

Maestría en Economía y Gestión de la Salud

Trabajo Final de Maestría

Autor: Martín Ahualli

REHABILITACIÓN Y ENFERMERÍA EN LA ARGENTINA

Análisis del acuerdo entre sindicato
y cámaras privadas en paritaria 2012

2019

Director: Dr. Carlos Conte

Co-directora: Mg. Araceli López

Citar como: Ahualli, M. (2019). Rehabilitación y Enfermería en la Argentina:
análisis del acuerdo entre sindicato y cámaras privadas en paritaria 2012.
[Tesis de Maestría, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.
<http://repositorio.isalud.edu.ar/xmlui/handle/123456789/2802>



A la memoria de Carlos Ahualli

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CAPÍTULO 1

INTRODUCCIÓN.....	10
-------------------	----

PRIMERA PARTE

CAPÍTULO 2

REHABILITACIÓN Y DISCAPACIDAD.....	15
2. 1. La rehabilitación en el marco jurídico de la discapacidad	16
2.1.1. Breve evolución de la normativa en Argentina	21
2.1.2. Población con discapacidad en Argentina	27
2.2. La rehabilitación en el marco de los programas médicos obligatorios	36
2.3. El rol de la rehabilitación en el sistema de salud.....	41

CAPÍTULO 3

INFRAESTRUCTURA DEL SISTEMA DE SALUD DESTINADA A REHABILITACIÓN.....	46
3.1. Distribución por provincia	51
3.2. Distribución por dependencia.....	56

CAPÍTULO 4

DESARROLLO DE LA ENFERMERÍA EN ARGENTINA.....	64
4.1. El Recurso Humano de Enfermería y el problema de la escasez	65
4.2. Niveles de formación en Enfermería	74
4.3. Las especialidades de Enfermería y la Rehabilitación	79

SEGUNDA PARTE

CAPÍTULO 5

ACUERDO ENTRE SINDICATO Y CÁMARAS EMPRESARIAS EN PARITARIA 2012.....	84
5.1. Historia de la negociación	85

5.2. Análisis de la modificación de la proporción de pacientes por enfermero e introducción de ayudantes de enfermería	92
5.2.1. Presentación y análisis de la propuesta de FATSA al inicio de la negociación	93
5.2.2. Presentación y análisis del acuerdo firmado en la paritaria de 2012...	100
5.3. Análisis del impacto de la reducción del horario laboral.....	105
5.3.1. Sistemas alternativos de organización de turnos	105
5.3.2. El acuerdo firmado en paritaria 2012.....	108
CAPÍTULO 6	
EL ROL DEL ESTADO EN LA NEGOCIACIÓN	113
6.1. Clasificación de los pacientes según tipo de cuidados requeridos.....	115
6.2. Cuantificación del tiempo de prácticas de enfermería.....	119
6.3. Cantidad de pacientes por enfermero según Resolución 194/1995 MSAS	124
6.4. Caracterización de los establecimientos de rehabilitación según niveles de riesgo	128
6.5. Articulación entre el Estado, sindicato y cámaras	133
CAPÍTULO 7	
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	136
7.1. Evaluación de un esquema alternativo en la proporción de pacientes por enfermero.....	137
7.2. Cantidad de enfermeros requeridos y carga horaria semanal en los distintos sistemas de organización de enfermería	142
7.3. Problema en la redacción de la cláusula sobre la carga horaria semanal máxima	144
7.4. Evolución del recurso humano, infraestructura, tipos de pacientes y normativa de la internación en rehabilitación	149
BIBLIOGRAFÍA.....	154
FUENTES CITADAS	161

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Población con discapacidad según edad, CENSO 2002-2003. _____	29
Tabla 2. Distribución por tipo de discapacidad (en porcentaje) de la población con una sola discapacidad, 2002-2003. _____	31
Tabla 3. Cobertura de salud de población con discapacidad y de población total. Año 2002-2003. _____	32
Tabla 4. Censo 2010. Prevalencia población con discapacidad. _____	33
Tabla 5. Clasificación de la población con discapacidad según tipo de discapacidad. Censo 2010. _____	34
Tabla 6. Porcentaje de camas de rehabilitación sobre camas totales. Año 2000.	48
Tabla 7. Cantidad de establecimientos y camas de rehabilitación por Provincia. Año 2000. _____	48
Tabla 8. Camas de rehabilitación cada 100.000 habitantes. _____	50
Tabla 9. Porcentaje camas y establecimientos de rehabilitación sobre total de camas y establecimientos en C.A.B.A. _____	51
Tabla 10. Porcentaje camas y establecimientos de rehabilitación sobre total de camas y establecimientos en Buenos Aires. _____	52
Tabla 11. Porcentaje camas y establecimientos de rehabilitación sobre total de camas y establecimientos en Córdoba. _____	53
Tabla 12. Porcentaje camas y establecimientos de rehabilitación sobre total de camas y establecimientos en Santa Fe. _____	54
Tabla 13. Porcentaje camas y establecimientos de rehabilitación sobre total de camas y establecimientos en Mendoza. _____	55
Tabla 14. Porcentaje camas y establecimientos de rehabilitación sobre total de camas y establecimientos en Jujuy. _____	56
Tabla 15. Distribución de establecimientos y camas de rehabilitación por dependencia, total provincias. _____	57
Tabla 16. Distribución de establecimientos y camas de rehabilitación por dependencia, C.A.B.A. _____	58
Tabla 17. Distribución de establecimientos y camas de rehabilitación por dependencia, Buenos Aires. _____	58
Tabla 18. Distribución de establecimientos y camas de rehabilitación por dependencia, Córdoba. _____	59

Tabla 19. Distribución de establecimientos y camas de rehabilitación por dependencia, Santa Fe. _____	60
Tabla 20. Distribución de establecimientos y camas de rehabilitación por dependencia, Jujuy. _____	60
Tabla 21. Distribución de establecimientos y camas de rehabilitación por dependencia, Mendoza. _____	61
Tabla 22. Evolución de la cantidad de enfermeros en Argentina (1969-2013). __	65
Tabla 23. Evolución cantidad de enfermeros cada 10.000 habitantes. _____	68
Tabla 24. Relación enfermeros, camas disponibles y población total. Comparación 2004-2013. _____	68
Tabla 25. Cantidad de enfermeros y camas cada 10.000 habitantes. Argentina y otros países. _____	70
Tabla 26. Cantidad de enfermeros matriculados cada 10.000 habitantes por provincia. _____	71
Tabla 27. Cantidad de enfermeros matriculados por cama. _____	73
Tabla 28. Evolución del nivel de formación del recurso humano de enfermería. _	75
Tabla 29. Nivel de formación de enfermeros matriculados por provincia, 2013. _	77
Tabla 30. Especialidades de enfermería reconocidas. _____	80
Tabla 31. Especialidades de enfermería no reconocidas. _____	80
Tabla 32. Sedes reconocidas y no reconocidas de residencias de enfermería. __	82
Tabla 33. Reducción del máximo de pacientes por enfermero. Propuesta inicial del sindicato. _____	94
Tabla 34. Incremento en la cantidad mínima de enfermeros en rehabilitación. Propuesta inicial del sindicato. _____	95
Tabla 35. Impacto en el costo total de las institución de rehabilitación por cambio en la proporción de pacientes por enfermero. Propuesta inicial del sindicato. _____	96
Tabla 36. Incremento en la cantidad mínima de ayudantes en rehabilitación. Propuesta inicial del sindicato. _____	97
Tabla 37. Incremento en la cantidad mínima de enfermeros y ayudantes en rehabilitación. Propuesta inicial del sindicato. _____	98
Tabla 38. Reducción del máximo de pacientes por persona destinada a tareas de enfermería. Propuesta inicial del sindicato. _____	98
Tabla 39. Impacto en el costo total de las instituciones de rehabilitación. Propuesta inicial del sindicato. _____	100

Tabla 40. Reducción del máximo de pacientes por enfermero de rehabilitación. Acuerdo firmado 2012. _____	100
Tabla 41. Incremento en la cantidad mínima de enfermeros en rehabilitación. Acuerdo firmado 2012. _____	101
Tabla 42. Impacto en el costo total de las instituciones de rehabilitación. Acuerdo firmado 2012. _____	101
Tabla 43. Horario laboral semanal en sistema SADOFE. _____	106
Tabla 44. Horario laboral semanal en sistema 4 x 1. _____	107
Tabla 45. Horario laboral semanal en sistema mixto. _____	108
Tabla 46. Carga horaria semanal según cantidad de francos compensatorios en sistema 4 x 1. _____	110
Tabla 47. Impacto en el costo total de las instituciones de rehabilitación por modificación de la carga horaria semanal máxima. Comparación propuesta inicial y acuerdo firmado. _____	111
Tabla 48. Tiempo estimado de tareas y actividades de enfermería. _____	119
Tabla 49. Requerimiento de horas diarias de atención de enfermería según nivel de riesgo de las instituciones. _____	124
Tabla 50. Cantidad de pacientes por enfermero según cantidad de horas diarias de atención de enfermería requeridas. _____	125
Tabla 51. Requerimiento de personal de enfermería indexado según nivel de riesgo de la institución. _____	125
Tabla 52. Requerimiento de horas diarias de enfermería según especialidad. _	126
Tabla 53. Cantidad de pacientes por enfermero en distintas especialidades según requerimiento de horas diarias de atención de enfermería. _____	127
Tabla 54. Cantidad de pacientes por enfermero y horas diarias de atención de enfermería en especialidad rehabilitación, según acuerdo firmado 2012. _____	128
Tabla 55. Proporción entre enfermeros y pacientes según acuerdo paritario 2012. _____	132
Tabla 56. Comparación de exigencia de horas diarias de enfermería según paritaria 2012 y resolución 47/2001. _____	133
Tabla 57. Proporción alternativa de pacientes y ayudantes por enfermero. _____	139
Tabla 58. Incremento en la cantidad mínima de enfermeros en rehabilitación. Propuesta alternativa. _____	139
Tabla 59. Incremento en la cantidad mínima de ayudantes en rehabilitación. Propuesta alternativa. _____	140

Tabla 60. Comparación entre acuerdo firmada 2012 y propuesta alternativa según cantidad de enfermeros y ayudantes por paciente. _____	140
Tabla 61. Impacto sobre costos de la alternativa propuesta para la proporción de pacientes por enfermeros y ayudantes. _____	141
Tabla 62. Cantidad de enfermeros requeridos en sistema SADOFE y sistema 4 x 1. _____	143
Tabla 63. Carga horaria semanal de trabajo en sistema SADOFE y sistema 4 x 1. _____	144
Tabla 64. Impacto en costo sobre sistema SADOFE por interpretación alternativa de la cláusula. _____	147
Tabla 65. Impacto en costo sobre sistema 4 x 1 por interpretación alternativa de la cláusula. _____	148

PALABRAS CLAVE:

Rehabilitación, enfermería, paritaria 2012, salud, internación, resolución 47/2001, resolución 94/1995.

RESUMEN:

Las nuevas normas para el sector REHABILITACIÓN acordadas entre FATSA y ADECRA en la paritaria de 2012 supusieron un incremento del 124 % en la cantidad mínima de enfermeros exigidos para la asistencia de pacientes en dicha especialidad. Este trabajo ofrece un análisis económico del impacto de la normativa y una reconstrucción del proceso de cambios jurídicos y organizacionales que permiten explicar dicho impacto, en apariencia tan abrupto. La hipótesis general es que el acuerdo paritario fue consecuencia de profundos cambios en el tipo de asistencia y el tipo de pacientes que atiende el sector, y cambios también en su rol en el sistema general de salud, dado que lo acercó y vinculó a las etapas agudas o críticas. Un proceso que venía desarrollándose en las instituciones de las urbes principales al menos durante la última década.

CAPÍTULO 1

INTRODUCCIÓN

Este trabajo ofrece un análisis del proceso que condujo al acuerdo sobre las normas de enfermería para el sector Rehabilitación acordadas en la negociación paritaria de 2012 así como un análisis económico del impacto de esas normas y de otras alternativas que fueron finalmente excluidas. La hipótesis general que se desarrolla es que el acuerdo expresado en la paritaria de 2012 significó un hito para la estructura organizacional y económica del sector Rehabilitación en la Argentina, a la vez que debe explicarse como la consecuencia de profundos cambios en el modo de trabajo y el tipo de pacientes que el sector asiste y también en su rol en el sistema general de salud.

Al desplegar esta hipótesis nos guiará el objetivo general de analizar el perfil de la enfermería en rehabilitación –entendido a partir de su nivel de formación, del tipo y cantidad de pacientes que asiste y de la estructura de sus equipos de trabajo. Para lograr esto deberemos alcanzar una serie de objetivos específicos, entre ellos identificar la infraestructura destinada a internación en rehabilitación, calcular su peso relativo al interior del sistema de salud, dimensionar las principales problemáticas –escasez y nivel de formación– del recurso humano de enfermería en la República Argentina, identificar los actores relevantes en la paritaria de 2012 y su rol en la negociación sobre nuevas normas para el sector Rehabilitación, así como analizar los efectos de dicha paritaria sobre la gestión clínica y la gestión económica.

A mediados de 2012 se produjo nuevamente la negociación anual paritaria del sector salud. Dos años antes, el Sindicato de Sanidad (FATSA en adelante) le había anticipado a la Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de

la República Argentina (ADECRA en adelante) que tenía la decisión de incorporar a la negociación cuestiones que concernían específicamente al sector Rehabilitación.

La primera de esas cuestiones consistía en modificar la proporción entre enfermeros y pacientes para la atención en áreas de rehabilitación. La segunda era introducir en esas instituciones la figura del asistente de enfermería. La tercera era introducir nuevas normas al Convenio Colectivo de Trabajo que implicaban reducir el horario semanal laborable de ciertos sistemas organizacionales.

Visto que el planteo de FATSA concernía en principio exclusivamente al sector Rehabilitación, ADECRA se comunicó con aquellos de sus miembros que pertenecían a ese sector para consultarles qué posición tenían sobre aquellos temas.

La negociación paritaria de agosto de 2012 incorporó cambios en la proporción mínima entre enfermeros y pacientes. Modificó el máximo de pacientes que puede asistir cada enfermero, llevándolo de 12 a 5¹. Esto implica que las instituciones de rehabilitación antes debían operar con un mínimo de 7,94 enfermeros cada 100 pacientes y tras el acuerdo ese mínimo pasó a 17,78 enfermeros para la misma cantidad de pacientes.

Esto comporta un incremento del 124 % en la cantidad mínima de enfermeros. El plazo acordado para la entrada en vigencia de la nueva normativa fue de seis meses. Si se tiene en cuenta, por un lado, el porcentaje que el costo de personal de enfermería tiene en el total de cualquier institución de rehabilitación –y de salud en general– y por el otro, la escasez de enfermeros a nivel nacional, la magnitud del cambio acordado no puede sino generar perplejidad y exige un análisis que lo vuelva comprensible. ¿Cómo se explica que FATSA por la parte sindical y ADECRA y otros por la cámara privada hayan acordado algo así?

Dicho en una línea, el acuerdo expresado en la paritaria de 2012 fue la consecuencia de profundos cambios en el tipo de asistencia y el tipo de pacientes que atiende el sector Rehabilitación y cambios también en su rol en el sistema general de salud, dado que lo acercó y vinculó a las etapas agudas o críticas. Un proceso que venía desarrollándose en las instituciones de las urbes principales al menos durante la última década. Veremos también que configuró, para bien o para mal, una importante barrera de entrada de otros actores –típicamente aquellos

¹ 5 en turno mañana y 6 en turnos tarde y noche, mientras que antes era 12 en turno mañana y 14 en turnos tarde y noche.

provenientes de la provisión de servicios geriátricos o de instituciones de menor complejidad- al grupo prestador del sector Rehabilitación.

El objeto de estudio de este trabajo está conformado, por un lado, por las normativas expresadas en los convenios colectivos de trabajo del sector salud. En particular, la resolución homologada tras la negociación paritaria de agosto 2012 y aquellas que la preceden. También por diversas resoluciones y normas del Ministerio de Salud a propósito del modo de organizar establecimientos de rehabilitación y servicios de enfermería, como la 194/1995 y la 47/2001.

Por el otro, está compuesto por las modalidades efectivas que aplican las instituciones de rehabilitación para organizar sus procesos y prácticas. Así por ejemplo, se describirán y compararán las modalidades “CUATRO x 1”, “MIXTO” y “SADOFE” como sistemas de distribución de turnos de enfermería. También se abordarán desde un enfoque analítico las diversas prácticas propias del ejercicio de la enfermería en el área específica de la rehabilitación.

Por último, son parte del objeto de estudio de este trabajo los actores intervinientes en la negociación de la normativa analizada y en las prácticas que esa normativa procura reglar.

El estudio tiene un aspecto de análisis cuantitativo de los efectos económicos y financieros de la normativa acordada. Para esto se aplican métodos estándar de análisis de costos y costo-efectividad. El marco al sostener que la normativa significó una barrera de entrada al sector prestador de servicios de rehabilitación con internación será el del análisis de los factores de mercado.

La primera parte del trabajo contiene tres capítulos. En el primero se ubica a la rehabilitación en el marco de la discapacidad y se destacan importantes diferencias entre uno y otro concepto, rehabilitación y discapacidad. Se presenta brevemente el marco jurídico de la discapacidad en la Argentina, se caracteriza la población con discapacidad y se relevan diversas formas de tratamiento. Luego se revisa la incorporación de la rehabilitación en los sucesivos programas médicos obligatorios y se ofrecen algunas consideraciones sobre el rol de la rehabilitación en el sistema de salud argentino, comparando la caracterización del acta paritaria con sucesivas descripciones previas de la rehabilitación y sus equipos de enfermería.

El segundo capítulo trata sobre la infraestructura del sistema de salud destinada a rehabilitación, su distribución por provincia y por dependencia. Esto permitirá ver la escasa proporción de camas de rehabilitación sobre el total de las

camas del sistema, y en consecuencia, dimensionar de alguna manera la fuerza del sector y la significancia que el acuerdo entre el sindicato y las cámaras podría tener en el coro general del sistema de salud.

Para comprender el alcance de la regulación del sector Rehabilitación acordada en 2012 es necesario conocer no sólo la infraestructura del sector Rehabilitación sino también las características del recurso humano que allí se desempeña. El tercer capítulo ofrece para ello un breve repaso del desarrollo de la enfermería en Argentina, basado fundamentalmente en la cantidad de recurso humano y su nivel de formación. Termina con una reflexión acerca de la ausencia de niveles de formación superior de enfermería –especialidades y residencias– en el área de rehabilitación y la necesidad de incorporarlos.

La segunda parte de este trabajo está abocada al análisis del acuerdo paritario de 2012 entre el sindicato y las cámaras, y del rol del Estado en ese proceso. Este hecho probablemente será visto con el tiempo como un hito en la configuración del sector Rehabilitación en Argentina. Nuestro análisis debería servir para comprender y anticipar algunas de sus consecuencias. En el primer capítulo se ofrece una historia de la negociación y un análisis de las dos principales regulaciones incorporadas, es decir, de la modificación de la proporción de pacientes por enfermero y de la reducción del horario laboral semanal. Se analizará comparativamente cómo afecta cada una de las modificaciones a las diversas instituciones según el modo en que esté organizado su servicio de enfermería. Esto permitirá comprender cómo fue llevada a cabo la negociación por parte del sector privado.

El siguiente capítulo está dedicado al rol del Estado en la determinación de la nueva regulación. Visto que no participó de las negociaciones, su influencia fue indirecta y se manifestó a través de regulaciones y normativas previas emitidas por el Ministerio de Salud y otros organismos del área acerca de los requerimientos para los establecimientos de rehabilitación y la dotación de enfermería requerida para distintos tipos de cuidados. Estos precedentes pueden contrastarse con la normativa efectivamente acordada entre el sindicato y las cámaras, sea para evaluarla desde esa perspectiva como para ilustrar el modo en que estos tres actores –Estado, sindicato y cámaras privadas– se articulan, se conectan y se ignoran a la hora de configurar las reglas que organizan la producción de servicios de salud. Se debe destacar en particular que la dotación de enfermería mínima

para servicios de internación para rehabilitación pactada en la paritaria de 2012 fue superior a lo sugerido por el Ministerio de Salud en sus diversas resoluciones.

En el capítulo final vamos a presentar conjuntamente las principales conclusiones a las que llegamos en nuestra investigación. También se recomendará un esquema de organización alternativo al acordado, que incorpora la figura del ayudante de rehabilitación y que puede superar –así se sugiere– al que se firmó en el acuerdo paritario por ser más costo-efectivo y beneficioso tanto para trabajadores y empleadores. Tiene, entre otras cosas, la virtud de jerarquizar el rol del enfermero. El capítulo finaliza con una observación acerca de la redacción de la cláusula del acuerdo, tal como apareció en el acta firmada y homologada. Bajo ciertas interpretaciones incorrectas pero a golpe de vista plausibles, la reducción del horario laboral semanal podría afectar a las instituciones cuyos modos de organización de turnos de enfermería no se veían afectados siquiera por la propuesta inicial del sindicato, ya que el horario semanal de los enfermeros que allí se desempeñan ya estaba por debajo de lo exigido al comienzo de la negociación. Esto nos permitirá ilustrar la influencia de la instancia de la redacción en un proceso de negociación, modesto eslabón final que con sus detalles puede modificar su resultado, y en el caso que nos ocupa esta ambigüedad o errata podría traer importantes consecuencias en el futuro.

PRIMERA PARTE

CAPÍTULO 2

REHABILITACIÓN Y DISCAPACIDAD

En este capítulo vamos a delimitar el concepto de rehabilitación para mostrar cómo irrumpe y va evolucionando su caracterización desde fines del siglo pasado hasta nuestros días. Al rastrear en diversas resoluciones cómo se va configurando el núcleo de prestaciones y servicios de rehabilitación podremos confirmar que desde fines del siglo pasado dichas caracterizaciones responden a un tipo de paciente cuya complejidad es significativamente menor que la que encontraremos en las instituciones con internación del sector Rehabilitación en 2010, fecha en que se instala en un encuentro paritario la necesidad de modificar la proporción de pacientes por enfermero, debido precisamente a los cambios en el perfil de los pacientes de rehabilitación. Dicho cambio en el perfil de la población asistida suponía – tal como quedará ilustrado en la breve caracterización del enfermero de rehabilitación ofrecida en el acuerdo firmado en la paritaria 2012– cambios en el perfil de los equipos a cargo de dicha asistencia.

Comenzaremos con una presentación de la rehabilitación en el marco jurídico de la discapacidad, incluyendo una breve evolución de la normativa en Argentina y una exposición de su población con discapacidad. Luego veremos la evolución de la rehabilitación en el marco de los programas médicos obligatorios y concluiremos con una reflexión sobre su rol en el sistema de salud.

2. 1. La rehabilitación en el marco jurídico de la discapacidad

Existe una tendencia a pensar la rehabilitación desde el marco conceptual de la discapacidad. Esto es comprensible y hasta cierto punto correcto, siempre que se recuerde que la persona que atraviesa un proceso de rehabilitación puede o no tener una discapacidad. Para configurar una discapacidad, las limitaciones en la actividad y restricciones en la participación que le son propias deben ser permanentes o de larga duración, lo cual equivale a excluir las discapacidades de corto plazo debido a condiciones temporales o transitorias. El objetivo general de la rehabilitación es justamente evitar que la deficiencia que afecta a una persona se convierta en discapacidad. Cuando esto no se puede lograr, procura minimizar el grado de discapacidad resultante. Se entiende entonces que la rehabilitación se interprete en este marco conceptual y se encuentre aludida por la evolución del mismo. Pero no hay que olvidar, al mismo tiempo, que la problemática que ésta trata no se subsume bajo la de la aquélla, y que su desarrollo evidencia un creciente grado de independencia. En este estudio nos interesa en particular la internación en rehabilitación, entre muchas otras de sus formas de tratamiento. Comenzaremos entonces por hacer una breve reconstrucción del desarrollo normativo en torno a la asistencia en rehabilitación en Argentina, tanto en instancias que la destacan como mecanismo de protección de las personas con discapacidad como en otras que la inscriben como derecho de toda la población.

Muchos autores consideran que en las últimas décadas se ha venido produciendo un cambio de paradigma en el ámbito de la discapacidad². Estaríamos pasando de un modelo o paradigma médico a un paradigma social. Este cambio va de la mano con el reconocimiento progresivo de que la inclusión social de la población con discapacidad es una cuestión de derechos, situación que pone la responsabilidad de su cumplimiento, en última instancia, en el Estado.

Más allá del uso ambiguo y muchas veces polémico del término “paradigma” en las ciencias sociales, el cambio fundamental que identifican estos diagnósticos

1. ² Cf. Acuña, C. Y Bulit Goñi, L. (2010). *Políticas de discapacidad en la Argentina: el desafío de hacer realidad los derechos*. Buenos Aires: Siglo XXI. También PALACIOS, A. (2008). *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Madrid: Ediciones Cinca.

consiste en pensar el fenómeno de la discapacidad como un producto del encuentro entre deficiencias de las personas y contexto (social, laboral, urbano, etc.), en vez de interpretarlo como un producto exclusivo de la deficiencia. El foco de análisis de la discapacidad antes estaba en la persona y el modo en que podía superar o adaptar su deficiencia, mientras que ahora está en la interrelación entre las deficiencias de la persona y el contexto en el cual debe desarrollarse.

Para percibir la diferencia en el enfoque comparemos la definición de las personas “impedidas” en la Declaración de los Derechos de los Impedidos de 1975:

El término “impedido” designa a toda persona incapacitada de subvenir por sí misma, en su totalidad o en parte, a las necesidades de una vida individual o social normal a consecuencia de una deficiencia, congénita o no, de sus facultades físicas o mentales³.

Con la caracterización que ofrece en su artículo 1º la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPCD) en 2006:

Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás⁴.

En la declaración de 1975 la discapacidad o incapacidad es atribuida a la persona como consecuencia de una deficiencia que padece, mientras que en la convención de 2006 la discapacidad o impedimento es el resultado del encuentro entre la deficiencia y las barreras del contexto.

Siendo así, el trabajo para disolver la discapacidad o minimizar sus efectos puede apuntar a revertir la deficiencia de la persona pero también a modificar el contexto para que esa condición no tenga efectos discapacitantes. Esto implica que la sociedad misma debe ser diseñada y adaptada para que las deficiencias de las

³ Cf. Declaración de los Derechos de los Impedidos, Asamblea General de Naciones Unidas, 1975.

⁴ Cf. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, artículo 1º, Asamblea General de Naciones Unidas, 2006.

personas -o más bien las diferencias de cualquier índole entre ellas- no les impidan satisfacer sus necesidades y desarrollar una vida plena. Se trata de una problemática que incumbe a diversas áreas, como la salud, la educación, el trabajo, el transporte, la vivienda, entre otras. Se caracteriza en este sentido por un alto grado de transversalidad. Esta multiplicidad de aspectos que manifiesta la problemática incrementa el desafío de desarrollar e implementar respuestas integrales que garanticen los derechos de las personas con discapacidad en cada una de estas áreas.

Un cambio de esta índole supone una transformación a nivel de los micro-sistemas (prácticas específicas de asistencia a personas con discapacidad, de los meso-sistemas (cultura y gestión de las organizaciones e instituciones que nuclean esas prácticas) y de los macro-sistemas (políticas y programas sociales) del área. El acuerdo paritario de 2012 cuyo análisis aquí ofrecemos supuso efectivamente una transformación de estos tres niveles.

La transición entre un enfoque y otro transcurre con la conmemoración en 1981 de la Declaración de los Derechos de los Impedidos y el compromiso para la década siguiente de un decenio de las Naciones Unidas por los Impedidos (1982-1992), durante el cual dicha institución aprueba la Clasificación Internacional de la Deficiencia, Discapacidad y Minusvalía (CIDDM), considerado el primer marco conceptual que incorpora las influencias de los factores personales, sociales y ambientales en la interpretación de la discapacidad de las personas.

La CIDDM entiende por “deficiencia” la existencia de una alteración o anomalía de una estructura anatómica que condiciona la pérdida de una función⁵. Con el término “discapacidad” hace referencia a cualquier restricción –aparecida como consecuencia de una deficiencia– para llevar a cabo una actividad determinada⁶. Con el término “minusvalía” refiere a la existencia de una barrera presente en el individuo, producto de una deficiencia o una discapacidad, que limita o impide el desarrollo del rol y las habilidades que serían esperables en ese individuo en función de su edad, sexo y situación social y cultural⁷. Dentro de este marco, una deficiencia –causada por una enfermedad o desorden– puede resultar

⁵ Cf. *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías*, O.M.S. 1980. p. 77.

⁶ Cf. *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías*, O.M.S. 1980. p. 165.

⁷ Cf. *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías*, O.M.S. 1980. p. 221.

en una discapacidad que, a su vez, puede dar origen a una minusvalía, como en el caso de la poliomielitis (una enfermedad), que puede ocasionar una parálisis (deficiencia) limitadora de la movilidad de una persona (discapacidad), que a su vez podría restringir su capacidad para encontrar un empleo (minusvalía). También es posible que una deficiencia no cause discapacidad pero resulte en una minusvalía, como en el caso en que una desfiguración facial (deficiencia) condiciona la interacción social de una persona (minusvalía), a pesar de que no cause una limitación funcional (discapacidad)⁸.

De modo análogo, una persona puede sufrir una miopía (que es una deficiencia) que con el uso de gafas no le impida realizar ninguna actividad en su vida cotidiana. Por lo tanto, esta persona no tendría ninguna minusvalía. Si esa persona a pesar de llevar gafas no puede ver con normalidad, esto representaría una discapacidad. Y se podría considerar que la persona tiene una minusvalía sólo en caso de que su posibilidad de integración social (estudios, trabajo, tiempo libre, etc.) se vea afectada. Vemos nuevamente que no todas las personas con una deficiencia sufren una discapacidad ni todas las que tienen una discapacidad tienen una minusvalía.

Hallamos dos hitos más recientes en la configuración del nuevo paradigma en la Argentina en la incorporación a la normativa nacional a través de la ley 25.280 del año 2000 de la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, suscrita en Guatemala en 1999, por un lado, y por el otro en la incorporación a través de la ley 26.378 de 2008 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPCD de aquí en más), que había sido aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2006, considerada hasta la actualidad como el instrumento más avanzado de protección de derechos de personas con discapacidad. Esta convención integra el llamado “bloque de constitucionalidad” junto a la Constitución y los tratados sobre derechos humanos⁹, tal como fue ratificado en la ley 20.744 de 2014.

⁸ Cf. Acuña, C. Y Bulit Goñi, L. (2010). *Políticas de discapacidad en la Argentina: el desafío de hacer realidad los derechos*. Buenos Aires: Siglo XXI, p. 73-74.

⁹ Cf. Acuña, C. Y Bulit Goñi, L. (2010). *Políticas de discapacidad en la Argentina: el desafío de hacer realidad los derechos*. Buenos Aires: Siglo XXI, p. 131.

Se han identificado cinco ámbitos genéricos¹⁰ a los que alude la Convención: (1) derechos de igualdad, (2) derechos de protección de situaciones de especial vulnerabilidad, (3) derechos de libertad y autonomía personal, (4) derechos de participación, (5) derechos sociales básicos, (a) educación, (b) salud, (c) habilitación y rehabilitación, (d) trabajo y empleo, (e) nivel de vida adecuado y protección social.

Hallamos aquí presente a la rehabilitación vinculada jurídicamente a la discapacidad, con un rol destacado en el cuerpo normativo que protege los derechos de este colectivo. Esto se desarrolla en el artículo 26º:

1. Los Estados Partes adoptarán medidas efectivas y pertinentes, incluso mediante el apoyo de personas que se hallen en las mismas circunstancias, para que las personas con discapacidad puedan lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, y la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida. A tal fin, los Estados Partes organizarán, intensificarán y ampliarán servicios y programas generales de habilitación y rehabilitación, en particular en los ámbitos de la salud, el empleo, la educación y los servicios sociales, de forma que esos servicios y programas:

- a) Comiencen en la etapa más temprana posible y se basen en una evaluación multidisciplinar de las necesidades y capacidades de la persona;
- b) Apoyen la participación e inclusión en la comunidad y en todos los aspectos de la sociedad, sean voluntarios y estén a disposición de las personas con discapacidad lo más cerca posible de su propia comunidad, incluso en las zonas rurales.

2. Los Estados Partes promoverán el desarrollo de formación inicial y continua para los profesionales y el personal que trabajen en los servicios de habilitación y rehabilitación.

¹⁰ Cf. Palacios, A. (2008). *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Madrid: Ediciones Cinca, p 282 y ss.

3. Los Estados Partes promoverán la disponibilidad, el conocimiento y el uso de tecnologías de apoyo y dispositivos destinados a las personas con discapacidad, a efectos de habilitación y rehabilitación¹¹.

Este vínculo jurídico entre rehabilitación y discapacidad ya había sido esbozado en la Declaración de los Derechos de los Impedidos al afirmar en el punto 6 que “el impedido tiene derecho a recibir atención médica, psicológica y funcional, incluidos los aparatos de prótesis y ortopedia; a la readaptación médica y social; a la educación; la formación y a la readaptación profesionales; las ayudas, consejos, servicios de colocación y otros servicios que aseguren el aprovechamiento máximo de sus facultades y aptitudes y aceleren el proceso de su integración o reintegración social”¹².

El último cuarto del siglo XX supuso la expresión jurídica de un enfoque que toma a la discapacidad como sujeto colectivo de derechos. Esta perspectiva continuó desarrollándose en los años iniciales del siglo XXI, tendencia que seguramente continúe. Este proceso significó a su vez que la asistencia de rehabilitación fuera incorporada explícitamente entre las prácticas y servicios a los que una población debe tener acceso como parte de un sistema integral de cobertura de salud.

2.1.1. Breve evolución de la normativa en Argentina

También en la Argentina se constata el progresivo establecimiento de un vínculo jurídico entre discapacidad y rehabilitación, que viene a concretar el derecho de las personas con discapacidad a recibir el tratamiento necesario para minimizar las restricciones que su condición impone al desarrollo de una vida

¹¹ Cf. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, artículo 26º, Asamblea General de Naciones Unidas, 2006.

¹² También constatamos el vínculo entre rehabilitación y discapacidad en el punto 2 de la Declaración de los Derechos del Retrasado Mental (Asamblea General de Naciones Unidas, 1971), cuando se expresa que “el retrasado mental tiene derecho a la atención médica y el tratamiento físico que requiera su caso, así como a la educación, la capacitación, la rehabilitación y la orientación que le permitan desarrollar al máximo su capacidad y sus aptitudes”.

plena. Ya mencionamos en el apartado anterior la importancia de las leyes 26.378 y 27.044. La progresiva normativa sobre esta cuestión acompaña la transición entre paradigmas en cuanto al rol del contexto en la configuración de una discapacidad. Busca identificar con creciente precisión, a su vez, quiénes son los destinatarios de los programas, exactamente qué prestaciones los constituyen, qué instituciones brindan dichas prestaciones y quiénes las financian.

