

5

LOS CONFLICTOS LABORALES EN LA SALUD PÚBLICA EN LA ARGENTINA*

INTRODUCCIÓN

La salida de la crisis del año 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. Siguiendo a Héctor Palomino (2008) podemos señalar que comenzó a configurarse un nuevo régimen de empleo, dado por una modificación estructural del mercado de trabajo y de sus regulaciones en relación con las que prevalecieron en la década de 1990.

Durante esta, 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). En el nuevo contexto iniciado en 2003 se incrementó la conflictividad laboral, al mismo tiempo que la protesta social fue perdiendo dinamismo.

Muchos autores especializados en relaciones laborales señalan que a partir del año 2003 se inicia una tendencia que denominaron “revitalización” del actor sindical (Palomino, 2008; Senén González, Trajtemberg y Medwid, 2008; Etchemendy y Collier, 2007; Marshall, 2007), la cual se observó en los últimos tres años en la Argentina en dimensiones como el aumento en la afiliación sindical y en la negociación colectiva y en el alto y sostenido nivel de conflictividad laboral.

En el sector de la salud en la Argentina puede observarse claramente este resurgimiento del conflicto laboral, al ser una de las actividades con mayor cantidad de conflictos registrados durante los años 2006 a 2008: aproximadamente el 18% de los conflictos del período fueron impulsados por trabajadores/as pertenecientes al sector de la salud, principalmente en el subsector de la salud pública¹.

* El presente informe fue elaborado por la Lic. Eliana Aspiazu de la Dirección de Estudios del Trabajo de la Subsecretaría de Programación Técnica y Estudios Laborales –MTEySS.

¹ La principal fuente de datos utilizada es la Base de Datos de Conflictos Laborales de la Subsecretaría de Programación Técnica y Estudios Laborales del MTEySS, que desde el año 2006 sistematiza la información acerca de conflictos laborales de todos los sectores de actividad del país, relevada a partir de medios de prensa nacionales, provinciales y locales. A su vez, se consultaron los archivos de noticias y fuentes complementarias para profundizar la información.

La base de datos toma como unidad de análisis el conflicto laboral, entendido como “una serie de eventos desencadenados a partir de la realización de una acción conflictiva por parte de un grupo de trabajadores/as o empleadores/as con el objeto de alcanzar sus reivindicaciones laborales”. En

Por tratarse de una actividad que brinda un servicio público esencial a grandes capas de la población, los conflictos laborales que en ella se desarrollan adquieren un importante impacto social. El objetivo principal de este estudio es comprender las causas de la alta conflictividad en el sector de la salud pública en la Argentina.

Para ello se indagará en algunas características del sector que se plantean como posibles factores explicativos de los conflictos laborales, principalmente: la calidad del empleo, las características de los recursos humanos y del sistema de relaciones laborales, y los cambios en el sistema de salud desarrollados a partir de las reformas estructurales aplicadas en los años noventa. Luego, se describirán los principales rasgos que adquieren los conflictos laborales en el sector de la salud en perspectiva comparada respecto de los demás sectores y en su interior entre los subsistemas que lo componen. Finalmente, se analizarán los conflictos protagonizados por trabajadores/as de establecimientos de salud estatales, considerando su dependencia del Estado, el nivel de agregación, las organizaciones gremiales que lideran los conflictos, las reivindicaciones y las acciones conflictivas desplegadas.

1. COMPOSICIÓN Y EMPLEO DEL SECTOR DE LA SALUD EN ARGENTINA

En la Argentina el sistema de salud² está conformado por tres subsectores o subsistemas: a) el público, integrado por establecimientos de salud coordinados por el Estado en sus tres niveles (nacional, provincial o municipal); b) el privado, que incluye las empresas de medicina prepaga y los establecimientos de salud con o sin fines de lucro; y c) el 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 de su población objetivo, los servicios que brindan y el origen de los recursos con que cuentan (Acuña y Chudnoski, 2002).

El sistema de salud en su conjunto emplea a 678.000 personas³, el 4,7% del total de ocupados de todos los aglomerados urbanos del país. La situación del empleo en cada uno de los subsectores es diversa: 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 subsector público sólo subió un 1% en

consecuencia, en el transcurso de un mismo conflicto puede tener lugar más de una acción conflictiva (huelga, movilización, etc.).

La base de datos registra la información mensual de los conflictos laborales que tuvieron lugar en el territorio nacional a partir de la consulta diaria de más de 120 medios electrónicos disponibles en Internet. Los principales indicadores se refieren a cantidad de conflictos, cantidad de trabajadores en huelga, cantidad de jornadas individuales no trabajadas, ámbito institucional del empleador, actividad económica, nivel de agregación, localización geográfica, orientación del reclamo, actor sindical, autoridad de intervención, tipo de conflicto, tipo de acción y duración de la acción.

² La Organización Mundial de la Salud (OMS) define un 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”.

³ Fuente: DGEyEL, SSPTyEL, MTEySS sobre base de datos de la EPH y del SIJP del año 2006, hasta el momento no se cuenta con datos más actuales.

el mismo período; de todas formas, la salud pública concentra el 41% del empleo de la actividad.

Una característica distintiva del sector es que sus recursos humanos poseen una alta calificación, con un peso importante de profesionales médicos y de otras especialidades, técnicos/as y enfermeros/as. La estructura de calificaciones sufrió cambios profundos a partir de la década de 1990 cuando se incrementaron “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: 94).

Otro rasgo particular del sector es la gran presencia femenina en la actividad: en todos los subsectores casi el 70% de los empleados/as son mujeres. Sin embargo, si se observa la distribución por sexo según calificaciones se presentan grandes variaciones, ya que las calificaciones que presentan los hombres son mucho más altas que las de las mujeres. Los profesionales representan casi el 50% de los hombres y alcanzan sólo el 26% de las mujeres, mientras que estas se encuentran sobre representadas en el subgrupo de calificación técnica, principalmente por el personal de enfermería que tiene un peso femenino importante (Novick y Galín, 2003).

