



Universidad de Buenos Aires  
Facultad de Ciencias Económicas  

---

Escuela de Estudios de Posgrado



## **Trabajo de Investigación Final**

# **“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino 2012-2018”**

ALUMNA:

María Belén Loíacono

Tutora: Dra. Sara Graciela Sosa

POSGRADO: Maestría en Recursos Humanos

2020

**María Belén Loiácono**  
**“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”**  
**2012-2018**

**Índice**

<b>Introducción</b> .....	3
<b>Situación Problemática y Objetivos</b> .....	4
<b>Marco Teórico</b> .....	7
<b>Estado del Arte</b> .....	10
<b>Capítulo I Breve Reseña Histórica del Sector Sanitario Argentino</b> .....	14
<b>I.I El Subsistema Público</b> .....	17
<b>I.II El Subsistema de Obras Sociales</b> .....	20
<b>I.III El Subsistema Privado o de Medicina Prepaga</b> .....	22
<b>Capítulo II: Los Recursos Humanos en el Sector Sanitario</b> .....	24
<b>II.I Estadísticas y Particularidades de los Recursos Humanos</b> .....	24
<b>II.II Características del Sistema de Salud Argentino en Materia Laboral</b> .....	27
<b>II.III Las 20 Metas Regionales para Recursos Humanos</b> .....	34
<b>Capítulo III: Las Organizaciones Sindicales en el Sector Sanitario</b> .....	40
<b>III. I Uniones y Federaciones con Personería Gremial</b> .....	48
<b>Federación de Asociaciones de Trabajadores de la Sanidad (FATSA)</b> .....	48
<b>Asociación de Trabajadores del Estado (ATE)</b> .....	49
<b>Unión del Personal Civil de la Nación (UPCN)</b> .....	51
<b>III.II Asociaciones y Colegios profesionales</b> .....	53
<b>Confederación Médica de la República Argentina (COMRA)</b> .....	55
<b>Asociación de Médicos de la República Argentina (AMRA)</b> .....	56
<b>Federación de Profesionales de la Salud de la República Argentina (FESPROSA)</b> .....	56
<b>Capítulo IV: Análisis de los Acuerdos y Convenios Colectivos de Trabajo</b> .....	57
<b>Capítulo V: Análisis del Nivel de Conflictividad Laboral del Sector Sanitario</b> .....	68
<b>Capítulo VI Encuesta a Personal Sanitario</b> .....	78
<b>VII Reflexiones Finales</b> .....	83
<b>Bibliografía</b> .....	90
<b>Anexo I Datos relevados de la muestra del Observatorio Sindical de la Salud Argentina</b> .....	95

**María Belén Loiácono**  
**“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”**  
**2012-2018**

### **Introducción**

En la actualidad, los sindicatos constituyen un actor social y político de gran importancia en el mundo ya que representan a múltiples trabajadores en función de rama, actividad o profesión frente a la figura del empleador y la contraparte estatal comúnmente denominada “Ministerio de Trabajo”.

Su principal interés radica en la mejora en las condiciones de vida y de trabajo de sus representados. Los trabajadores que comparten la rama, actividad u oficio delegan a las asociaciones profesionales derechos colectivos para el ejercicio de su representación. ¿Dónde lo ejercen? Pues bien, a un grupo de asociaciones profesionales, “las más representativas”, se les encomienda la búsqueda de equilibrar su interés y su posición frente al empleador o grupo de empleadores, como consecuencia de la natural asimetría de la relación, en los procesos de negociación colectiva y en las jornadas diarias de trabajo a través de la figura de delegado sindical.

El Siglo XXI ha marcado un antes y un después en el mundo del trabajo. Nos encontramos en una paradoja e inmersos múltiples debates respecto de la eficiencia y eficacia en la representación de un sindicato fuerte por sector que reúna en sus filas a los trabajadores por rama de actividad o por profesión.

En muchas ocasiones ocurre que, si bien la cantidad de sindicatos es numerosa en los países, algunos colaboradores deciden afiliarse a sindicatos como por ejemplo ocurre en la actividad comercial que se reúnen grupos heterogéneos en sus filas ya que no logran encontrar dentro del mundo sindical una institución que los represente en un cien por ciento (100%) en sus funciones, siendo el sindicato de comercio el más a fin la rama de actividad de estos.

En la actualidad son múltiples los desafíos e incertidumbres en el mercado laboral como consecuencia de los avances en la tecnología, el cambio cultural y generacional en las empresas, las nuevas tecnologías de comunicación (Tics), recurrentes crisis económicas, sanitarias y medioambientales.

En este contexto se halla el sector sanitario que representa un sistema heterogéneo en el cual coexisten tres subsistemas particulares: el público, el llamado de obras sociales y el

**María Belén Loiácono**  
**“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”**  
**2012-2018**

privado (Chudnovsky, 2002). En el interior de cada uno de estos sectores un importante grupo de recursos humanos de alto nivel de calificación se agrupan en asociaciones profesionales, uniones y federaciones que representan sus derechos y peticionan ante las autoridades.

En el año 2015, un total del 30% de los conflictos laborales en el ámbito estatal tiene como protagonistas al personal del sector sanitario, ubicándose en segundo lugar. El primer lugar está representado por el personal de la administración pública y el tercero por el de enseñanza (Ministerio de Trabajo, empleo y seguridad social, 2017).

Según un estudio del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, en adelante PNUD, realizado en el año 2016 el 59,3% de los profesionales en el sector sanitario son mujeres, mientras que un 40,7% es representado por los hombres.

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).

### **Situación Problemática y Objetivos**

En el marco de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el año 2007, la asamblea de ministros de los países que componen la OPS estableció las 20 (veinte) metas regionales de recursos humanos para la salud 2007-2015 (Organización Panamericana de la Salud, 2020).

Las mismas están orientadas a definir políticas y planes de largo plazo para la formación de la fuerza de trabajo, la mejora de la distribución de los trabajadores de la salud en los lugares de necesidad, la mejora de las condiciones de trabajo para los agentes sanitarios, la promoción de medidas nacionales e internacionales para la conservación de personal sanitario por parte de los países en desarrollo, y por último, la creación de mecanismos de cooperación entre las instituciones educativas y de servicios de salud para adaptar la educación de los profesionales a un modelo universal y equitativo de prestación de atención de calidad (Organización Panamericana de la Salud, 2020).

**María Belén Loiácono**  
**“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”**  
**2012-2018**

En el año 2015 el 30% de la conflictividad sindical registrada en el ámbito público corresponde a acciones colectivas de trabajadores del sector de salud en la República Argentina.

Al finalizar el año 2016, las asociaciones sindicales del sector sanitario participaron en la negociación de 26 acuerdos y convenios colectivos de trabajo por sector y empresa, lo cual representa un 1,5% (27) del total acumulado en el año 1731.

En el año 2019 el sector sanitario argentino se vio amenazado por un importante suceso a nivel internacional. Una nueva pandemia fue declarada por la Organización Mundial de la Salud. El Covid19, también denominada coronavirus, es una enfermedad infecciosa causada por el coronavirus que se ha descubierto más recientemente. “Tanto el nuevo virus como la enfermedad eran desconocidos antes de que estallara el brote en Wuhan (China) en diciembre de 2019” (Organización Mundial de la Salud, 2020).

A partir de esta situación la organización de salud que trabaja en el marco de las Naciones Unidas, la OMS, de la cual Argentina es miembro permanente desde 1948, el 7 de abril del 2020, realizó un llamamiento urgente para la inversión en personal de enfermería.

Un informe, elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en colaboración con el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) y la campaña Nursing Now, revela que el personal de enfermería cuenta actualmente con cerca de 28 millones de profesionales en todo el mundo.

Las filas del personal de enfermería registraron un incremento de 4,7 millones entre 2013 y 2018. No obstante, la cifra actual sigue dejando un déficit mundial de 5,9 millones de profesionales, la mayoría en países de África, Asia Sudoriental y la Región del Mediterráneo Oriental de la OMS, así como en algunas partes de América Latina. (Organización Mundial de la Salud, 2020)”.

El mismo informe enumera una serie de sugerencias para los países. Entre ellas, enmarcadas en materia laboral y de recursos humanos destacamos como relevantes para nuestro caso de estudio los siguientes:

- Incrementar la financiación para formar y emplear más profesionales de la enfermería;

**María Belén Loiácono**  
**“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”**  
**2012-2018**

- Ofrecer a los futuros profesionales de la enfermería formación teórica y práctica en las competencias científicas, tecnológicas y sociológicas que necesitan para avanzar en la atención primaria de salud;
- Establecer puestos de liderazgo, en particular de funcionario jefe de los servicios públicos de enfermería, y apoyar el fomento del liderazgo entre los profesionales jóvenes de la enfermería;
- Mejorar las condiciones de trabajo, en particular mediante niveles seguros de dotación de personal, sueldos justos, y el respeto del derecho a la seguridad y salud en el puesto de trabajo;
- Aplicar políticas en el personal de enfermería que tengan en cuenta los aspectos de género.

Es claro que la situación que hoy se debate es producto de decisiones y políticas gestionadas años anteriores por parte de los gobiernos, sindicatos y empresas o entidades.

En Argentina, de acuerdo con el informe del Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud del año 2015, en el país hay 166.187 médicos: 3,94 médicos cada 1.000 habitantes. En relación con el personal de enfermería es un total de 179.175. 4,24 cada 1.000 habitantes. Poco más de la mitad tiene calificación profesional (Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud, 2015).

(Novick y Galin, 2003) reconocen tres características de los recursos humanos del sistema de salud argentino:

- 1) ser una actividad de mano de obra intensiva, especialmente en el empleo de profesionales,
- 2) tener un carácter sectorial segmentado compuesto por los subsectores público, privado y de la seguridad social,
- 3) tener una alta proporción de profesionales y
- 4) prestar un servicio de alta repercusión social.

A partir de los datos estadísticos referidos y la problemática que protagonizan los recursos humanos de la salud en materia de conflictividad laboral, el presente estudio analiza la

**María Belén Loiácono**  
**“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”**  
**2012-2018**

conflictividad laboral de los recursos humanos del sector sanitario, que a la vez se encuentra dividido en tres subsistemas: sector público, obras sociales y medicina prepaga. Para ello, se responderán los siguientes interrogantes de investigación:

¿Cómo se organizan los recursos humanos del sector sanitario argentino?

¿Cuáles son las asociaciones sindicales que agrupan a sus trabajadores y tienen derecho a peticionar ante las autoridades en los mecanismos institucionales de negociación?

¿Cuáles son las demandas laborales que se manifiestan en los acuerdos y convenios laborales entre los años 2012 y 2018? ¿De qué modo los sindicatos canalizan las demandas de sus afiliados? ¿Cómo se institucionalizan sus demandas?

¿Cuál fue el porcentaje de conflictividad que representó el sector en cada uno de estos años en relación con otras actividades o sectores?

El objetivo general de nuestro trabajo es identificar cuáles son las demandas sociales laborales que los sindicatos más representativos a nivel nacional del sector sanitario destacan en los procesos de negociación colectiva y que se materializan en convenios colectivos de trabajo y acuerdos.

Los objetivos particulares son conocer cómo se agrupan los profesionales del sector sanitario en los organismos que representan sus intereses y cuál fue el índice de conflictividad laboral que representa el sector en comparación con otras ramas de actividad en la Argentina.

### **Marco Teórico**

A los fines académicos definiremos algunos conceptos claves para trabajar:

**Salud:** “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Organización Mundial de la Salud, 2020).

**El personal sanitario:** “todas las personas que llevan a cabo tareas que tienen como principal finalidad promover la salud” (Informe sobre la salud en el mundo 2006) (Organización Mundial de la Salud, 2020) constituyen el capital humano que diariamente

**María Belén Loiácono**

**“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”  
2012-2018**

se desempeña en ámbitos públicos o privados con el fin único de promover la salud en nuestro país.

**Sindicato o Asociación de Trabajadores:** 1 “Asociación de trabajadores para la defensa y promoción de sus intereses”. 2 “Junta de síndicos”.

**Nuevas Demandas laborales:** “Conjunto de intereses, necesidades y preocupaciones novedosas y disruptivas relativas al trabajo que posee un grupo social y que presenta ante un organismo que lo representa en pos de obtener su satisfacción”<sup>1</sup>.

**Negociación Colectiva:** “Es un mecanismo fundamental del diálogo social, a través del cual los empleadores y sus organizaciones y los sindicatos pueden convenir salarios justos y condiciones de trabajo adecuadas; además, constituye la base del mantenimiento de buenas relaciones laborales” (Organización Internacional del Trabajo, 2020)<sup>2</sup>.

**Huelga:** “Interrupción temporal del trabajo efectuada por uno o varios grupos de trabajadores con objeto de obtener reivindicaciones o rechazar exigencias o expresar quejas o de apoyar las reivindicaciones o las quejas de otros trabajadores” (Organización Internacional del Trabajo, 1993).

**Globalización:** “Fenómeno finisecular que implica una relación entre los mecanismos de circulación del capital, los sistemas financieros y la mundialización de los mercados con la regulación de los sistemas productivos y las formas de organización del trabajo, que desemboca en una crisis de las tradicionales formas de regulación de las relaciones laborales” (Baylos, 1999). La globalización por un lado implica una drástica disminución del control por los Estados de la regulación nacional de la economía, y por otro, es un fenómeno que no puede limitarse desde las relaciones internacionales clásicas a través de tratados internacionales entre Estados (Lyon-Caen, 1994: 102-103).

Las variables sobre las cuales trabajaremos son las demandas laborales, que constituye la variable dependiente y la variable independiente serán el nivel de conflictividad laboral y los acuerdos y convenios colectivos de trabajo, que constituyen el resultado del proceso

---

<sup>1</sup> Definición elaborada por la autora de la Tesis para facilitar la comprensión de las temáticas abordadas.

<sup>2</sup> Ver más información de Negociación Colectiva en <https://www.ilo.org/global/topics/collective-bargaining-labour-relations/lang-es/index.htm>.

**María Belén Loiácono**  
**“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”**  
**2012-2018**

institucional de negociación colectiva garantizado por nuestra constitución nacional en el artículo 14 bis.

El enfoque está concentrado en los trabajadores agrupados en asociaciones gremiales. Esto se justifica desde el punto en que son dichos colaboradores los que en primera persona se enfrentan diariamente estos continuos cambios desarrollando en el proceso nuevos intereses, preocupaciones y emociones que son fundamentales para comprender los nuevos patrones y reglas del mundo laboral frente a la innovación en el mundo del trabajo, la globalización, la flexibilización laboral, y la automatización de procesos, entre otras cuestiones.

Dado que, resulta imposible en términos metodológicos indagar qué ocurre con cada uno de ellos en particular, buscaremos concentrar las emociones, preocupaciones y desafíos en las demandas sociales que presentan los grupos que los representan, es decir, las asociaciones gremiales en los procesos formales de negociación de partes, denominado legalmente como negociación colectiva.

Se ha circunscripto la investigación a los años 2012-2018 en Argentina. El ámbito temporal fue definido con el objetivo de comprender el segundo mandato presidencial de Cristina Fernández de Kirchner (2011-2014) y el mandato presidencial de Mauricio Macri (2015-2019). Para esto no se evaluarán los años que se consideran de “transición” de un presidente a otro, es decir, el año 2011 y 2019 considerados años de transición electoral lo cual no es representativo en nuestra muestra.

El ámbito territorial comprende a los sindicatos o gremios que posean en el período 2012-2018 la personería gremial (que los legitima a asistir a las negociaciones colectivas de trabajo) y que tengan presencia política e institucional en todo el territorio nacional defendiendo los derechos e intereses de trabajadores del sector sanitario.

El presente trabajo se divide en VII capítulos. Un primer capítulo representa una aproximación histórica del sector sanitario; el capítulo II se entra en los recursos humanos del sector; el capítulo III describe las organizaciones sindicales que representan los intereses de los trabajadores que se encuadran en el sector; capítulo IV el número de acuerdos y convenios colectivos en el sector junto con el análisis del contenido de los mismos; el capítulo V refiere al nivel de conflictividad laboral del sector representado por las huelgas y paros como mecanismos de acción colectiva; el Capítulo VI está dedicado

**María Belén Loiácono**  
**“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”**  
**2012-2018**

a analizar una encuesta realizada a personal; un último capítulo está dedicado a las conclusiones y sugerencias de mejoras para estrategias por parte de los sindicatos al momento de representar a sus afiliados en los procesos de negociación colectiva de trabajo.

Con respecto a la metodología de trabajo, se ha escogido un diseño de investigación mixto descriptivo- explicativo al indagar y describir no solo el qué, es decir las demandas sociales o laborales existentes) de los sindicatos por actividad sino también la búsqueda de posibles por qué (causas) que motivan a que la situación actual del sector sanitario.

Para la obtención de los datos que constituyen nuestra muestra probabilística, se procedió a consultar las páginas oficiales de los sindicatos elegidos, FATSAs, UPCN, ATE y asociaciones profesionales para estatutos y actas de congresos sindicales; páginas oficiales de las autoridades laborales y sanitarias argentinas, para consulta de convenios colectivos de trabajo y acuerdos sindicales, registro de conflictos sindicales.

Se complementa la labor con la investigación de estudios de caso y *papers* de especialistas en derecho colectivo de trabajo, datos estadísticos por parte de organismos oficiales de gobierno, Organización Internacional del Trabajo y Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

Finalmente se procedió a elaborar una encuesta de satisfacción y conocimiento en primera persona de las demandas laborales de los trabajadores del sector de salud eligiendo la muestra conforme la subactividad que se ejecutan en el interior del sistema sanitario: servicio público, obra social y prepagas y el tipo de profesión: enfermero, personal sanitario, médicos y laboratorios y droguerías.

### **Estado del Arte**

Para poder efectuar una mejor aproximación al sistema sanitario, así como el proceso de negociación colectiva en Argentina resulta importante debemos destacar artículos de investigación y marco normativo que definen cómo se lleva a cabo el proceso y quiénes son sus protagonistas.

**María Belén Loiácono**  
**“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”**  
**2012-2018**

En primer lugar y tal como se ha descripto en la introducción el sistema sanitario en general resulta de la coexistencia de tres subsistemas particulares: el público, obras sociales y privado (Chudnovsky, 2002).

Siguiendo al estudio del “Sistema de Salud de Argentina” de Carlos H. Acuña \* & Mariana Chudnovsky del año 2002, esta división por subsector le implica al sector “la coexistencia desarticulada cada uno de estos subsistemas que difieren respecto a su población objetivo, los servicios que brindan y el origen de los recursos con que cuentan” (Chudnovsky, 2002).

En el artículo de investigación de Acuña y Chudnovsky se define el interior de cada uno de los subsistemas que componen el sector sanitario llegando a la conclusión que el sistema de salud argentino se caracteriza por una fuerte fragmentación y desarticulación, cuya responsabilidad radica en el ente que actúa como regulador y moderador a nivel nacional, es decir, el Ministerio de Salud.

Paradójicamente, la autoridad sanitaria tiene la función de ser el empleador de todo aquel personal de salud que se halla encuadrado en el primer subsistema, denominado, sector público. De igual modo, (Federico Tobar, 2012), adhieren a esta característica del sistema de salud el cual lo definen como un sistema complejo, cuya fragmentación y complejidad de derivan de la ausencia de principios y criterios integradores.

Una fuerte crítica que realizan (Chudnovsky, 2002) es que el carácter de universalidad que pretende representar el sector público, siendo este gratuito y de extensión nacional, dista en la realidad práctica de ser concretado, pues el acceso de cobertura se ve limitado en la realidad por múltiples factores: presupuestarios, de gestión de políticas públicas, de coordinación ministerial, provincial y municipal.

Del mismo modo, el subsector de obras sociales y de prepagas ven limitado su accionar y poseen sus propias limitaciones. (Chudnovsky, 2002) concluye que el subsector privado, que “apunta naturalmente a los estratos sociales con mayor capacidad adquisitiva, pero que -como consecuencia no buscada de la acción/inacción de las obras sociales - está logrando una cada vez mayor inserción como prestador del subsector de OS<sup>3</sup>, por lo que se desdibuja como competidor y, por ende, como fuente de una mayor

---

<sup>3</sup> Véase obras sociales.

**María Belén Loiácono**  
**“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”**  
**2012-2018**

eficiencia sistémica. Además, el subsector de Obras Sociales pretende dar cobertura a los trabajadores pero que no asegura a aquellos que engrosan el creciente grupo de los desempleados y, sobre todo, de trabajadores informales.

Una misma corriente de pensamiento nos presenta Daniel Maceira, en su informe “Inequidad en el acceso a la salud en Argentina”. En su estudio que analiza la situación sanitaria argentina en comparación con América Latina y el resto del mundo, nos explica el importante desafío que implica para el sistema sanitario argentino su fragmentación desde el punto de vista administrativo (descentralización provincial) y por tipo de cobertura (público, fondos de seguridad social y prepagas) (Maceira, Inequidad en el acceso a la salud en Argentina, 2009).

En esta línea “La organización federal en el caso particular argentino se manifiesta en la asignación y principalmente en la gestión de recursos en el sistema de salud.” (Maceira, Inequidad en el acceso a la salud en Argentina, 2009). Con ello refiere a que la responsabilidad administrativa y presupuestaria del sector salud está a cargo de los ministerios de salud de cada provincia, con limitada injerencia de la autoridad nacional. De este modo, el diseño del esquema impacta en la disponibilidad de recursos financieros de cada provincia, con consecuencias sobre la equidad interjurisdiccional (Maceira, Inequidad en el acceso a la salud en Argentina, 2009).

En forma paralela, al sistema de organización federal “el país cuenta con instituciones de aseguramiento social propias de cada jurisdicción y transversales entre jurisdicciones” (Maceira, Inequidad en el acceso a la salud en Argentina, 2009). De este modo se pueden destacar obras sociales provinciales, nacionales como el Programa de Asistencia Médica Integral (PAMI), obras sociales sindicales organizadas por actividad económica con financiación propia y prepagas.

Maceira, en el mismo estudio, clasifica a la Argentina junto con la mayoría de los países de América Latina como proveedor de un mecanismo de aseguramiento mixto de salud. “Existe una amplitud de servicios ofrecidos que se encuentra relacionada con la capacidad de pago, ya sea voluntaria (pago de bolsillo) o compulsiva (retenciones salariales), de los aportantes y de sus familias” (Maceira, Inequidad en el acceso a la salud en Argentina, 2009).

**María Belén Loiácono**  
**“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”**  
**2012-2018**

En el interior de este sistema de salud, fragmentado y poco integrado se encuentran los recursos humanos y trabajan diariamente en determinadas condiciones laborales y en los distintos subsectores descriptos al comienzo del apartado.

Para trabajar las temáticas de conflictividad laboral del sector sanitario y las nuevas demandas laborales del sector, consideramos como antecedente de investigación un informe de Eliana Aspiazu, Doctora en Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad Nacional de Quilmes. Su estudio presentado en el año 2009 en el marco del 9° Congreso Nacional de Estudios de Trabajo se denomina “Una aproximación a los conflictos laborales de los profesionales de la salud en Argentina”. En este estudio de carácter explicativo se analiza las demandas y las modalidades de acción colectiva de profesionales del sector sanitario a través de las asociaciones que representan sus intereses, es decir, uniones, asociaciones y federaciones. El estudio se centra en explicar la conflictividad sindical dividida en los tres subsectores que componen el sector sanitario: el sector público, de obras sociales y prepagas en los años 2006, 2007 y 2008.

Las demandas laborales han sido clasificadas por Aspiazu como (Aspiazu, Una aproximación a los conflictos laborales de los profesionales de la salud en Argentina, 2009) profesional y no profesional.

Aspiazu arriba a una serie de conclusiones, como que las reivindicaciones más comunes son las mejoras en las condiciones salariales contractuales o de medio ambiente laboral. Las medidas de acción colectiva se canalizan en un numeroso grupo de asociaciones profesionales, uniones y federaciones que los reúnen en sus filas y que ejercen altos niveles de presión contra el empleador, ya sea este público, Ministerio de Salud, o privados, sindicatos y sanatorios o empresas proveedoras de servicios prepagos.

De acuerdo con la legislación nacional, ley de asociaciones sindicales N°23.551 del año 1988, sólo las asociaciones sindicales más representativas por rama de actividad o sector adquieren la legitimidad para petitionar ante los empleadores y ente regulador de trabajo, es decir el Ministerio de Trabajo, en las negociaciones colectivas de trabajo.

De este modo y siguiendo a (Aspiazu, Una aproximación a los conflictos laborales de los profesionales de la salud en Argentina, 2009), conforme a su estudio en los años 2006, 2007 y 2008, se destacan las entidades Federación de Asociaciones de Trabajadores de la Sanidad (FATSA), Asociación de Trabajadores del Estado (ATE); La Unión de Personal

**María Belén Loiácono**  
**“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”**  
**2012-2018**

Civil de la Nación (UPCN) y las Asociaciones de Trabajadores de la Sanidad Argentina (seccionales de FATSA).