Con el objeto de asegurar la atención médica, educación y seguridad social de las personas con discapacidad, y generar condiciones que les permitan desarrollar en la comunidad un rol equivalente al del resto de las personas, la ley 22.431 de 1981 instituyó el “sistema de protección integral de los discapacitados”. Allí se le asigna al Estado la responsabilidad de brindar diversos servicios a las personas con discapacidad no incluidas en el sistema de obras sociales, cuando esas personas o aquellas de quienes dependan no puedan afrontarlos. Aquí se enumera a la rehabilitación integral, entendida como el desarrollo de las capacidades de la persona con discapacidad:

El Estado, a través de sus organismos, prestará a las personas con discapacidad no incluidas dentro del sistema de las obras sociales, en la medida que aquellas o las personas de quienes dependan no puedan afrontarlas, los siguientes servicios:

- (a) Rehabilitación integral, entendida como el desarrollo de las capacidades de la persona discapacitada.
- (b) Formación laboral o profesional.
- (c) Préstamos y subsidios destinados a facilitar su actividad laboral o intelectual.
- (d) Regímenes diferenciales de seguridad social.
- (e) Escolarización en establecimientos comunes con los apoyos necesarios previstos gratuitamente, o en establecimientos especiales cuando en razón del grado de discapacidad no puedan cursar la escuela común.
- (f) Orientación o promoción individual, familiar y social¹³.

¹³ Cf. Ley 22.431, artículo 4º.

Esta ley dejaba la financiación en manos de las obras sociales, cuando la persona con discapacidad tuviera cobertura de este tipo, en manos de las personas particulares, cuando ellas o sus familias tuvieran los medios para afrontarla, y en tercer lugar, en caso de que ninguna de las dos condiciones recién expuestas se cumpliera, a cargo del Estado.

Esta posición se ratificó y explicitó aún más en el decreto 762 y la ley 24.901 de 1997, que instituye un sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de personas con discapacidad. Allí se establece la obligatoriedad para las obras sociales¹⁴ de cubrir la totalidad de las prestaciones básicas establecidas en dicha ley, mientras que el Estado únicamente aparece obligado cuando las personas con discapacidad no tienen cobertura por obra social y, tal como se indica en la reglamentación del artículo 4º, no posean recursos económicos suficientes y adecuados para cubrir ellas mismas las prestaciones básicas que requieran¹⁵. En estos casos, dichas prestaciones podrán obtenerse a través de organismos del Estado Nacional, Provincial o Municipal y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Este Sistema Único de Prestaciones Básicas exigía un Nomenclador de Prestaciones Básicas y debía estar acompañado por un Registro Nacional de Personas con Discapacidad y un Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención.

Tanto el decreto 762 como la ley 24.901 incluyen en la cobertura las prestaciones de rehabilitación, a las cuales caracterizan así:

Se entiende por prestaciones de rehabilitación aquellas que mediante el desarrollo de un proceso continuo y coordinado de metodologías y técnicas específicas, instrumentado por profesionales o por equipos interdisciplinarios, tienen por objeto la adquisición y/o restauración de aptitudes e intereses para que una persona con discapacidad alcance el nivel psicofísico y social más adecuado para lograr su integración social, a través de la recuperación de todas o la mayor parte posible de las capacidades motoras, sensoriales, mentales y/o viscerales, alteradas total o parcialmente por una o más afecciones, sean éstas de origen congénito o adquirido (traumáticas, neurológicas, reumáticas, infecciosas, mixtas o de otra índole),

¹⁴ Cf. Ley 24.901, artículo 7º para lo referido al financiamiento de los servicios, y en particular a las obligaciones del Fondo Solidario de Redistribución.

¹⁵ Cf. Ley 24.901, artículo 4º y su reglamentación.

utilizando para ello todos los recursos humanos y técnicos necesarios.¹⁶

Dicha ley enumera a su vez entre los servicios específicos que integran las prestaciones básicas a los “centros de rehabilitación psicofísica” (artículo 26), siendo éstos los servicios que se brindan en instituciones especializadas en rehabilitación mediante equipos interdisciplinarios, y tienen por objeto estimular, desarrollar y recuperar al máximo nivel posible las capacidades remanentes de una persona con discapacidad. También enumera a los servicios de “rehabilitación motora” (artículo 27) que tienen por finalidad la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades discapacitantes de orden predominantemente motor, incluido el “tratamiento rehabilitatorio” de personas con discapacidad ocasionada por afecciones neurológicas, osteo-artículo-musculares, traumáticas, congénitas, tumorales, inflamatorias, infecciosas, metabólicas, vasculares o de otra causa, quienes tendrán derecho a recibir atención especializada, con la duración y alcances que establezca la reglamentación.

La reglamentación de la ley 24.901 mediante el decreto 1193/98 confiere al Servicio Nacional de Rehabilitación y Promoción de la Persona con Discapacidad la autoridad para establecer los requisitos de inscripción, permanencia y baja en el Registro Nacional de prestadores de Servicio de Atención a Personas con Discapacidad, y para incorporar a dicho registro a todos los prestadores que cumplimenten la normativa vigente. Establece, a su vez, que la Comisión Nacional Asesora para la Integración de las Personas con Discapacidad (CONADIS) será el organismo regulador del Sistema de Prestaciones Básicas de Atención Integral en favor de las personas con discapacidad y propondrá a la Comisión Coordinadora del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica el nomenclador de prestaciones básicas para personas con discapacidad.

Mediante la resolución 428/99 del Ministerio de Salud y Acción Social se aprobó dicho nomenclador, que representa una primera fuente oficial de prestaciones y valores relativos, cuyo análisis permitiría examinar la evolución de los distintos subgrupos de prestaciones. En particular, hallamos descritas en su contenido y alcance diversas prestaciones de rehabilitación con internación, cuyo módulo se presenta de la siguiente manera:

¹⁶ Cf. Decreto 762/97, anexo 1 y Ley 24.901, artículo 15º.

a) Definición: está destinado a la atención de pacientes en etapa sub-aguda de su enfermedad discapacitante que hayan superado riesgo de vida, con compensación hemodinámica, sin medicación endovenosa y que no presenten escaras de tercer grado.

b) Patologías: las previstas en la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías - OMS, con la determinación establecida por la Junta Evaluadora de organismo competente incorporado al Sistema Único de Prestaciones Básicas.

c) Prestación Institucional:

- Clínicas o Sanatorios de Rehabilitación.
- Hospitales con Servicios de Rehabilitación.
- Clínicas o Sanatorios polivalentes.
- Centros de Rehabilitación con internación.

d) Modalidad de cobertura:

Incluye

- Evaluación, prescripción y seguimiento por médico especialista.
- Seguimiento clínico diario.
- Tratamiento de rehabilitación según la complejidad permitida por el caso.
- Análisis y Rx de rutina.

Excluye

- Asistencia y seguimiento del / de los médicos de cabecera y especialistas.
- Estudios de diagnóstico por imágenes.
- Equipamiento (las ayudas técnicas deben ser brindadas durante la internación aguda).
- Medicamentos no inherentes a la secuela.

- Pañales descartables¹⁷.

Esta caracterización –aportada por una resolución oficial– permite identificar claramente el núcleo de prestaciones y servicios de un sector del sistema de salud que en el curso de los siguientes 15 años fue cobrando relevancia debido a la evolución de las problemáticas sociales y asistenciales que enfrentaba. Describe un tipo de paciente cuya complejidad es significativamente menor que la que encontraremos en las instituciones con internación del sector Rehabilitación en 2010, fecha en que se instala en un encuentro paritario la necesidad de modificar la proporción de pacientes por enfermero debido precisamente a los cambios en el perfil de los pacientes de rehabilitación. Entre otras cosas, nótese que la resolución de 1999 refiere a pacientes sin medicación endovenosa que no presentan escaras de tercer nivel, criterios que resultarán perimidos pocos años después. Incluso la descompensación hemodinámica es tratada si la institución cuenta con una unidad de terapia intensiva¹⁸. No existe mención todavía, por otra parte, de pacientes con compromiso respiratorio y requisitos de ventilación mecánica invasiva o no invasiva, situaciones recurrentes pocos años después en el perfil de las poblaciones de las instituciones de rehabilitación. Tampoco eran frecuentes pacientes con úlceras por presión, sondas de alimentación, vías centrales o catéteres implantados.

Esta notable diferencia entre el tipo de paciente que describe el nomenclador de 1999 y aquel otro, más complejo, que era frecuente encontrar en las instituciones de rehabilitación de Capital Federal en 2010, explica que la normativa acordada en la paritaria de 2012 entre el sindicato y las cámaras modifique de manera tan aparentemente abrupta la proporción entre enfermeros y pacientes. Un cambio en la dotación de enfermería que en los hechos ya venía produciéndose debido justamente a las importantes variaciones en las características de la población asistida.

En la misma tesitura que la resolución de 1999 que aprueba el nomenclador, la resolución 705/2000 del Ministerio de Salud aprueba el marco básico de organización y funcionamiento de prestaciones y establecimientos de atención a personas con discapacidad, en el que se describen las características y alcances de las prestaciones de rehabilitación, entre otras.

¹⁷ Cf. Resolución 428/99 del Ministerio de Salud y Acción Social, punto 2.2.

¹⁸ Es el caso de Clínica Ciarec en Capital Federal.

Esta resolución desarrolla la distinción del decreto 762/97 entre servicios de rehabilitación, servicios educativos, educativo-terapéuticos y servicios asistenciales, y se aboca a la caracterización de las prestaciones de estimulación temprana, educación inicial, educación general básica, formación laboral y/o rehabilitación profesional, ubicación laboral, y de servicios como el centro de día, centro educativo-terapéutico, centro de rehabilitación para discapacitados visuales, servicios para discapacitados en general sin familia y/o hábitat, adentrándose hacia el final en los requisitos de planta física e infraestructura de estos establecimientos. No profundiza, en cambio, lo relativo a los requisitos específicos de los establecimientos y servicios de rehabilitación, temática abordada en la resolución 47/2001 del Ministerio de Salud sobre la Normas de Categorización de los Establecimientos y Servicios de Rehabilitación, que estudiaremos más adelante.

2.1.2. Población con discapacidad en Argentina

Sólo recientemente es posible estimar con evidencia la cantidad de personas con discapacidad de la República Argentina. Los censos de 1869, 1895 y 1914 no sirven para tal fin debido a los conceptos utilizados. A pesar de los avances metodológicos, esta cuestión relativa a los conceptos con los cuales se encuadran las investigaciones no ha perdido relevancia hasta el presente, y aún hay un largo camino por andar. Los censos de 1947 y 1960, por otro lado, tampoco serían confiables en esta área¹⁹. Recién en 1999 la ley 25.211 estableció la necesidad de incorporar al censo 2001 la temática, y con ello surgió la Primera Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad (ENDI)²⁰.

Para la ENDI la discapacidad es “toda limitación en la actividad y restricción en la participación, que se origina en una deficiencia y que afecta a una persona en forma permanente para desenvolverse en su vida cotidiana dentro de su entorno

¹⁹ Cf. Acuña, C. Y Bulit Goñi, L. (2010). *Políticas de discapacidad en la Argentina: el desafío de hacer realidad los derechos*. Buenos Aires: Siglo XXI, p. 76-77.

²⁰ Cf. *Revista informativa del censo 2001*, nº 14, INDEC, diciembre 2004.

físico y social²¹. Con el término “limitación en la actividad” refiere a las dificultades, originadas en una deficiencia –un problema en las funciones o estructuras corporales– que un individuo puede tener en su desempeño y en la realización de una actividad. La deficiencia, por su parte, no es lo mismo que la patología que la origina, sino su manifestación. Con el término “restricción en la participación” hace referencia a los problemas, originados en una deficiencia, que una persona puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales como, por ejemplo, la educación, el trabajo, la política, la recreación.

El relevamiento del conjunto de los centros urbanos del país con 5000 habitantes o más, arrojó que la prevalencia de las personas con discapacidad (PCD de aquí en más) en relación al total de la población del país es de 7,1 %, 2.176.123 personas sobre un total de 30.757.628²²²³ –abarca al conjunto de los centros urbanos del país con 5.000 habitantes o más. La prevalencia es mayor en mujeres que en hombres pero esto se revierte si excluimos a los mayores de 75 años.

Nótese, por otra parte, que la definición incluye a las personas mayores de 65 años que experimenten una discapacidad, aún si es producto de la edad. Esta es una decisión semántica y metodológica que tiene consecuencias jurídicas y prácticas sin duda relevantes. Una de ellas es una cierta superposición en algunas instituciones de las poblaciones del adulto mayor y del paciente menor a 65 que atraviesa un proceso de rehabilitación. La importancia de esto se advierte en la prevalencia de la discapacidad según edades. Si bien en 2002/2003 la prevalencia general de las PCD era de 7,1 %, de 0-4 años era del 1,7 %, de 5-14 era del 3 %, de 15-29 del 2,8 %, de 30-49 del 4,2 %, de 50-64 del 11,1 %, de 65-74 del 20 %, de

²¹ En busca del contraste en el uso del lenguaje entre el paradigma social y el paradigma médico, puede compararse esta definición con la provista en el artículo 2º de la ley 22.431, donde se considera con discapacidad a “toda persona que padezca una alteración funcional permanente o prolongada, física o mental, que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral”.

²² Cf. INDEC. Primera Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad 2002-2003 - Complementaria Censo 2001. Cuadro 2.1.1. Total del país. Población total, población con discapacidad y prevalencia de la discapacidad. Año 2002-2003.

²³ Este resultado fue objetado por algunos autores sorprendidos por la diferencia con otros países de la región, como Chile, Brasil, Canadá o Estados Unidos, donde la prevalencia de la discapacidad es significativamente mayor. A partir de esa observación, realizan algunos cuestionamientos metodológicos específicos. Cf. JOLY, E. “Podemos confiar en el ENDI?” presentado en las IV Jornadas Nacionales de Universidad y Discapacidad, U.B.A., Facultad de Derecho, 2006.

75 o más del 38,9 %²⁴. En fin, existe en la encuesta del ENDI una gran heterogeneidad al interior del colectivo de discapacidad, con subgrupos diversos que requieren un análisis específico. La siguiente tabla muestra su distribución según edades:

Tabla 1. Población con discapacidad según edad, CENSO 2002-2003.

Población con discapacidad según edad, CENSO 2002-2003			
Total	2.176.123	%	% acumulado
0-4	50.854	2,3%	2,3%
5-9	99.364	4,6%	6,9%
10-14	104.279	4,8%	11,7%
15-19	90.612	4,2%	15,9%
20-24	89.215	4,1%	20,0%
25-29	70.850	3,3%	23,2%
30-34	71.519	3,3%	26,5%
35-39	76.379	3,5%	30,0%
40-44	82.699	3,8%	33,8%
45-49	106.271	4,9%	38,7%
50-54	147.384	6,8%	45,5%
55-59	146.810	6,7%	52,2%
60-64	173.629	8,0%	60,2%
65-69	166.021	7,6%	67,8%
70-74	206.196	9,5%	77,3%
75-79	204.134	9,4%	86,7%
80 y más	289.907	13,3%	100,0%

²⁴ Cf. INDEC. Primera Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad 2002-2003 - Complementaria Censo 2001. Cuadro 2.1.3. Total del país. Población total, población con discapacidad y prevalencia de la discapacidad por sexo según grupos de edad. Año 2002-2003.

NOTA: fuente INDEC. Primera Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad 2002-2003 - Complementaria Censo 2001. Cuadro 2.2.1. Total del país. Población con discapacidad. Población por sexo según grupos de edad. Año 2002-2003.²⁵

Según la encuesta de 2001 el 40 % de la población con discapacidad tenía más de 65 años, y más del 60 % tenía más de 50 años. Se ve con toda claridad la importancia del estudio minucioso del modo en que se entrecruzan discapacidad y envejecimiento.

La encuesta también reveló que el origen de la primera discapacidad ocurre antes de los 4 años en el 24,7 % de los casos, antes de los 50 años en el 57,1 % de los casos y después de los 50 años en el 40,4 %, habiendo un 2,5 % de fecha desconocida²⁶. La relación entre edad y discapacidad salta a la vista.

Y que la primera discapacidad en la población general es causada por accidentes (laborales, de tránsito, domésticos o deportivos) en el 12,3 % de los casos y por enfermedades en el 44,7 %, pero que entre los menores de 30 años la causa es alguna enfermedad sólo en el 21,6 % de los casos, mientras que entre los de 30-49 años lo es en el 37,8 %, entre aquellos de 50-64 años en el 50,5 % y en los mayores de 65 en el 57,7 % de los casos²⁷. Sería útil especificar qué enfermedades.

La siguiente tabla muestra la distribución de la población con discapacidad (con una sola discapacidad, 1.609.118 personas, 73,9% del total) agrupada por tipo de discapacidad.

²⁵ Cf. INDEC. Primera Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad 2002-2003 - Complementaria Censo 2001. Cuadro 2.2.1. Total del país. Población con discapacidad. Población por sexo según grupos de edad. Año 2002-2003.

²⁶ Cf. INDEC. Primera Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad 2002-2003 - Complementaria Censo 2001. Cuadro 2.3.1. Total del país. Población con discapacidad. Edad de origen de la primera discapacidad por edad actual. Año 2002-2003.

²⁷ Cf. INDEC. Primera Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad 2002-2003 - Complementaria Censo 2001. Cuadro 2.3.5. Total del país. Población con discapacidad. Causa/s de la discapacidad adquirida en primera instancia por edad actual. Año 2002-2003.

Tabla 2. Distribución por tipo de discapacidad (en porcentaje) de la población con una sola discapacidad, 2002-2003.

Distribución por tipo de discapacidad (en porcentaje) de la población con una sola discapacidad, 2002-2003.	
Motora inferior	27,3
Dificultad para ver	18,0
Dificultad para oír	13,8
Retraso mental	11,3
Motora superior e inferior	10,6
Problema mental	5,1
Motora superior	4,0
Sólo del habla	2,9
Sólo otra discapacidad	2,8
Sordera	2,7
ceguera	1,5
Total	100

NOTA: fuente INDEC. Primera Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad 2002-2003 - Complementaria Censo 2001. Cuadro 2.2.3. Total del país. Población con discapacidad. Cantidad y tipo de discapacidad por grupos de edad. Año 2002-2003.²⁸

Vemos aquí que el 41,9 % de las discapacidades son motoras, 19,5 % son visuales, el 16,5 % son auditivas, el 16,4 % son mentales y el 2,9 % son del habla.

La siguiente tabla expresa el tipo de cobertura médica de este grupo comparado con el total de la población:

²⁸ Cf. INDEC. Primera Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad 2002-2003 - Complementaria Censo 2001. Cuadro 2.2.3. Total del país. Población con discapacidad. Cantidad y tipo de discapacidad por grupos de edad. Año 2002-2003.

Tabla 3. Cobertura de salud de población con discapacidad y de población total. Año 2002-2003.

Grupos de edad	Cobertura de salud (obra social y/o plan privado de salud o mutual) de población con discapacidad y de población total. Año 2002-2003.			
	Población con discapacidad		Población total	
	Tiene	No tiene	Tiene	No tiene
Total	60,3	38,4	51,9	48,1
0-4	35,4	63,2	41,3	58,7
5-14	43,3	54,4	45,9	54,1
15-29	37,9	59,9	44,0	56,0
30-49	45,3	53,2	53,6	46,4
50-64	53,1	45,8	58,4	41,6
65-74	72,6	26,8	77,1	22,9
75 y más	88,8	10,1	87,4	12,6

NOTA: fuentes: Cf. INDEC. Primera Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad 2002-2003 - Complementaria Censo 2001. Cuadro 2.4.1. Total del país. Población con discapacidad. Cobertura de salud por grupos de edad. Año 2002-2003. También INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001. Cuadro 6.3. Total del país. Población por cobertura por obra social y/o plan de salud privado o mutual según sexo y grupos de edad. Año 2001.

Si bien excepto en los mayores de 75 años la proporción en cada franja etaria que evaluemos entre población con discapacidad con cobertura de obra social, plan privado de salud o mutual sobre población con discapacidad con cobertura exclusivamente pública es menor que la de la población total, expresando con ello la vulnerabilidad de la población con discapacidad, esto se revierte cuando consideramos a la población en su conjunto. La proporción de personas con cobertura médica es mayor en la población con discapacidad que en la población general. Esto se debe nuevamente a la estructura demográfica de la discapacidad, que a la inversa de la población general, se incrementa con los años.

Otros indicadores como la tasa de ocupación y desempleo, el coeficiente de dependencia o incidencia de trabajadores asalariados también confirman que se trata de una población vulnerable y todavía relegada.

En el censo 2010 y el respectivo cuestionario ampliado sobre la temática la prevalencia de la población con discapacidad –ahora denominada población con dificultad o limitación permanente– se incrementó, alcanzando el 12,9 % de la población total.

Tabla 4. Censo 2010. Prevalencia población con discapacidad.

Censo 2010					
Grupo de edad	Población	Población con dificultad o limitación permanente	Prevalencia de la dificultad o limitación permanente	%	% acumulado
Total	39.671.131	5.114.190	12,9		
0-4	3.326.197	84.118	2,5	2%	2%
5-9	3.378.126	162.677	4,8	3%	5%
10-14	3.488.515	208.375	6,0	4%	9%
15-19	3.518.730	204.554	5,8	4%	13%
20-24	3.256.270	196.094	6,0	4%	17%
25-29	3.085.891	201.638	6,5	4%	21%
30-34	3.064.450	215.282	7,0	4%	25%
35-39	2.642.934	212.098	8,0	4%	29%
40-44	2.285.230	250.220	10,9	5%	34%
45-49	2.175.900	371.695	17,1	7%	41%
50-54	2.020.040	450.259	22,3	9%	50%
55-59	1.842.677	475.302	25,8	9%	59%
60-64	1.607.139	452.660	28,2	9%	68%
65-69	1.273.386	399.423	31,4	8%	76%
70-74	999.265	367.187	36,7	7%	83%
75-79	775.667	337.980	43,6	7%	90%

80 y más	930.714	524.628	56,4	10%	100%
----------	---------	---------	------	-----	------

NOTA: fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Cuadro P9. Total del país. Población en viviendas particulares, población con dificultad o limitación permanente y prevalencia de la dificultad o limitación permanente, según sexo y grupo de edad. Año 2010.²⁹

Nuevamente quedan manifiestas enormes variaciones en la prevalencia según edad, superando el 30 % en la población de más de 65 años, el 40 % en la mayor a 75 años, y el 50 % en la población de más de 80 años. La población con discapacidad de más de 65 años representa poco más del 30 % del total, lo cual es proporcionalmente menos que lo medido una década antes.

La siguiente tabla expresa la clasificación de la población por tipo de discapacidad, tal como resulta del censo 2010. Recordemos que muchas personas tienen más de una limitación:

Tabla 5. Clasificación de la población con discapacidad según tipo de discapacidad. Censo 2010.

Censo 2010					
	Población con dificultad o limitación permanente por tipo				
Grupo de edad	Visual	Auditiva	Motora superior	Motora inferior	Cognitiva
Total	3.272.945	945.168	881.199	1.929.458	824.407
0-4	18.037	10.755	21.920	46.750	27.565
5-9	78.361	24.881	23.233	32.547	69.113
10-14	111.007	28.186	25.113	36.920	79.072
15-19	118.128	28.922	26.594	38.452	62.843

²⁹ Cf. INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Cuadro P9. Total del país. Población en viviendas particulares, población con dificultad o limitación permanente y prevalencia de la dificultad o limitación permanente, según sexo y grupo de edad. Año 2010.

20-24	124.300	26.123	25.029	37.682	46.472
25-29	127.651	25.798	26.840	41.580	42.206
30-34	131.794	28.105	29.907	48.980	41.003
35-39	125.246	29.762	31.511	55.783	36.912
40-44	160.020	34.166	35.558	69.466	36.100
45-49	280.091	45.016	49.639	95.658	38.788
50-54	346.752	56.640	65.632	134.462	42.154
55-59	353.427	69.601	78.570	169.705	43.949
60-64	316.922	78.092	80.567	188.635	43.411
65-69	266.976	79.483	73.454	184.552	38.678
70-74	229.502	86.351	74.163	192.160	40.906
75-79	199.491	94.666	74.983	198.562	44.079
80 y más	285.240	198.621	138.486	357.564	91.156

NOTA: fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Cuadro P10. Total del país. Población en viviendas particulares con dificultad o limitación permanente por tipo de dificultad o limitación permanente, según sexo y grupo de edad. Año 2010.³⁰

Observamos que en el 41,7 % la dificultad o limitación es visual, en el 35,8 % es motora, en el 12 % es auditiva y en el 10,5 % es cognitiva. Si bien en esta tabla se contempla que una persona puede tener más de una limitación y por lo tanto figurar en más de una categoría, mientras que la tabla que presentamos antes sobre la clasificación por tipos de la encuesta del 2002 expresaba la agrupación de quienes tenían solamente una discapacidad, podría llamar la atención el crecimiento proporcional en el registro de la limitación visual, frente a un aparente retroceso proporcional de las otras.

Es imposible presentar y analizar aquí toda la información que aporta la encuesta. Señalemos simplemente para terminar que todavía hay problemáticas extendidas que actualmente reciben atención en instituciones de rehabilitación y

³⁰ Cf. INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Cuadro P10. Total del país. Población en viviendas particulares con dificultad o limitación permanente por tipo de dificultad o limitación permanente, según sexo y grupo de edad. Año 2010.

que no aparecen clasificadas en la encuesta, como por caso aquéllas que tienen origen respiratorio³¹.

2.2. La rehabilitación en el marco de los programas médicos obligatorios

Es muy importante no perder de vista que el derecho a la rehabilitación no es exclusivo de la población con discapacidad. Ya hemos dicho que el objetivo de la rehabilitación es precisamente evitar a través de diversos tratamientos que una deficiencia que afecta a una persona devenga en una discapacidad. Sería un error entonces considerar que la población a la cual se dirigen y sobre la cual se ejercen los procesos de rehabilitación posee en todos los casos una discapacidad. Dicho de otro modo, sería incorrecto restringir el dominio de aplicación de la rehabilitación al conjunto de la población con discapacidad, tanto como declarar que una persona debe esperar a tener una discapacidad para recién entonces recibir tratamiento de rehabilitación.

El derecho a la rehabilitación fue incorporado en la primera versión del Programa Médico Obligatorio (PMO) aprobado por la resolución 247 del Ministerio de Salud y Acción Social en 1996. El PMO es el régimen de asistencia obligatoria para todas las obras sociales y otros agentes del sistema nacional de salud estructurado en las leyes 23.660 y 23.661, y a través de la ley 24.754 también para las entidades de medicina prepaga. Allí se enumeran –con un grado de precisión y detalle tal vez limitado– las prácticas a las que tiene derecho la población asegurada.

Un breve repaso del modo en que se caracteriza a la rehabilitación en las diversas versiones del PMO nos permitirá advertir el modo en que ese sector evolucionó en el tiempo. Como caso paradigmático, veremos que en ningún momento el PMO incorpora a pacientes y patologías respiratorias en el ámbito de

³¹ No vamos a incorporar aquí el análisis de la recientemente publicada encuesta sobre el perfil de personas con discapacidad. Cf. *Estudio nacional sobre el perfil de las personas con discapacidad: resultados provisionales 2018*. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Instituto Nacional de Estadística y Censos - INDEC, 2018.

la rehabilitación. Estos pacientes, no obstante, no eran en absoluto infrecuentes en las clínicas de rehabilitación –típicamente aquellas de Capital Federal– que el sindicato tomaba como modelo de prestación cuando propuso modificar la relación entre enfermeros y pacientes en 2010. Los pacientes respirados están explícitamente enumerados en la modificación del artículo 7º que se firmó en 2012. Más aún, algunas de las clínicas de rehabilitación involucradas en dicha negociación se especializaban en ese tipo de pacientes. Pero este caso no es el único. La lectura del PMO deja en evidencia que el tipo de paciente que se describe no posee muchas de las complejidades –traqueotomías y otros estomas, sondas de alimentación, vías centrales, lesiones cutáneas profundas– que serían habituales poco tiempo después en las instituciones de rehabilitación.

Esto es muy importante, entonces, para comprender por qué la normativa paritaria de 2012 modificó de manera tan radical la proporción entre enfermeros y pacientes del sector.

La cobertura descrita en el PMO de 1996 estaba dividida en atención primaria y atención secundaria. Dentro de la atención primaria, estaban contemplados los programas generales de promoción y prevención de la salud, que debían ser acordados con la autoridad jurisdiccional correspondiente. Además de eso, incorporaba un programa especial materno-infantil, un programa de enfermedades oncológicas, otro de odontología preventiva, y un programa de asistencia básica de médicos generalistas.

La atención secundaria contemplaba todas las modalidades de recuperación de la salud en el paciente ambulatorio o internado, cubriendo una lista de especialidades enumeradas explícitamente entre las cuales hallamos a la fisioterapia y rehabilitación.

Incorporaba a su vez las consultas generales y especiales en consultorio, domicilio o internación, un plan de atención odontológica con las prestaciones del nomenclador de las obras sociales, la atención psiquiátrica y los medicamentos. Cubría también la internación y todas las prácticas médico-diagnósticas o terapéuticas que le son propias, como anatomía patológica o anestesiología, entre otras. Distinguía entre internación general, donde clasificaba a la clínica médica y la clínica quirúrgica, e internación especializada, donde enumeraba como tales a cardiovascular, psiquiátrica, toco-ginecológica, pediátrica, neonatológica, UTI, UCO y UCI –no aparece aquí explicitada la rehabilitación como especialidad de

internación. También indicaba qué medios de diagnóstico por imágenes, qué exámenes de laboratorios y qué prótesis y órtesis estaban incluidos.

A continuación el PMO de 1996 detalla de este modo las prestaciones relativas a rehabilitación:

Las obras sociales reconocerán y darán cobertura hasta el 100 % en los casos de necesidad de rehabilitación motriz, psicomotriz, readaptación ortopédica y rehabilitación sensorial, según los siguientes toques:

- Kinesiología, hasta 25 sesiones por afiliado y por año. Se sugiere un co-seguro de \$ 3 por cada sesión.
- ACV, hasta 3 meses inicialmente y luego según evolución auditada por la obra social.
- Post-operatoria de traumatología, 30 días inicialmente y luego según evolución auditada por la obra social.
- Grandes accidentados, 6 meses inicialmente y luego según evolución auditada por la obra social³².

Por último establece que queda incluida la hemodiálisis y que los trasplantes y prácticas de alto costo y baja incidencia continuarán subsidiadas por Administración Nacional del Seguro de Salud.

En resumen, la rehabilitación queda contemplada en el PMO de 1996 tanto en la lista que enumera qué especialidades quedan incluidas como modalidades de recuperación de la salud en pacientes ambulatorios o internados, ya que allí aparece mencionada la fisioterapia y rehabilitación, como en el apartado de la sección de atención secundaria –citado más arriba– dedicado a la rehabilitación.

La primera modificación importante del PMO se realizó a través de la Resolución 939/2000. Con ella se buscó mayor especificidad en la caracterización de la cobertura, agregar servicios como cuidados paliativos y varias cosas más. En el apartado de internación, se contempla el 100 % de la cobertura de la internación clínico-quirúrgica, especializada, de alta complejidad y domiciliaria, sin coseguros ni límite de tiempo, excepto en salud mental. Se entiende entonces que la internación en rehabilitación quedaba cubierta. Además, se modifica levemente el apartado de rehabilitación, quedando de la siguiente manera:

³² CF. Resolución 247/96 del Ministerio de Salud y Acción Social, punto 2.6.

Rehabilitación: se incluyen todas las prácticas kinesiológicas y fonoaudiológicas que se detallan en el Anexo II de la presente Resolución. Los Agentes del Seguro de Salud darán cobertura al 100 % en los casos de necesidad de rehabilitación motriz, psicomotriz, readaptación ortopédica y rehabilitación sensorial. Con el siguiente alcance:

Kinesiología: hasta 25 sesiones por afiliado cada 12 meses.

Fonoaudiología: hasta 25 sesiones por afiliado cada 12 meses.

Accidente cerebrovascular: hasta tres meses, prorrogable por la auditoría del Agente del Seguro mientras se documente progreso objetivo en la evolución³³.

Post-operatorio de traumatología: hasta 30 días, prorrogable por la Auditoría del Agente del Seguro mientras se documente progreso objetivo en la evolución.

Grandes Accidentados: hasta seis meses, prorrogable por la Auditoría del Agente del Seguro mientras se documente progreso objetivo en la evolución³⁴.

En la modificación del PMO que dio origen al PMOE (Programa Médico Obligatorio de Emergencia) mediante la resolución 201/2002, se suspendieron los efectos de la resolución 939/2000 hasta tanto no cesara la emergencia sanitaria declarada en marzo de 2002³⁵, y se estableció un programa alternativo que regulaba las obligaciones de los agentes del seguro durante dicha emergencia. Si bien en este PMOE la Fisiatría (medicina física y rehabilitación) se mantiene en la lista de especialidades cubiertas al 100 % en la atención secundaria y la internación en atención secundaria –sin especificación de motivo de ingreso– continúa cubierta al 100 %, con lo cual hay suficiente fundamento para suponer que la internación en rehabilitación se mantiene cubierta, se modificó la redacción del apartado 5º sobre rehabilitación, restringiendo la cobertura a las prestaciones ambulatorias, sin mención de la internación.

³³ Lamentablemente esta condición no siempre se cumple. Algunos jueces, sin fundamento médico, prolongan mediante amparos las internaciones de pacientes que no tienen objetivos de rehabilitación.

³⁴ Cf. P.M.O. 2001, apartado 5º sobre rehabilitación.

³⁵ Cf. Decreto 486/2002.

Rehabilitación: se incluyen las prácticas kinesiológicas que se detallan en el Anexo II de la presente Resolución. Los Agentes del Seguro de Salud darán cobertura ambulatoria para rehabilitación motriz, psicomotriz, readaptación ortopédica y rehabilitación sensorial.

Kinesiología: hasta 25 sesiones por beneficiario por año calendario.

Fonoaudiología: hasta 25 sesiones por beneficiario por año calendario.

Estimulación temprana: en los términos que se define en el Anexo II de la presente Resolución.

En el Anexo II bajo el título de Rehabilitación Médica se enumeran las prácticas de fisioterapia, kinesioterapia, terapia ocupacional por sección, pilones para amputados, alineación, kinesioterapia o fisiatría a domicilio.

El conjunto de estas prácticas está incluido a través de la ley 24.754 para las persona con cobertura médica prepaga y a través de las leyes 23.660 y 23.661 para todas las personas que posean cobertura de obras sociales sindicales, para los trabajadores autónomos comprendidos en el régimen nacional de jubilaciones y pensiones, y también para las personas con residencia permanente en el país que se encuentren sin cobertura médico-asistencial por carecer de tareas remuneradas o beneficios previsionales. El personal dependiente de gobiernos provinciales o municipales, así como el personal militar o civil de las fuerzas armadas y de seguridad, el personal del Poder Legislativo, y los jubilados, retirados y pensionados de dichos ámbitos, en cambio, no tendrían necesariamente incluidas estas prácticas.

En fin, sin ignorar la falta de especificidad en la descripción de algunas de las prácticas de rehabilitación incluidas en las sucesivas versiones, sobre todo en lo concerniente a las modalidades y plazos de los casos que requirieran internación, es importante advertir que desde antes del fin de siglo pasado dichas prácticas estaban explícitamente presentes en el programa médico obligatorio. Más aún, en el caso del PMO, la asistencia en rehabilitación no se subsume bajo –ni se restringe a– la población con discapacidad, sino que se enumera con independencia de dicha condición, como una necesidad y derecho de la población general tenga o no certificado de discapacidad.