La distribución por categoría ocupacional muestra una proporción muy alta que se define como asalariado alrededor del 80%, frente a un 20% de trabajadores por cuenta propia y empleadores. En todas las categorías – a excepción de dueño o empleador – las mujeres son mayoritarias pero alcanzan una proporción más alta entre los asalariados. Varios autores (como Novick y Galín, 2003; Pautassi, 2006; Wainerman y Geldstein, 1989) coinciden acerca de la existencia de un “techo de cristal” en el acceso de las mujeres a puestos jerárquicos en el sector de la salud, es decir que a pesar de que las mujeres constituyen una clara mayoría en los recursos humanos del sector, están subrepresentadas en los puestos asalariados de mayor jerarquía, entre los profesionales autónomos y en la categoría de dueños o empleadores. “La segmentación entre los asalariados es clara, la posibilidad de ocupar tareas profesionales es menor para la mujer, que tiene mayor presencia en tareas de calificación técnica, donde se visualiza la presencia de enfermeras” (Pautassi, 2006).

2. LA CALIDAD DEL EMPLEO EN LA SALUD PÚBLICA

El subsector de la salud pública tiene por función proveer servicios de salud de forma gratuita a toda la población a través de una red de hospitales públicos y centros de salud, que son financiados y gerenciados desde los ministerios de Salud nacional, provinciales o municipales.

El Ministerio de Salud nacional tiene formalmente a su cargo la normatización, regulación, planificación y evaluación de las acciones de salud que se llevan a cabo en todo el territorio nacional y administra en forma directa algunos hospitales nacionales (Belmartino, 1999). Sin embargo, en la práctica el rol del nivel central es muy acotado

ya que en las últimas décadas se ha visto reforzada la importancia de los ministerios o secretarías de Salud provinciales, que además de ser los responsables de la salud de sus habitantes, como producto de un progresivo proceso de transferencia de establecimientos, se han hecho cargo de muchos de los hospitales públicos nacionales. Las provincias tienen un papel relevante dentro del sector salud, puesto que realizan con sus propios recursos alrededor del 75% del gasto público destinado a la financiación de servicios de atención médica (Acuña y Chudnoski, 2002).

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

Algunas de estas consecuencias se ven en las nuevas modalidades de contratación que surgieron como la contratación por servicios, el cobro por factura y el pluriempleo, las cuales “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, p.147).

En el caso de los 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, Abramzón, 2005; Acuña y Chudnoski, 2002).

La flexibilización del mercado de trabajo 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: 58).

Otra dimensión que da cuenta de la flexibilización del empleo es el sobreempleo sectorial explicado principalmente por los profesionales. Mientras que la cuarta parte de todo el personal del sector cumple jornadas superiores a las 48 horas semanales, dato que no difiere del conjunto de la PEA, entre los profesionales el sobreempleo es considerablemente superior: más de una cuarta parte de los médicos trabaja jornadas que superan las 60 horas semanales. En muchos casos esto es explicado por el doble vínculo laboral que establecen los trabajadores/as (principalmente profesionales y técnicos), quienes además del trabajo para establecimientos públicos realizan actividades en el sector privado en forma independiente.

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. Al respecto, Pautassi (2006) llama la atención sobre la sobreocupación y el multiempleo entre los profesionales de la salud, resaltando 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.

3. LOS CONFLICTOS LABORALES DEL SECTOR DE LA SALUD

3.1. Aspectos generales de los conflictos de trabajadores/as de la salud

La reacción de los trabajadores y trabajadoras del sector de la salud pública ante la situación descrita de deterioro de la calidad del trabajo y de los salarios se evidencia cuando se analiza la conflictividad laboral en el sector.

Al respecto, en un estudio realizado por la Organización Panamericana de la Salud en el año 2004 acerca del panorama sindical del sector en la Región de las Américas, se muestra que hubo un alto nivel de conflictividad laboral en el año 2003, superior al registrado en otras áreas de la economía de la región. Los actores principales de esos sucesos fueron las organizaciones de profesionales y trabajadores de la salud, que se movilizaron en pos de sus demandas, principalmente relacionadas con aumentos salariales y con la oposición a la introducción de reformas en los sistemas de salud, en conflictos de alta intensidad que se desarrollaron fundamentalmente en el área estatal (Scavino, 2004).

En la Argentina, al igual que en otros países de América Latina en los que se aplicaron reformas de Estado similares, la salud fue una de las actividades en la que mayor cantidad de conflictos laborales se registró durante los últimos tres años, reflejando el resurgimiento de la conflictividad laboral y la acción sindical a los que se hizo mención en la introducción.

Durante los últimos tres años se registraron 4.437 conflictos en todo el país⁴: alrededor del 17% de esos conflictos (769) pertenecieron al sector de la salud, porcentaje que sólo fue superado por la administración pública con el 30% de los conflictos. Los sectores de la educación y del transporte y almacenamiento son los que siguen en cantidad, con aproximadamente el 12% de los conflictos cada uno. Lo mismo sucede con los conflictos en los que se realizó al menos un paro como medida de acción, entre los cuales alrededor del 18% correspondieron al sector salud.

Dos dimensiones que muestran la magnitud de los conflictos laborales son: por un lado, la cantidad de huelguistas (trabajadores que participaron en al menos un paro) y, por el otro, las jornadas individuales no trabajadas (que resulta de la multiplicación entre la cantidad de huelguistas y las jornadas de paro realizadas).

Respecto de la primera dimensión, el sector de actividad que registró la mayor cantidad de huelguistas en los tres años es la enseñanza (con un promedio de 550.000), seguido de la administración pública y la salud en tercer lugar, con 133.000 huelguistas en 2006 y 117.000 en 2007, presentando una importante diferencia respecto de los restantes sectores. En 2008, en cambio, la distribución varió respecto de los años ante-

⁴ De estos conflictos, 1.570 se desarrollaron durante 2008, 1.504 en 2007 y 1.359 en 2006.