Adicionalmente los índices de conflictividad también incluyen acciones de trabajadores que no se reúnen en ninguna organización formal que los representa.

Para finalizar, el estudio de Aspiazu realiza el mismo análisis respecto a las asociaciones profesionales del personal sanitario. La mayor cantidad de conflictos registrados en estos años tuvieron como protagonistas a Asociación Sindical de Profesionales de la Salud de la Provincia de Buenos Aires (CICOP), con 21 casos, seguido por la Asociación de Maquilladores de la República Argentina (AMRA), con siete 7, la Federación Sindical de Profesionales de la Salud de la República Argentina (FESPROSA) con 5 y a 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 (Aspiazu, Una aproximación a los conflictos laborales de los profesionales de la salud en Argentina, 2009).

### **Capítulo I Breve Reseña Histórica del Sector Sanitario Argentino**

El sistema de salud argentino nace en la época colonial, el virreinato del río de la plata, dependiente administrativa e institucionalmente de la corona española.

En 1780, el Virrey Vértiz instala en Buenos Aires el Tribunal del Protomedicato, cuyas funciones y facultades nos hace considerarlo como el primer organismo de salud pública de nuestro territorio (Amanda Galli, 2017).

De este modo, el Protomedicato del Río de la Plata estuvo encargado de la salud pública y la formación de profesionales médicos desde 1778 hasta 1822. Contaba incluso con un tribunal disciplinario para el castigo de faltas de facultativos y curanderos. En esta época se destaca el primer protomédico, Michael O’Gorman, de origen irlandés, quien dictó los primeros cursos.

En el siglo XIX comienzan a construirse hospitales conforme crecía la densidad poblacional, en particular en Buenos Aires. Curiosamente, los primeros hospitales son contruidos para atender a soldados y ex combatientes de las campañas del caudillo federal Juan Manuel de Rosas.

**María Belén Loiácono**  
**“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”**  
**2012-2018**

A finales del siglo XIX y como consecuencia de la sanción de la ley de inmigración y colonización N° 817, el gobierno del presidente avellaneda impulsa la llegada de olas masivas inmigratorias al país principalmente de origen europeo (en su mayoría españoles e italianos). Traían consigo ideas anárquicas y socialistas. Estos trabajadores, dedicados principalmente a la agricultura y mano de obra de construcción, comienzan a agruparse conforme a sus ideologías y afinidades en sindicatos o gremios para poder efectuar reclamos colectivos, huelgas y peticiones a sus empleadores.

De este modo, la medicina mutual u obras sociales se inicia alrededor de estas organizaciones que agrupaban a los inmigrantes. En 1827, comerciantes ingleses habían establecido una precursora Sociedad Filantrópica, y a fines del siglo XIX se advierte el auge de las mutualidades, tales como Hospital Italiano (fundado en 1853 por la Sociedad italiana de beneficencia en Buenos Aires), español (fundado en 1852 por la Sociedad española de beneficencia), Británico (fundado en 1844 por la Sociedad Filantrópica) o Francés (actual Unidad Asistencial Doctor Cesar Milstein- Pami, fundado en 1845 por la Sociedad Filantrópica Francesa) (Amanda Galli, 2017).

El sistema de salud actual es complejo se define por su fragmentación y desarticulación. Pues, en la actualidad el sistema se divide en subsistemas según la prestación o el servicio:

- Subsistema de salud pública
- Subsistema de obras sociales
- Subsistema de medicina prepaga

Adicionalmente a las subdivisiones por prestación o servicio hay que incluirle también la fragmentación institucional y administrativa que dispersa la toma de decisión en el interior de cada uno de los subsectores.

Ahora bien, es importante aclarar qué entendemos cómo fragmentado. “La fragmentación debe entenderse como la disolución de las responsabilidades por los cuidados de la salud, en detrimento del derecho a la salud de la población” (Federico Tobar, 2012).

El sistema de salud argentino se organiza conforme al sistema federal del país y por ello las provincias tienen autonomía para administrar los servicios de salud y de educación (Arce, 2012).

**María Belén Loiácono**

**“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”  
2012-2018**

De acuerdo con lo que nos indicaba Arce, el gobierno federal, delega en las 23 provincias y la capital federal la administración del servicio de salud, ya sea este el público, de obras sociales o bien las prepagas, recordando que el derecho a la salud es un derecho civil de carácter universal para todos los habitantes del territorio argentino.

Siguiendo a (Arce, 2012) a continuación incluimos un cuadro que permite identificar cómo se distribuyen las tareas entre la Nación y las provincias en lo referente al sistema de salud.

## **Nivel Nacional**

- Planificación y diseño de programas preventivos nacionales
- Financiación y distribución de programas de asistencia social.
- Regulación de las Obras Sociales nacionales y/o sindicales (SSS)
- Cobertura de patologías de baja incidencia y alto coste (APE)
- Administración del PAMI en todas sus jurisdicciones (INSSJP)
- Laboratorios de investigación y producción (ANLIS)
- Regulación de policía farmacéutica y tecnológica (ANMAT)

## **Nivel Provincial**

- Administración de hospitales y centros de salud públicos.
- Administración local de programas preventivos de nivel nacional.
- Administración de la obra social provincial.
- Atención local de los programas nacionales de asistencia social.
- Relaciones Institucionales locales con asociaciones de prestadores.
- Regulación del poder de policía sanitaria y biomotológica.
- Regulación de matriculación y habilitación de servicios privados.

**Cuadro 1. Distribución de funciones gobierno federal y provincial. Elaboración propia siguiendo a (Arce, 2012).**

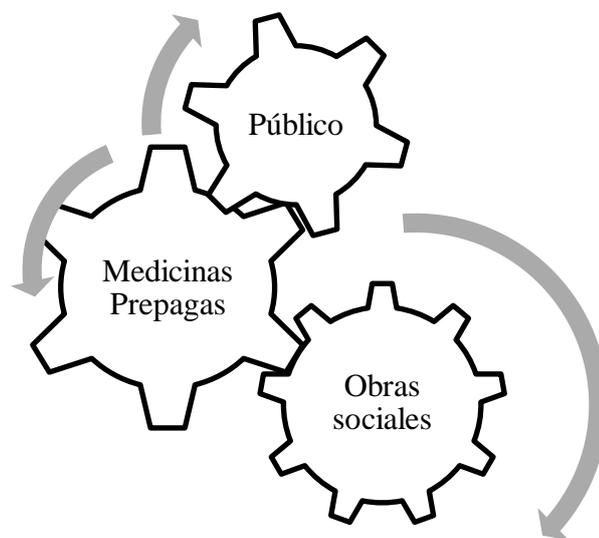
En relación con los recursos humanos en la salud, el sistema de salud en su conjunto (los tres subsectores) emplea a 678.000 personas, el 4,7% del total de ocupados de todos los aglomerados urbanos del país. La situación del empleo en cada uno de los subsectores es diversa: el ámbito privado creció en 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 el mismo período; de todas formas,

**María Belén Loiácono**

**“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”  
2012-2018**

la salud pública concentra el 41% del empleo de la actividad (Aspiazu, Capítulo 5 Los conflictos laborales en la salud pública en la Argentina, 2010).

En lo que respecta a la oferta de salud, utilizando el concepto de (Federico Tobar, 2012) en las siguientes páginas describimos las principales características que comprenden cada uno de los subsectores que componen el sistema de salud argentino: Subsector público, obras sociales y medicina prepaga.



**Gráfico 1: “Los tres subsistemas del sistema sanitario”. Fuente: Elaboración propia.**

### **I.I El Subsistema Público**

Este subsistema tiene vocación universal, pues es un derecho humano garantizado por la Constitución Nacional a todos los habitantes del territorio Argentino en el artículo 42 de la Constitución Nacional: “Los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho, en la relación de consumo, a la protección de su salud, seguridad e intereses económicos; a una información adecuada y veraz; a la libertad de elección, y a condiciones de trato equitativo y digno” (Constitución Nacional Argentina, 1994).

Del mismo modo, nuestro país en el artículo 75 inciso 22 otorga jerarquía constitucional a tratados internacionales de derechos humanos como la declaración universal de

**María Belén Loiácono**  
**“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”**  
**2012-2018**

derechos humanos, que reconocen y garantizan el derecho a la salud, como la Declaración Universal de los Derechos Humanos en su artículo 25 (veinticinco)<sup>4</sup>.

El subsistema público se financia mediante impuestos que se recaudan a nivel municipal, provincial y nacional. La distribución geográfica de sus servicios es amplia y tiene presencia en las zonas consideradas no rentables por el sector privado (Chudnovsky, 2002).

Sin embargo, la población que se comporta como demanda natural de este subsector, es la que carece de cobertura de alguno de los otros dos subsectores (Chudnovsky, 2002).

Administrativamente el sistema se organiza y gestiona a través de los Ministerios de Salud en sus tres niveles (nacional, provincial y municipal). Luego, el Ministerio de Salud Nacional tiene competencias de coordinación y planificación global de todo el sistema de salud argentino. Conforme indica la ley de ministerios en su artículo 23 es competencia del Ministerio de Salud Nacional en su inciso 5:

” Entender en la planificación global del sector salud coordinando con las autoridades sanitarias de las jurisdicciones provinciales y del Gobierno de la CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES las acciones a desarrollar en el marco de un Sistema Federal de Salud consensuado” (Presidencia de la Nación, 2019)

En el inciso 14 de la misma ley de Ministerios se indica la responsabilidad en la complementación y articulación de los sistemas de salud:

“14. Entender en la coordinación, articulación y complementación de sistemas de servicios de salud estatales del ámbito nacional, provincial, de la CIUDAD

---

<sup>4</sup> La Declaración Universal de los Derechos Humanos fue adoptada y proclamada por la Asamblea General de Naciones Unidas en su resolución 217 A (III), de 10 de diciembre de 1948. En su artículo 25, reconoce el derecho a la salud y al bienestar: Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad. Ver más en: [https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR\\_Translations/spn.pdf](https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf)

**María Belén Loiácono**  
**“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”**  
**2012-2018**

AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES, municipal, de la seguridad social y del sector privado” (Presidencia de la Nación, 2019).

Las provincias asumen a través de su ministerio de salud la función administrativa y con ello la responsabilidad de garantizar del acceso universal a la salud a los ciudadanos de dicha jurisdicción. Esto significa que administran el presupuesto de salud y deciden sobre políticas públicas para la mejora del acceso, calidad y eficiencia del servicio.

Las comunicaciones entre las autoridades sanitarias provinciales y nacionales se canalizan a través del Consejo Federal de Salud presidido por el Ministro de Salud Nacional. En la actualidad el rol es asumido por Ginez González García. La secretaría permanente del Consejo está integrada por los ministros de salud de las 23 provincias y el ministro de salud de la ciudad de Buenos Aires.

Los recursos humanos que trabajan en el subsistema se denominan “la fuerza de trabajo en salud pública (FTSP) de acuerdo con el observatorio federal de recursos humanos en salud. Son definidos como los “trabajadores responsables de contribuir –de manera directa o indirecta- a las metas de salud pública, independientemente de su profesión y de la institución en donde trabajen.” (Organización Panamericana de la Salud: Capacidades en salud pública en América Latina y el Caribe: evaluación y fortalecimiento. Washington, D.C: OPS, © 2007).

Con respecto al acceso poblacional a este subsistema, registra según el último censo nacional del año 2010 el acceso al servicio del 36% de la población, 14.314.682 de personas que no tienen acceso a obras sociales, prepagas o seguridad social (PAMI) de un total de 39.671.131 personas censadas.<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> Ver más en <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-CensoNacional-3-3-Censo-2010>

**María Belén Loiácono**  
**“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”**  
**2012-2018**

## **I.II El Subsistema de Obras Sociales**

Tiene sus orígenes a finales del siglo XIX siendo sus principales antecedentes históricos la fundación de hospitales como el italiano, francés, español y británico, creados por sociedades de beneficencia o mutuales que agrupaban extranjeros de origen europeo.

El sistema se consolidó como tal en 1970 bajo el gobierno del autoritario del general Onganía a través de la ley 18.610 que regulaba la financiación y el funcionamiento de las obras sociales. Esta ley defacta fue posteriormente derogada por la ley N°22.269.

La ley que actualmente rige a nuestro país en materia de obras sociales es la N° 26.660 de 1988. En su artículo 1° se detalla las obras sociales que comprende esta ley incluyendo aquellas que son estatales como PAMI:

Artículo 1° — Quedan comprendidos en las disposiciones de la presente ley:

- a) Las obras sociales sindicales correspondientes a las asociaciones gremiales de trabajadores con personería gremial, signatarias de convenios colectivos de trabajo;
- b) Los institutos de administración mixta, las obras sociales y las reparticiones u organismos que teniendo como fines los establecidos en la presente ley hayan sido creados por leyes de la Nación;
- c) Las obras sociales de la administración central del Estado Nacional y sus organismos autárquicos y descentralizados; (Inciso sustituido por art. 1° de la Ley N° 23890 B.O. 30/10/90).
- d) Las obras sociales de las empresas y sociedades del Estado;
- e) Las obras sociales del personal de dirección y de las asociaciones profesionales de empresarios;
- f) Las obras sociales constituidas por convenio con empresas privadas o públicas y las que fueron originadas a partir de la vigencia del artículo 2° inciso g) punto 4 de la ley 21.476;

**María Belén Loiácono**  
**“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”**  
**2012-2018**

g) Las obras sociales del personal civil y militar de las Fuerzas Armadas, de seguridad, Policía Federal Argentina, Servicio Penitenciario Federal y los retirados, jubilados y pensionados del mismo ámbito, cuando adhieran en los términos que determine la reglamentación;

h) Toda otra entidad creada o a crearse que, no encuadrándose en la enumeración precedente, tenga como fin lo establecido por la presente ley (Ley de Obras Sociales N°23.660, 1988).

Este subsector se constituye como un seguro social para la protección de los trabajadores asalariados (y sus familiares directos) cuyo aporte es obligatorio y se realiza a través de las contribuciones tanto del empleador como del empleado (Chudnovsky, 2002).

Pese a la existencia de un gran número de instituciones, los beneficiarios y recursos se concentran en un número relativamente reducido, influyendo así en la inviabilidad financiera de muchas de ellas (Chudnovsky, 2002). En efecto, aunque el sistema de seguro social de salud en Argentina está altamente descentralizado y existen muchas OS, esto no implica que existan simultáneamente, altos niveles de concentración de la oferta.

En relación con los beneficiarios del sistema, la ley de obras sociales en su artículo 8° y 9° define quienes se encuentran incluidos obligatoriamente en este subsistema entre los cuales se incluye a la población trabajadora que deriva aportes, familiares o concubinos, jubilados y pensionados.

Conforme el último censo poblacional 2010, 19.133.906 beneficiarios tienen acceso a este subsistema de salud, sobre un total de 39.671.131. Esto representa un 46% del total y superando al subsector público en un 10%. Analizando en particular el subsector, 18.410.964 de los beneficiarios están afiliados a obras sociales, incluyendo PAMI, siendo el resto, 722.942 beneficiarios de programas y planes estatales de salud.

A continuación, se indica cómo se compone este subsector de obras sociales<sup>6</sup>:

- Las obras sociales nacionales (285 en total, con cobertura a una población de once millones) y, entre ellas, una de especiales características es el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (habitualmente conocido

---

<sup>6</sup>Datos extraídos en <http://www.msal.gob.ar/> año 2011.

**María Belén Loiácono**

**“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”  
2012-2018**

como PAMI, siglas de Plan de Atención Médica Integral), que da cobertura a aproximadamente a tres millones de habitantes. Están reguladas por la Superintendencia de servicios de Salud (SSS), organismo descentralizado de la Administración Pública Nacional dependiente del Ministerio de Salud de la Nación. Dicho organismo fue constituido mediante el decreto N°1615/96 y se caracteriza por ser un órgano de regulación y control (Superintendencia de Servicios de Salud, 2020).

- Las obras sociales provinciales una por cada provincia y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires), que dan cobertura a unos cinco millones de personas. Están reguladas por el Consejo de Obras y Servicios Sociales Provinciales de la República Argentina (COSSPRA). Es una institución civil sin fines de lucro que nuclea a las 24 obras sociales provinciales y garantiza la cobertura de 7.200.000 afiliados. Conforme indica este organismo, representan el 16% de la población del país (El Consejo de Obras y Servicios Sociales Provinciales de la República Argentina (COSSPRA), 2020).
- Obras sociales de las Fuerzas Armadas y de Seguridad, cubriendo aproximadamente ochocientas mil personas.
- Obras sociales de las universidades nacionales y de los poderes Legislativo y Judicial, con trescientos veinte mil beneficiarios.

Existe una doble cobertura entre beneficiarios de obras sociales y prepagas, lo cual funcionó como un mecanismo amortiguador del impacto del desempleo sobre la demanda de la seguridad social (Chudnovsky, 2002).

### **I.III El Subsistema Privado o de Medicina Prepaga**

El subsector privado o de medicina prepaga ofrece al igual que las obras sociales una amplia oferta de entidades cuyos precio y servicio varían conforme el mercado y la aptitud económica de los asociados que voluntariamente se afilian a éstas o bien derivan aportes de una obra social sindical a una prepaga.

En términos generales, sólo la población con mediano o alto poder adquisitivo puede acceder a las prestaciones que ofrecen las medicinas de servicios prepagos debido a los altos costos y sus recurrentes incrementos conforme la economía del país. Además,

**María Belén Loiácono**  
**“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”**  
**2012-2018**

existen ciertas limitaciones en relación al acceso al servicio de personas que superen los 60 años de edad.

Conforme lo establecido en el censo poblacional del año 2010, son un total de 6.222.543 los beneficiarios de este subsector, es decir, un 15% del total de la población 39.671.131. Los 6.222.543 millones que indicamos que representan el total del subsector de medicina prepaga, se dividen entre 4.192.827 (67%) beneficiarios de prepaga a través de la obra social (desregulación) y 2.029.716 (33%) por contratación voluntaria.

Este subsector está regulado por la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) con el objetivo de garantizar los derechos de los usuarios a las prestaciones de salud (Superintendencia de Servicios de Salud, 2020).

El subsistema privado se caracteriza por estar integrado por instituciones muy heterogéneas, con gran número de entidades, costos de operación extremadamente altos y escasa transparencia en las áreas de competencia y protección del consumidor. Además, en los últimos años, las condiciones económicas nacionales e internacionales contribuyeron a la aparición de capitales externos que ingresaron al campo de los servicios privados (Chudnovsky, 2002).

**María Belén Loiácono**  
**“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”**  
**2012-2018**

**Capítulo II: Los Recursos Humanos en el Sector Sanitario**

**II.I Estadísticas y Particularidades de los Recursos Humanos**

Los recursos humanos el sector sanitario son “todas las personas que llevan a cabo tareas que tienen como principal finalidad promover la salud” (Informe sobre la salud en el mundo 2006) (Organización Mundial de la Salud, 2020). Constituyen el capital humano que diariamente se desempeña en ámbitos públicos o privados con el fin único de promover la salud en nuestro país.

De la definición anterior se desprende que en nuestro objeto de estudio no sólo se comprende a los médicos y enfermeras que se desenvuelven diariamente en el ámbito público, sino que se buscará incluir en el análisis de la conflictividad y la negociación colectiva del personal sanitario como un todo (médicos, enfermeros, técnicos, laboratoristas, personal no técnico y operativo) que se desarrollan en la actualidad o desarrollarán en los próximos años (estudiantes) en los tres subsectores que comprenden el sistema sanitario argentino: servicio público, obras sociales y privado o de medicina prepaga.

El sector de salud se caracteriza por su alto nivel de cualificación en relación con otros sectores de la economía. “En Argentina, el 70% de los trabajadores cuenta con un nivel de calificación entre técnica y profesional. Por este motivo es que los procesos educativos y de profesionalización tienen gran importancia en salud (Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud, 2015, pág. 8).”

En relación con la cantidad de recursos humanos que integra el sistema de salud argentino, y siguiendo el trabajo del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, se contabiliza en función del género un número mayor de profesionales mujeres que de hombres en el sector (Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, 2018). De ello se puede verificar que se trata de un cambio representativo con respecto a su composición actual, con respecto a lo que acontecía casi treinta años antes, en los años 80’.

De este modo, para el año 2016 un 59.3% de profesionales en el sector de la salud son mujeres, frente a un 40.7% de hombres. En los años 80’ sólo el 32.3% de las mujeres eran profesionales en el sector sanitario frente a una mayoría del 67.7% de los hombres (Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, 2018). Las causas de la variación

**María Belén Loiácono**  
**“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”**  
**2012-2018**

porcentual (%) en el género de los profesionales de la salud no es una temática para desarrollar en el presente estudio, pero constituye un debate actual de gran relevancia que se suele atribuir a los cambios en los patrones sociales, auge de nuevas corrientes de pensamiento feministas, consolidación de logros educativos de mujeres etc.

El Observatorio Federal de los Recursos Humanos en Salud informa públicamente los datos estadísticos de la fuerza laboral del sector, tomando como referencia a la Red Federal de Registros de Profesionales de la Salud (REFEPS)<sup>7</sup>.

Conforme al último estudio estadístico que fue presentado por el observatorio, en el año 2016, el personal médico y de enfermería comprendía un total de 365.331 profesionales, unos 19.969 más que en el 2013 (345.362).

Profesión	2013	2014	2016
Médicos/as	166.187	S/D	172.502
Enfermeros <b>Auxiliares</b>	86.073	82.278	82.274
<b>Técnicos/as</b>	73.373	78.570	87.172
<b>Licenciados/as</b>	19.729	21.522	25.383
Enfermería Total	179.175	182.370	192.829

**Tabla 1. “Profesionales de la salud”. Fuente: Elaboración propia tomando como base los datos de la Red Federal de Registros de Profesionales en Salud, Dirección Nacional de Regulación Sanitaria y Calidad en Servicio de Salud, 2016. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/observatorio>.**

Los colaboradores ocupados en el sector de salud pueden calificarse conforme a sus tareas del siguiente modo:

<sup>7</sup> REFEPS integra la información actualizada de los profesionales matriculados proveniente de todas las jurisdicciones del país, la cual está disponible en el Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SISA) desde fines de 2011 (Acceso <https://sisa.msal.gov.ar/sisa>).

**María Belén Loiácono**  
**“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”**  
**2012-2018**

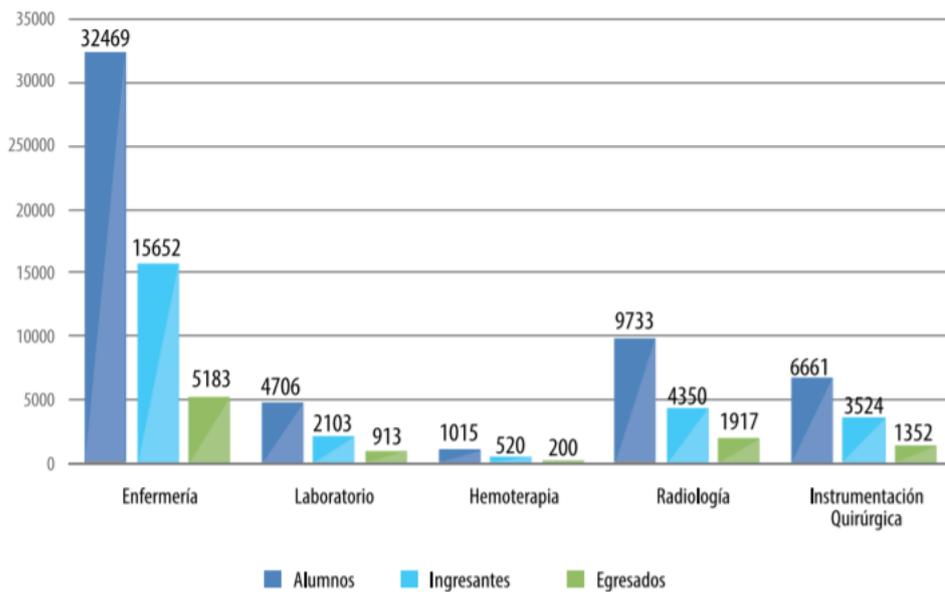


**Gráfico 1. “Clasificaciones y/o categorías del personal sanitario”. Fuente: extraído de (Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud, 2015) elaborado por Subsecretaría de programación Técnico y Estudios Laborales. DGEyEL, en base a EPH (INDEC).**

Del gráfico anterior se puede confirmar el alto nivel de calificación de los recursos humanos en el sector sanitario un 70% representado por un 36% de profesionales (estudios de grado o licenciaturas) y un 34% de técnicos.

Por último, luego de haber indicado la cantidad de médicos, enfermeros y ocupado de salud conforme a las tareas, es importante conocer en detalle a los futuros profesionales de carreras de salud de nivel superior no universitario. Compartimos un gráfico representativo del Ministerio de Educación del año 2013 donde se detalla la comparación porcentual entre ingresantes, alumnos y egresados de las carreras de enfermería, laboratorio, hemoterapia, radiología e instrumentación quirúrgica.

