



Centro de Estudios de Estado y Sociedad

Disputas laborales y Gobernabilidad del Sector Salud en América Latina

Daniel Maceira, Ph.D. (*)

Mayo 2007

(*) Ph.D. en Economía. Investigador Titular del Centro de Estudios de Estado y Sociedad, Buenos Aires, Argentina; Investigador Adjunto del CONICET y Director del Área de Política de Salud de CIPPEC. Este documento fue elaborado para la Agencia Subregional de IDRC, en el que colaboraron Martín Peralta Alcat, Bernardo Díaz de Astarloa y Esteban Peralta, del Área de Microeconomía Aplicada del CEDES. El autor agradece los aportes realizados en la propuesta original del proyecto por Felipe Rigoli (OPS) y André Medici (BID), así como las contribuciones de Roberto Bazzani (IDRC) a lo largo del proyecto. Especial agradecimiento para Julio Scavino, autor de la base de datos que alimenta este trabajo, por su generoso aporte, sus comentarios y apoyo. Las opiniones son exclusivas del autor y no comprometen a las instituciones participantes. Correspondencia a danielmaceira@cedes.org

INDICE

1. Introducción
 2. Revisión de Literatura
 - 2.1. Grupos de Interés, Institucionalismo y Equipos de Cambio
 - 2.2. Teoría de la Negociación
 - 2.3. Enfoque de Economía Política
 3. Modelo de Comportamiento
 4. Análisis Estadístico
 - 4.1. Metodología de Construcción de la Base de Datos
 - 4.2. Análisis Descriptivo
 - 4.3. Implementación Econométrica
 - 4.4. Reformas e Incentivos
 5. Conclusiones
 6. Referencias
- Anexo

INDICE DE CUADROS Y FIGURAS

- Figura 1: Reformas – Grupos de interés
- Figura 2: Reformas - Institucionalismo
- Figura 3: Reformas – Equipos de Cambio
- Figura 4: Cantidad y días de huelga por Agente Convocante, como % del total
- Figura 5: Cantidad y Días de huelga por tipo de demanda, para el consolidado y como % del total
- Figura 6: Días de huelga y. PBI per cápita por país
- Figura 7: Cantidad de Huelgas, por tipo de demanda y por país - 2003 – 2005
- Figura 8: Días de Huelga, promedio por tipo de demanda y por país - 2003 – 2005
-
- Cuadro 1: Organizaciones estudiadas por tipo y ámbito de acción, 2004
- Cuadro 2: Huelgas por país en la Región de las Américas, 2004
- Cuadro 3: Días de huelga por Agente Convocante, por país y como % del total
- Cuadro 4: Días de huelga por tipo de demanda y por país, como % del total
- Cuadro 5: Días de huelga por tipo de demanda y Agente Convocante
- Cuadro 6: Días de huelga por tipo de demanda y Agente Convocante, como % del total
- Cuadro 7: Cantidad de Agrupaciones Médicas y Huelgas, por País
- Cuadro 8: Cantidad de Agrupaciones de Trabajadores de la Salud y Huelgas, por País
- Cuadro 9: Cantidad de Huelgas, por tipo de demanda y por año, 2003 – 2005
- Cuadro 10: Implementación econométrica
- Cuadro 11: Cuadro de huelgas por reforma

1. INTRODUCCIÓN

Durante los últimos años se ha consolidado una vertiente en la literatura que asocia una mirada de economía política con los procesos de reforma llevados a cabo en naciones en proceso de desarrollo. La misma da cuenta de las dificultades de llevar a cabo cambios en las instituciones económicas y sociales de esos países, y cómo la presencia de fuerzas sectoriales de dirección e intensidad diferente no necesariamente quedan alineados con los objetivos de las reformas, sino que limitan u obstaculizan su aplicación (Fanelli et al. 2005; BID, 2006).

El debate de economía política incorpora una dimensión de “factibilidad” a reformas que técnicamente pueden ser razonables en diseño, aunque con limitaciones de viabilidad en un contexto de intereses contrapuestos. De algún modo, el análisis de economía política incorpora una función de restricción institucional al desarrollo de ciertos cambios, más allá de las restricciones financieras existentes.

Afortunadamente, esta faceta de análisis se ha incorporado recientemente al menú de herramientas para el estudio de los sectores sociales, y especialmente para identificar posibles barreras en la implementación de reformas del sector salud en naciones en desarrollo, luego de casi dos décadas de intentos de cambio para incrementar la cobertura y reducir la brecha de equidad en la atención.

En pocas palabras, el planteo de economía política entiende que la puesta en práctica de reformas implica pasar de una situación existente a otra, de la cual se cuenta con imperfecta información. A partir de ello, cada uno de los actores identifica los ejes del cambio y establece, a partir de sus expectativas y experiencias en situaciones similares, las ventajas y desventajas potenciales de su sector ante tal cambio, implementando un mecanismo de respuesta. La combinación de tales respuestas de algún modo define los desafíos de la transición. Desde esta perspectiva, el tomador de decisiones de política debe establecer una estrategia para llevar a cabo tal tránsito, y para tal fin debe identificar la presencia de cierto consenso entre los actores involucrados o, al menos, con una fuerza de aprobación que más que compense a aquella que no coincide con el cambio propuesto.

Sin embargo, y ante todo, la estrategia de implementación de la reforma debe encontrarse asociada con objetivos claros y mínimamente consensuados, que permitan un “ambiente” propicio para la implementación del cambio. Fallas en la comunicación de los objetivos o de la estrategia de acciones diseñada para alcanzarlos atenta contra la generación de alianzas sociales que acompañen el proceso, incluso excluyendo fuerzas que parcial o totalmente coinciden con los enunciados de reforma.

En gran parte del mundo en desarrollo el gasto de bolsillo en salud es significativo y aumenta en la medida que los niveles de pobreza se hacen mayores (Maceira, 2001). La poca capacidad del sector estatal para financiar y regular abre un espacio para el desarrollo privado, con efectos negativos sobre la equidad de acceso económico (entre grupos de ingreso), geográfico (sectores rurales y urbanos), y culturales (discriminando contra minorías étnicas y religiosas). Es por ello que, a diferencia de otros sectores sociales, el caso del sistema de salud es particularmente complejo, en tanto el “mapeo” de actores incluye no sólo instituciones públicas relevantes (poder ejecutivo, congreso, poderes locales), sino referentes privados de

gran poder relativo, tales como clínicas y prestadores privados, farmacias y laboratorios farmacéuticos, ONGs locales e internacionales, seguros privados y profesionales y trabajadores de la salud, como también las asociaciones que los nuclea (federaciones de clínicas y sanatorios, holdings empresarios, gremios y colegios médicos).

En el caso latinoamericano, particularmente, las instituciones no ministeriales de aseguramiento social (Cajas en Bolivia, Obras Sociales en Argentina, EPSs en Colombia, Mutuales en Uruguay, Institutos de Seguridad Social en gran parte de la región) incorporan protagonistas con gran poder de negociación en el sector salud, que combinan miradas sociales con perspectivas gremiales y/o privadas, que agregan actores en las “mesas de negociación” y reducen la capacidad del ministerio público de presentar una estrategia única.

Asimismo, el nivel de descentralización en la toma de decisiones en el sector público (gobernadores provinciales/estadales, intendentes/alcaldes municipales) no necesariamente constituye una construcción institucional superadora en términos de eficiencia de gestión y equidad, en la medida que no siempre existen acuerdos interjurisdiccionales basados en objetivos sanitarios. Dentro de este contexto, los actores internacionales (donantes, agencias multilaterales de crédito) incrementan su capacidad de incidencia, insertándose con agendas propias al proceso de cambio.

Como fuera mencionado en otros trabajos (Maceira, 2007.a), ante escenarios donde el poder de negociación de los actores se encuentra en cierto modo asociado con su capacidad de organización y manifestación de sus objetivos, el grupo con mayores limitaciones de incidencia resulta ser el de los pacientes. La falta de posibilidades de organizar reclamos sino a través de oficinas públicas de desarrollo incipiente (defensa del usuario o del consumidor, etc.) reducen su capacidad de hacerse escuchar (voz, en el decir de Hirschman). En tanto una parte significativa de los usuarios del sector son grupos de bajos recursos, sin cobertura formal y que dependen de la asistencia hospitalaria pública, su capacidad de optar por otro prestador (“salida” a la Hirschman) es limitada, siendo por tanto el grupo que absorbe los riesgos financieros y sanitarios del sistema.

En un intento por identificar y atender los problemas de gobernabilidad, existentes y potenciales, de los sistemas de salud en la región, Maceira (2007.b) realiza un análisis de los actores relevantes que intervienen en los procesos de reforma, estableciendo un esquema para identificar sus interrelaciones, sus influencias y participación en el proceso de diseño de cambios en el sector salud. La motivación de este argumento descansa en que cualquier proceso de reforma se ve alterado por el contexto en el cual se desenvuelve y por tanto requiere del compromiso de los actores involucrados en su operatoria.

El presente trabajo se concentra en el análisis del caso específico de los trabajadores de la salud y sus organizaciones gremiales y profesionales. Estas instituciones cumplen un doble papel, de resistencia al cambio y de sostén prestacional, ambos asociados con su característica de pilar de los sistemas de salud.

Históricamente se observa que son “los gremios” aquellos que generan la mayor resistencia al cambio ante esfuerzos de reforma, especialmente aquellos que proponen un cambio de paradigma en la estructura de financiamiento –i.e., incorporar retribución por desempeño o mecanismos capitados de contratación-, en tanto se resisten a renunciar a “conquistas históricas” asociadas con la estabilidad laboral, limitando en muchos casos la efectividad del sistema prestacional. Sin embargo, y paralelamente, su existencia permite contar con

una estructura de oferta de servicios en funcionamiento, a pesar de las limitaciones presupuestarias que frecuentemente se presentan en el sector público latinoamericano.

El proyecto propone una revisión de literatura que permita identificar un marco teórico para el estudio de este actor clave del sector salud. Para ello, en las próximas dos secciones se discutirán diferentes corrientes de pensamiento que lleven a la formulación de un modelo de comportamiento de los sindicatos y gremios médicos, profesionales y trabajadores de la salud, dentro de un escenario de múltiples actores públicos y privados, sectoriales y extra sectoriales. El esquema teórico a ser propuesto se contrastará en la sección cuarta con la información generada sobre huelgas en América Latina, construida por el Sr. Julio Scavino, periodista, en base a noticias de periódicos de la región durante los años 2003 a 2005 (Scavino, 2005). Este material resulta de extrema utilidad para proponer una lectura del comportamiento de los representantes de los trabajadores de la salud en América Latina, a la vez que permite construir una agenda de sugerencias para profundizar en temáticas de gobernabilidad en el sector salud.

2. REVISIÓN DE LITERATURA

Hacia mediados de los ochenta y principios de los noventa, las discusiones en el campo de la economía de la salud parecieron converger hacia un paradigma de cuales eran los conceptos a ser aplicados en potenciales reformas del sector, a fin de incrementar su eficiencia y equidad (Zwi and Mills, 1995, Grindle and Thomas, 1991). Las mismas parten de algunos ejes temáticos originados en la teoría de los contratos aplicados al sector salud, tales como la descentralización geográfica, la autogestión hospitalaria y una mayor participación del sector privado en la provisión de servicios. En todos estos casos se observa una separación de funciones entre el financiamiento y la prestación, a fin de generar incentivos al desarrollo de mecanismos de control de gestión.