CUADRO N° 1

Conflictos laborales según actividad económica 2006-2008

Actividad económica	Conflictos *			Conflictos con paro *		
	2006	2007	2008	2006	2007	2008
TOTAL	1,359	1,504	1,570	770	838	839
Agricultura, Ganadería, y Silvicultura	8	8	5	3	4	2
Pesca	0	2	11	0	1	5
Explotación de minas y canteras	26	37	26	18	28	18
Industria	118	140	184	60	67	87
Agua, gas y energía	48	44	51	33	27	34
Construcción	51	33	55	28	17	26
Comercio y act. afines	34	43	31	14	15	13
Hoteles y restaurantes	6	10	10	2	2	2
Transporte	188	168	172	113	93	93
Comunicaciones	24	37	38	11	15	14
Intermediación financiera	16	28	13	5	16	6
Servicios empresariales	5	10	15	2	6	5
Administración pública *	422	517	520	247	296	296
Enseñanza *	158	198	221	88	127	120
Salud *	250	249	270	147	145	164
Otras actividades comunitarias	51	55	50	26	26	21

* Los conflictos que abarcan a más de una actividad económica se contabilizan aquí para cada actividad en la que se localizó el conflicto. Por tal razón, el total de conflictos no se corresponde con la suma de los conflictos de todas las actividades.

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

riores: los huelguistas del sector salud aumentaron en términos absolutos a 156.000, pero en términos relativos pasaron a ocupar el quinto lugar en relación con los demás sectores de actividad, debido al aumento de trabajadores en huelga que tuvieron la industria y la construcción. En cuanto a la segunda dimensión, las jornadas individuales no trabajadas, la salud explica con 1.4 millones el 16% del total de jornadas de trabajo perdidas durante los tres años relevados.

3.2. Distribución de los conflictos por subsector de la actividad

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

CUADRO N° 2

Conflictos laborales del sector salud, por 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.

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

CUADRO N° 3

Conflictos laborales del sector salud, por año y subsector de la actividad

Subsector	HUELGUISTAS				JORNADAS INDIVIDUALES NO TRABAJADAS			
	2006	2007	2008	Total	2006	2007	2008	Total
Público	48,366	26,668	20,795	95,829	260,404	182,985	190,605	633,994
Privado	10,856	2,303	8,123	21,282	30,997	8,651	25,591	65,239
Obras sociales	510	875	410	1,795	2,655	3,168	5,584	11,407
Total	59,732	29,846	29,328	118,906	294,056	194,804	221,780	710,640

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/as de la salud pública que participaron en huelgas, pasando de 48.000 en el año 2006 a menos de la mitad en 2008. Las jornadas no trabajadas también disminuyeron aunque en menor magnitud: mientras en 2006 hubo 260.000 jornadas individuales no trabajadas, en 2008 estas fueron 190.000.

Puede decirse entonces que durante 2008 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 por conflicto pararon 146 huelguistas durante 9,2 jornadas en promedio. En suma, se trató de conflictos más extensos pero que involucraron menos trabajadores y trabajadoras en promedio.

4. LOS CONFLICTOS LABORALES EN LA SALUD PÚBLICA

El subsistema de la salud pública, como el resto de la administración pública, tiene normas peculiares en materia de relaciones colectivas de trabajo o derecho colectivo. La diferencia básica respecto del sector privado se encuentra en que la relación tripartita Capital – Trabajo – Estado es sustituida en la administración pública por la relación Trabajo – Estado, en la que el Estado adquiere el doble rol de empleador y coordinador de las relaciones laborales.

La relación entre los empleados públicos y el Estado en los servicios públicos como salud y educación no suponen una sujeción al capital, aun cuando se trate de una relación salarial y tenga un carácter subordinado. La subordinación del trabajo adquiere un sentido diferente: “se trata de la sujeción a un cuadro organizativo e institucional de orden público, además de la subordinación en un esquema jerárquico de gestión [...] El trabajador estatal está situado en una relación de doble subordinación: a quien constituye su ‘superior’, en la ‘cadena de mando’ de un ámbito concreto de trabajo por un lado, y por otro a la norma que lo constituye como ‘funcionario’ y que define sus responsabilidades como ‘servidor público’ (Palomino, 2004: 34, 35 y 39).

Las relaciones colectivas de trabajo en la actividad estatal se encuentran menos institucionalizadas que las del sector público, lo que dificulta, como veremos más adelante, la resolución de los conflictos por la vía de la negociación y el consenso. Además, las dimensiones de la conflictividad en el ámbito público de la salud que veremos a continuación dan cuenta de la complejidad que adquieren estos conflictos.

4.1. Dependencia estatal y nivel de agregación de los conflictos

La conflictividad en centros de salud y hospitales estatales adquiere rasgos particulares respecto de algunas dimensiones como el nivel de agregación, la localización geográfica, las acciones desplegadas y las demandas de los trabajadores, y presenta complejidad para su análisis por tratarse de un subsector muy heterogéneo respecto de las características de trabajadores y los establecimientos.

Además, para entender las causas del alto nivel de conflictividad en la salud pública es necesario tener en cuenta, por un lado, el deterioro que el empleo público sufrió a partir de las reformas aplicadas en la década pasada y, por otro lado, la escasa institucionalización de las relaciones laborales en el empleo público.

En dependencias estatales el empleador puede ser el Estado nacional o bien estados provinciales o municipales. Como consecuencia de la aplicación de las reformas en el sector durante la década de 1990, que tuvieron entre sus objetivos la descentralización del sistema de salud, actualmente en la Argentina existen sólo dos hospitales nacionales⁵ y unos pocos institutos de salud nacionales que dependen directamente del Ministerio de Salud de la Nación; asimismo hay una serie de hospitales y centros de salud mixtos dependientes de distintos niveles de gobierno a la vez.

Siguiendo esta distribución, cuando se observa la dependencia estatal de los establecimientos se constata que las acciones conflictivas sucedieron principalmente en hospitales o centros de salud provinciales (77%), mientras que el 14% involucró establecimientos municipales y en sólo el 7% participaron trabajadores/as dependientes del Estado nacional, el resto se trata de establecimientos mixtos.

Un conflicto laboral puede involucrar a los trabajadores/as de un solo establecimiento, de varios o de todo un sector o subsector de actividad; a esta dimensión la denominamos *nivel de agregación del conflicto*. Entre los subsistemas de la salud, la misma presenta variaciones considerables: mientras que en los establecimientos privados y en las obras sociales es muy poco frecuente que se desarrollen acciones en el nivel de toda una rama de actividad, en más del 75% de los casos los conflictos se dieron en una sola empresa, clínica u obra social.