**María Belén Loiácono**  
**“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”**  
**2012-2018**



**Gráfico 2. “Alumnos- Ingresantes- Egresados”.** Fuente: extraído de (Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud, 2015). **Relevamiento anual DINIECE 2013, Ministerio de Educación.**<sup>8</sup>

Del anterior gráfico se puede identificar fácilmente que la carrera que más ingresantes, alumnos y egresados es la de enfermería con 32469 inscriptos, 15652 alumnos y 5183 egresos (ver gráfico 2); seguido por radiología e instrumentación quirúrgica. El número de egresados de Hemoterapia del año 2013 es sólo de 200, lo cual representa el 19% de los inscriptos en la carrera.

## II.II Características del Sistema de Salud Argentino en Materia Laboral

Al momento hemos descripto al sistema de salud argentino como desarticulado, fragmentado y con vocación federal. La administración de la sanidad pública y la regulación de obras sociales provinciales está a cargo de cada provincia, siendo el ministerio de salud nacional el encargado de articular todo el sistema sanitario nacional y los entes reguladores, como la Superintendencia de Servicios de Salud, actúan como órganos de control y regulación de entidades privadas.

<sup>8</sup> Ver más <http://estadisticasuniversitarias.me.gov.ar/>

**María Belén Loiácono**  
**“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”**  
**2012-2018**

En esta sección, estudiamos las principales características o problemáticas del sistema de salud argentino como estructura y lugar de empleo, indagando en estudios de profesionales de la temática e informes oficiales del Ministerio de Salud y sindicatos. De lo descrito en las siguientes páginas surgirán los interrogantes o encuestas realizadas al personal sanitario y contenida en el capítulo VI.

El campo de la salud que integra a profesionales, técnicos, estudiantes, personal sanitario, constituye un desafío cotidiano para aquellos que lo gestionan, al “tratarse de una estructura intersectorial en permanente transformación con dinámicas cambiantes, con actores e instituciones sociales con intereses propios, que en ocasiones son complementarios pero muchas veces son contradictorios” (Ministerio de Salud, 2015),

En el sector público, la segmentación y fragmentación del sistema de salud impacta en la forma de dirigir y gestionar los recursos humanos del sector sanitario. Esto sumado a las reformas económicas, laborales y sectoriales a nivel nacional ha producido que el sector de salud se enfrente a grandes transformaciones (Maceira, “Políticas Diferenciales en el Tratamiento de los Recursos en Salud en Argentina: Estructura de salarios, incentivos contractuales y ambiente laboral en el subsistema público”).

Novick y Galin (2003) destacan una tendencia, que nace en los años 90’ que ha contribuido al deterioro de las condiciones de empleo y trabajo en el campo de la salud. (Organización Panamericana de la Salud, 2013). Siguiendo a estos autores, se pone de manifiesto en el aumento del pluriempleo, pero también en la extensión de la jornada laboral, la flexibilización de los modos de contratación (contratos temporales, pasantías y trabajo ad honorem) y de la organización del trabajo (subcontratación y tercerización), procesos que forman parte de políticas de reformas sectoriales que descuidan su impacto en la fuerza de trabajo. Todo ello se pone de manifiesto en un aumento de la vulnerabilidad del colectivo de trabajadores, al subordinarse a las reglas de múltiples empleadores, en desmedro de su vida fuera del trabajo y su desarrollo profesional.

“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

**María Belén Loiácono**  
**“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”**  
**2012-2018**

insatisfactorias condiciones de trabajo, todas ellas caracterizan los ejes actuales de la problemática del personal de salud” (Lanari, 2006).

Siguiendo el estudio (Maceira, “Políticas Diferenciales en el Tratamiento de los Recursos en Salud en Argentina: Estructura de salarios, incentivos contractuales y ambiente laboral en el subsistema público”) las principales características que presentan las condiciones laborales del personal público son:

- **Multiplicidad de regímenes de contratación:** Dificulta la gestión y la regulación de los modos de contratación (personal de planta permanente del Estado, trabajadores de contratación periódica o empleados. Por el otro, la gran variedad y número de formas contractuales transitorias e informales, sobre todo entre los médicos. Según el Informe del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación (2008), en base a los datos de la Encuesta Permanente de Hogares del 2005, el sector salud alcanza un 24,3% de empleo no registrado. Entre los profesionales que se desempeñan en dicho sector el mismo indicador asciende al 37,8%, mientras que para los no profesionales es de 18,9%, evidenciando que las formas contractuales informales son más frecuentes en el escalafón profesional.
- **Extensión de las horas trabajadas y el multi-empleo** (Crojethovic 2013). En base a datos de la EPH del año 2006, el Ministerio de Trabajo informa que el 43% de los profesionales de la salud cuentan con 2 o más empleos, mientras que para el resto de los profesionales del país (no participantes del sector salud) dicho número no alcanza el 14%. Una tendencia similar se verifica entre los no profesionales y, por supuesto, para el total del sector. El multi-empleo genera muchas veces, que un mismo profesional de la salud responda ante diferentes empleadores o financiadores pertenecientes a los diversos subsectores (público, seguridad social y privado) que integran el sector salud, generando contradicciones individuales y corporativas en defensa de los intereses laborales. Este no es un problema menor al intentar una convocatoria de los profesionales al desarrollo de una reforma sanitaria (Abramzón, 2005), y/o un proceso de negociación.
- **Diferencias en materia salarial y condiciones de trabajo entre las distintas jurisdicciones del país.** Esto propicia procesos de migración de los trabajadores. De este modo, los más calificados se dirigen hacia las jurisdicciones que ofrecen

**María Belén Loiácono**

**“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”  
2012-2018**

mejores posibilidades de contratación del personal de la salud, reforzando las inequidades interprovinciales. Se produce la concentración de los profesionales de la salud en los grandes centros urbanos. En conjunto, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la Provincia de Buenos Aires, concentran el 55% de los profesionales de la salud, mientras que su población no alcanza al 46% del total nacional. Lo mismo ocurre con la enfermería universitaria, donde el 50% de los graduados ejerce en esas jurisdicciones (Abramzón, 2005).

- **Diversos regímenes de carrera profesional en el sector público (Maceira y Cejas)** Regímenes de carrera que involucran sólo a los profesionales de la salud con grado universitario, que pueden ser exclusivamente para los profesionales médicos, o pueden incluir algunas o todas las disciplinas universitarias del equipo de salud.
  - Regímenes de carreras dirigidas al equipo técnico profesional (“personal de blanco”), incluye a los trabajadores con tareas relacionadas con la atención directa de la salud, y exigen como formación de origen nivel superior universitario y no universitario.
  - Regímenes de carrera que incorporan a todo el personal del Ministerio de Salud de la provincia, independientemente de su función, incluyendo al personal administrativo y de servicios y mantenimiento.
  - Trabajadores de la salud incorporados al régimen general provincial de empleo público, que tiene lugar en aquellas provincias en las cuales los trabajadores de la salud están incluidos en el Estatuto del personal de la administración. A su vez, dentro de las carreras se evidencian diferentes situaciones de revista, como personal de planta en categorías de titular, interino, reemplazante, transitorio, suplente y, en ocasiones, hasta la figura de contratado, aunque en general éste último y los directivos de gabinete están excluidos. Sólo el personal que reviste como titular tiene verdadera estabilidad en el cargo como producto del ingreso por concurso.

Una cuestión relevante que debe ser introducida en el presente apartado es la distinción en el plante de salud entre el personal “profesional” que suele encontrarse fuera de convenio colectivo de trabajo y “no profesional” que suelen encontrarse encuadrados en convenios colectivos de trabajo. De este modo, por ejemplo, el personal de enfermería, comúnmente se encuadra en la plantilla como la planta del personal “no profesional” del

**María Belén Loiácono**  
**“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”**  
**2012-2018**

sistema de salud. “En este sentido, las enfermeras y los enfermeros forman parte de un conjunto heterogéneo de ocupaciones integrado por personal administrativo, de mantenimiento, de limpieza, camilleros, entre otros” (Francisca Pereyra, 2016). Como consecuencia de ello, “en el sector público el personal de enfermería suele quedar fuera de lo que se denomina la “carrera hospitalaria”, la cual presenta remuneraciones relativamente más altas que las del personal no profesional y genera oportunidades reguladas de promoción y ascenso, además de facilitar el acceso a cargos jerárquicos, en un esquema que tiende a excluir a la enfermería” (Francisca Pereyra, 2016).

De acuerdo con lo descripto en los párrafos anteriores, destacaremos los datos estadísticos publicados por el Observatorio Sindical de la Salud Argentina (OSINSA) creado en el año 2013, como iniciativa de la Federación de Asociaciones de Trabajadores de la Sanidad Argentina (FATSA). Estos datos relevados, confirman y evidencian lo que los académicos destacan como características de las condiciones de empleo del personal sanitario: Multi-empleo, múltiples formas de contratación y extensión de jornada laboral.

OSINSA, recopila datos considerados por la opinión pública local e internacional, en búsqueda de elaborar un informe frente al reto de la fragmentación y dinamismo del sistema sanitario. La muestra incluye a trabajadores sanitarios que efectuaron una encuesta en forma online. Las encuestas se realizaron en establecimientos con internación del subsector público y privado de todas las sedes de las organizaciones adheridas en lo referente a datos de los trabajadores de la actividad de la SANIDAD específicamente.

La muestra incluye a trabajadores de todos los sectores de trabajo de la salud de la República Argentina, excluyendo profesionales no representados por organizaciones sindicales. Se evalúan numerosos indicadores en la encuesta, como, por ejemplo, nivel de instrucción, edades, género, condición laboral, antigüedad, cantidad de horas trabajadas y cantidad de trabajos, entre otros.

De los datos recopilados se destacan aquellos que confirman tres de las características y problemáticas del sector de la salud como lugar de empleo que han destacado autores (Novick y Galin (2003) (Lanari, 2006) (Aspiazu, 2009) (Maceira, 2010): el pluriempleo, las múltiples formas de contratación y la extensión de la jornada laboral. Se comparten a continuación los resultados de las encuestas de los años 2015, 2016, 2017 y 2018 de los dos indicadores escogidos.

**María Belén Loiácono**  
**“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”**  
**2012-2018**

En primer lugar, con relación a la cantidad de trabajos que presentan los trabajadores afiliados a sindicatos, el promedio de las respuestas de los trabajadores sanitarios encuestados nos muestra que más del 70% de los mismos tiene un solo trabajo, 20% dos trabajos y un 2%, 3 o más.

En el año 2017, el 79% de los trabajadores encuestados tenía un solo trabajo, 19%, 2 trabajados y sólo el 2% afirmó tener 3 o más trabajos. Este mismo año, el 70% trabajaba entre 6 y menos de 10 horas por día; un 17%, entre 10 y menos de 14 horas por día; 8%, menos de 6 horas y 5% 14 horas diarias o más, ver *tabla 2*.

En el año 2018, se observa un incremento del porcentaje de trabajadores sanitarios con 2 trabajos, ascendiendo a un 25%, es decir, un 6% más que el año 2017. El 73% tiene un solo trabajo y un 2% 3 trabajos o más, manteniéndose en relación con el año anterior.

Con respecto a la cantidad de horas trabajadas en el año 2018, se destaca el incremento en un 1.30% en relación al año 2017, de trabajadores que se desempeñan entre 10 y menos de 14 horas. De igual modo, se observa un incremento significativo del personal sanitario que trabaja más de 14 horas diarias que suma un total de 11,70% en este año con respecto al año anterior (5%), lo que significa un incremento de 6.70%.

Cantidad de Trabajos	2015	2016	2017	2018
1	<b>76%</b>	<b>76%</b>	<b>79%</b>	<b>73%</b>
2	<b>20%</b>	<b>20%</b>	<b>19%</b>	<b>25%</b>
3 o más	<b>3%</b>	<b>4%</b>	<b>2%</b>	<b>2%</b>

**Tabla 2 “cantidad de trabajos” elaborada en base a la encuesta realizada por informe anual OSINSA (2015, 2016, 2017 y 2018) Disponible en (Observatorio Sindical de la Salud Argentina, 2020)**

**María Belén Loiácono**  
**“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”**  
**2012-2018**

Cantidad Horas Trabajadas	2015	2016	2017	2018
Menos de 6 horas	<b>S/D</b>	<b>8%</b>	<b>8%</b>	<b>2,70</b>
Entre 6 y menos de 10 horas	<b>S/D</b>	<b>68%</b>	<b>70%</b>	<b>67,30%</b>
Entre 10 y menos de 14 horas	<b>S/D</b>	<b>16%</b>	<b>17%</b>	<b>18,30%</b>
14 horas diarias o más	<b>S/D</b>	<b>9%</b>	<b>5%</b>	<b>11,70%</b>

**Tabla 3 “Cantidad de horas trabajadas” elaborada en base a la encuesta realizada por informe anual OSINSA (2015, 2016, 2017 y 2018) Disponible en (Observatorio Sindical de la Salud Argentina, 2020)**

El indicador “condición de empleo” o tipo de contratación fue evaluado en la encuesta de OSINSA junto con los indicadores de antigüedad y monotributo. De este modo, se observa que más del 70% de los trabajadores están en planta permanente (ver anexo I con resultados). Sin embargo, en los cuatro años evaluados (2015,2016,2017 y 2018) persiste el incremento de trabajadores contratados que oscila entre un 10% (2018), un 12% (2017) hasta alcanzar un 20% en el sector público (2016). Además, se observan otras modalidades de contratación como becas, programas especiales, guardias eventuales, que ratifican la multiplicidad de contratos de trabajo que coexisten en el sistema.

El análisis que realiza OSINSA respecto a la antigüedad está vinculado a la condición laboral, de modo que se concluye conforme las muestras de los cuatro años estudiados que, 1 de cada 4 profesionales tienen entre 1 y 5 años de antigüedad y que las contrataciones y monotributos predominan en un 49% de los trabajadores menores de 40 años (Observatorio sindical de la Salud Argentina (OSINSA), 2020).

**María Belén Loiácono**  
**“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”**  
**2012-2018**

### II.III Las 20 Metas Regionales para Recursos Humanos

En el marco internacional, en la Organización de las Naciones Unidas (ONU), los líderes mundiales han declarado la necesidad de establecer objetivos comunes como respuesta a los desafíos y problemáticas sociales, económicas y medioambientales que amenazan al mundo en el siglo XXI.

Los objetivos de desarrollo sostenible (ODS) fueron elaborados en la conferencia de las Naciones Unidas sobre el desarrollo sostenible, celebrada en Río de Janeiro en 2012. El antecedente sustituido por este nuevo acuerdo eran los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) que ya en el año 2000 se proponía combatir la indignidad y la pobreza.



**Imagen 1. Fuente: extraída de La ONU (Organización de las Naciones Unidas, 2012).**

En orden a dar cumplimiento a estos objetivos, la comunidad internacional, es decir, estados y organismos internacionales, deben encarar acciones y establecer relaciones diplomáticas conducentes a los 17 puntos u ODS.

En lo que respecta a nuestro país, la Argentina, forma parte del Sistema de Naciones Unidas desde su origen en 1948, y como consecuencia debe dar cumplimiento a los estándares delimitados para ella.

**María Belén Loiácono**  
**“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”**  
**2012-2018**

En este sentido, la Organización Panamericana de la Salud, OPS, como puesta en valor de los ODS ha lanzado un programa de “los recursos humanos para la salud” que se dirige a todo el personal sanitario que se desarrolla en los países americanos. “El trabajo de cooperación técnica de la Unidad de Recursos Humanos para la Salud (HSS/HR) se basa en los principios rectores del derecho de todas las personas al goce del grado máximo de salud, la equidad y la solidaridad”. (Organización Panamericana de la Salud, 2020). La cooperación técnica tiene un objetivo y es “diseño de políticas en recursos humanos para la salud, que consideren la disponibilidad, accesibilidad, pertinencia, relevancia y competencia de los recursos humanos del sector de la salud, como factores clave para alcanzar los objetivos de la salud universal y de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible” (Organización Panamericana de la Salud, 2020).

En el interior del programa que plantea la OPS<sup>9</sup>, se desarrollan las 20 metas regionales para Recursos Humanos 2007-2015 que nace de la 27<sup>o</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana de octubre de 2007 y la cual requirió la especial colaboración de expertos en demografía, estadística, estrategia y recursos humanos de todos los países comprometidos para la delimitación de la línea de base y la metodología a utilizar.

Como consecuencia del programa de las 20 Metas Regionales para Recursos Humanos, se presentaron los resultados de las mediciones por país, siendo la última medición la que comprende los años 2009-2011<sup>10</sup>.

El programa evalúa conforme a cinco (5) desafíos, cada uno de los cuales está comprendido conforme a la temática por x número de metas. De la suma de las metas se arriba a las 20 Metas Regionales para Recursos Humanos. A continuación, se presentan los valores que la República Argentina alcanza para cada una de las metas. Se aclara que:

- En color verde se marcan las metas que fueron cumplidas y que superan el 75% de lo que denominamos “alcance de la meta”.

---

<sup>9</sup> Organización Panamericana de la Salud.

<sup>10</sup> Los países que hicieron su presentación de progresos para cumplir con las 20 Metas Regionales para Recursos Humanos incluyen: Anguilla, Argentina, Barbados, Belice, Bolivia, Chile, Colombia, Dominica, Ecuador, El Salvador, Grenada, Guatemala, Honduras, Jamaica, Montserrat, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Santa Lucía, Trinidad y Tobago y Uruguay. Ver más información de los informes en: <https://www.paho.org/>.

**María Belén Loiácono**

**“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”  
2012-2018**

- En color amarillo se hallan las categorías que representaron un progreso significativo y reúnen a las metas que se encuentran entre el 50% y el 75%.
- En color rojo se contabilizan las metas que tuvieron un progreso inferior al 50% y que no registraron un alcance significativo en los años de gestión y planificación.
- En color gris encontramos las metas las cuales no contamos con datos que puedan dar cuenta de los alcances y progresos de los desafíos.

N°	Desafío	Metas	Alcance
1	<b>Definir políticas y planes de largo plazo para preparar mejor a la fuerza laboral de manera tal que se adapte a los cambios previstos en los sistemas de salud y desarrollar mejor la capacidad institucional para definir estas políticas y revisarlas periódicamente</b>	Todos los países de la Región habrán logrado una razón de densidad de recursos humanos de 25 por 10.000	<b>100%</b>
		Las proporciones regional y subregional de médicos de atención primaria excederán el 40% de la fuerza laboral médica total.	<b>43%</b>
		Todos los países habrán formado equipos de atención primaria de salud con una amplia gama de competencias que incluirán sistemáticamente a agentes comunitarios de salud para mejorar el acceso, llegar a los grupos vulnerables y movilizar redes de la comunidad.	<b>89%</b>
		La razón de enfermeras calificadas con relación a los médicos alcanzará al menos 1:1 en todos los países de la Región	<b>21%</b>
		Todos los países de la Región habrán establecido una unidad de recursos humanos para la salud responsable por el desarrollo de políticas y planes de recursos humanos, la definición de la dirección	<b>85%</b>

**María Belén Loiácono**  
**“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”**  
**2012-2018**

		estratégica y la negociación con otros sectores, niveles de gobierno e interesados directos.	
2	<b>Ubicar a las personas adecuadas en los lugares adecuados mediante el despliegue del personal indicado a los cargos pertinentes y en los ámbitos más apropiados de los países, de manera de lograr una distribución equitativa de la cantidad y la combinación de aptitudes del personal sanitario en las diferentes regiones para que estén al nivel de las necesidades de salud específicas de esas poblaciones.</b>	La brecha en la distribución de personal de salud entre zonas urbanas y rurales se habrá reducido a la mitad en 2015.	<b>25%</b>
		Al menos 70% de los trabajadores de atención primaria de salud tendrán competencias de salud pública e interculturales comparables.	<b>89%</b>
		70% de las enfermeras, las auxiliares de enfermería, los técnicos de salud y los agentes comunitarios de salud habrán perfeccionado sus capacidades y competencias a la luz de la complejidad de sus funciones.	<b>SD</b>
		El 30% del personal de salud en los entornos de atención primaria se habrán reclutado de sus propias comunidades	<b>SD</b>
3	<b>Promover iniciativas nacionales e internacionales para que los países en desarrollo conserven a su personal sanitario y evitan carencias en su dotación.</b>	Todos los países de la Región habrán adoptado un código internacional de práctica o habrán desarrollado normas éticas sobre el reclutamiento internacional de trabajadores de salud	<b>0%</b>
		Todos los países de la Región tendrán una política de autosuficiencia para satisfacer sus necesidades de recursos humanos para la salud.	<b>60%</b>

**María Belén Loiácono**  
**“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”**  
**2012-2018**

		Todas las subregiones habrán desarrollado mecanismos para el reconocimiento de los profesionales capacitados en el extranjero	100%
4	<b>Generar relaciones laborales entre el personal y las organizaciones de salud con el fin de fomentar la creación de ambientes de trabajo saludables y que propicien el compromiso con la misión institucional de garantizar la prestación de servicios de salud de buena calidad para toda la población.</b>	La proporción de empleo precario, sin protección para los proveedores de servicios de salud se habrá reducido a la mitad en todos los países.	SD
		El 80% de los países en la Región contará con una política de salud y seguridad para los trabajadores de la salud, incluyendo programas para reducir las enfermedades laborales y accidentes de trabajo.	33%
		Al menos 60% de los gerentes de servicios y programas de salud reunirán requisitos específicos de competencias para la salud pública y la gestión, entre ellas las de carácter ético.	50%
		El 100% de los países de la Región contará con mecanismos de negociación y legislaciones efectivas para prevenir, mitigar o resolver los conflictos de trabajo y garantizar la prestación de los servicios esenciales, toda vez que se presenten.	100%
5	<b>Crear mecanismos de cooperación entre las instituciones educativas y de servicios de salud para que sea posible</b>	El 80% de las escuelas de ciencias de la salud habrán reorientado su formación hacia la atención primaria de salud y las	8%

**María Belén Loiácono**  
**“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”**  
**2012-2018**

<b>adaptar la educación de los profesionales sanitarios a un modelo universal y equitativo de prestación de atención de buena calidad que satisfaga las necesidades de salud de toda la población</b>	necesidades de la salud comunitaria y habrán incorporado estrategias para la formación interprofesional	
	El 80% de las escuelas de ciencias de la salud habrán adoptado programas específicos para atraer y formar a estudiantes de poblaciones subatendidas, haciendo hincapié cuando corresponda, en las comunidades o poblaciones indígenas.	NA
	Las tasas de abandono (deserción) de las escuelas de medicina y enfermería no pasarán del 20%.	SD
	El 70% de las escuelas de ciencias de la salud y de las escuelas de salud pública estarán acreditadas por una entidad reconocida.	100%

**Tabla 4. “Programa 20 Metas Regionales para Recursos Humanos “. Fuente: Elaboración propia conforme “Resultados de la Primera Medición de las Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud 2007-2015” <https://www.paho.org/>.**

En resumen, de la tabla anterior destacamos como mejoras o progreso en el marco de los recursos humanos en la salud las siguientes metas propuestas:

- Alcanzar una densidad de recursos humanos de 25 por 10.000 habitantes (100%);
- formar de un equipo de atención primaria con una amplia gama de competencias que, para mejorar el acceso, llegar a los grupos vulnerables y movilizar redes de la comunidad (85%);

**María Belén Loiácono**

**“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”  
2012-2018**

- Crear una unidad de recursos humanos para la salud responsable por el desarrollo de políticas y planes de recursos humanos, definir dirección estratégica y la negociación con otros sectores, niveles de gobierno e interesados directos (85%),
- Alcanzar que el 70% de los trabajadores de atención primaria de salud tendrán competencias de salud pública e interculturales comparables (89%);
- Desarrollar de mecanismos para el reconocimiento de los profesionales capacitados en el extranjero (100%);
- Contar con mecanismos de negociación y legislaciones efectivas para prevenir, mitigar o resolver los conflictos de trabajo y garantizar la prestación de los servicios esenciales, toda vez que se presenten (100%);
- Alcanzar que el 70% de las escuelas de ciencias de la salud y de las escuelas de salud pública estarán acreditadas por una entidad reconocida (100%).

### **Capítulo III: Las Organizaciones Sindicales en el Sector Sanitario**

En el presente apartado avanzamos en el análisis del sector sanitario al indicar las características que presentan los sindicatos en Argentina como representantes de los trabajadores. Enumeramos y describimos las organizaciones sindicales, asociaciones profesionales, colegios profesionales o uniones, que reúnen a los trabajadores sanitarios de la argentina y que cuentan con representación a nivel nacional.

A partir de ello, diferenciamos a los organismos que cuentan con legitimidad para representar los derechos colectivos de sus trabajadores en la negociación colectiva de trabajo conforme la ley de asociaciones sindicales N°23.551 de los que no tienen dichas atribuciones. Sólo aquellos que cumplan con el requisito de doble personería serán objeto de nuestro estudio y analizados en el Capítulo IV (Análisis de los acuerdos y convenios colectivos de trabajo) y V (Análisis del nivel de conflictividad laboral del sector sanitario).

