

Grupo 6: Relaciones laborales, negociación colectiva y acción sindical
Coordinación: Héctor Palomino - hpalomino@trabajo.gov.ar

Una aproximación a los conflictos laborales de los profesionales de la salud en Argentina.

Eliana Aspiazu

Dirección de Estudios de Relaciones del Trabajo, Subsecretaría de Programación Técnica y Estudios Laborales – MTEySS.
easpiazu@trabajo.gov.ar

1. Introducción

Durante los últimos tres años en Argentina en el sector salud se ha desarrollado un importante nivel de conflictividad laboral¹. Aproximadamente el 18% de los conflictos de los años 2006 a 2008 fueron impulsados por trabajadores pertenecientes al sector de la salud pública y privada. La lógica de estos conflictos puede comprenderse si se indaga en las características del empleo en el sector, así como del sistema de relaciones laborales y, particularmente, de la estructura sindical específicos de esta actividad económica.

La importante cantidad de profesionales que componen el universo de trabajadores le otorga un rasgo distintivo respecto de otros sectores de actividad. Los profesionales de la salud son trabajadores con un alto nivel de calificación, no obstante, tienen un nivel salarial inferior al promedio de los profesionales de otras actividades económicas, así como están expuestos a una significativa incidencia del trabajo no registrado y del pluriempleo (Aspiazu, Baldi, Medwid, 2007).

El objetivo del presente trabajo es analizar los conflictos laborales impulsados por profesionales de la salud, indagando en algunas dimensiones tales como las demandas y las modalidades de acción, si son conflictos a nivel de establecimientos o de rama de actividad, así como el tipo de organización que representa a los trabajadores en conflicto. Respecto de esta última dimensión

¹ Se considera conflicto laboral a una “serie de eventos desencadenados a partir de la realización de una acción conflictiva por parte de un grupo de trabajadores o empleadores con el objeto de alcanzar sus reivindicaciones laborales”, definición adoptada por la Dirección de Estudios de Relaciones del Trabajo, SSPTyEL, MTEySS, para la construcción de su base de datos.

resulta relevante explorar las características de la estructura sindical, o sea, las asociaciones, sindicatos y federaciones que representan a los profesionales de la salud.

Este estudio se realizó utilizando una metodología que combina el análisis de datos cuantitativos y cualitativos. La principal fuente de información es la base de conflictos laborales elaborada de la SSPTyEL del MTEySS en la cual se registran conflictos laborales relevados en medios de prensa nacionales, provinciales y locales. A su vez se consultaron fuentes complementarias y se consultó bibliografía especializada.

A continuación, en el capítulo que sigue a esta introducción, delineamos los rasgos más relevantes del sector de la salud en Argentina, resaltando las características del empleo de los profesionales. Luego, se describe la estructura sindical del sector, con el fin de dar un panorama de las organizaciones existentes y a quiénes representan. En el cuarto capítulo se presentan los principales rasgos que adquiere la conflictividad en el sector para finalmente analizar los conflictos laborales impulsados por los profesionales de la salud y sus organizaciones.

2. El sector de la salud en Argentina: composición y empleo.

2.1. Composición y empleo

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el sistema de salud como la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud de la población, dando atención tanto de forma preventiva como asistencial.

En Argentina el sistema de salud está conformado por tres subsectores: a) el subsector público, integrado por establecimientos de salud coordinados por el Estado en sus tres niveles (nacional, provincial o municipal); b) el subsector privado, que incluye las empresas de medicina prepaga y los establecimientos de salud con o sin fines de lucro; c) el subsector de las obras sociales sindicales, nacionales o provinciales.

Esta división otorga al sector un carácter segmentado y heterogéneo, ya que estos tres subsistemas coexisten de manera desarticulada y difieren respecto a su población objetivo, los servicios que brindan y el origen de los recursos con que cuentan (Acuña y Chudnoski, 2002)

La situación del empleo en cada uno de los subsectores es diversa: para el año 2006 (datos más actuales disponibles), el sistema de salud en su conjunto empleaba a 678 mil personas, el 4,7% del total de ocupados de todos los aglomerados urbanos del país. El ámbito privado creció en los últimos años a una tasa mucho mayor que el empleo público: mientras el primero subió un 18,5% el nivel de empleo entre los años 2003 y 2006, el sector público solo subió un 1% en el mismo período. De todas formas, la salud pública concentra el 41% del empleo del sector.

2.2. Estructura de calificaciones

La salud es un sector de actividad con gran presencia femenina: en todos los subsectores casi el 70% de los empleados/as son mujeres. Otra característica distintiva del sector es que sus recursos humanos se caracterizan por una alta calificación, con un peso importante de profesionales y técnicos. Aunque si se observa la distribución por sexo según calificaciones se presentan grandes variaciones, las calificaciones que presentan los hombres son mucho más altas que las de las mujeres. Los profesionales representan casi el 50% de los hombres, mientras que alcanzan sólo el 26% de las mujeres. Las mujeres están sobre representadas en el subgrupo de calificación técnica, principalmente por el personal de enfermería que tiene un peso femenino importante (Novick y Galín, 2003).

Este cambio en la estructura de calificaciones contribuyó a “incrementar las proporciones del asalariado menos calificado y más subordinado, con menor peso del cuentapropismo y grados de autonomía menores. La secuencia 1993-2000 en materia de calificación en el personal del sector indica la disminución de la proporción de profesionales y el aumento de los operativos, mientras que la proporción en la calificación técnica se mantiene” (Galín, 2002, p-94).

2.3. Los profesionales de la salud

Como señalan numerosos autores (Lanari, 2006; Novick y Galín, 2003; Acuña y Chudnoski, 2002) las reformas ortodoxas aplicadas en los años noventa que incluyeron políticas de desregulación, privatizaciones, desestatización, descentralización, subcontratación, mercantilización, entre otras, tuvieron fuertes implicancias sobre el empleo y las relaciones laborales del sector de la salud.