En tanto la descentralización refiere a mecanismos de delegación de funciones y toma de decisiones a nivel subnacional, lo que podría implicar un mayor conocimiento y "accountability" de los actores que trabajan cerca de la comunidad, la autogestión del prestador reproduce la misma lógica a nivel del oferente de servicios. En todos los casos, el ente financiador (el principal) cuenta con incentivos para dar seguimiento a la ejecución de la estrategia acordada con el gerenciador local o prestador (el agente), generando una instancia de transferencia de información y reasignación de fondos sociales en salud. La participación privada en la provisión sigue igual lógica, a la vez que permite un uso eficiente de los recursos existentes, y permite el aprovechamiento de la potencial flexibilidad de adaptación del organismo no gubernamental.

En la medida que los mecanismos de definición de prioridades de política pública se acercaran a criterios de costo-efectividad, la asignación de recursos sería más eficaz, aumentando su productividad marginal y permitiendo alcanzar metas sanitarias más avanzadas.

A pesar de haberse logrado cierta coordinación en cuánto al contenido de las inminentes reformas, la suerte de las mismas resultó diversa. En todos los casos, el financiamiento y el control se mantienen en manos de la autoridad pública, lo que representará los intereses sociales alineados con valores de equidad y de acceso a la salud como derecho. A pesar de haberse logrado cierta coordinación en cuánto al contenido de las

inminentes reformas, la suerte de las mismas resultó diversa. Así, y a modo de ejemplo, la reforma de los Estados Unidos de 1994 se encontró con una fuerte resistencia (Skocpol, 1995a, 1995b; Steinmo and Watts, 1995), y en otros casos tuvo cierto éxito de implementación, como fue el caso de la reforma chilena (Jimenez de la Jara and Bossert, 1995). De todas maneras, los diferentes procesos tuvieron como denominador común la resistencia política.

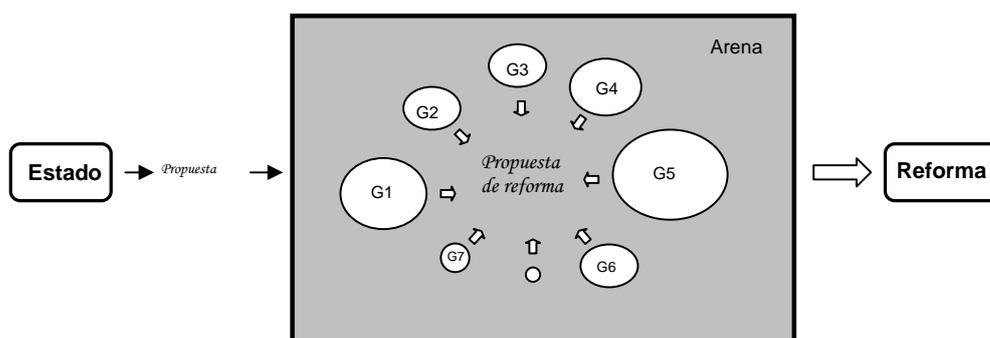
Propuestas diseñadas técnicamente en forma correcta no pasaban el filtro del proceso político y surge así, tanto como preocupación de los policy makers como de los organismos de financiamiento internacional de ahondar en el análisis del proceso político detrás de cada reforma para lograr su factibilidad (González Rossetti, 2005, Maceira, 2007 a y 2007 b). Particularmente, la participación de algunos grupos cruciales en el diseño e implementación de reformas en sectores sociales muestra ciertas particularidades que pueden analizarse desde las teorías políticas y económicas (alineamiento de intereses políticos, poder de mercado, etc.) que permiten identificar herramientas adicionales para el diseño de política pública (Maceira y Murillo, 2001).

El proceso de selección del marco teórico adecuado para el trabajo requirió entonces avanzar en una revisión amplia de literatura. Para la misma se tuvieron en cuenta tres enfoques, hasta cierto punto complementarios, y que se presentan de modo resumido en las siguientes páginas. El primero de ellos es de carácter cualitativo, e incluye el tratamiento de grupos de interés, institucionalismo y equipos de cambio. El segundo, con mayor formulación matemática, se apoya en la teoría de la negociación, como instrumento de un marco formal más amplio de teoría de los juegos. En base a ambos, y a partir de un enfoque de economía política, se avanza en el diseño de un marco teórico que permita el análisis del instrumento cuali-cuantitativo construido por Scavino.

2.1. Grupos de Interés, Institucionalismo y Equipos de Cambio

El análisis de los grupos de interés, perteneciente a la escuela de pensamiento pluralista, considera que el resultado de todo proceso reforma es el producto de la interrelación entre distintos grupos que se encuentran afectados por la propuesta. Las diferencias en poder de negociación entre grupos define la posibilidad de afectar los términos de la misma. Un supuesto fundamental dentro del enfoque del estudio de grupos de interés se encuentra en la posición del Estado en el proceso. El mismo es un participante neutral en la “arena” de negociación.

Figura 1
Reformas – Grupos de Interés

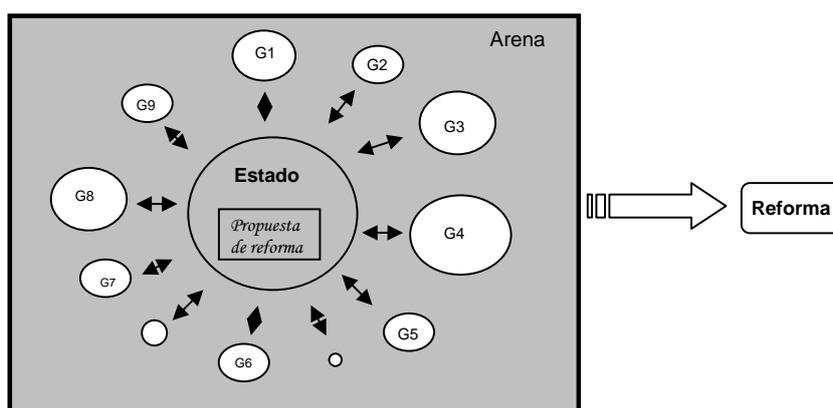


El gráfico precedente muestra cómo la propuesta de reforma se ve influida por las características de los distintos grupos de presión que se ven afectados por la misma. El resultado de la propuesta surgirá entonces de dicho proceso en el cual el estado cumple un rol de mero mediador. Claramente la escuela pluralista presentaba dificultades para poder explicar implementaciones de políticas aún ante la oposición marcada de grupos de presión fuertes en términos de poder asociado. De esto se desprende la posibilidad de considerar al estado en un rol más protagónico, ya no neutral, y cuyo influencia decisiva se encontraría en el diseño de las instituciones públicas y su interrelación con los grupos de interés y con la sociedad en general. De esta manera, el enfoque institucionalista considera al estado como a otro grupo de interés (Evans et al., 1985) con funciones de preferencia particulares y que maximiza una función de utilidad y con una posición respecto a los objetivos de política deseables (Geddes, 1994; Steinmo and Watts, 1995; Hall, 1986).

Este enfoque no se concentra en las instituciones per se, sino en la configuración de relaciones de poder que ellas generan, y el entramado de incentivos y relaciones verticales y horizontales que determinado diseño institucional permite o favorece. El contexto político incluye el sistema político nacional y la instituciones de gobierno y representación, al igual que las reglas de gobernanza formales e informales que dirigen el proceso político y permiten mediar en conflictos entre ciudadanos, grupos de presión y hacedores de política, entre otros (Immergut, 1992).

Entre otros factores, el grado de representación de los actores en el Congreso, la existencia de un estado presidencialista, los canales de comunicación entre el gobierno, la sociedad y otras organizaciones (agrupaciones de profesionales, verbigracia) juegan un papel fundamental en el diseño institucional que determina en qué contexto se llevará a cabo la reforma.

Figura 2
Reformas - Institucionalismo



En la gráfica se observa al Estado como otro grupo de presión, encontrándose dentro de la arena de negociación e influyendo y siendo influido por el resto de los actores a partir de la configuración del entramado institucional.

Varios trabajos dedicados al estudio de las reformas de salud en Estados Unidos han utilizado el enfoque neoinstitucionalista. Steinmo y Watts (1995) han argumentado que “la razón por la cual Estados Unidos es el único país en el mundo democrático que no tiene un sistema nacional de seguro de salud comprensivo es que las instituciones políticas americanas están estructuralmente sesgadas en contra de este tipo de reforma comprensiva”. Los autores plantean que la estructura de las instituciones políticas de Estados Unidos ha delineado las estrategias de tanto propulsores como opositores de las reformas, y en consecuencia puede explicar qué reformas al sistema de salud han prosperado y cuáles no. Morone (1994) ha señalado la falta de atención prestada a las instituciones en la reforma de salud de los Estados Unidos. Al igual que Steinmo y Watts, menciona el rol de la organización del gobierno, particularmente su dificultad para lograr que aquellos compromisos alcanzados al nivel del poder ejecutivo se mantengan en el legislativo. Las dificultades podrían extenderse incluso al estadio de implementación, debido a la burocracia que supone la organización federal del país.

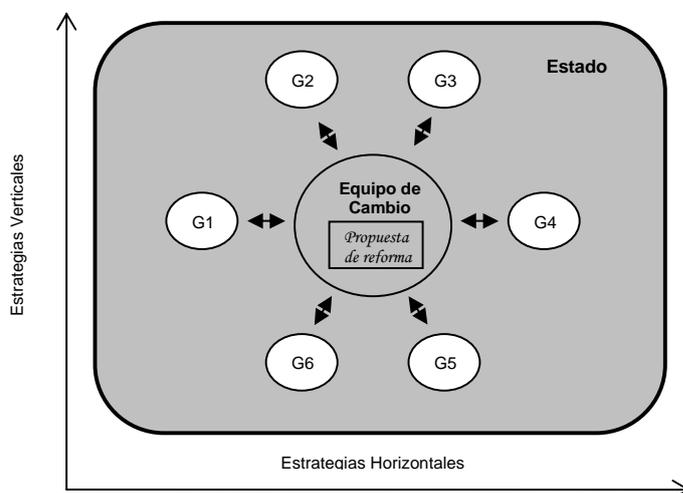
En la misma línea, Weir (1995) plantea otros obstáculos institucionales, tales como: dificultades para mantener una masa crítica de apoyo político y de las elites, la adecuación de la reforma en la estrategia política global, o el contexto ideológico y partidario en el que se da lugar el proceso de reformas.

Contrastando el enfoque institucionalista, en un estudio sobre regímenes políticos en América Latina (Remmer, 1990) se demuestra que no existe evidencia empírica entre tipo de régimen y capacidad del estado para promover una política de cambio. A su vez, una crítica que se le ha efectuado al enfoque de grupos de interés es que tienden a demostrar que en regímenes democráticos existe una alta probabilidad de “captura” del hacedor de política. Esto es, si el conflicto se resuelve en función de la capacidad de negociación de los grupos de interés, al menos que se modifiquen sus respectivas estructuras, no existirán incentivos para modificar el status quo (Olson 1965; Sandler, 1992). Esta lógica excluye situaciones en las que grupos débiles han tenido influencia en el proceso de política.