En cambio, en el subsector público aproximadamente la mitad de los conflictos entre los años 2006 y 2008 fueron impulsados en el nivel de rama de actividad, esto significa que en esos casos todos los trabajadores/as de la salud estatal (ya sea en todo el país o en una provincia o ciudad) realizaron acciones en conjunto persiguiendo reivindicaciones comunes.

Respecto de la localización geográfica se observa que la gran mayoría de los conflictos de establecimientos de salud municipales pertenecieron a la Ciudad de Buenos Aires (42 casos) y en menor medida a la provincia de Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe. Los conflictos nacionales también se localizaron fundamentalmente en la Ciudad de Buenos Aires, donde se encuentra la mayor parte de los institutos nacionales, y en la provincia de Buenos Aires donde está ubicado el Hospital Nacional Posadas.

Cuando nos referimos a los conflictos en establecimientos de salud provinciales (497 casos) se trata principalmente de centros de salud dependientes de los gobiernos de las provincias de Buenos Aires (44), Entre Ríos (42), La Rioja (38), Santa Fe (36), Tierra del Fuego (31), Córdoba (25), Neuquén (24), Mendoza (23), Salta y Catamarca (22). En la mitad de los casos fueron conflictos protagonizados por el conjunto de los trabajadores/as de la salud provincial y el resto fueron principalmente conflictos en el interior de un hospital o centro de salud, con reclamos orientados a un establecimiento en particular.

⁵ Hospital Nacional "Profesor Alejandro Posadas" y Hospital Nacional "Dr. Baldomero Sommer".

En algunos casos se trata de hospitales mixtos, que comparten dependencia entre el gobierno nacional y provincial o municipal, por ejemplo, el Hospital de Pediatría Prof. Dr. Juan P. Garrahan que es cofinanciado por el gobierno nacional y el de la Ciudad de Buenos Aires. Estos conflictos suelen tener una complejidad mayor para su resolución, debido a la intervención simultánea de dos o más gobiernos, que actúan a la vez como empleadores y como Estado interventor, con sus presupuestos, normativas y mecanismos particulares que en muchos casos entran en contradicción unos con otros.

4.2. Las organizaciones gremiales que representan a los trabajadores/as en conflicto

Los trabajadores profesionales, médicos, enfermeros, administrativos, técnicos y de maestranza de centros y servicios de salud de América Latina han establecido un importante número de organizaciones intermedias para garantizar la defensa de sus intereses y viabilizar sus demandas. En los últimos tiempos estas asociaciones emergieron en los escenarios nacionales como agrupaciones capaces de sostener intensos conflictos con los gobiernos de la región (Scavino, 2004). Principalmente se trata de organizaciones de profesionales y de trabajadores de la salud implantados en el área estatal donde han centrado la mayor parte de sus movilizaciones en los últimos tiempos.

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

En clínicas, hospitales y centros de salud públicos, los trabajadores no profesionales suelen ser representados por seccionales regionales de la Federación de Asociaciones de Trabajadores de la Sanidad Argentina (FATSA) 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.

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. Mientras que, como plantea Scavino (2004), en la literatura laboral de los países desarrollados tradicionalmente se entiende por "colegio" una entidad que tiene un perfil eminentemente profesional, en la región hay numerosos colegios y asociaciones de médicos y enfermeras que en sus definiciones y objetivos incluyen acciones gremiales en pos de la mejora de las condiciones de trabajo de sus afiliados/as. En la Argentina existe una gran cantidad de asociaciones médicas que agrupan profesionales según especialidad médica, establecimiento de trabajo, área geográfica, etc., y que poseen diversos fines como: brindar capacitación profesional y asesorías legales, prestar variados servicios a sus socios y defender sus derechos como trabajadores (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 asociaciones, colegios o

federaciones que representan a los profesionales de la salud de todas las regiones del país. Además, el sector cuenta con un vasto número de asociaciones más pequeñas que reúnen profesionales por hospitales o por especialidades.

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).

Algunas de las federaciones, asociaciones y sindicatos mencionados poseen inscripción gremial y otros, además de estar inscriptos, cuentan con personería gremial que les otorga el reconocimiento legal como representantes de los intereses colectivos de los trabajadores ante el Estado y los empleadores, y el derecho de intervenir en las negociaciones colectivas de trabajo, vigilar el cumplimiento de la normativa laboral y de la seguridad social, entre otras funciones⁶.

En los últimos años se observa la creación de un número significativo de nuevas entidades, así como la aprobación de inscripciones y personerías por parte del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social 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 entre los años 2003 y 2008 pertenecieron al sector de la salud, así como el 4% de las personerías gremiales. Dos ejemplos de algunos casos son el de la Asociación de Profesionales de la Salud de la Provincia de Buenos Aires (CICOP) y el del Sindicato de Profesionales de la Salud de la Provincia de Santa Fe (SIPRUS), ambos pertenecientes a FESPROSA, que luego de años de acompañar a los trabajadores en la lucha por sus reivindicaciones laborales y pelear por el reconocimiento como entidades de representación de sus derechos lograron obtener la personería e inscripción gremial respectivamente⁷.