“Surgieron nuevas modalidades como la contratación por servicio, el cobro por factura y el pluriempleo, que modificaron definitivamente el trabajo estable y protegido, y en cierta medida

contribuyeron a la transferencia de profesionales del sector público. Como resabios de estas políticas quedaron arraigadas formas precarias de contratación, remuneraciones variables, flexibilidad laboral, nuevos roles para los profesionales e insatisfactorias condiciones de trabajo, todas ellas caracterizan los ejes actuales de la problemática del personal de salud” (Lanari, 2006)

En el caso de lo profesionales de la salud estos procesos impactaron fuertemente generando una serie de cambios en esta categoría de trabajadores: aumento de la proporción de asalariados, pérdida de autonomía profesional de las ocupaciones, deterioro de su condición por la precarización de su empleo, la extensión de la jornada y el aumento del pluriempleo. (Galín 2002; Novick y Galín, 2003; Lanari, 2006; Pautassi, 2006, Abranzón, 2005; Acuña y Chudnoski, 2002).

La flexibilización del mercado de trabajo en el sector salud se produce tanto en el subsector público como en el privado. “Si se analiza el conjunto de ocupaciones de los profesionales de la salud se llega a la conclusión de que el peso de la asalarización en negro o encubierta es considerable ya que llega para el conjunto de los profesionales al 45%, que se eleva un poco para el caso de los médicos y disminuye para los otros profesionales” (Novick y Galín, 2003 p.58).

En relación al sobreempleo sectorial, si se observan los datos de todo el sector no difieren del conjunto de la PEA (la cuarta parte del conjunto de personal que trabaja en salud cumple jornadas superiores a las 48hs semanales). Pero entre los profesionales el sobreempleo es considerablemente superior: más de una cuarta parte de los médicos trabaja jornadas que superan las 60 horas semanales. Pautassi (2006, p.211) llama la atención sobre el tema de la sobreocupación y el multiempleo entre los profesionales de la salud, mencionando la contradicción que implica que en ámbitos de la salud se observe un fenómeno que claramente puede afectarla, tanto en el trabajador y la trabajadora, como en la calidad del servicio que brinda. Galín (2002, p.98) explica el incremento del multiempleo en el sector a partir de distintos factores, como la ampliación de la proporción de puestos de tiempo parcial y la caída de remuneraciones, que induciría a la búsqueda de fuentes adicionales de ingreso.

3. La estructura sindical del sector: Federaciones, Sindicatos, Uniones y Asociaciones

La estructura sindical del sector de la salud en Argentina es compleja y muestra una composición diversa según se trate de la representación de los trabajadores profesionales o enfermeros, técnicos, administrativos u otros, del ámbito privado o estatal.

3.1 Sindicatos y Federaciones de Trabajadores

Los trabajadores de establecimientos privados y públicos de salud que desempeñan tareas como técnicos, administrativos, maestranza o limpieza son representados principalmente por la Federación de Asociaciones de Trabajadores de la Sanidad Argentina (FATSA). FATSA es una asociación sindical de segundo grado que agrupa a sindicatos de primer grado representativos de los trabajadores de la salud de las diferentes jurisdicciones en todo el país (personal en relación de dependencia con clínicas, sanatorios, hospitales privados y establecimientos geriátricos).

En clínicas, hospitales y centros de salud públicos, los trabajadores no profesionales suelen ser representados por alguna Asociación de Trabajadores de la Sanidad regionales o bien por sindicatos estatales, como la Asociación de Trabajadores del Estado (ATE) o la Unión de Personal Civil de la Nación (UPCN). También existen otras organizaciones que representan a personal de la salud estatal de algunas provincias o regiones pero con menor magnitud en términos de cantidad de afiliados.

3.2. Federaciones y Asociaciones de profesionales

En contraste, al observar las asociaciones, uniones, colegios, federaciones y sindicatos que agrupan a los profesionales de la salud el mapa se hace mucho más complejo, ya que estos cuentan con numerosas entidades jurídicas de representación: colegios médicos, asociaciones, federaciones, uniones, etc.

Scavino analiza las organizaciones de profesionales y trabajadores de la salud en las Américas y hace referencia a que en la literatura laboral de los países desarrollados tradicionalmente se entiende por “colegio” una entidad que tiene un perfil eminentemente profesional, sin embargo “en la región hay colegios y asociaciones de médicos y enfermeras, que en sus definiciones y objetivos incluyen la atención y mejora de las condiciones de trabajo” Scavino (2004a, p.3). En Argentina, existe una gran cantidad de asociaciones médicas con diversos fines: capacitación profesional, asesorías legales, prestación de servicios a sus socios y defensa de sus derechos como trabajadores, que agrupan profesionales según especialidad médica, establecimiento de trabajo, área geográfica, etc. (Aspiazu, Baldi y Medwid, 2007).

Las más grandes entidades gremiales de la salud en el país son la Confederación Médica de la República Argentina (COMRA), la Asociación de Médicos de la República Argentina (AMRA)

y la Federación de Profesionales de la Salud de la República Argentina (FESPROSA). En el interior de las mismas se agrupan numerosas asociaciones, colegios o federaciones que representan a los profesionales de la salud de todas las regiones del país.

La Confederación Médica de la República Argentina (COMRA), fundada en 1941, es la única asociación de tercer grado que agrupa diversas Federaciones de profesionales de la salud y Colegios Médicos de distintas jurisdicciones del país (como la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires y la Federación Médica Gremial de Capital Federal), que a su vez están integradas por numerosas asociaciones de profesionales agrupados por establecimiento.

Fuera de la Confederación existen otras federaciones con gran peso en la representación de profesionales de la salud. Por un lado, se encuentra la Federación Sindical de Profesionales de la Salud de la República Argentina (FESPROSA), entidad de segundo grado constituida en el año 2005 a partir de la reunión de varias Asociaciones de Profesionales por establecimientos o provinciales, regionales y nacionales. Esta Federación es la entidad gremial profesional de la Salud más representativa del país, con alrededor de 20.000 afiliados en 17 provincias. La principal organización que nuclea es la Asociación Sindical de Profesionales de la Salud de la Prov. de Bs.As. (CICOP) que reúne a más de 10.000 profesionales de hospitales bonaerenses y nacionales. Tanto FESPROSA como CICOP son miembros de la Central de Trabajadores de la Argentina (CTA).