El sistema sindical argentino se caracteriza por la coexistencia de múltiples asociaciones sindicales por sector, actividad, oficio y a nivel nacional, provincial y municipal que representan los intereses de los mismos trabajadores. Sin embargo, la legislación sindical, que regula la organización de las asociaciones de trabajadores, tiende a garantizar la

**María Belén Loiácono**  
**“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”**  
**2012-2018**

representatividad y la legitimidad de la acción colectiva a un sindicato único por sector, actividad u oficio.

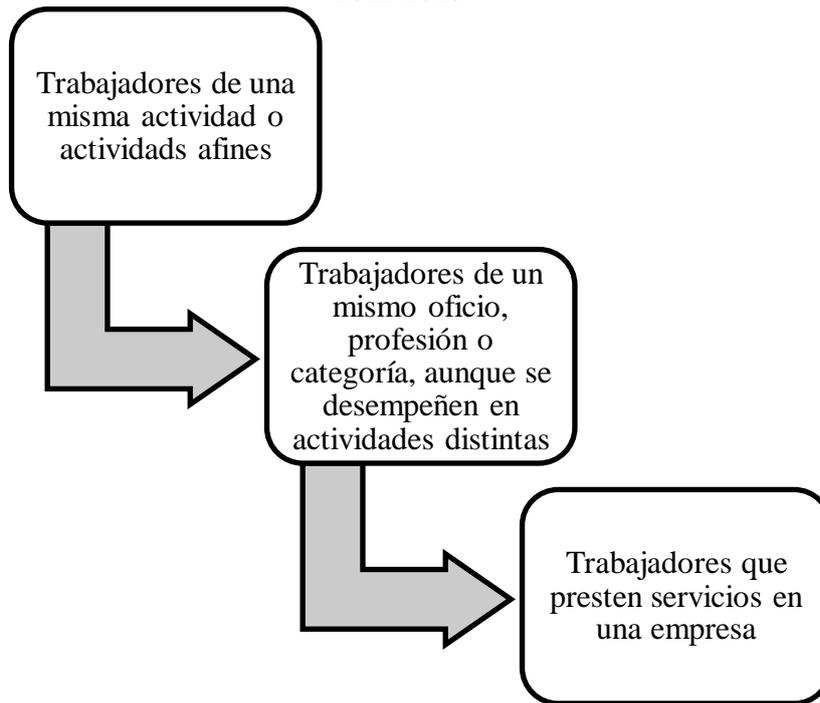
Autores como (Osvaldo Battistini, 2015) y (Etala, 1988) señalan que, si bien la institucionalización del sistema sindical tiene sus orígenes en los decretos- ley 23.852 de 1945, el origen de los sindicatos en Argentina se remonta a finales del siglo XIX. A partir de entonces, el sindicato que obtenía la personería gremial se convertiría en el único capaz de negociar mejoras en la vida de sus afiliados y trabajadores.

La ley de Asociaciones Sindicales 23.551 (LAS) de 1988, confirmó los principios de la década del 40', instituyendo el requisito de que sólo el sindicato que logre afiliar a la mayor cantidad de trabajadores del ámbito que desea representar, es el único que puede obtener la personería gremial.

LAS clasifica de las asociaciones sindicales de tres modos: en función de cómo se organizan los trabajadores que reúne (trabajadores de una misma actividad o actividades afines; trabajadores de un mismo oficio profesión o categoría, aunque se desempeñen en actividades distintas; trabajadores que presten servicios en una misma empresa); el nivel de agrupación (Uniones, Federaciones y Confederaciones); y en función de los derechos y obligaciones de las asociaciones (personería legal o simple inscripción y personería gremial o personería plena).

La primera clasificación que realiza la legislación vigente se halla en el artículo 10. La misma distingue los tipos de asociaciones sindicales en función de cómo se organizan los trabajadores. De este modo, los trabajadores pueden agruparse en una asociación que represente sus intereses porque comparten la misma actividad (comercial, sanitaria), el mismo oficio (plomeros, pasteleros), o porque prestan sus servicios en la misma empresa.

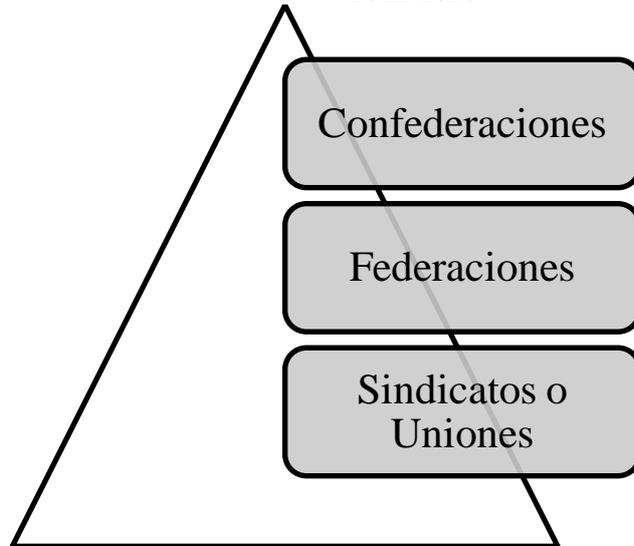
**María Belén Loiácono**  
**“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”**  
**2012-2018**



**Cuadro 2. “Artículo N° 10 Organización de los trabajadores”. Fuente: elaboración propia siguiendo (Ley de Asociaciones Sindiales N° 23.551, 1988).**

La segunda clasificación que distingue LAS es en función del nivel de agrupación de las organizaciones. De este modo, las uniones o sindicatos reúnen a los trabajadores en sus filas (en función de actividad, oficio o empresa, ejemplo ATSA); las federaciones, reúnen uniones o sindicatos de primer grado (ejemplo, FATSA); y las confederaciones agrupan federaciones (CGT o CTA). El *gráfico 3* en forma de pirámide permite distinguir el nivel de agrupación que supone esta segunda clasificación que se enmarca en la ley N°23.551.

María Belén Loiácono  
“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”  
2012-2018



**Gráfico 3. “Tipos de Asociaciones Sindicales”.** Fuente: elaboración propia siguiendo (Ley de Asociaciones Sindiales N° 23.551, 1988).

La tercer y última clasificación que se distingue en la ley de asociaciones sindicales de 1988 distingue entre las organizaciones que tienen simple inscripción y aquellas que cuentan con derechos exclusivos y legitimidad para representar a sus afiliados como consecuencia de ser las más representativas.

María Belén Loiácono  
 “Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”  
 2012-2018

Simple inscripción o personería legal	Personería plena o gremial
<input type="checkbox"/> Peticionar y representar, a solicitud de parte, los intereses individuales de sus afiliados.	<input type="checkbox"/> Peticionar y representar a petición de parte, los intereses individuales de sus afiliados.
<input type="checkbox"/> Representar los intereses colectivos, cuando no hubiere en la misma actividad o categoría asociación con personería gremial;	Defender y representar ante el estado y los empleadores los intereses individuales y colectivos de los trabajadores.
<input type="checkbox"/> Promover la formación de sociedades cooperativas t mutuales.	Participar en instituciones de planificación y control de conformidades con lo que dispongan las normas respectivas;
<input type="checkbox"/> El perfeccionamiento de la legislación laboral, previsional de seguridad social.	<input type="checkbox"/> Intervenir en negociaciones colectivas y vigilar el cumplimiento de la normativa laboral y de seguridad social;
<input type="checkbox"/> La educación general y la formación profesional de los trabajadores;	<input type="checkbox"/> Colaborar con el estado en el estudio y solución de problemas de los trabajadores.
<input type="checkbox"/> Impone cotizaciones a sus afiliados;	Constituir patrimonios de afectación que tendrán los mismos derechos que las cooperativas y mutualidades.
<input type="checkbox"/> Realizar reuniones o asambleas sin necesidad de autorización previa.	Administrar sus propias obras sociales y, según el caso, participar en la administración de las creadas por ley o por convenciones colectivas de trabajo.

**Gráfico 4. “Simple inscripción vs Personería plena”. Fuente: elaboración propia siguiendo (Ley de Asociaciones Sindiales N° 23.551, 1988).**

De este modo, LAS distingue en el artículo 25 los requisitos que debe acreditar una asociación sindical para obtener la personería gremial (Ley de Asociaciones Sindiales N° 23.551, 1988):

Artículo 25. — La asociación que en su ámbito territorial y personal de actuación sea la más representativa, obtendrá personería gremial, siempre que cumpla los siguientes requisitos:

**María Belén Loiácono**  
**“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”**  
**2012-2018**

- a) Se encuentre inscripta de acuerdo a lo prescripto en esta ley y haya actuado durante un período no menor de seis (6) meses;
- b) Afilie a más de veinte por ciento (20%) de los trabajadores que intente representar.
- c) La calificación de más representativa se atribuirá a la asociación que cuente con mayor número promedio de afiliados cotizantes, sobre la cantidad promedio de trabajadores que intente representar.

Los promedios se determinarán sobre los seis meses anteriores a la solicitud.

Al reconocerse personería gremial la autoridad administrativa del trabajo o judicial, deberá precisar el ámbito de representación personal y territorial. Estos no excederán de los establecidos en los estatutos, pero podrán ser reducidos si existiere superposición con otra asociación sindical.

Cuando los ámbitos pretendidos se superpongan con los de otra asociación sindical con personería gremial, no podrá reconocerse a la peticionante la amplitud de representación, sin antes dar intervención a la asociación afectada y proceder al cotejo necesario para determinar cuál es la más representativa conforme al procedimiento del artículo 28. La omisión de los recaudos indicados determinará la nulidad del acto administrativo o judicial.

Como consecuencia de este artículo, si dos o más sindicatos pretenden representar a los mismos trabajadores surge un conflicto en torno al encuadramiento de esos trabajadores. De modo que el estado le otorgará la personería gremial al sindicato que demuestre ser el más representativo de los dos, es decir, siguiendo a la ley 23.551, reunir al mayor número de afiliados.

Adicionalmente, el artículo 28 de LAS, especificó que “en caso de que existiera una asociación sindical de trabajadores con personería gremial, sólo podrá concederse igual personería a otra asociación, para actuar en la misma zona y actividad o categoría, en tanto que la cantidad de afiliados cotizantes de la peticionante, durante un período mínimo y continuado de seis (6) meses anteriores a su presentación, fuere considerablemente superior a la de la asociación con personería preexistente” (Ley de Asociaciones Sindiales N° 23.551, 1988). El inconveniente surge en acreditar el número

**María Belén Loiácono**  
**“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”**  
**2012-2018**

de afiliados que posee cada organización, como consecuencia al acceso a los datos y la manipulación de estos por parte de las organizaciones.

Del mismo modo, la estructura de representación por rama constituye un obstáculo para algunas organizaciones que pueden ser representativas en espacios más reducidos (empresa o zona geográfica) (Osvaldo Battistini, 2015). Si un sindicato tiene personería gremial en una rama y otra organización cuenta con un número de afiliados mayor al mismo en un espacio inferior a dicha rama, no podrá disputar la representación hasta que no obtenga la mayoría en toda la rama.

Otro punto importante que garantiza la tendencia a que en Argentina se consolide el sistema de sindicato único está dado por la ley N°14.250 de convenciones colectivas de trabajo. “De acuerdo a esta ley, la negociación colectiva adquiere en Argentina el carácter de *erga omnes*, ya que los derechos resultantes de las negociaciones colectivas homologadas, llevadas a cabo entre un sindicato y un empresario individual o una o más asociaciones empresarias, se harán extensivos a todos los trabajadores del ámbito de actividad referido en dicha negociación, sin necesidad de que los mismos estén afiliados al sindicato” (Osvaldo Battistini, 2015, pág. 8).

De lo anterior se destaca que la representación se define de arriba hacia abajo: los empresarios y los sindicatos que tienen legitimidad para negociar en las convenciones colectivas de trabajo determinan a través de los acuerdos y convenios cuáles son los trabajadores finalmente representados (Osvaldo Battistini, 2015).

Con respecto a las recaudaciones o cuotas de afiliación, los sindicatos que cuentan con la personería gremial logran obtener una ventaja en relación con los que tienen simple inscripción. El artículo 9° de la ley 14.250 indica que la convención colectiva podrá contener cláusulas que establezcan contribuciones a favor de las asociaciones sindicales, que serán válidas no sólo para los afiliados sino también para los no afiliados comprendidos en dicha convención. De ello, surgen las denominadas “cuotas solidarias” que obligan a los trabajadores no afiliados a abonar un monto a los sindicatos que es retenido por el empleador (Osvaldo Battistini, 2015). Estas cuotas junto con otras contribuciones abonadas por los empleadores para “dar cumplimiento y desarrollo a fines culturales y gremiales”, constituyen un ingreso adicional a los sindicatos con personería gremial en relación con los que tienen simple inscripción.

**María Belén Loiácono**  
**“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”**  
**2012-2018**

En el sector sanitario, los sindicatos se clasifican conforme las divisiones enunciadas y explicadas en LAS: entre las asociaciones sindicales que cuentan con personería gremial y representan al sector de actividad, se encuentra ATSA (Asociación de Trabajadores Sanitarios Argentinos); como federación, FATSA (Federación de Asociaciones de Trabajadores Sanitarios Argentinos), que reúnen a asociaciones, y otras organizaciones que no poseen personería gremial y ajustan su representación a los trabajadores en el marco de acción que le autoriza la ley.

En el próximo apartado señalamos sindicatos, asociaciones profesionales, colegios de profesionales y uniones que representan los derechos laborales de los sanitarios en la Argentina.

Hemos dividido a las organizaciones en dos grupos: en primer lugar, se describen los sindicatos que tienen personería gremial indicando el alcance de la misma; y, en segundo lugar, se enumeran las asociaciones profesionales o sindicatos que reúnen trabajadores sanitarios pero que no cuentan con la herramienta que les brinda legitimidad para acceder a las negociaciones colectivas de trabajo, nuestro tema de estudio.

Nuestro análisis de acuerdos y convenios colectivos se concentrará en aquellas entidades que tienen mayor representatividad, es decir, personería gremial o plena, en todo el territorio nacional.

**María Belén Loiácono**  
**“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”**  
**2012-2018**

**III. I Uniones y Federaciones con Personería Gremial**

**Federación de Asociaciones de Trabajadores de la Sanidad (FATSA)**



Representa a “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)” (Aspiazu, Una aproximación a los conflictos laborales de los profesionales de la salud en Argentina, 2009).

Se define como “una asociación sindical de segundo grado, creada con el objeto de asegurar la defensa gremial, política, social, mutual y cultural de los casi 200.000 trabajadores de la actividad de la salud agrupados en los sindicatos de primer grado (ATSA) que la componen” (Federación de Asociaciones de Trabajadores de la Sanidad (FATSA), 2020).

Fue fundada en 1949 en la Ciudad de Buenos Aires y comprende a trabajadores de la actividad de la salud, lo cual conforme al artículo 5° del Estatuto incluye:

1°) Los servicios de la salud: Hospitales Nacionales, Provinciales, Municipales y Privados, Sanatorios, Clínicas, Institutos Médicos con o sin Internación, Establecimientos Geriátricos, Sociedades Mutuales y/o de Beneficencia, Consultorios Médicos, Odontológicos, Veterinarios y de cualquier otro tipo si es explotado por profesionales dedicados a la recuperación o preservación de la salud, Laboratorios Biológicos y/o de Análisis, Servicios de Emergencias, etc.

2°) La industria de la sanidad: Laboratorios de Especialidades Medicinales y/o de Especialidades Veterinarias.

3°) El comercio (distribución de especialidades medicinales y veterinarias): Droguerías de productos medicinales, distribuidoras de productos veterinarios y establecimientos similares. La enumeración de establecimientos es a título enunciativo, ya que siendo la Federación de Asociaciones de Trabajadores de la Sanidad Argentina una asociación sindical de actividad comprende a todos los trabajadores de la misma, cualquiera fuere la

**María Belén Loiácono**

**“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”  
2012-2018**

explotación (actual o futura) en que se desempeñen, si el objetivo principal de ésta es la preservación y/o la recuperación de la salud.

FATSA reúne organizaciones sindicales de primer grado, denominadas ATSA, cuyas filiales en el país están distribuidas en las 23 provincias y la Capital Federal, sumando un total de 45 (12 en Provincia de Buenos Aires, 4 en Córdoba, 2 en Entre Ríos y una en la Capital Federal y en cada provincia del país)

El Sindicato administra la obra social Obra Social del Personal de la Sanidad Argentina (OSPSA) que tiene la misma representación que las sedes de ATSA.

Su actual Secretario General es Carlos West Ocampo, quien fue el promotor en la creación del Observatorio Sindical de la Salud Argentina (OSINSA) entidad que ofrece estadísticas de la actualidad de los recursos humanos de la salud desde el año 2012. Se destaca la labor de Héctor Daer, Secretario General de CGT quien también pertenece a FATSA.

FATSA tiene personería gremial y jurídica N° 166 y está adherida a la CGT y a las 62 organizaciones.

**Asociación de Trabajadores del Estado (ATE)**



ATE fue fundada en 1925 en el Teatro Verdi de la Boca por herreros, carpinteros, mecánicos, torneros, peones de patio y fundición, electricistas, albañiles, marineros y foguista durante el gobierno del presidente Marcelo T. de Alvear.

Como dato interesante compartimos que los primeros afiliados a ATE eran empleados del Ministerio de Obras Públicas que trabajaban en su mayoría como jornaleros, sin sistema de previsión ni licencias, sin escalafón ni ascensos (Asociación de Trabajadores del Estado, 2020).

**María Belén Loiácono**  
**“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”**  
**2012-2018**

El 12 de agosto de 1928, se realizó el primer congreso ordinario de ATE, el fundacional, donde se reclamó fuertemente el reconocimiento por parte del Estado del derecho a la organización, la abolición de los reglamentos internos que restringieran la actividad sindical y, naturalmente, el reconocimiento de la Asociación como "entidad de clase de carácter nacional".

La Asociación de Trabajadores del Estado obtuvo su personería gremial mediante resolución N°144 en enero de 1946.

Conforme el estatuto de ATE del año 2010, se constituyen como una Asociación de primer grado (reúne trabajadores por rama):

“Artículo 1º: Como continuadora de las “Asociaciones Trabajadores del Estado”, “Asociación Obreros y Empleados del Estado”, “Confederación General de Trabajadores del Estado”, constituyese una asociación gremial de primer grado con la denominación de “Asociación Trabajadores del Estado” (ATE), fundada el 15 de enero de 1925 e inscripta con personería jurídica y gremial N°2, de fecha 23 de septiembre de 1937 y 11 de enero de 1946, respectivamente. La asociación sindical constituida tiene su domicilio legal en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y su zona de actuación se extiende a todo el territorio de la Nación Argentina” (Asociación de Trabajadores del Estado (ATE), 2010).

En el Capítulo II Agrupamientos y Principios se describe quienes pueden afiliarse a dicho sindicato, lo cual nos evidencia su numeroso encuadramiento: conforme indica el último padrón del año 2015, ATE reúne en total 305.438 afiliados. Los cuales pueden ser:

Artículo 2º “Con la sola excepción de que señala el artículo 5º incisos. A, b y c ATE agrupa en su seno a los trabajadores estatales que tengan relación de dependencia o presten servicios para cualquiera de los poderes del Estado Nacional, Provincial o Municipal, entes autárquicos, entes públicos no estatales, empresas estatales, sociedades de economía mixta, sociedades anónimas, sociedades estatales y con participación de capital estatal, servicios de cuentas especiales, y todo otro organismo centralizado o descentralizado en el orden nacional, provincial, municipal o mixto. También agrupa al personal jubilado, retirado o pensionado, que haya guardado relación de dependencia con los entes mencionados en el párrafo anterior” (Asociación de Trabajadores del Estado (ATE), 2010).

**María Belén Loiácono**  
**“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”**  
**2012-2018**  
**Unión del Personal Civil de la Nación (UPCN)**



La Unión del Personal Civil de la Nación (UPCN) es una asociación de primer grado, es decir, que está constituido por trabajadores estatales que deciden afiliarse en forma voluntaria al sindicato, o bien, prestan servicios al Estado y están encuadrados en los convenios colectivos firmados por el mismo.

Fue constituido en 1948 y obtuvo la personería gremial ese mismo año mediante la resolución N°95. La organización tiene por objeto conforme indica el artículo 1° del estatuto organizacional “agrupar a los trabajadores activos y pasivos, cualquiera sea su profesión, oficio o categoría, que tengan o hayan tenido cuando estaban en actividad, relación de dependencia con el Estado Nacional, los Estados Provinciales y/o Municipales, con Entes Autárquicos Nacionales, Provinciales y/o Municipales, Empresas y Sociedades Anónimas propiedad de esos Estados, Sociedades de Economía Mixta y/o Sociedades con participación de Capital Estatal, Servicios de Cuentas Especiales, Órganos Paraestatales, Obras Sociales de dichos Estados, y todo otro Ente Público, centralizado o descentralizado, sea o no Estatal, en el Orden Nacional, Provincial y/o Municipal, aun cuando hayan cambiado o cambien en el futuro su estructura jurídica, cualquiera sea la que lo remplace como consecuencia de la reforma estructural de los Estados mencionados promovidos por la legislación vigente” (Unión del Personal Civil de la Nación, 2013).

De lo antedicho surge un conflicto de encuadramiento de trabajadores entre las dos asociaciones sindicales descriptas que representan a los trabajadores sanitarios estatales, ATE y UPCN. Ambos, en sus respectivos estatutos admiten al mismo colectivo de trabajadores entre sus filas, lo cual genera conflictos al momento de negociar mejoras en las condiciones de los trabajadores frente al Ministerio de Trabajo.

De modo que de acuerdo con la ley de asociaciones sindicales N°23.551, la organización de trabajadores más representativo debería desplazar a aquella que reúna menos para poder asumir la personería gremial. Sin embargo, esto no ocurre en el sector público y la

**María Belén Loiácono**  
**“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”**  
**2012-2018**

particularidad es que “en el ámbito estatal, el otorgamiento de una personería gremial no implica desplazamiento de la personería preexistente, mientras que, en el privado, la nueva personería gremial conlleva el desplazamiento de la anterior, conforme al procedimiento establecido en los arts. 25 a 28 de la ley 23.551” (Cremonte, 2012).

Como consecuencia de ello, coexisten en el mismo ámbito las dos organizaciones: cada una elige sus delegados –es decir, por cada sector del Estado existen más de un órgano de representación directa, sean comisiones o juntas internas-, a todas las organizaciones el empleador les retiene la cuota sindical (art. 38 de la ley 23.551), son titulares de conflictos colectivos –en ocasiones en forma conjunta, otras por separado-, ejercen la representación colectiva de los trabajadores del Estado (art. 31 inc. a de la ley 23.551), y participan de la negociación colectiva, obviamente, de un mismo convenio colectivo (Cremonte, 2012).

Su relación a lo largo de los años ha fluctuado entre alianzas y confrontaciones. En los años 90’ durante el Gobierno de Menem con el auge de las políticas neoliberales, se produjo una ola masiva de despidos, congelamiento de planta permanente, flexibilización en las formas de contratación, como consecuencia de la privatización de empresas estatales. En este contexto, Menem encontró un aliado en UPCN, asociación que apoyó las reformas del gobierno peronista, y una organización opositora como lo fue ATE, generando un importante enfrentamiento entre las organizaciones y la ruptura de ATE con la CGT y el Partido Justicialista.

En la actualidad, está vigente una nueva controversia entre los sindicatos en torno a determinar cuál es el más representativo de la administración pública. Al momento, UPCN contaba con mayor número de afiliados legitimado por la Res Ssrl 42/98<sup>11</sup>. Hay una acción judicial interpuesta por ATE la cual fue favorable y se encuentra pendiente de cotejo de representatividad por parte del Ministerio de Trabajo como consecuencia de la crisis del Covid19.

UPCN tiene mayor peso en la administración nacional y está afiliada a la Confederación General del Trabajo; ATE, comenzó representando a trabajadores portuarios y de oficio

---

<sup>11</sup> Disponible en <http://upcndigital.org/~legislacion/Ley%20Negociacion%20Colectiva/1998-Resolucion%20SsRL%200042.pdf>

**María Belén Loiácono**

**“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”  
2012-2018**

en sus orígenes, para luego ampliar su encuadramiento hacia sectores más administrativos de la administración pública municipal y provincial, pertenece a la CTA.

En relación con las posiciones en la negociación, UPCN considera imprescindible la participación mediante negociaciones con el poder de turno; es el lugar para construir y donde poder reivindicar los intereses particulares de sus trabajadores; de contrario, ATE, asume una posición más combativa y de confrontación con los gobiernos (Menéndez, 2008).