Una posibilidad es analizar entonces los grupos encargados de llevar adelante el proceso de reforma. A los grupos de tomadores de decisiones encargados de formular y promover las políticas de cambio han sido referidos en la literatura como “equipos de cambio” (Waterbury, 1992), a partir de los cuales el estado es visto como una colección de individuos *self-interested*, agentes racionales que toman decisiones de política restringidos o teniendo en cuenta sus limitaciones y oportunidades de manera de asegurarse el éxito en sus respectivas carreras dentro de la institución. En definitiva el estado es concebido como un conjunto de grupos de interés con diferentes concepciones sobre qué es lo que debe hacerse. De esta manera, el equipo de cambio debe obtener el consenso o neutralizar la oposición de las facciones contrarias dentro del gobierno.

El equipo de cambio puede encontrarse localizado en distintos lugares dentro del contexto político dependiendo del diseño institucional del país (Downs, 1967; Schneider, 1991; Geddes, 1994). A modo de ejemplo, en un sistema presidencialista, el equipo de cambio puede tomar la forma de un comité de asesoramiento del Presidente con oficina adyacentes a las de la máxima autoridad, mientras que en un sistema parlamentario puede tomar la forma de una comisión dentro del Congreso.

Figura 3
Reformas – Equipos de Cambio



En esta gráfica se destaca al equipo de cambio dentro de la órbita del Estado y en interacción con otros equipos de cambio. Se puede pensar a los mismos como un híbrido entre un grupo de interés y un equipo de tecnócratas. De los primeros se destaca que deben conocer muy bien el ambiente en el que se manejan y los lugares donde deben generar alianzas estratégicas, mientras que de los segundos se destaca que la reforma diseñada debe ser técnicamente correcta.

Los enfoques presentados no necesariamente entran en conflicto, en tanto su capacidad explicativa se encuentra asociada con el marco en el cual se analicen los procesos de diseño e implementación de reformas. De todos modos, desde alguna mirada puede considerarse que tanto el enfoque de grupos de interés como el de equipos de cambio constituyen casos especiales de un marco analítico más general asociado con el enfoque institucionalista.

De acuerdo al planteo de la teoría de grupos de interés, el estado es neutral y compacto, en tanto actúa como un actor único que intenta, capacidad de negociación mediante, implementar políticas que logren alinear los intereses de los grupos involucrados. Ello asume, entre otros factores, que no existen divergencias en el esquema de objetivos, prioridades, e incluso estrategias, entre actores o grupos de actores integrantes del Gobierno. Poder ejecutivo, legislaturas, autoridades subnacionales, etc., probablemente encuentren preferencias enfrentadas que deberán ser debatidas con otros actores. Desde esta mirada, el enfoque institucional permite considerar al Estado como un sector con objetivos y capacidades de negociación que “compiten” con los de otros participantes, e incluso establece la posibilidad de identificar múltiples visiones públicas.

Esta visión es particularmente importante en el caso de las reformas de salud, donde las posibilidades de cambio normalmente encuentran grupos sociales en conflicto y representantes de estos grupos en el

Congreso, provincias y municipios, o incluso al interior del mismo gabinete del Ejecutivo. La mención hecha por Steinmo y Watts sobre la reforma del sistema de salud norteamericano no necesariamente habla de captura, sino que hace evidente la presencia de alineamientos privados con grupos al interior del sector público. Esta estructura refiere a lo que Maceira y Murillo consideran como uno de los potenciales factores de encuentro o enfrentamiento de intereses de los sectores sindicales ante las reformas, definido como alineamiento político entre el gobierno en ejercicio y los gremios de salud.

Dentro de este marco, el enfoque de equipos de cambio reconoce esta diversidad, y la necesidad de “colonizar” espacios (ganar voluntades) al interior del gobierno para llevar a cabo reformas sectoriales. Este enfoque se propone concentrarse en una mirada intra-estado, aunque no necesariamente entra en conflicto con la visión institucionalista. Ejemplo de este planteo pueden encontrarse en toda la región latinoamericana, con resultados variados.

La estrategia de instaurar un sistema nacional de salud en Argentina durante la administración de Alfonsín (1983-1989) encontró su mayor resistencia al interior del Congreso Nacional, en la medida que los intereses de sindicales, afectados por la propuesta, se encontraban representados en el recinto a través de legisladores democráticamente elegidos. Una experiencia similar, aunque con resultados opuestos se encuentra en Colombia, que logra llevar adelante probablemente la reforma de salud más profunda de la región a partir de un proceso de negociación entre el Ejecutivo y el Congreso nacional. Alternativamente, el enfoque de “equipo de cambio” encuentra una representación clara en la reforma que dio a luz el Seguro Materno Infantil (SMI) en Bolivia, donde diferentes intereses, representando poderes locales y nacionales, se enfrentaron para diseñar e implementar el programa de políticas sanitarias.

Los casos mencionados, asimismo, muestran la importancia de los factores de contexto, involucrando a sindicatos y gremios, en el éxito de una estrategia de reforma. En el caso argentino, el partido de oposición, sentido por la derrota electoral en la primera elección post-dictadura, encontró en el sindicalismo peronista su mayor grupo de negociación, y en la reforma del sector salud, una de las “arenas” de confrontación política. El contexto internacional y la caída del peso relativo de la Central Obrera Boliviana facilitó asimismo la incorporación en el SMI de mecanismos de pago de sus prestaciones que no eran las más beneficiosas para la Caja Nacional de Salud, la principal institución de aseguramiento social en salud del país.

El concepto de equipos de cambio, asimismo, constituyó una herramienta utilizada institucionalmente en algunos procesos de reforma de los sistemas de salud en la región. La teórica falta de capacidad técnica de los ministerios nacionales de salud de la región dio lugar a la creación de Comisiones de Reforma ad-hoc, separadas de la estructura ministerial. En muchos casos, estas nuevas instituciones creadas para el lanzamiento de la reforma sectorial llevaron a la generación de grupos al interior del poder ejecutivo, con alineamientos al interior del Congreso y de grupos privados relacionados con el sector. De este modo, un Estado no-neutral inserta equipos en la estructura burocrática del Estado, definiendo o redefiniendo el mapa de alianzas sectoriales.

En todo caso, la existencia de una multiplicidad de actores en el sector salud, que exceden largamente el esquema de puja de intereses intra-Estado, diferencia marcadamente el análisis de las experiencias de reformas sanitarias de las llevadas a cabo por otros sectores sociales, en tanto el concepto de instituciones se

vuelve más amplio, el menú de resultados posibles es mucho más vasto, y las arenas de debate se multiplican.

La documentación de reformas, cuando ello ocurre, cuentan con un sesgo de análisis, en tanto refieren a procesos en algún punto exitosos. América Latina encuentra un número significativo de casos de profundo debate y generación de instituciones asociadas con reformas que no logran implementarse. Las experiencias de no-reforma muestran un elemento no incluido en el planteo de los enfoques discutidos más arriba: la definición de objetivos por parte de los hacedores de política no es necesariamente clara, atentando contra el futuro de la iniciativa (Maceira, 2007b). Ello normalmente se observa con mayor claridad en escenarios donde el Estado, identificado como el Ministerio de Salud del Ejecutivo Nacional, no cuenta con gran capacidad técnica y poder de negociación. En tales casos, y como plantea el modelo institucional, el Estado es un actor más, pero con capacidad institucional limitada para imponer, o proponer con éxito, un debate de reforma sobre objetivos difusos.

Finalmente, un aspecto particular, aunque frecuente, no es incorporado en el debate a partir de los enfoques planteados: las funciones objetivo de cada uno de los actores, públicos, privados o sociales (como puede definirse a los sindicatos), pueden ser una combinación de dos sub-objetivos que se encuentren en conflicto. Este aspecto es particularmente importante en el sector salud, y especialmente en referencia al médico, enfermero o trabajador de la salud, como representado por el actor sindical específico del sistema bajo análisis.

Desde la mirada sectorial, la presencia de instituciones de seguridad social como subsistema de salud en América Latina, no sólo refiere a la presencia de un sistema segmentado, con riesgos de subsidios cruzados no deseados y selección adversa, sino también ubica al actor sindical en un papel de gerenciador de fondos, más allá del cumplimiento de su papel específico como representante de los trabajadores. Este doble papel potencia las chances de tensión, en la medida que los objetivos asociados con cada una de las dos funciones mencionadas generan necesariamente conflicto.

Desde la mirada del personal de salud, la lucha por condiciones laborales (ya sean éstas monetarias o no monetarias), enfrenta a sus representados a un conflicto de intereses endógeno: la puja sectorial por salarios dignos versus el logro del bienestar social, que en el sector salud, pueden asimilarse con condiciones de acceso equitativas y eficaces. De este modo, asegurar cobertura (planteado de un modo simplificado), podría llevar a aceptar condiciones laborales desventajosas, y la acción sindical por mejorar tales condiciones puede, en ocasiones, llevar a una reducción de tal acceso. En este caso, el conflicto de objetivos de uno de los actores, refleja dos aspectos legítimos, que entran en pugna al momento de establecer la estrategia de ese sector en el contexto de reformas sectoriales.

Este aspecto toma especial relevancia cuando la manifestación gremial no opera como una reacción a una propuesta de cambio (reforma) sectorial, como se planteara en estas páginas, sino como acción ante el no-cambio, como es el caso de demandas económicas. Desde esta mirada, el análisis se desplaza desde el esquema institucional de cambio y reacción a otro donde la reacción al no-cambio lleva al estudio de teorías alternativas, asociadas con negociación y la creación de condiciones más favorables para sostener y lograr reclamos dentro de un modelo existente.

2.2. Teoría de la Negociación

Un proceso de reformas podría verse como un complejo problema de negociación entre las distintas partes involucradas con el fin de llegar a un consenso sobre los objetivos de las mismas y/o sobre la estrategia de implementación. En definitiva, en un contexto de reformas los agentes que intervienen encuentran tres elementos asociados con una situación de negociación, en tanto: (i) tienen la posibilidad de colaborar para obtener un potencial beneficio mutuo, ya sea éste económico o no económico, (ii) sus intereses no necesariamente se encuentran perfectamente alineados, existiendo conflicto en cuanto a qué acuerdo será al que se arribe, y (iii) al menos en principio, no puede lograrse llegar a un acuerdo imponiéndose su aprobación a ningún agente.

En general, la literatura temprana sobre negociación se ha asociado a la idea de monopolio bilateral. Al menos este a sido el enfoque preponderante en los trabajos de Edgeworth, Böhm-Bawerk, Pigou y Marshall, entre otros. Si bien en los desarrollos iniciales la aproximación se realizaba desde el punto de vista del intercambio, más tarde Zeuthen (1930) y principalmente Hicks (1932) llevaron el marco teórico hacia la arena de los conflictos laborales, el primero planteando la idea de concesiones secuenciales, el segundo haciendo énfasis en la ocurrencia de paros. Sin embargo, estos trabajos se enfrentaron a la imposibilidad de arribar analíticamente a una solución determinada.

El enfoque moderno de la teoría de negociación introdujo los desarrollos de von Neumann y Morgenstern sobre teoría de los juegos para intentar resolver esta indeterminación. Especialmente, el trabajo seminal de Nash (1950) tiene como pilares las hipótesis de maximización y racionalidad de los agentes que intervienen en una situación de negociación.