2.3. El rol de la rehabilitación en el sistema de salud

A lo largo de la segunda mitad del siglo XX la rehabilitación afianzó progresivamente su rol en el enfoque integral de la salud. Junto al reconocimiento que ha recibido, el concepto de rehabilitación y la práctica misma han ido evolucionando de manera notable.

En una breve descripción realizada en 1966 de las cinco categorías principales bajo las cuales pueden agruparse las actividades de un servicio de salud pública completo, el Comité de expertos de la Organización Mundial de la Salud en Enfermería, describía del siguiente modo a la quinta categoría:

Rehabilitación: Se trata en esta clase de evitar la invalidez o, si no es posible, de ayudar al enfermo a utilizar al máximo las facultades que haya podido conservar; si ha desaparecido toda esperanza de rehabilitación y un desenlace fatal es inevitable, es preciso evitar toda deterioración inútil y ayudar al enfermo a morir en paz y serenidad³⁶.

Aquí la rehabilitación abarca todo el espectro asistencial desde la elusión de la invalidez hasta la compañía en la hora de la muerte. Cuando la rehabilitación se incorpora como derecho en la Argentina, el concepto inevitablemente es sometido a un intento de definición con criterios estandarizados que le permita al sistema jurídico dirimir los conflictos que sin duda iban a ocasionarse. La ya citada resolución 428/99 mediante la cual se aprueba el nomenclador de discapacidad procura definir un módulo de prestaciones de rehabilitación con internación de la siguiente manera:

- a) Definición: está destinado a la atención de pacientes en etapa sub-aguda de su enfermedad discapacitante que hayan superado riesgo de vida, con compensación hemodinámica, sin medicación endovenosa y que no presenten escaras de tercer grado.

³⁶ Cf. "Comité de expertos de la OMS en enfermería", en Organización Mundial de la salud, Serie de informes técnicos n° 347, 1966.

- b) Patologías: las previstas en la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías - OMS, con la determinación establecida por la Junta Evaluadora de organismo competente incorporado al Sistema Único de Prestaciones Básicas.³⁷

Esta resolución ubica a la internación en rehabilitación en la etapa subaguda y excluye ciertas condiciones, mientras que remite la enumeración de las patologías incluidas a la clasificación de la OMS confeccionada por profesionales expertos. Nótese que esta remisión ilustra el modo en que el orden jurídico y el orden médico-asistencial se entrecruzan como consecuencia de la progresiva interpretación de la salud como un derecho.

Sin duda esta caracterización es mucho más restringida que la que encontramos en el documento de 1966 presentado más arriba –no hace falta decir que no comparten la misma finalidad, con lo cual no cabe juzgarlo con esa vara. No obstante, el paciente descrito en la resolución de 1999 no representa –tampoco las sucesivas formulaciones del PMO de esa época– a los pacientes que se encontraban en las instituciones de rehabilitación de Capital Federal en 2010.

Este contraste queda ilustrado en la breve caracterización del enfermero de rehabilitación ofrecida en la modificación del artículo 7º del acuerdo firmado en la paritaria 2012:

Es aquel enfermera/o destinado a la atención de pacientes que sean internados en clínicas u hospitales con el objeto de lograr su rehabilitación respiratoria, neurológica, psicomotriz y/o traumatológica³⁸.

Con el nombre de rehabilitación respiratoria, esta normativa acordada entre el sindicato y las cámaras privadas refiere a los pacientes con traqueostomías, asistencia ventilatoria mecánica invasiva o no invasiva, tengan o no perspectivas de lograr una desvinculación de dicha asistencia, esto es, pacientes cuyo alto grado de criticidad puede o no haber devenido crónico. No era la única novedad en el área. El espectro de pacientes se había abierto y eran frecuentes las úlceras por

³⁷ Cf. Resolución 428/99 del Ministerio de Salud y Acción Social, punto 2.2.

³⁸ Cf. Acta Paritaria CCT 122/75, 2012.

presión y las escaras profundas, las sondas de alimentación, vías centrales y catéteres implantados. El paciente de rehabilitación había cambiado, la práctica asistencial lo había hecho, y el sindicato señalaba la necesidad de explicitar esto en el convenio colectivo.

Estas variaciones reflejan entonces la evolución de las prácticas que se llevan a cabo en las instituciones del sector –al menos en algunas regiones– y sirven como antecedentes para comprender el contexto de la normativa acordada en la paritaria de 2012. Pero también nos advierten que se fue configurando una yuxtaposición en las poblaciones que allí se alojan. Estas yuxtaposiciones pueden generar zonas de indeterminación en cuanto a qué instituciones deben asistir a qué tipo de pacientes y problemáticas, y cómo deben hacerlo, lo cual afecta tanto el modo en que cada institución se organiza internamente como el modo en que lo hace el sector y el sistema de salud en su conjunto.

El concepto de rehabilitación hace referencia a un conjunto de prácticas que realiza un agente-paciente para recuperar su estado de salud, y más específicamente, su funcionalidad –respirar, comer, caminar, realizar múltiples actividades. No es esencial en este sentido cuán grave sea el estado del paciente. En efecto, la tendencia ha sido comenzar el proceso de rehabilitación cada vez más cerca de la etapa aguda, y sin duda la rehabilitación es igualmente beneficiosa frente a distintos grados y tipos de complejidad.

Pero también puede ocurrir que un estado crítico se vuelva crónico y no sea posible revertir ciertas limitaciones funcionales. El trabajo intensivo en rehabilitación ha concluido. Ese paciente crónico puede necesitar cuidados críticos que requieran internación, por eso ha sido llamado ‘crónico-crítico’³⁹. Puede que necesite también ejercitación y otros cuidados cuya ausencia ocasione –lo mismo que en adultos mayores que no se encuentran en estado crítico– veloces procesos de deterioro. Debido a la falta de desarrollo de un sistema de salud orientado específicamente al cuidado de estos pacientes, no es infrecuente que sean asistidos en instituciones de rehabilitación, cuando no en terapias intensivas.

Por otra parte, una vez que la persona ha alcanzado todo su potencial rehabilitador –o incluso sin haber atravesado tratamiento de rehabilitación alguno, como ocurre nuevamente con algunos adultos mayores– es posible que requiera

³⁹ Cf. Carson, Sh. (2012). Definitions and Epidemiology of the Chronically Critically Ill. *Respiratory Care*, vol. 57 n° 6, junio.

tratamiento para mantener el estado alcanzado. A veces se dice que estos pacientes requieren 'mantenimiento'. Son pacientes que necesitan más asistencia que la que brinda un geriátrico, pero no tanta como el paciente crónico-crítico. No es perfectamente claro el límite entre una situación y la otra, ni tampoco lo es si el sector Rehabilitación debe orientarse hacia la asistencia de unos y otros pacientes. Depende en definitiva de cómo se estructure el sistema de salud.

Pero el grado de apertura o especificidad que se le asigne al sector Rehabilitación estará condicionado por las normas en cuanto al recurso humano de esas instituciones. En relación con esto, veremos más adelante que al comienzo de la negociación paritaria se discutió si la proporción entre enfermeros y pacientes debía contemplar algún tipo de estratificación. Finalmente se decidió no hacerlo; la proporción establecida es la misma sin importar el estado del paciente. Dicha proporción tomó como modelo instituciones que si bien asistían a pacientes de rehabilitación propiamente, pacientes crónico-críticos y pacientes crónicos de mantenimiento, tenían una alta cantidad de pacientes de alta complejidad. Ésta es la razón por la cual no les resultó escandalosa la proporción propuesta por el sindicato. Como se dijo en su momento, en cierta medida ya la habían implementado. Buena o mala, esta elección sin duda influirá en el modo en que la asistencia de estas poblaciones se configure en el futuro.

Esta función de asistencia de la cronicidad-crítica que el sector de rehabilitación cumple en el sistema de salud se ha ido pronunciando en la última década. Entre las causas de esta tendencia, sumado a la falta de desarrollo de una gestión e infraestructura orientada hacia la cronicidad, puede mencionarse que el traslado de un paciente de una terapia intensiva a un servicio de rehabilitación no suele ser conflictivo para la familia, ya que como es comprensible, la idea de la rehabilitación está naturalmente asociada a la de la mejoría de la persona y a la esperanza de su recuperación plena, mientras que el traslado de una institución de rehabilitación a una institución de crónicos es socialmente más conflictivo, ya que configura un escenario en el cual la familia y la propia persona debe procesar el anuncio de que esa esperanza ya no es razonable desde el punto de vista médico y no será respaldada por su cobertura médica, lo que muchas veces conduce a que la persona o la familia busque la intervención del sistema judicial.

En definitiva, en el plano conceptual es importante distinguir entre los conceptos de rehabilitación, mantenimiento, discapacidad, criticidad y cronicidad, y advertir al mismo tiempo el modo en que se vinculan. En el plano empírico hay que

resaltar que el sector Rehabilitación actualmente asiste a pacientes propiamente de rehabilitación, cuya complejidad ha ido creciendo notablemente, pero también a pacientes que requieren mantenimiento y a pacientes crónicos, sobre todo a aquellos crónico-críticos que provienen de servicios de terapia intensiva.

CAPÍTULO 3

INFRAESTRUCTURA DEL SISTEMA DE SALUD DESTINADA A REHABILITACIÓN

Proyectar y comprender el impacto que la normativa discutida en 2012 para el sector Rehabilitación iba a tener sobre el recurso humano de enfermería y sobre el sistema de salud en general, requiere de un previo conocimiento de la infraestructura de dicho sector. La descripción por provincia y por dependencia de esta infraestructura será el principal objetivo de este capítulo. Veremos que la proporción de camas de rehabilitación sobre el total de camas disponibles en el país era menor al 1 % en 2000, lo cual deja entrever la baja relevancia que lo acordado para el sector tendría sobre el sistema de salud y el recurso humano de enfermería en su conjunto. Veremos también que la distribución geográfica es heterogénea, con una preponderancia indiscutida de la Capital Federal, tanto por la cantidad, el tamaño y la cantidad de enfermeros. Esto contribuye a explicar el peso que tuvieron las instituciones de esa zona en la negociación de una normativa acordada para todo el país.

Para presentar la infraestructura del sector Rehabilitación en el contexto general del sistema de salud vamos a basarnos en la guía de establecimientos publicada por la Dirección de Estadística e Información de Salud (DEIS en adelante), cuya última actualización es del año 2000⁴⁰. Es importante relativizar los datos en función de la fecha de origen en la cual fueron obtenidos y al método utilizado. Se trata de un estudio basado en información secundaria disponible a nivel nacional del Programa Nacional de Estadísticas en Salud de la DEIS y en información recabada entre el año 1995 y 2000 de establecimientos oficiales a través de las Oficinas Provinciales de Estadísticas de Salud y de contactos

⁴⁰ Cf. <http://www.deis.msal.gov.ar/guia.htm>

telefónicos para datos de establecimientos del ámbito de la seguridad social y el sector privado⁴¹.

La guía de la DEIS clasifica a los establecimientos según provincia, según posean o no internación, indicando cuando corresponde la cantidad de camas, según su especialidad, según pertenezcan al sector oficial, a la seguridad social o al sector privado, entre otros criterios de menor relevancia para nuestro estudio. Estos datos nos permiten una primera aproximación a la dimensión de la infraestructura y capacidad de camas del sector Rehabilitación y su peso relativo dentro del sistema de salud.

A través de su análisis podremos constatar que al año 2000 el sector representaba una porción relativamente modesta de la infraestructura hospitalaria, fuertemente concentrada en las principales urbes, con una preponderancia indiscutida de la Capital Federal, seguida por la provincia de Buenos Aires y la de Córdoba. Esta observación explica en parte –aunque no justifica– que la negociación por parte de la cámara que representa al sector privado haya sido conducida casi exclusivamente por instituciones de Capital Federal.

Los establecimientos y las camas dependían tanto del sector público como del privado, con una preponderancia de esta último. Dentro del sector público, la tarea es desarrollada fundamentalmente en el orden provincial (o la Capital Federal), con menor incidencia del orden nacional y municipal.

Veremos también que en las distintas provincias la razón entre la cantidad de establecimientos y camas destinadas a rehabilitación y el total general de establecimientos y camas –incluyendo todas las especialidades– varía considerablemente, siendo nuevamente en Capital Federal donde su peso relativo es comparativamente más alto. Muchas provincias no poseían ninguna institución destinada a la rehabilitación o al menos, por las razones que fuere, éstas no se volvían visibles a los ojos del Ministerio de Salud.

Únicamente la ciudad de Buenos Aires y las provincias de Buenos Aires, Córdoba, Santa Fe, Mendoza y Jujuy tenían establecimientos destinados a rehabilitación con internación en el año 2000. En promedio, en esas provincias el

⁴¹ La base actual del Servicio Nacional de Rehabilitación no es más exhaustiva que la de la DEIS, aún si tiene registro de algunos establecimientos que no están en la primera. Consultar por ejemplo los resultados de la búsqueda “internación en rehabilitación” o “servicio de rehabilitación” en C.A.B.A. Cf. <http://www.discapacidad.gob.ar/consulta/aplicacion/prestadores/prestadores.html>

sector ocupaba el 1,09 % del total de camas de esas regiones, mientras que si se contemplan las camas de las otras provincias, el porcentaje es tan sólo del 0,78 %.

Tabla 6. Porcentaje de camas de rehabilitación sobre camas totales. Año 2000.

Camas de Rehabilitación / Camas Totales. Año 2000.			
Provincia	Nº total de camas	Nº de camas de rehabilitación	Rehab. / Total
Buenos Aires	51517	204	0,40%
Ciudad de Buenos Aires	21944	697	3,18%
Córdoba	17718	131	0,74%
Jujuy	2823	55	1,95%
Mendoza	4142	27	0,65%
Santa Fé	11011	73	0,66%
Subtotal	109155	1187	1,09%
Total (todas las prov.)	153065	1187	0,78%

NOTA: fuente: elaboración propia en base a guía de establecimientos publicada por la Dirección de Estadística e Información de Salud.

Se trata de una especialidad concentrada en las principales urbes, aquellas - con excepción de Jujuy- que están más densamente pobladas y cuentan con una infraestructura más desarrollada en sus redes de salud. Por el contrario, provincias con una población relativamente importante, de más de 800.000 habitantes, como Tucumán, Santiago del Estero, Salta, Misiones, Entre Ríos, Corrientes y el Chaco, así como otras con una población menor, como Catamarca, Chubut, Formosa, La Pampa, La Rioja, Neuquén, Río Negro, San Juan, San Luis, Santa Cruz o Tierra del Fuego, no contaban con ninguna cama de rehabilitación relevada en ese momento.

Tabla 7. Cantidad de establecimientos y camas de rehabilitación por Provincia. Año 2000.

Cantidad de establecimientos y camas de rehabilitación por provincia. Año 2000.
--

Provincia	Nº establec. con internación	% sobre el total	Nº de camas	% sobre total
Buenos Aires	3	13,60%	204	17,20%
Catamarca	0	0,00%	0	0,00%
Chaco	0	0,00%	0	0,00%
Chubut	0	0,00%	0	0,00%
Ciudad de Buenos Aires	10	45,50%	697	58,70%
Córdoba	4	18,20%	131	11,00%
Corrientes	0	0,00%	0	0,00%
Entre Ríos	0	0,00%	0	0,00%
Formosa	0	0,00%	0	0,00%
Jujuy	1	4,50%	55	4,60%
La Pampa	0	0,00%	0	0,00%
La Rioja	0	0,00%	0	0,00%
Mendoza	2	9,10%	27	2,30%
Misiones	0	0,00%	0	0,00%
Neuquén	0	0,00%	0	0,00%
Río Negro	0	0,00%	0	0,00%
Salta	0	0,00%	0	0,00%
San Juan	0	0,00%	0	0,00%
San Luis	0	0,00%	0	0,00%
Santa Fé	2	9,10%	73	6,10%
Santa Cruz	0	0,00%	0	0,00%
Santiago del Estero	0	0,00%	0	0,00%
Tierra del Fuego	0	0,00%	0	0,00%
Tucumán	0	0,00%	0	0,00%
Total	22	100%	1.187	100%

NOTA: fuente: elaboración propia en base a guía de establecimientos publicada por la Dirección de

El total nacional de camas de rehabilitación identificadas por la DEIS en 2000 era de 1187 distribuidas en 22 establecimientos, con un promedio de 54 camas por establecimiento, que representan en conjunto el 0,78 % del total de 153.065 camas disponibles del país. El promedio nacional era de 3,27 camas de rehabilitación cada 100.000 habitantes. La mediana era 0, ya que solamente 6 provincias tenían alguna cama de rehabilitación advertida por la DEIS, con lo cual 0 camas también era por entonces la moda.

Tabla 8. Camas de rehabilitación cada 100.000 habitantes.

Camas de rehabilitación cada 100.000 habitantes			
Provincia	población 2001	Nº de camas	camas x 100.000 hab.
Buenos Aires	13.827.203	204	1,48
Catamarca	334.568	0	0
Chaco	984.446	0	0
Chubut	413.237	0	0
Ciudad de Buenos Aires	2.776.138	697	25,11
Córdoba	3.066.801	131	4,27
Corrientes	930.991	0	0
Entre Ríos	1.158.147	0	0
Formosa	486.559	0	0
Jujuy	611.888	55	8,99
La Pampa	299.294	0	0
La Rioja	289.983	0	0
Mendoza	1.579.651	27	1,71
Misiones	965.522	0	0
Neuquén	474.155	0	0
Río Negro	552.822	0	0

Salta	1.079.051	0	0
San Juan	620.023	0	0
San Luis	367.933	0	0
Santa Cruz	196.958	0	0
Santa Fé	3.000.701	73	2,43
Santiago del Estero	804.457	0	0
Tierra del Fuego	101.079	0	0
Tucumán	1.338.523	0	0
Total	36.260.130	1.187	3,27

NOTA: fuente: elaboración propia en base a guía de establecimientos publicada por la Dirección de Estadística e Información de Salud y datos del censo 2001, INDEC.

3.1. Distribución por provincia

En la lista de especialidades que aparecen en el relevamiento de la DEIS encontramos distintas denominaciones vinculadas con la rehabilitación; las dos principales son “rehabilitación psicofísica” y “medicina física y rehabilitación”. Veremos a continuación cómo se distribuyen los establecimientos y las camas en estas dos categorías según cada provincia, y el peso que tienen en el sistema de salud provincial. Agregaremos además en las tablas otros datos que son secundarios para nuestro tema específico, pero que no obstante pueden ser relevantes cuando se amplía el foco para evaluar prácticas adyacentes a la internación en rehabilitación. Se trata de los establecimientos de rehabilitación sin internación, donde muchos pacientes continúan sus tratamientos una vez que se van de alta.

Tabla 9. Porcentaje camas y establecimientos de rehabilitación sobre total de camas y establecimientos en C.A.B.A.

CIUDAD DE BUENOS AIRES

ESPECIALIDAD	Nº de establecimientos	Nº de establecimientos con internación	Nº de camas
Medicina Física y rehabilitación	22	7	513
Rehabilitación Psicofísica	4	3	184
Total Parcial	26	10	697
Total General (todas las especialidades)	1666	172	21944

NOTA: fuente: elaboración propia en base a guía de establecimientos publicada por la Dirección de Estadística e Información de Salud.

La ciudad de Buenos Aires tenía en 2000 el 44,5 % de los establecimientos y el 58,7 % de las camas destinadas a rehabilitación relevadas por la Dirección de Estadísticas e Información de Salud. El promedio por establecimiento era de 69,7 camas, significativamente por encima del resto del país, lo cual indica que se trataba de establecimientos comparativamente grandes en cuanto a infraestructura, número de empleados, etc. Las camas de rehabilitación representaban el 3,18 % del total general de camas incluidas todas las especialidades y sus 10 establecimientos eran el 5,81 % de un total de 172. Visto que la población de la Capital Federal censada en 2001 fue de 2.776.138 personas⁴², habría contado con 1 cama de rehabilitación cada 3983 habitantes, o dicho de otro modo, 25,11 camas cada 100.000 habitantes.

Tabla 10. Porcentaje camas y establecimientos de rehabilitación sobre total de camas y establecimientos en Buenos Aires.

BUENOS AIRES

⁴²

Cf. http://www.indec.gov.ar/micro_sitios/webcenso/censo2001s2/ampliada_index.asp?mode=01 para los datos de población de 2001.

Especialidad	Nº de establecimientos	Nº de establecimientos con internación	Nº de camas
Medicina Física y rehabilitación	18	3	204
Rehabilitación Psicofísica	3	0	0
Total Parcial	21	3	204
Total General (todas las especialidades)	4896	811	51517

NOTA: fuente: elaboración propia en base a guía de establecimientos publicada por la Dirección de Estadística e Información de Salud.

La provincia de Buenos Aires tenía en 2000 el 13,6 % de los establecimientos y el 17,2 % de las camas de rehabilitación. El promedio por establecimiento era de 68 camas, similar al de Capital Federal. Sus 204 camas representaban el 0,4 % de un total general de 51.517 y los 3 establecimientos eran el 0,37 % del total de 811. La población en 2001 era de 13.827.203 personas, con lo cual habría contado con 1,48 camas cada 100.000 habitantes, menos de una quinceava parte de lo registrado en Capital Federal, y aproximadamente la mitad que el promedio nacional. Esta desproporción es mucho mayor que la que se advierte en el total general de camas, ya que la provincia tenía en 2001 3,73 camas cada 1.000 habitantes y la Capital Federal 7,90 camas cada 1.000 habitantes, siendo el promedio nacional de 4,22.

Tabla 11. Porcentaje camas y establecimientos de rehabilitación sobre total de camas y establecimientos en Córdoba.

CÓRDOBA			
ESPECIALIDAD	Nº de establecimientos	Nº de establecimientos con internación	Nº de camas

Medicina Física y rehabilitación	3	1	18
Rehabilitación Psicofísica	4	3	113
Total Parcial	7	4	131
Total General (todas las especialidades)	1763	584	17718

NOTA: fuente: elaboración propia en base a guía de establecimientos publicada por la Dirección de Estadística e Información de Salud.

La provincia de Córdoba tenía en 2000 el 18,2 % de los establecimientos y el 11 % de las camas de rehabilitación. El promedio por establecimiento era de 32,7 camas, menos de la mitad del de Capital Federal y Buenos Aires. Esto estaría indicando que al menos algunos de sus establecimientos serían de menor capacidad. Sus 131 camas representaban el 0,74 % del total general provincial de 17.718 y sus 4 establecimientos eran el 0,68 % de un total de 584. Su población en 2001 era de 3.066.801 personas, con lo cual habría contado con 4,27 camas cada 100.000 habitantes, la tercera del país, tras la ciudad de Buenos Aires y la provincia de Jujuy, aproximadamente un 30 % por encima del promedio del país.

Tabla 12. Porcentaje camas y establecimientos de rehabilitación sobre total de camas y establecimientos en Santa Fe.

SANTA FE			
ESPECIALIDAD	Nº de establecimientos	Nº de establecimientos con internación	Nº de camas
Medicina Física y rehabilitación	12	2	73
Rehabilitación Psicofísica	3	0	0
Total Parcial	15	2	73
Total General (todas las especialidades)	1868	356	11011

NOTA: fuente: elaboración propia en base a guía de establecimientos publicada por la Dirección de

La provincia de Santa Fe tenía en 2000 el 9,1 % de los establecimientos y el 6,1 % de las camas de rehabilitación. El promedio por establecimiento era de 36,5 camas, un poco por encima del promedio de Córdoba y de la mitad del promedio de Capital Federal y Buenos Aires. Nuevamente estaríamos frente a establecimientos de menor capacidad. Sus 73 camas representaban el 0,66 % del total general provincial y sus 2 establecimientos eran el 0,56 % de un total de 356. Su población en 2001 era de 3.000.701 personas, con lo cual habría contado con 2,43 camas cada 100.000 habitantes, aproximadamente un 26 % por debajo del promedio del país.

Tabla 13. Porcentaje camas y establecimientos de rehabilitación sobre total de camas y establecimientos en Mendoza.

MENDOZA			
ESPECIALIDAD	Nº de establecimientos	Nº de establecimientos con internación	Nº de camas
Medicina Física y rehabilitación	3	2	27
Rehabilitación Psicofísica	0	0	0
Total Parcial	3	2	27
Total General (todas las especialidades)	676	82	4142

NOTA: fuente: elaboración propia en base a guía de establecimientos publicada por la Dirección de Estadística e Información de Salud.

La provincia de Mendoza tenía en 2000 el 9,1 % de los establecimientos y el 2,3 % de las camas de rehabilitación. El promedio por establecimiento era de 13,5 camas, poco más de un tercio del promedio de Córdoba y poco menos de un quinto del de Capital Federal y Buenos Aires; son establecimientos significativamente más chicos. Sus 27 camas representaban el 0,65 % del total general provincial y sus 2 establecimientos eran el 2,44 % de un total de 82. Su población en 2001 era de

1.579.651 personas, con lo cual habría contado con 1,71 camas cada 100.000 habitantes, aproximadamente un 48 % por debajo del promedio del país.

Tabla 14. Porcentaje camas y establecimientos de rehabilitación sobre total de camas y establecimientos en Jujuy.

JUJUY			
ESPECIALIDAD	Nº de establecimientos	Nº de establecimientos con internación	Nº de camas
Medicina Física y rehabilitación	1	1	55
Rehabilitación Psicofísica			
Total Parcial	1	1	55
Total General (todas las especialidades)	394	271	2823

NOTA: fuente: elaboración propia en base a guía de establecimientos publicada por la Dirección de Estadística e Información de Salud.

La provincia de Jujuy tenía en 2000 el 4,5 % de los establecimientos y el 4,6 % de las camas de rehabilitación. Con un único establecimiento de 55 camas, el promedio –si tiene sentido decirlo– era de 55 camas, más que Córdoba y menos que Capital Federal y la provincia de Buenos Aires. Sus camas de rehabilitación representaban el 1,95 % del total general provincial de 2823 y ese establecimiento era el 0,37 % de un total de 271. Su población en 2001 era de 611.888 personas, con lo cual habría contado con 8,99 camas cada 100.000 habitantes, más del doble de Córdoba y segunda a nivel nacional luego de Capital Federal.

3.2. Distribución por dependencia

El relevamiento de la DEIS clasifica a los establecimientos según de quién dependan. Entre las que encontramos en el ámbito de la rehabilitación, hallamos “privado”, “municipal”, “provincial”, “nacional”, “ciudad autónoma de Buenos Aires, secretaría de salud”. No encontramos en cambio ningún establecimiento de rehabilitación dependiente de obra social, ni tampoco de carácter mixto, como en otras áreas.

Tabla 15. Distribución de establecimientos y camas de rehabilitación por dependencia, total provincias.

TODAS LAS PROVINCIAS			
ESPECIALIDAD	Nº de establecimientos	Nº de establecimientos con internación	Nº de camas
Medicina Física y Rehabilitación	73	22	1187
MUNICIPAL	5	1	38
PROVINCIAL	3	3	179
NACIONAL	1	1	76
PRIVADO	62	15	747
C.AUT.BS.AS.SECR.SALUD	2	2	147

NOTA: fuente: elaboración propia en base a guía de establecimientos publicada por la Dirección de Estadística e Información de Salud.

El 68 % de los establecimientos y el 63 % de las camas dependían del sector privado. El 14 % de los establecimientos y el 15 % de las camas dependían de las provincias. El 9 % de los establecimientos y el 12 % de las camas dependían de la secretaría de salud de la ciudad autónoma de Buenos Aires. El 5 % de los establecimientos y el 6 % de las camas dependían de la Nación, y el 5 % de los establecimientos y el 3 % de las camas dependían de municipios.

La presencia de los sectores público y privado varía según cada provincia. En la ciudad de Buenos Aires el 79 % de las camas son privadas, mientras que el 21 % depende de la secretaría de salud.

Tabla 16. Distribución de establecimientos y camas de rehabilitación por dependencia, C.A.B.A.

CIUDAD DE BUENOS AIRES			
ESPECIALIDAD	Nº de establecimientos	Nº de establecimientos con internación	Nº de camas
Medicina Física y Rehabilitación	26	10	697
MUNICIPAL	0	0	0
PROVINCIAL	0	0	0
NACIONAL	0	0	0
PRIVADO	24	8	550
C.AUT.BS.AS.SECR.SALUD	2	2	147

NOTA: fuente: elaboración propia en base a guía de establecimientos publicada por la Dirección de Estadística e Información de Salud.

En la provincia de Buenos Aires el 44 % de las camas son de la provincia, el 37 % son de la Nación y solamente el 19 % responden al sector privado.

Tabla 17. Distribución de establecimientos y camas de rehabilitación por dependencia, Buenos Aires.

BUENOS AIRES			
ESPECIALIDAD	Nº de establecimientos	Nº de establecimientos con internación	Nº de camas
Medicina Física y Rehabilitación	21	3	204
MUNICIPAL	4	0	0

PROVINCIAL	1	1	89
NACIONAL	1	1	76
PRIVADO	15	1	39
C.AUT.BS.AS.SECR.SALUD	0	0	0

NOTA: fuente: elaboración propia en base a guía de establecimientos publicada por la Dirección de Estadística e Información de Salud.

En la provincia de Córdoba el 100 % de las camas y de los establecimientos relevados en el estudio del año 2000 eran privados.

Tabla 18. Distribución de establecimientos y camas de rehabilitación por dependencia, Córdoba.

CORDOBA			
ESPECIALIDAD	Nº de establecimientos	Nº de establecimientos con internación	Nº de camas
Medicina Física y Rehabilitación	7	4	131
MUNICIPAL	0	0	0
PROVINCIAL	0	0	0
NACIONAL	0	0	0
PRIVADO	7	4	131
C.AUT.BS.AS.SECR.SALUD	0	0	0

NOTA: fuente: elaboración propia en base a guía de establecimientos publicada por la Dirección de Estadística e Información de Salud.

En la provincia de Santa Fe el 52 % de las camas tienen dependencia municipal y el 48 % provincial, siendo nulo el desarrollo relevado de la especialidad en el sector privado.

Tabla 19. Distribución de establecimientos y camas de rehabilitación por dependencia, Santa Fe.

SANTA FE			
ESPECIALIDAD	Nº de establecimientos	Nº de establecimientos con internación	Nº de camas
Medicina Física y Rehabilitación	15	2	73
MUNICIPAL	1	1	38
PROVINCIAL	1	1	35
NACIONAL	0	0	0
PRIVADO	13	0	0
C.AUT.BS.AS.SECR.SALUD	0	0	0

NOTA: fuente: elaboración propia en base a guía de establecimientos publicada por la Dirección de Estadística e Información de Salud.

En la provincia de Jujuy el 100 % de las camas responde al orden provincial.

Tabla 20. Distribución de establecimientos y camas de rehabilitación por dependencia, Jujuy.

JUJUY			
ESPECIALIDAD	Nº de establecimientos	Nº de establecimientos con internación	Nº de camas
Medicina Física y Rehabilitación	1	1	55
MUNICIPAL	0	0	0
PROVINCIAL	1	1	55
NACIONAL	0	0	0

PRIVADO	0	0	0
C.AUT.BS.AS.SECR.SALUD	0	0	0

NOTA: fuente: elaboración propia en base a guía de establecimientos publicada por la Dirección de Estadística e Información de Salud.

Mientras que en la provincia de Mendoza el 100 % de las camas responden al sector privado.

Tabla 21. Distribución de establecimientos y camas de rehabilitación por dependencia, Mendoza.

MENDOZA			
ESPECIALIDAD	Nº de establecimientos	Nº de establecimientos con internación	Nº de camas
Medicina Física y Rehabilitación	3	2	27
MUNICIPAL	0	0	0
PROVINCIAL	0	0	0
NACIONAL	0	0	0
PRIVADO	3	2	27
C.AUT.BS.AS.SECR.SALUD	0	0	0

NOTA: fuente: elaboración propia en base a guía de establecimientos publicada por la Dirección de Estadística e Información de Salud.

Esta breve descripción de la infraestructura del sector Rehabilitación existente al año 2000 en la República Argentina y su contraste con la del total nacional nos ofrece una referencia para proyectar el impacto que la normativa discutida en 2012 iba a tener sobre el sistema de salud tal como se manifestaba en ese momento. Como se puede observar, la normativa afectaba a menos del 1 % de

las camas del país⁴³. Esto significaría –asumiendo que todos los sectores tuvieran la misma dotación– que si la nueva normativa establecía que para asistir a los pacientes de esas camas el número de enfermeros debía duplicarse, esto afectaría sólo un 1 % el número total de enfermeros requeridos por el sistema de salud, y si establecía que debía triplicarse, el impacto general sería del 2 %.

La primera conclusión, en definitiva, es que fuere cual fuere el acuerdo alcanzado, dada la escasa presencia del sector Rehabilitación en el total del sistema de salud, el incremento en la demanda de recursos humanos de enfermería para ese sector no significaría un impacto sustancial en el nada holgado panorama nacional. Con lo cual la gravedad que el sector Rehabilitación pudiera asignarle a la normativa en discusión no era percibida por otros miembros del sector privado del sistema de salud también representados por la cámara –aún si para la zona Capital Federal, cuya relevancia en la negociación ya hemos señalado, un incremento del 100 % en el recurso humano necesario para la atención del 3,18 % de sus camas totales implicaba un incremento total del recurso humano de enfermería en esa zona del 3,18 %, y un incremento del 200 % hubiera supuesto un incremento del 6,36 %, lo cual dejaría de ser irrelevante.

Por otra parte, esta presentación evidencia la distribución geográfica desigual del sector, con una preponderancia indiscutida de la Capital Federal, donde se encontraban en el año 2000 casi el 60 % de las camas, seguida por Buenos Aires y Córdoba, que en conjunto poseían casi otro 30 %. Dentro de ese universo, en Capital Federal y Buenos Aires en promedio el número de camas por establecimiento es más elevado, lo cual nos permite inferir que allí se despliega una organización más compleja de los recursos humanos, las bases sindicales, la infraestructura, etc.

Seguramente que este desarrollo en cantidad y tamaño de las instituciones estaba acompañado por una mayor organización de los trabajadores que allí se desempeñaban y una creciente representatividad e influencia de los delegados del sector Rehabilitación al interior de las organizaciones sindicales. En efecto, los enfermeros y delegados de algunas instituciones de rehabilitación de Capital

⁴³ Si bien ha pasado más de una década entre el relevamiento de estos datos y la fecha de la normativa, obsérvese que si el crecimiento del sector Rehabilitación en ese tiempo hubiese sido 3 veces superior al del promedio del sistema de salud, aún así las camas de rehabilitación serían menos del 2,5 % del total.

Federal lograron promover e instalar dentro y fuera del sindicato las peticiones que culminaron en el acuerdo paritario.

Los datos presentados nos permiten dimensionar, por último, la representatividad de uno de los actores principales de la negociación paritaria, la cámara del sector privado, que en conjunto podría conjeturarse que aglutina –de manera explícita o implícita y con sus tensiones internas– intereses del 63 % de las camas del sector, pero cuyo vínculo más estrecho con los establecimientos de Capital Federal, área con un peso relativo indiscutidamente superior al de las provincias, reduciría esa base a poco menos del 50 %.