### **III.II Asociaciones y Colegios profesionales**

En Argentina, tal como hemos indicado a comienzos del capítulo III, coexisten asociaciones de trabajadores que tienen legitimidad para representar a sus trabajadores en las convenciones colectivas de trabajo, administrar sus propias obras sociales, y obtener beneficios en contribuciones; con otras asociaciones, uniones o colegios de profesionales que representan a sus afiliados al mismo tiempo que combaten por obtener una mayor representatividad.

Si bien nuestro objeto de estudio se circunscribe a evaluar la conflictividad laboral y las demandas en los procesos de negociación colectiva de los sindicatos más representativos a nivel nacional del sector sanitario, el presente apartado busca brindar una aproximación de aquellas organizaciones profesionales que integran el universo sindical y buscan mejorar los derechos de los trabajadores afiliados que la integran.

Scavino, realiza un análisis de las organizaciones profesionales y trabajadores de la salud (OPTS) y la conflictividad laboral de las mismas en la región americana.

Las OPTS como él describe, reúnen a recursos humanos determinantes del sistema de salud, médicos, enfermeros, trabajadores de centros y servicios asistenciales. En el seno de las instituciones convergen intereses, interrelaciones y una acción común (Scavino, 2004).

Las principales características que reúnen estas asociaciones profesionales siguiendo a Scavino son (Scavino, 2004):

- Legítimas y representativas,
- Con una agenda común,

**María Belén Loiácono**  
**“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”**  
**2012-2018**

- 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 debilitan el rol y los servicios asistenciales del Estado y,
- Con capacidades superiores al del resto de las organizaciones sociales para el logro de sus objetivos.

En Argentina, existen múltiples asociaciones profesionales de médicos y enfermeros para capacitación profesional, prestación de servicios a sus socios, defensa de derechos de los trabajadores. Siguiendo a (Aspiazu, Una aproximación a los conflictos laborales de los profesionales de la salud en Argentina, 2009), las que reúnen la mayor cantidad de afiliados y cuentan con representación a nivel nacional 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 año 2010 se conformó la Confederación de Profesionales de la Salud de la República Argentina (COPROSA) que a la vez está integrada por otras confederaciones, entre ellas COMRA.

Con respecto a la personería gremial de las asociaciones de profesionales sanitarios, hemos de destacar que COMRA no posee personería gremial, es decir, no es de las entidades más representativas en el sector.

FESPROSA, asociación sindical de segundo grado, obtuvo la personería gremial en el año 2015 (FESPROSA, 2015).

Siguiendo el estudio de (Aspiazu, Una aproximación a los conflictos laborales de los profesionales de la salud en Argentina, 2009) afirmarnos que en el interior de COMRA, sólo FEMECA posee personería gremial y su ámbito de aplicación es la Ciudad de Buenos Aires; mientras que dentro de FESPROSA hay algunas instituciones que también poseen personería gremial, como por ejemplo, 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 Fe. Finalmente, existen una gran cantidad de asociaciones con inscripción gremial ya otorgada y otras tantas en trámite.

**María Belén Loiácono**  
**“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”**  
**2012-2018**  
**Confederación Médica de la República Argentina (COMRA)**

Fue fundada en 1941 como una entidad médico- gremial, con el nombre de Federación Médica de la República Argentina. Luego en 1962, pasó a denominarse Confederación. El objetivo la organización que consta en su página web y en el estatuto organizacional es satisfacer derechos laborales de los profesionales de la salud y ejercicio de los derechos de la salud a los argentinos. Trabajan en todo el país a través de Federaciones y Colegios profesionales que la integran sumando un total de 24 agrupaciones (1 en las 23 provincias y en la capital federal).

El estatuto constitutivo de COMRA subraya en su artículo 2° otros objetivos que resultan de particular interés para destacar ya que buscan mejoras en el sector sanitario en su conjunto (Confederación Médica de la República Argentina (COMRA), 2020):

h) Organizar Congresos, Asambleas y Simposios, Médicos Científicos, Médicos Gremiales, Médicos Sociales, Culturales, Deportivos, Actividades Educativas y de formación profesional en general.

i) Gestionar ante los poderes públicos la sanción de leyes, decretos, ordenanzas, etc. tendientes a mejorar las condiciones de trabajo de los médicos y la sanidad de la población.

j) Colaborar en el estudio de los problemas asistenciales y sanitarios y los que atañen a la medicina preventiva y de rehabilitación, pugnando la urgencia de programas adecuados que aseguren a todos

los habitantes del país una cobertura eficiente, integral e igualitaria de su salud.

k) Promover el estudio de los asuntos médico-gremiales, médicos sociales y la educación sanitaria de la población.

Cuenta con vínculos con otras asociaciones de carácter internacional como la Confederación Médica Latinoamericana y del Caribe (CONFEMEL), un código de ética, una agenda de trabajo y un Consejo Directivo que gestiona las decisiones organizacionales. Además, brinda novedades de actualidad en cuanto a la legislación sindical y novedades médicas para informar a las organizaciones que la conforman. En la actualidad, no cuenta con personería gremial y por ello no será evaluada en el apartado

**María Belén Loiácono**  
**“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”**  
**2012-2018**

siguiente, puesto que sólo se evaluarán los convenios colectivos de las entidades de salud más representativas con presencia en todo el territorio nacional.

**Asociación de Médicos de la República Argentina (AMRA)**

El sindicato que reúne a médicos tiene su antecedente originario en la Asociación Médica de Avellaneda que nace en 1955 con el objetivo de representar y defender los derechos de los médicos de la ciudad. Luego, se fue ejerciendo la representación de todo el partido, siendo sus principales lugares de acción hospitales, sanatorios, clínicas, salas de primeros auxilios.

En 1969 le fue otorgada la inscripción legal o simple inscripción N°3510. Con el objeto de obtener la personería gremial, se inscribió a la entidad como asociación profesional de trabajadores, modificando sus estatutos para adaptarlos a la ley de asociaciones sindicales 23.55. “El 14 de mayo de 1993 se inscribe en el Registro de Asociaciones Sindicales de Trabajadores a la Asociación de Médicos de Avellaneda, con Resolución N°374 por lo cual se otorga la Inscripción registral de la entidad peticionante y la publicación en el Boletín Oficial. El 10 de abril de 1995, el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social de la Nación, por medio de la Resolución 284, otorgó a la Asociación de Médicos de Avellaneda, la Personería Gremial con carácter de Asociación Gremial de primer grado con el número 1585. (Asociación de Médicos de la República Argentina (AMRA), 2020)”.

La representación de la asociación se extiende a todo el país, presentando sedes en Santa Fe, Córdoba, Provincia de Buenos Aires y Neuquén y a partir de 1998, el Ministerio de Trabajo resolvió modificar su nombre a Asociación de Médicos de la República Argentina (AMRA). El sindicato se integró a la Federación Nacional de Sindicatos con trabajadores de la Economía Informal (FENESTEI) en el año 2010 y a la Confederación General del Trabajo (CGT) en el año 2012.

**Federación de Profesionales de la Salud de la República Argentina (FESPROSA)**

Es una asociación sindical de segundo grado, una federación, fundada a fines de 2005 con el “carácter de primera organización nacional profesional de carácter netamente sindical, con afiliados de todas las profesiones de la salud” (Federación Sindical de Profesionales de la Salud en la República Argentina, 2020).

**María Belén Loiácono**  
**“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”**  
**2012-2018**

Está integrada por 27.000 miembros, siendo el 60% médicos y cuentan con representación en todo el país. Desde 2006, la lucha de FESPROSA ha logrado la regularización de más de 25000 profesionales y trabajadores de salud. Está adherida a la CTA y cuenta con personería gremial para poder negociar convenios colectivos de trabajo desde el año 2015 (Federación Sindical de Profesionales de la Salud en la República Argentina, 2020).

#### **Capítulo IV: Análisis de los Acuerdos y Convenios Colectivos de Trabajo**

En los capítulos anteriores hemos avanzado en la conceptualización y descripción del sistema de negociación colectiva en la Argentina, su instrumentación jurídica, así como también la fragmentación y complejidad del sistema sanitario, las asociaciones sindicales más representativas y las cualidades de los trabajadores que componen nuestro caso de estudio.

Hemos argumentado que los profesionales sanitarios se destacan por su alto nivel de calificación, especificando estadísticamente que “en Argentina, el 70% de los trabajadores cuenta con un nivel de calificación entre técnica y profesional. Por este motivo es que los procesos educativos y de profesionalización tienen gran importancia en salud (Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud, 2015, pág. 8)”. Además, autores como (Novick y Galin (2003) (Lanari, 2006) (Aspiazu, 2009) (Maceira, 2010) destacaron en sus estudios acerca de la problemática laboral sanitaria que los trabajadores sanitarios se desarrollan en un ambiente laboral caracterizado por el pluriempleo, las múltiples formas de contratación y la extensión de la jornada laboral.

En el año 2020 y en contexto de pandemia mundial, la OMS renueva aún más su compromiso de actuar procurando la mejora de las condiciones laborales del sector sanitario a través del llamamiento urgente para la inversión en personal de enfermería. Un informe, elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en colaboración con el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) y la campaña Nursing Now, revela que el personal de enfermería cuenta actualmente con cerca de 28 millones de profesionales en todo el mundo. Las filas del personal de enfermería registraron un incremento de 4,7 millones entre 2013 y 2018. No obstante, la cifra actual sigue dejando un déficit mundial de 5,9 millones de profesionales, la mayoría en países de África, Asia Sudoriental y la Región del Mediterráneo Oriental de la OMS, así como en algunas partes de América Latina. (Organización Mundial de la Salud, 2020)”.

**María Belén Loiácono**  
**“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”**  
**2012-2018**

Como consecuencia de ello, el mismo informe enumera una serie de sugerencias para los países como establecer puestos de liderazgo, mejorar las condiciones de trabajo, en particular mediante niveles seguros de dotación de personal, sueldos justos, y el respecto del derecho a la seguridad y salud en el puesto de trabajo y aplicar políticas en el personal de enfermería que tengan en cuenta los aspectos de género.

A partir de todo lo expuesto, en el presente apartado procedemos a analizar los convenios y acuerdos colectivos de trabajo de las principales asociaciones sindicales del sector sanitario y de este modo conocer las demandas sociales laborales que reúnen las cláusulas que los mismos contienen.

Los acuerdos y convenios colectivos de trabajo fueron consultados en el buscador oficial del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social [convenios y acuerdos laborales](#). El sistema contiene la totalidad de los convenios colectivos, acuerdos y laudos homologados a la fecha.

Desde la base de información se puede acceder a los convenios colectivos, acuerdos y laudos tanto en sus descripciones generales, contenidos, salarios, normas homologatorias y referencias; como los documentos digitalizados, incluyendo sus resoluciones, escalas salariales y topes indemnizatorios.

Para la recolección de los datos se ha realizado una búsqueda avanzada de acuerdos y convenios colectivos celebrados y homologados entre los años 2012 y 2018 de sindicatos del sector sanitario más representativos y con personería gremial: UPCN, ATE y ATSA/FATSA. Se destaca que UPCN y ATE han negociado en conjunto en los acuerdos y convenios en las negociaciones colectivas de trabajo pese que el firmante UPCN fue confirmado por la autoridad competente como el más representativo en la administración pública en 1998. En la actualidad está en vigor un nuevo conflicto de encuadrenamiento entre los sindicatos, pendiente de cotejo y suspendido temporalmente por el COVID19.

El ámbito temporal fue definido con el objetivo de comprender el segundo mandato presidencial de Cristina Fernández de Kirchner (2011-2014) y el mandato presidencial de Mauricio Macri (2015-2019). Para esto no se evaluarán los años que se consideran de “transición” de un presidente a otro, es decir, el año 2011 y 2019 considerados años de transición electoral lo cual no es representativo en nuestra muestra.

**María Belén Loiácono**  
**“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”**  
**2012-2018**

Si bien, a partir de la selección temporal se podrá arribar a conclusiones de carácter ideológico y político si profundizamos en la afinidad de los sindicatos con los gobiernos, en este estudio sólo se busca comprender y clasificar las demandas laborales del sector sanitario y no se profundiza en cuestiones políticas. La elección del espacio temporal se efectuó con el objeto de conocer la actuación sindical en dos períodos de gobierno distintos, contextos diversos y evaluar si las demandas laborales se vuelven constantes y reiteradas o bien si se registran variaciones.

Se incluyen únicamente las normas homologadas y publicadas por la autoridad laboral, es decir, aquellas que cuentan con el instrumento jurídico que les brinda legitimidad para entrar en vigor.

Las cláusulas incluidas en los acuerdos o convenios colectivos son definidas como “cada una de las disposiciones de su contrato, tratado, testamento o cualquier otro documento análogo público o privado” (Real Academia Española, 2020).

Las cláusulas pueden clasificarse en función del contenido. Hemos hecho una selección de las descriptas por los informes periódicos del poder ejecutivo nacional denominado “Estado de la Negociación Colectiva” por trimestres (Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, 2012).

De modo que clasificaremos el contenido de los acuerdos y convenios colectivos del sector sanitario conforme las siguientes cláusulas:

- **Salariales y de Compensaciones:** Escalas salariales, cláusula de absorción, viáticos, vales alimentarios, productividad, presentismo, bonificación extraordinaria, antigüedad, otras formas de incremento salarial.
- **Relaciones Laborales:** Contribución patronal, aporte del trabajador, derecho a la información sindical, comisión mixta sobre la organización del trabajo, comisión mixta sobre el tratamiento de conflictos, comisión de interpretación, cláusula de paz social y delegados del personal
- **Condiciones de Trabajo:** Capacitaciones, modalidades de contratación, jornada de trabajo, reducción y suspensiones, licencia anual, licencias especiales, categorías laborales y/o descripción de tareas, promociones, suplencias, reemplazos, vacantes, movilidad y polivalencia funcional.

María Belén Loiácono

“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”  
2012-2018

- **Medio Ambiente, Higiene y Seguridad Laboral:** Elementos de protección personal (EPIS), prevención de accidentes de trabajo, estadísticas sobre siniestralidad, comisiones mixtas de discusión, higiene y seguridad.
- **Equidad de Género:** acceso al empleo, acceso a la formación, sistema retributivo, correspondencia entre la vida laboral y familiar, violencia laboral (lenguaje sexista, acoso)<sup>12</sup>.

UPCN y ATE representan a colaboradores del sector público los cuales pueden desempeñarse en diversos sectores o actividad. Esto conlleva a que en nuestro trabajo sólo estudiemos aquellos acuerdos y convenios que reúnan a nuestro sector de estudio, dejando de lado a aquellos relacionados a sectores aeronáuticos, estado, agua potable, ferroviarios, lotería, seguridad social, viales, etc.

Se han incluido un total 121 convenios y acuerdos laborales. Del total verificamos que 115, es decir, la mayoría de ellos corresponden a los sindicatos ATSA y FATSA, contra 6 acuerdos o convenios de UPCN y ATE.

En la *tabla 5* vemos que un 95% de los acuerdos y convenios del sector sanitario corresponden a ATSA y FATSA, frente a un 5% que representan las negociaciones de UPCN y ATE.

SINDICATO	ACUERDOS Y CONVENIOS							SUMA TOTAL
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
UPCN/ATE	1	0	0	3	0	0	2	6
ATSA/FATSA	12	12	19	17	18	23	14	115

**Tabla 5. “Acuerdos y Convenios por Sindicato”. Fuente: Elaboración propia siguiendo la base de convenios y acuerdos laborales homologados. Ver más en (Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, 2020)**

<sup>12</sup> Definiciones extraídas del informe denominado (Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social (MTySS), 2011). Se puede comprender más acerca del Consenso de Quito de agosto 2007 sobre la responsabilidad y compromiso estatal en la implementación de políticas públicas que fortalezcan la institucionalidad del género y el acceso a las mujeres a la plena ciudadanía.

**María Belén Loiácono**  
**“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”**  
**2012-2018**

Si profundizamos aún más en el tipo de instrumento, UPCN y ATE no han firmado convenios colectivos de trabajo en el período de análisis, 2012-2018.

FATSA y ATSA, han trabajado en la negociación y se han homologado 3 convenios colectivos de trabajo en un período de 8 años (2 en el año 2014 y 1 en el año 2016).



**Gráfico 5: “Acuerdos Vs Convenios”. Elaboración propia. Datos elaborados siguiendo la base de convenios y acuerdos laborales homologados. Ver más en (Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, 2020)**

Los acuerdos laborales comúnmente son específicos, es decir, trabajan uno o dos contenidos que se hallan en un convenio colectivo pero que requieren actualización, aclaración o una modificación por un cambio criterio.

De lo contrario, un convenio colectivo, supone la modificación sustancial de todos o casi todos los aspectos laborales de los trabajadores encuadrados en dicho convenio. En otras palabras, supone un nuevo punto de partida en las condiciones laborales, salariales, de compensaciones, equidad de género, higiene y seguridad en el trabajo relaciones laborales, etc. del sector, rubro o actividad. Las negociaciones se extienden en el tiempo y pueden significar una victoria o una derrota para las partes involucradas, pues los convenios colectivos homologados tienen una vigencia prolongada en el tiempo.

De momento, hemos comprendido que UPCN y FATSA muestran un rendimiento distinto en los años 2012-2018. UPCN y ATE en lo que, respecto al sector sanitario, sólo ha

**María Belén Loiácono**  
**“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”**  
**2012-2018**

logrado la homologación de 6 acuerdos, mientras que FATSA con 115 negociaciones, acuerdos o convenios ha demostrado ser más representativo en el sector sanitario.

Es interesante evaluar el contenido de los acuerdos para verificar dónde radican las demandas laborales de los trabajadores. Para ello hemos analizado en el interior de cada acuerdo y convenio los puntos más relevantes y que constituyen las “demandas laborales del sector”.

De la *tabla 6* concluimos que del total de acuerdos/convenios del año se incluyen cláusulas de tipo salarial o de compensaciones; relaciones laborales; condiciones de trabajo; equidad de género y medio ambiente, higiene y seguridad laboral.

En el año 2012 de un total de 12 acuerdos laborales, 12 de ellos (100%) contienen cláusulas de tipo salarial y de compensaciones. Este patrón se repite en los años 2013, 2014, 2015, 2016 y 2018. Sólo en el año 2017 se registra una disminución de este tipo de cláusulas, pero sólo de un 13%. Todavía un 87% de los acuerdos y convenios incluyen cláusulas salariales y de compensaciones. Veremos más adelante como se corresponde con las encuestas que hemos realizado a personal sanitario. Sin lugar a duda, las demandas salariales y de compensaciones preocupan al personal sanitario y a sus representantes y se hallan primero en la agenda sindical.

En lo que respecta a las cláusulas de relaciones laborales, destacamos aquellas que incluyen cláusulas de paz social y cuota de solidaridad, que se presentan recurrentemente en las negociaciones colectivas. Con ello podemos deducir que, a una negociación de incremento de salarios básicos o retribuciones extraordinarias, le sigue inmediatamente un ajuste en la cuota de aporte de los trabajadores a la mutua que los representa. Estas cláusulas son las segundas en orden de representatividad, y muestran una *performance* importante en los seis años de estudio alcanzando un 100% en el año 2016. Sólo en el 2017 se registra una baja en los acuerdos y convenios con un 48%, baja que se replica en el resto de los contenidos.

Las denominadas cláusulas de solidaridad resultan del empoderamiento que otorga la ley 14.250 en su artículo noveno a los sindicatos con personería gremial. Se trata de cláusulas que establecen contribuciones a favor de las asociaciones sindicales, que son válidas no sólo para los afiliados, sino también para los no afiliados comprendidos en dicha convención (Osvaldo Battistini, 2015).

**María Belén Loiácono**  
**“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”**  
**2012-2018**

Con respecto a las cláusulas que incluyen contenido relacionado a condiciones de trabajo, vemos que es una temática muy importante que se preocupa al personal sanitario, pero que paradójicamente no se encuentra en agenda de los sindicatos, o al menos no en el nivel que representan demandas de tipo salariales y de compensaciones y de relaciones laborales.

A la inversa de las cláusulas de condición laboral se hallan las demandas de equidad de género. Veremos en la encuesta a nuestro personal sanitario que no adquieren protagonismo como otros contenidos pero que, en los últimos años se han repetido en los acuerdos y convenios incluso por encima de cuestiones relativas a jornadas de trabajo, licencias y categorías profesionales.

En el año 2015, las cláusulas que tienen como contenido cuestiones relativas a equidad de género, en particular relativas a asignaciones por maternidad y guarderías representaron un 53% de las demandas de agenda versus un 24% de demandas relativas a condiciones de trabajo.

Desde luego, el personal sanitario cuenta con dificultades estructurales relativas a la jornada de trabajo, con valores que explicamos en el capítulo II.II alcanza hasta un 70% de trabajadores en el año 2018 con jornadas superiores a 9 horas de trabajo y un 18% con jornadas superiores a 10 horas de trabajo. Sin embargo, los representantes sindicales no logran gestionar aún mejoras que se traduzcan en reducción de jornada que se aproximen a lo reglado en la ley de contrato de trabajo (45 horas semanales).

**María Belén Loiácono**  
**“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”**  
**2012-2018**

**CLÁUSULAS**

Año	Acuerdos- Convenios	Salariales y de Compensaciones		Relaciones Laborales		Condiciones de Trabajo		Equidad de Género		Medio Ambiente, Higiene y Seguridad Laboral	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
2012	12	12	100%	9	75%	5	42%	5	42%	0	0
2013	12	12	100%	9	75%	2	17%	3	25%	0	0
2014	19	19	100%	13	68%	5	26%	6	32%	2	11%
2015	17	17	100%	11	65%	4	24%	9	53%	0	0
2016	18	18	100%	18	100%	6	33%	8	44%	4	22%
2017	23	20	87%	11	48%	5	22%	6	26%	0	0
2018	16	16	100%	15	93%	4	25%	5	31%	0	0

**Tabla 6. “Contenido de los acuerdos y convenios laborales”. Fuente: Elaboración propia. Información extraída de (Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, 2020).**

Con respecto al contenido relativo a demandas de medio ambiente, higiene y seguridad laboral, sólo se han presentado en los años 2014 y 2016, lo cual coincide con los tres convenios colectivos de trabajo que fueron homologados en dicho año. A modo de ejemplo destacaremos dos convenios que incluyen las cláusulas anteriormente mencionadas:

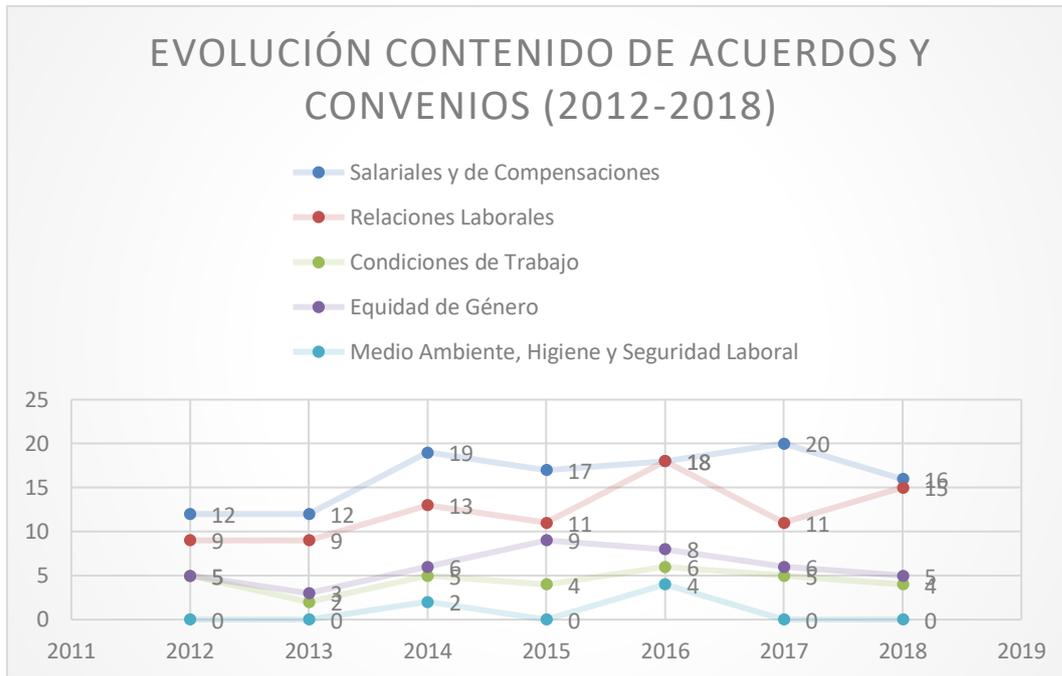
- El CCT 697/2014 específico de droguerías, incluye en su artículo 25° la provisión de ropa de trabajo como elementos de protección individual y destinados a la protección de la salud de los colaboradores. En su artículo 31° se especifica la norma que aplica en caso de riesgos de trabajo y enfermedades profesionales, quedando sometido el convenio colectivo al régimen de la ley nacional 24.557, sus modificaciones y decretos reglamentarios, resoluciones de la superintendencia de ART.