Por otro lado, se encuentra la Asociación de Médicos de la República Argentina, que no es miembro de ninguna entidad de segundo o tercer grado, existe como tal desde 1998 y representa a trabajadores de varias provincias a través de sus siete seccionales.

Además, el sector cuenta con numerosas asociaciones más pequeñas que reúnen profesionales por hospitales o por especialidades.

3.3 La personería gremial de las entidades de profesionales

Algunas de estas federaciones y asociaciones poseen inscripción gremial y otras, además de estar inscriptas, cuentan con personería gremial. Según la Ley de Asociaciones Sindicales de Trabajadores N° 23.551 -sancionada en 1988- la personería gremial es un estatuto que sólo adquiere el sindicato que sea más representativo en su ámbito. Sólo los sindicatos a los que el Estado otorga personería gremial son los representantes de los intereses colectivos de los trabajadores ante el Estado y los empleadores. Por lo tanto, los resultados de sus negociaciones

con ambos sectores son impuestos a todo el ámbito representado, es decir, a todos los trabajadores de la rama respectiva. Además, sólo los sindicatos con personería gremial tienen los derechos de participar en instituciones de planificación, intervenir en las negociaciones colectivas de trabajo, vigilar el cumplimiento de la normativa laboral y de seguridad social, entre otras funciones (art.31).

De las entidades de profesionales mencionadas, ni COMRA ni FESPROSA poseen personería gremial, sin embargo sí cuentan con ella algunas de sus asociaciones miembro. En el caso de la COMRA, solo FEMECA posee personería gremial y su ámbito de actuación es la Ciudad de Buenos Aires. Mientras que dentro de FESPROSA hay diversas asociaciones que tienen este estatuto, entre ellas CICOP en Buenos Aires, AMPROS en Mendoza, la Asociación de Profesionales de la Salud de la Provincia de Salta y la Asociación de Médicos Empleados de Tucumán. AMRA también cuenta con personería gremial a partir del año 1996 y en 2006 la obtiene para su seccional en Santa Fé. Finalmente, existen una gran cantidad de asociaciones con inscripción gremial ya otorgada y otras tantas en trámite.

En los últimos años se observa la creación de un número significativo de nuevas entidades, así como la aprobación de inscripciones y personería por parte del Ministerio de Trabajo de la Nación a organizaciones gremiales del sector. Según un informe elaborado por Palomino y Gurrera (2009), el 3,4% de las inscripciones gremiales de nuevos sindicatos otorgadas por el MTEySS entre 2003 y 2008 pertenecieron al sector de la salud, así como el 4% de las personerías gremiales.

Las organizaciones de profesionales de la salud encuentran su peculiaridad en ser organizaciones que agrupan trabajadores de alta calificación y que actúan en una actividad de alta repercusión social, por tratarse del cuidado de la salud. Las entidades que agrupan a los profesionales se caracterizan por ser “legítimas, representativas, con una agenda común, con un fluido relacionamiento internacional, fuerte implantación e influencia en el ámbito estatal, ideológicamente ubicadas en la oposición a la introducción de reformas en los sistemas de salud que debiliten el rol y los servicios asistenciales del Estado y con capacidades superiores a las del resto de las organizaciones sociales para el logro de sus objetivos” (Scavino, 2004b, p.4). A continuación veremos los conflictos protagonizados por trabajadores de la salud, cuya magnitud y características reflejan la fuerza y el protagonismo que adquieren estas entidades sindicales en

la búsqueda de reconocimiento de ciertos derechos y reivindicaciones de los trabajadores del sector.

4. Los conflictos laborales en el sector de la salud

4.1. La magnitud de los conflictos. Comparación con otros sectores.

Durante los últimos tres años hubo un alto nivel de conflictividad laboral, afirmando una tendencia iniciada a partir del año 2003, que fue acompañado por un aumento progresivo en las negociaciones colectivas, en la afiliación sindical, en los recursos de los sindicatos, entre otros factores, dando lugar a una recuperación del protagonismo de los sindicatos, que es mayor que en años anteriores.

Durante la década de 1990 los sindicatos se vieron sustancialmente debilitados y desmovilizados por el ajuste económico, los despidos masivos y la flexibilización laboral. Con la crisis de los años 2001-2002, el conflicto social residía principalmente en los sectores informales en crecimiento, y la iniciativa parecía que había sido ganada por las organizaciones de desempleados (Etchemendy y Collier., 2007). La salida de la crisis del 2001 fue impulsada a través del fortalecimiento de la capacidad de intervención estatal sobre la economía y, fundamentalmente, de la recuperación de su capacidad de arbitraje frente a los actores internos, condición para afrontar la presión y demandas de los actores externos. Siguiendo a Héctor Palomino (2008), comienza a configurarse un nuevo régimen de empleo, dado por una modificación estructural del mercado de trabajo y de sus regulaciones en relación a las que prevalecieron en los años 90. En este nuevo contexto se incrementa la conflictividad laboral, al mismo tiempo que la protesta social pierde dinamismo.

En el sector de la salud en Argentina se vio fuertemente reflejado este resurgimiento de los conflictos laborales y la acción sindical al que se hizo mención. Durante los últimos tres años se registraron 4437 conflictos: 1570 durante 2008, 1504 en 2007 y 1359 en 2006. En alrededor del 17% de estos conflictos (769) participaron trabajadores del sector salud. El único sector que superó este porcentaje fue la administración pública con el 30% de los conflictos. Los sectores de la educación y del transporte y almacenamiento son los que siguen en magnitud con aproximadamente el 12% de los conflictos cada uno.

Dos indicadores que muestran la magnitud que adoptan los conflictos laborales son la cantidad de huelguistas (trabajadores que participaron en al menos un paro) y las jornadas individuales no trabajadas (que resulta de la multiplicación entre la cantidad de huelguistas y las jornadas de paro realizadas).