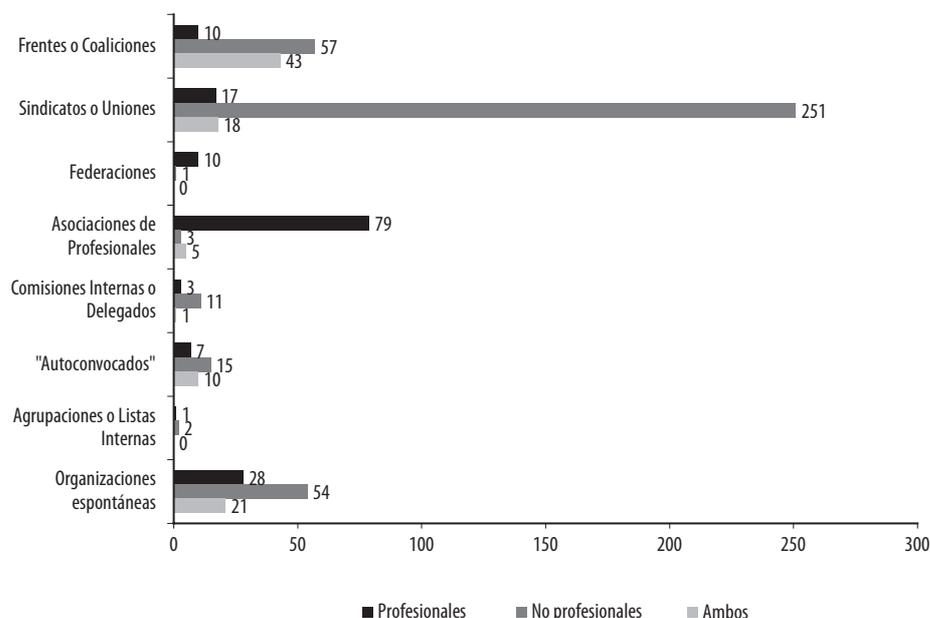
A continuación, en el Gráfico 1, se observa la distribución de los conflictos de la salud pública protagonizados por trabajadores profesionales y no profesionales, según el tipo de organización que los representa y acompaña durante las acciones.

⁶ Según la Ley de Asociaciones Sindicales de Trabajadores n° 23.551 de 1988 la personería gremial es un estatuto que sólo adquiere el sindicato que sea más representativo en su ámbito. Sólo los sindicatos que poseen personería gremial son los representantes de los intereses colectivos de los trabajadores ante el Estado y los empleadores; y 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 (art. 31). Mientras que las entidades que poseen inscripción gremial pueden representar los intereses individuales de sus afiliados, y los intereses colectivos cuando no existe una asociación con personería gremial en el mismo ámbito de actuación. De las principales entidades mencionadas AMRA cuenta con personería gremial, mientras que FESPROSA cuenta con inscripción gremial, pero varias de sus asociaciones miembro obtuvieron personería, por ejemplo CICOP en Buenos Aires.

⁷ El MTEySS otorgó la inscripción gremial a SIPRUS en 2008 (resolución n° 714/08) con actuación en provincia de Santa Fe, y la personería gremial a CICOP en 2007 (resolución n° 502/07) con actuación en la provincia de Buenos Aires.

GRÁFICO 1

Conflictos laborales del subsistema de salud pública según tipo de organización que representa a los trabajadores. 2006-2008



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

En la gran mayoría de los conflictos de trabajadores no profesionales en el sector público de la salud la organización que los representa es un sindicato o unión (64% de los casos): la Asociación de Trabajadores del Estado (ATE) es la que más cantidad de conflictos impulsa, de forma exclusiva o dentro de coaliciones de sindicatos (uno de los casos más paradigmáticos fue el del Hospital de Pediatría Prof. Dr. Juan P. Garrahan); 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), por ejemplo, el conflicto del Hospital Francés tuvo a ATSA Capital como protagonista.

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 con 21 conflictos (entre ellos, el de los profesionales del Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas), luego sigue AMRA con siete, FESPROSA con cinco y en el nivel de un solo 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 con el 6%.

Por otro lado, los conflictos en los que participaron profesionales junto a técnicos, administrativos y otros son impulsados por frentes o coaliciones de gremios, en los que participan uno o más sindicatos junto a asociaciones de profesionales, en la gran mayoría de los casos ATE forma parte de los frentes gremiales.

Finalmente, un dato interesante es que alrededor del 20% del total de conflictos tanto de profesionales como del resto de trabajadores fueron llevados a cabo por organizaciones de trabajadores “autoconvocados”, que significa que ninguna asociación o sindicato formalmente constituido los representó. En muchos casos estas agrupaciones comienzan de manera “espontánea” y se sostienen en el tiempo, hasta que se consolidan como entidades gremiales que luchan por el reconocimiento del Estado como representantes de los reclamos y derechos de los trabajadores que agrupan. En varias provincias existen casos de agrupaciones que aglutinan a muchos trabajadores de la salud y tienen mayor presencia en los conflictos que algunas de las asociaciones sindicales reconocidas formalmente, como es el caso de los “Autoconvocados de la Salud” de Catamarca, que agrupa a trabajadores profesionales y no profesionales de la salud pública y es la agrupación que más cantidad de conflictos impulsó en los últimos años en esa provincia.

4.3. Las reivindicaciones que impulsan los conflictos

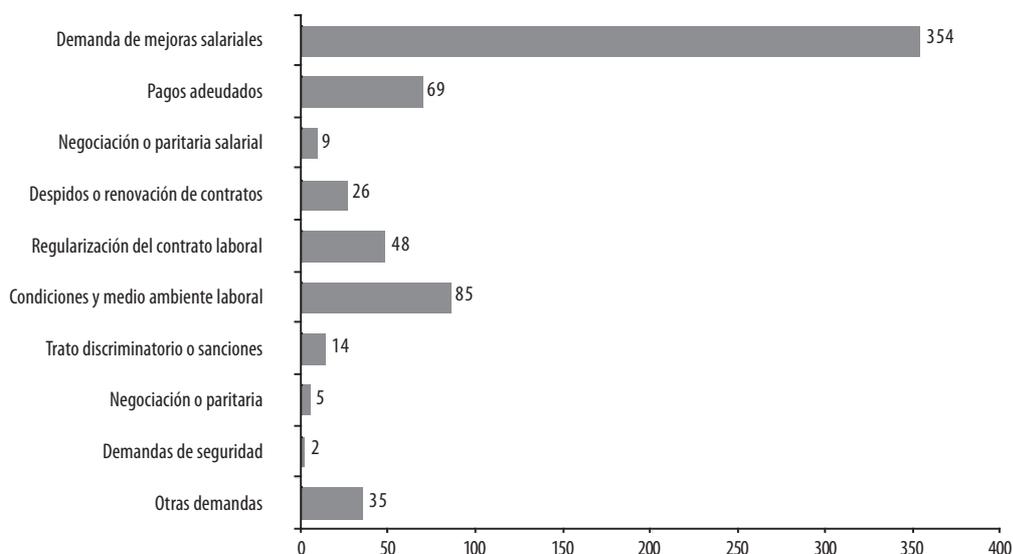
En América Latina las organizaciones de profesionales y de trabajadores de la salud “tienen un espectro de intereses estratégicos convergentes que se expresan en una agenda de demandas coincidentes y que ha sido motivo de muy buena parte de la conflictividad que protagonizaron en la Región” (Scavino, 2004b: 4); esta plataforma común está integrada por las siguientes demandas: mejores remuneraciones, incrementos en las partidas presupuestarias 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.