CAPÍTULO 4

DESARROLLO DE LA ENFERMERÍA EN ARGENTINA

La práctica de enfermería avanza a través de las décadas enfrentando constantes desafíos. Aunque ha habido mejoras, algunos de gran importancia persisten en el presente. Entre ellos se destaca la crónica escasez de enfermeros, el déficit en la formación de muchos de ellos –sumada a la ausencia de una división técnica del trabajo que refleje las variadas capacidades entre licenciados, técnicos profesionales, auxiliares y asistentes ‘empíricos’– y la falta de autonomía de la práctica para reflexionar acerca de su propio devenir en trabajos de investigación que, junto con la docencia, sirvan de fundamento y desarrollo del trabajo asistencial.

La descripción de los recursos de enfermería de la Argentina aporta otro elemento necesario para comprender el contexto en el cual el sindicato y las cámaras privadas acordaron en 2012 un incremento del 124 % en la dotación exigida de enfermería para asistir pacientes de rehabilitación. En este capítulo vamos a presentar el panorama de la práctica de enfermería desde las problemáticas de la escasez del recurso humano y del nivel técnico de formación⁴⁴. Los dos primeros apartados estarán dedicados a exponer estos aspectos. El análisis dejará en evidencia que aún hay un largo camino por recorrer en estos ámbitos.

En el último apartado veremos la participación de la enfermería en el conjunto de las especialidades en ciencias de la salud y el modesto rol de la rehabilitación en ese contexto. Si bien el Ministerio de Salud en su resolución 47/2001 considera exigible que los establecimientos de rehabilitación de alto nivel de riesgo cuenten con enfermería especializada en rehabilitación, la rehabilitación

⁴⁴ Si bien como veremos distintas naciones han alcanzado resultados dispares frente a estos desafíos, no se trata de un problema exclusivamente argentino. Un comité experto en enfermería de la OMS indicaba en 1966 que “las enfermeras se enfrentan con el doble problema que representa satisfacer esas legítimas aspiraciones de aumento cuantitativo y seguir mejorando al mismo tiempo la calidad del servicio.” Cf. “Comité de expertos de la OMS en enfermería”, en Organización Mundial de la salud, Serie de informes técnicos n° 347, 1966, p. 9.

no ha sido reconocida al día de hoy como una especialidad. Con ello podremos visualizar el modo en que dos problemáticas generales de la enfermería se expresan en el ámbito específico del sector bajo estudio en este trabajo.

4.1. El Recurso Humano de Enfermería y el problema de la escasez

No siempre ha sido fácil cuantificar la cantidad de enfermeros que trabajan en la Argentina⁴⁵. Esto obstaculiza la construcción de una imagen exacta de la evolución de la problemática vinculada a la falta de recurso humano en esta actividad. El hecho de que las entidades formadoras no otorgaran títulos equivalentes en su contenido ni en su denominación dificultaba la clasificación del nivel técnico de quienes ejercen prácticas propias de la enfermería. Además, hasta entrado el nuevo milenio no existían mecanismos fiables que garantizaran la fidelidad de los datos obtenidos, que evitaran duplicar individuos con doble matrícula u contabilizaran los trabajadores empíricos en áreas menos visibles del sistema de salud.

No obstante, cuando se observan los registros disponibles sobre la evolución de la cantidad de enfermeros a nivel nacional y se tiene en cuenta que la carrera de enfermería se incorpora a la Universidad de Córdoba en 1956 y a la de Buenos Aires en 1960, se advierte que el problema de su relativa escasez se arrastra prácticamente desde sus inicios.

Tabla 22. Evolución de la cantidad de enfermeros en Argentina (1969-2013).

	1969	1979	1988	1989	1994	2004	2005	2013
Cantidad de enfermeros	40.227	64.691	64.309	71.300	85.000	71.474	81.250	179.175

NOTA: fuente: elaboración propia en base a información O.P.S. y otros.

⁴⁵ Para un resumen de los múltiples problemas que se presentaban en 2005 a la hora de estimar la cantidad de enfermeros, cf. "Bases para un plan de desarrollo de Recursos Humanos en Salud", O.P.S. y Ministerio de Salud de La Nación Argentina, 2005, p. 15-17.

Es importante destacar que estos datos provienen de fuentes distintas que han utilizado metodologías diversas para recopilarlos⁴⁶. Los datos de 1969, 1979, 1988, 1989 y 1994 provienen de "Desarrollo de Enfermería en Argentina 1985-1995", publicado por la Organización Panamericana de la Salud⁴⁷. Ese texto, a su vez, refiere a "Canaresa 1980" –citado de este modo– para los datos de 1969 y 1979, mientras que los datos de 1988 son "estimaciones inferidas del Estudio de Servicios y Escuelas de Enfermería de la Dirección Nacional de Recursos Humanos y OPS/OMS", y los datos de 1989 y 1994 provienen de un "Análisis de Situación y Plan de Desarrollo de Enfermería de las Provincias Argentinas 1989-1994".

Los datos de 2004 son proyecciones que provienen del censo 2001, en el cual se contaron 12.614 enfermeros con título universitario. Como es sabido, este censo sólo relevó aquellas personas que completaron las carreras universitarias de enfermería; si bien el formulario contemplaba la pregunta para el nivel terciario, no proponía consignar el nombre de la carrera, lo cual impidió conocer el número para enfermería. Esto supone una limitación crítica en una categoría clave dada la cantidad de enfermeros con grados de formación no universitaria⁴⁸. El número de enfermeros no universitarios –auxiliares y empíricos– de 2004 es informado por O.P.S.⁴⁹.

Los datos de 2005 fueron aportados a la O.P.S. por la Dirección Nacional de Políticas y Recursos Humanos del Ministerio de Salud de La Nación⁵⁰. La diferencia con las estimaciones de 2004 salta a la vista.

Otra fuente relevante es el relevamiento realizado en 1998-2000 por la Dirección de Estadísticas e indicadores de Salud del Ministerio de Salud de la Nación⁵¹. Allí se registró un total de 58.482 cargos de Enfermería. Si como se afirma, la relación fuera de aproximadamente 1,7 cargos por persona, los cargos

⁴⁶ No se ha podido consultar estas fuentes para ver su metodología.

⁴⁷ Cf. "Desarrollo de Enfermería en Argentina 1985-1995", O.P.S., 1995, p. 34.

⁴⁸ Cf. Abramzón, M. (2005). "Argentina: Recursos Humanos en Salud en 2004", O.P.S., p. 33-43.

⁴⁹ Cf. "Bases para un plan de desarrollo de Recursos Humanos en Salud", O.P.S. y Ministerio de Salud de La Nación Argentina, 2005, p. 40.

⁵⁰ Cf. "Bases para un plan de desarrollo de Recursos Humanos en Salud", O.P.S. y Ministerio de Salud de La Nación Argentina, 2005, p. 23.

⁵¹ Cf. "Bases para un plan de desarrollo de Recursos Humanos en Salud", O.P.S. y Ministerio de Salud de La Nación Argentina, 2005, p. 41-2.

registrados para enfermería representarían en el momento del relevamiento aproximadamente 34.402 personas.

Las estadísticas sanitarias de la Organización Mundial de la Salud, por su parte, registran 29.000 enfermeros en la Argentina en 1998 y replican ese número en sus informes de 2007, 2008 y 2009. En los informes de 2010 y 2011 ese número desciende a 18.685, para luego dejar de ser informado⁵².

En suma, la variedad de fuentes, la ausencia de metodologías explícitas de trabajo y la disparidad de algunos resultados exigen cautela en el uso de esta valiosa evidencia, de la cual no se puede concluir sino tentativamente cuál ha sido la evolución del recurso humano de enfermería en Argentina durante la segunda mitad del siglo XX.

No se trata solamente de fallas o carencias en el método utilizado para obtener los datos, sino de limitaciones que enfrenta el intento de caracterizar una actividad mientras atraviesa un proceso de transformación, necesariamente duradero, en el curso del cual se suceden diversos modos de estratificar e institucionalizar los niveles de formación de quienes practican esa actividad, sumado al hecho de que debido al carácter no siempre virtuoso del federalismo argentino, cada región ajusta este proceso de profesionalización a su realidad local.

En este contexto, la creación en 2007⁵³ del Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud y la firma de convenios con todas las provincias en 2008 para la creación de una Red Federal de Registro de Profesionales de la Salud (REFEPS), significaron un avance importante en la calidad de la información, al adoptar una matriz mínima de datos como ficha básica de registro de los profesionales en el Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SIISA). Ya con este marco en vigencia, los datos de 2013 provienen del Ministerio de Salud de la Nación, en base a datos aportados por la Dirección Nacional de Regulación Sanitaria y Calidad en Servicio de Salud, en base al REFEPS⁵⁴. Comparemos ahora la cantidad de enfermeros con la población en cada momento respectivo.

⁵² Cf. "Estadísticas Sanitarias Mundiales", Organización Mundial de la Salud, informes 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013 y 2014.

⁵³ Cf. Resolución 1343/2007 del Ministerio de Salud de la Nación Argentina.

⁵⁴ Cf. "Los Recursos Humanos en Salud en la Argentina", Ministerio de Salud de la Nación, 2015, p. 14.

Tabla 23. Evolución cantidad de enfermeros cada 10.000 habitantes.

	1969	1979	1988	1989	1994	2004	2005	2013
Cantidad de enfermeros	40.227	64.691	64.309	71.300	85.000	71.474	81.250	179.175
Población	23.600.177	27.674.632	31.673.154	32.129.676	34.353.066	38.226.051	38.592.150	41.660.417
Enfermeros cada 10.000 habitantes	17	23,4	20,3	22,2	24,7	18,7	21,1	43

NOTA: fuente: elaboración propia en base a información O.P.S. y datos de población INDEC.⁵⁵

La cantidad de enfermeros por habitante se habría incrementado notablemente en la última década (2004-2013, *cf.* tabla 23). No existe, por otra parte, información oficial actualizada respecto de la cantidad actual de camas disponibles. Los datos recientes de la presentación de Indicadores Básicos del Ministerio de Salud junto con O.M.S. y O.P.S. todavía refieren a las cantidades de 2001 que aparecieron por primera vez en los Indicadores Básicos publicados en 2003. No obstante, las fuentes que nutren el informe anual de la O.M.S. sostienen que la relación habría sido de 4,5 cada 1.000 habitantes para 2011-2013 y 4,7 para 2014⁵⁶. Si tomamos 4,7 y lo proyectamos sobre 2013, la relación entre enfermeros y camas disponibles también se habría incrementado sensiblemente en esa década, no así la cantidad de camas por habitante.

Tabla 24. Relación enfermeros, camas disponibles y población total. Comparación 2004-2013.

	2004	2013
Enfermeros	71.474	179.175

⁵⁵ Para los datos de población *cf.* "Estimaciones y proyecciones de población. Total país. 1950-2015", INDEC, serie análisis demográfico nº 30, 2005.

⁵⁶ *Cf.* "Estadísticas Sanitarias Mundiales", Organización Mundial de la Salud, informes 2012, 2013 y 2014.

Camas disponibles	153.065	198.354
Población	38.226.051	41.660.417
Enfermeros / camas disponibles	0,47	0,90
Enfermeros / población (10.000 hab.)	18,7	43
Camas disponibles / población (10.000 hab.)	40	47,6

NOTA: fuente: elaboración propia en base a información O.P.S., DEIS e INDEC.⁵⁷

Más allá del problema de la calidad de los datos previos a la creación del Observatorio de Recursos Humanos en Salud, se advierte un claro incremento en la cantidad de enfermeros entre 2005 y 2013, que no obstante no es suficiente para superar el problema de su crónica escasez. Sabemos que según los datos del Observatorio, en 2013 había 179.175 enfermeros para una población de 41.660.417. Esto equivale a 43 enfermeros por 10.000 habitantes. En la siguiente tabla con información volcada por la Organización Mundial de la Salud en su informe 2013⁵⁸, vemos que los países considerados desarrollados tienen una densidad de enfermeros más alta, como así también países de América del Sur como Uruguay o Brasil. Cabe reiterar que en ese informe no consta el dato de la cantidad de enfermeros de la Argentina, que nosotros hemos extraído del Ministerio de Salud Argentino.

⁵⁷ Para datos de población 2013, Cf. "Estimaciones y proyecciones de Población 2010-2040", Buenos Aires, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2013, p. 28.

⁵⁸ Cf. "Estadísticas Sanitarias Mundiales", O.M.S., 2013, p. 120-129. Esta información debería ser contrastada con la de los propios países, pues en algunos casos podría estar afectada por cuestiones metodológicas que tergiversen las realidades locales. Parece ser el caso de la Argentina en los informes de los años 2007 a 2011, donde se indica que habría en la Argentina 29.000 en 1998 y 18.685 enfermeros en el período 2000-2010. En los informes posteriores (2012, 2013 y 2014) no se indica el número de enfermeros que habría en la Argentina.

Tabla 25. Cantidad de enfermeros y camas cada 10.000 habitantes. Argentina y otros países.

2005-2012	enfermeros por 10.000 habitantes	camas hospitalarias cada 10.000 habitantes
Alemania	113,8	82
Argentina	43	45
Australia	95,9	39
Brasil	64,2	23
Canada	104,3	32
Chile	1,4	20
China	15,1	39
Cuba	90,5	51
Estados Unidos	98,2	30
Francia	93	66
Gran Bretaña	94,7	30
Noruega	319,3	33
Suiza	174,9	50
Uruguay	55,5	30
Región de África	9,1	S/D
Región de las Américas	71,5	24
Región de Asia suroriental	9,9	11
Región de Europa	84,2	60
Región del Mediterráneo Oriental	15,9	12
Región del pacífico occidental	19,5	44
MÁXIMO	319,3	165

MÍNIMO	1,1	1
MEDIANA	33,2	27

NOTA: fuente: O.M.S.

Si tomamos como referencia el promedio europeo de 84,2 cada 10.000 habitantes advertimos que en Argentina todavía faltaría duplicar la cantidad de enfermeros. A su vez, la proporción en esa región es de 1,4 enfermeros por cama hospitalaria, mientras que en Argentina es de 0,96, lo cual vuelve más acuciante la falta de enfermería para asistir esas camas.

Este panorama difiere según la provincia bajo estudio. La siguiente tabla muestra la relación entre cantidad de enfermeros matriculados y población en cada provincia de la Argentina. El promedio nacional sería de 5,3 matrículas de enfermería cada 1000 habitantes, o dicho de otro modo, de 188 habitantes por enfermero, sin olvidar que hay casos de doble matriculación, con lo cual esto no expresa una proporción entre población y cantidad de enfermeros.

Tabla 26. Cantidad de enfermeros matriculados cada 10.000 habitantes por provincia.

Provincia	Enfermeros matriculados 2013	Población 2010	Población 2013	Habitantes por matr. de enfermería	matr. de enfermería c/10.000 habitantes
Buenos Aires	60.171	15.481.752	16.023.613	266	38
Catamarca	1.344	362.534	375.223	279	36
Chaco	6.226	1.047.853	1.084.528	174	57
Chubut	2.536	497.969	515.398	203	49
Ciudad de Buenos Aires	70.706	2.827.535	2.926.499	41	242
Córdoba	9.073	3.258.534	3.372.583	372	27
Corrientes	5.526	985.404	1.019.893	185	54
Entre Ríos	5.440	1.222.585	1.265.375	233	43

Formosa	1.429	526.996	545.441	382	26
Jujuy	2.412	666.480	689.807	286	35
La Pampa	1.849	314.749	325.765	176	57
La Rioja	1.129	331.174	342.765	304	33
Mendoza	9.102	1.720.870	1.781.100	196	51
Misiones	2.584	1.091.733	1.129.944	437	23
Neuquén	3.578	541.984	560.953	157	64
Río Negro	4.841	626.142	648.057	134	75
Salta	3.625	1.202.595	1.244.686	343	29
San Juan	2.781	673.335	696.902	251	40
San Luis	1.589	428.486	443.483	279	36
Santa Cruz	2.405	264.919	274.191	114	88
Santa Fe	7.131	3.165.670	3.276.468	459	22
Santiago del Estero	5.643	868.355	898.747	159	63
Tierra del Fuego	757	124.048	128.390	170	59
Tucumán	6.897	1.440.818	1.491.247	216	46
Total	218.774	39.672.520	41.061.058	188	53

NOTA: fuente: elaboración propia en base a datos del Ministerio de Salud de la Nación Argentina e Indec.⁵⁹

Las principales provincias de la Argentina, exceptuada la Ciudad de Buenos Aires, evidencian una densidad de enfermeros por debajo del promedio nacional. La desproporción entre ésta y aquéllas es sorprendente, aunque hay que recordar nuevamente el factor de la doble matriculación. La Ciudad de Buenos Aires tiene

⁵⁹ La población en 2013 está calculada multiplicando la población de 2010 por 1,035. Para los datos de la población por provincia en 2010, cf. http://www.indec.gov.ar/nivel4_default.asp?id_tema_1=2&id_tema_2=41&id_tema_3=135

242 matrículas de enfermería cada 10.000 habitantes, mientras que Buenos Aires tiene 38, Córdoba 27 y Santa Fe 22.

La siguiente tabla muestra la cantidad de matrículas por cama por provincia. La cantidad de camas de 2013 está calculada proyectando sobre la población de 2013 la relación entre camas y población de 2001, bajo el supuesto –seguramente falso– de que esa relación no se ha modificado en ninguna provincia. No obstante, permite ver que la desproporción que observábamos antes entre la Ciudad de Buenos Aires y las principales provincias también se da aquí, aunque no en la misma magnitud. Esto se debe a que el número de camas cada 10.000 habitantes en la Ciudad es mucho más alto que en las provincias.

Tabla 27. Cantidad de enfermeros matriculados por cama.

Provincia	enfermeros matriculados 2013	cantidad de camas 2013	matrículas por cama
Buenos Aires	60.171	59.700	1,01
Catamarca	1.344	1.649	0,82
Chaco	6.226	3.897	1,60
Chubut	2.536	2.679	0,95
Ciudad de Buenos Aires	70.706	23.133	3,06
Córdoba	9.073	19.485	0,47
Corrientes	5.526	3.862	1,43
Entre Ríos	5.440	7.376	0,74
Formosa	1.429	1.883	0,76
Jujuy	2.412	3.182	0,76
La Pampa	1.849	1.283	1,44
La Rioja	1.129	1.489	0,76
Mendoza	9.102	4.670	1,95
Misiones	2.584	3.657	0,71

Neuquén	3.578	1.964	1,82
Río Negro	4.841	2.262	2,14
Salta	3.625	4.389	0,83
San Juan	2.781	1.958	1,42
San Luis	1.589	1.468	1,08
Santa Cruz	2.405	1.449	1,66
Santa Fe	7.131	12.023	0,59
Santiago del Estero	5.643	3.388	1,67
Tierra del Fuego	757	363	2,08
Tucumán	6.897	5.036	1,37
Total	218.774	173.331	1,26

NOTA: fuente: elaboración propia en base a datos del Ministerio de Salud de la Nación Argentina.

En resumen, si bien la situación varía según cada región, en general el recurso humano de enfermería sigue siendo insuficiente. La Ciudad de Buenos Aires en particular, región que merece atención especial ya que allí se encontraban algunos de los principales actores de la negociación paritaria bajo estudio, manifiesta una notable excepción, con casi 10 veces más enfermeros por habitante que Buenos Aires o Córdoba, y más del triple de enfermeros por cama que cualquiera de ellas.

4.2. Niveles de formación en Enfermería

Veremos a continuación que la formación técnica de quienes ejercen la enfermería en Argentina aún no es la deseada, aunque también en este aspecto parece haber habido mejoras importantes. Abrir los totales según nivel de

formación nos permitirá conocer la evolución de esta problemática a lo largo de las décadas.

Como es sabido, en la Argentina los estudios formales en enfermería se dividen entre el pregrado, de entre 9 meses y 3 años de duración, que otorga los títulos de enfermero auxiliar y enfermero universitario o profesional respectivamente, y un título de grado, de 5 años de duración, a través del cual se obtiene la licenciatura. Existen también algunas instancias de posgrado, especialidades, maestrías y doctorados, aunque su matrícula es todavía baja.

Tabla 28. Evolución del nivel de formación del recurso humano de enfermería.

Nivel de formación	1969	1979	1988	1989	1994	2004	2005	2013
Licenciados	357	286	383	500	1.000	14.474	3.739	19.729
Profesionales	14.114	16.090	17.118	19.800	25.000		21.789	73.373
Auxiliares	8.862	24.746	21.820	26.000	49.000	57.000	55.722	86.073
Empíricos	16.894	23.569	24.988	25.000	10.000			
Total	40.227	64.691	64.309	71.300	85.000	71.474	81.250	179.175

NOTA: fuente: elaboración propia en base a información O.P.S. y otros.

Los enfermeros empíricos representaban en 1969 el 41,9 % del total, los auxiliares el 22 %, los profesionales el 35 %, y los licenciados el 0,9%. En 1989, los empíricos representaban el 35 %, los auxiliares el 36 %, los profesionales el 28 % y los licenciados el 0,7%. Entre 1989 y 2004 se observa una franca disminución de los empíricos, que pasan a representar apenas el 10,7 %, junto con un crecimiento marcado de los auxiliares, el primer nivel de formación institucionalizado, que pasan a representar más de la mitad del total de enfermeros del país. En 2005 los empíricos han quedado fuera de la estimación, los auxiliares representan el 69 %, los profesionales el 27 % y los licenciados el 5 %. La decisión de no representar a

los empíricos –que sin duda siguen trabajando en el sistema de salud– es síntoma de un cambio en el modo en que se percibe y se configura la relación entre la actividad y la ‘profesión’ de enfermería. En 2013 los auxiliares han pasado al 48 %, los profesionales al 41 % y los licenciados al 11 %, siendo por primera vez estas dos categorías en conjunto mayoritarias.

Parece haber, por un lado, una disminución de los enfermeros empíricos en la década del 90, si bien no se cuenta con información posterior a 1994. Por otro lado, el conjunto de los enfermeros empíricos y auxiliares no disminuye hasta por lo menos después de 2005, ya que en 1969 representaban el 63,9 % y en 2005 el 68 %. La cantidad de enfermeros profesionales se incrementa progresivamente – excepto por el dato de 2004, que como vimos proviene en parte del censo 2001– y se acelera significativamente entre 2005 y 2013⁶⁰. A su vez, entre 2007-2013, la cantidad de egresados en tecnicaturas y licenciaturas se incrementa un 70 % y la cantidad de inscriptos también evidencia una tendencia sostenida ascendente⁶¹.

A pesar de la mejoría que se observa, aproximadamente la mitad de los enfermeros no tenía título profesional al momento en que se discutía la normativa que iba a modificar la actividad en rehabilitación⁶². Al día de hoy no existe, por otra parte, división técnica del trabajo entre auxiliares y profesionales. Esta situación era percibida por miembros representantes de las bases sindicales en algunas instituciones como una limitación para lograr que sus propios colegas comprendieran y acompañaran con mayor ímpetu la propuesta que promovían para el sector⁶³.

No obstante, el panorama varía según región; en muchas provincias todavía se evidencia una prevalencia de los auxiliares por sobre el resto, mientras que en otras esto se ha revertido. La siguiente tabla expresa la cantidad de matriculados en cada nivel de formación en cada provincia.

⁶⁰ Una de las estrategias –tal vez polémica– para favorecer este proceso parece haber sido la de ofrecer a los estudiantes la posibilidad de terminar sus estudios secundarios de manera acelerada en la institución en la que se inscribían para cursar sus estudios profesionales de enfermería, en vez de exigir que el título de secundario completo hubiera sido obtenido previamente.

⁶¹ Cf. "Los Recursos Humanos en Salud en la Argentina", Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud, Ministerio de Salud de la Nación, 2015, p. 17.

⁶² Se trata aquí de un promedio nacional; la proporción obviamente variaba de una institución a otra.

⁶³ Referido por una delegada de una institución de rehabilitación en funciones en 2012.

Tabla 29. Nivel de formación de enfermeros matriculados por provincia, 2013.

Enfermeros matriculados por provincia según nivel de formación 2013							
Provincia	auxiliar	%	profesional	%	licenciado	%	total
Buenos Aires	36605	61%	18858	31%	4708	8%	60171
Catamarca	1102	82%	181	13%	61	5%	1344
Chaco	4796	77%	1215	20%	215	3%	6226
Chubut	1132	45%	1253	49%	151	6%	2536
Ciudad de Buenos Aires	26216	37%	34526	49%	9964	14%	70706
Córdoba	2001	22%	5979	66%	1093	12%	9073
Corrientes	4213	76%	1149	21%	164	3%	5526
Entre Ríos	1727	32%	3310	61%	403	7%	5440
Formosa	606	42%	690	48%	133	9%	1429
Jujuy	906	38%	1140	47%	366	15%	2412
La Pampa	1223	66%	539	29%	87	5%	1849
La Rioja	467	41%	604	53%	58	5%	1129
Mendoza	3411	37%	4382	48%	1309	14%	9102
Misiones	1444	56%	971	38%	169	7%	2584
Neuquén	1086	30%	1749	49%	743	21%	3578

Río Negro	3125	65%	1286	27%	430	9%	4841
Salta	794	22%	2229	61%	602	17%	3625
San Juan	1597	57%	803	29%	381	14%	2781
San Luis	962	61%	514	32%	113	7%	1589
Santa Cruz	1207	50%	1041	43%	157	7%	2405
Santa Fe	789	11%	5554	78%	788	11%	7131
Santiago del Estero	5449	97%	132	2%	62	1%	5643
Tierra del Fuego	186	25%	486	64%	85	11%	757
Tucumán	3946	57%	2647	38%	304	4%	6897
Total	104990	48%	91238	42%	22546	10%	218774

NOTA: fuente: Ministerio de Salud de la Nación Argentina.⁶⁴

Más de la mitad de los enfermeros del país –si aceptamos no representar a los empíricos– son profesionales. Lo mismo ocurre en las provincias de Santa Fe, Córdoba, Entre Ríos, La Rioja, Salta y Tierra del Fuego, mientras que otras regiones como Capital Federal, Chubut, Formosa, Jujuy, Mendoza, Neuquén están apenas un par de puntos debajo de esa cifra. En Catamarca, Chaco, Corrientes y Santiago del Estero, en cambio, más del 75 % de los enfermeros siguen siendo auxiliares.

⁶⁴ Cf. *La Gestión de Recursos Humanos de Salud en la Argentina. Una estrategia de consensos. 2007-2015*. Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2015, p. 119-121.

4.3. Las especialidades de Enfermería y la Rehabilitación

Las especialidades y el doctorado conforman los grados más altos de formación en la disciplina de enfermería. Como su nombre lo indica, su existencia es importante para el desarrollo de las áreas específicas, donde se despliega un conocimiento que sobrepasa el denominador común de la actividad, que por su generalidad no ahonda en problemáticas y técnicas de áreas particulares.

Veremos a continuación que la enfermería todavía tiene un largo camino por delante en este terreno. En el caso particular de la rehabilitación, a pesar de que en su resolución 47/2001 el Ministerio de Salud reconoce la importancia de esta especialidad al considerar que la presencia de enfermería especializada en esta área es una condición exigible de los establecimientos de nivel de riesgo alto, hasta la actualidad no se ha avanzado en el reconocimiento de una carrera de especialidad en enfermería de rehabilitación ni tampoco en la formación de esos enfermeros especializados a través de residencias. En 2014 había solamente 1 residente activo de rehabilitación en el Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur, en la ciudad de Mar del Plata, formándose en una especialidad no reconocida por el Ministerio del cual depende.

En el año 2012, 164 de los títulos de especialidades en salud eran de medicina y 149 de otras carreras⁶⁵. Las especialidades de medicina concentraban 12.861 alumnos, las de psicología 2.919, las de odontología 2.097 alumnos, las especialidades paramédicas y auxiliares de la medicina tenían 1.120, las de bioquímica y farmacia 867, las de salud pública 299 y las de sanidad 56.

De los 1.120 alumnos de especialidades paramédicas y afines, solamente 196 eran estudiantes de especialidades de enfermería; 111 de éstos se especializaban en enfermería en cuidados críticos en la Universidad de Favaloro, 65 en enfermería neonatal en la Universidad Austral, 10 en enfermería familiar y comunitaria en la Universidad Nacional de Córdoba, y 10 en enfermería del trabajo en la Universidad Nacional de Rosario.

La siguiente tabla enumera las especialidades de enfermería reconocidas por la resolución 199/2011 del Ministerio de Salud.

⁶⁵ Cf. Duré, Isabel. "Enfermería en Argentina 2015", disponible en http://www.msal.gob.ar/observatorio/images/stories/documentos_fuerza_trabajo/15_06_2015_formacin%20y%20especialidades_dure.pdf

Tabla 30. Especialidades de enfermería reconocidas.

ESPECIALIDADES DE ENFERMERÍA RECONOCIDAS (resolución MSAL 199/2011)
Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría
Enfermería en Salud del Adulto
Enfermería en Salud del Anciano
Enfermería en Salud Materno Infantil y del adolescente
Enfermería del Paciente Crítico: Neonatal, Pediátrico y Adulto
Enfermería en Cuidados Paliativos

NOTA: fuente: Ministerio de Salud de la Nación Argentina.

Esta otra tabla enumera las especialidades existentes de enfermería no reconocidas por el Ministerio de Salud de la Nación. En la lista hallamos la especialidad de rehabilitación.

Tabla 31. Especialidades de enfermería no reconocidas.

ESPECIALIDADES DE ENFERMERÍA NO RECONOCIDAS
Enfermería
Enfermería Clínica Médica
Enfermería Clínica y Familia
Enfermería Comunitaria
Enfermería Cuidados Críticos Neonatales
Enfermería Cuidados Críticos Pediátricos
Enfermería en control de Infecciones
Enfermería en Cuidados Críticos del Adulto

Enfermería en Cuidados Críticos Pediátricos y Neonatales
Enfermería en Emergencias y C
Enfermería en Neonatología
Enfermería en perinatología
Enfermería en Rehabilitación
Enfermería en Salud Familiar y Comunitaria
Enfermería en Salud Pública
Enfermería general y familiar
Enfermería Hematoncológica
Enfermería Oncológica
Enfermería Pediátrica
Enfermería Profesional en cuidados críticos del adulto
Enfermería Profesional en Emergentología
Enfermería Quirúrgica
Enfermería UTI Adultos

NOTA: fuente: Duré, Isabel. "Comisión Nacional de Enfermería. Formación y especialidades". Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional, encuentro de la comisión consultiva de enfermería del 10 de junio de 2015.⁶⁶

En cuanto a las residencias, en el año 2014 se ofertaron 6.380 cargos distribuidos en 2.875 sedes. 59 % del financiamiento era provincial, 18 % privado, 13 % nacional, 8 % respondía a otras dependencias públicas y el 2 % restante era de la seguridad social. De las 6.380 residencias ofrecidas, 5.252 eran para especialidades médicas y las restantes 1.128 se repartían en otras especialidades, de las cuales 213 eran de enfermería. Estas residencias estaban distribuidas en 77 sedes.

⁶⁶ Cf. Duré, Isabel. (2015). Comisión Nacional de Enfermería. Formación y especialidades. Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional, encuentro de la comisión consultiva de enfermería del 10 de junio de 2015. Disponible en <http://www.msal.gob.ar/observatorio/index.php/fuerza-de-trabajo/fuerza-de-trabajo/74-indicadores-de-rhus>

De las 2.875 sedes de residencias, 425 no estaban reconocidas por el Ministerio de Salud de la Nación⁶⁷. Entre las sedes que ofrecían residencias de enfermería, solamente 22 estaban reconocidas en 2014, año en el que hubieron 33 residentes activos, 24 de los cuales se dedicaban a cuidados críticos, pediátricos y neonatales, 8 a la salud mental y 1 a la rehabilitación.

En resumen, de los 20.219 alumnos de carreras de especialización en ciencias de la salud, en 2014 solamente el 0,97 % eran alumnos de especialidades de enfermería, formándose fundamentalmente en Capital Federal y Gran Buenos Aires. La carrera de especialista en enfermería de rehabilitación no era desarrollada en ninguna institución ni era reconocida por el Ministerio de Salud de la Nación. Esta situación no ha cambiado en la actualidad.

Las residencias de enfermería, por su parte, muestran una gran dispersión de denominaciones, muchas de las cuales no han sido reconocidas, sin que sea fácil advertir en qué medida esas diferencias de nombre representan programas significativamente distintos, esto es, sin que resulte sencillo concluir qué grado de divergencia existe entre los perfiles mediante los cuales el Ministerio de Salud pretende encausar la formación, por un lado, y las actividades y estructuras educativas actualmente vigentes, por el otro. Sea cual fuere su denominación, en 2014 el 14,8 % de las 2.875 sedes de residencias que estaban dedicadas a especialidades no eran reconocidas por el Ministerio de Salud. En esas 2.875 sedes se ofrecían 6.380 cargos, de los cuales 213 eran cargos para residencias de enfermería. De las 77 sedes que ofrecían residencias de enfermería, solamente 22 eran para especialidades de enfermería reconocidas; las restantes 55 representan el 71,4 %.

Tabla 32. Sedes reconocidas y no reconocidas de residencias de enfermería.

sedes reconocidas y no reconocidas de residencias de enfermería y otras carreras		
	todas las carreras de ciencias de la salud	enfermería
total de sedes de residencias	2875	77

⁶⁷ Los datos del sector privado podrían estar sub-representados.

sedes de residencias en especialidades no reconocidas por MSAL	425	55
porcentaje no reconocido sobre total	14,7%	71,4%

NOTA: fuente: Duré, Isabel. "Comisión Nacional de Enfermería. Formación y especialidades". Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional, encuentro de la comisión consultiva de enfermería del 10 de junio de 2015.⁶⁸

Debe ser subrayado aquí que la proporción entre las residencias de enfermería en especialidades no reconocidas y el total de residencias de enfermería es mucho más alta que la proporción general entre las residencias no reconocidas y el total de residencias, que como vimos era del 14,8 %. Este hiato parece indicar que la formación de enfermería sigue desarrollándose en gran medida sin el reconocimiento del Estado.

Para concluir recordemos que de los 33 residentes activos ese año, 1 de ellos se formaba en enfermería de rehabilitación. Este modesto rol de la especialidad no puede alcanzar para cumplir con la resolución 47/2001 del Ministerio de Salud de la Nación acerca de la normas de categorización de establecimientos y servicios de rehabilitación, donde se exige que los establecimientos de alto riesgo cuenten con enfermería especializada en rehabilitación⁶⁹.

⁶⁸ Cf. Duré, Isabel. (2015). Comisión Nacional de Enfermería. Formación y especialidades. Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional, encuentro de la comisión consultiva de enfermería del 10 de junio de 2015. Disponible en <http://www.msal.gob.ar/observatorio/index.php/fuerza-de-trabajo/fuerza-de-trabajo/74-indicadores-de-rhus>

⁶⁹ Cf. "Normas de categorización de establecimientos y servicios de rehabilitación", Resolución 47/2001 del Ministerio de Salud de la Nación Argentina, p. 58.

SEGUNDA PARTE

CAPÍTULO 5

ACUERDO ENTRE SINDICATO Y CÁMARAS EMPRESARIAS EN PARITARIA 2012

El acuerdo paritario de agosto de 2012 incorporó cambios en la proporción mínima entre enfermeros y pacientes que por su magnitud representan un hito en la estructura organizacional y económica del sector Rehabilitación en la Argentina. En este capítulo vamos a exponer la magnitud de esos cambios y a cuantificar el impacto de la nueva normativa. Sólo así podrá respaldarse nuestra hipótesis acerca de la profunda relevancia del acuerdo para la estructura económica y organizacional de la internación en rehabilitación, y al mismo tiempo podremos despertar en el lector la necesidad de comprender las causas y razones que expliquen un acuerdo de estas características, tarea principal en la que se concentra nuestro estudio.