El sector de actividad que registra la mayor cantidad de huelguistas en los tres años es la enseñanza (con un promedio de 550 mil). Durante los años 2006 y 2007, la administración pública es el segundo sector con más trabajadores en huelga y el tercero es el sector salud con 133 mil huelguistas en 2006 y 117 mil en 2007, presentando una importante diferencia respecto de los restantes sectores.

En 2008 los huelguistas del sector salud aumentan en términos absolutos a 156 mil, pero en términos relativos pasan a ocupar el quinto lugar en relación con los demás sectores de actividad, debido al aumento de trabajadores en huelga que presentaron los sectores de la industria y la construcción.

Respecto de las jornadas individuales no trabajadas la salud explica el 16% del total de jornadas de trabajo perdidas en los tres años (1,4 millones).

4.2. Conflictos de la salud pública, privada y de las obras sociales.

La distribución de los conflictos laborales según el subsector muestra que en los tres años el subsector de la salud pública es el que concentra la mayor parte de los conflictos. Durante 2008, el 87% de los conflictos del sector fueron impulsados por trabajadores de establecimientos estatales, porcentaje que es apenas inferior en los dos años anteriores (82%).

Cuadro 1. Conflictos laborales del sector salud, según año y subsector de la actividad.

Subsector	Año			Total
	2006	2007	2008	
Público	206	205	236	647
Privado	30	28	17	75
Obras Sociales	14	16	17	47
Total	250	249	270	769

Fuente: MTEySS – Subsecretaría de Programación Técnica y Estudios Laborales – Dirección de Estudios de Relaciones del Trabajo.

El nivel de agregación de los conflictos varía considerablemente entre subsistemas de la salud. En los establecimientos privados y en las obras sociales es muy poco frecuente que los trabajadores realicen acciones conjuntas entre todos los establecimientos del sector, en más del 75% de los casos los conflictos se desarrollan principalmente a nivel de una sola empresa, clínica u obra social.

En el sector público, en cambio, aproximadamente la mitad de los conflictos entre 2006 y 2008 fueron impulsados a nivel rama de actividad, esto significa que todos los trabajadores de la salud estatal (ya sea en todo el país o en una provincia o ciudad) realizan acciones en conjunto persiguiendo reivindicaciones comunes, frente a un mismo empleador, que puede ser el Estado Nacional, Provincial o Municipal, según el caso.

Cuadro 2. Conflictos laborales del sector salud, según nivel de agregación y subsector de la actividad.

Nivel de agregación económica	Subsectores			Total
	Público	Privado	Obras Sociales	
Un establecimiento o repartición	47%	76%	77%	52%
Dos o más establecimientos o reparticiones	5%	4%	4%	5%
Rama o sector de actividad	48%	20%	19%	43%
Total	100%	100%	100%	100%

Fuente: MTEySS – Subsecretaría de Programación Técnica y Estudios Laborales – Dirección de Estudios de Relaciones del Trabajo.

Si se observa la magnitud de los conflictos, en términos de huelguistas y jornadas, al interior de los subsectores se constata que la salud pública explica alrededor del 80% tanto de los huelguistas como de las jornadas individuales no trabajadas en la actividad en los tres años descriptos.

Cuadro 3. Huelguistas y jornadas individuales no trabajadas en el sector salud, según año y subsector de la actividad.

Subsector	HUELGUISTAS				JORNADAS INDIVIDUALES NO TRABAJADAS			
	2006	2007	2008	Total	2006	2007	2008	Total
Público	48366	26668	20795	95829	260404	182985	190605	633994
Privado	10856	2303	8123	21282	30997	8651	25591	65239
Obras Sociales	510	875	410	1795	2655	3168	5584	11407
Total	59732	29846	29328	118906	294056	194804	221780	710640

Fuente: MTEySS – Subsecretaría de Programación Técnica y Estudios Laborales – Dirección de Estudios de Relaciones del Trabajo.

El comportamiento de los datos a lo largo del período estudiado refleja un descenso de la cantidad de trabajadores de la salud pública que participaron en huelgas, pasando de 48 mil en 2006 a menos de la mitad en 2008. Con las jornadas no trabajadas también se observa aunque de menor magnitud: mientras en 2006 hubo 260 mil jornadas individuales no trabajadas en 2008 estas fueron 190 mil.

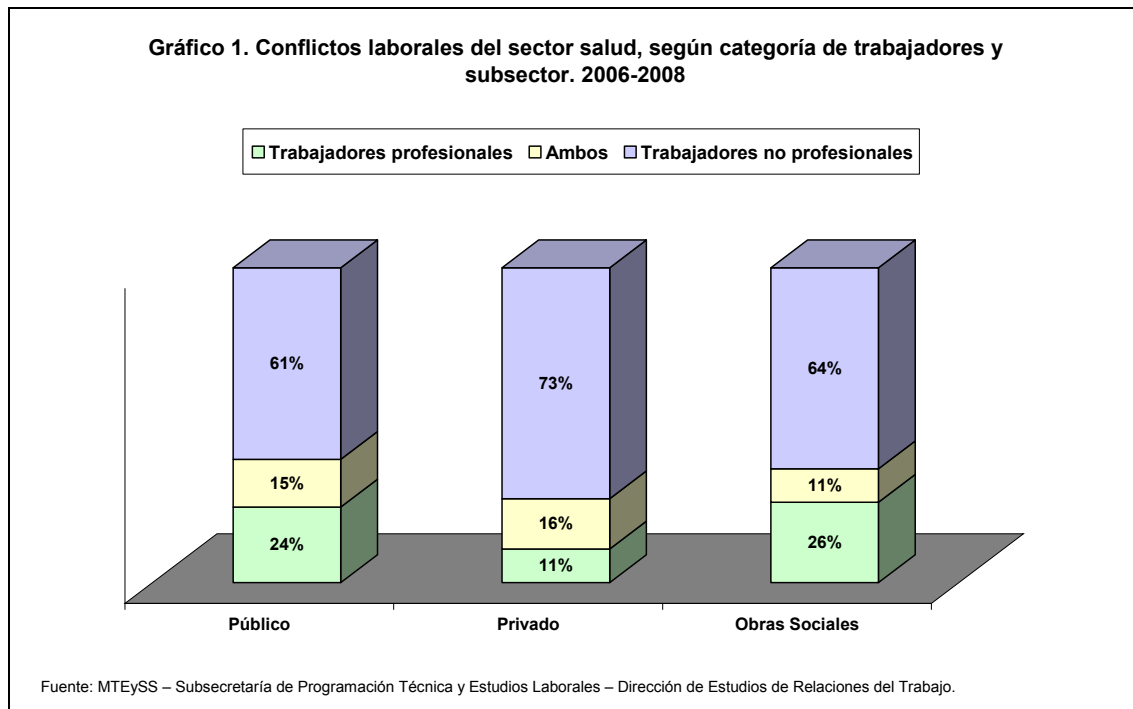
En 2008 entonces puede decirse que en los establecimientos estatales de la salud hubo más cantidad de conflictos con paro que en años anteriores pero estos tuvieron en promedio menor participación de huelguistas en cada conflicto y mayor duración: mientras que en 2006 por cada conflicto con paro había 393 huelguistas que paraban 5,4 jornadas en promedio, en 2008 paraban 146 huelguistas durante 9,2 jornadas en promedio por conflicto.

