipos, cánceres y otros padecimientos evitables dependiendo de cambios en las condiciones de vida-, y factores externos, entre ellos, la democratización de las relaciones Estado sociedad y el fortalecimiento de la visión liberal que vino acompañado de la globalización, de presiones sobre la legislación del trabajo y de un deterioro del mercado laboral que está llevando a una sustitución del empleo más o menos estables por otros menos estables y con menor calidad de salario.

Sin embargo se observa que hay incongruencia entre los diagnósticos internos que visualizaron determinados problemas y las propuestas de reforma. O sea, un descompaso entre las justificativas y necesidades y las medidas puestas en práctica con la reforma.

Entonces, lo que hay son reformas que generan nuevos problemas sin enfrentar los problemas estructurales que fueron diagnosticados con anticipación y reconocidos por los reformadores, como por ejemplo la fragmentación, la desigualdad en la distribución de los beneficios, limitado acceso y baja eficiencia. El déficit financiero por ejemplo, identificado como un de los problemas a ser enfrentado por la reforma, no fue eliminado: continúa en todas las instituciones. El modelo que era curativo, continuó siendo curativo, la fragmentación del sector continuó, etc.

Además, las reformas no son homogéneas y hay diferentes grados de integración y articulación entre la reforma de la seguridad social y de la salud pública. En el ámbito de las pensiones las reformas pueden ser paramétricas o estructurales, como es el caso de Colombia y Chile y en algunos países la reforma de la seguridad social está articulada con la de los Ministerios de salud y en otros esa articulación es muy frágil. Además, cuando existen la articulan, por lo menos en el plan de los proyectos, los tiempos políticos hacen que esas reformas tampoco se hagan de forma conjunta. Tal vez las reformas estén más articuladas con los ministerios de hacienda, con una nueva concepción del modelo económico, que con una visión de salud, y por supuesto, eso es problemático.

Esas reformas se dan en un contexto de fortalecimiento de la visión liberal, aunado a fenómenos como la globalización, que han encausado presiones sobre la legislación del trabajo y deterioro del mercado laboral que está llevando a una sustitución de empleo más o menos estable por otros menos estables y con menor calidad de salario y derechos. El mercado de trabajo de los profesionales de la salud no es inmune a estos cambios y presiones y afecta la calidad de los servicios.

¿Cuál es la visión liberal del mercado de trabajo? De acuerdo con esa visión, es el mercado quien determina los derechos de los trabajadores, según las condiciones de desarrollo de cada país. Entonces, en ese caso, cuestionan el papel de los sindicatos, pues creen que generan perturbaciones en el mercado en la libre competencia al proteger al trabajador, y que esas perturbaciones obstaculiza el desarrollo y distorsiona la propia dinámica del mercado aumentando el valor de los salarios; factores que dificultan la generación de las condiciones óptimas para el crecimiento que, en última instancia, deberían de determinar los derechos de cada país.

Creo que no es lo mismo flexibilizar el trabajo de una enfermera y de un empleado del comercio. Esa es una cuestión que el sector tiene que discutir: cuál es el impacto para una institución de salud de la flexibilización laboral, la alta rotación de médicos, enfermeras, asistentes sociales. Con eso no quiero justificar la flexibilización en el comercio. Solo quiero observar que son ambientes de trabajo muy distintos y llamar la atención para la especificidad del sector salud y que por supuesto, la flexibilización es mucho más grave, las consecuencias son más grandes.

La visión liberal también jerarquiza el comercio exterior como la palanca del desarrollo sustrayendo de los países, por medio de la globalización, decisiones importantes en cuanto al desarrollo y provocando pérdidas de fuerza negociadora del actor sindical, porque en el momento que las decisiones ya no son de ámbito nacional o local, eso genera pérdida de poder del actor sindical.

La tendencia a la privatización de las empresas públicas es una acción que mina también el poder de los trabajadores de las instituciones de seguridad social y tiene repercusión en la dinámica de contractualización y en los contratos colectivos de trabajo.

La reforma conducida desde esa visión ha llevado a la desregulación de muchos ámbitos del sector, al mismo tiempo en que se habla de fortalecimiento de la regulación de los ministerios de salud y de mejorar la eficacia y de calidad. Esas medidas son algunas de las paradojas de la reforma sectorial.

La desregulación de las relaciones laborales, de las reglas de despido, de la negociación y la introducción de nuevos mecanismos de gestión de los servicios y del trabajo como parte de la estrategia de introducción de la

competencia regulada, al mismo tiempo en que se está hablando de fortalecimiento de la regulación, sin contemplar los mecanismos necesarios para esa regulación, tiene como resultado restar poder al Estado y aumenta el poder del sector privado.