Dentro de este enfoque se distinguen dos aproximaciones tradicionales: el enfoque axiomático y el enfoque estratégico. El primero constituye la principal contribución de Nash y considera que los jugadores acuerdan o desacuerdan en base a un orden de preferencias, que da lugar a una función de utilidad sobre el espacio de eventos. Además, el mismo incorpora la actitud frente al riesgo de los agentes, extendiendo el orden de preferencias para considerar contingencias. Así, a partir de propiedades deseables se deriva unívocamente una solución consistente con esas propiedades. A pesar de ello, este enfoque no contiene una descripción explícita del proceso de negociación.

El enfoque estratégico, en cambio, llega a una solución derivada de una situación de equilibrio de un modelo explícito del proceso de negociación. La negociación se desarrolla a partir de estrategias definidas de antemano. El marco general, en la forma más simple de dos jugadores, es el de una estructura de acciones en tiempo discreto en la que un jugador realiza una propuesta y el otro acepta o rechaza. Si se acepta la propuesta se implementa el acuerdo y el juego termina; si se rechaza hay una nueva propuesta de parte del segundo jugador. Aunque este enfoque sigue manteniendo, en la mayoría de los casos, los supuestos de racionalidad y maximización, además de otros supuestos restrictivos, existe ahora una estructura temporal explícita del proceso de negociación y algo más de libertad para plantear diferentes estrategias.

Existen otros desarrollos que han tratado de incorporar aspectos que uno podría identificar como “naturales” de los procesos de negociación y que no están contenidos en los enfoques tradicionales mencionados

anteriormente. Así, por citar algunos trabajos destacables, Pen (1952) introduce el concepto de "poder"; Cross (1965) critica el enfoque de Nash debido a la ausencia de la dinámica de desacuerdo-concesión-desacuerdo y considera el costo del tiempo y el posible aprendizaje en un modelo dinámico con tasas de descuento, costos fijos y jugadores asimétricos. Schelling (1956) presenta una dimensión novedosa del proceso de negociación, planteando situaciones en las cuales existe alguna voluntad de sacrificar la libertad de acción, tomando en cuenta la habilidad para comprometerse, las características institucionales, amenazas y la estructura de incentivos.

Posteriormente, Ashenfelter y Jonson (1969) y Farber (1978) analizan las condiciones bajo las cuales es factible que haya disputas de trabajo y construyen un modelo en el cual la duración de los paros está en relación con el salario que dejan de ganar los trabajadores, el aumento mínimo aceptable y la tasa de descuento.

Ashenfelter & Jonson analizan este fenómeno en un marco general, estudiando las implicancias de las huelgas y sus efectos, discutiendo si las mismas constituyen un proceso inevitable en el funcionamiento de una economía, donde los sindicatos juegan un papel relevante en la determinación de la estructura salarial. Los autores resaltan el hecho de que los sindicatos intentarán maximizar cierta función de utilidad, asociada con el valor actual del salario de sus miembros, y para ella se enfrentan a empresas que cuyo objetivo es maximizar el valor descontado de sus beneficios.

En términos generales, la posibilidad de que alguno de los agentes involucrados en la negociación decida ceder, se debe principalmente a dos motivos. En primer lugar, a un conjunto de factores o variables objetivas, tales como la demanda del producto o las elasticidades de la demanda de trabajo. En segundo término, se harán presentes algunos factores subjetivos, como las percepciones propias y del resto de los actores sobre sus estrategias de acción y sus actitudes frente al riesgo. Asimismo, se asume que la negociación de las condiciones contractuales se realizan durante el transcurso del período anterior, y por tanto, la posibilidad de no alcanzar tal acuerdo tiene un costo explícito para ambas partes: para los trabajadores, la pérdida de parte de su salario, y para la firma, la pérdida de potenciales beneficios, lo que promueve cierta predisposición al acuerdo.

La presencia de huelgas como hecho observable, sin embargo, obliga a la teoría a dar cuenta de ella, la posibilidad de que alguna de las partes no posea el conocimiento suficiente acerca de las habilidades o intenciones de la otra parte, subestimando o sobre estimando sus acciones. Ello llevaría a que la negociación no llegue a un acuerdo y la huelga refleje un modo complementario de solución de conflictos.

El modelo propuesto por Ashenfelter & Jonson consta de tres agentes: el Gerente de la empresa, el Sindicato y los Trabajadores. Bajo un proceso de negociación, los autores consideran que el incremento de salarios esperado por parte de los trabajadores es superior a aquel al que estaría de acuerdo en abonar el Gerente de la firma, y por tanto el Sindicato tiene dos alternativas. La primera es intentar disuadir a los trabajadores de reducir sus pretensiones, aceptando un salario menor, u optar por la huelga. En el primer caso, existe la posibilidad de que el contrato acordado no sea aceptado por los trabajadores. En ese caso, se desarrollarán tensiones entre el Sindicato y los trabajadores que restarán autoridad política y poder de negociación a los primeros. En segundo lugar, el Sindicato puede decidir realizar una huelga, lo que "potencialmente podría

revalidar su caudal político". Ello claramente asume que la probabilidad de éxito de la huelga es alta, reduciendo la exposición del líder sindical a la exposición y el desgaste de su capacidad de convocatoria y negociación. Sin embargo, la realización de la huelga reduciría probablemente las expectativas (salariales) de los trabajadores debido a la potencial respuesta de las firmas, traducida en pérdida de salarios. Si ello fuera así, la probabilidad de éxito de la demanda salarial se reduce con la duración de la huelga, que los autores relacionan con una falla de percepción del sindicato al momento de su convocatoria.

De esta forma, el sindicato conoce que el incremento del salario negociado aceptable por los trabajadores toma la forma

$$y_A \equiv \frac{\Delta W}{\hat{W}}$$

donde \hat{W} es el contrato salarial previo (expresado en tasa), y ΔW es el incremento absoluto del salario, y y_A depende de la duración de la huelga (S), . $y_A = v(S)$. Por lo tanto, la ecuación diferencial que representa el comportamiento (la evolución) del incremento salarial negociado será $\dot{y}_A = -r(y_A - y_*)$, y la solución:

$$y_A = y_* + (y_0 - y_*)e^{-rS}$$

Paralelamente, el nivel de beneficios de la firma en cada período estará determinado por $\pi = \alpha P - \beta W - H$, donde P es el precio del producto producido por la firma, H el nivel de los costos fijos de producción, y W la tasa salarial negociada, que toma la forma

$$W = \hat{W}(1 + y_A)$$

El valor presente de los beneficios futuros toma la forma:

$$V = \int_0^{\infty} \pi e^{-rt} dt$$

Sustituyendo la ecuación previa las expresiones anteriores, la función de beneficios futuros puede expresarse como:

$$V = \int_S^{\infty} \left[\alpha P - \beta \hat{W}(1 + y_* + (y_0 - y_*)e^{-\lambda S}) \right] e^{-rt} dt - \int_0^S H e^{-rt} dt$$

Integrando,

$$V = \left[\alpha P - \beta \hat{W}(1 + y_* + (y_0 - y_*)e^{-\lambda S}) \right] \frac{e^{-rS}}{r} - \frac{H}{r}$$

que como se observa, depende sólo de S, la duración de la huelga, y de los parámetros del modelo. Por lo tanto, la firma tiene la posibilidad de llegar a un acuerdo (y_0) y evitar el paro, o rechazarlo y desencadenar una huelga que resultará en un acuerdo futuro a menor salario. Para ello, la firma deberá analizar el trade-off

entre las pérdidas de beneficio por la duración de la huelga, y las ganancias que se derivan de negociar un salario menor en el futuro.

A la luz del análisis de los diferentes enfoques, se comprende que la teoría de la negociación permite incorporar tanto en términos estáticos como dinámicos el proceso de discusión salarial, en donde la huelga es un instrumento más dentro del menú de opciones de los sindicatos. La aplicación de esta herramienta, de todos modos, se encuentra en función de la evaluación del éxito potencial, lo cual depende tanto de factores externos y de contexto, como de factores idiosincráticos (capacidad de convocatoria, cohesión sindical, poder relativo de la representación laboral frente al sector empresarial), entre otros elementos.

Un factor adicional de importancia en el caso bajo estudio, y que afecta al despliegue de estrategias de negociación por parte de los actores del sector sanitario, es la necesidad de considerar que el “bien o servicio” generado en el sector salud es claramente diferente al de otros sectores estudiados en la literatura. Para nuestro caso, el servicio involucrado, planteado generalmente como “cuidado o mantenimiento de la salud de la población” tiene categoría de derecho o bien social, y ello hace que las estructuras de beneficios y utilidades de los grupos participantes deban ser redefinidos. Adicionalmente, y también diferenciando el modelo presentado por la teoría de la negociación con aquel que pueda considerarse en el sector salud, los actores participantes son entidades sociales (Estado y Sindicatos o Gremios de trabajadores de la salud), con funciones de utilidad que exceden el marco privado.

Asimismo, la construcción de un modelo analítico para este caso, que incorpore todos los aspectos importantes de un proceso de negociación es extremadamente complejo, limitando la capacidad de convertirlo en una herramienta práctica de política pública. Por ello, es probable que sea necesario combinar modelos analíticamente definidos combinados con explicaciones cualitativas que acompañen el análisis de los procesos de negociación.

2.3. Enfoque de Economía Política

La economía política surge por el interés creciente entre los economistas y otras científicas sociales acerca de cómo las sociedades se encuentran organizadas, o de otra manera, cómo sus instituciones representan determinantes de primer orden respecto al desempeño económico. Se intenta de esta manera dejar de presentar a las instituciones como cajas negras, y analizar cómo las mismas se originan, se adaptan e influyen en la toma de decisiones.

De algún modo, la “nueva economía política” (NEP) es una visión que (en consonancia con la economía política clásica, pero a diferencia de la economía neoclásica, surgida a partir de la revolución marginalista) ve a la economía como un mecanismo que no se autosustenta, sino que se nutre del entorno social más amplio del cual ésta es parte. La NEP presta particular atención a la determinación de las políticas económicas, reconociendo que las mismas no son llevadas a cabo por planificadores sociales omniscientes y benevolentes, sino que son el resultado de complejas interacciones entre múltiples actores con intereses, información y creencias particulares, en el contexto de determinados marcos institucionales. En este sentido,

la NEP enriquece al análisis económico convencional, “importando” preocupaciones e ideas centrales del análisis político (Saiegh y Tommasi, 1998).

Como fuera discutido en otros trabajos, no existe consenso respecto a la definición del concepto “institución”. North (1981) enfatiza en el papel que las mismas tienen como “responsables de reducir la incertidumbre estableciendo estructura estables (aunque no necesariamente eficientes) para la interacción humana”. Por su parte Kreps las define, en general, como “las reglas del juego”. Siguiendo a Acemoglu (2007) se pueden clasificar a las instituciones en dos tipos, económicas y políticas, de acuerdo al rol que cumplen. Las instituciones económicas consisten en las “reglas del juego económico”, y en particular hacen referencia a la posibilidad de hacer cumplir (*enforcement*) los derechos de propiedad, al conjunto de contratos que pueden ser escritos y cumplidos, a las reglas de regulación por parte del estado, etc. Ejemplos comunes se ello incluyen leyes comerciales, leyes de patentes, tipo de arreglos financieros, etc. En tanto el concepto de “políticas económicas” establecen reglas de juego para el resto de los actores, de algún modo se asimilan al concepto de instituciones económicas definidas tradicionalmente. La diferencia entre ambas radica en la capacidad de ser modificadas y el carácter generalmente más discrecional o ad-hoc de las primeras. Las instituciones políticas, por su parte remiten a las regulaciones que determinan los límites del poder político. Ejemplos de instituciones políticas podrían incluir la constitución, reglas electorales, etc.