5. La acción de los profesionales de la salud

5.1. Distribución de los conflictos, modalidades de acción y demandas.

Los profesionales de la salud participaron en casi el 40% de los conflictos laborales del sector en los últimos tres años. En la mayor parte de los casos estos conflictos fueron protagonizados exclusivamente por profesionales (175 conflictos) y en el resto lo hicieron de forma conjunta con trabajadores administrativos, técnicos y otros no profesionales (115 casos).

Siguiendo la tendencia general, la mayor cantidad de conflictos de profesionales se desarrollaron en establecimientos estatales: de todos los conflictos protagonizados por profesionales de la salud, el 90% fueron en hospitales o centros de salud públicos, mientras que el 7% fue en obras sociales provinciales o sindicales y sólo el 5% se produjeron en establecimientos privados. Estos últimos llegan al 10% cuando se trata de conflictos impulsados en conjunto por los profesionales y demás trabajadores de la salud.



Si se observa la distribución de conflictos al interior de cada subsector, en el que menor porcentaje de conflictos iniciadas por profesionales hubo fue el subsector privado (27%), mientras que en establecimientos estatales y en obras sociales sociales el porcentaje de conflictos generados por los profesionales es mayor (40%).

Esto puede deberse a que en los establecimientos privados la relación del profesional con el propietario del establecimiento, como empleador, está mediada usualmente por la intervención de la obra social o prepaga que es la responsable del pago de los servicios del profesional, quien muchas veces es un prestador de servicios y no un empleado en relación de dependencia. En cambio, en los establecimientos públicos el empleador es el Estado, sea este nacional, provincial o municipal, y es la contraparte directa de las demandas de los profesionales en condición de trabajadores asalariados.

Si observamos las modalidades de acción desplegadas por los trabajadores en conflicto², vemos que las acciones más frecuentes entre los profesionales son los paros o huelgas. Al tratarse principalmente de establecimientos de salud pública un paro de los profesionales implica que no

² En cada conflicto puede realizarse más de una acción conflictiva, aquí se computa la acción considerada más intensa en una escala que considera de menor intensidad a los anuncios o alertas y de mayor intensidad los paros con bloqueos o tomas de establecimiento.

atienden consultorios o no realizan intervenciones programadas, cubriendo la atención mínima de guardia y emergencias.

Cuadro 4. Tipo de acción principal según categoría de trabajadores que impulsan el conflicto

Tipo de acción predominante	Trabajadores			Total
	Profesionales	No profesionales	Ambos	
Anuncio de acciones / Declaración de estado de alerta o asamblea permanente	25	72	17	114
Marcha/ movilización / concentración	28	107	26	161
Bloqueo/ Corte de calle/ toma de establecimientos	1	27	10	38
Paro / huelga	115	222	52	389
Paro /huelga más bloqueo o corte de calle	6	51	10	67
Total	175	479	115	769

Fuente: MTEySS – Subsecretaría de Programación Técnica y Estudios Laborales – Dirección de Estudios de Relaciones del Trabajo.

La segunda acción más frecuente entre los profesionales son los anuncios de estado de alerta o asamblea y las movilizaciones, siendo muy poco común la realización de cortes de calle o tomas de establecimientos. Esta última modalidad de acción es algo más frecuente entre los trabajadores administrativos, técnicos o auxiliares del sector, aunque siguen siendo mayoritarios los conflictos con paros o movilizaciones también en este grupo.

A partir de estos datos puede verse lo que algunos autores como Scavino (2004a) denominan “radicalización de las medidas”, en referencia a que los profesionales en los últimos años recurren como medio para luchar por sus reivindicaciones laborales a la interrupción del servicio con paros o huelgas y el abandono de los puestos de trabajo. Al ser la salud un servicio esencial una medida de fuerza que implica su interrupción o limitación impacta fuertemente, tanto en la población receptora del servicio como en los medios de comunicación y la opinión pública, generándose un choque entre los derechos laborales y sindicales de los trabajadores y los derechos de los ciudadanos a recibir atención de su salud.

Las acciones suelen ser más o menos polémicas según cuáles sean las reivindicaciones perseguidas por los trabajadores y en qué grado estas sean consideradas de interés general para la población, ya que en muchos casos atañen a las condiciones generales del sistema de salud, demanda que es compartida entre trabajadores y usuarios del servicio.

En América Latina las organizaciones de profesionales y de trabajadores de la salud “tienen un espectro de intereses estratégicos convergentes que se expresan en una agenda de demandas coincidentes y que ha sido motivo de muy buena parte de la conflictividad que protagonizaron en la Región” (Scavino, 2004b, p4), esta plataforma común está integrada por las siguientes demandas: mejores remuneraciones, incrementos en las partidas presupuestales para el sector de la salud en procura de mejores condiciones asistenciales para los usuarios, y el rechazo a reformas que debiliten el rol y los servicios estatales de salud.