En el caso de Costa Rica, por ejemplo, con la reforma, el Ministerio de Salud asume el papel regulador y muchas de las actividades que el Ministerio hacía en términos de programas de prevención, pasaron a ser de responsabilidad de la Caja. Por lo menos, de inicio, eso significó en cierta medida un desmantelamiento del Ministerio. Buena parte de sus trabajadores se fueron a la seguridad social. En ese traslado, no solamente se fragmentaron equipos de trabajo enteros que trabajaban en conjunto dentro del Ministerio de Salud y se fueron para la Caja, sino que también se perdió toda una experiencia histórica acumulada, porque muchos programas que estaban organizados en el Ministerio de Salud, al llegar a la Caja se organizaron de otra forma.

En el caso de Chile, Colombia, y México en cierta medida, porque todavía en México no se concretizó el modelo de separación de funciones como en Colombia, hay toda esa idea de separar funciones y generar la competencia regulada a través de la creación de organizaciones privadas (EPS, IPS) que actúan como intermediarias entre la pluralidad de agentes vinculados a la prestación de servicios y los usuarios. Lo que ocurre en esos procesos basados en modelos muy complejos que requiere para su implementación de cambios culturales importantes, recursos humanos capacitados, de mecanismos empresariales, contractuales y de auditorías que todavía están siendo diseñadas y el desarrollo de la capacidad de regulación del Estado para la propia implementación del modelo.

Yo creo que la experiencia que Brasil tuvo en las décadas de los setenta y ochenta, de fortalecimiento del sector privado sin regulación previa, debe ser una llamada de atención, pues una vez que esos sectores se instauren en los mercados, regularlos es una tarea muy difícil.

Y lo que está ocurriendo en la región con el proceso de reforma, es justamente un debilitamiento de la capacidad reguladora del Estado. En todas esas reformas, en general, los mecanismos de regulación no están presentes, los recursos humanos no están siendo capacitados y el resultado es un Estado que no está preparado para la tarea de rectoría.

La otra cuestión de contexto importante es la incorporación de la mujer en el mercado de trabajo. Todos los estudios demuestran que la incorporación de la mujer implica disminución, pérdidas de derechos, pues las mujeres, en general, trabajan con menores salarios. Entonces, la feminización de la mano de obra no es un fenómeno que necesariamente está fortaleciendo a la mujer en su condición de trabajadora. Por lo contrario, ella es incorporada en el mercado informal, y justamente una de las crisis que se está previendo en el sistema de

seguridad social con respecto a las jubilaciones, es que nosotras las mujeres que vivimos más vamos a morir solas, y sin la jubilación, porque como estamos entrando y saliendo del mercado de trabajo, nunca vamos a tener condiciones de cotizar el número de semanas que hoy se exigen para cotizar.

¿Cuáles son los desafíos que veo para la regulación en el ámbito de la seguridad social?

A pesar de esa diversidad de modelos y de los cambios en proceso y de las paradojas de la reforma, es sobre esas bases que tenemos que pensar en el futuro. Para concluir, veamos algunas de las encrucijadas:

- Las transformaciones de los mercados de trabajo, la reestructuración de las instituciones de seguridad social y del propio mercado de salud imponen desafíos para los gestores de los recursos humanos y para los propios trabajadores. Conocer esa realidad es muy importante, y principalmente hoy, conocer el mercado de salud.
- Los médicos continúan manteniendo el control sobre las características técnicas del proceso de trabajo y los cambios organizativos en la prestación de servicios. Durante la reforma se discutió en Reino Unido y otras latitudes la necesidad de atenuar el poder de los médicos, pero en nuestros países, el poder de decisión del médico y sus vínculos con el aumento de los costos, no fue puesto en debate pero, en contrapartida, se introdujo la necesidad de auditorías médicas, de expediente clínico y otros instrumentos.
- Los trabajadores en general, están perdiendo el control sobre los mercados de trabajo, incluso en el sector público. Tensiones en los lazos corporativos y en las relaciones establecidas entre Estado y trabajador; pérdida de poder de las organizaciones sindicales. Ese es otro elemento. Hay que pensar en otra alternativa sindical. Es fundamental, pues son instituciones de negociación y hay que fortalecerlas.
- Hay un debate sobre nuevos enfoques de gestión que se superponen con propuestas antiguas, generando conflicto de gestión. Y eso se percibe mucho en las instituciones. Hay ámbitos en que hay nuevas dinámicas de gestión y en otros no.
  - Existe una mayor complejidad institucional con nuevos modos de producir y financiar la atención de la salud y con nueva correlación de fuerzas entre los actores.
  - Crecimiento de problemas referentes a la mala práctica.

Muchas gracias.