Las raíces de Economía Política pueden encontrarse en el análisis positivo de la política económica es “Elección Pública” (Public Choice), a partir de las contribuciones clásicas de Buchanan y Tullock (1962) y Olson (1965). Esta escuela centró su atención el problema de agencia entre el gobierno y los ciudadanos, haciendo énfasis en la importancia de la constitución y las limitaciones que la misma impone en las conductas sociales. Sin embargo, el análisis formal en ciencia política se remonta al trabajo de Ricker (1962) y referido como “Elección Racional” (rational choice).

Desde la teoría económica, la capacidad de la Nueva Economía Política de analizar las implicancias de las instituciones sobre la economía y su retroalimentación con el contexto, surge del planteo de la Teoría de los Contratos (Hart y Holmstrom, entre otros), que identifica la necesidad, ante escenarios de incertidumbre, de establecer mecanismos que sean capaces de alinear los intereses de las partes a fin de minimizar las pérdidas asociadas con la asimetría de información. Este enfoque a su vez reconoce como origen a la literatura de Coase sobre los límites de las firmas y su necesidad de establecer normas que reduzcan la integración de actividades con claras connotaciones de externalidades sociales. Una revisión de esta literatura por parte de Williamson en su Teoría de los costos de transacción (1985), plantea la discusión entre tipos de contratos, capacidad de *enforcement* de los mismos, y la interacción existente entre duración de los contratos, especificidad de sus requerimientos y costos de gobernabilidad.

A partir de principios de los 80's, la incorporación de la teoría de los juegos facilita el estudio de economía política, permitiendo el desarrollo de modelos de votantes racionales, partidos políticos y diseño de políticas. Dentro de este marco, cada actor, en función de objetivos más o menos definidos, establece sus estrategias de acción, construyendo conjeturas sobre los objetivos de los otros actores, y definiendo posibles situaciones de alianzas y contextos de negociación.

A pesar de que el estudio interdisciplinario de la política y la economía tiene larga data, la aplicación de este complejo marco teórico al análisis de políticas públicas es el fruto de un desarrollo relativamente reciente, tanto desde la mirada de la macroeconomía (Fanelli, 2005), de las instituciones políticas y el diseño de políticas públicas, como en el estudio específico de políticas y reformas en el sector salud (Maceira, 2007b).

Particularmente para el análisis de la relación entre sindicatos y gremios de la salud y el diseño e implementación reformas sectoriales, Maceira y Murillo (2001), avanzan en el desarrollo de un marco de discusión donde factores asociados con la microeconomía y la política del sector salud, en comparación con el caso de educación, influyen en la interrelación entre gremios y gobierno. Particularmente, el trabajo propone que tanto la estructura del “mercado” de servicios de salud (participación del sector privado, nivel de gasto en salud, cantidad de oferentes y demandantes), como la relación de poder entre actores (alineamiento político entre gobierno y gremios, presencia de multiplicidad de agrupaciones de representación sindical), influye en la participación y apoyo de tales instituciones a los procesos de reforma.

A partir de este esquema, y tomando algunos de los aspectos revisados en la literatura presentada, en la siguiente sección se desarrolla un modelo analítico que permita brindar un marco teórico para el análisis de la información sobre huelgas desarrollada por Scavino (2004, 2005)

3. MODELO DE COMPORTAMIENTO

El modelo propuesto en esta sección surge de la combinación de elementos de economía política aplicados a un proceso de negociación entre dos actores, el Gobierno y la representación gremial del personal en salud, ya sea ésta un agente convocante de naturaleza profesional (médicos o enfermeras), o no profesional (auxiliares de enfermería o trabajadores de la salud). A diferencia de los modelos de negociación discutidos en la sección anterior, y dada la naturaleza del bien “mantenimiento o restauración de la salud”, el Sindicato toma una función de utilidad que es representativa de la sumatoria de utilidades individuales. La misma, que definimos como U^i , se caracteriza la función de utilidad compuesta de dos elementos: un término de beneficio monetario Π^S , que refleja la función de beneficio individual, y un término no monetario U^S , que refiere a una función de utilidad social. Ambos términos se encuentran ponderados por un factor α , y $(1 - \alpha)$, respectivamente, como se muestra en la ecuación (1)

$$U^i = \alpha \Pi^S + (1 - \alpha) U^S \quad (1)$$

A mayor valor de α , el peso del ingreso monetario por sobre el bienestar general es más significativo para el individuo i (médico, enfermero, etc.). Un valor extremo de $\alpha = 1$ ilustra el caso de un profesional de salud que no se interesa por la comunidad, en tanto que un valor extremo de $\alpha = 0$ expresa el caso de un profesional de la salud orientado totalmente a tareas humanitarias, sin interesarse en la retribución por su trabajo.

Al interior de la función de beneficios monetarios, la ecuación (2) la define como la suma de dos elementos: el ingreso proveniente del desarrollo de actividades en el sector público Π^{PU} , diferenciado por los ingresos netos provenientes del ejercicio privado de la profesión Π^{PR} . En este caso, el ponderador ρ muestra el peso relativo

de cada tipo de actividad, siendo $p = 1$ el caso de un trabajador de la salud con la totalidad de su tiempo dedicado a la prestación de servicios en instituciones públicas.

$$\pi^S = \pi^{Pu} + \pi^{Pr} \quad (2)$$

El ingreso neto del sector público (ecuación 3) se encuentra definido por el salario fijo recibido $-w-$ menos el nivel de costo unitario para la prestación de cada unidad de servicio, multiplicado por la cantidad de pacientes atendidos en el sector público q^{Pu} . En tanto el modelo incluirá un proceso de negociación que involucra mecanismos de manifestación gremial mediante huelgas, el salario esperado $E(w)$ dependerá del éxito de tal estrategia, como se analizará más adelante.

$$\pi^{Pu} = E(\bar{w}) - eq^{Pu} \quad (3)$$

El costo unitario de cada intervención en salud se identifica como el esfuerzo o dedicación involucrado en tal unidad de prestación (e), y se encuentra inversamente asociado con los días de huelga (H):

$$e = 1/H \quad (4)$$

Paralelamente, el beneficio privado Π^{PR} (ecuación 5) se identifica con en un modelo de competencia en cantidades (Cournot) con individuos homogéneos cobrando precios p (por consulta) y nivel de costos unitarios e , y cuya función de demanda inversa se define en la ecuación 6.

$$\pi^{Pr} = (p^{Pr} - e)q^{Pr} \quad (5)$$

$$p = 1 - Q^{Pr} \quad (6)$$

donde Q^{PR} , es la suma de las prestaciones de n médicos, tal que:

$$Q^{Pr} = nq^{Pr} \quad (7)$$

El segundo término de la función de utilidad individual corresponde al peso relativo que cada prestador de servicios de salud le otorga al bienestar social, y que se define en este caso como:

$$U^s = Ien \quad (8)$$

que pondera a la inversión total en salud por el nivel de esfuerzo e de cada prestador n , lo que puede ser considerado como una aproximación al gasto total en salud ponderado por calidad.

El hecho que el nivel de "costos de producción" de servicios de salud (el nivel de esfuerzo e) se encuentra negativamente asociado con el beneficio monetario y al mismo tiempo positivamente relacionado con el bienestar social plantea la tensión presente en cualquier trabajador de la salud. El mismo, ante una situación

de reclamo salarial muestra un conflicto de intereses que se desplaza a sus instituciones representativas, los sindicatos. Por una parte, requiere privadamente de cierto bienestar económico, mientras no se desentiende de la importancia de su actividad para el desarrollo de la sociedad en la que trabaja. Desde una perspectiva de equilibrio social desplegado en un juego secuencial entre el Estado y los Sindicatos de salud, la maximización de la utilidad médica individual involucra una respuesta a la función pública de bienestar.

Finalmente, la presentación del modelo requiere de una ecuación que defina el impacto potencial de la huelga. Ello es presentado mediante un salario esperado, donde la retribución del primer período se asocia con w/H , como un modo de expresar el salario real neto de esfuerzo, más la retribución en el segundo período, en el cual los efectos de la huelga se realizan.

$$E\bar{w} = \frac{\bar{w}}{H} + \beta(\bar{w} + \Delta w - eq^{Pu}) + (1 - \beta)(\bar{w} - eq^{Pu}) \quad (9)$$

$$\Delta w = \gamma H \quad (10)$$

En la ecuación (9) la probabilidad de éxito de la medida de fuerza se encuentra dado por β . Cuando β es igual a uno, el éxito de la huelga es pleno, siendo la retribución del trabajador igual al salario previo más un Δw , asociado con la intensidad de la huelga. Si por el contrario, la huelga es totalmente inefectiva, β se hace igual a cero, y por tanto el salario se mantiene, al mismo nivel de esfuerzo.

Reemplazando en la ecuación (1) cada una de las subsiguientes, se llega a la siguiente expresión:

$$U^i = \alpha [E(\bar{w}) - ep^{Pu} + (p^{Pr} - e)q^{Pr}] + (1 - \alpha)Ien \quad (11)$$

$$\begin{aligned} U^i &= \alpha \left[\frac{\bar{w}}{H} + \rho\beta\bar{w} + \rho\beta\Delta w - \rho\beta eq^{Pu} + \rho(1 - \beta)(\bar{w} - ep^{Pu}) - \rho eq^{Pu} + ((1 - nq^{Pr}) - e)q^{Pr} \right] + (1 - \alpha)Ien = \\ &= \alpha \left(\frac{\bar{w}}{H} + \rho\beta\bar{w} + \rho\beta\Delta w - \rho\beta eq^{Pu} + \rho\bar{w} - \rho eq^{Pu} - \rho\beta\bar{w} + \rho\beta eq^{Pu} - \rho eq^{Pu} + q^{Pr} - nq^{Pr^2} - eq^{Pr} \right) - \\ &\quad - n\beta e - \alpha\beta en \end{aligned}$$

Del proceso de maximización de la función de utilidad del trabajador de la salud, el sindicato obtiene la condición de primer orden, de la cual se obtiene el nivel "óptimo" de días de huelga.

$$H^* = \left(\frac{\rho\alpha\bar{w} - \rho\alpha\beta q^{Pu} - \rho\alpha q^{Pu} + \rho\alpha\beta q^{Pu} - \rho\alpha q^{Pu} - \alpha q^{Pr} - nI - n\alpha I}{\rho\alpha\beta\gamma} \right)^{1/2} \quad (12)$$

A partir de la ecuación (12) es posible avanzar en el análisis de reacción del sindicato a cada una de las características del modelo. De este modo, un incremento en el peso relativo del término de beneficios monetarios en la función de utilidad del trabajador de la salud conlleva a un incremento en el número de días

de huelga: $\frac{\partial H}{\partial \alpha} > 0$.