En resumen, el acuerdo de 2012 bajó de 12 a 5⁷⁰ el máximo de pacientes que puede asistir cada enfermero. Si las instituciones de rehabilitación antes debían operar con un mínimo de 7,94 enfermeros cada 100 pacientes, tras el acuerdo ese mínimo pasó a 17,78 enfermeros para la misma cantidad de pacientes. Esto comporta un incremento del 124 % en la cantidad mínima de enfermeros. El plazo acordado para la entrada en vigencia de la nueva normativa fue de seis meses.

En el primer apartado vamos a ofrecer una reconstrucción de la evolución de la negociación de modo de exponer y analizar la trama de intereses y tensiones entre sus principales actores. El segundo contiene un análisis económico de la propuesta original con que comienza la negociación y de la versión final que fue

⁷⁰ 5 en turno mañana y 6 en turnos tarde y noche, mientras que antes era 12 en turno mañana y 14 en turnos tarde y noche.

firmada en cuanto a la proporción de pacientes por enfermero junto con la introducción de ayudantes de enfermería. En el tercer apartado también cuantificaremos el impacto económico de la reducción del máximo horario laboral semanal. Nuevamente vamos a comparar las propuestas originales con que comienza la negociación y la versión del acuerdo final. Esto dejará en evidencia la divergencia parcial de intereses de grupos más o menos afines. En el capítulo final con nuestras conclusiones y recomendaciones retomaremos estos temas y presentaremos, por un lado, un esquema alternativo de proporción de pacientes por enfermero, para mostrar que habría resultado más costo-efectivo que el acordado. También retomaremos la cuestión de la modificación del máximo horario laboral semanal, para mostrar cómo un defecto en la redacción de la cláusula podría traer importantes consecuencias en el futuro.

5.1. Historia de la negociación

El acta paritaria del 31 de agosto de 2010 dejó planteada en su punto 9º la intención de formar una comisión paritaria especial para rever las condiciones laborales de los trabajadores que presten servicios en establecimientos de rehabilitación⁷¹. Pasó el año hasta la paritaria del año 2011 sin que esta comisión llegara a constituirse. Pero el tema no dejó de estar presente en la agenda del sector y al acercarse la nueva negociación anual, la Federación de Asociaciones de Trabajadores de la Salud (FATSA en adelante) informó a la Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la República Argentina (ADECRA en adelante) la intención de introducir en el convenio de 2011 aspectos relativos al sector Rehabilitación.

⁷¹ Cf. CCT 122/2010 y Resolución N° 1600/2010 del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. El texto del punto 9º, que se reproduce en la resolución, es el siguiente: “Las partes acuerdan crear una Comisión Paritaria Especial para negociar las condiciones laborales de los trabajadores que presten servicios en Establecimientos de rehabilitación respiratoria, neurológica, psicomotriz y traumatológica, así como también... La Comisión deberá expedirse obligatoriamente antes del 31 de diciembre de 2010 e integrarse antes del 30 de septiembre de 2010.”

En un borrador de junio 2011 donde FATSA plasmaba diversos puntos a considerarse en la negociación que comenzaba, proponía introducir en el artículo 7 del Convenio Colectivo 122/75 un apartado 11 bis con las siguientes modificaciones:

- a) Reducir la jornada de 44 horas semanales a 40 horas semanales.
- b) Incrementar la proporción entre enfermeros y pacientes de 1/12 en turno diurno y 1/14 en turno nocturno a 1/4 en todos los turnos.
- c) Incorporar 1 auxiliar (ayudante) por cada 2 enfermeros.
- d) Aplicar estas normas a cualquier establecimiento donde se haga rehabilitación (respiratoria – neurológica – psicomotriz – traumatológica) sea esa o no su principal actividad.

Estas propuestas implicaban modificaciones significativas tanto para el sector Rehabilitación como para otros sectores del ámbito de la salud. Adviértase que el Convenio Colectivo 122/75 tiene como signatarios no solamente a ADECRA, sino también a CEPESAL, CONFELISA, GERIÁTRICOS y PSIQUIÁTRICOS. Además, otras instituciones no dedicadas específicamente a la rehabilitación que ofrecen u ofrezcan servicios de rehabilitación, también se verían afectadas por la nueva normativa. Si bien en esa oportunidad ADECRA redactó una variante alternativa a la del gremio, la relevancia de las modificaciones, percibida por los involucrados en la firma del acuerdo paritario, fue quizás la principal razón por la cual estas modificaciones no llegaron a plasmarse en el acta paritaria de 2011, dado que a pesar de la intención plasmada en el acta paritaria de 2010, el tema no había sido analizado adecuadamente. El acta paritaria de 2011⁷², no obstante, creó la Comisión Especial prevista en el artículo 9 del acuerdo de 2010, indicando que ella debería expedirse obligatoriamente antes del 31 de diciembre de 2011 acerca de las condiciones de trabajo del sector Rehabilitación.

La introducción al Convenio Colectivo de modificaciones de cualquier índole exige acuerdos diversos y puede realizarse con mayor o menor grado de consenso.

⁷² Cf. Acta Paritaria CCT 122/75, 2011.

En el caso de la modificación de los temas mencionados podemos identificar tres planos de negociación. En primer lugar, aquél que involucra a FATSA y los signatarios del 122/75. En segundo lugar, aquel donde negocian los signatarios entre sí. En tercer lugar, aquel en que se plantean discrepancias y acuerdos entre los miembros de cada una de las entidades signatarias, como ser entre los diversos miembros de ADECRA.

La creación de la Comisión Especial para trabajar sobre las posibles modificaciones al Convenio redundó en reuniones y negociaciones en cada uno de los planos mencionados en el párrafo anterior. Por un lado, entre FATSA y todos o algunos de los signatarios. Por otro lado, entre los diversos signatarios. En tercer lugar, entre los miembros de cada signatario. Todas estas reuniones se produjeron entre agosto de 2011 –fecha de creación de la Comisión– y agosto de 2012 –fecha en la cual se introdujeron modificaciones al Convenio Colectivo 122/75 referidas al sector en cuestión. Esta nueva normativa sin duda será uno de los principales determinantes de la forma en que se desarrollen y constituyan los servicios de rehabilitación en la República Argentina.

El acta paritaria de 2012 finalmente incluyó el acuerdo sobre las modificaciones referidas al sector Rehabilitación. ADECRA entendió que ellas contemplaban:

- a) Modificar la proporción entre enfermeros y pacientes llevándola a un máximo de 1/5 en turno mañana y 1/6 en turnos tarde y noche.
- b) Introducir 1 franco adicional mensual sobre aquellos que establece la Ley de Contrato de Trabajo, que es de 1,5 semanal aproximadamente⁷³.
- c) Incluir 1 elevapack por piso en cada establecimiento.

No se introdujeron, en cambio, modificaciones referidas a la jornada o semana laboral –ella continúa siendo de 44 horas semanales– ni se agregó la exigencia de ningún “asistente o auxiliar de rehabilitación” que complemente las

⁷³ Veremos que la redacción de este punto podría no estar libre de controversia.

tareas de los enfermeros. En cuanto al ámbito de aplicación de estas normas, se acordó afectar a toda institución que realice prácticas de rehabilitación, sea que se dedique exclusivamente o especialmente a la rehabilitación o no. Esto incluye a geriátricos, instituciones psiquiátricas y centros polivalentes que hacen rehabilitación en el período posagudo del paciente, entre otros.

Aquí sigue el texto completo:

7. Modifícase el artículo 7º del convenio colectivo 122/75, incorporándose el inciso 10 bis, el que quedará redactado de la siguiente manera: Artículo 7º: **inc. 10 bis) Personal que cumple tareas de rehabilitación.** Es aquel enfermera/o destinado a la atención de pacientes que sean internados en clínicas u hospitales con el objeto de lograr su rehabilitación respiratoria, neurológica, psicomotriz y/o traumatológica. Podrá asignarse a cada enfermero hasta 6 (seis) camas para su atención en turnos mañana y tarde y hasta 7 (siete) camas para su atención en turno noche, excluidas las camas de acompañantes. A partir del 1 de marzo de 2013, sólo podrán asignarse a cada enfermero hasta 5 (cinco) camas para su atención en turno mañana y hasta 6 (seis) camas para su atención en turnos tarde y noche, excluidas las camas destinadas a acompañantes. Asimismo y a fin de contribuir a la mejora en las condiciones de prestación de las labores, los establecimientos destinarán un elevapack por piso para la utilización en la movilización de estos pacientes. En caso de recargo de tareas por razones circunstanciales durante por lo menos 1 jornada laboral regirá el incremento salarial especificado en el apartado 10º de esa cláusula 7º. Sin perjuicio de la jornada normal prevista en el art. 20, el personal que cumpliera una jornada superior a las 34 horas semanales, gozará a partir del 1 de septiembre de 2012, al menos un franco adicional cada 4 semanas, que se adicionarán a los previstos en el presente convenio colectivo, los que serán asignados de acuerdo a las necesidades de cada establecimiento, en forma inmediata anterior o posterior a uno de los francos semanales comprendidos dentro de dicho ciclo de 4 semanas. No se considerarán pacientes en rehabilitación neurológica o psicomotriz a los pacientes de psiquiátricos, ni aquellos internados en establecimientos geriátricos por causa de su edad y/o situación social exclusivamente. Tampoco lo serán aquellos pacientes en estado agudo o grave que hayan

ingresado para su inmediata atención y cura a los establecimientos de salud, mientras éstos no se hayan constituido en centros de rehabilitación y no realicen las actividades de éstos. Las partes convienen crear una Comisión de Seguimiento de la aplicación de esta normativa acordada a fin de evaluar su aplicación y el impacto sobre la salud de los trabajadores que desempeñen esa tarea⁷⁴.

Cada uno de los cambios propuestos en el texto inicial de FATSA tenía su propio grupo natural de resistencia, conformado por aquellas instituciones que veían sus intereses afectados por ese cambio. Quiero decir con esto que los cambios no afectaban a todas las instituciones por igual, sino que cada una de ellas, según su modo de organización, se hallaba afectada por tal o cual cambio - en extremo por todos o ninguno. Como los cambios más significativos eran, por un lado, la modificación de la proporción de pacientes por enfermero y, por el otro, la modificación de la jornada laboral, existían dos grandes grupos de interés.

El primer grupo se hallaba compuesto por aquellas instituciones que sufrían el impacto estrictamente económico de la modificación de la proporción de pacientes por enfermero. Según cual fuera la organización real de una institución en cuanto a la proporción mencionada, la modificación de los mínimos aceptados implicaría un mayor o menor incremento de sus costos. El desafío en el plano de negociación al interior de cada signatario y entre los distintos signatarios consistía en alcanzar un consenso en cuanto al piso aceptable para todas.

El segundo grupo se hallaba compuesto por aquellas instituciones que sufrían el impacto económico del cambio en la jornada laboral. Nuevamente aquí se advierten diferencias, ya que la medida afectaba únicamente a las instituciones con turnos de trabajo superiores a las 40 horas semanales, entre ellas aquellas organizadas bajo el llamado "SISTEMA 4x1" en el cual los enfermeros trabajan 8 horas por día durante 4 días y luego descansan un día, y así sucesivamente. Bajo esta modalidad los enfermeros tienen 3 francos cada 15 días (1,4 francos por semana), mientras que bajo la modalidad SADOFE, en la cual se trabaja 7 horas por día 5 días por semana, los enfermeros tienen 2 francos cada 7 días. Las instituciones organizadas bajo esta modalidad no se veían afectadas por esta modificación propuesta por FATSA. Es probable que otras instituciones del sector

⁷⁴ Cf. Acta Paritaria CCT 122/75, 2012.

salud e incluso ADECRA hayan interpretado esta pretensión del sindicato en el sector Rehabilitación como el comienzo de un proceso de conquista de reducción de la jornada de trabajo que terminaría por afectar a todo el sector. En este sentido se trataba de una modificación que potencialmente afectaría intereses más amplios que los del sector Rehabilitación.

Otra dificultad del texto inicial propuesto por FATSA provenía de la ambigüedad del término “rehabilitación”. En capítulos anteriores nos hemos referido al espectro de significados que expresa este concepto. Según cómo se lo interpretara, se expande o contrae el ámbito de aplicación de la nueva normativa. Esta cuestión era especialmente relevante en la negociación entre las cinco entidades signatarias y también al interior de cada una de ellas, ADECRA por caso.

Los signatarios mantuvieron reuniones en octubre, noviembre y diciembre de 2011 y junio de 2012⁷⁵. A la luz de los hechos, se observa que basaron su posición en (a) el rechazo de cualquier introducción de auxiliares o asistentes de rehabilitación, (b) el rechazo a determinar la proporción entre pacientes y enfermeros en función de una categorización o clasificación de los pacientes (por ejemplo alguna que distinga a los pacientes según grado de dependencia) y (c) el rechazo a modificar la jornada laboral.

En vez de modificar la jornada laboral propusieron (d) incrementar el número de francos extraordinarios sumados a los que marca el Convenio Colectivo. Para dejar afuera la figura del auxiliar, aceptaron (e) incluir un elevapack por piso por institución. Se mostraron dispuestos desde el principio (f) a replantear la proporción de pacientes por enfermero. Debieron consensuar internamente, por último, su posición respecto (g) del ámbito de aplicación de la norma y (h) la posibilidad de definir la proporción entre pacientes y enfermeros en función de una clasificación de los pacientes.

El planteo de incluir al ámbito de aplicación a geriátricos y centros polivalentes con servicios de rehabilitación era resistido fundamentalmente por GERIÁTRICOS, CEPAL y CONFELISA, quienes hubieran preferido que las normas se apliquen exclusivamente a instituciones dedicadas exclusiva o esencialmente a la rehabilitación. Lograron, no obstante, excluir a los pacientes internados en geriátricos por causa de su edad y/o situación social exclusivamente.

⁷⁵ El 14 de octubre, el 16 de noviembre, el 13 de diciembre de 2011 y el 8 de junio de 2012.

A lo largo de las negociaciones se contemplaron distintos criterios para definir de qué pacientes trataría la nueva normativa. Se propuso en un momento incluir al “personal de enfermería destinado a la atención directa de pacientes crónicos, crónicos y críticamente enfermos y/o en situación crítica post aguda, con o sin ventilación mecánica prolongada, permanente o intermitente”. En otro momento se propuso categorizar a los pacientes de rehabilitación en inválidos y autoválidos, o según estuvieran postrados o no postrados. Pero la idea de definir la proporción entre pacientes y enfermeros en función de una categorización de pacientes era resistida fundamentalmente por GERIÁTRICOS –aunque también por ADECRA– siendo finalmente eliminada de la posición de los signatarios.

Las reuniones entre FATSA y los signatarios se llevaron a cabo en noviembre y diciembre de 2011 y mayo y agosto de 2012⁷⁶. Los argumentos iniciales con los cuales el gremio fundamentaba la necesidad de una modificación de Convenio Colectivo referida al sector Rehabilitación se basaba en el hecho de (a) que ese tipo de tareas no existía (al menos no del modo como se desarrolla ahora) cuando se creó el convenio en 1975, (b) que el trabajo en rehabilitación por sus características⁷⁷ exige esfuerzos especiales y distintos a los de otros ámbitos del sector salud, (c) que esto tiene por consecuencia un alto nivel de ausentismo y siniestralidad del sector comparado con otros sectores, (d) que las clínicas de rehabilitación actualmente tenían una proporción muy similar a la solicitada, con lo cual el impacto económico no sería importante, (e) que la introducción de la nueva proporción al Convenio permitiría a las clínicas de rehabilitación negociar incrementos con los financiadores, (f) que existía una demanda de los trabajadores de tener dos francos consecutivos, (g) que prácticamente todo el sector brinda servicios equiparables a terapia intensiva o salas cerradas o de cuidados especiales, ámbitos que demandan una dedicación no exigible al personal común, (h) que los auxiliares, al colaborar con el personal de enfermería, permitirían bajar el grado de siniestralidad.

⁷⁶ El 4 de noviembre, el 9 de noviembre, el 22 de noviembre, el 7 de diciembre de 2011 y el 18 de mayo y 3 de agosto de 2012.

⁷⁷ Entre estas características se destacan las estancias prolongadas, que generan vínculos afectivos más intensos entre personal y pacientes, las exigencias de rotación de los pacientes para evitar escaras propias de las largas estancias, las exigencias físicas de los enfermeros al levantarlos y acostarlos, el alto nivel de discapacidad que presentan los pacientes, la complejidad de las patologías y del equipamiento aplicado, etc.

Otra fuente sobre la cual FATSA fundamentó su propuesta provino de la Resolución 194/1995 del Ministerio de Salud⁷⁸. Allí se propone una categorización de los servicios de enfermería en 3 niveles según el riesgo (bajo, medio y alto) y una clasificación de pacientes según una serie de criterios que enumeraremos más adelante, que los agrupa en 5 categorías: cuidados mínimos, moderados, intermedios, especiales e intensivos. Según el sindicato la recomendación para los 3 niveles de servicio de enfermería de la resolución mencionada sería de 1 enfermero cada 2 pacientes, 1 cada 4 o 1 cada 6 según complejidad. La propuesta del sindicato de 1 enfermero cada 4 pacientes resultaba, según indicaron, de un promedio de estas tres categorías⁷⁹.

También agregaron la aspiración de llegar a una jornada de 35 horas semanales, a un nivel de francos aceptable y de tomar al sector Rehabilitación como primer ámbito en el cual realizar cambios, para proponerlos luego en otros sectores como ser pediatría, oncología, cardiovascular u otros. Esto último puede inferirse, por otra parte, si se advierte que la recomendación de la resolución para los servicios más simples sería de 6 pacientes por enfermero.

5.2. Análisis de la modificación de la proporción de pacientes por enfermero e introducción de ayudantes de enfermería

El propósito principal de la negociación propuesta por FATSA a las signatarias del convenio 122/75 fue la reducción de la carga de trabajo del personal de enfermería que asiste pacientes de rehabilitación. Este propósito se expresaba de manera más específica a través de dos propuestas. La primera era reducir la cantidad máxima de pacientes asistidos por cada enfermero. La segunda era incorporar un ayudante de enfermería cada 2 enfermeros. En conjunto, estas medidas significaban reducir la cantidad de pacientes por persona destinada a tareas de enfermería (enfermeros y ayudantes) en un 79 %.

⁷⁸ Cf. Resolución 194/1995 del Ministerio de Salud de la Nación sobre "Normas de categorización de establecimientos y servicios de enfermería en establecimientos de atención médica".

⁷⁹ Veremos más adelante que no es claro cómo se podría obtener este promedio.

La reducción del máximo de pacientes por enfermero y la incorporación de ayudantes de enfermería va acompañada, obviamente, de un incremento en la dotación de enfermeros y ayudantes asignados para la asistencia de un grupo de pacientes. El incremento de personal de enfermería necesario para cumplir la propuesta de FATSA al comienzo de la negociación era de 375 %. Por cada enfermero se proponía que hubiera 4,75 (entre enfermeros y ayudantes).

Esta modificación tiene a su vez consecuencias en los costos de las instituciones de rehabilitación. Dicho incremento en la cantidad de personal destinado a tareas de enfermería significaba un incremento en los costos de las instituciones de entre el 100 % y el 167 %, según el costo del recurso humano de enfermería representase un 30 % o un 50 % del costo total de la institución.

Al final de la negociación la cantidad máxima de pacientes por enfermero se estableció en 5 a la mañana y 6 a la tarde y a la noche. No se incorporó la figura del ayudante de enfermería. Esto significó un incremento en la dotación de enfermería del 124 %, y un impacto en los costos de entre el 37 % y 62 %.

En este apartado vamos a describir y analizar estos diversos aspectos de la negociación. En primer lugar vamos a presentar la posición original de FATSA. En segundo lugar vamos a estudiar el acuerdo efectivamente firmado. Más adelante, en el capítulo de conclusiones y recomendaciones, vamos a proponer un esquema alternativo que consiste en fijar en 7 la cantidad máxima de pacientes por enfermero e incorporar 1 ayudante cada 3 enfermeros. Veremos que esta alternativa tiene diversas ventajas.

5.2.1. Presentación y análisis de la propuesta de FATSA al inicio de la negociación

Dijimos que uno de los puntos centrales de FATSA al inicio de la negociación fue la pretendida reducción de la proporción entre pacientes y enfermeros. Su propuesta original fue una proporción máxima de 4 pacientes por enfermero más un ayudante de enfermería cada 2 enfermeros. Recordemos que la normativa del convenio 122/75 vigente hasta ese momento estipulaba un máximo de 12 pacientes por enfermero en los turnos mañana y tarde y de 14 pacientes en

el turno noche, sin ayudantes. A continuación vamos a analizar tres aspectos de esta idea. El primero expresa de algún modo la perspectiva del enfermero, en tanto busca cuantificar en qué medida se reduciría su carga de trabajo⁸⁰ bajo la modificación propuesta en el máximo de pacientes que atiende (ver tabla 33). El segundo proyecta cómo se vería afectada la dotación de enfermería necesaria para atender a una población de 100 pacientes (tabla 34). El tercero analiza el impacto económico que tendría esta modificación sobre los costos de las instituciones de rehabilitación.

La siguiente tabla expresa la reducción propuesta en el pedido original de FATSA de la cantidad de pacientes asistidos por cada enfermero:

Tabla 33. Reducción del máximo de pacientes por enfermero. Propuesta inicial del sindicato.

REDUCCIÓN DEL MÁXIMO DE PACIENTES POR ENFERMERO EN REHABILITACIÓN (PROPUESTA INICIAL DEL SINDICATO)				
turno	horas / día	pacientes por enfermero		diferencia
		antes	después	
atención turno mañana (06.00 - 14.00)	0,33	12	4	-67%
atención turno tarde (14.00 - 22.00)	0,33	12	4	-67%

⁸⁰ También es sin duda cierto que al tener menos pacientes que asistir, el enfermero dispone de más tiempo para cada paciente, con lo cual la atención presumiblemente mejora. En este sentido, la reducción de la cantidad de pacientes por enfermero podría no interpretarse como una reducción de la carga de trabajo, sino más bien como una modificación del trabajo en el área de rehabilitación que incorpora necesidades antes desatendidas de los pacientes. Desde la perspectiva del paciente, de hecho, el cambio supone un incremento en las horas de atención que recibe. Veremos más adelante en qué medida.

atención turno noche (22.00 - 06.00)	0,33	14	4	-71%
total ponderado		12,67	4	-68%

NOTA: fuente: elaboración propia.

El sindicato proponía una reducción en la cantidad de pacientes del 68 %. Claro que modificar la cantidad máxima de pacientes por enfermero implica variar la cantidad de enfermeros requeridos para asistir a una población de pacientes. Este aspecto del tema tratado tiene una importancia que excede el mero análisis económico de la regulación en discusión, pues su viabilidad depende de otros factores, siendo la oferta nacional de recursos humanos de enfermería el más relevante⁸¹. La siguiente tabla expresa cómo variarían la cantidad de enfermeros requeridos para asistir a una población de 100 pacientes.

Tabla 34. Incremento en la cantidad mínima de enfermeros en rehabilitación. Propuesta inicial del sindicato.

INCREMENTO EN LA CANTIDAD MÍNIMA DE ENFERMEROS EN REHABILITACIÓN			
atención de 100 pacientes	antes	después	incremento
cantidad enfermeros (por turno)	7,89	25	217%

NOTA: fuente: elaboración propia.

Se ve aquí que la normativa propuesta por el sindicato implicaba –para quienes estuvieran en el mínimo establecido por el Convenio hasta ese momento– incrementar la dotación del servicio de enfermería en un 217 %, sin duda un

⁸¹ Tratamos este punto en el capítulo anterior.

proceso arduo y extenso. Esto es, por cada 1 enfermero trabajando en una institución de rehabilitación hubiera debido haber 3,17 enfermeros una vez firmada la normativa.

Si el costo de enfermería representa entre un 50 % y un 60 % del costo total en recurso humano de las instituciones, y éste a su vez representa entre un 60 % y un 70 % del costo total⁸², se sigue que el costo de enfermería representa entre un 30 % y un 42 % del costo total de la institución. Por lo tanto, la modificación que proponía un incremento del 217 % en la dotación de enfermería implicaba un incremento del costo total de las instituciones de entre el 65 % y el 91 %. En instituciones con pacientes de baja complejidad, el costo del recurso humano de enfermería podría representar incluso una porción mayor del costo total de la institución.

La siguiente tabla expresa el impacto de la propuesta de FATSA en los costos de las instituciones de rehabilitación. Hemos representado 3 escenarios, en los cuales el costo del recurso humano de enfermería constituye el 30 %, 40 % y 50 % del costo total.

Tabla 35. Impacto en el costo total de las institución de rehabilitación por cambio en la proporción de pacientes por enfermero. Propuesta inicial del sindicato.

IMPACTO EN EL COSTO TOTAL DE LAS INSTITUCIONES DE REHABILITACIÓN		
costo total	costo enfermería	impacto (217 %) de la normativa en costo total
100%	30%	65%
100%	40%	87%
100%	50%	108%

NOTA: fuente: elaboración propia.

⁸² Cf. ADECRA (2016): Índice de precios de insumos para la Atención Médica”, 4º trimestre. Buenos Aires: Adecra. En <http://www.adecra.org.ar/wp-content/uploads/2017/03/%C3%8Dndice-de-Precios-IV-Trim-2016.pdf>

Recordemos que la propuesta inicial incluía a su vez la incorporación de 1 ayudante de enfermería cada 2 enfermeros. El ayudante realiza algunas pero no todas las tareas que normalmente realiza el enfermero. Moviliza pacientes, se ocupa de su aseo, les da de comer, etc. Otras prácticas quedan exclusivamente a cargo de los enfermeros profesionales, por el conocimiento o destreza técnica que requieren, como por ejemplo la aplicación de medicación, el registro en las indicaciones médicas, etc. Dado que la cantidad de enfermeros solicitada para 4 pacientes era de 1, la solicitud de ayudantes es de 0,5 cada 4 pacientes. Esto equivale a 12,5 ayudantes de enfermería cada 100 pacientes.

Tabla 36. Incremento en la cantidad mínima de ayudantes en rehabilitación. Propuesta inicial del sindicato.

INCREMENTO EN LA CANTIDAD MÍNIMA DE AYUDANTES EN REHABILITACIÓN				
atención de 100 pacientes		antes	después	incremento (base 7,89)
cantidad ayudantes (por turno)		0	12,5	158%

NOTA: fuente: elaboración propia.

En un equipo donde hay ayudantes y enfermeros, ambos se distribuyen las tareas que antes hacían exclusivamente los enfermeros. En este sentido, podemos considerarlos en conjunto personas destinadas a realizar tareas de enfermería, y calcular cómo se reduce el máximo de pacientes por cada miembro de ese conjunto.

La siguiente tabla expresa cómo se incrementaría la cantidad de personas cuya tarea es el cuidado de enfermería si se agregaran los ayudantes de enfermería según la propuesta original del sindicato. Allí se proponía tener 1 enfermero cada 4 pacientes e incorporar a 1 ayudante cada 2 enfermeros. En conjunto, los enfermeros y ayudantes requeridos para la atención de 100 pacientes serían 37,5, lo cual representa un incremento en la cantidad de recurso humano destinado a tareas de enfermería del 375 %.

Tabla 37. Incremento en la cantidad mínima de enfermeros y ayudantes en rehabilitación. Propuesta inicial del sindicato.

INCREMENTO EN LA CANTIDAD MÍNIMA DE ENFERMEROS Y AYUDANTES EN REHABILITACIÓN					
atención de 100 pacientes	antes (enfermeros)	después (enfermeros)	diferencia	ayudantes de enfermería	después (enfermeros + ayudantes)
cantidad enfermeros (por turno)	7,89	25	217%	12,5	375%

NOTA: fuente: elaboración propia.

Por cada 1 enfermero trabajando debería haber 4,75 enfermeros y ayudantes una vez firmada la normativa. La tabla aquí debajo expresa la reducción propuesta en la cantidad de pacientes asistidos por cada personal destinado a tareas de enfermería (enfermeros y ayudantes) si se incorporase la cantidad solicitada de ayudantes en la propuesta original del sindicato⁸³.

Tabla 38. Reducción del máximo de pacientes por persona destinada a tareas de enfermería. Propuesta inicial del sindicato.

REDUCCIÓN DEL MÁXIMO DE PACIENTES POR PERSONA DESTINADA A TAREAS DE ENFERMERÍA (ENFERMEROS Y AYUDANTES DE ENFERMERÍA) (PROPUESTA INICIAL DEL SINDICATO)			
turno	horas / día	pacientes por enfermero o ayudante	

⁸³ Ya hemos dicho que el ayudante realiza las mismas tareas que el enfermero, aunque no todas. Esto es, si bien hay cierto tipo de tareas que requieren una formación técnica que el ayudante no posee y por tanto no realiza, él sí realiza –en principio de manera igualmente eficiente– tareas que si no las realizara debería realizarlas el enfermero. En este sentido –no en otros– un ayudante equivaldría a un enfermero.

		antes	después	diferencia
atención turno mañana (06.00 - 14.00)	0,33	12	2,7	-77%
atención turno tarde (14.00 - 22.00)	0,33	12	2,7	-77%
atención turno noche (22.00 - 06.00)	0,33	14	2,7	-81%
total ponderado		12,67	2,7	-79%

NOTA: fuente: elaboración propia.

Según vemos, si se incorporase 1 ayudante cada 2 enfermeros, la situación sería que 4 pacientes requerirían de 1 enfermero y medio asistente, o sea, de 1,5 personas destinadas a tareas de enfermería. Dicho de otro modo, cada uno asistiría a 2,7 pacientes. La reducción de la carga de trabajo sería en ese escenario del 77 % a la mañana y a la tarde y de 81 % a la noche.

Finalmente, la tabla que sigue expresa el impacto de la propuesta inicial de FATSA en los costos de las instituciones de rehabilitación. Si suponemos que el salario de un ayudante de enfermería equivale a 75 % del salario de un enfermero, el costo de incrementar 158 % el recurso humano de enfermería con ayudantes equivale al costo de incrementar 118 % ese recurso humano con enfermeros. O sea que el costo del recurso humano destinado a tareas de enfermería se incrementaría un 217 % debido a la incorporación de enfermeros y un 118 % debido a la incorporación de ayudantes de enfermería, un 335 % en total.

Podemos ahora aplicar este incremento del 335 % en tres escenarios distintos, donde se asume que el costo del recurso humano de enfermería representa el 30 %, 40 % o 50 % del costo total de una institución.

Tabla 39. Impacto en el costo total de las instituciones de rehabilitación. Propuesta inicial del sindicato.

IMPACTO EN EL COSTO TOTAL DE LAS INSTITUCIONES DE REHABILITACIÓN (ENFERMEROS + AYUDANTES)			
costo total	costo enfermería	impacto de la normativa en costo total (sin ayudantes)	impacto (335 %) de la normativa en costo total (con ayudantes)
100%	30%	65%	100%
100%	40%	87%	134%
100%	50%	108%	167%

NOTA: fuente: elaboración propia.

5.2.2. Presentación y análisis del acuerdo firmado en la paritaria de 2012

El acuerdo plasmado en la paritaria de 2012 fue de 5 pacientes por enfermero para la mañana y 6 pacientes por enfermero para la tarde y la noche, sin ningún ayudante. Las siguientes tablas expresan la reducción de la proporción de pacientes por enfermero, el incremento de la cantidad mínima de enfermeros para asistir a una población de 100 pacientes de rehabilitación y el impacto del acuerdo en el costo total de las instituciones.

Tabla 40. Reducción del máximo de pacientes por enfermero de rehabilitación. Acuerdo firmado 2012.

REDUCCIÓN DEL MÁXIMO DE PACIENTES POR ENFERMERO EN REHABILITACIÓN
--

turno	horas / día	pacientes por enfermero		diferencia
		antes	después	
atención turno mañana (06.00 - 14.00)	0,33	12	5	-58%
atención turno tarde (14.00 - 22.00)	0,33	12	6	-50%
atención turno noche (22.00 - 06.00)	0,33	14	6	-57%
total ponderado		12,67	5,67	-55%

NOTA: fuente: elaboración propia.

Tabla 41. Incremento en la cantidad mínima de enfermeros en rehabilitación. Acuerdo firmado 2012.

INCREMENTO EN LA CANTIDAD MÍNIMA DE ENFERMEROS EN REHABILITACIÓN			
atención de 100 pacientes	antes	después	incremento
cantidad enfermeros (por turno)	7,89	17,65	124%

NOTA: fuente: elaboración propia.

Tabla 42. Impacto en el costo total de las instituciones de rehabilitación. Acuerdo firmado 2012.

IMPACTO EN EL COSTO TOTAL DE LAS INSTITUCIONES DE REHABILITACIÓN

costo total	costo enfermería	impacto de la normativa en costo total
100%	30%	37%
100%	40%	50%
100%	50%	62%

NOTA: fuente: elaboración propia.

Como se observa, la negociación terminó por dejar de lado la propuesta de alivianar el trabajo del enfermero a través de la introducción de un ayudante a la vez que llevó el máximo de pacientes a 5,67 pacientes en vez de 4 como se había propuesto originalmente.

Señalemos a continuación algunos rasgos destacados del acuerdo alcanzado entre FATSA y ADECRA. En primer lugar, la modificación en la normativa implicó un incremento de la cantidad de personal de enfermería del 124 % y un incremento de los costos totales de las instituciones de rehabilitación – asumiendo que el costo del recurso humano de enfermería representa entre un 30 % y un 50 % del costo total de una institución– de entre el 37 % y el 62 %. Puede inferirse casi inmediatamente que si la organización de los sistemas de enfermería hubiese sido ajustada y cercana a lo exigido por la normativa anterior, esto es, si la proporción entre enfermeros y pacientes no hubiera de hecho superado la mínima que establecía el CCT 122 antes del acuerdo del 2012, el acuerdo firmado habría sido prácticamente imposible de cumplir. No solamente por un colapso de la estructura de costos sino por la dificultad para más que duplicar el plantel de enfermería en un contexto donde el mercado laboral manifiesta escasez de recursos humanos de enfermería, como ocurría entonces y sigue ocurriendo actualmente en la Argentina.

Efectivamente, al menos una parte del sector Rehabilitación de Capital Federal estaba organizado con una proporción igual o cercana a la establecida por la nueva normativa ya antes de que ésta se pactara. Siendo este hecho conocido por el sindicato en virtud de la información recibida en parte a través de los delegados de cada organización pero también por otras vías, fue presentado como

argumento para rebatir los argumentos de ADECRA que se basaran precisamente en el impacto sobre los costos. Más aún, algunos de los representados por la cámara –en acuerdo con el argumento presentado por el sindicato–, consideraban que al formalizar a través de un acuerdo paritario el modo de organización del recurso de enfermería que sus instituciones ya de hecho habían adoptado en virtud de la complejidad de la población de pacientes a la cual brindan asistencia, lograrían el reconocimiento tanto económico como profesional que otra parte del universo del sistema de salud les negaba, quizás por desconocimiento del tipo de trabajo que se realiza en rehabilitación. Si la norma estipulaba para terapia intensiva una proporción máxima de 4 pacientes por enfermero, para piso 12 o 14 pacientes, y para rehabilitación 5 o 6, esto suponía un reconocimiento a la complejidad de su práctica. Es probable que esta descripción de la situación de Capital Federal no se aplique a otras regiones del país.