Las reivindicaciones que impulsan los conflictos pueden ser múltiples y diversas, pero a los fines de este estudio se consideraron aquellas codificadas como *reclamo principal* en la base de datos que utilizamos. Existen dos grandes categorías: reclamos salariales (incrementos salariales o pagos adeudados) y no salariales (mejoras en las condiciones del medio ambiente laboral o en las modalidades de contratación, continuidad del empleo, etc.) y pueden ser demandas dirigidas tanto al empleador como al Estado en sus diferentes niveles (nacional, provincial o municipal).

En el Gráfico a continuación se observan los reclamos principales de los conflictos de trabajadores/as de la salud pública en la Argentina durante el período 2006-2008.

GRÁFICO 2

Reclamo principal de los conflictos del subsistema de salud pública. 2006-2008



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

Las demandas de incrementos salariales ocupan el primer lugar, con más del 50% de los casos, y son mayoría en todas las dependencias estatales, tanto en los conflictos protagonizados por trabajadores profesionales como entre los técnicos, administrativos y auxiliares. Luego cobran relevancia los reclamos de mejoras en las condiciones y medio ambiente laboral (13%), de pagos adeudados (11%) y de regularización del contrato laboral (7%).

Las demandas por pagos adeudados, que pueden deberse tanto a salarios atrasados como a la falta de pago de aumentos salariales acordados previamente, son algo más frecuentes en conflictos de profesionales y en los hospitales municipales y provinciales, mientras que en los conflictos de establecimientos nacionales no aparece este reclamo.

Por otro lado, las condiciones y medio ambiente laboral suelen ser deficitarios en todas las dependencias estatales para el conjunto de trabajadores, independientemente de la calificación. Los motivos de demanda que aparecen con más frecuencia en esta categoría son: la falta de insumos y de equipos, el deterioro de las instalaciones y la insuficiencia de personal para cubrir puestos (tanto profesionales como de enfermería, técnicos y auxiliares).

Algo similar sucede con las reivindicaciones relativas a la regularización del contrato laboral, son frecuentes tanto para los profesionales como para los administrativos, técnicos y auxiliares, en cualquier dependencia estatal, debido a que las modalidades contractuales son muy heterogéneas y no todos los trabajadores estatales de la salud son asalariados con contrato por tiempo indeterminado. Como ya se hizo referencia, las

reformas estatales de la década de 1990 fueron consolidando dentro del sector público un sector de personal contratado con características diferentes al del funcionariado tradicional, situación que contribuyó a la precarización laboral bajo la modalidad de personal contratado sin estabilidad (Palomino, 2004). En este sentido, los reclamos que más aparecen son los pedidos de pase a planta permanente para el personal contratado bajo diversas modalidades, entre las que se encuentran: profesionales residentes o becarios, monotributistas, personal beneficiario de programas de empleo y trabajadores auxiliares de limpieza o conductores de ambulancia tercerizados.

La importancia que adquieren las demandas por condiciones laborales y regularización contractual (cuya proporción es aún mayor a la mencionada si se consideran también los reclamos secundarios) refleja el impacto del deterioro del sistema de salud pública, iniciado tras la reforma neoliberal de los años noventa a la que se hizo referencia y profundizado por el desfase entre el crecimiento del empleo en la salud pública y el aumento en la demanda del servicio. En la primera sección de este estudio se hizo referencia a que la tasa de crecimiento del empleo en el subsector estatal de la salud fue entre los años 2003 y 2006 de sólo el 1%, mientras que la demanda de servicios de salud en hospitales y centros de salud públicos aumentó en mayor proporción en los últimos años. Estos datos estarían señalando un déficit considerable tanto en la calidad de atención como en la calidad del empleo, ya que casi la misma cantidad de recursos humanos se hacen cargo de una demanda en ascenso. Este hecho se hace visible en la alta proporción de trabajadores y trabajadoras del sector, principalmente profesionales, que trabajan jornadas extensas (más de 60 horas semanales) y poseen más de un empleo en simultáneo.

4.4. Las acciones desplegadas

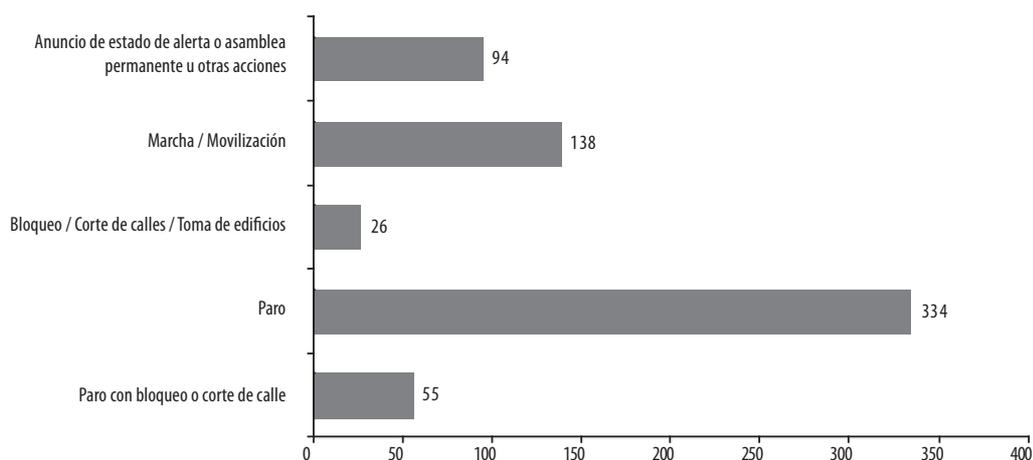
Las acciones conflictivas que se llevan a cabo en el transcurso de los conflictos pueden ser de diversa intensidad, variando según impliquen o no la participación activa de los trabajadores/as y en función de los efectos que provoquen. En una escala de menor a mayor intensidad las acciones pueden ser: declaraciones de estado de alerta o anuncios de acciones, realización de asambleas de protesta, movilizaciones o marchas, quites de colaboración, paros o huelgas, cortes de calle, bloqueos u ocupaciones de establecimientos. A lo largo de un conflicto los trabajadores pueden realizar una o más acciones de distinto tipo⁸.