Asimismo, a mayor participación del sector público en el mecanismo de ingresos monetarios del trabajador de la salud, mayor será el ponderador ρ , y mayor será el incentivo a manifestarse mediante medidas de fuerza:

$$\frac{\partial H}{\partial \rho} > 0.$$

Asimismo, a mayor participación de pacientes atendidos en el sector público, menores serán los días de huelga asociados, representando a su vez al parámetro de conducta ρ :

$$\frac{\partial H}{\partial q^{pu}} < 0 = \rho.$$

De la misma forma, cuanto más relevante sea la participación del sector privado en términos de la cantidad de pacientes atendidos, mayor la cantidad de días de huelga, reflejado a su vez, por el complemento del parámetro anterior, $(1 - \rho)$:

$$\frac{\partial H}{\partial q^{pr}} > 0 = (1 - \rho)$$

Siguiendo el mismo argumento, del análisis de la ecuación (12) es posible establecer que a mayor probabilidad de éxito de las huelgas, tanto en intensidad como en efectividad (β), mayor es el incentivo a incrementar el número de días sin trabajar en búsqueda de mejoras laborales: $\frac{\partial H}{\partial \beta \gamma} > 0$.

En términos del número de trabajadores en el mismo rubro de atención de servicios de salud, el modelo predice que existirá una relación negativa $\frac{\partial H}{\partial n} < 0$, en tanto mayor nivel de competencia, menor es la probabilidad de exponer el salario presente al éxito de una medida de fuerza, manteniendo constante el resto de las variables.

Finalmente, la reacción del número de días de huelga con respecto a un cambio en la inversión total en salud no resulta definida, dependiendo del resto de los parámetros del modelo. En la medida que el efecto privado predomine sobre el social, el trabajador de la salud encontrará que el aumento de la inversión sectorial abre una posibilidad de puja distributiva, llevando a una mayor intensidad en su reclamo. Alternativamente si el ponderador de bienestar social es más relevante, el trabajador de la salud querrá mantener su nivel de salario, potenciando la mejora del sector. El detalle del análisis de estos mecanismos de transmisión de incentivos hacia la estrategia sindical es presentado en el Anexo de este trabajo.

4. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

La presente sección tiene como objetivo presentar algunos resultados de estadística descriptiva y analítica que den cuenta de la participación de las organizaciones de trabajadores de la salud en el sector, utilizando como base la información brindada por los estudios de Scavino (2004, 2005) sobre huelgas en América Latina durante los períodos 2003, 2004 y 2005. El fin ulterior es identificar, en forma parcial, las reacciones de un

grupo significativo en el diseño e implementación de políticas de salud, a partir de sus reacciones a la organización del sistema y, en alguna medida, a las iniciativas de reforma durante el lapso analizado. Esta información, como también la sistematización de resultados a ser analizados en la sección próxima, proponen una mirada complementaria al fenómeno de interacción entre actores en el área sanitaria, a fin de identificar nuevas herramientas de análisis para enriquecer el debate sobre gobernabilidad sectorial.

A partir del marco teórico presentado en las secciones precedentes, se entiende que los sindicatos, gremios y asociaciones profesionales que se incluyen en esta base de datos definen una estrategia de acción que tiene como fin alcanzar una función objetivo conjunta –la de estas instituciones y sus representados-, que incorpora no sólo reivindicaciones que le son propias (mejores condiciones salariales en términos de salarios y/o calidad de servicio), sino que ellas se complementan con el interés social de estos actores y trabajadores. De este modo, en ocasiones existe una tensión “al interior” de sus objetivos: por un lado, incrementar sus retribuciones y mejorar sus condiciones de trabajo, y por el otro, alcanzar un mejor servicio de salud para su comunidad. En ocasiones estos objetivos pueden encontrarse en pugna, aunque no siempre es así.

Puesto de otro modo, si bien la reivindicación salarial y la oposición a reformas sectoriales que atenten contra el poder de negociación de sus organizaciones es parte de los ejes de acción de las mismas, el análisis propuesto asume que los sindicatos, gremios y organizaciones profesionales en el sector salud cuentan entre sus metas alcanzar ciertos objetivos sociales que, en alguna proporción, alinean sus acciones con los de otros actores que buscan un sistema de salud más equitativo, eficiente y eficaz. Dentro de este contexto, los esfuerzos para alcanzar una mayor gobernabilidad son posibles, y la participación de este grupo de actores es claramente relevante para alcanzar metas sectoriales socialmente deseables.

Asimismo, si bien las acciones de huelga o paro forman parte del menú de herramientas disponibles por las organizaciones de trabajadores de salud, éstas no constituyen las únicas acciones disponibles para llevar a cabo su plan de acción. Se propone considerar que los sindicatos despliegan acciones de huelga como parte de un esquema más amplio y menos simplista, y que incorpora mecanismos de negociación, intervención en los debates sobre mejoramiento de condiciones de trabajo –en lo micro-, y en el diseño y puesta en práctica de reformas o cambios organizacionales del sistema –desde una visión macro/sistémica-. Desde esta mirada, el análisis de huelgas y paros es parcial, y requiere de un estudio complementario de la aplicación de otras herramientas, a fin de alcanzar una mirada comprehensiva del fenómeno de la acción de los sindicatos en los sistemas de salud.

Desde una mirada metodológica, asimismo, el presente trabajo limita su análisis al relevamiento de acciones de huelga a partir que tales demostraciones fueron documentadas por los medios gráficos periódicos de la región. Si bien ello no resta mérito al trabajo de recopilación de información, no necesariamente refleja el fenómeno en su totalidad, en tanto se encuentra “tamizado” fundamentalmente por otro actor relevante en el sector salud: los medios de comunicación.

De cualquier modo, y en la medida en que el presente análisis es de naturaleza cuantitativa, no considera el modo en que las manifestaciones de los trabajadores de la salud fueron evaluados o calificados por la prensa –lo que forma parte de un estudio que excede a los objetivos de este trabajo. Así, el presente documento, a partir de la data recibida, se concentra en estudiar la relación entre días de huelga y el tipo de instituciones

convocantes, su país de origen, la naturaleza original de la protesta y otra información relevante y capaz de ser capturada cuantitativamente.

4.1. Metodología de Construcción de la Base de Datos

La base de datos fue construida por Scavino en base a información pública recolectada en Internet, sitios Web de organizaciones del Sistema de Naciones Unidas, organismos regionales y gubernamentales, asociaciones internacionales y nacionales de profesionales y trabajadores, medios de información (prensa y radio), centros de investigación y universidades. Con el objetivo de dar el mayor rigor posible a la información el autor consultó a dirigentes de organizaciones y fuentes del sector de la Región. La información contenida en la misma incluye: (i) país en el que se desarrolla el conflicto, (ii) nombre de la institución convocante, (iii) tipo de organización, (iv) caracterización de las demandas, (v) fechas de inicio y finalización.

Los agentes convocantes que organizan el llamado a huelga se pueden clasificar en cinco grupos:

- OPM: organizaciones de profesionales médicos (colegio, sindicatos de médicos o mixtas).
- OPE: organizaciones de profesionales de enfermería que nuclean a enfermeras universitarias y parteras, ya sean colegios, asociaciones o sindicatos.
- OAE: organizaciones de auxiliares de enfermería (generalmente sindicatos y diferenciados de las organizaciones universitarias),
- OTS: organizaciones de trabajadores en salud, clásicos sindicatos de funcionarios públicos o privados de la salud, y
- OOP: otras organizaciones de profesionales (OOP), categoría que incluye a paramédicos, instrumentistas, laboratoristas, anestesiólogos, etc.

La Tabla 1 resume para uno de los años de la muestra, 2004, el espectro de organizaciones contenidas en la muestra, siendo las de carácter sindical las de mayor peso relativo. Aproximadamente el 96% de las organizaciones incorporadas en el estudio de Scavino corresponden a grupos nacionales, y el 66,32% corresponden a trabajadores de la salud, 18,71% a estructuras de profesionales médicos y el 14,96% restante a profesionales de enfermería.

Asimismo, la Tabla 2 evidencia la dispersión entre países en cuanto a cantidad de medidas de fuerza efectuadas por país durante el año 2004. República Dominicana, Bolivia y Perú son las tres naciones que tuvieron el mayor número de huelgas durante el lapso señalado, con 20,31%, 18,75% y 17,19%.

Tabla 1
Organizaciones estudiadas por tipo y ámbito de acción, 2004

Organización	Internacionales	Regionales	Nacionales	Total
Profesionales de Enfermería	1	1	42	44
Profesionales Médicos	1	1	53	55
Trabajadores	5	3	187	195
Total	7	5	282	294

Fuente: Elaboración propia en Base a Scavino 2005.

En el extremo opuesto, y con menos del 5% del peso regional en ese año, se encuentran Chile, Brasil y México, con tres, dos y una huelga, respectivamente.

Tabla 2
Huelgas por país en la Región de las Américas, 2004

País	Cantidad de Huelgas	Participación en el total
R. Dominicana	13	20.31%
Bolivia	12	18.75%
Perú	11	17.19%
Ecuador	6	9.38%
Honduras	6	9.38%
Nicaragua	5	7.81%
Uruguay	5	7.81%
Chile	3	4.69%
Brasil	2	3.13%
México	1	1.56%
Total	64	100.00%

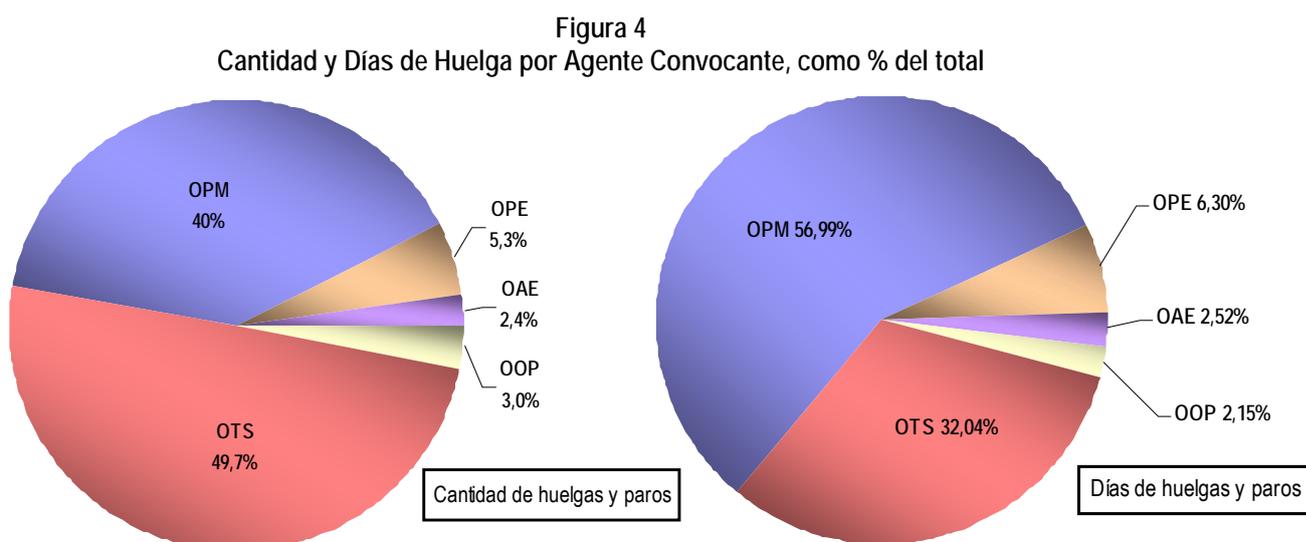
Fuente: Elaboración propia en Base a Scavino 2005.