No obstante, por otra parte, sería un error considerar que las instituciones de la cámara estaban dispuestas a firmar de buen grado la normativa. No todas mantenían sus servicios de enfermería organizados según la misma proporción. Pero incluso las que se ajustaban habitualmente a la proporción que acabó por acordarse, hubieran preferido no verse exigidas a hacerlo por una norma que les arrebatara la posibilidad de reducir el número de enfermeros en caso de necesidad. Excepto aquellas, como ya hemos dicho, que consideraban que al formalizar una proporción que en la práctica ya cumplían lograrían el reconocimiento por parte del sistema de salud de la complejidad del servicio que brindaban y el consecuente incremento del precio de sus servicios.

En términos generales, cuanto más cerca en los hechos estuviera cada institución de lo establecido en la norma bajo discusión, más propensa estaría a firmarla sin reparos. Esta situación supone a su vez una tensión al interior de los representados por la cámara, cuya relevancia dependerá de la cohesión que ella manifieste, ya que en este punto los beneficios de uno son perjuicios del otro. Las instituciones obligadas a elevar sus costos para cumplir con la normativa deberán seguramente subir sus precios y perder competitividad frente a aquellos de sus competidores que ya cumplen con la proporción entre enfermeros y pacientes, aunque por otra parte se verán beneficiadas por la dificultad superior que enfrenarán aquellas otras instituciones que se encuentran más lejos aún que ella de dicha proporción. Esta tensión es aún más clara entre los distintos signatarios, como por ejemplo entre ADECRA y el sector geriatría. Las instituciones geriátricas

no querían, por un lado, verse comprometidas a incrementar su dotación de personal –factor que las llevó a oponerse a ciertas alternativas de caracterización de la población de rehabilitación que fueron evaluadas, por considerar que podían incluir a sus pacientes– mientras que las instituciones de rehabilitación –que en algunos casos provenían de la geriatría puesto que eran geriátricos remodelados y reequipados–, por el otro, si bien resistían la normativa que les iba a exigir una mayor dotación de enfermería, al mismo tiempo la deseaban como barrera de restricción para frenar el afán de los geriátricos de captar parte de lo que consideraban su mercado.

Aunque este aspecto a veces sea ignorado o subestimado, estas tensiones internas y externas vuelven relevante para cada institución el determinar exactamente quién va a conducir las negociaciones y cómo serán los mecanismos de representación pautados entre miembros que manifiestan múltiples diferencias al interior de la unidad que sin duda también los agrupa. En los hechos, en el caso que estamos analizando la negociación siguió pautas medianamente consensuadas que no siempre se cumplieron, si bien se aceptó como criterio general que la proporción fuera lo más laxa posible, algo que como se ha dicho no responde por igual a los intereses de todas las instituciones.

En tercer lugar, es importante recordar aquí que el sector Rehabilitación asiste a poblaciones suficientemente disímiles como para que pueda no ser adecuado instalar una proporción homogénea para todas las instituciones que abarca. Seguramente por ello la propuesta del sindicato contemplaba diferenciar la proporción entre enfermeros y pacientes cuando se trataba de inválidos y autoválidos. Como se ha visto, estas instituciones asisten a pacientes propiamente de rehabilitación, con objetivos de tratamiento más o menos prolongado pero que en principio no debería superar el año o incluso bastante menos⁸⁴, con pacientes respirados –no debemos perder de vista la relevancia de que se haya incorporado explícitamente este tipo de pacientes al ámbito de la rehabilitación–, pacientes crónico-críticos o simplemente crónicos, donde los adultos mayores tienen una presencia no irrelevante. Se trata además de un sector compuesto por instituciones dinámicas durante las dos décadas anteriores a la negociación, en el sentido de que muchas de ellas fueron modificando su perfil asistencial. Si bien algunas fueron

⁸⁴ No existe actualmente norma ni consenso explícito sobre este criterio temporal. Distintos países, según el rol que el sector Rehabilitación cumpla en el sistema de salud, y el tipo de pacientes que destinen a esas instituciones, pueden acortar o alargar los tiempos.

concebidas desde su construcción como establecimientos de rehabilitación, otras fueron adaptando una infraestructura y servicio que originalmente estaba destinado a la geriatría. Para una institución formalmente habilitada para rehabilitar pero que en la práctica estuviera haciendo en parte geriatría y en parte rehabilitación, la normativa en cuestión supone el riesgo de tener que adoptar para todas sus camas una proporción entre enfermeros y pacientes que puede resultar económicamente inviable para los precios que maneja por su atención geriátrica. En este sentido, como se ha dicho, la nueva regulación sin duda funciona como barrera de entrada para nuevos actores e incluso puede dificultar la continuidad de algunos híbridos.

5.3. Análisis del impacto de la reducción del horario laboral

Reducir la carga horaria semanal de los enfermeros fue uno de los objetivos centrales de FATSA en la negociación con ADECRA por las cláusulas del sector Rehabilitación en 2012. Propuso inicialmente pasarla de un máximo de 44 horas a 40 horas semanales⁸⁵. Esta modificación no afectaba de igual modo a todas las instituciones, ya que existían y existen diferencias entre ellas según el modo de organizar los turnos de enfermería.

A continuación vamos a presentar y comparar brevemente algunos modelos organizacionales. Luego vamos a presentar el acuerdo de la paritaria 2012 en torno a la carga semanal máxima, comparando para los distintos modelos de organización, el impacto económico de la propuesta inicial de FATSA al comienzo de la negociación con el impacto económico del acuerdo firmado.

5.3.1. Sistemas alternativos de organización de turnos

⁸⁵ A diferencia del otro punto central de la negociación, aquel referido a la proporción entre enfermeros y pacientes, no hay nada en éste que lo vuelva un tema específico del sector Rehabilitación. La estrategia de FATSA en este caso ha sido negociar con un sub-sector algo que el sector salud en su conjunto no admitiría.

Imaginemos que una institución necesita servicio de enfermería las 24 horas los 7 días de la semana los 365 días del año. ¿Qué alternativas organizacionales son habituales?

Una opción es un sistema en el cual el servicio se estructura en 5 turnos. Un turno MAÑANA de 6.00 a 13.00 horas de lunes a viernes, un turno TARDE de 13.00 a 20.00 horas de lunes a viernes, dos turnos NOCHE 1 y NOCHE 2 de 20.00 a 06.00 horas, día por medio (o dos días sí dos días no), y un turno FRANQUERO de 6.00 a 20.00 horas, sábado, domingo y feriados.

En este sistema los enfermeros –de turnos MAÑANA, TARDE y NOCHE trabajan 35 horas a la semana. A diferencia de los otros dos sistemas que presentaremos, es el único con un turno para sábados domingos y feriados.

Tabla 43. Horario laboral semanal en sistema SADOFE.

SISTEMA SADOFE (5 turnos)			
turnos	días por semana	horas por día	horas por semana
turno MAÑANA (06.00 - 13.00)	5 (lunes a viernes)	7	35
turno TARDE (13.00 - 20.00)	5 (lunes a viernes)	7	35
turno NOCHE 1 (20.00 - 06.00)	3,5 (día por medio)	10	35
turno NOCHE 2 (20.00 - 06.00)	3,5 (día por medio)	10	35
turno FRANQUERO (06.00 - 20.00)	2,19 (sáb., dom. + 10 feriados anuales)	14	30,7
promedio			34,1

NOTA: fuente: elaboración propia.

Una segunda opción es un sistema en el cual el servicio se estructura en 3 turnos. Un turno MAÑANA de 6.00 a 14.00 horas, cuatro días seguidos por un día franco, un turno TARDE de 14.00 a 22.00 horas, cuatro días seguidos por un día franco, un turno NOCHE de 22.00 a 6.00 horas, cuatro días seguidos por un día franco. Si no tuvieran francos compensatorios, en este sistema los enfermeros trabajarían 44,8 horas semanales, ya que trabajan 8 horas por día en 5,6 días de cada semana. Para respetar el máximo de 44 horas semanales establecido por el convenio colectivo, ese sistema debe asignar al menos 1 franco extraordinario cada 10 semanas de trabajo (5,2 francos extraordinarios anuales), ya que 8 horas (un franco) dividido 10 (semanas) equivale a 0,8 horas por semana, lo cual compensa el exceso de carga horaria semanal de este sistema.

Tabla 44. Horario laboral semanal en sistema 4 x 1.

SISTEMA 4 x 1 (3 turnos)			
	días por semana	horas por día	horas por semana
turno MAÑANA (06.00 - 14.00)	5,6 (cuatro días de trabajo seguido de un día de descanso)	8	44,8
turno TARDE (14.00 - 22.00)	5,6 (cuatro días de trabajo seguido de un día de descanso)	8	44,8
turno NOCHE (22.00 - 06.00)	5,6 (cuatro días de trabajo seguido de un día de descanso)	8	44,8
promedio			44,8

NOTA: fuente: elaboración propia.

Existen también opciones con componentes mixtos, como el sistema en el cual el servicio se estructura en 4 turnos. Un turno MAÑANA de 6.00 a 13.00 horas, cuatro días de trabajo seguidos por un franco, un turno TARDE de 13.00 a 20.00 horas, cuatro días seguidos por un franco, dos turnos NOCHE 1 y NOCHE 2 de 20.00 a 6.00 horas, día por medio o dos días sí seguidos por dos días no.

Tabla 45. Horario laboral semanal en sistema mixto.

SISTEMA MIXTO (4 turnos)			
	días por semana	horas por día	horas por semana
turno MAÑANA (06.00 - 13.00)	5,6 (cuatro días de trabajo seguido de un día de descanso)	7	39,2
turno TARDE (13.00 - 20.00)	5,6 (cuatro días de trabajo seguido de un día de descanso)	7	39,2
turno NOCHE 1 (20.00 - 06.00)	3,5 (día por medio)	10	35
turno NOCHE 2 (20.00 - 06.00)	3,5 (día por medio)	10	35
promedio			37,1

NOTA: fuente: elaboración propia.

En el sistema MIXTO los enfermeros de la mañana y la tarde también trabajan cuatro de cada cinco días, pero como la jornada laboral es de 7 horas, la carga horaria semanal es de 39,2 horas. Los turnos de la noche son similares a los del sistema SADOFE.

5.3.2. El acuerdo firmado en paritaria 2012

Hemos presentado una breve comparación de sistemas alternativos de organización de los servicios de enfermería. Volvamos ahora al análisis del efecto que tuvo el acuerdo paritario de 2012. Vista la cantidad de horas semanales que trabajan los enfermeros en cada sistema, queda claro que no todos se veían

igualmente afectados por la intención expresada por el sindicato. De hecho, el sistema SADOFE y el sistema MIXTO no se veían afectados en absoluto.

Recordemos que según el artículo 20º del CCT, que regía la carga horaria máxima hasta la introducción de la modificación que aquí estudiamos,

Los trabajadores cumplirán una jornada máxima de 8 horas diarias y cuarenta y cuatro semanales por lo que el día anterior al descanso la jornada será de cuatro horas como máximo. El descanso semanal, será de cuarenta horas corridas, como mínimo, computadas desde la hora en que el trabajador egresa habitualmente de sus tareas. Este sistema admite como excepción, que el establecimiento por razones organizativas, otorgue a su personal una semana dos francos y la siguiente uno y así sucesivamente. Asimismo, siempre que se otorguen las cuarenta horas de descanso corridas a que refiere el primer párrafo, el medio franco podrá otorgarse a continuación del franco anterior, en lugar de precederlo”⁸⁶.

Originalmente FATSA propuso modificar la carga horaria semanal máxima pasándola de 44 a 40 horas. Aquellas instituciones que mantenían un sistema de 5 turnos tipo SADOFE o incluso un sistema MIXTO como el antes descrito, no debían realizar ninguna modificación, ya que sus enfermeros trabajan a lo sumo 35 horas semanales en SADOFE o 39,2 en el MIXTO, mientras que las instituciones

⁸⁶ Cf. CCT 122/75, artículo 20º. A la luz de este artículo existían –ya antes de la normativa que estudiamos– anomalías en los tres sistemas de organización presentados. Los turnos de la noche son de 10 horas; esto contradice la estipulación de una jornada máxima de 8 horas, y además si son día por medio, no respeta el descanso semanal de 40 horas corridas, pues el enfermero termina su turno a las 06.00 y vuelve a entrar al día siguiente a las 20.00, con lo cual el descanso, si bien se produce día por medio, nunca supera las 38 horas. Los turnos franqueros son de 14 horas, esto contradice nuevamente la jornada diaria máxima de 8 horas. En el sistema 4 x 1, en el cual los enfermeros trabajan 8 horas diarias durante 4 días y descansan 1, se vulnera el máximo de 44 horas semanales. En este sistema, a su vez, el enfermero tendrá disponibles algunos días de fin de semana y otros no, de manera más o menos irregular. Este aspecto, si bien no es de orden jurídico, fue advertido como un rasgo que afecta negativamente su vida extra-laboral.

que organizaban la asistencia de enfermería con 3 turnos sí se veían afectadas, ya que allí el trabajo semanal era de 44 horas (asumiendo 6 francos extraordinarios al mes).

Dado que las instituciones afectadas ya estaban otorgando francos extraordinarios para cumplir con la carga horaria máxima establecida por el convenio colectivo en su artículo 20º, –como hemos visto, las que cumplían el convenio sin otorgar ningún otro franco, estaban aproximadamente en 5 o 6 adicionales– el desarrollo de la negociación sobre la reducción de la carga horaria laboral se enmarcó en una discusión acerca de la cantidad de francos extraordinarios que se iban a incorporar al convenio colectivo para el sector Rehabilitación. La tabla aquí debajo presenta cuál sería la carga horaria semanal según la cantidad de francos compensatorios que se agreguen al sistema 4x1; como sabemos, ya antes de la paritaria de 2012 ese sistema debía otorgar 5,2 francos anuales para cumplir con el tope de 44 horas:

Tabla 46. Carga horaria semanal según cantidad de francos compensatorios en sistema 4 x 1.

SISTEMA ORGANIZACIONAL Y FRANCOS COMPENSATORIOS	CARGA HORARIA SEMANAL PROMEDIO
SISTEMA 4 x 1	44,80
SISTEMA 4 x 1 + 1 franco extra cada 10 semanas (5,2 anuales)	44
SISTEMA 4 x 1 + 1 franco extra cada 4 semanas (13 anuales)	42,80
SISTEMA 4 x 1 + 1 franco extra cada 1,65 semanas (31,5 anuales)	39,95
SISTEMA 4 x 1 + 1,22 francos extra cada 1 semana (63,4 anuales)	35

SISTEMA 4 x 1 + 1,35 francos extra cada 1 semana (70,2 anuales)	34
---	----

NOTA: fuente: elaboración propia.

La propuesta original de FATSA de llevar el máximo horario semanal a 40 horas suponía para las instituciones organizadas bajo el sistema 4x1 otorgar 31,5 francos anuales. Como el convenio colectivo al establecer el horario máximo en 44 horas y les exigía otorgar 5,2 francos anuales, la propuesta de FATSA implicaba un incremento de 26,3 francos anuales. Pasar de 44 a 40 horas semanales representaba una disminución del 9,1 % sobre el tope vigente.

Finalmente el acuerdo se alcanzó en 1 franco extraordinario cada 4 semanas, esto es, 13 francos extraordinarios por año. En promedio esto equivale a una carga horaria semanal máxima de 42,80 horas, y representa una disminución del 2,7 % para las instituciones organizadas bajo el sistema 4x1. Aquéllas organizadas bajo el sistema SADOFE o MIXTO no deberían verse afectadas.

Dicha disminución de la carga horaria del 2,7 % representa un incremento de 2,7 % en los costos del recurso humano de enfermería (asumiendo que cada una de las horas necesarias para alcanzar las horas totales del servicio tiene un costo equivalente al de las horas ya contratadas –es decir que no vamos a contemplar si se pagan como extras). Esto, a su vez, tiene un impacto de entre el 0,8 % y el 1,4 % en el costo total de la institución. La tabla aquí debajo expresa el incremento en los costos totales⁸⁷ de la propuesta original de FATSA y del acuerdo firmado.

Tabla 47. Impacto en el costo total de las instituciones de rehabilitación por modificación de la carga horaria semanal máxima. Comparación propuesta inicial y acuerdo firmado.

CARGA HORARIA SEMANAL MÁXIMA

⁸⁷ Si asumimos que el costo del recurso humano de enfermería representa entre un 50 % y un 60 % del costo total de recurso humano y que el costo total de recurso humano oscila entre el 60 % y el 70 % del costo total de la institución, el impacto del incremento en el costo del recurso humano de enfermería en el costo total oscilaría entre el 30 % y el 42 %, pero en instituciones con pacientes de baja complejidad, esto podría ser mayor.

IMPACTO EN EL COSTO TOTAL DE LAS INSTITUCIONES DE REHABILITACIÓN (bajo sistema 4 x 1): PROPUESTA INICIAL Y ACUERDO FIRMADO			
costo total	costo enfermería	impacto propuesta inicial FATSA (9,1 %) en costo total	impacto acuerdo firmado en costo total (2,7 %)
100%	30%	2,7%	0,8%
100%	40%	3,6%	1,1%
100%	50%	4,6%	1,4%

NOTA: fuente: elaboración propia.

CAPÍTULO 6

EL ROL DEL ESTADO EN LA NEGOCIACIÓN

El Estado Argentino no participó de la elaboración ni de la negociación en torno a las nuevas normas incluidas para reglamentar el trabajo en el sector Rehabilitación. No obstante, influyó indirectamente sobre ese proceso a través de diversas normativas del Ministerio de Salud que fueron invocadas para fundamentar los cambios propuestos, en especial la resolución 194/1995 con su categorización de tipos de pacientes y servicios de enfermería, y la resolución 47/2001 con los requisitos para establecimientos y servicio de rehabilitación. En este capítulo vamos a presentar esas normas para evaluar el rol que tuvieron en el proceso y contrastarlas con los acuerdos alcanzados que finalmente se plasmaron en la paritaria de 2012. Veremos que el acuerdo firmado en la paritaria 2012 entre el sindicato y la cámara supera la proporción sugerida por el Ministerio de Salud incluso para los establecimientos de riesgo más alto.

Entre las fuentes sobre las cuales FATSA fundamentó su propuesta se destaca la Resolución 194/1995 del Ministerio de Salud y Acción Social⁸⁸. Allí se propone una categorización de los servicios de enfermería en 3 niveles según el riesgo (bajo, medio y alto) y una clasificación de pacientes según una serie de criterios que enumeraremos más adelante, que los agrupa en 5 categorías: cuidados mínimos, moderados, intermedios, especiales e intensivos. Esta clasificación supone una determinación del tipo de pacientes y cuidados de los tres niveles de riesgo (bajo, medio y alto) en los cuales se propuso clasificar a los

⁸⁸ Cf. Resolución 194/1995 del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación sobre "Normas de categorización de establecimientos y servicios de enfermería en establecimientos de atención médica".

establecimientos asistenciales con internación⁸⁹. En los de bajo riesgo, los cuidados serían mínimos o moderados, en los de riesgo medio serían intermedios o especiales y en los de alto riesgo serían cuidados intensivos.

Según el sindicato la recomendación para los 3 niveles de servicio de enfermería de la resolución mencionada es de 1 enfermero cada 2 pacientes, 1 cada 4 o 1 cada 6 según complejidad del servicio. La propuesta del sindicato para rehabilitación de 1 enfermero cada 4 pacientes resultaba, según indicaron, de un promedio de estas tres categorías. Veremos que no es evidente cómo fue interpretada esta resolución para alcanzar estas proporciones.

En el primer (1) apartado vamos a exponer la clasificación de pacientes según el tipo de cuidados requeridos tal como lo establece la resolución 194/1995. En el segundo (2) vamos a presentar el informe sobre la carga horaria de las diversas tareas de enfermería que componen cada uno de esos tipos, y en el tercero (3) vamos a presentar las horas de atención de enfermería y dotación de personal sugerida para cada uno de ellos. Esto nos permitirá calcular qué proporción de pacientes por enfermero propone dicha regulación para cada categoría de pacientes y cuidados, y con ello podremos determinar en qué categoría se ubicarían los servicios de rehabilitación. También podremos compararlos con la cantidad de horas de enfermería sugerida para servicios de enfermería de otras especialidades.

En el cuarto (4) apartado vamos a trabajar con otra de las fuentes del Ministerio de Salud que fueron invocadas aunque sea tangencialmente en el curso de la negociación. Se trata de Resolución 47/2001 con los requisitos para establecimientos y servicios de rehabilitación. Allí se ofrece una clasificación de los establecimientos según niveles de riesgo y se propone una dotación de enfermería para cada uno de ellos.

El último (5) apartado contiene algunas consideraciones finales sobre el rol del Estado, los sindicatos y las cámaras en la determinación de las estructuras y reglas que articulan el modo de producir y organizar los servicios de salud.

⁸⁹ Cf Resolución 282/1994 del Ministerio de Salud y Acción Social que junto con la 194/1995 y otras, eran parte del Programa Nacional de Garantía de la Calidad de la Atención Médica.

6.1. Clasificación de los pacientes según tipo de cuidados requeridos

La resolución 194/1995 presenta un sistema de clasificación de pacientes basado en necesidades y grados de dependencia de enfermería para pacientes adultos. Siguiendo a Edwarson⁹⁰, considera al sistema de clasificación de pacientes como un instrumento utilizado para distribuir en categorías a los pacientes de acuerdo con ciertas necesidades asistenciales que pueden ser observadas clínicamente por la enfermera. El sistema propuesto tiene en cuenta (1) el grado de dependencia de los pacientes, (2) las necesidades individuales, (3) la atención directa e indirecta, (4) las características de la atención hospitalaria en nuestro medio, junto con las siguientes adaptaciones (a) características de los pacientes de cada sector de trabajo, (b) modalidad de distribución de los pacientes en el establecimiento, (c) división técnica del trabajo de enfermería, (d) implementación de un sistema de registros de enfermería que posibilite una clasificación. El resultado es un sistema de clasificación basado en necesidades y grados de dependencia de enfermería que los agrupa en cinco categorías:

1. Categoría 1: cuidados mínimos
2. Categoría 2: cuidados moderados
3. Categoría 3: cuidados intermedios
4. Categoría 4: cuidados especiales
5. Categoría 5: cuidados intensivos

Cada una de estas categorías está caracterizada a partir de un conjunto de tareas de enfermería.

Categoría 1: cuidados mínimos

1. Observación y control de la alimentación, higiene, movilización y eliminación.
2. Paciente colaborador.
3. Control de signos vitales una vez al día.

⁹⁰ Edwarson S. (1985). Measuring nursing productivity. *Nursing Economics*; 3:9-14.

4. Medicación por vía oral o parenteral.
5. Riesgos potenciales: ninguno.
6. Arreglo de la unidad.
7. Apoyo emocional.
8. Información al paciente.
9. Observación de la evolución y registros una vez por turno.
10. Índice de horas de atención de enfermería = 1 hora.
11. Unidades de producción de enfermería = 20 U.P.E.

Categoría 2: cuidados moderados

1. Ayuda en la higiene, movilización y eliminación.
2. Paciente poco colaborador.
3. Puede comer solo.
4. Control de signos vitales una vez por turno.
5. Medicación por diferentes vías cada 8 horas.
6. Puede estar con venoclisis.
7. Riesgos potenciales escasos.
8. Arreglo de la unidad más de una vez por día.
9. Información al paciente.
10. Observación de la evolución y registro dos veces por turno.
11. Puede requerir pruebas especiales.
12. Índice de horas de atención de enfermería = 3 horas.
13. Unidades de producción de enfermería = 60 U.P.E.

Categoría 3: cuidados intermedios

1. Necesitan ser alimentados.
2. Baño en cama o higiene parcial por turno.
3. Colocación de chata u orinal (control de eliminación).
4. Traslado acompañado o en silla de ruedas. Dificultad en la movilización.
5. Cuidado de la piel en puntos de presión.
6. Control de signos vitales una vez o más por turno.
7. Medicación por venoclisis y vía oral.
8. Poco colaborador. Cambios importantes en su estado general.

9. Riesgos potenciales: caídas, escaras, infección, complicaciones.
10. Arreglo de la unidad varias veces en un turno.
11. Uso de instrumentos de compensación de impedimentos funcionales (sondas) y posturales (almohadas, arcos).
12. Apoyo emocional al paciente y la familia.
13. Observación de la evolución y registro más de tres veces por turno.
14. Está sometido a tratamientos específicos que requieren controles (punciones, medicación riesgosa, estudios especiales).
15. Coordinación con otros profesionales para su atención.
16. Índice de horas de atención de enfermería = 5 horas.
17. Unidades de producción de enfermería = 100 U.P.E.

Categoría 4: cuidados especiales

1. Puede alimentarse por sí solo, con ayuda o por alimentación asistida.
2. Dificultad para movilizarse por reposo o requerimiento postural.
3. Baño en cama. Aseo perineal frecuente.
4. Uso de chata, orinal o sonda vesical conectada a bolsa colectora.
5. Venoclisis. Plan de hidratación.
6. Control de signos vitales varias veces en el turno según evolución.
7. Colocación de drenajes. Control.
8. Procedimientos invasivos para diagnóstico.
9. Curaciones complejas.
10. Cuidado general de la piel. Uso de colchón de aire. Cambios de decúbito frecuentes.
11. Riesgos potenciales: caídas, infección, requerimiento de oxígeno, escaras, complicaciones.
12. Toma de muestras para cultivos.
13. Análisis cualitativos.
14. Apoyo permanente de enfermería.
15. Información a la familia.
16. Observación de la evolución y registro más de cuatro veces por turno.
17. Requerimiento de asistencia de kinesiología y psicología.
18. Arreglo de la unidad y posible aislamiento.
19. Índice de horas de atención de enfermería = 6.30 horas.

20. Unidades de producción de enfermería = 130 U.P.E.

Categoría 5: cuidados intensivos

1. Alimentación asistida (parenteral o por sonda).
2. Higiene en cama con cambios frecuentes de ropa.
3. Movilización cada dos horas. Masajes en zona de apoyo.
4. Paciente no colaborador. Desorientado. Dormido. Puede estar en coma.
5. Fluidoterapia continua por más de una vía de acceso venoso o arterial, periférico o central.
6. Medicación riesgosa. Requiere controlar las dosis, formas de administración y efectos.
7. Sonda vesical y nasogástrica. No controla esfínteres.
8. Control de signos vitales. Presión venosa central, pupilas cada dos horas o con mayor frecuencia.
9. Conexión a monitor.
10. Aporte de oxígeno intermitente o permanente. Puede requerir asistencia respiratoria mecánica.
11. Control electrocardiográfico diario.
12. Muestras para cultivos y análisis cualitativos.
13. Procedimientos invasivos (punciones, traqueotomía).
14. Tratamientos especiales (diálisis).
15. Arreglo de la unidad con frecuencia.
16. Apoyo de kinesioterapia.
17. Vigilancia del paciente y registros muy frecuentes.
18. Control del balance hidroelectrolítico muy frecuente.
19. Apoyo emocional al paciente y a la familia estableciendo formas de comunicación de acuerdo a las circunstancias.
20. Informes de enfermería muy frecuentes.
21. Aplicación de medidas de estimulación a los pacientes.
22. Riesgos potenciales inmediatos: descompensación renal, neurológica, respiratoria, cardíaca. Infección generalizada.
23. Índice de horas de atención de enfermería = 10 horas.
24. Unidades de producción de enfermería = 200 U.P.E.

6.2. Cuantificación del tiempo de prácticas de enfermería

La resolución 194/1995 también incluye referencia a un informe⁹¹ de profesores de la Cátedra de Salud Pública II de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Rosario de 1985 en el cual se mide el tiempo de un elevado número de tareas de enfermería y a partir de allí se establece una unidad de producción de enfermería (UPE de aquí en más) de 3 minutos como medida para cuantificar la carga de trabajo y tiempo de cada tarea. La unidad de producción de enfermería es una medida de tiempo; 1 UPE equivale a 3 minutos, 2 UPE equivalen a 6 minutos, 3 UPE a 9 minutos, etcétera.

Una vez caracterizados los servicios e instituciones a través de una enumeración de las prácticas de enfermería que requieren sus pacientes, sería posible establecer la cantidad de unidades de producción de enfermería –o tiempo de trabajo de enfermería- de esos pacientes, de modo tal que se puede clasificar esos servicios e instituciones según la carga de trabajo requerida.

La siguiente tabla muestra el tiempo asignado a cada una de una larga lista de tareas de enfermería:

Tabla 48. Tiempo estimado de tareas y actividades de enfermería.

ACTIVIDADES	TIEMPO	U.P.E.
Entrevista al paciente	15'	5
Control de temperatura	6'	2
Control de tensión arterial	6'	2
Control de pulso	3'	1
Control de respiración	3'	1

⁹¹ El informe no es citado en la resolución y no hemos podido acceder a él. Según consta en la resolución se trata de un seguimiento cronometrado durante diez años por parte de alumnas de 4º año de la Licenciatura de Enfermería de la Escuela de Salud Pública de dicha Universidad.

Perímetros	3'	1
Curación simple	6'	2
Curación compleja	15'	5
Curación de escara	21'	7
Vendaje simple	3'	1
Vendaje elástico	3'	1
Faja de cuerpo	6'	2
Pruebas cualitativas de sangre	3'	1
Pruebas cualitativas de orina	3'	1
Pruebas cualitativas en materia fecal	3'	1
Medicación vía oral	3'	1
Medicación ocular	3'	1
Medicación ótica	3'	1
Medicación nasal	3'	1
Medicación sublingual	3'	1
Balance hidroelectrolítico	9'	3
Lavado de boca	3'	1
Confección de Kardex o tarjetero	6'	2
Confección de report	6'	2
Medicación intramuscular	6'	2
Medicación intrevenosa	9'	3
Medicación subcutánea	6'	2
Medicación intradérmica	3'	1
Medicación cutánea	3'	1
Medicación rectal	6'	2
Medicación vaginal	6'	2
Medicación por tubuladura	3'	3
Venoclisis	18'	6

Control de goteo	3'	3
Control de permeabilidad del catéter	3'	3
Cambio de frasco	3'	3
Lavado de oído	9'	3
Control de peso	3'	1
Control de talla	3'	1
Asistencia en examen	9'	3
Nebulizaciones	9'	3
Proetz	12'	4
Asistencia en procedimientos invasivos	9'	3
Información al paciente	3'	1
Confección de registros	3'	1
Control de presión venosa central	3'	1
Baño de cama	30'	10
Baño de ducha o bañera	15'	5
Aseo perineal	9'	3
Colocación de chata	6'	2
Colocación de orinal	6'	2
Enema	12'	4
Arreglo de la unidad	6'	2
Ayuda en la alimentación oral	15'	5
Ayuda en la marcha	9'	3
Traslado de cama a silla	6'	2
Rasurado higiénico	6'	2
Rasurado quirúrgico	12'	4
Administración de líquidos por boca	3'	1
Alimentación por sonda	12'	4
Alimentación parenteral	18'	6

Colocación de sonda	9'	3
Control y medición de drenaje	6'	2
Medición de micción horaria	3'	1
Control de diuresis	3'	1
Control de pérdidas por orificios naturales	6'	2
Cuidado de colostomía	15'	5
Aspiración de secreciones por traqueotomía	9'	3
Aspiración de secreciones por tubo endotraqueal	6'	2
Pase de guardia	15'	5
Control de registros	3'	1
Control de monitor individual	3'	1
Quimioterapia por catéter	30'	10
Control asistencia respiratoria	6'	2
Diálisis peritoneal	90'	30
Ejercicios respiratorios	3'	1
Drenaje postural	6'	2
Control de dolor	3'	1
Oxígeno por sonda o máscara (con tubo)	12'	4
Aplicación de calor	3'	1
Aplicación de frío	3'	1
Muestra para hemocultivo	9'	3
Muestra para urocultivo	6'	2
Muestra para coprocultivo	3'	1
Muestra para esputo	3'	1
Lavado vesical	12'	4
Peso de pañales	3'	1
Alimentación por biberón	9'	3
Sujeción de paciente	9'	3

Cambios de posición	6'	2
Control de riesgos ambientales	6'	2
Lavado de mano	3'	1
Observación del paciente (sueño y reposo)	6'	2
Entrevista a la familia	6'	2
Visita domiciliaria	21'	7
Vigilancia en procedimientos especiales	60'	20
Arreglo de uñas	6'	2
Tratamiento de pediculosis	30'	10
Lavado de cabello	12'	4
Control de la eliminación normal	3'	1
Control de estado de conciencia	6'	2
Control de las condiciones del material, insumos y medicamentos	6'	2

NOTA: fuente: informe de profesores de la Cátedra de Salud Pública II de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Rosario de 1985.

En resumen, en el trabajo presentado de la Universidad de Rosario sobre el que se basa la resolución, primero se midió el tiempo de las tareas, luego se identificaron las tareas de cada servicio, y por último se calculó el tiempo que lleva realizarlo. Vista la relevancia de este trabajo, sería importante corroborar que las mediciones de tiempo no estén afectadas por situaciones que pudieran servir de base para objetar la proyección de esos tiempos a otros casos o poblaciones, como ser por ejemplo el tipo de pacientes sobre los cuales se realizaron originalmente, o por quién realizó las tareas. Éstas son cuestiones relevantes para establecer la confiabilidad de los resultados de la medición. Pero no vamos a entrar aquí en esta cuestión metodológica, porque no contamos con suficiente información respecto de la población, los enfermeros que realizaban las prácticas ni el modo en que se llevó a cabo el proceso de medición.

6.3. Cantidad de pacientes por enfermero según Resolución 194/1995 MSAS

Vimos que en el informe referido por la resolución 194/1995 se mide el tiempo de un elevado número de tareas de enfermería y a partir de allí se establece una unidad de producción de enfermería de 3 minutos como medida para cuantificar la carga de trabajo y determinar el tiempo de cada tarea. Una vez caracterizados los servicios e instituciones a través de una enumeración de las prácticas de enfermería que requieren sus pacientes, es posible calcular el tiempo de trabajo de enfermería que requieren esos pacientes, y con ello clasificar esos servicios e instituciones según la carga de trabajo requerida.

A partir de estas mediciones, la resolución 194/1995 clasifica a las instituciones según nivel de riesgo, vinculando cada nivel de riesgo a una carga de trabajo de enfermería⁹².

Tabla 49. Requerimiento de horas diarias de atención de enfermería según nivel de riesgo de las instituciones.

ÍNDICE DE HORAS DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	bajo riesgo		mediano riesgo		alto riesgo
	cuidados mínimos	cuidados moderados	cuidados intermedios	cuidados especiales	cuidados intensivos
horas de atención por día	1	3	5	6,5	10

NOTA: fuente: resolución 194/1995.

Con esta información podemos ahora calcular la cantidad máxima de pacientes por enfermero que establece la resolución. En un turno de 8 horas, un enfermero podrá dedicar 1 hora a 8 pacientes o 0,33 horas a 24 pacientes. Si existen 3 turnos de 8 horas y 24 pacientes, cada paciente recibirá 1 hora por día, que es lo establecido

⁹² Cf. Resolución 194/1995 del Ministerio de Salud de la Nación, sección “Categorización de los servicios de enfermería”.

para la categoría de cuidados mínimos en la tabla 49. En el mismo turno de 8 horas, el enfermero podrá asistir 1 hora a 8 pacientes o 3 horas a 2,66 pacientes. Si existen 3 turnos de 8 horas y 8 pacientes, cada uno recibirá 3 horas de asistencia de enfermería. De este modo podemos calcular la cantidad máxima de pacientes que establece la resolución, tal como queda representado en la tabla aquí debajo.