Las modalidades de acción desplegadas por los trabajadores/as estatales de la salud para hacer efectivos sus reclamos frente a las autoridades son diversas, pero si consideramos la acción más intensa llevada a cabo durante los conflictos en el 60% de los casos se constata la realización de paros o huelgas. En 389 conflictos hubo al menos un paro, en algunos casos acompañado por otras acciones como movilizaciones, asambleas o protestas con corte de calle. Mientras que en 138 casos los trabajadores/as se movilaron como medida de protesta principal (21%) y en 94 conflictos realizaron anuncios de acciones o declararon estado de alerta y asamblea (14%).

⁸ Para el cálculo estadístico los conflictos se codifican sobre la base de la acción más intensa realizada; por ejemplo, si se realizó un paro y una movilización la acción considerada es el paro.

GRÁFICO 3

Tipo de acción principal de los conflictos del subsistema de salud pública. 2006-2008



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

A partir de estos datos se evidencia un fenómeno que algunos autores como Scavino (2004a) denominan “radicalización de las medidas”, en referencia a que los profesionales y trabajadores de la salud recurren como medio para luchar por sus reivindicaciones laborales a la interrupción del servicio con paros o huelgas y al abandono de los puestos de trabajo. Utilizando el concepto de repertorio de acción colectiva (Tilly, 1978) podemos decir que, si bien la huelga es una modalidad de acción que tradicionalmente se relaciona con los conflictos industriales, ha sido apropiada y resignificada por los trabajadores del sector de los servicios de salud como un medio eficaz de ejercer presión y hacer oír sus reclamos tanto a los empleadores como a la población en general.

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.

Esta particularidad del sector, por un lado, otorga a las medidas de fuerza un alto nivel de efectividad por el impacto inmediato que tiene en la población, pero por otro lado contribuye a generar un debate ético alrededor de las acciones que limitan la atención de la salud de la población. “El conflicto laboral en el sector de los servicios desborda el ámbito de la empresa, se politiza y pasa del ámbito de la economía al ámbito del derecho, porque afecta a los derechos de terceros. En el ejercicio del derecho a huelga se ponen en peligro otros derechos, de modo que hay que limitar un derecho,

el derecho de huelga. Esto se hace mediante una técnica jurídica, la imposición de servicios mínimos” (Dithurbide Yanguas, 1999: 179).

Además, al tratarse de trabajadores y trabajadoras estatales, los conflictos no se encuentran regulados bajo los mismos mecanismos que el empleo privado, y su resolución se complejiza. La propensión de los sindicatos del sector público a las movilizaciones es reforzada por el alto nivel de sindicalización que presentan y por el marco legal que les garantiza inamovilidad, así que el riesgo de desempleo no es un factor que actúe como freno a las acciones (Maceira y Murillo, 2001).

En un estudio acerca de la dinámica laboral del trienio 2006-2008, Palomino (2009) elabora una tipología que refleja diferentes lógicas sindicales en los conflictos laborales según sector de actividad, mediante la combinación de dos indicadores: la orientación del comportamiento sindical hacia la negociación o hacia el conflicto (medido a partir de la proporción de conflictos que desembocan en paros en relación con el total de conflictos) y la intensidad de los conflictos con paro (medido por la cantidad de jornadas de paro por cada trabajador en huelga).

En esta tipología el sector de la salud se ubica, en los tres años, entre los sectores en los que prevalece un comportamiento sindical orientado hacia el conflicto y una elevada intensidad del mismo⁹. Este caso es el de los sindicatos del sector público en el que persisten factores que bloquean la negociación y dificultan la gestión del conflicto laboral por carencia de suficientes canales tripartitos de mediación institucional (Palomino, 2009: 19).

Todo esto, sumado a la precarización del empleo y los salarios, contribuye a la alta frecuencia e intensidad de los conflictos en el sector de la salud pública, que a su vez presentan una extensión temporal mayor a los del sector privado.

CONSIDERACIONES FINALES

Del desarrollo de este estudio, que intentó mostrar la magnitud y características que adquirieron los conflictos laborales en el subsector de la salud pública en la Argentina durante el trienio 2006-2008, se desprenden algunas consideraciones generales acerca de las características distintivas del sector de la salud en la Argentina respecto del empleo, los recursos humanos, las relaciones laborales y la estructura sindical que otorgan una configuración particular a la conflictividad que en él se desarrolla.

A partir de la abundante literatura especializada en el análisis del empleo y los recursos humanos, puede identificarse al sector como una actividad con un fuerte carácter segmentado y heterogéneo, por la coexistencia de tres subsistemas con lógicas diferentes; además sus recursos humanos poseen una alta calificación y son mayoritariamente mujeres.

⁹ En el tipo opuesto se ubican sectores que presentan una lógica negociadora con conflictos de baja intensidad como la industria, el comercio, la construcción y los servicios financieros, los cuales poseen mecanismos institucionales de regulación de las relaciones laborales que facilitan la negociación.

El subsistema de salud pública fue afectado por las reformas ortodoxas aplicadas en los años noventa que incluyeron políticas de desregulación, privatizaciones, desestatización, descentralización, subcontratación, mercantilización, entre otras, que tuvieron fuertes implicancias sobre la calidad del servicio público de salud, así como sobre el empleo y las relaciones laborales del sector. Se instalaron así nuevas modalidades de contratación más precarias (como la contratación por servicios, el cobro por factura). Entre los profesionales de la salud aumentó la proporción de asalariados, se perdió autonomía profesional en las ocupaciones, se extendió la jornada y aumentó el pluriempleo y sobreempleo sectorial. Como consecuencia, se produjo un visible deterioro de la calidad del trabajo y del servicio.