María Belén Loiácono

“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”  
2012-2018

- El CCT 1426/2014 del sector laboratorios medicinales (SINERGIUM BIOTECH S.A.-FATSA) refiere en su artículo 12° a las enfermedades o accidentes de trabajo. En particular, nos indica que “Los días de enfermedad o accidente de trabajo que coincidieran con el periodo en que el trabajador debió desempeñarse en turnos rotativos nocturnos, se liquidaran de conformidad a lo establecido en el art. 11.”<sup>13</sup>

En el *gráfico 6* podemos observar la evolución de los contenidos en el tiempo. La información que está contenida en la *tabla 6* de forma explícita.



**Gráfico 6. “Evolución de los contenidos de los acuerdos y convenios 2012-2018”.**

**Fuente: elaboración propia siguiendo (Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, 2020).**

El análisis de convenios y acuerdos colectivos de UPCN y ATE ha resultado muy interesante también al arribar a importantes deducciones de dichos sindicatos que representan al subsector sanitario público.

Hemos comentado en las páginas anteriores que UPCN y ATE se hallan actualmente en una disputa por la representación de trabajadores de un mismo sector de actividad.

<sup>13</sup> Ver Artículo 11: Trabajo en equipos rotativos en (Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, 2020).

**María Belén Loiácono**  
**“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”**  
**2012-2018**

Seguramente ha influido en el bajo rendimiento de dichos sindicatos en los procesos de negociación colectiva.

De los seis años evaluados, 2012-2018, sólo hemos registrado seis instrumentos homologados por parte del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, referente a UPCN y ATE. Se tratan de seis acuerdos en los cuales ATE ha rechazado todos los puntos que contienen las cláusulas que componen estos acuerdos y se ha retirado de las negociaciones.

- Acuerdo 170/2018: el tipo de actividad es clínicas, sanatorios y hospitales. El empleador es el Hospital de Pediatría S.AM.I.C Profesor Doctor Juan P. Garrahan. El ámbito de aplicación es el personal permanente y con contrato temporario de empleo público. El contenido discutido es únicamente salarial. Se trabajó en una cláusula de revisión; escala salarial; incremento del presentismo e incremento salarial. ATE no se suscribió al acta.
- Acuerdo 171/2018: El tipo de actividad es sanidad. El empleador es el Hospital de Pediatría S.AM.I.C Profesor Doctor Juan P. Garrahan. El ámbito de aplicación es el personal permanente y con contrato temporario de empleo público. El contenido discutido es únicamente salarial. Se negociaron escalas e incrementos salariales. ATE se retiró de la negociación.
- Acuerdo 1289/2015: El tipo de actividad es sanidad. El empleador es el Hospital de Pediatría S.AM.I.C Profesor Doctor Juan P. Garrahan. El ámbito de aplicación son los trabajadores comprendidos en la empresa. Participó también SUTECBA. El contenido discutido es únicamente salarial. Se negociaron escalas e incrementos salariales mensuales, normales, habituales, regulares y permanentes y compensaciones. ATE consideró insuficiente y realiza acta complementaria a sus efectos.
- Acuerdo 1239/2015: el tipo de actividad es clínicas, sanatorios y hospitales. El empleador es el Hospital de Pediatría S.AM.I.C Profesor Doctor Juan P. Garrahan. El ámbito de aplicación son los trabajadores comprendidos en la empresa. Participó también SUTECBA. El contenido discutido es únicamente salarial. Se negociaron escalas e incrementos de las retribuciones del personal del 16,15% a partir del 1/06/2013 y del 12% a partir del 01/08/2013 todos sobre salarios

**María Belén Loiácono**

**“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”  
2012-2018**

vigentes al 31/05/2013. ATE consideró insuficiente, pero ratificaron el pliego de reivindicaciones presentado en el acto y se retiraron.

- Acuerdo 1238/2015: el tipo de actividad es clínicas, sanatorios y hospitales. El empleador es el Hospital de Pediatría S.A.M.I.C Profesor Doctor Juan P. Garrahan. El ámbito de aplicación son los trabajadores comprendidos en la empresa. Participó también SUTECBA. El contenido discutido es únicamente salarial. Se negociaron escalas e incrementos de las retribuciones del personal del 12 % a partir del 1/06/2013 y del 12% a partir del 01/08/2013 todos sobre salarios vigentes al 31/05/2013. ATE rechazó por insuficiente por estar por debajo de los índices inflacionarios reales lo cual significa para ellos la pérdida del poder adquisitivo de trabajadores. Ratificaron el pliego de reivindicaciones presentado en el acto y se retiraron.
- Acuerdo 788/2012: el tipo de actividad es clínicas, sanatorios y hospitales. El empleador es el Hospital de Pediatría S.A.M.I.C Profesor Doctor Juan P. Garrahan. El ámbito de aplicación son los trabajadores comprendidos en la empresa. Participó también SUTECBA. El contenido discutido es únicamente salarial. Se negociaron aumentos salariales escalonados del 20% a partir del 01/06/2012. ATE rechazó por insuficiente por estar por debajo de los índices inflacionarios reales lo cual significa para ellos la pérdida del poder adquisitivo de trabajadores. Ratificaron el pliego de reivindicaciones presentado en el acto y se retiraron.

**María Belén Loiácono**  
**“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”**  
**2012-2018**  
**Capítulo V: Análisis del Nivel de Conflictividad Laboral del Sector Sanitario**

En las siguientes líneas compartimos un estudio de la conflictividad laboral en el sector sanitario argentino. El estudio de la conflictividad en nuestro país se fundamenta en las recomendaciones contenidas en la resolución sobre las estadísticas de huelgas, cierres patronales y otras acciones causadas por conflictos laborales, adoptada por la decimoquinta Conferencia Internacional de Estadísticos del Trabajo de enero de 1993, en el marco de la OIT.

En la resolución se definen dos conceptos fundamentales para comprender la temática: *huelga y conflictividad laboral*.

La huelga es definida como la “interrupción temporal del trabajo efectuada por uno o varios grupos de trabajadores con objeto de obtener reivindicaciones o rechazar exigencias o expresar quejas o de apoyar las reivindicaciones o las quejas de otros trabajadores” (Organización Internacional del Trabajo, 1993). La finalidad del derecho a huelga radica en la obtención de mejores condiciones de trabajo o reivindicaciones colectivas de orden profesional, a la vez que se buscan soluciones a cuestiones de política económica y social que plantean los trabajadores a la empresa (Organización Internacional del Trabajo, 2020).

En Argentina, el derecho a huelga es un derecho constitucional garantizado en el segundo párrafo del artículo 14 bis de la Constitución Nacional Argentina a los gremios en cita textual, “queda garantizado a los gremios: concertar convenios colectivos de trabajo; recurrir a la conciliación y al arbitraje; el derecho de huelga. Los representantes gremiales gozarán de las garantías necesarias para el cumplimiento de su gestión sindical y las relacionadas con la estabilidad de su empleo. (Constitución Nacional Argentina, 1994)”.

El texto constitucional ha generado un amplio debate doctrinal y jurisprudencial respecto a la titularidad del derecho y la naturaleza de este. Autores como Arturo Sampay adjudicaban el derecho a huelga un carácter de derecho natural negando un carácter de derecho positivo a ella. Pero, el verdadero debate es complejo cuando analizamos quien es el sujeto del derecho: ¿corresponde al trabajador considerado en forma individual, o el

**María Belén Loiácono**  
**“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”**  
**2012-2018**

titular del derecho es un sujeto colectivo, es decir corresponde a los trabajadores asociados a un grupo que representa sus intereses?<sup>14</sup>

El concepto de *conflictividad laboral* es definido por la OIT como “una situación de desacuerdo referente a una cuestión o a un conjunto de cuestiones con relación a la cual o a las cuales existe una discrepancia entre trabajadores y empleadores, o acerca de la cual o de las cuales los trabajadores o empleadores expresan una reivindicación o queja o dan su apoyo a las reivindicaciones o quejas de otros trabajadores o empleadores. (Organización Internacional del Trabajo, 1993)”. La conflictividad laboral adquiere distintas formas de acción: cese de la jornada laboral o paro, declaraciones organizativas, toma del ambiente laboral, protestas, etc.

A partir de dicha conceptualización en orden a comprender cómo se desarrolla la conflictividad laboral y la huelga en el sector sanitario hemos realizado un estudio comparado anual del período 2012-2018 del total de conflictividad a nivel nacional versus la conflictividad de la actividad económica sanitaria.

Las variables que se miden son *cantidad de conflictos, huelguistas y jornadas individuales de paro (JINT)*.

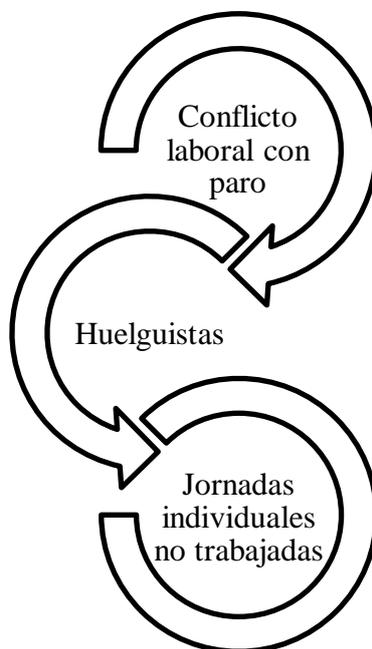
La información fue compilada por la autora de la tesis en base a los datos del informe anual de conflictividad laboral que elabora la administración pública, es decir, el Ministerio de Producción y Trabajo (2017 y 2018); Subsecretaría de Políticas, Estadísticas y Estudios Laborales de la cual depende la Dirección de Estudios de Relaciones de Trabajo (2015,2016); Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social (2012,2013 y 2014) a nivel nacional. En el mismo se detallan indicadores que miden la conflictividad laboral por sector de actividad en los ámbitos público y privado.

---

<sup>14</sup> Ver más del debate del derecho a huelga en (Micheloud, 2012)

**María Belén Loiácono**  
**“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”**  
**2012-2018**

### Indicadores de Conflictividad Laboral



**Gráfico N° 7. “Indicadores de la conflictividad laboral”. Fuente: Elaboración propia siguiendo (Ministerio de Producción y Trabajo, 2018).**

Los indicadores fueron definidos del siguiente modo siguiendo la metodología implementada por la administración pública (Ministerio de Producción y Trabajo, 2018):

- *Conflicto laboral con paro*: serie de eventos desencadenados a partir de la realización de una acción conflictiva por parte de un grupo de trabajadores con el objeto de alcanzar sus reivindicaciones laborales, cuando al menos una de esas acciones haya consistido en una huelga.
- *Huelguistas*: son aquellos trabajadores que realizaron efectivamente el paro o huelga, es decir, los que participan directamente de la acción interrumpiendo su trabajo. Este indicador se construye a partir de la estimación de la cantidad de trabajadores que se desempeñan en establecimientos o rama de actividad donde se desarrolla el conflicto, y de la representación de la organización que convoca la huelga.
- *Jornadas individuales no trabajadas*: es el índice resultante de la multiplicación de la duración de los paros por la cantidad de huelguistas.

**María Belén Loiácono**  
**“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”**  
**2012-2018**

Adicionalmente, las fuentes para la estimación de los trabajadores implicados o huelguistas se detallan a continuación:

- Base de datos del MTEySS
- Censos de población
- Estadísticas del INDEC
- Estadísticas provinciales
- Censos específicos (Ej.: Censo docente)
- Datos sindicales y de afiliación
- Medios de prensa

A fin de comprender los resultados, destacamos que conforme fue recomendado por la OIT que los conflictos laborales sin paro sean calculados en forma separado, pues incluyen las siguientes acciones:

- Declaraciones organizativas (cambios de estado colectivo)
- Anuncios de acciones conflictivas con fecha
- Anuncios de paro con fecha
- Concentraciones, protestas, acampes
- Movilizaciones
- Quitas de colaboración
- Cortes
- Bloqueos
- Tomas, ocupaciones, permanencias

El relevamiento de esta variedad de acciones permite dar cuenta de los distintos matices que puede adquirir la conflictividad laboral.

**María Belén Loiácono**  
**“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”**  
**2012-2018**

Si se analiza el indicador *conflicto laboral con paro* en el sector público se puede observar en el gráfico 6 que el sector sanitario reúne casi un 30% de los conflictos totales del año, llegando a su máximo nivel en los años 2013 y 2014 con un total de 245 y 270 respectivamente lo que representa un 31% del total nacional. El índice más bajo de conflictividad del sector sanitario se registra en el año 2018, con un total de 120 conflictos con paro que representan un 22% del total nacional (547).

En particular, en el año 2014, “el incremento registrado de los conflictos laborales en el ámbito estatal fue impulsado de manera casi exclusiva por demandas de incremento salarial. Esto se observó en todas las actividades a cargo del estado, como la administración, la enseñanza y la salud. (Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, 2014)”.

El 2017 se destacó por el “conflicto llevado a cabo entre los meses de marzo y abril por los profesionales de la salud de los hospitales de todo el país nucleados en la Federación Sindical de Profesionales de la Salud de la República Argentina (FESPROSA), quienes reclamaron por paritarias, aumento salarial y el fin de la precarización laboral”. (Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, 2017). Comparativamente con el 2016, y al igual que lo observado en las otras ramas de actividad del ámbito estatal, todos los indicadores de conflictividad presentaron descensos. En el caso del índice de conflictos laborales con paro, se produjo un descenso a nivel nacional de 866 a 687 conflictos y a nivel sectorial de 208 en el año 2016 a 158 en el año 2017, es decir un 75%.



**María Belén Loiácono**  
**“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”**  
**2012-2018**

**Gráfico 8. “Conflictos laborales con paro en el ámbito público”. Fuente: Elaboración propia siguiendo (Ministerio de Trabajo, 2020).**

Con respecto a los conflictos laborales con paro en el ámbito privado, los mismos resultan significativamente inferiores si lo comparamos con el sector público, representando en promedio un 3% en el período analizado con respecto al total nacional. El índice más bajo de conflictividad con paro en el sector privado se registra en el año 2018, representando un 1% (3 conflictos) del total nacional (306 conflictos). Esto coincide con lo ocurrido en el sector público, pues el año 2018 fue un año de descenso de la conflictividad laboral con paro a nivel nacional en todos los sectores de la actividad económica.



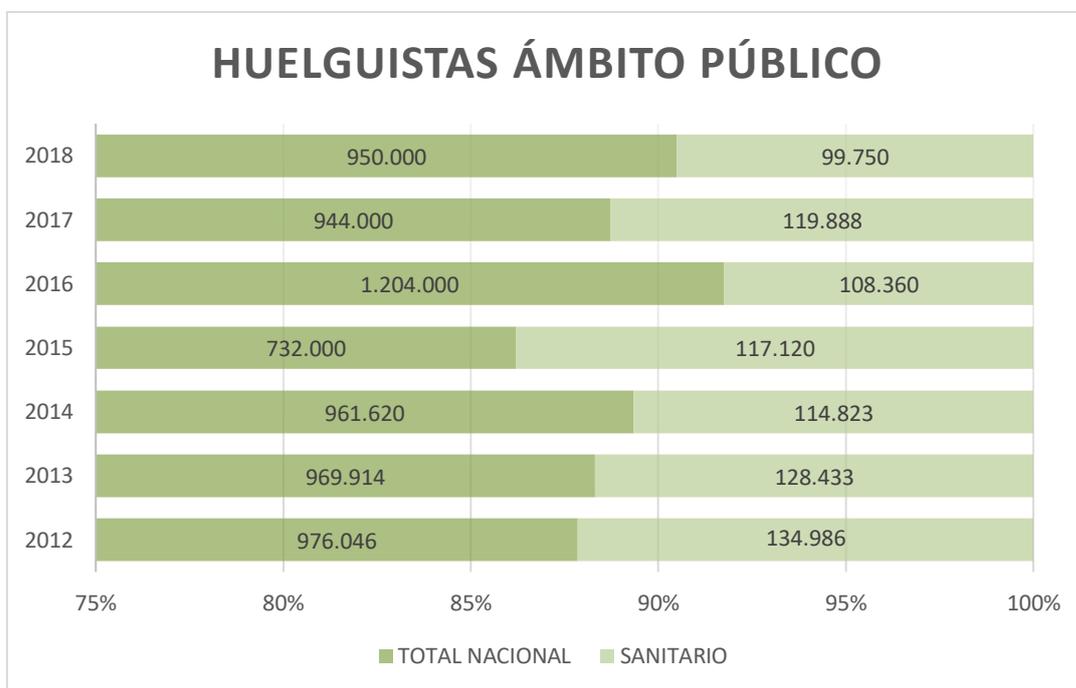
**Gráfico 9. “Conflictos laborales con paro en el ámbito privado.” Fuente: Elaboración propia siguiendo (Ministerio de Trabajo, 2020).**

El segundo indicador para evaluar es el *número de huelguistas* involucrados en los conflictos laborales con paro, es decir, aquellos que participan mediante la acción a través del cese de las actividades. Alineado con el indicador de conflictos, la actividad económica de la salud del ámbito público registra un mayor número de huelguistas que el sector privado que no llega a representar el 1% del total de huelguistas a nivel nacional. Se puede ver en detalle los resultados en el gráfico XX.

Considerando el período analizado 2012-2018, el año 2012 registra el mayor número de huelguistas que realizaron paro con un total de 134.986 sobre un total nacional de 976.046 (13,83%). Si el análisis se concentra en una evaluación porcentual, el año 2015 reúne un 16% de total de huelguistas a nivel nacional. Los trabajadores que participan de la acción

**María Belén Loiácono**  
**“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”**  
**2012-2018**

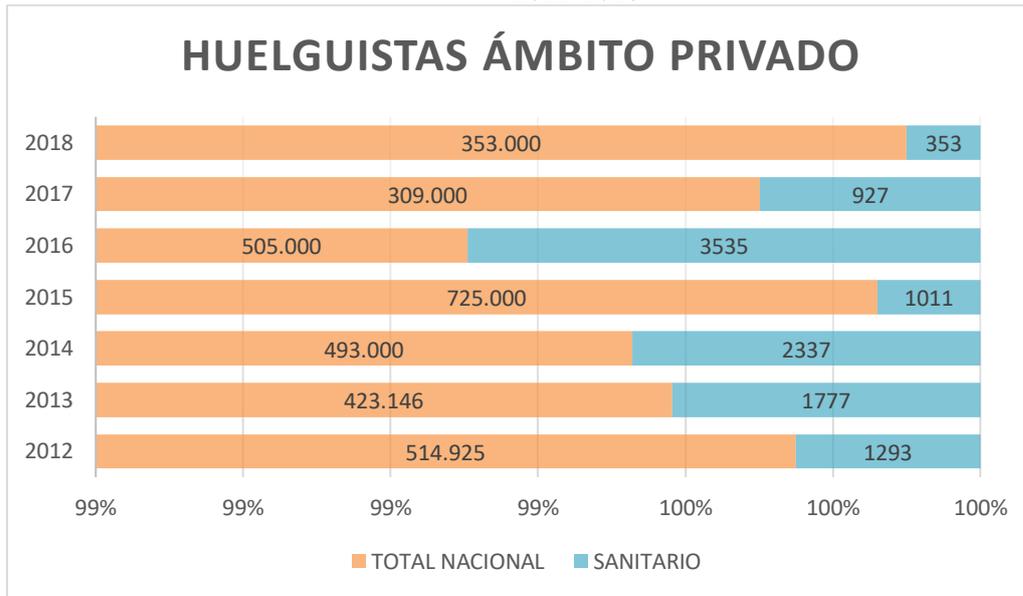
de huelga en su mayoría están nucleados en ATE, pero además en este mismo año se destacaron los sucesivos conflictos protagonizados por los profesionales de la salud de los hospitales provinciales de Buenos Aires nucleados en la Asociación de Profesionales de la Salud (APS ex CICOP). Asimismo, en dependencias municipales de la salud se destacaron los conflictos de los trabajadores de la salud de Córdoba nucleados en el Sindicato Unión Obreros y Empleados Municipales (SUOEM), que, si bien concentraron escasa cantidad de trabajadores involucrados, protagonizaron numerosos conflictos a lo largo del año. (Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, 2015).



**Gráfico 10. “Huelguistas en el ámbito público.” Fuente: Elaboración propia siguiendo (Ministerio de Trabajo, 2020).**

En el sector privado, el número de huelguistas se ve disminuido considerablemente en un número inferior al 1% del total nacional lo cual no es representativo si se lo compara con otras actividades económicas como el sector de transporte que reúne un 43% del total de huelguistas en el ámbito privado. Destacamos el año 2016 un total de 3535 huelguistas como el mayor número de trabajadores que participaron de conflictos con paro en el ámbito privado, representando un 0,7% del total nacional 505.000 (100%).

**María Belén Loiácono**  
**“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”**  
**2012-2018**



**Gráfico 11. “Huelguistas en el ámbito privado.” Fuente: Elaboración propia siguiendo (Ministerio de Trabajo, 2020).**

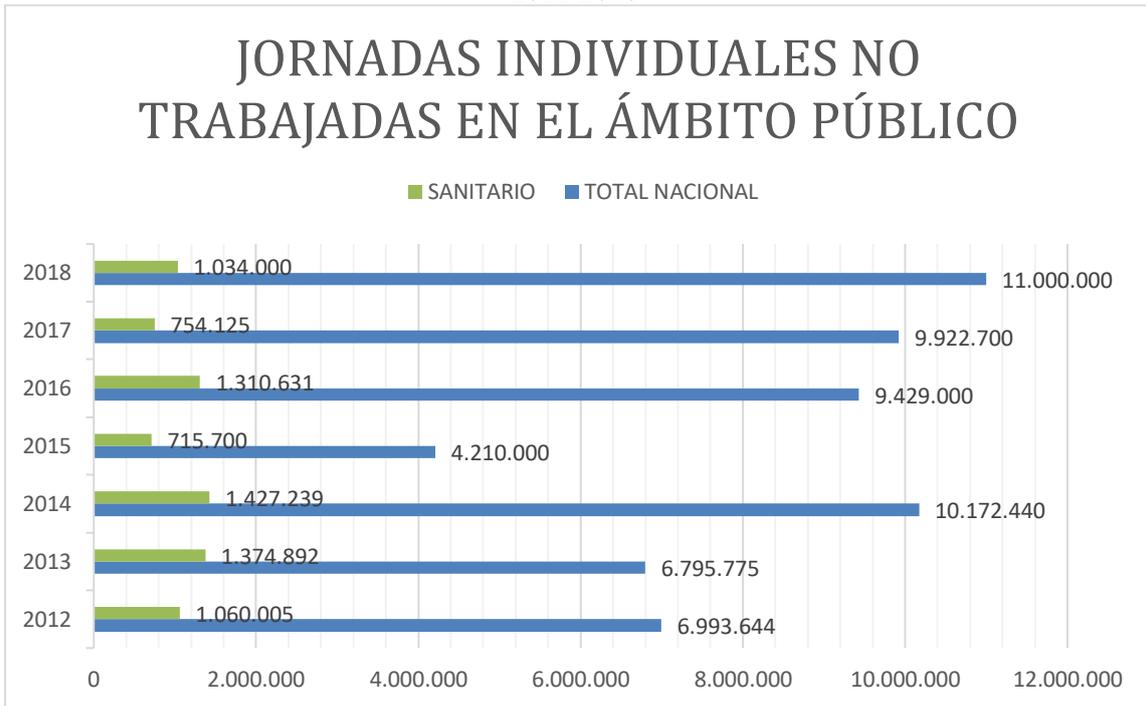
El tercer y último indicador de análisis de la conflictividad laboral es el denominado *Jornadas individuales no trabajadas*, índice que resulta de la multiplicación de la duración de los paros por la cantidad de huelguistas.

Si aplicamos el indicador a nivel nacional en el ámbito público se observa a simple vista un pico de jornadas individuales no trabajadas en el ámbito público de 11 millones en el año 2018, seguido por el año 2014 con poco más de 10 millones de jornadas no trabajadas.

A nivel sectorial, Salud concentró en 2018 el 21% de los conflictos, el 10% de los huelguistas y el 9% de las jornadas de paro. Si bien, en relación con el 2017, descendió la cantidad de conflictos (de 174 a 134), se observa un ascenso de los huelguistas (de aproximadamente 92 mil a 99 mil) y las jornadas individuales no trabajadas (de aproximadamente 753 mil a 1 millón 40 mil). Con respecto a 2016, se destacó la reducción de la cantidad de conflictos con paro (232 a 134) (Ministerio de Producción y Trabajo, 2018).

Por su parte, en el año 2015, el sector se registró un importante descenso en la cantidad de jornadas de paro (-49%), constituyendo el valor más bajo de toda la serie. A diferencia del año anterior, la Federación Sindical de Profesionales de la Salud de la República Argentina (FESPROSA) no protagonizó jornadas de paro a nivel de todo el país.