Tabla 50. Cantidad de pacientes por enfermero según cantidad de horas diarias de atención de enfermería requeridas.

ÍNDICE DE HORAS DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	bajo riesgo		mediano riesgo		alto riesgo
	cuidados mínimos	cuidados moderados	cuidados intermedios	cuidados especiales	cuidados intensivos
horas de atención por día	1	3	5	6,5	10
pacientes por enfermero	24	8	4,8	3,7	2,4

NOTA: fuente: elaboración propia en base a datos de resolución 194/1995.

Ahora bien, la misma resolución también expresa la dotación de personal de enfermería en relación con la cantidad de camas de una institución⁹³, indexada según su nivel de riesgo⁹⁴.

Tabla 51. Requerimiento de personal de enfermería indexado según nivel de riesgo de la institución.

REQUISITO	NIVEL 1 - BAJO RIESGO	NIVEL 2 - MEDIANO RIESGO	NIVEL 3 - ALTO RIESGO
-----------	--------------------------	-----------------------------	--------------------------

⁹³ Cf. Resolución 194/1995 del Ministerio de Salud de la Nación, sección "Categorización de los servicios de enfermería".

⁹⁴ Para la clasificación de los establecimientos asistenciales con internación según nivel de riesgo la resolución 194/1995 se apoya en la resolución 282/1994 del Ministerio de Salud y Acción Social.

Dotación de personal. Relación personal de enfermería c/cama	1 personal c/ 1 cama ajuste en función de la demanda	1 personal c/ 0,75 camas ajuste en función de la demanda	1 personal c/ 0,66 camas ajuste en función de la demanda
---	--	--	--

NOTA: fuente: resolución 194/1995.

Esta tabla no expresa la carga de horas de enfermería de cada nivel sino una orientación para calcular la dotación de enfermeros de un establecimiento. No pretende establecer, por ende, una proporción entre pacientes y enfermeros, pues contempla, por ejemplo, el ausentismo programado⁹⁵. No obstante, llama la atención que en las horas de atención de enfermería por día de cada nivel de riesgo (cf. tabla 50), la proporción –medida en horas de atención– entre bajo y alto nivel de riesgo es de 1/10, mientras que en la tabla de dotación de personal, la proporción –medida en camas– entre bajo y alto nivel de riesgo es de 1 / 0,66.

Cabe agregar, por último, que la resolución incluye –aunque no explicita cómo ha dado con estos resultados– una propuesta de las horas de enfermería que requeriría cada una de las siguientes especialidades:

Tabla 52. Requerimiento de horas diarias de enfermería según especialidad.

ESPECIALIDAD	HORAS DE ENFERMERÍA
Clínica Médica	2,30
Clínica Quirúrgica	4
Obstetricia	2,30
Pediatría	4
Neonatología	10

⁹⁵ No es evidente cómo compatibilizar la dotación propuesta en el cuadro 3 con la fórmula propuesta en la resolución para calcular la dotación incorporando el ausentismo programado.

Terapia Intensiva	10
Unidad Coronaria	10
Terapia Intermedia	6
Unidades de Trasplantes sólidos y líquidos	6
Nefrología	4
Infectología	4
Servicios de Emergencia	9
Psiquiatría Agudos	6
Psiquiatría Crónicos	2,30

NOTA: fuente: resolución 194/1995.

Esto nos permite proyectar la proporción entre pacientes y enfermeros en cada una de estas especialidades. Así por ejemplo:

Tabla 53. Cantidad de pacientes por enfermero en distintas especialidades según requerimiento de horas diarias de atención de enfermería.

ÍNDICE DE HORAS DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	Clínica Médica	Pediatría	Infectología	Psiquiatría Agudos	Terapia Intermedia	Terapia Intensiva
horas de atención por día	2,5	4,0	4,0	6,0	6,0	10,0
pacientes por enfermero	9,6	6,0	6,0	4,0	4,0	2,4

NOTA: fuente: elaboración propia en base a datos de la resolución 194/1995.

No hallamos en esta lista a la rehabilitación como especialidad. Pero podemos hacer el camino inverso al que plasmamos en esta tabla, y partir del

número de pacientes por enfermero pactado en el acuerdo paritario de 2012 entre el sindicato y la cámara de instituciones privadas para calcular qué cantidad de horas de atención de enfermería supone para esa especialidad.

Tabla 54. Cantidad de pacientes por enfermero y horas diarias de atención de enfermería en especialidad rehabilitación, según acuerdo firmado 2012.

ÍNDICE DE HORAS DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	Rehabilitación
pacientes por enfermero	5,66
horas de atención por día	4,24

NOTA: fuente: elaboración propia en base a datos acuerdo paritario 2012.

Al establecer una proporción promedio de 5,66 pacientes por enfermero, el acuerdo paritario atribuía implícitamente a la especialidad Rehabilitación una carga de trabajo diaria de enfermería por paciente de 4,24 horas. Si tomamos como referencia la tabla anterior (53), esto ubicaría a la Rehabilitación por encima de Clínica Médica, Pediatría e Infectología y por debajo de Psiquiatría Agudos, Terapia Intermedia y Terapia Intensiva.

Vamos a ver a continuación una resolución posterior del Ministerio de Salud donde encontramos el esquema de categorización de los establecimientos por niveles de riesgo aplicado al ámbito de la rehabilitación, junto con una propuesta explícita de la carga de enfermería requerida por cada paciente en esta especialidad.

6.4. Caracterización de los establecimientos de rehabilitación según niveles de riesgo

Otra normativa importante invocada durante el proceso que culminó en el acuerdo paritario de 2012 donde se modificó la proporción entre pacientes y enfermeros fue la resolución 47/2001 del Ministerio de Salud. Esta resolución ofrece normas de categorización de establecimientos y servicios de rehabilitación, en concordancia con lo establecido en las Resoluciones 282/94, 801/94 y 211/96 del MSAS, según las cuales las unidades asistenciales en las que se brinden servicios a personas con discapacidad se deben clasificar según su nivel de riesgo en NIVEL 1, 2, 3, o EAG (unidad asistencial o establecimiento en aislamiento geográfico). Las características y funciones generales esperadas para los niveles I, II, III se encuentran definidas en las resoluciones citadas.

Estas normas de categorización de establecimientos de servicios de rehabilitación incluyen a servicios ambulatorios y con internación, públicos y privados, sean centros especializados, clínicas, sanatorios, institutos u hospitales - esta tipificación emana de la autoridad sanitaria jurisdiccional correspondiente y es independiente de la categorización asignada por el sistema único para la atención de personas con discapacidades. Los establecimientos pueden dedicarse en forma exclusiva o parcial a la atención de personas con discapacidad; en ambos casos los requisitos de categorización exigibles son los mismos⁹⁶.

Desde la perspectiva del beneficiario, los criterios de riesgo incluyen (a) edad y sexo, (b) comorbilidades, (c) estado clínico general, (d) tipo de discapacidad, (e) características de la discapacidad o minusvalía, (f) Situación social, entorno, domicilio (isócrona), (g) situación económica. Se supone que estos criterios de riesgo desde el paciente en base a estos parámetros deben orientar a las Juntas o instituciones de cobertura respecto del nivel al cual serán derivados para la rehabilitación.

El manual para la categorización de establecimientos de rehabilitación propuesto en la resolución incluye especificaciones acerca del tipo de pacientes que asisten a los establecimientos, el tipo de prestaciones que allí se brindan, los requisitos comunes para todos ellos y los requisitos particulares de cada nivel de riesgo, distinguiendo establecimientos de bajo riesgo, mediano riesgo sin

⁹⁶ La inclusión en la normativa incorporada en el Convenio Colectivo 122/75 de establecimientos dedicados sólo parcialmente a la rehabilitación, como geriátricos y centros de cuidados pos-agudos es coherente con esta indicación de la resolución.

internación, mediano riesgo con internación, alto riesgo con internación, consultorios y gabinetes unipersonales.

En cuanto al tipo de pacientes, distingue entre niños, adolescentes, adultos y gerontes. En cuanto al tipo de discapacidad, distingue entre discapacidades motoras, viscerales, mentales, visuales, auditivos, multidiscapacidades y patologías asociadas. En cuanto a las prestaciones brindadas por los establecimientos, identifica kinesiología, psicopedagogía, psicología, terapia ocupacional, servicio social, fonoaudiología, dependientes, internación en rehabilitación, internación general clínico-quirúrgica, hospital de día fisiátrico, ambulatorio jornada simple, ambulatorio jornada intensiva, atención domiciliaria en rehabilitación, internación domiciliaria en rehabilitación, traslados, transporte, actividades externas y si brinda servicios a usuarios que no son financiados por el Sistema Único.

A continuación se enumeran los tipos de pacientes que según la resolución deberían atenderse en establecimientos de cada uno de los tres niveles.

En establecimientos del primer nivel pacientes ambulatorios con discapacidad en etapa de mantenimiento, que requieren apoyo de servicio social, control periódico de la evolución de la discapacidad y/o de la comorbilidad relacionada y mayor frecuencia o intensidad del tratamiento que la que podría brindarse en un Consultorio o Gabinete unipersonal. Por ejemplo hemiplejías con secuelas motoras y sensitivas, enfermedades neurológicas que requieren kinesiología, terapia ocupacional, apoyo psicológico, parálisis cerebrales en etapa de tratamiento médico y kinésico, etc.

En establecimientos del segundo nivel, la tipología de casos es la misma que en el nivel anterior, pero para pacientes en etapa aguda o subaguda, con gran problemática social, alta frecuencia e intensidad terapéutica y que requiere de atención coordinada en forma permanente por equipos multidisciplinarios. Por ejemplo síndromes medulares, miopatías con compromiso respiratorio, etc.

En establecimientos del tercer nivel, igual tipología de casos que en los restantes niveles con cualquier grado de complejidad y características requeridas para la rehabilitación⁹⁷.

⁹⁷ Puede llamar la atención la ausencia de diferencias en la tipología de casos de los tres niveles, especialmente entre los del segundo y tercer nivel de riesgo. El primer nivel parece

Cada nivel de riesgo en el cual se agrupan los establecimientos tiene definido requisitos específicos en cada uno de estos ámbitos. Esto es, requisitos específicos en cuanto al tipo de prestaciones que se brindan, características de la infraestructura y equipamiento, y tipo de pacientes que debe estar en condiciones de recibir.

Nos interesa destacar aquí los requisitos de recursos humanos de enfermería que la resolución identifica para cada uno de los niveles de riesgo. Se indica allí que para los establecimientos del segundo nivel:

El número de enfermeras se calculará por el sistema de la “hora estándar” anual, para un porcentaje ocupacional teórico del 85 % y un requerimiento de 3 horas por paciente-día. La distribución será 50 % por la mañana, 30 % por la tarde y 20 % por la noche. Al menos la mitad del personal de enfermería tendrá título o diploma profesional o auxiliar⁹⁸.

Mientras que para los establecimientos del tercer nivel:

El número de enfermeras se calculará por el sistema de la “hora estándar” anual, para un porcentaje ocupacional teórico del 85 % y un requerimiento de 4 horas por paciente-día. La distribución será 50 % por la mañana, 30 % por la tarde y 20 % por la noche. Al menos el 75 % del personal de enfermería tendrá título o diploma profesional o auxiliar⁹⁹.

abocado a pacientes en etapa de “mantenimiento” por oposición a etapa de “rehabilitación” una distinción legítima pero problemática tanto en su aspecto clínico como psico-social.

⁹⁸ Cf. Resolución 47/2001 del Ministerio de Salud de la Nación, “Normas de categorización de establecimientos y servicios de rehabilitación” p. 79.

⁹⁹ Ídem. Es interesante considerar estos requisitos en cuanto a la formación de personal de enfermería de los servicios de rehabilitación a la luz de las observaciones acerca de la formación del recurso humano que presentamos en el capítulo sobre la evolución de la enfermería y su relación con la rehabilitación.

Vemos entonces que según estas recomendaciones de la Dirección de Servicios de Calidad del Ministerio de Salud de la Nación, el requerimiento de enfermería para los establecimientos del segundo nivel es de 3 horas de enfermería por día y para los del tercer nivel es de 4 horas por día.

Ya indicamos que el acuerdo paritario de 2012 propone como máximo 5 pacientes por enfermero en el turno mañana. En un turno diurno de 8 horas cada enfermero tiene 1,6 horas disponibles para cada paciente. Para el turno tarde y noche el acuerdo paritario propone un máximo de 6 pacientes por enfermero. O sea que en un turno vespertino o nocturno de 8 horas cada enfermero dispone de 1,33 horas para cada paciente. Los tres turnos sumados suponen un total de 4,26 horas de enfermería para cada paciente por día.

En consecuencia, el acuerdo paritario supuso un 6,5 % más que lo recomendado por la resolución del Ministerio de Salud de la Nación para establecimientos del tercer nivel de riesgo y un 42 % más que lo recomendado para los del segundo nivel de riesgo.

Tabla 55. Proporción entre enfermeros y pacientes según acuerdo paritario 2012.

Proporción entre enfermeros y pacientes según acuerdo paritario de 2012			
	enfermeros	pacientes asistidos	horas atención por paciente
mañana	1 (8 horas)	5	1,6
tarde	1 (8 horas)	6	1,33
noche	1 (8 horas)	6	1,33
horas / paciente-día			4,26

NOTA: fuente: elaboración propia en base a datos acuerdo paritario 2012.

Otro modo de presentar esta observación (o una muy similar) consiste en señalar que 24 horas de enfermería permiten -según la resolución 47/2001- cubrir los requisitos de 8 pacientes-día del segundo nivel o de 6 pacientes-día del tercer nivel. Esto representa un 42 % más y un 6,5 % más respectivamente que lo que permite cubrir la normativa acordada en la paritaria de 2012 entre el sindicato y los signatarios del Convenio Colectivo 122/75, pues según esta normativa 24 horas de enfermería son suficientes para asistir a 5,63 pacientes (4,26 horas por paciente-día).

Tabla 56. Comparación de exigencia de horas diarias de enfermería según paritaria 2012 y resolución 47/2001.

<p align="center">Comparación de exigencia de horas de enfermería según paritaria de 2012 y Res. 47/2001</p>		
	carga horaria exigida	cantidad de pacientes asistidos
Nivel II de riesgo (R 47/2011)	3 horas por día	8
Nivel III de riesgo (R 47/2011)	4 horas por día	6
Paritaria 2012	4,26 horas por día	5,66

NOTA: fuente: elaboración propia en base a datos acuerdo paritario 2012 y resolución 47/2001.

6.5. Articulación entre el Estado, sindicato y cámaras

Si bien el Estado Argentino no participó de la discusión y negociación en torno a la proporción entre pacientes y enfermeros que se llevó a cabo durante el 2011 y 2012, su influencia indirecta puede percibirse en la mención de algunas de las resoluciones del Ministerio de Salud de la Nación por parte de los actores directamente involucrados en dicho proceso. Esta presencia indirecta e informal – en tanto no responde a ninguna exigencia– evidencia la articulación imperfecta entre los principales actores del sistema de salud de la Argentina¹⁰⁰.

Hemos observado que la resolución 194/1995, que ofrece una categorización de los servicios de enfermería, establece una atención de 1 hora de enfermería para los cuidados mínimos, 3 para los cuidados moderados, 5 para los cuidados intermedios, 6,5 para los cuidados especiales y 10 para los cuidados intensivos. Visto que el acuerdo paritario supone 4,26 horas de atención de enfermería para pacientes en rehabilitación, considera que en esas instituciones se brindan cuidados entre moderados e intermedios.

También podemos comparar la carga de enfermería en rehabilitación acordada en el acuerdo paritario de 2012 con la propuesta en la resolución para otras especialidades. Las 4,26 horas de atención diaria de enfermería en Rehabilitación estarían por encima de las 2,5 horas requeridas en Clínica Médica, de las 4 horas requeridas en Pediatría o Infectología, y por debajo de las 6 horas requeridas en Terapia Intermedia o Psiquiatría Agudos, y de las 10 horas requeridas en Terapia Intensiva.

La resolución 47/2001, tal vez la más pertinente por versar sobre requisitos de establecimientos y servicios de rehabilitación, establece 3 horas de atención diaria para los establecimientos de rehabilitación en el nivel 2 de riesgo y 4 horas para los de nivel 3¹⁰¹. El acuerdo paritario de 2012, como hemos visto, supone para el sector Rehabilitación una carga asistencial de enfermería superior al nivel más alto reconocido por el Ministerio de Salud.

¹⁰⁰ Esta desarticulación se advierte todavía en una nota técnica de marzo 2015 que la AFIP le envía a ADECRA como resumen de una reunión de trabajo para establecer un indicador mínimo presunto de trabajadores de enfermería del sector privado, donde AFIP refleja las proporciones establecidas en el 122/75 de 1 enfermero cada 12 y 14 camas, ignorando la modificación pactada para el sector Rehabilitación en agosto 2012.

¹⁰¹ Esto es menos que lo asignado para los cuidados intermedios y especiales vinculados al nivel 2 en la resolución 194/1995. Allí se asignan 5 horas diarias a los cuidados intermedios y 6,5 horas diarias a los cuidados especiales.

Curiosamente la mención de estas resoluciones no provinieron del sector privado sino del sindicato, a pesar de que el acuerdo alcanzado implicó un número de enfermeros incluso mayor al recomendado por el Estado. Esto se debe no solamente a la inclinación del sector privado y del sindical a resolver cuestiones del ámbito laboral con cierta autonomía que relativiza o ignora la voz del Estado, sino principalmente al hecho de que en la década que pasó entre la resolución de 2001 y el acuerdo arribado en 2012 el trabajo de rehabilitación de algunas instituciones fundamentalmente de Capital Federal se había vuelto más complejo y la carga diaria de enfermería se había incrementado.

CAPÍTULO 7

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El acuerdo paritario de agosto de 2012 incorporó cambios en la proporción mínima entre enfermeros y pacientes y redujo el horario máximo semanal laborable. Modificó el máximo de pacientes que puede asistir cada enfermero, llevándolo de 12 a 5 o 6. Esto implica que las instituciones de rehabilitación antes debían operar con un mínimo de 7,94 enfermeros cada 100 pacientes y tras el acuerdo ese mínimo pasó a 17,78 enfermeros para la misma cantidad de pacientes. Comporta un incremento del 124 % en la cantidad mínima de enfermeros con un plazo de entrada en vigencia de seis meses.

En esta investigación procuramos explicar estas normas que acordaron FATSA por la parte sindical y ADECRA y otros por la cámara privada. El núcleo de nuestra explicación consiste en señalar la existencia de una serie de cambios ocurridos durante los últimos años del siglo pasado y la primera década del actual en el perfil de los pacientes de internación en rehabilitación, en la infraestructura y la composición de los equipos de recurso humano destinados a su asistencia.

El cambio en el perfil de pacientes salta a la vista al comparar la caracterización de las prestaciones de rehabilitación aportada por la resolución 428/99 del Ministerio de Salud y Acción Social –donde se describe un tipo de paciente cuya complejidad es significativamente menor que la encontrada en las instituciones con internación del sector Rehabilitación en 2010– con la caracterización del enfermero de rehabilitación ofrecida en el nuevo artículo 7º del acuerdo firmado en la paritaria 2012. Entre otras cosas, la resolución de 1999 refiere a pacientes sin medicación endovenosa, sin escaras de tercer nivel, sin sondas de alimentación, vías centrales o catéteres implantados, sin compromiso respiratorio o requisitos de ventilación mecánica invasiva o no invasiva, situaciones recurrentes pocos años después en el perfil de las poblaciones de las instituciones de rehabilitación.

Esta notable diferencia entre el tipo de paciente que describe el nomenclador de 1999 y aquel otro, más complejo, que era frecuente encontrar en las instituciones de rehabilitación de Capital Federal en 2010, explica que la normativa acordada en la paritaria de 2012 entre el sindicato y las cámaras modifique de manera tan aparentemente abrupta la proporción entre enfermeros y pacientes. Un cambio en la dotación de enfermería que en los hechos ya venía produciéndose debido justamente a las importantes variaciones en las características de la población asistida.

En este trabajo también procuramos realizar un análisis del impacto económico de dicho acuerdo. Al hacerlo pudimos observar que las instituciones se veían diversamente afectadas según el sistema organizacional mediante el cual estructuran el trabajo de enfermería. Para cada sistema organizacional analizamos el impacto económico tanto del cambio en la proporción de pacientes por enfermero como de la modificación en el tope máximo del horario laboral semanal. Dicho análisis también ayudó para comprender cómo se desarrolló la negociación entre los actores que condujeron el acuerdo paritario.

En este capítulo vamos a evaluar y recomendar una solución alternativa para la proporción entre pacientes y enfermeros, demostrando que –además de otras ventajas– resulta más costo-efectiva que la que se firmó en el acuerdo paritario. En segundo lugar vamos a destacar algunas diferencias en torno a la carga horaria semanal de los enfermeros y a la cantidad de personal de enfermería requerido por los distintos sistemas de organización de enfermería descriptos en el capítulo 5. En tercer lugar vamos a señalar algunos problemas en la redacción de la cláusula que modifica el horario máximo semanal laborable, donde una ambigüedad o error en el texto firmado podría traer serias complicaciones en el futuro. Finalizaremos este trabajo repasando las principales conclusiones a las que nos ha conducido nuestra investigación.

7.1. Evaluación de un esquema alternativo en la proporción de pacientes por enfermero

Vamos a considerar ahora un aspecto relevante del acuerdo paritario, aquél que consistió en no incorporar la figura del ayudante de enfermería. Como se dijo, la negociación se focalizó en la cantidad de enfermeros y desestimó de entrada por negativa de la cámara la incorporación de ayudantes en la proporción que fuere. Recordemos que en un comienzo FATSA solicitaba incorporar 1 auxiliar cada 2 enfermeros. La motivación para dicha incorporación, que tampoco hubiese sido novedosa para algunas instituciones, proviene de la carga de trabajo físico que el enfermero debe realizar en pacientes de rehabilitación. A diferencia de lo que ocurre en otros ámbitos asistenciales, estos pacientes deben ser permanentemente rotados, levantados, acostados, cambiados de ropa; en fin, movilizados mucho más que otros. Según el sindicato el índice de siniestralidad de estas instituciones es sensiblemente más alto que el de otras¹⁰². Éste fue uno de los argumentos principales utilizados para modificar la proporción de pacientes por enfermero, pero también para incorporar la figura del ayudante.

Desde nuestra perspectiva esta introducción habría tenido al menos dos características convenientes. Una de ellas es que permitiría jerarquizar la tarea del enfermero, al mantener su trabajo focalizado principalmente en cuestiones vinculadas a la medicación y el estado de salud del paciente, relegando las tareas físicas y de cuidados generales a un ayudante. La segunda es que la escasez actual de enfermeros hace que sea mucho más fácil encontrar y formar ayudantes que enfermeros. Claro que como las tareas del ayudante son realizadas actualmente por enfermeros, la incorporación del ayudante sería similar a la vieja figura del enfermero empírico, excepto por el hecho relevante de que no podría realizar ciertas maniobras técnicas.

Ya hemos visto más arriba cuál era el costo de la propuesta original del sindicato en cuanto a la incorporación de ayudantes y sabemos cuál fue el acuerdo alcanzado en la negociación. Esto nos permite proyectar sistemas alternativos de organización pero igualmente costosos al exigido por la nueva normativa, que incluyan ayudantes de enfermería y modifiquen la proporción de pacientes por enfermero. El acuerdo firmado llevó el máximo de pacientes a 5 por la mañana y 6 por la tarde y noche, no agregó ayudantes de enfermería y tuvo un impacto en los costos totales de entre 37 % y 62 % (ver tablas 40 y 42).

¹⁰² Es difícil contrastar esta apreciación. Los datos de siniestralidad disponibles en salud no están desagregados para el sector Rehabilitación.

Una modificación alternativa del sistema de organización y la distribución del trabajo de enfermería equivalente en el incremento de costos a la que se firmó habría sido la de llevar la cantidad máxima de pacientes por enfermero a 7 y la de incorporar un ayudante de enfermería cada 3 enfermeros. La cantidad de enfermeros se incrementaría un 81 % a lo cual se suman los ayudantes respectivos, que representan otro 60 % de incremento del personal destinado a tareas de enfermería. Esto da un total de 141 % en el incremento de personal destinado a tareas de enfermería, significativamente superior al 124 % firmado en el acuerdo paritario.

Tabla 57. Proporción alternativa de pacientes y ayudantes por enfermero.

PROPORCIÓN ALTERNATIVA DE PACIENTES Y AYUDANTES POR ENFERMERO				
	horas / día	pacientes por enfermero		ayudantes por enfermero
		antes	después	
atención turno mañana (06.00 - 14.00)	0,33	12	7	0,33
atención turno tarde (14.00 - 22.00)	0,33	12	7	0,33
atención turno noche (22.00 - 06.00)	0,33	14	7	0,33
promedio ponderado		12,67	7,00	0,33

NOTA: fuente: elaboración propia.

Tabla 58. Incremento en la cantidad mínima de enfermeros en rehabilitación. Propuesta alternativa.

INCREMENTO EN LA CANTIDAD MÍNIMA DE ENFERMEROS EN REHABILITACIÓN

atención de 100 pacientes	antes	después	incremento
cantidad enfermeros (por turno)	7,89	14,29	81%

NOTA: fuente: elaboración propia.

Tabla 59. Incremento en la cantidad mínima de ayudantes en rehabilitación. Propuesta alternativa.

INCREMENTO EN LA CANTIDAD MÍNIMA DE AYUDANTES EN REHABILITACIÓN			
atención de 100 pacientes	antes	después	Incremento (base 7,89)
cantidad enfermeros y ayudantes (por turno)	0	4,76	60%

NOTA: fuente: elaboración propia.

La siguiente tabla compara la cantidad de personas destinadas a tareas de enfermería según el acuerdo firmado con la que resulta de la organización alternativa que estamos considerando:

Tabla 60. Comparación entre acuerdo firmada 2012 y propuesta alternativa según cantidad de enfermeros y ayudantes por paciente.

ENFERMEROS Y AYUDANTES POR PACIENTE: COMPARACIÓN ACUERDO 2012 CON ESQUEMA ALTERNATIVO					
Atención de 100 pacientes	Antes	Después de normativa (5,66 pac. x enf., sin ayudantes)	%	Alternativa (7 pac. x enf. + 1 ayudante c/ 3 enf.)	%
Cantidad de personal destinado a tareas de enfermería	7,89	17,65	124 %	19,05	141 %

NOTA: fuente: elaboración propia.

Si suponemos que el salario de un ayudante de enfermería equivale a 75 % del salario de un enfermero, el incremento del 60 % en cantidad de ayudantes (debido a la incorporación de 1 ayudante cada 3 enfermeros) implica un incremento en los costos de un 45 % ($60 \% \times 0,75$). El incremento total de los costos del recurso humano destinado a tareas de enfermería de la institución (la suma del incremento de 81 % debido a los enfermeros incorporados y del incremento de 45 % debido a los ayudantes incorporados) sería entonces del 126 %. Como hemos visto, la nueva proporción de enfermeros y pacientes firmada en el acuerdo supuso para las instituciones un incremento en los costos originados en salarios del recurso humano de enfermería del 124 %. Si aplicamos este 126 % al porcentaje que dichos salarios representan sobre el costo total de las instituciones, obtenemos la siguiente tabla:

Tabla 61. Impacto sobre costos de la alternativa propuesta para la proporción de pacientes por enfermeros y ayudantes.

ALTERNATIVA: 7 PACIENTES POR ENFERMERO + 1 AYUDANTE CADA 3 ENFERMERO		
costo total	costo enfermería	impacto de la normativa alternativa en costo total
100%	30%	38%
100%	40%	50%
100%	50%	63%

NOTA: fuente: elaboración propia.

Esta alternativa que presentamos aquí, entonces, es desde el punto de vista económico casi igualmente costosa que la firmada, pero tiene la ventaja de que destina más personas a las tareas de enfermería y jerarquiza a los profesionales que han estudiado para adquirir los conocimientos teóricos y destrezas técnicas

necesarios para ciertas maniobras del cuidado del paciente, mientras que otras tareas esenciales para la rehabilitación, como rotar, bañar, asear, quedarían a cargo del ayudante.

En este sistema el máximo de pacientes por enfermero es más alto que el máximo establecido por el acuerdo firmado, pero los enfermeros cuentan con el apoyo de ayudantes de enfermería para realizar aquellas tareas que requieren menor destreza técnica, en una proporción de 1 ayudante cada 3 enfermeros. Nótese que la cantidad de personas que se incorporan al servicio de enfermería es mayor en este esquema que en el que se firmó en la paritaria de 2012. En el acuerdo firmado la atención de 100 pacientes pasó a requerir 17,65 enfermeros por turno, mientras que en este esquema se requiere de 14,29 enfermeros y 4,76 ayudantes de enfermería, esto es, 19,05 en total. Siempre y cuando las tareas destinadas a los ayudantes no pierdan calidad al ser realizadas por ellos en vez de por enfermeros, la atención de los pacientes debería mejorar al incrementarse la cantidad de horas de asistencia. Ya he dicho que la introducción de ayudantes jerarquizaría el rol del enfermero y haría menguar la dificultad de formar equipos, debida a la escasez del recurso humano de enfermería, problema que por otra parte hace que en la práctica muchas instituciones trabajen en los hechos con personas que realizan tareas de enfermería –de cualquier tipo– sin el título habilitante correspondiente.

7.2. Cantidad de enfermeros requeridos y carga horaria semanal en los distintos sistemas de organización de enfermería

Una de las consecuencias relevantes del acuerdo paritario de 2012 para el sector Rehabilitación fue la reducción de la carga horaria semanal de los enfermeros bajo ciertos esquemas organizacionales. FATSA propuso inicialmente pasarla de un máximo de 44 horas a 40 horas semanales¹⁰³. Sabemos que esta

¹⁰³ A diferencia del otro punto central de la negociación, aquel referido a la proporción entre enfermeros y pacientes, no hay nada en éste que lo vuelva un tema específico del sector Rehabilitación. La estrategia de FATSA en este caso ha sido negociar con un sub-sector algo que el sector salud en su conjunto no admitiría.

modificación no afectaba de igual modo a todas las instituciones, ya que existían y existen diferencias entre ellas según el modo de organizar los turnos de enfermería.

En el sistema SADOFE los enfermeros –de turnos MAÑANA, TARDE y NOCHE trabajan 35 horas a la semana. Si contemplamos el turno franquero, el horario promedio bajo esta modalidad es de 24,1 horas semanales. En el sistema 4 x 1, si no tuvieran francos compensatorios, los enfermeros trabajarían 44,8 horas semanales, ya que trabajan 8 horas por día en 5,6 días de cada semana. En el sistema MIXTO los enfermeros de la mañana y la tarde también trabajan cuatro de cada cinco días, pero como la jornada laboral es de 7 horas, la carga horaria semanal es de 39,2 horas. Si contemplamos aquí los turnos de la noche, que trabajan 35 horas, en el sistema MIXTO el horario promedio es de 37,1 horas semanales.

Antes de introducirnos en el problema de la redacción de la cláusula que modificó el horario semanal máximo, señalemos dos características importantes de estas variantes organizacionales.

La primera de ellas es que, debido a su modalidad organizativa, el sistema SADOFE necesita un 29,1 % más de enfermeros que el sistema 4x1 para la misma cantidad de horas de trabajo, ya que para cubrir 100 horas, un sistema emplea 2,93 enfermeros mientras que el otro emplea 2,27. Esta diferencia –en un contexto laboral donde escasea el recurso humano de enfermería– es tenida por virtud a ojos de quienes defienden el sistema 4x1, aunque es probable que no se interprete así desde una perspectiva sindical. Tras el acuerdo alcanzado, como veremos, esa diferencia aún significativa se redujo al 25,2 %: para 100 horas de trabajo, el sistema 4x1 pasó a emplear 2,34 enfermeros frente a los 2,93 de SADOFE. La siguiente tabla expresa esta diferencia:

Tabla 62. Cantidad de enfermeros requeridos en sistema SADOFE y sistema 4 x 1.

SISTEMA ORGANIZACIONAL	SADOFE (34,1 horas prom.)	SISTEMA 4x1 (44 horas prom.)	Diferencia
-------------------------------	--	---	-------------------

Cantidad de enfermeros requeridos para cubrir 100 horas por semana	2,93	2,27	29,1%
--	------	------	-------

NOTA: fuente: elaboración propia.¹⁰⁴

La segunda es que, como la remuneración mínima establecida en el convenio colectivo es la misma para cualquier sistema, la carga de trabajo del enfermero por la misma remuneración varía significativamente de uno a otro. Un enfermero del sistema 4x1 en turnos mañana o tarde, que para no superar las 44 horas semanales recibe 6 francos extraordinarios al mes, trabaja un 29 % más que un enfermero bajo la misma remuneración en sistema SADOFE. Ese enfermero en sistema 4x1 tiene un 24 % menos de días francos, pues en SADOFE tiene 2 francos cada 7 días, esto es, 104 al año, mientras que en 4x1 tiene 1 cada 5 días – 73 francos– más 6 francos compensatorios, esto es, 79 en total.

Tabla 63. Carga horaria semanal de trabajo en sistema SADOFE y sistema 4x1.

SISTEMA ORGANIZACIONAL	SADOFE	SISTEMA 4x1	Diferencia
Horas semanales	34,1	44	29 %
Francos anuales	104	79 (73 + 6)	- 24 %

NOTA: fuente: elaboración propia.

7.3. Problema en la redacción de la cláusula sobre la carga horaria semanal máxima

¹⁰⁴ Si se toma como base para calcular el porcentaje al sistema SADOFE, resulta que el sistema 4x1 emplea un 23 % de enfermeros menos que el sistema SADOFE.

La modificación de la carga horaria máxima semanal se incorporó en la cláusula de rehabilitación del acuerdo firmado en 2012. El punto 7 de dicho acuerdo modificó el artículo 7º del CCT 122/75 agregándole el inciso 10 bis. El texto del inciso agregado dice lo siguiente:

Sin perjuicio de la jornada normal prevista en el art. 20, el personal que cumpliera una jornada superior a las 34 horas semanales, gozará a partir del 1 de septiembre de 2012, al menos un franco adicional cada 4 semanas, que se adicionarán a los previstos en el presente convenio colectivo, los que serán asignados de acuerdo a las necesidades de cada establecimiento, en forma inmediata anterior o posterior a uno de los francos semanales comprendidos dentro de dicho ciclo de 4 semanas¹⁰⁵.

Si bien la negociación paritaria versaba en este punto en torno a los sistemas de organización tipo 4x1 descriptos más arriba, en los cuales la carga horaria de los enfermeros era superior a las 44 horas semanales, la redacción de la cláusula alude al personal que cumpliera una jornada superior a las 34 horas –en vez de 44 horas– semanales.

No hay explicación para justificar que se haga referencia a 34 horas semanales en este inciso. Jamás se propuso tal cosa en todo el curso de la negociación, en la cual el sindicato comenzó con una posición que pretendía que la carga horaria semanal no fuera superior a las 40 horas.