Al observar esta situación de precarización, se comprende que el sector de la salud pública tenga un alto nivel de conflictividad laboral, profundizado por la falta de institucionalización de las relaciones laborales que dificulta el desarrollo de instancias de negociación y consenso. Los trabajadores/as y sus entidades de representación luchan por sus reivindicaciones muy frecuentemente a través de acciones de protesta, como las huelgas, movilizaciones, asambleas, etc., que suelen ser numerosas y extensas. Esta radicalidad en las medidas se evidencia tanto en los conflictos protagonizados por trabajadores técnicos o administrativos, como en los conflictos de profesionales, un sector de trabajadores que en las últimas décadas ha desarrollado una tradición de lucha "sindical" apoyada por sus entidades, como las asociaciones de profesionales, que fueron incorporando fines gremiales y adoptando modalidades más relacionadas tradicionalmente con el conflicto industrial "clásico".

Podemos concluir que se observa en el sector un proceso de sindicalización y movilización muy fuerte, evidenciado en la frecuencia y la magnitud de los conflictos laborales, a partir de los cuales los trabajadores/as luchan por revertir la situación de precariedad de sus condiciones laborales y, en consecuencia, recuperar la calidad de la Salud Pública como servicio que posee una enorme repercusión social.

BIBLIOGRAFÍA

- ABRAMZÓN, M. (2005), "Argentina: recursos humanos en salud 2004", OPS/OMS, Buenos Aires.
- ACUÑA, C. Y 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. Y 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. (1999), "Nuevas reglas de juego para la atención médica en la Argentina. ¿Quién será el árbitro?", Lugar Editorial, Buenos Aires.
- BELMARTINO, S. (2006), "La reforma del sector salud en la Argentina", en Rico y Marco (coords.), *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, P., GALIN, P. Y NOVICK, M. (2000), "Relaciones Laborales, condiciones de trabajo y participación en el sector salud", OPS/OMS.
- DGEYEL, SSPTYEL, MTEYSS (2006), sobre la base de datos de la EPH y del SIJP "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, Cáp. 4, p. 155-196.
- ETCHEMENDY, S. Y COLLIER R. (2007), "Golpeados pero de pie: Resurgimiento sindical y neocorporativismo segmentado en Argentina (2003-2007)", "Política y Sociedad", septiembre.
- FARINETTI, M. (1999), "¿Qué queda del movimiento obrero? Las formas del reclamo laboral en la nueva democracia argentina", *Trabajo y Sociedad*, nº 1, julio-septiembre, Santiago del Estero, Argentina.
- GALIN, P. (2002), "Dependencia y precarización laboral: los profesionales de la salud en la Argentina", en *Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo*, año 8, nº 15, Buenos Aires.
- HYMAN, R. (1981), *Relaciones industriales. Una introducción marxista*, Madrid, Blume.
- 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. Y MURILLO, M. V. (2001), "Social Sector Reform in Latin America and the Role of Unions", Inter-American Development Bank, Research Department, documento de trabajo 456, abril.
- MARSHALL, A. (2007), "Afilación sindical e instituciones del trabajo", *Revista ASET*, nº 25, Número Especial Aniversario.
- NOVICK, M. (2000), "Guía metodológica para el análisis de las relaciones colectivas de trabajo en el sector salud", en *Relaciones Laborales en el Sector Salud*, Serie Observatorio de Recursos Humanos, Quito, agosto.
- NOVICK, M. Y GALIN, 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. Y TOMADA, C. (2001), "Reforma Laboral y crisis de la identidad sindical", *Cuadernos del Cedes*, año 18, nº 47, Segunda época, pp. 79-110.
- PALOMINO, H. (2004), "Trabajo y teoría social: Conceptos clásicos y tendencias contemporáneas", *Revista de Ciencias Sociales*, nº 17.
- _____ (2008), "El fortalecimiento actual del sistema de relaciones laborales: sus límites y potencialidades", MTEySS, Mimeo, Buenos Aires.
- _____ (2009), "Los conflictos laborales en el trienio 2006-2008", MTEySS, Buenos Aires, en <http://www.trabajo.gov.ar/left/estadisticas/conlab/informesa.asp>.
- PALOMINO, H. Y GURRERA, S. (2009), "Caracterización de las nuevas inscripciones y personerías gremiales en la Argentina (2003-2008)", *Trabajo, Ocupación y Empleo*, Estudios Laborales 2008, Serie Estudios/8, MTEySS, Buenos Aires, mayo.
- PAUTASSI, L. (2006), "El empleo en salud en la Argentina. La sinergia entre calidad del empleo y calidad de la atención", Rico y Marco (coords.), *Mujer y Empleo. La reforma de la salud y la salud de la reforma en Argentina*, CEPAL/GTZ/Siglo XXI, Buenos Aires.
- PIZZORNO, A. (1991), "Intercambio político e identidad colectiva en el conflicto laboral", en Crouch y Pizzorno (coords.), *El resurgimiento del conflicto*

- de clases en Europa Occidental a partir de 1968*, vol. 2, Madrid, MTSS.
- SCAVINO, J. (2004), "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.
- SCAVINO, J. (2004b), "La conflictividad de alcance nacional en el sector salud en la región de las Américas en 2003", OPS.
- SENÉN GONZÁLEZ, C., TRAJTEMBERG, D. Y MEDWID, B. (2008), "La afiliación sindical en Argentina 2005-2007: análisis del módulo de relaciones laborales de la EIL", Revista NOVA TESIS-ARTRA de Derecho Laboral y Relaciones del Trabajo, vol. 2, n° 9, p. 149-165, Editorial Jurídica S.R.L, Buenos Aires.
- TILLY, C. (1978), *From mobilization to revolution*, Nueva York, Mc Graw-Hill Publishing Company.
- WAINERMAN, C. H. Y GELDSTEIN, R.N. (1990), "Condiciones de vida y de trabajo de las enfermeras en la Argentina", CENEP, Serie Cuadernos del CENEP, n° 44, Buenos Aires.