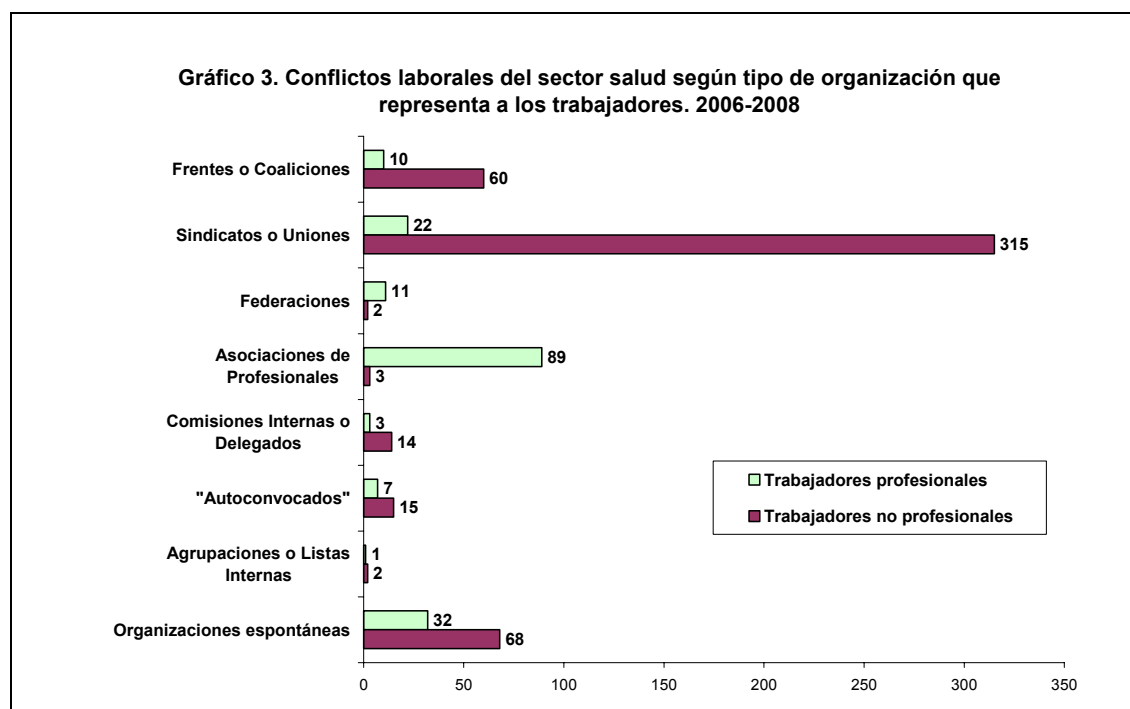
En el caso de los profesionales de la salud de Argentina, en los últimos años, las reivindicaciones se relacionan predominantemente con los salarios: en más del 50% de los conflictos los profesionales de la salud plantearon como demanda principal un aumento salarial y en el 15% de los casos se reclamaba el pago de salarios adeudados, ya sea por atraso en el pago mensual o por no cumplimiento de aumentos salariales ya acordados.

Otras reivindicaciones frecuentes, características de los conflictos de la salud pública, son pedidos de regularización del contrato de trabajo o de mejoramiento de las condiciones de medio ambiente y seguridad laboral (14 casos cada una). Entre los profesionales de la salud estos pedidos se relacionan principalmente con la situación de flexibilidad y precarización laboral y la extensión de la jornada descriptas anteriormente, sumados al deterioro en los establecimientos e instalaciones en los que trabajan, la falta de insumos, entre otros factores que junto a la pérdida

de poder adquisitivo de los salarios fueron perjudicando las condiciones de trabajo de médicos y demás especialistas de la salud pública del país.

5.2 Tipo de organización que representa a los profesionales en conflicto

A continuación, en el Gráfico 3, se observa la distribución de los conflictos protagonizados por profesionales de la salud y por trabajadores no profesionales, según el tipo de organización que los representa y acompaña durante las acciones.



En la gran mayoría de los conflictos de trabajadores no profesionales de la salud la organización que los representa es un sindicato o unión (66%): mientras que en los establecimientos privados FATSA es prácticamente la única entidad que representa a los trabajadores en las acciones de lucha; en el sector público la Asociación de Trabajadores del Estado (ATE) es la que más cantidad de conflictos impulsa, de forma exclusiva o dentro de coaliciones de sindicatos; la siguen con muchos menos conflictos la Unión de Personal Civil de la Nación (UPCN) y las Asociaciones de Trabajadores de la Sanidad Argentina (seccionales de FATSA); también hubo algunos casos (14%) en los que los trabajadores impulsaron las acciones sin organización formal que los represente.

En contraste, al observar la distribución de los conflictos de los trabajadores profesionales la representación se concentra fundamentalmente en las asociaciones de profesionales con más del

51% de los casos. Las organizaciones de profesionales que mayor cantidad de conflictos protagonizaron fueron CICOP (21 conflictos), AMRA (7), FESPROSA (5) y a nivel de un sólo establecimiento la Asociación de Profesionales del Hospital “Enrique Vera Barros” de la Rioja, con cinco conflictos a lo largo de los tres años.

En menor porcentaje aparecen sindicatos, con el 13% de los conflictos, o frentes y coaliciones de entidades gremiales (6%). Un dato interesante es que el 18% de los conflictos de profesionales de la salud fueron llevados a cabo por organizaciones espontáneas, esto significa que ninguna asociación o sindicato formalmente constituido los representó, sino que los trabajadores se autoconvocaron para llevar a cabo sus acciones y demandas.