**María Belén Loiácono**  
**“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”**  
**2012-2018**

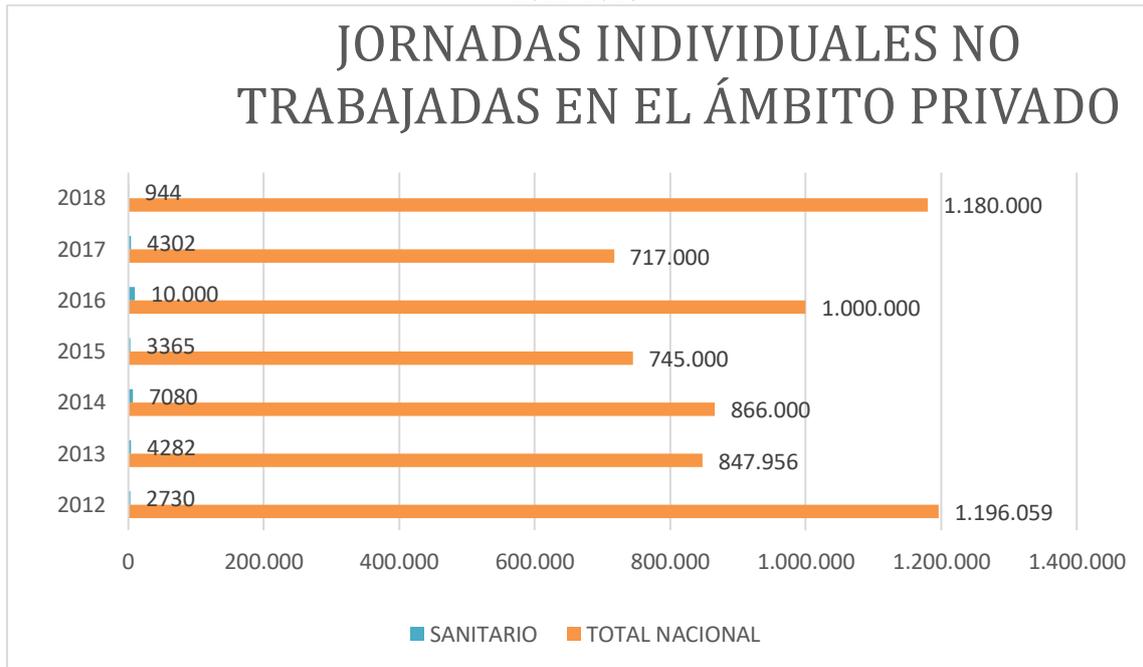


**Gráfico 12. “Jornadas Individuales no trabajadas en el ámbito público.” Fuente: Elaboración propia siguiendo (Ministerio de Trabajo, 2020).**

El sector privado sanitario registró su mayor pico en el año 2016 con 10 mil jornadas individuales no trabajadas, representando el 1% del total. Nuevamente el porcentaje en relación a otras actividades fue bajo, si lo comparamos con el sector del transporte que concentró el 29% de los conflictos del ámbito privado, un 43% de los huelguistas y un 17% de las jornadas de paro, seguido por el sector industrial que produjo el 22% de los conflictos laborales que involucraron a un 26% de los huelguistas y un 20% de las jornadas de paro (Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, 2016).

Si bien, del *gráfico 13* se puede extraer que el mayor número de jornadas no trabajadas se concentraron en los años 2012 (1.196.059) y 2018 (1.180.000), el sector sanitario en el ámbito privado presentó los números más bajos con relación al resto de los años analizados, al no superar el 1% de la cantidad de jornadas no trabajadas en estos años, 2730, en 2012 (0.2%) y 944 (0,08%).

**María Belén Loiácono**  
**“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”**  
**2012-2018**



**Gráfico 13. “Jornadas Individuales no trabajadas en el ámbito privado.” Fuente: Elaboración propia siguiendo (Ministerio de Trabajo, 2020).**

De este modo, a partir de los datos trabajados y el análisis de la conflictividad laboral y la huelga se arriba a las siguientes reflexiones:

- En cuanto a porcentaje de *conflictos* el sector sanitario en el ámbito público reúne casi un 30% de los conflictos totales del año, llegando a su máximo nivel en los años 2013 y 2014 con un total de 245 y 270 respectivamente lo que representa un 31% del total nacional.
- Con respecto al *número de huelguistas*, Salud en el año 2012, registra el mayor número de huelguistas que realizaron paro con un total de 134.986 sobre un total nacional de 976.046 (13,83%). Si el análisis se concentra en una evaluación porcentual, el año 2015 reúne un 16% de total de huelguistas a nivel nacional. Los trabajadores que participan de la acción de huelga en su mayoría están nucleados en ATE, aunque se destacan huelgas a nivel municipal como las huelgas de los profesionales de la salud de los hospitales provinciales de Buenos Aires nucleados en la Asociación de Profesionales de la Salud (APS ex CICOP).
- En relación con las *jornadas individuales no trabajadas*, el año 2018 representa la cifra *record* con un total de 12.180.000 jornadas no trabajadas (11.000.000 ámbito público y 1.180.000 en el ámbito privado). En la actividad de la Salud se

**María Belén Loiácono**  
**“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”**  
**2012-2018**

concentró el 21% de los conflictos, el 10% de los huelguistas y el 9% de las jornadas de paro.

- En términos estadísticos, el sector sanitario en el ámbito privado se mantuvo estable en cuanto a sus cifras en los tres indicadores evaluados a lo largo de los años 2012-2018, concentrando un promedio de 3% de la conflictividad y 1% de huelguistas y jornadas individuales no trabajadas. De ello se reflexiona que los sindicatos privados del sector no adquieren una posición combativa en comparación a sindicatos como ATE o UPCN que registraron un 30% de la conflictividad a nivel nacional en el ámbito público.

### **Capítulo VI Encuesta a Personal Sanitario**

En el presente apartado se comparte la encuesta realizada al personal sanitario en materia laboral. La temática responde al objeto de la tesis y se titula “Sector Sanitario Argentina-Conflictividad y negociaciones colectivas”.

La encuesta fue confeccionada con el objeto de cuantificar la información que hemos descripto a lo largo de las páginas del estudio de investigación, arribando a respuestas que ponen en evidencian parcialmente la situación actual que enfrentan los recursos humanos del sector sanitario.

El lema que inspiró la realización de la encuesta está expuesto en su descripción:

“La presente encuesta tiene como objetivo conocer la realidad del sector sanitario a través de consultas dirigidas a sus protagonistas: médicos, enfermeros, bioquímicos, instrumentadores quirúrgicos. La encuesta es anónima y tiene únicamente fines académicos.” (Loiácono, 2020).

El sondeo se realizó a treinta profesionales del sector sanitario, cada uno de los cuales afirma trabajar en la actualidad en un establecimiento público, privado o ambos (es decir, ejerce su profesión en los dos subsistemas de salud).

La encuesta fue anónima y únicamente por motivo de calidad se solicitó a sus participantes el correo electrónico para confirmar que no responderían dos veces las mismas preguntas. El formato elegido fue el denominado *Google Forms* y el promedio de tiempo de respuesta no fue superior a los 10 minutos.

**María Belén Loiácono**  
**“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”**  
**2012-2018**

La encuesta se compone de preguntas cerradas bajo el formato de opción múltiple, preguntas “párrafo”, para aclarar alguna categoría en detalle o exponer opiniones, y preguntas de escala lineal para evaluar el nivel de satisfacción.

Al analizar las respuestas<sup>15</sup> arribamos a las siguientes conclusiones:

- El 66.7% de los encuestados son mujeres.
- Un 50% de los encuestados tienen más de 40 años.
- En relación con la profesión, la encuesta reúne profesionales de distintas disciplinas: médicos, enfermeros, instrumentadores quirúrgicos, bioquímicos, farmacéuticos, psicólogos clínicos y otras profesiones del sector.
- Un 66.7% son médicos o enfermeros, seguido por psicólogos clínicos con un 13,3%.
- Un 26,7% se desempeñan en ambos subsectores de salud, público y privado en CABA.
- Un 50% de los encuestados tiene 2 o 3 trabajos.
- En relación con la extensión de la jornada laboral, la respuesta más representativa es la jornada de 10 a 13 horas, con un 46,7% seguida por una jornada laboral de 6 a 9 horas con un 43,3%.
- Un 10% de los encuestados afirma trabajar 14 horas o más.
- En relación con la modalidad de contratación, el contrato indefinido o de planta permanente resultan ser los más representativos reuniendo un 70% de las respuestas. Sin embargo, un 30% de los encuestados afirma trabajar bajo la modalidad eventual o de programa especial.
- El sindicato que reúne más trabajadores encuestados es ATSA con un 35%. seguido por asociaciones profesionales como la Asociación de Médicos Municipales. Un 23% de los encuestados afirman no tener ni idea de qué sindicato lo representa.
- Al analizar el nivel de conflictividad laboral, encontramos que un 36% de los encuestados, si bien no participa en huelgas activamente la mayoría de las

---

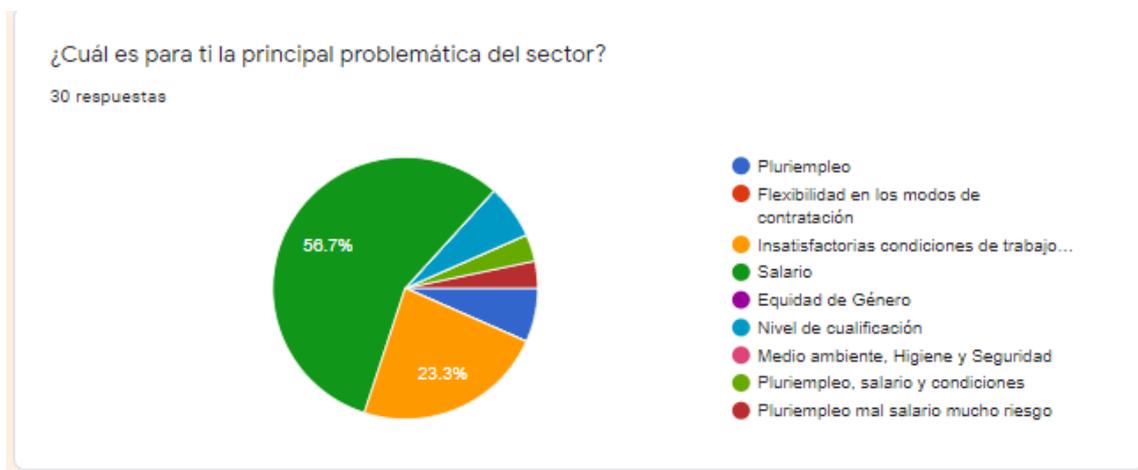
<sup>15</sup> Los resultados de la encuesta se hallan en el Anexo II Resultados de la Encuesta a Personal Sanitario.

**María Belén Loiácono**  
**“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”**  
**2012-2018**

veces está de acuerdo con los reclamos. Sólo un 6.7% ha participado más de una vez recurrentemente en protestas.

Las siguientes preguntas se orientan a comprender las problemáticas del sector sanitario y dónde se encuentran focalizados los representantes de los trabajadores al momento de canalizar sus demandas en los procesos de negociación y acuerdos.

A la pregunta de cuál es la principal problemática del sector sanitario con sugerencia, casi un 60% de los encuestados afirma que se trata de una cuestión salarial, seguido por un 23,3% de Insatisfactorias condiciones de trabajo (falta de insumos y equipamiento, jornadas, licencias, promociones,).



**Imagen 2: “Problemática del sector.” Extraída de la encuesta “Sector Sanitario Argentina- Conflictividad y negociaciones colectivas (Loiácono, 2020).”**

Acto seguido, el siguiente interrogante está orientado a la búsqueda de mejoras del sector. Se confirma lo antes expuesto. En esta pregunta, se permitía brindar hasta dos posibles respuestas. Los resultados demuestran que más de un 80% de las respuestas (25) creen que la mejora debe ser salarial, seguida con un 56% por una mejora en las condiciones de trabajo: jornadas de trabajo, licencias, promociones, suplencias, formaciones, etc. Destacamos que un 10% de los encuestados consideran que debe mejorarse en las Relaciones laborales: delegados sindicales, información sindical, comisiones para resolver conflictos de trabajo. Un 10% restante reúne el interés por mejorar cuestiones de equidad de género, medio ambiente, higiene y seguridad y otros.

**María Belén Loiácono**  
**“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”**  
**2012-2018**

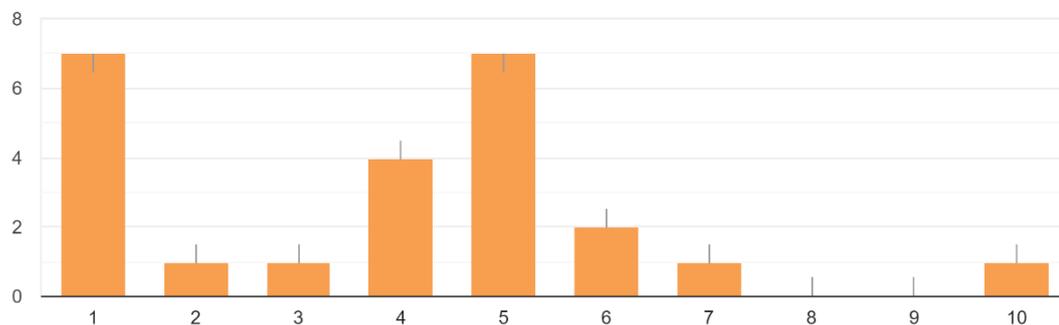
Los sindicatos, al momento de negociar mejoras para el sector, se focalizan en un 80% en cláusulas salariales, un 26.7% en condiciones de trabajo: jornadas de trabajo, licencias, promociones, suplencias, formaciones, etc y un 20% en relaciones laborales: delegados sindicales, información sindical, comisiones para resolver conflictos de trabajo.

El nivel de satisfacción con el sindicato, lo hemos medido a través de la siguiente pregunta: En una escala de 1 al 10, ¿cómo calificarías a tu sindicato, en su rol de representante de derechos de trabajadores?

Los resultados arrojados son muy variables, de hecho, un 20% de los encuestados escogió no responder a esta pregunta. Un 83% de las respuestas se concentran en la escala de 1 a 5 puntos. Siendo estos dos extremos los más representativos (60%). Sólo un 17% califica a su sindicato con más de 6 puntos. Esto nos afirma que no recomendarán a su sindicato y no serán promotores de este.

En una escala de 1 al 10, ¿cómo calificarías a tu sindicato, en su rol de representante de derechos de trabajadores?

24&nbsp;respuestas



**Imagen 3: “Nivel de calificación del sindicato.”** Extraída de la encuesta “Sector Sanitario Argentina- Conflictividad y negociaciones colectivas (Loiácono, 2020).”

Finalmente, hemos compartido un párrafo para que los profesionales que participaron nos compartan qué es lo más valioso que tiene el sector. Hemos clasificado las opiniones en dos temáticas: sistema sanitario y recursos humanos. El 100% de las opiniones están agrupadas aquí.

**María Belén Loiácono**  
**“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”**  
**2012-2018**

**Recurso Humano y su formación 80% (24/30)**

- El recurso humano.
- La profesionalidad de los recursos humanos.
- El recurso humano que es cada vez más escaso.
- El personal sanitario que trabaja sin descanso a pesar de las condiciones sanitarias y el salario que percibe.
- El nivel científico, la calidez de los profesionales, la dedicación y entrega
- La formación de sus profesionales.
- La calidad, formación e incondicionalidad que tienen los médicos. Es lo que sostiene el sistema, si no colapsaría.
- La buena voluntad de muchos de sus trabajadores que a pesar de la adversidad, los malos tratos, el bajo sueldo y la falta de insumos, por vocación y a pesar del riesgo siguen trabajado para atender a la gente.
- El profesionalismo y nivel humano de su equipo de trabajo. No siempre en su equipo directivo. Con muchísimas diferencias entre el sector Sanitario Público y Privado.
- La gran formación académica y la vocación de servicio.

**Sistema de Salud 20% (6/30)**

- Que sea público, gratuito y la calidad.
- La accesibilidad al sistema.
- Universalidad.
- El valor que todavía guarda el concepto de Salud Pública.

**Cuadro 3: “Lo más valioso del sector sanitario según sus profesionales.”**  
**Extraída de la encuesta “Sector Sanitario Argentina- Conflictividad y negociaciones colectivas (Loiácono, 2020).”**

**María Belén Loiácono**  
**“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”**  
**2012-2018**

## **VII Reflexiones Finales**

El sector sanitario argentino es definido reiteradamente por autores como complejo y desarticulado, dividiéndose en tres subsectores: público, obras sociales y prepagas.

El sistema de salud en su conjunto (los tres subsectores) emplea a 678.000 personas, 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 el mismo período; de todas formas, la salud pública concentra el 41% del empleo de la actividad (Aspiazu, Capítulo 5 Los conflictos laborales en la salud pública en la Argentina, 2010).

A través del estudio de fuentes académicas y autoridades laborales hemos comprendido que el sector sanitario se caracteriza por un alto nivel de calificación de los recursos humanos en el sector sanitario, un 70% representado por un 36% de profesionales (estudios de grado o licenciaturas) y un 34% de técnicos. En particular, encontramos que mayoría de los colaboradores del sector está representado por el género femenino, con una curva de crecimiento que comenzó en los años 80’.

Hemos afirmado además que el sector sanitario está caracterizado por la multiplicidad de regímenes de contratación, extensión de las horas trabajadas y el multi-empleo; diferencias en materia salarial y condiciones de trabajo entre las distintas jurisdicciones del país y los diversos regímenes de carrera profesional en el sector público (Maceira y Cejas).

Como dato significativo respecto a la cantidad de horas trabajadas en el año 2018, se destaca el incremento en un 1.30% en relación con el año 2017, de trabajadores que se desempeñan entre 10 y menos de 14 horas. De igual modo, se observa un incremento importante de personal sanitario que trabaja más de 14 horas diarias que suma un total de 11,70% en este año con respecto al año anterior (5%), lo que significa un incremento de 6.70%.

**María Belén Loiácono**  
**“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”**  
**2012-2018**

Los sindicatos que representan a los trabajadores sanitarios pueden distinguirse por subactividad. De este modo definimos a ATE y UPCN como los sindicatos más representativos del personal sanitario público y a ATSA/ FATSA como los más representativos en los subsectores privado y de obras sociales. Dichos sindicatos cuentan con personería gremial y con los derechos garantizados por la LAS para representar al colectivo de trabajadores que se encuadran en sus convenios.

En el Capítulo IV: *Análisis de los acuerdos y convenios colectivos de trabajo* hemos compartido 121 acuerdos y convenios laborales homologados por la autoridad laboral y que incluyen las demandas sociales de los trabajadores sanitarios en el período de estudio 2012-2018. Con casi el 100% del total, las cláusulas de contenido salarial y de compensaciones se posicionan en las mesas de negociación por sobre el resto de los contenidos, Acto seguido, los representantes sindicales se han preocupado por incluir en las negociaciones colectivas cláusulas de “paz social” o “cuota de solidaridad” que encuadran contenido de relaciones laborales y que participan cuasi en simultáneo con las cláusulas de contenido salarial y de compensaciones.

En el capítulo V: *Análisis del nivel de conflictividad laboral del sector sanitario* profundizamos en informes que describen el nivel de conflictividad en el sector, tomando como referencia tres variables: conflictos, número de huelguistas y jornadas individuales no trabajadas en el sector público y privado.

En cuanto a porcentaje de **conflictos** el sector sanitario en el ámbito público reúne casi un 30% de los conflictos totales del año, llegando a su máximo nivel en los años 2013 y 2014 con un total de 245 y 270 respectivamente lo que representa un 31% del total nacional.

Con respecto al **número de huelguistas**, salud en el año 2012, registra el mayor número de huelguistas que realizaron paro con un total de 134.986 sobre un total nacional de 976.046 (13,83%). Si el análisis se concentra en una evaluación porcentual, el año 2015 reúne un 16% de total de huelguistas a nivel nacional. Los trabajadores que participan de la acción de huelga en su mayoría están nucleados en ATE, aunque se destacan huelgas a nivel municipal como las huelgas de los profesionales de la salud de los hospitales provinciales de Buenos Aires nucleados en la Asociación de Profesionales de la Salud (APS ex CICOP).

**María Belén Loiácono**  
**“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”**  
**2012-2018**

En relación con las *jornadas individuales no trabajadas*, el año 2018 representa la cifra *récord* con un total de 12.180.000 jornadas no trabajadas (11.000.000 ámbito público y 1.180.000 en el ámbito privado). En la actividad de la Salud se concentró el 21% de los conflictos, el 10% de los huelguistas y el 9% de las jornadas de paro.

En términos estadísticos, el sector sanitario en el ámbito privado se mantuvo estable en cuando a sus cifras en los tres indicadores evaluados a lo largo de los años 2012-2018, concentrando un promedio de 3% de la conflictividad y 1% de huelguistas y jornadas individuales no trabajadas. De ello se reflexiona que los sindicatos privados del sector no adquieren una posición combativa en comparación a sindicatos como ATE o UPCN que registraron un 30% de la conflictividad a nivel nacional en el ámbito público.

El *Capítulo VI* se dedica a recolectar datos del personal sanitario a través de una encuesta que incluye todo lo expuesto en el estudio de investigación. A través de su testimonio, confirmamos lo importante que es para los colaboradores del sector sanitario, las cláusulas de contenido salarial y de compensaciones, la búsqueda de mejores condiciones laborales como la lucha por reducir una jornada laboral extensa y el multi empleo. Es muy importante comprender que un 10% de los encuestados que afirma trabajar 14 horas o más.

En la actualidad, una nueva pandemia mundial fue declarada por la Organización Mundial de Salud. El COVID19 cuyo origen se calcula data de diciembre de 2019 en Wugan, China, ha generado un incalculable daño humanitario, económico y político a la comunidad mundial. Se calcula hasta junio del 2020 un total de 6 millones de contagios a nivel mundial lo cual incluye a más de 200 países.

En lo que respecta al personal sanitario, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) ha desarrollado informes con recomendaciones globales acerca de cómo proteger y mejorar las condiciones laborales de aquellos que por la naturaleza de su profesión se encuentran expuestos al contagio y libran una batalla contra el enemigo común, la pandemia.

En términos estadísticos el 8 de abril de 2020 se habían notificado a la OMS 22.073 casos de COVID-19 entre los trabajadores sanitarios de 52 países. Sin embargo, la Organización prevé que como consecuencia a las deficiencias en la notificación sistemática de los casos

**María Belén Loiácono**  
**“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”**  
**2012-2018**

este número no sea representativo y sea aún mayor la cantidad de afectados. (Organización Internacional del Trabajo, 2020).

Se destacan las siguientes sugerencias que debieran ser atendidas por las autoridades nacionales relativas al personal sanitario:

- Garantizar la seguridad y la salud del personal sanitario como una cuestión de alta prioridad para evitar la propagación del contagio. Para ello es importante que el personal de sanidad esté equipado de elementos de protección personal (EPP) y formados en su uso correcto.
- Brindar apoyo psicosocial al personal sanitario y a sus familias cuando este lo requiere dado que se encuentran en una condición laboral de constante exigencia y temor de contraer la enfermedad, sumado a la extensión de la jornada laboral, gran intensidad del trabajo y a la experiencia con tasas de mortalidad sin precedentes.
- Establecer un régimen de compensaciones justo por la extensión jornadas trabajo y el servicio esencial prestado por el personal sanitario en situación de emergencia, conforme fue adoptado en las “Directrices sobre el trabajo decente en los servicios públicos de urgencia” en la ciudad de Ginebra en 2018.
- Es necesario abordar otras condiciones de empleo, como la protección social, la remuneración, los períodos de descanso y la ordenación del tiempo de trabajo. Los gobiernos deben favorecer el diálogo social y celebrar consultas con los interlocutores sociales para supervisar y regular estas contrataciones especiales durante la crisis, según proceda (Organización Internacional del Trabajo, 2020).

En la Argentina, si bien el sistema sanitario se caracteriza por su complejidad y desarticulación, dada la situación de pandemia los tres subsistemas que integran al sistema sanitario han comenzado a operar como equipo en orden a atender a la emergencia sanitaria. Como consecuencia de ello, las recomendaciones de la OIT fueron incluidas en textos administrativos como los decretos presidenciales 260/2020 y su modificatorio 287/2020 que declaran la emergencia sanitaria, junto con el Decreto Presidencial 297/2020 de Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio y sus prórrogas.

**María Belén Loiácono**  
**“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”**  
**2012-2018**

Las decisiones administrativas otorgaron amplia competencia al Ministerio de Salud en materia de difusión de estadísticas, publicación actualizada de recomendaciones de cuidados a la comunidad, adquisición de bienes , servicios o equipamientos para la atención de la pandemia, junto con la recontractación de personal sanitario jubilado o retirado o autorizar la contratación y ejercicio de profesionales y técnicos de salud residentes en el extranjero, así como también coordinar la distribución de productos farmacéuticos, etc (Boletín Oficial- Decreto 260/2020).