A partir de la información recogida por Scavino, en la subsección siguiente se presenta un análisis de estadística descriptiva que analiza por año, por tipo de agente convocante y por tipo de demanda, el número de huelgas llevadas a cabo en la Región y los días involucrados en tales manifestaciones, capturados a partir de la metodología propuesta para los años 2003 a 2005. A continuación, y en base a la discusión conceptual y el modelo presentados en las secciones previas, se analiza mediante un modelo de mínimos cuadrados clásicos los determinantes de los días de huelga totales en el sector salud latinoamericano, estableciendo

algunas particularidades para los casos de huelgas asociados con factores económico-salariales y con argumentos relacionados con aspectos de reforma sectorial.

4.2. Análisis Descriptivo

La Figura 4 muestra, por agente convocante y para el 2004, el peso porcentual de cada una de estas instituciones a partir de los dos indicadores que reflejan la movilización de las organizaciones de salud: número de huelgas, y cantidad de días de huelga totales por nación. Se observa que las organizaciones de médicos (OPM) convocaron el 40% de las huelgas y paros de la región, aunque la duración promedio fue mayor, en tanto representan el 56.99% de los días de manifestación. El segundo lugar corresponde a los trabajadores de la salud (OTS), con el 32,04% de los días de huelga y aproximadamente la mitad de las convocatorias (49,7%). Los tres grupos de organizaciones restantes convocaron al 10% restante de las huelgas y lideraron el 11% de los días de manifestación de trabajadores en el sector salud de la región.



Fuente: Elaboración propia en base a Scavino 2005.

La distribución de días de huelga por agente convocante al interior de la región, para el total de la base de datos analizada, muestra que las Organizaciones de Trabajadores (no profesionales) de la salud fueron los referentes de más del cincuenta por ciento de las huelgas regionales en ocho de los diecisiete países incorporados al análisis (Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Guatemala, México y Paraguay). Ellos, con la excepción de Paraguay, corresponden a las naciones de mayor población de la región –Venezuela no refleja datos en el período estudiado-.

Cuadro 3
Días de Huelga por Agente Convocante, por país y como % del total

País	OPM	OPE	OAE	OOP	OTS	Total
Argentina	40.00%	0.00%	0.00%	0.00%	60.00%	100%
Bolivia	30.59%	0.00%	0.00%	0.00%	69.41%	100%
Brasil	28.57%	0.00%	0.00%	0.00%	71.43%	100%
Chile	18.18%	0.00%	0.00%	0.00%	81.82%	100%
Colombia	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	100.00%	100%
Ecuador	69.29%	7.14%	0.00%	0.00%	23.57%	100%
El Salvador	99.63%	0.00%	0.00%	0.00%	0.37%	100%
Guatemala	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	100.00%	100%
Honduras	39.44%	4.23%	47.89%	0.00%	8.45%	100%
México	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	100.00%	100%
Nicaragua	65.43%	0.00%	0.00%	0.00%	34.57%	100%
Panamá	71.43%	0.00%	0.00%	0.00%	28.57%	100%
Paraguay	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	100.00%	100%
Perú	36.40%	31.58%	0.00%	10.96%	21.05%	100%
Puerto Rico	100.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	100%
R. Dominicana	93.22%	0.00%	0.00%	6.78%	0.00%	100%
Uruguay	52.66%	0.00%	0.00%	0.00%	47.34%	100%

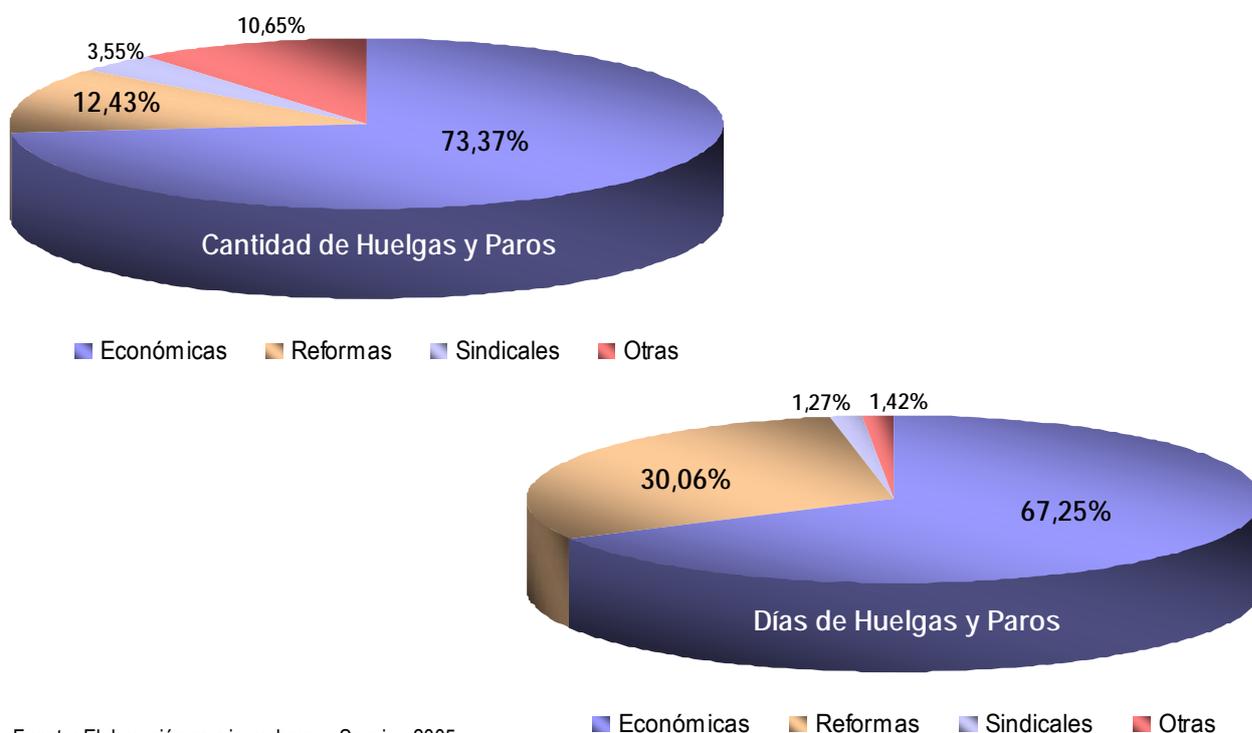
Fuente: Elaboración propia en base a Scavino 2005.

Por el contrario, Ecuador, El Salvador, Nicaragua, Panamá, Puerto Rico y Uruguay, muestran que más del cincuenta por ciento de sus días de huelga fueron encabezadas por las Organizaciones de Profesionales Médicos (OPM). Honduras es la única nación latinoamericana donde las instituciones sindicales asociadas con auxiliares de enfermería cuentan con un peso significativo al momento de establecer manifestaciones laborales asociadas con huelgas: 47,89%.

Las demandas que motivaron las huelgas en la región durante el período analizado fueron clasificadas por Scavino en cuatro grupos: (i) económicas, (ii) políticas, (iii) sindicales y (iv) otras.

- Las huelgas de carácter económico se asocian específicamente con reivindicaciones asociadas con salarios y beneficios, creación de nuevos puestos de trabajo, etc. Se refiere a todas las demandas que supongan incremento de los recursos financieros de los manifestantes.
- Las huelgas con motivos de políticas sectoriales se relacionan con rechazo de reformas, rechazo a las "privatizaciones", paros en contra de la reforma de la seguridad social, etc.). Incluye las demandas de mejores condiciones de trabajo, aunque no son comunes las huelgas motivadas exclusivamente por esta causa. En general, las mismas integran plataformas de movilización más extensas.
- Las manifestaciones sindicales refieren a cuestiones asociadas con preservar reivindicaciones históricas de los gremios o a peticionar por aspectos de legitimidad organizacional: reconocimiento de delegados, reconocimiento de la organización como tal, despidos antisindicales, etc.
- Finalmente, se incluye en el rubor "Otras" a aquellas huelgas inspiradas en demandas políticas generales que no están exclusivamente destinadas al sector (No al tratado de libre comercio (TLC), en contra de acciones de los gobiernos etc.) y que motivan huelgas sólo en el sector salud.

Figura 5
Cantidad y Días de Huelga por Tipo de Demanda, como % del total



Fuente: Elaboración propia en base a Scavino 2005.

De la apertura por número de huelgas y días de huelga para el total de las naciones de la base de datos, se observa que mayoritariamente son las reformas económicas las que motivan la movilización, explicando el 73,37% de las huelgas y el 67,25% de los días en este tipo de manifestación. El segundo lugar, con 12,43% de las huelgas y el 30% de los días con falta de actividad, corresponden al grupo de motivaciones asociadas con la reforma. Finalmente, las causas políticas y sindicales se reducen al 14% de las huelgas y a menos del 3% de los días totales de acción sindical bajo esta modalidad.

Analizando las causas de días de huelga por nación, Chile, Colombia, El Salvador, México y Panamá son las naciones donde el motivo político (reforma sectorial) constituye la motivación mayoritaria para este tipo de manifestación sindical. Ello no necesariamente coincide con la intensidad de las reformas en tales países (Panamá, por ejemplo). Con menos del 50% de incidencia se encuentran Brasil, Bolivia y Argentina, con 22,22%, 19,75% y 11,11%, respectivamente.

Cuadro 4
Días de Huelga por Tipo de Demanda y por país, como % del total

País	Económicas	Reformas	Sindicales	Otras	Total
Argentina	44,44%	11,11%	0,00%	44,44%	100,00%
Bolivia	59,26%	19,75%	9,88%	11,11%	100,00%
Brasil	77,78%	22,22%	0,00%	0,00%	100,00%
Chile	27,27%	72,73%	0,00%	0,00%	100,00%
Colombia	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%
Ecuador	99,29%	0,00%	0,00%	0,71%	100,00%
El Salvador	0,37%	99,63%	0,00%	0,00%	100,00%
Guatemala	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
Honduras	86,96%	0,00%	10,14%	2,90%	100,00%
México	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%
Nicaragua	98,77%	0,00%	0,00%	1,23%	100,00%
Panamá	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%
Paraguay	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
Perú	98,25%	0,88%	0,88%	0,00%	100,00%
Puerto Rico	50,00%	0,00%	0,00%	50,00%	100,00%
R. Dominicana	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
Uruguay	95,15%	3,64%	0,00%	1,21%	100,00%

Fuente: Elaboración propia en base a Scavino 2005.

Bolivia y Honduras son las dos naciones donde los aspectos sindicales provocaron los mayores movimientos de huelga de la región, con aproximadamente un diez por ciento de incidencia en sus respectivos días totales de huelga. En términos de adhesión política mediante manifestaciones del sector salud, Puerto Rico, con el 50% de sus días de huelga y Argentina, con el 44,44% lideran el rubro, seguido por Bolivia (11,11%) y Honduras (2,9%). Estas dos últimas naciones son las que se encuentran más “diversificadas” en sus razones de protesta, aunque no necesariamente son las más movilizadas.