5.3 Algunos conflictos protagonizados por las principales organizaciones de profesionales de la salud

La asociación de profesionales que más cantidad de conflictos protagonizó en los tres años estudiados es la Asociación Sindical de Profesionales de la Salud de la Prov. de Bs.As. (CICOP) (21 conflictos). Los conflictos de mayor magnitud y duración protagonizados por esta organización fueron aquellos que involucraron a los 77 hospitales bonaerenses y al hospital Nacional Posadas, con reclamos relacionados al estado general de deterioro y la escasez de presupuesto del sistema de salud provincial, la precariedad en las condiciones de trabajo, la necesidad de incremento salarial y regularización de contratos. La CICOP y los profesionales de la salud de la provincia estuvieron en conflicto con las autoridades bonaerenses de manera casi constante: en 2006 se inició un conflicto que tuvo tres meses de duración; en 2007 se desarrollaron dos conflictos que se prolongaron tres meses cada uno y durante 2008, el conflicto se desencadenó en febrero y se extendió durante todo el año, con medidas de fuerza como paros, movilizaciones y asambleas, mediadas por intentos de negociación, hasta que a fin de año las partes en conflicto arribaron a un acuerdo. Además, en paralelo a estos conflictos durante todo el período CICOP protagonizó conflictos más pequeños, junto a trabajadores de establecimientos de la salud provincial con reclamos puntuales de incrementos salariales y mejoras en las condiciones medio ambiente laboral.

A su vez, la Federación Sindical de Profesionales de la Salud de la República Argentina (FESPROSA) impulsó tres conflictos a nivel nacional, uno en 2006 y dos durante el año 2008, a los cuáles adhirieron tanto CICOP como el resto de las asociaciones que la conforman,

otorgando una dimensión importante respecto de la cantidad de trabajadores que adhirieron a las jornadas nacionales de lucha (en todo el país son 20 mil los afiliados a FESPROSA).

Otra asociación que tuvo un gran protagonismo (aunque en menor medida que CICOP) en la conflictividad de los profesionales del sector fue la Asociación de Médicos de la República Argentina, que aparece como impulsora de siete conflictos entre 2006 y 2008, principalmente en la provincia de Santa Fé, con médicos provinciales, municipales y del PAMI, y unos pocos en el Gran Buenos Aires, acompañando a médicos de hospitales y centros de salud municipales. En gran parte de los conflictos impulsados por esta organización las medidas de acción fueron paros y los reclamos, a pesar de tratarse de diversos empleadores (Estados Nacional, Municipal o Provincial) fueron similares e incluyeron mejoras en los salarios, en las condiciones de trabajo y en las modalidades de contratación.

Finalmente, la Asociación de Profesionales del hospital "Enrique Vera Barros" de la Rioja, como se mencionó en el apartado anterior, es la asociación por establecimiento que mayor cantidad de conflictos protagonizó a lo largo de los tres años. Tres en el año 2006, uno durante 2007 y otro en 2008. En algunos realizaron paros como medidas de fuerza, mientras que en otros sólo declararon estado de asamblea permanente y se movilizaron. Los reclamos principales siempre fueron aumento y blanqueo salarial y pase a planta permanente.

6. Consideraciones finales

A partir del presente estudio se desprenden algunas consideraciones generales acerca de los conflictos protagonizados por los trabajadores profesionales de salud. El sector de la salud en Argentina ha sufrido profundos cambios desde las reformas aplicadas durante la década de los noventa que aún hoy tienen implicancias en las características del empleo en el sector. En el caso de los profesionales de salud algunas de las consecuencias fueron el surgimiento de nuevas formas de contratación, que reemplazaron el trabajo estable y protegido por modalidades de contratos por servicio, más flexibles y precarios.

Actualmente puede verse, principalmente en el sector de la salud pública (donde focalizamos la atención por ser el subsistema en el que mayor cantidad de conflictos laborales se desarrollaron), que los profesionales trabajan en condiciones de profunda precarización, con condiciones de higiene y seguridad degradadas, con poca autonomía profesional y con alta incidencia del sobreempleo y el pluriempleo. Al mismo tiempo, y a pesar de tratarse de trabajadores altamente

calificados, los profesionales de la salud poseen salarios más bajos que el promedio de los profesionales de otras actividades.

A partir del estudio de las principales dimensiones que adquieren los conflictos de los profesionales de la salud pública, pudimos ver que muchas de las reivindicaciones perseguidas se relacionan con la situación descripta, ya que en la mayor parte de los conflictos los principales reclamos son por mejoras en las condiciones salariales, contractuales o de medio ambiente laboral.

Las organizaciones que nuclean a los profesionales de la salud en el presente se encuentran muy cercanas a las funciones tradicionales de los sindicatos, ya que además de agrupar a los trabajadores por compartir una profesión (como tradicionalmente lo hacían los Colegios) lo hacen en función de la defensa de sus derechos como trabajadores. Esta “sindicalización” de las organizaciones profesionales se hace visible en la alta presencia de los Colegios, Asociaciones y Federaciones de profesionales en los paros y movilizaciones realizadas alrededor de reivindicaciones típicamente sindicales, relacionadas al mejoramiento de las condiciones laborales y salariales.

Un rasgo interesante que se desprende del análisis de los conflictos de los profesionales de la salud es su alta capacidad para ejercer presión en la búsqueda de reconocimiento de sus demandas. Esto se observa tanto en la fortaleza de las entidades sindicales que los nuclean y en el alto nivel de sindicalización, como en la radicalización de las medidas de acción y el alto impacto social que estas poseen (al tratarse de una actividad de atención básica de la salud de la población su interrupción o limitación implica la ausencia de un servicio considerado esencial). Además, su condición de “profesionales” es también un elemento que hace a la propia fuerza de las asociaciones que los representan, favoreciendo sus posiciones en la negociación con otros los actores del sistema político o de salud.

Puede decirse que la constitución de nuevas asociaciones de profesionales en los últimos años, el fortalecimiento de organizaciones existentes, la búsqueda de personería gremial de parte de muchas de ellas, la capacidad de movilización desplegada, el alto nivel de conflictividad desarrollado, la radicalidad de la acción colectiva y el impacto de las acciones, entre otras dimensiones, muestran que los profesionales del ámbito de la salud pública han profundizado su identidad en tanto trabajadores y las estrategias de lucha y negociación frente a un proceso de deterioro de sus condiciones básicas de trabajo.