El Decreto Presidencial 297/2020 de Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio y sus prórrogas estableció una distinción entre las actividades consideradas esenciales (sanitarias, fuerzas de seguridad, obra pública supermercados, farmacias, recolección de basura, etc.)<sup>16</sup> y las que no lo son a fin de definir las actividades que están autorizadas a continuar en operación, qué personal puede circular sin restricciones y los que no pueden hacerlo para la protección de la salud de la comunidad y propagación del contagio.

En el ámbito de las actividades no esenciales se dictó el decreto 329/2020 (BO 31/3/2020) que prohíbe los despidos y suspensiones por más de 60 días, con el objeto de «garantizar la conservación de los puestos de trabajo por un plazo razonable, en aras de preservar la paz social y que ello solo será posible si se transita la emergencia con un Diálogo Social en todos los niveles y no con medidas unilaterales» (Grisolía, 2020).

Sin embargo, existe una excepción expresamente contemplada en el art. 3 del decreto 329/2020, segundo párrafo, y es lo dispuesto en el artículo 223 bis de la Ley de Contrato de Trabajo. Es decir, en los casos de suspensiones que «se fundaren en las causales de falta o disminución de trabajo, no imputables al empleador, o fuerza mayor debidamente comprobada, pactadas individual o colectivamente u homologadas por la autoridad de aplicación...», el empleador abonará una prestación no remunerativa; una asignación en dinero “que solo tributará las contribuciones establecidas en las Leyes Nros. 23.660 y 23.661” (Ley de Contrato de Trabajo N°20.744, 1976).

---

<sup>16</sup> Más información de las actividades esenciales en <https://www.perfil.com/noticias/salud/cuales-son-las-48-actividades-esenciales-exceptuadas-durante-la-cuarentena-total.phtml>.

**María Belén Loiácono**  
**“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”**  
**2012-2018**

Siguiendo los comentarios de (Grisolía, 2020) acerca del artículo 223 bis, el mismo “constituye una suspensión por causas económicas dispuesta por el empleador pero que es aceptada previamente por el trabajador”. Destaca que “su característica es que el empleador, durante el tiempo de la suspensión de la prestación de tareas, paga al trabajador un subsidio que tiene carácter de prestación no remunerativa y que sólo tributa aportes y contribuciones por obra social”.

Como consecuencia de la crisis económica y la dificultad de los empleadores de sostener los puestos de trabajo, la alternativa propuesta por el artículo 223 bis resulta de atractiva para las asociaciones gremiales que representan los intereses de los trabajadores. Como consecuencia de ello, en abril del 2020, la Confederación General del Trabajo, cuyo titular es Héctor Daer (Secretario General de ATSA-Sanitarios) y la Unión Industrial Argentina (UIA) han firmado un acuerdo marco para la suspensión de trabajadores con rebajas de salarios de hasta un 25% ateniéndose al artículo 223 bis de la LCT.

En lo que respecta a la ayuda de empleadores ante la crisis sanitaria, el decreto 332/2020 creó un Programa de Asistencia de Emergencia al Trabajo y la Producción para empleadores y trabajadores afectados por la emergencia sanitaria, por el cual se subsidia sueldos y se rebajan aportes patronales.

El decreto dispone medidas para ayudar a las empresas a paliar la crisis derivada de la emergencia por el coronavirus, entre ellas “la postergación o reducción de hasta el 95% del pago de las contribuciones patronales al Sistema Integrado Previsional Argentino” y una “Asignación Compensatoria al Salario, para todos los trabajadores en empresas de hasta 100 empleados” (Grisolía, 2020).

El paradigma antes conocido y descrito en el estudio en cuanto a la conflictividad y demandas laborales del sector sanitario es desafiado por una situación inesperada como lo es en la actualidad la pandemia mundial del COVID lo cual continúa alterando el orden público y las reglas de juego anteriormente conocidas y expuestas en las páginas del estudio.

A raíz de la pandemia, hemos afirmado que los trabajadores sanitarios son destacados como personal esencial por parte del gobierno y como consecuencia de ello resultan

**María Belén Loiácono**  
**“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”**  
**2012-2018**

de vital importancia en la lucha contra la crisis sanitaria. Esto puede significar un campo de oportunidades en cuanto a la negociación de mejoras en el sector.

De lo antedicho se puede reflexionar que antes del Covid19 las demandas de mejoras de condiciones laborales, salariales, seguridad e higiene, etc. que en situaciones normales se concentran en los mecanismos institucionales de negociación colectiva se encuentran hoy suspendidas por la situación de la pandemia. Sin embargo, esto no impide que las demandas sociales y laborales encuentren latentes y que se manifiesten a través de otros canales.

El sector sanitario se centra hoy en la primera fila de la escena política y sindical junto con sus reclamos que continúan siendo canalizados a través de la huelga, las declaraciones de sus líderes sindicales y las del propio personal a través de los medios de comunicación. A ello se agrega que cuentan con el apoyo de la Organización Internacional del Trabajo que ha sugerido mejoras en las condiciones salariales y laborales del sector.

Líderes gremiales como Héctor Daer, Secretario General de ATSA Buenos Aires (entidad que compone FATSA) y subsecretario de la CGT, ha logrado obtener concesiones en favor de los sanitarios en tiempos de pandemia:

- La sanción de un decreto que exime al personal de la salud del pago de transporte;
- La incorporación del coronavirus como enfermedad profesional y como consecuencia de las aseguradoras de riesgos de trabajo (ART) deberán adecuar sus coberturas para que los trabajadores damnificados reciban, en forma inmediata, las prestaciones correspondientes (Decreto 367/2020).
- La confección de un proyecto de ley que exime de ganancias al personal sanitario;
- La concesión de un bono de \$5000 por la labor extraordinaria que desempeñan, entre otras medidas.

Finalmente, concluimos el trabajo sentando las bases de posibles oportunidades del sector sanitario en un contexto de crisis, pretendiendo ser marco de consulta de posteriores estudios y sugiriendo análisis de las demandas laborales del sector post Covid19.

**María Belén Loiácono**  
**“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”**  
**2012-2018**

**Bibliografía**

1. Amanda Galli, M. P. (diciembre de 2017). El Sistema de Salud Argentino. Buenos Aires, Argentina: Sociedad Argentina de Cardiología.
2. Arce, H. E. (2012). Organización y Financiamiento del Sistema de Salud en la Argentina. Buenos Aires, Argentina: Departamento de Salud Pública, Instituto Universitario de Ciencias de la Salud,.
3. Asociación de Médicos de la República Argentina (AMRA). (2020). *sindicatomedico.org.ar*. Obtenido de <https://www.sindicatomedico.org.ar/institucional/sindicato-medico/>
4. Asociación de Trabajadores del Estado (ATE). (2010). *Estatuto de ATE*. Obtenido de <http://www.ate.org.ar/estatuto.asp>
5. Aspiazu, E. (2009). Una aproximación a los conflictos laborales de los profesionales de la salud en Argentina. *9º Congreso Nacional de Estudios de Trabajo*.
6. Aspiazu, E. (2010). Capítulo 5 Los conflictos laborales en la salud pública en la Argentina. En E. y. Ministerio de Trabajo, *Trabajo, ocupación y empleo. Una mirada a sectores económicos desde las relaciones laborales y la innovación* (págs. 123-142). Buenos Aires: Serie Estudios 9.
7. Baylos, A. (1999). Globalización y Derecho del Trabajo: Realidad y Proyecto. *Cuadernos de Relaciones Laborales N°15*.
8. Boletín Oficial- Decreto 260/2020. (s.f.). Obtenido de Boletín Oficial. gob.ar: <https://www.boletinoficial.gob.ar/suplementos/2020031201NS.pdf>
9. Chudnovsky, C. H. (2002). El sistema de Salud en Argentina.
10. Confederación Médica de la República Argentina (COMRA). (2020). *COMRA*. Obtenido de <https://www.comra.org.ar/assets/images/cms/0e8abd1bc1765014d3f16f2775c9981d.pdf>
11. Constitución Nacional Argentina. (1994).
12. Cremonte, M. (2012). Pluralidad de personerías gremiales en el sector público de Argentina. *Relats*.

**María Belén Loiácono**

**“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”  
2012-2018**

13. El Consejo de Obras y Servicios Sociales Provinciales de la República Argentina (COSSPRA). (2020). *COSSPRA*. Obtenido de <http://www.cosspra.com.ar/nosotros/>
14. Etala, C. (1988). Las formas institucionales: las grandes líneas de la evolución del derecho colectivo e individual desde la Segunda Guerra Mundial hasta 1992. *Cuadernos del PIETTE. Serie relaciones de Trabajo*.
15. Federación de Asociaciones de Trabajadores de la Sanidad (FATSA). (2020). *sanidad.org.ar*. Obtenido de [https://www.sanidad.org.ar/acciongremial/acciongremial\\_institucional.html](https://www.sanidad.org.ar/acciongremial/acciongremial_institucional.html)
16. Federación Sindical de Profesionales de la Salud en la República Argentina. (2020). *fesprosa.org.ar*. Obtenido de <https://fesprosa.org.ar/portal/quienes-somos/>
17. Federico Tobar, S. O. (2012). Complejidad y fragmentación: las mayores enfermedades del sistema sanitario argentino. *Documento de políticas públicas*.
18. FESPROSA. (2015). *FESPROSA*. Obtenido de <https://fesprosa.org.ar/portal/la-fesprosa-obtuvo-la-personeria-gremial-2/>
19. Francisca Pereyra, A. M. (2016). La configuración de las condiciones laborales de la enfermería en el Área Metropolitana de Buenos Aires: un análisis en el cruce de orden de género y la organización del sistema de salud. *Salud Colectiva*.
20. Grisolí, J. A. (2020). Normas Laborales como Consecuencia del COVID19. *Revista IDEIDES*.
21. Ley de Asociaciones Sindiales N° 23.551. (1988). *Infoleg*. Obtenido de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/20000-24999/20993/texact.htm>
22. Ley de Contrato de Trabajo N°20.744. (1976). *servicios.infoleggob.ar*. Obtenido de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/25000-29999/25552/texact.htm>
23. Ley de Obras Sociales N°23.660. (1988). *Infoleg*. Obtenido de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/62/texact.htm>
24. Loiácono, B. (2020). *Sector Sanitario Argentina- Conflictividad y negociaciones colectivas*. Obtenido de <https://docs.google.com/forms/d/1s5-mi9YKpc8gKJU2LxPxRMU2e8NFBz-O0oYEIkOBG9k/edit>
25. Maceira, D. (s.f.). “Políticas Diferenciales en el Tratamiento de los Recursos en Salud en Argentina: Estructura de salarios, incentivos contractuales y ambiente laboral en el subsistema público”.

**María Belén Loiácono**

**“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”  
2012-2018**

26. Maceira, D. (2009). Inequidad en el acceso a la salud en Argentina. *Cuadernos del CLAEH N°99*.
27. Menéndez, N. D. (2008). La representación sindical en el Estado: una cuestión disputada. . *7° Congreso Nacional de Estudios de Trabajo*.
28. Micheloud, S. R. (2012). *El Derecho de Huelga en la Constitución Argentina y en las Normas Internacionales incorporadas al ordenamiento interno*. Colección temas de Derecho Laboral Errepar.
29. Ministerio de Producción y Trabajo. (2018). *Trabajo.gob.ar*. Obtenido de [http://trabajo.gob.ar/downloads/estadisticas/conflictoslaborales/Conflicto\\_Laboral\\_2018.pdf](http://trabajo.gob.ar/downloads/estadisticas/conflictoslaborales/Conflicto_Laboral_2018.pdf)
30. Ministerio de Salud. (2015). *La Gestión de Recursos Humanos en Salud en Argentina: Una estrategia de consensos*.
31. Ministerio de Trabajo. (2020). *Trabajo.gob.ar*. Obtenido de <http://trabajo.gob.ar/estadisticas/conflictoslaborales/index.asp>
32. Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social (MTySS). (2011). *La Negociación Colectiva como mecanismo de promoción de la igualdad entre mujeres y varones*. Buenos Aires.
33. Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. (2012). *Estado de la Negociación Colectiva- Tercer trimestre 2012*.
34. Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. (2014). *Subsecretaría de Programación Técnica y Estudios Laborales*. Obtenido de [http://trabajo.gob.ar/downloads/estadisticas/conflictoslaborales/Conflicto\\_Laboral\\_2014.pdf](http://trabajo.gob.ar/downloads/estadisticas/conflictoslaborales/Conflicto_Laboral_2014.pdf)
35. Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. (2015). *trabajo.gob.ar*. Obtenido de [http://trabajo.gob.ar/downloads/estadisticas/conflictoslaborales/Conflicto\\_Laboral\\_2015.pdf](http://trabajo.gob.ar/downloads/estadisticas/conflictoslaborales/Conflicto_Laboral_2015.pdf)
36. Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. (2016). *trabajo.gob.ar*. Obtenido de [http://trabajo.gob.ar/downloads/estadisticas/conflictoslaborales/Conflicto\\_Laboral\\_2016.pdf](http://trabajo.gob.ar/downloads/estadisticas/conflictoslaborales/Conflicto_Laboral_2016.pdf)
37. Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. (2017). Obtenido de <http://trabajo.gob.ar/estadisticas/conflictoslaborales/index.asp>
38. Ministerio de Trabajo, empleo y seguridad social. (2017). *La conflictividad laboral*.

**María Belén Loiácono**  
**“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”**  
**2012-2018**

39. Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. (2020). *convenios.trabajo.gob*. Obtenido de <https://convenios.trabajo.gob.ar/ConsultaWeb/consultaBasica.asp>
40. Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud. (2015). Obtenido de Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud: <https://www.argentina.gob.ar/salud/observatorio>
41. Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud. (2015). *Los Recursos Humanos de Salud en Argentina*.
42. Observatorio sindical de la Salud Argentina (OSINSA). (2020). *OSINSA.ORG*. Obtenido de <https://www.osinsa.org/>
43. Observatorio Sindical de la Salud Argentina. (2020). *OSINSA*. Obtenido de <https://www.osinsa.org/category/censal/>
44. Organización de las Naciones Unidas. (2012). *Un.org*. Obtenido de <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
45. Organización Internacional del Trabajo. (1993). *Ilo.org*. Obtenido de <https://www.ilo.org/public/spanish/bureau/stat/download/res/strikes.pdf>
46. Organización Internacional del Trabajo. (2020). Capítulo 10: Finalidad de la huelga (huelgas económico-sociales, políticas, de solidaridad, etc.). En OIT, *Recopilación de decisiones del Comité de Libertad Sindical*. disponible en [https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:70002:0::NO::P70002\\_HIER\\_ELEMENT\\_ID,P70002\\_HIER\\_LEVEL:3945422,2](https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:70002:0::NO::P70002_HIER_ELEMENT_ID,P70002_HIER_LEVEL:3945422,2).
47. Organización Internacional del Trabajo. (2020). *ilo.org*. Obtenido de <https://www.ilo.org/global/topics/collective-bargaining-labour-relations/lang-es/index.htm>
48. Organización Internacional del Trabajo. (2020). *La COVID-19 y el sector de la salud. Nota Informativa de la OIT*. Obtenido de [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_dialogue/---sector/documents/briefingnote/wcms\\_745391.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---sector/documents/briefingnote/wcms_745391.pdf)
49. Organización Internacional del Trabajo. (2020). *OIT*. Obtenido de <http://www.oit.org/global/topics/decent-work/lang-es/index.htm>
50. Organización Mundial de la Salud. (2020). Obtenido de [who.int: https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions](https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions)
51. Organización Mundial de la Salud. (2020). Obtenido de [www.who.int: https://www.who.int/topics/health\\_workforce/es/](https://www.who.int/topics/health_workforce/es/)

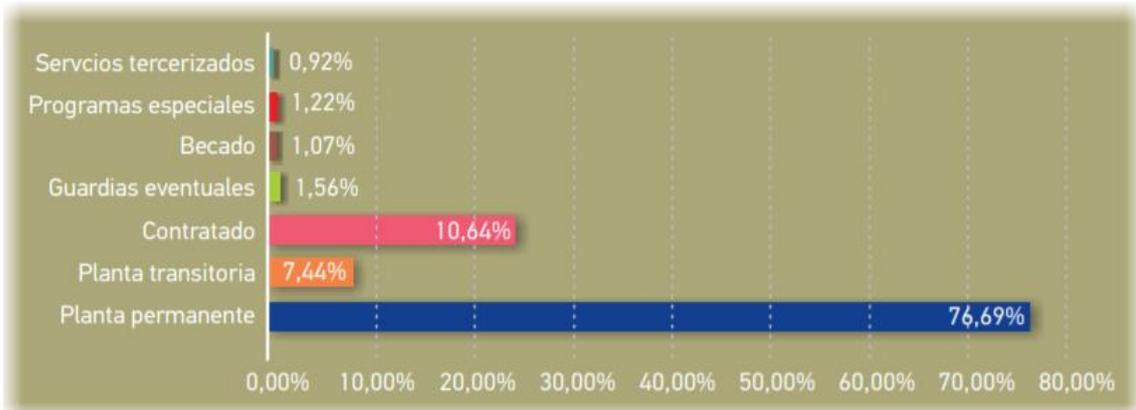
**María Belén Loiácono**

**“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”  
2012-2018**

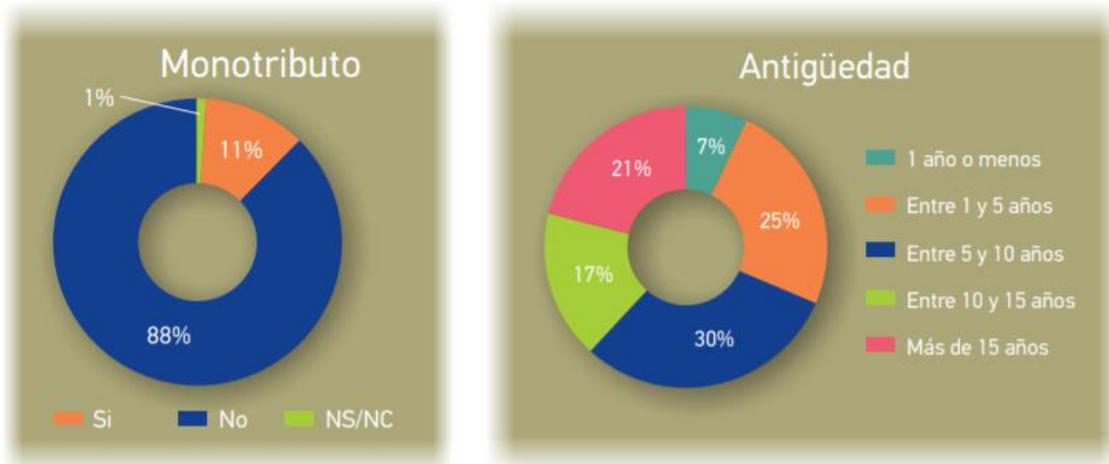
52. Organización Panamericana de la Salud. (2013). La Salud de los trabajadores de la salud: Trabajo empleo, organización y vida institucional en Hospitales Públicos del aglomerado Gran Buenos Aires Argentina 2010-2012. 60.
53. Organización Panamericana de la Salud. (2020). *OPS*. Obtenido de <https://www.paho.org/>
54. Organización Panamericana de la Salud. (2020). *OPS*. Obtenido de [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=category&layout=blog&id=526&Itemid=42273&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=526&Itemid=42273&lang=es)
55. Osvaldo Battistini, D. T. (2015). Representación Sindical en Argentina. Un caso fuera de modelo. *Quaestio Iuris*, 386-419.
56. Presidencia de la Nación. (2019). *Ley de Ministerios, decreto 7/2019*.
57. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. (2018). Género en el sector salud: feminización y brechas laborales. *Aportes para el desarrollo humano en Argentina N°9*.
58. Real Academia Española. (2020). <https://dpej.rae.es/>. Obtenido de <https://dpej.rae.es/lema/cl%C3%A1usula>
59. Scavino, J. 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: Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos (HR). Organización Panamericana de la Salud.
60. Superintendencia de Servicios de Salud. (2020). *Superintendencia de Servicios de Salud*. Obtenido de <https://www.argentina.gob.ar/sssalud>
61. Unión del Personal Civil de la Nación. (2013). *UPCNDigital.org*. Obtenido de <https://upcndigital.org/capital/articulos/58190>

**María Belén Loiácono**  
**“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”**  
**2012-2018**  
**Anexo I Datos relevados de la muestra del Observatorio Sindical de la Salud**  
**Argentina**

Informe OSINSA 2018: Indicador de condición laboral en el sector sanitario. Regímenes de contratación.



Muestra tomada de OSINSA 2018, encuesta a trabajadores sanitarios, resultados de respuesta al interrogante de antigüedad y monotributo.



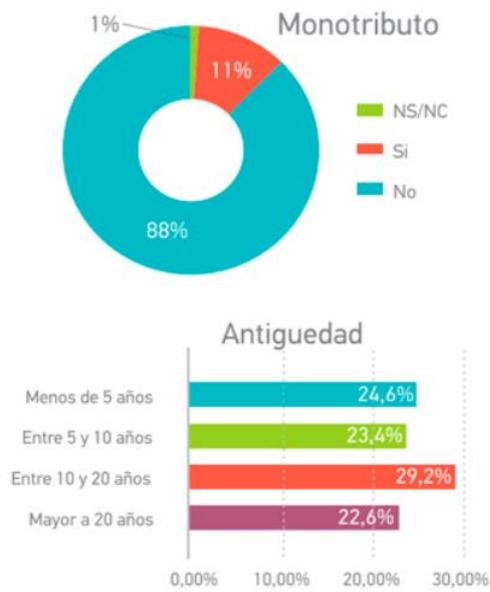
Informe OSINSA 2017: Indicador de condición laboral en el sector sanitario. Regímenes de contratación.

**María Belén Loiácono**  
**“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”**  
**2012-2018**

**CONDICIÓN LABORAL**



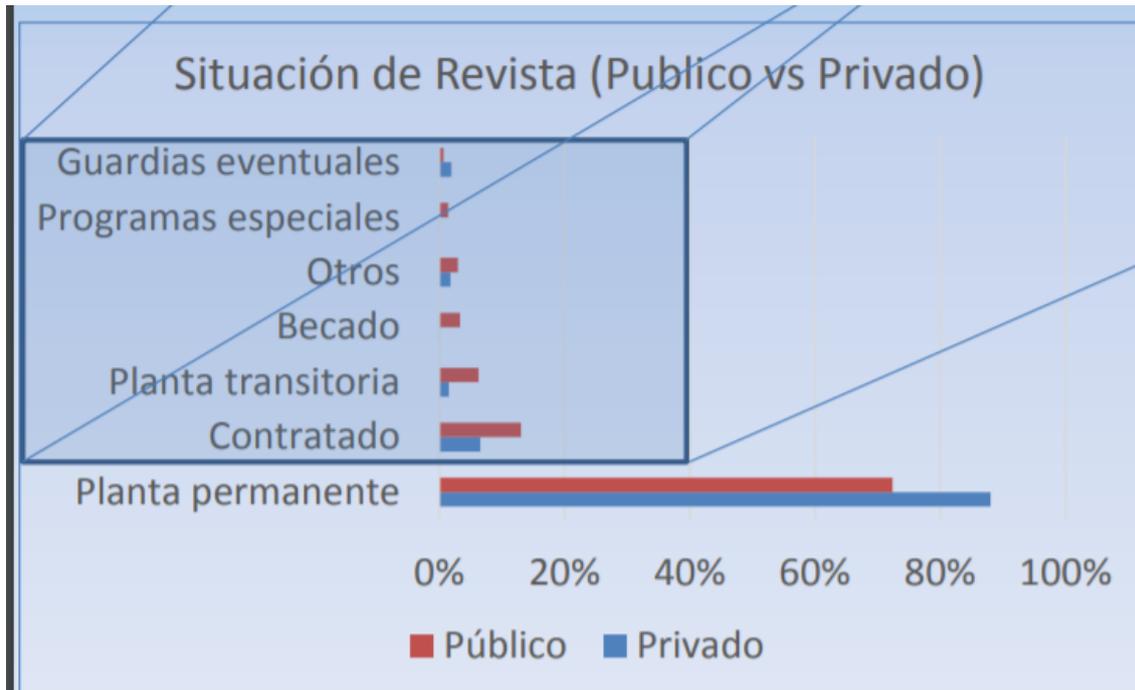
Muestra tomada de OSINSA 2017, encuesta a trabajadores sanitarios, resultados de respuesta al interrogante de antigüedad y monotributo.



María Belén Loiácono

“Negociación Colectiva y Conflictividad Laboral en el Sector Sanitario Argentino”  
2012-2018

Informe OSINSA 2016: Indicador de condición laboral en el sector sanitario. Regímenes de contratación.



Muestra tomada de OSINSA 2016, encuesta a trabajadores sanitarios, resultados de respuesta al interrogante de antigüedad y monotributo.