Pero no es improbable que en un futuro¹⁰⁶ este texto sirva de base para reclamos sindicales o de particulares que procuren reducir la carga horaria semanal, pues algunos pueden interpretar que se propone otorgar un franco compensatorio cada 4 semanas incluso a los turnos que actualmente trabajan 7

¹⁰⁵ CCT 122/75, artículo 7º, inciso 10 bis, punto 7º.

¹⁰⁶ Dos años después de escrita la primera versión de este párrafo ya existen reclamos laborales donde enfermeros que trabajan 35 horas semanales demandan a las instituciones por incumplir con el franco compensatorio incorporado en el inciso de rehabilitación al que hacemos referencia.

horas diarias de lunes a viernes, esto es, 35 horas semanales o más, como ocurre en los sistemas SADOFE y MIXTO.

Contra esta lectura en ADECRA señalan que el texto indica expresamente que el franco adicional se suma a los previamente previstos en el artículo 20º. Como allí se contemplan 6 francos cada 4 semanas –ya que se admite que la primera semana se otorguen 2 francos, la segunda uno, la tercera dos y la cuarta uno– concluyen que la modificación del punto 7º del inciso 10 bis del artículo 7º del CCT expresa que la cantidad de francos cada 4 semanas asciende a 7. Como las instituciones que están en el sistema SADOFE otorgan 8 francos en ese período de tiempo, el cambio en la normativa no las afecta. Pero aún si esta interpretación es correcta no se explica por qué la redacción de la cláusula alude a 34 horas semanales en vez de a 44 horas. No ofreceremos en esta instancia conjeturas en torno a las causas de esta curiosa y potencialmente explosiva errata. Pero deja como enseñanza la extrema relevancia de elegir quiénes son los representantes que estarán a cargo de redactar y supervisar la redacción de los acuerdos, así como la existencia de pujas dentro de los grupos representados por definir quién estará a cargo de dicha representación, debido a que en lo común siempre late lo diverso y en lo diverso lo común.

Nótese que no ocurre lo mismo con el sistema MIXTO, en el cual los enfermeros trabajan 7 horas 5,6 días por semana, con un total de 39,2 horas. Pues como bajo ese sistema, al igual que en el sistema 4 X 1, los enfermeros trabajan 5,6 días a la semana, tienen en un ciclo de 4 semanas 5,6 francos, en vez de los 7 que fija la nueva norma al sumar 1 a los 6 establecidos anteriormente por el CCT 122/75.

La interpretación de ADECRA se basa en que el franco compensatorio no se suma a los que de hecho otorgue cada institución, sino a los previstos en el artículo 20º, que estipula 6 cada cuatro semanas. Si se interpretase, en cambio, que el franco rige siempre que la carga horaria semanal sea superior a las 34 horas, el incremento en los costos sería superior y distinto para cada sistema de organización.

Para las instituciones bajo el sistema SADOFE, implicaría pasar de 35 horas¹⁰⁷ semanales a 33,25, ya que 1 franco cada 4 semanas equivale a 0,25

¹⁰⁷ Para simplificar, no hemos incluido aquí el turno franquero. De hacerlo el incremento sería alrededor de un 20 % menor.

franco por semana, y siendo la jornada –en este sistema– de 7 horas diarias, esto equivaldría a reducir la carga horaria semanal en 1,75 horas, llevándola a 33 horas y 15 minutos, lo cual representaría una reducción del 5 % y un consecuente incremento en los costos del 5 %.

Tabla 64. Impacto en costo sobre sistema SADOFE por interpretación alternativa de la cláusula.

CARGA HORARIA SEMANAL MÁXIMA			
IMPACTO EN EL COSTO TOTAL DE LAS INSTITUCIONES DE REHABILITACIÓN (bajo sistema SADOFE):			
costo total	costo enfermería	impacto propuesta inicial FATSA en costo total	impacto acuerdo firmado en costo total (5 %)
100%	30%	0 %	1,5%
100%	40%	0 %	2%
100%	50%	0 %	2,5%

NOTA: fuente: elaboración propia.

Nótese también que tal como se ha redactado la cláusula, el sistema SADOFE estaría en una carga horaria semanal que en promedio es incluso menor a las 34 horas, pues para estar en esa carga debería dar 0,14 francos por semana ($35 - 34 = 1 = 0,14 \times 7$), esto es, 1 franco cada 7 semanas.

Pero resulta que la redacción de la cláusula podría afectar incluso al sistema 4x1, ya que sin importar cuántos francos compensatorios ese sistema haya dado – por caso 13 anuales, 1 cada cuatro semanas como dice el texto– toda vez que sus enfermeros se encuentren todavía por encima de las 34 horas semanales, tendrían derecho a un franco compensatorio más. Esto obligaría a las instituciones organizadas bajo sistema 4x1 a otorgar 70,2 francos anuales (ver tabla 46). Las

obligaría a pasar de un máximo de 44 horas a 34 horas, lo cual representa una disminución del 22,7 %.

Tabla 65. Impacto en costo sobre sistema 4 x 1 por interpretación alternativa de la cláusula.

CARGA HORARIA SEMANAL MÁXIMA			
IMPACTO EN EL COSTO TOTAL DE LAS INSTITUCIONES DE REHABILITACIÓN (bajo sistema 4 x 1): PROPUESTA INICIAL Y ACUERDO FIRMADO			
costo total	costo enfermería	impacto propuesta inicial FATSA (9,1 %) en costo total	impacto acuerdo firmado en costo total (22,7 %)
100%	30%	2,7%	6,8%
100%	40%	3,6%	9,1%
100%	50%	4,6%	11,3%

NOTA: fuente: elaboración propia.

La cláusula también afectaría a todos los turnos del sistema organizacional MIXTO, pues a la mañana y a la tarde trabajan 39,2 horas y a la noche 35. Para no superar las 34 horas semanales deberían dar a los enfermeros de turnos mañana y tarde 0,74 francos por semana ($39,2 - 34 = 5,2 = 0,74 \times 7$) y a los de la noche 0,14 francos por semana ($35 - 34 = 1 = 0,14 \times 7$). Los enfermeros de la noche del sistema MIXTO, tal como los del sistema SADOFE, con la cláusula estarían en una carga horaria semanal de 33,25, incluso menos que las 34 horas a las que allí se hace referencia.

Por todo lo dicho, y a pesar de que la referencia a las 34 horas en la redacción de la cláusula puede generar perplejidad, es bastante claro a la luz del punto de partida y la evolución de la negociación que no era la intención del sindicato ni de la cámara limitar la carga horaria máxima a 34 horas semanales. Estas observaciones ilustran, por otra parte, la importancia que tiene la instancia de

redacción en los procesos de negociación, donde aparentes detalles pueden impactar severamente sobre las consecuencias de lo acordado.

7.4. Evolución del recurso humano, infraestructura, tipos de pacientes y normativa de la internación en rehabilitación

Hemos señalado que el acuerdo expresado en la paritaria de 2012 fue la consecuencia de profundos cambios en el tipo de asistencia y el tipo de pacientes que atiende el sector Rehabilitación y cambios también en su rol en el sistema general de salud, dado que lo acercó y vinculó a las etapas agudas o críticas. Este proceso venía desarrollándose en las instituciones de las urbes principales al menos durante la última década, fundamentalmente en la zona de Capital Federal.

En efecto, al rastrear cómo se va configurando el núcleo de prestaciones y servicios de rehabilitación en la evolución del Programa Médico Obligatorio desde 1996 en adelante y en diversas resoluciones previas al artículo 7º del acuerdo firmado en la paritaria 2012, hallamos que desde fines del siglo pasado dichas caracterizaciones responden a un tipo de paciente cuya complejidad es significativamente menor que la que encontramos en las instituciones con internación del sector Rehabilitación en 2010, fecha en que se instala en un encuentro paritario la necesidad de modificar la proporción de pacientes por enfermero, debido precisamente a los cambios en el perfil de los pacientes de rehabilitación.

El análisis de la caracterización del paciente de rehabilitación en el Programa Médico Obligatorio y en diversas resoluciones previas al acuerdo paritario –mencionamos antes la 428/99– nos permitió ver que contemplan pacientes sin medicación endovenosa, úlceras por presión, escaras de tercer nivel, sondas de alimentación, descompensación hemodinámica, vías centrales o catéteres implantados, compromiso respiratorio o requisitos de ventilación mecánica invasiva o no invasiva, todas ellas situaciones recurrentes en el perfil de las poblaciones de las instituciones de rehabilitación transcurrida la primera década de nuestro siglo. El paciente de rehabilitación había cambiado, la práctica

asistencial lo había hecho, y el sindicato señalaba la necesidad de explicitarlo en el convenio colectivo.

Pero al mismo tiempo, para desarrollar nuestra explicación del proceso y comprender el impacto que la normativa discutida en 2012 para el sector Rehabilitación iba a tener sobre el recurso humano de enfermería y sobre el sistema de salud en general, debimos estudiar previamente la infraestructura de dicho sector así como ciertas características esenciales del recurso humano de enfermería.

La descripción de esta infraestructura mostró que la proporción de camas de rehabilitación sobre el total de camas disponibles en el país era de 0,78 % en 2000. Dado que la nueva normativa significó un incremento en la cantidad de enfermeros requerida del 124 %, el impacto sobre el número total de enfermeros requeridos por el sistema de salud -asumiendo que todas las camas tuvieran el mismo requisito de asistencia- sería de 0,97 %¹⁰⁸.

Nuestra primera conclusión al estudiar la infraestructura de rehabilitación es que dada la escasa presencia del sector Rehabilitación en el total del sistema de salud, el incremento en la demanda de recursos humanos de enfermería para ese sector no significaría un impacto sustancial en el nada holgado panorama nacional. Con lo cual la gravedad que el sector Rehabilitación podía asignarle a la normativa en discusión no era percibida por otros miembros del sector privado del sistema de salud también representados por la cámara, que en consecuencia no tenía incentivo para movilizar su poder de negociación en una normativa que afectada solamente a un conjunto reducido de las camas por ella representadas.

El estudio de la infraestructura evidenció también que la distribución geográfica es heterogénea, con una preponderancia indiscutida de la Capital Federal, tanto por la cantidad, el tamaño y la cantidad de enfermeros, lo cual permite explicar por qué las instituciones de esa zona lideraron la negociación de una normativa acordada para todo el país. En la Capital Federal se encontraban en el año 2000 casi el 60 % de las camas, seguida por Buenos Aires y Córdoba, que en conjunto poseían casi otro 30 %. Dentro de ese universo, en Capital Federal y Buenos Aires en promedio el número de camas por establecimiento era más

¹⁰⁸ Este dato toma como base el año 2000, y por lo tanto debe ajustarse por las tasas de cambio en la cantidad de camas totales del sistema y del sector Rehabilitación. Pero aún imaginando un crecimiento desigual, el impacto de la normativa sobre el requerimiento total del enfermeros del sistema de salud seguirá siendo poco significativo.

elevado, lo cual nos permite inferir que allí se desplegaba una organización más compleja de los recursos humanos, de las bases sindicales y de la infraestructura. Por otra parte, los datos presentados indican que la cámara del sector privado aglutinaba intereses del 63 % de las camas del sector, pero cuyo vínculo más estrecho con los establecimientos de Capital Federal, área con un peso relativo indiscutidamente superior al de las provincias, reduciría esa base a poco menos del 50 %. Estas observaciones nos permiten comprender la negociación y el acuerdo paritario pero al mismo tiempo deben despertar la pregunta de si acaso las normas establecidas son congruentes con el desarrollo de la rehabilitación en otras zonas del país.

La descripción de los recursos de enfermería de la Argentina, por su parte, aportó otro elemento necesario para comprender el contexto en el cual el sindicato y las cámaras privadas acordaron en 2012 un incremento del 124 % en la dotación de enfermería exigida para asistir pacientes de rehabilitación. Dejó a la luz, al mismo tiempo, tal vez los dos principales desafíos futuros del sistema en lo referido a enfermería, vinculados con la escasez del recurso humano y el nivel técnico de formación.

La proporción entre las residencias de enfermería en especialidades no reconocidas y el total de residencias de enfermería (71,4 %) es mucho más alta que la proporción general entre las residencias no reconocidas y el total de residencias, que como vimos era del 14,8 %. Este hiato parece indicar que la formación de enfermería sigue desarrollándose en gran medida sin el reconocimiento del Estado.

Al observar la limitada la participación de la enfermería en el conjunto de las especialidades en ciencias de la salud y el modesto rol de la rehabilitación en ese contexto, visualizamos además el modo en que dos problemáticas generales de la enfermería se expresan en el ámbito específico del sector bajo estudio en este trabajo. Pues si bien el Ministerio de Salud en su resolución 47/2001 considera exigible que los establecimientos de rehabilitación de alto nivel de riesgo cuenten con enfermería especializada en rehabilitación, la rehabilitación no ha sido reconocida al día de hoy como una especialidad.

En términos generales, el proceso descrito en esta investigación ilustra la interpenetración constante entre, por un lado, prácticas asistenciales estructuradas por pautas que brotan en el propio ámbito de trabajo como adaptación a nuevas dinámicas y necesidades, y por el otro, normas que estabilizan, estandarizan y

regulan dichas prácticas. Es importante destacar, en este sentido, que la normativa bajo estudio no provino del Estado -como muchos pueden juzgar deseable- sino que tuvo por fundamento un acuerdo entre un segmento del sector privado y la estructura sindical. El acuerdo paritario de 2012, como hemos visto, supuso para el sector Rehabilitación una carga asistencial de enfermería superior al nivel más alto reconocido por el Ministerio de Salud en la resolución 47/2001, tal vez la más pertinente por versar sobre requisitos de establecimientos y servicios de rehabilitación. Este señalamiento no debe soslayarse, porque en casos como éste, frente a normativas que afectan no solamente a los actores actualmente ejerciendo la rehabilitación en un puñado de zonas del país, sino también a aquellos que eventualmente la practiquen en el futuro en la misma u otra zona, tal vez debiera ser el Estado quien garantice que las normativas acordadas no solo sean sustentadas en consensos entre el sindicato y quienes ejercen la actividad, sino que estén articuladas con un proyecto de desarrollo integral del sistema de salud - algo que si bien no es contrario ni a la visión de los sindicatos ni a la del sector privado, no cabe presuponer como objetivo propio de su accionar. En esta dirección, más allá de la descripción del rol de los actores que estuvieron involucrados en el desarrollo de la normativa, nuestro estudio nos permite advertir que se ha ido configurando una yuxtaposición en las poblaciones a las que el sector asiste, que puede generar zonas de indeterminación en cuanto a qué instituciones deben asistir a qué tipo de pacientes y problemáticas, y cómo deben hacerlo, lo cual afecta tanto al modo en que cada institución se organiza internamente como al modo en que lo hace el sector y el sistema de salud en su conjunto.

El grado de apertura o especificidad que se le asigne al sector Rehabilitación estará condicionado por las normas en cuanto al recurso humano de esas instituciones. Hemos visto que al comienzo de la negociación paritaria se discutió si la proporción entre enfermeros y pacientes debía contemplar algún tipo de estratificación. Finalmente se decidió no hacerlo; la proporción establecida es la misma sin importar el estado del paciente. Dicha proporción tomó como modelo instituciones que si bien asistían a pacientes de rehabilitación propiamente, pacientes crónico-críticos y pacientes crónicos de mantenimiento, tenían una alta cantidad de pacientes de alta complejidad. Ésta es la razón por la cual no les resultó inaccesible la proporción propuesta por el sindicato. Como se dijo en su momento, en cierta medida ya la habían implementado. Buena o mala, esta

elección sin duda influirá en el modo en que la asistencia de estas poblaciones se configure en el futuro.

BIBLIOGRAFÍA

1. ABAL MEDINA, P. (2012). Sindicalismo y mundo trabajador en la Argentina reciente. En: P. Abal Medina, B. Fornillo y G. Wyczykier, eds. *La forma sindical en Latinoamérica: miradas contemporáneas*. Buenos Aires: Nueva Trilce, p. 97-154.
2. ABRAMZÓN, M. (2005). Argentina: Recursos Humanos en Salud en 2004. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud.
3. ACUÑA, C. Y BULIT GOÑI, L. (2010). *Políticas de discapacidad en la Argentina: el desafío de hacer realidad los derechos*. Buenos Aires: Siglo XXI.
4. ACUÑA, C. y GOLBERT, L. (1992). Los empresarios en los procesos de negociación colectiva. Ponencia al Primer Congreso Nacional de Estudios del Trabajo. Buenos Aires: Asociación Argentina de Especialistas en Estudios del Trabajo (ASET).
5. ANIGSTEIN, C. (2012). La revitalización de la negociación colectiva en Argentina y sus controversias. Ponencia presentada a las VII Jornadas de Sociología UNGS. Buenos Aires: Universidad Nacional de General Sarmiento.
6. ASPIAZU, E. (2017). Las condiciones laborales de las y los enfermeros en Argentina: entre la profesionalización y la precariedad del cuidado en la salud. En: *Trabajo y Sociedad*, N° 28, verano 2017, Santiago del Estero, Argentina.
7. ACUÑA, C. y CHUDNOVSKY, M. (2002). El sistema de salud en Argentina. Documento 60. Buenos Aires: Universidad de San Andrés-CEDI.
8. ARAKAKI, J. (2013). Significados y concepciones de la Enfermería: el punto de vista de estudiantes de la carrera de la Universidad Nacional de Lanús, 2008-2010. En: *Salud Colectiva*, 9 (2), Mayo – Agosto.
9. ASPIAZU, E. (2010). Los conflictos laborales en la salud pública en Argentina. En: Trabajo, ocupación y empleo. Una mirada a sectores económicos desde las relaciones laborales y la innovación. Buenos Aires: Serie Estudios N° 9, MTEySS.
10. ATZENI, M. y GHIGLIANI, P. (2008). Nature and limits of trade unions' mobilisations in contemporary Argentina. En: *Labour Again Publications*. Amsterdam: International Institute of Social History. Recuperado de <http://www.iisg.nl/labouragain/documents/atzeni-ghigliani.pdf>

11. BELMARTINO, S. (2005). Una década de reforma de la atención médica en argentina. *Salud Colectiva*, 1(2), mayo – agosto. Buenos Aires: Universidad Nacional de Lanús.
12. BIERNAT, C., CERDÁ, J.M. y RAMACCIOTTI, K. (2015). La salud pública y la enfermería en la Argentina. Buenos Aires: Editorial de la Universidad Nacional de Quilmes.
13. BISIO, R., BATTISTINI, O. y MONTES CATÓ, J. (1999). Transformaciones de la negociación colectiva durante la vigencia de gobiernos constitucionales a partir de 1973. En FERNANDEZ, A. y BISIO, R. *Política y Relaciones Laborales en la Transición Democrática Argentina*. Buenos Aires, Ed. Lumen Humanitas.
14. BOARDMAN, A. et al. (2011). *Cost-Benefit Analysis: Concepts and Practice* (4th Edition), Prentice Hall, Upper Saddle River.
15. CARSON, SH. (2012). Definitions and Epidemiology of the Chronically Critically Ill. *Respiratory Care*, vol. 57 n° 6, junio.
16. CASTRO TORRES, A, LEAL CARRILLO, R. (2011). Funciones en salud pública de enfermería y adquisición del conocimiento, departamento del Meta (2007). *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*. Vol. 13 (1):9- 26.
17. CASTAÑO YEPES, R. A. (1998). Análisis de costo-efectividad: una herramienta para la toma de decisiones de política en el sector salud. *Revista CES-Medicina*, No. 2.
18. CHIZUE TAKAHASHI, O. et al. (2000). Formación de Recursos Humanos en Enfermería en América Latina y el Caribe. Londrina, Universidad Estatal de Londrina. Presentado en la Reunión Internacional "Impacto de la Enfermería en la Salud; América Latina y El Caribe" en Belo Horizonte, Septiembre de 2000.
19. CORTÉS, R. y MASRSBALL, A. (1999). Estrategia económica, instituciones y negociación política en la reforma social de los '90". *Desarrollo Económico. Revista de Ciencias Sociales*, Vol.39-N°154, Julio-Septiembre.
20. DASGUPTA, D. y PEARCE, D.W. (1972). *Cost-Benefit Analysis: theory and Practice*. London: Macmillan.
21. DE RUS, G. (2008). *Análisis Coste-Beneficio*. España: Editorial Ariel.
22. Delfini, M., Drolas, A., Medina, J. Continuidades y rupturas en las relaciones laborales de Argentina tras la crisis del neoliberalismo. Observatorio Laboral Revista Venezolana, 6. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=219030140004>

23. DRUMMOND, M.F., O'BRIEN, B., STODDART, G.L., TORRANCE, G.W. (1997). *Methods for the economic evaluation of health care programs*. 2º edición Oxford: Oxford University Press.
24. DUARTE, M. (2013). La negociación colectiva en la Argentina de la posconvertibilidad. En: *X Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.
25. DURÉ, I. (2015). Comisión Nacional de Enfermería. Formación y especialidades. Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional, encuentro de la comisión consultiva de enfermería del 10 de junio de 2015. Recuperado de <http://www.msal.gov.ar/observatorio/index.php/fuerza-de-trabajo/fuerza-de-trabajo/74-indicadores-de-rhus>
26. DURÉ, I. (2015). Enfermería en Argentina 2015. Recuperado de http://www.msal.gov.ar/observatorio/images/stories/documentos_fuerza_trabajo/15_06_2015_formacin%20y%20especialidades_dure.pdf
27. DURÉ, M. I., COSACOV, N. y DURSI, C. (2009). La situación de las trabajadoras del sistema público de salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Una aproximación cuantitativa. *Revista de la Maestría en Salud Pública*. Año 7- Nº 13. Agosto.
28. EDWARDSON, S. (1985). Measuring nursing productivity. *Nursing Economics*, 3.
29. ETALA, C.A. (2012). Libertad sindical y negociación colectiva. Aportes para un debate doctrinal. En XIX Congreso Nacional de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social, Universidad de Buenos Aires, 10 al 12 de mayo.
30. ETCHEMENDY, S. (2011). *El Diálogo social y las relaciones laborales en Argentina 2003-2010: Estado, sindicatos y empresarios en perspectiva comparada*. Buenos Aires: Organización Internacional del Trabajo.
31. ETCHEMENDY, S. y COLLIER, R. (2007). Down but not out: union resurgence and segmented neocorporatism in Argentina (2003-2007). *Politics & Society*, Vol. 35, Nº 3, Sage Publications.
32. FACCIA, K.A. (2015). Continuidades y rupturas del proceso de profesionalización de la enfermería (1955- 2011). En C. Biernat, J.M. Cerdá y K. Ramacciotti, *La salud pública y la enfermería en la Argentina*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmes.

33. GIRALDO, C. I. (2000). Las necesidades del cuidado de enfermería: criterios para definir requerimientos de personal de enfermería. *Investigación y Educación en Enfermería*. Vol. XVIII, N°1 marzo.
34. GÓMEZ, C. (1997). Retos en la formación de profesionales de enfermería. *Investigación y Educación en Enfermería*. Vol XV, N°1 marzo.
35. HERNÁNDEZ CONESA, J.M. (1995). *Historia de la enfermería: Un análisis histórico de los Cuidados de Enfermería*. Madrid: Interamericana, McGraw-Hill.
36. HERNÁNDEZ MARTÍN, F. et al. (1997). La enfermería en la historia. Un análisis desde la perspectiva profesional. *Cultura de los Cuidados*, 2º Semestre, Año I – N° 2.
37. IREP (2006). Número Aniversario. 1956-2006, Cincuentenario del Instituto de Rehabilitación Psicosfísica.
38. IQBAL DHALIWAL, I. et al. (2012). Comparative Cost-Effectiveness Analysis to Inform Policy in Developing Countries: A General Framework with Applications for Education. Recuperado de <http://www.povertyactionlab.org/publication/cost-effectiveness>
39. JOLY, E. (2006). Podemos confiar en el ENDI? Presentado en las IV Jornadas Nacionales de Universidad y Discapacidad, U.B.A., Facultad de Derecho. Recuperado de <http://www.rumbos.org.ar/podemos-confiar-en-la-endi>
40. LEVIN, H & McEWAN, P. (2001). *Cost Effectiveness Analysis: Methods and Applications*. London: SAGE Publications.
41. Lissin, L. (2009). Acción colectiva empresaria ¿Homogeneidad dada o construida? Un análisis a la luz del estudio de las corporaciones empresarias en la crisis del 2001. *Documentos de Investigación Social*, Publicación Electrónica, N° 3, Buenos Aires: IDAES-UNSAM.
42. LÓPEZ CASASNOVAS G. y VEGARA J.M. (2012). El análisis coste-beneficio y la toma de decisiones. Barcelona: Instituto de Estudios Fiscales.
43. MACEIRA, D. y CEJAS, C. (2010). Recursos humanos en salud. Una agenda para el gobierno nacional. Documento de Políticas Públicas, Recomendación N° 82, Programa de Salud, Área de Desarrollo Social. Buenos Aires: CIPPEC.
44. MARSHALL, A. y PERELMAN, L. (2004). Cambios paradigmáticos en los patrones de negociación colectiva en la Argentina y sus factores explicativos. *Estudios Sociológicos, del Colegio de México*, XXII, n° 65.

45. MARSHALL, A. y PERELMAN L. (2002). Estructura de la negociación colectiva en la Argentina: ¿avanzó la descentralización en los años '90? *Revista Estudios del Trabajo*, N° 23, Buenos Aires: ASET.
46. MARTICORENA, C. (2013). Los contenidos de la negociación colectiva durante la postconvertibilidad. Características e interrogantes. *Negociación colectiva y representación sindical. ¿Necesidad de cambios?* Buenos Aires: Serie Aportes – Fundación Friedrich Ebert Stiftung, ASET-FES.
47. MARTICORENA, C. (2013). Relaciones laborales y estructura de la negociación colectiva. Avances en torno a su problematización. Ponencia presentada en el 11 Congreso Nacional de Estudios del Trabajo. Buenos Aires: ASET.
48. MARTICORENA, C. (2014). Relaciones de fuerza, relaciones laborales y estructura de la negociación colectiva. Alcances y características de la descentralización en Argentina. *Trabajo y Sociedad*, n° 23, Santiago del Estero.
49. McEWAN, P. (2011). Cost-Effectiveness Analysis of Education and Health Interventions in Developing Countries. Inter-American Development Bank.
Recuperado de
<https://pdfs.semanticscholar.org/5c0d/cfcd07707dd19b4c5aceb12b3d0c63ac6f08.pdf>
50. MERCADER UGUINA, J. (2004). Estructura de la negociación colectiva. *Temas Laborales*, n° 76.
51. MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN ARGENTINA (2005). La Gestión de Recursos Humanos de Salud en la Argentina. Una estrategia de consensos. 2007-2015. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación Argentina.
52. MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN ARGENTINA (2005). Los Recursos Humanos en Salud en la Argentina”. Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación Argentina.
53. MUGNOLO, J.P. (2014). *Estructura de la negociación colectiva, su intervención estatal y su influencia en la configuración*. Granada: Editorial de la Universidad de Granada.
54. MUSGROVE, P. *Health Economics in Development* (2004). Washington: The World Bank.
55. NÁJERA, R.M. y CASTRILLÓN AGUDELO, M.C. La Enfermería en América Latina. Situación Actual, áreas críticas y lineamientos para un plan de desarrollo.
Recuperado de
http://www.aladefe.org/articulos/la_enfermeria_en_america_latina.pdf

56. NAVARRO LEVANO, J.C. (2011). Análisis de costo beneficio. Guía del instructor. Perú: Editorial XXX.
57. Novick, Marta (1996). ¿Estrategia gremial o comportamiento defensivo? El destino de los sindicatos. *Revista Encrucijadas*, Universidad de Bs. As.
58. OBSERVATORIO DEL DERECHO SOCIAL de la Central de Trabajadores Argentinos (CTA) (2008). La negociación colectiva 2003-2007. Un estudio comparativo con el período 1991-1999, en particular sobre la regulación de jornada o organización del trabajo, Buenos Aires: CTA.
59. OBSERVATORIO DEL DERECHO SOCIAL de la Central de Trabajadores Argentinos (CTA) (2010). Informe Anual sobre Conflictividad Laboral y Negociación Colectiva en la Argentina (2009). Buenos Aires: CTA.
60. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (O.M.S.). (1996). Comité de expertos de la OMS en enfermería. Organización Mundial de la salud, Serie de informes técnicos.
61. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (O.P.S.) (2005). Bases para un plan de desarrollo de Recursos Humanos en Salud. O.P.S. y Ministerio de Salud de La Nación Argentina.
62. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (O.P.S.) (1995). Desarrollo de Enfermería en Argentina 1985-1995. O.P.S.
63. ORTÚN RUBIO, V., MENEU DE GUILLERMA, R. (2006). Impacto de la economía en la política y gestión sanitaria. *Revista Española de Salud Pública*, 80.
64. ORTÚN RUBIO, V., PINTO-PRADES, J.L., PUIG-JUNOY, J. (2001). La economía de la salud y su aplicación a la evaluación. *Atención Primaria*, vol. 27 nº 1.
65. PALACIOS, A. (2008). *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Madrid: Ediciones Cinca.
66. PALOMINO, H. y TRAJTEMBERG D. (2006). Una nueva dinámica de las relaciones laborales y la negociación colectiva en la Argentina. *Revista de Trabajo*, Año 2, N° 3, MTESS, Buenos Aires.
67. PEÑARRIETA DE CÓRDOVA, I. et al. (2013). Validación del instrumento: «competencias de enfermería en salud pública». *Revista enfermería Herediana*. Lima, Perú, 6(2): 78-85.

68. PAUTASSI, L. (2006). El empleo en salud en la Argentina. La sinergia entre calidad del empleo y calidad de la atención. En Rico y Marco (coord.): *Mujer y Empleo. La Reforma de la Salud y la Salud de la Reforma en Argentina*. Buenos Aires: CEPAL/GTZ/Siglo XXI.
69. RAMÍREZ BOSCO, L. (1995). Diversificación de niveles y sujetos de la negociación colectiva. Buenos Aires: MTySS.
70. RAMÍREZ BOSCO, L. (2007). Sujetos de la Negociación Colectiva. *Relaciones Colectivas de Trabajo*, Tº II, Dir. Mario Ackerman. Santa Fe: Rubinzal Culzoni.
71. RIVERO LAMAS, J. (1993). La legitimación empresarial para la negociación colectiva. Asociaciones empresariales legitimadas para negociar. La legitimación en grupos de empresas. En A.A.V.V.: *Los límites del convenio colectivo, la legitimación empresarial y órganos para la resolución de conflictos*. Madrid: MTSS.
72. RUSSELL L.B., GOLD, M.R., SIEGEL, J.E., DANIELS, N., WEINSTEIN, M.C. (1996). The role of cost-effectiveness in health and medicine. *JAMA*; 276 (14):1172-7.
73. SANTELLA, A. (2011). De la representación sindical en los establecimientos. Antecedentes, problemas y discusiones. *El modelo sindical en debate*. Buenos Aires: Serie Aportes, ASET-FES.
74. SENÉN GONZÁLEZ, C. y HAIDAR, J. (2009). Los debates acerca de la “revitalización sindical” y su aplicación en el análisis sectorial en Argentina. *Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo*, 14(22), pp. 5-31.
75. SENÉN GONZALEZ, C. y HAIDAR, J. (2010). Revitalización sindical en perspectiva comparada. Un aporte al análisis sectorial en Argentina. En Fernández, A. y Senen González, C. (Comp.), *Estado, instituciones laborales y acción sindical en países del MERCOSUR frente al contexto de la crisis mundial*. Buenos Aires: Prometeo.
76. SIMON, J. (2006). Breve informe sobre la negociación colectiva en la República Argentina. *Revista del Trabajo*, año 2, nº 3.
77. TOMADA, C. y RIGAT-PFLAUM, M. (1998). La Negociación Colectiva ante el siglo XXI. Aportes para la Acción Sindical. Buenos Aires: Friedrich Ebert Stiftung.
78. TOBAR, F., OLAVIAGA, S. y SOLANO, R. (2011). Retos postergados y nuevos desafíos del sistema de salud argentino. Documento de Políticas Públicas, *Análisis* N° 99. Buenos Aires: CIPPEC.

79. TOBAR, F., OLAVIAGA, S. y SOLANO, R. (2012). Complejidad y fragmentación: las mayores enfermedades del sistema sanitario argentino. Documento de Políticas Públicas, Análisis N° 108, Buenos Aires: CIPPEC.
80. WAINERMAN, C. y GELSTEIN, R. (1990). Condiciones de vida y trabajo de las enfermeras en Argentina. *Cuadernos del CENEP N° 44*, Buenos Aires: CENEP.
81. ZARATE, V. (2010). Evaluaciones económicas en salud: conceptos básicos y clasificación. *Revista Médica*, Chile, 138 (supl) 2.

FUENTES CITADAS

1. Acta Paritaria 122/75, 2010, 2011 y 2012.
2. Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, O.M.S. 1980.
3. Convenio Colectivo de Trabajo 122/75.
4. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, Asamblea General de Naciones Unidas, 2006.
5. Declaración de los derechos de los impedidos, Asamblea General de Naciones Unidas, 1975.
6. Declaración de los derechos del retrasado mental (Asamblea General de Naciones Unidas, 1971.
7. Decreto 762/97.
8. Decreto 486/2002.
9. ENCUESTA ANUAL DE HOGARES, informe “La población con dificultad de largo plazo”, publicado en C.A.B.A., 2013.
10. Guía de establecimientos de la Dirección de Estadística e Información de Salud <http://www.deis.msal.gov.ar/guia.htm>
11. INDEC. “Estimaciones y proyecciones de población. Total país. 1950-2015”, serie análisis demográfico n° 30, 2005.
12. INDEC. “Estimaciones y proyecciones de Población 2010-2040”, Buenos Aires, 2013.
13. INDEC. Primera Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad 2002-2003 - Complementaria Censo 2001.
14. INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001.

15. INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.
16. INDEC. Estimaciones y proyecciones de población. Total país. 1950-2015”, serie análisis demográfico nº 30, 2005.
17. INDEC. Estimaciones y proyecciones de Población 2010-2040. Buenos Aires, 2013.
18. INDEC. Primera Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad 2002-2003 - Complementaria Censo 2001. Cuadro 2.1.1. Total del país. Población total, población con discapacidad y prevalencia de la discapacidad. Año 2002-2003.
19. INDEC. *Revista informativa del censo 2001*, nº 14, diciembre 2004.
20. Índice de precios de insumos para la Atención Médica”. Buenos Aires, Adecra, 2016, 4º trimestre. En <http://www.adecra.org.ar/wp-content/uploads/2017/03/%C3%8Dndice-de-Precios-IV-Trim-2016.pdf>
21. Ley 22.431.
22. Ley 24.901.
23. Ley 26.378.
24. Ley 27.044.
25. O.M.S. “Estadísticas Sanitarias Mundiales”, informes 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013 y 2014.
26. P.M.O. 2001 y siguientes.
27. Resolución 282/1994 del Ministerio de Salud y Acción Social.
28. Resolución 194/1995 del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación sobre "Normas de categorización de establecimientos y servicios de enfermería en establecimientos de atención médica”.
29. Resolución 247/96 del Ministerio de Salud y Acción Social.
30. Resolución 428/99 del Ministerio de Salud y Acción Social.
31. Resolución 47/2001 del Ministerio de Salud de la Nación Argentina sobre “Normas de categorización de establecimientos y servicios de rehabilitación”.
32. Resolución 1343/2007 del Ministerio de Salud de la Nación Argentina
33. Resolución Nº 1600/2010 del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social.