Bibliografía

- Abramsón; M. (2005): “Argentina: recursos humanos en salud 2004”. OPS/OMS, Bs. As.
- Acuña, C; Chudnoski, M. (2002): “El sistema de salud en Argentina”. Universidad de San Andrés y Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional - Fundación Gobierno y Sociedad, Documento 60
- Aspiazu.E; Baldi, L; Medwid, B (2007): “Conflictos laborales en el sector salud en Argentina en el año 2006. Una aproximación a los conflictos de los profesionales de la salud”. 8º Congreso Nacional de Estudios del Trabajo, Grupo Temático 7.
- Belmartino, S. (2006): “La Reforma Del Sector Salud En La Argentina”. En: Rico y Marco (coordinadoras): Mujer y Empleo. La Reforma De La Salud y La Salud De La Reforma En Argentina. CEPAL/GTZ/Siglo XXI, Buenos Aires, pp.102-150
- Brito Quintana, P. (2000): “Impacto de las reformas del Sector de la Salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral”. En Revista Panamericana de Salud Pública N° 8.
- Brito Quintana, P.(2000): “Desafíos y problemas de la gestión de recursos humanos de salud en las reformas sectoriales”. 3er. Congreso Latinoamericano de Sociología del Trabajo, Bs. As..
- Brito, P.; Galin, P.; Novick, M. (2000): “Relaciones Laborales, condiciones de trabajo y participación en el sector salud”. OPS/OMS.
- Dal Poz, M.; Galin, P.; Novick, M.; Varella, T. (2000): “Relaciones laborales en el sector salud. Fuentes de información y métodos de análisis”. Serie observatorio de recursos humanos de salud. OPS/OMS, Quito, Agosto.
- DGEyEL, SSPTyEL, MTEySS (2006) en base a datos de la EPH y del SIJyP “Situación ocupacional de los trabajadores del sector salud al IV trimestre de 2006”. Mimeo.
- Dithurbide Yanguas, G. (1999): “Problemas en el análisis del conflicto laboral”. En Castillo Mendoza (coord.). Economía, organización y trabajo. Un enfoque sociológico. Ediciones Pirámides. Cap. 4. p. 155 – 196.
- Dussault, G. y Rigoli, F. (2002): “Dimensiones laborales de las reformas sectoriales en salud. Sus relaciones con eficiencia, equidad y calidad”, en Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo Año 8, Nro.15, Bs. As.
- Etchemendy, S.; Collier R. (2007): “Golpeados pero de pie: Resurgimiento sindical y neocorporativismo segmentado en Argentina (2003-2007)”, Política y Sociedad, septiembre.
- Galín, P. (2002): “Dependencia y precarización laboral: los profesionales de la salud en la Argentina”. En Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo Año 8, Nro.15, Bs. As.
- Lanari, E. (2006): “El sistema de salud en Argentina”. En “Trabajo decente: un aporte metodológico para su estimación. Aplicación en la determinación del actual déficit de trabajo decente entre los profesionales de la salud del sector público y privado de Mar del Plata”. Tesis doctoral. FLACSO.
- Maceira, D.; Murillo, M. V. (2001): “Social Sector Reform in Latin America and the Role of Unions”. Inter-American Development Bank. Research Department, Working Paper 456, April.

- Montes, M. (2000): “Sindicalismo y sector salud en la Argentina de los noventa”, en Portal: producciones en estudios sociales, ISSN 1667-7889, N° 1, pags. 217-232
- Novick, M. (2003): “Situación De La Salud En Argentina 2003”. OPS, Buenos Aires
- Novick, M.; Galín, P. (2003): “Flexibilidad del mercado de trabajo y precarización del empleo. El caso del sector salud”. Observatorio de RRHH en Salud en Argentina. Información estratégica para la toma de decisiones. OPS/OMS Argentina.
- Novick, M.; Tomada, C. (2001): “Reforma Laboral y crisis de la identidad sindical”. En Cuadernos del Cedes, Año 18, No 47, Segunda época, p. 79-110.
- Palomino, H (2008): “El fortalecimiento actual del sistema de relaciones laborales: sus límites y potencialidades”. MTEySS, Mimeo, Buenos Aires.
- Palomino, H. (2007): “Empleo y Sindicatos en una nueva agenda”. MTEySS, Mimeo, Buenos Aires.
- Palomino, H.; Gurrera, S. (2009): “Caracterización de las nuevas inscripciones y personerías gremiales en la Argentina (2003-2008). En Trabajo, Ocupación y Empleo. Estudios Laborales 2008. Serie Estudios/8. MTEySS, Buenos Aires, Mayo.
- Pautassi, L. (2001): “Equidad de género y calidad en el empleo: Las trabajadoras y los trabajadores en salud en Argentina”. Serie Mujer y Desarrollo, CEPAL, Santiago de Chile, Marzo de 2001.
- Rico y Marco (coordinadoras): “Mujer y Empleo. La Reforma De La Salud y La Salud De La Reforma En Argentina”. CEPAL/GTZ/Siglo XXI, Buenos Aires.
- Scavino, J. (2004b): “La conflictividad de alcance nacional en el sector salud en la región de las Américas en 2003”, OPS.
- Scavino, J. (2004b): “Panorama de organizaciones de profesionales y trabajadores de la salud en las Américas: documento técnico de diagnóstico y análisis del panorama de las organizaciones profesionales y sindicales en la Región de las Américas”. Washington, D.C: OPS, Serie Desarrollo de Recursos Humanos, n° 35.
- Senén Gonzalez, C.; Trajtemberg, D.; Medwid, B. (2008): “La afiliación sindical en Argentina 2005-2007: análisis del módulo de relaciones laborales de la EIL”. En Revista Nova Tesis de Derecho Laboral y Relaciones Del Trabajo, No 9, Argentina: Julio-Agosto.
- Svampa, M.: Crisis estructural y nuevas formas de resistencia, en La Sociedad Excluyente. La Argentina bajo el signo del neoliberalismo, Buenos Aires: Taurus, 2005, p. 205-233.