Los dos Cuadros siguientes muestran por tipo de demanda y por organización convocante, los días de huelga identificados en la región. Claramente las Organizaciones de Profesionales médicos son aquellas de mayor poder de manifestación en los cuatro tipos de huelgas, donde los factores económicos reflejan 438 días y el 57% del total de este tipo de instituciones. Las huelgas por motivos sindicales se encuentran en el tercer lugar (1,82%), seguidas por las provocadas por rechazo políticas macroeconómicas (1,80%). Los porcentajes asociados con las organizaciones de trabajadores de la salud son más drásticas; tres cuartos de sus días de huelga son por motivos económicos, en tanto los motivos de política de reforma sanitaria recibe el 22% del total.

Cuadro 5
Días de Huelga por Tipo de Demanda y Agente Convocante

Demandas	Tipo de Organización				
	OPM	OPE	OAE	OOP	OTS
Económicas	438,5	85	30	29	319
Reformas	306	0	0	0	96
Sindicales	14	0	0	0	3
Otras	10	0	4	0	14
Total	768,5	85	34	29	432

Fuente: Elaboración propia en base a Scavino 2005.

Cuadro 6
Días de Huelga por Tipo y Agente Convocante, en %

Demandas	Tipo de Organización				
	OPM	OPE	OAE	OOP	OTS
Económicas	57,06%	100,00%	88,24%	100,00%	73,84%
Reformas	39,82%	0,00%	0,00%	0,00%	22,22%
Sindicales	1,82%	0,00%	0,00%	0,00%	0,69%
Otras	1,30%	0,00%	11,76%	0,00%	3,24%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: Elaboración propia en base a Scavino 2005.

Estos resultados colocan el debate asociado con la política económica del sector salud en un plano más cercano al marco teórico de la teoría de la negociación que a la de los agentes de cambio y la economía política, usando los parámetros discutidos en la tercera sección de este documento. En la medida que más del 63% del total de los días de huelga corresponden a factores salariales, el componente asociado con el debate en torno a los objetivos de las reformas y los mecanismos de alineamiento de intereses adquiere otro contexto.

Ello es así no por la importancia de las iniciativas de reforma y el papel que se llama a desempeñar a los sindicatos como actores del sector salud, sino porque la impronta reivindicativa de los sindicatos utiliza este instrumento de manifestación para la resolución de conflictos monetarios.

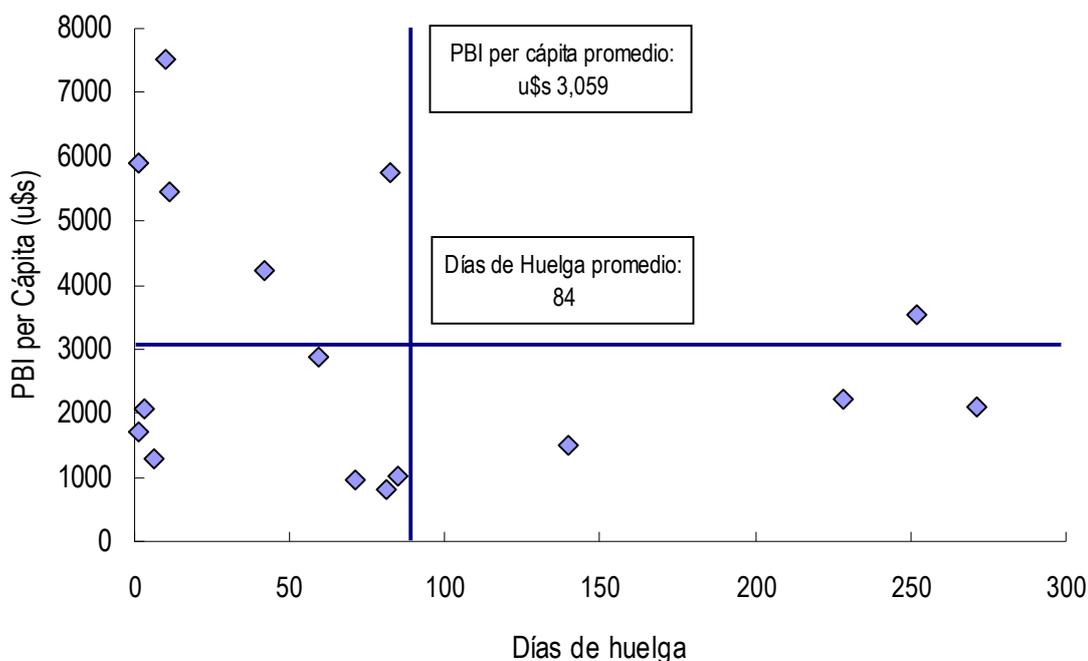
Sin embargo, de la apertura de motivos de huelga por agente convocante muestra que son los profesionales médicos aquellos para los cuales los aspectos de política sanitaria generan mayores incentivos a la movilización, y explicando aproximadamente el 40% de los días de huelga de la región.

Esta variedad de elementos requieren de mayor profundización en una agenda de debate sobre los mecanismos de diseño e implementación de reformas sectoriales, que asocien los factores socio-económicos del sector salud en contexto nacional, considerando asimismo elementos específicos sobre la naturaleza de las negociaciones sindicales y la estructura de las organizaciones que llevan a cabo el proceso de participación y negociación en el sector.

A partir de ello es que la siguiente Figura 6 muestra la relación entre el indicador de días de huelga y una variable de contexto, el Producto Bruto Interno per cápita, como medida de "necesidad de negociación". El

resultado presentado en la Figura 6 refiere a una –esperada- relación negativa entre ambas variables: mayor es el nivel de riqueza promedio acumulada en un país, menor es la probabilidad de manifestar a través de la huelga.

Figura 6
Días de Huelga y PBI per cápita



Fuente: Elaboración propia en base a Scavino 2005.

El Cuadro 7, por su parte, agrupa a los países relevados en función del número de asociaciones profesionales de médicos presentes en cada nación. A partir de esta variable se presenta para cada país, y para aquellas huelgas convocadas por las organizaciones profesionales de médicos, el número de manifestaciones, los días de paro generados por las mismas, con el valor promedio y el desvío estándar para cada grupo de naciones. Como se desprende del análisis, no existe asociación entre número de sindicatos y días o número de huelga.

Argentina y Brasil, con tres agrupaciones médicas, muestran un promedio de huelgas de 2,5 durante la extensión de la muestra, y un promedio de 38 días de paro. Paralelamente, Bolivia, Colombia, El Salvador, Guatemala y Uruguay, con dos gremios médicos cada uno, presentan un número promedio de huelgas de 4,8 y un promedio de días asociados con ellas de 68,1. En el resto de las naciones de la región el número de huelgas es similar al segundo grupo –en el entorno de 4,3-, aunque la duración promedio de las mismas se asemeja al grupo de mayor número de asociaciones. Un análisis similar se reproduce en el Cuadro 8 para el caso de los trabajadores de la salud, con resultados similares.

Cuadro 7
Cantidad de Agrupaciones Médicas y Huelgas – por País

País	Agrupaciones Médicas	Huelgas iniciadas por OPM	Promedio	Desvío Estándar	Días de Paro	Promedio	Desvío Estándar
Argentina	3	3	2,5	0,7	4	38	48,1
Brasil	3	2			72		
Bolivia	2	14	4,8	6,4	26	68,1	114,4
Colombia	2	0			0		
El Salvador	2	1			270		
Guatemala	2	0			0		
Uruguay	2	9			44,5		
Chile	1	1			2		
Ecuador	1	2	4,33	5,9	97	38,67	36,0
Honduras	1	4			28		
México	1	0			0		
Nicaragua	1	4			53		
Panamá	1	1			30		
Paraguay	1	0			0		
Perú	1	9			83		
República Dominicana	1	18			55		

Fuente: Elaboración propia en base a Scavino 2005.

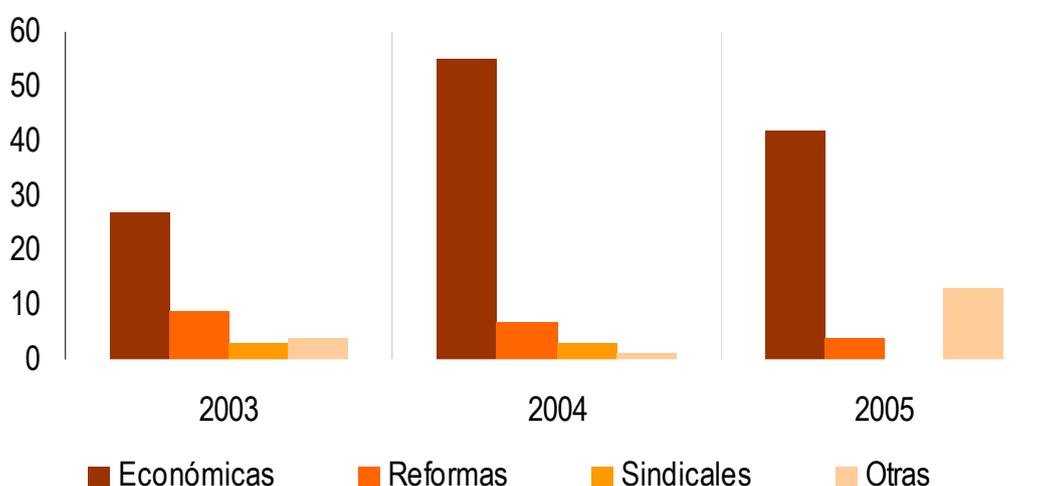
Cuadro 8
Cantidad de Agrupaciones de Trabajadores de la Salud y Huelgas, por País

País	Agrupaciones de trabajadores de la Salud	Huelgas iniciadas por OTS	Promedio	Desvío Estándar	Días de Paro	Promedio	Desvío Estándar
Ecuador	5	11	8,5	3,5	33	21	17,0
Chile	3	6			9		
Honduras	3	3	9	9,6	6	31,4	24,3
Perú	3	5			48		
Uruguay	3	6			38		
Argentina	2	5			6		
Bolivia	2	26			59		
Brasil	2	5			180		
Colombia	2	1	2,33	2,9	3	25,78	58,5
El Salvador	2	1			1		
Guatemala	2	1			1		
Paraguay	2	2			6		
México	1	1			1		
Nicaragua	1	9			28		
República Dominicana	1	0			0		
Panamá	0	1			12		

Fuente: Elaboración propia en base a Scavino 2005.

Aprovechando la información disponible a nivel anual para los períodos 2003, 2004 y 2005, la siguientes dos Figuras, muestra por número de huelgas/días de huelga y por motivo de las mismas, su evolución temporal. La Figura 7 pone en evidencia la relación existente entre las huelgas asociadas con motivos económicos/salariales y el resto de las razones que provocaron la manifestación de los gremios asociados con la salud. Los motivos económicos, sin embargo, no reprodujeron una lógica constante en el tiempo, siendo relativamente menos relevantes en el primer período estudiado, incrementándose por encima de las cincuenta huelgas durante el 2004 y cayendo en aproximadamente un veinte por ciento en el período siguiente. Las llamadas huelgas asociadas con reformas ocupan el segundo lugar, mostrando una caída lineal a lo largo de los tres años, así como las movilizaciones por motivos sindicales. Las huelgas relacionadas con otros motivos, generalmente externos al sector salud, se incrementan entre los dos últimos años, superando en peso relativo a las motivaciones de reforma y sindicales.

Figura 7
Evolución de Huelgas, por Tipo de Demanda y por País - 2003 - 2005



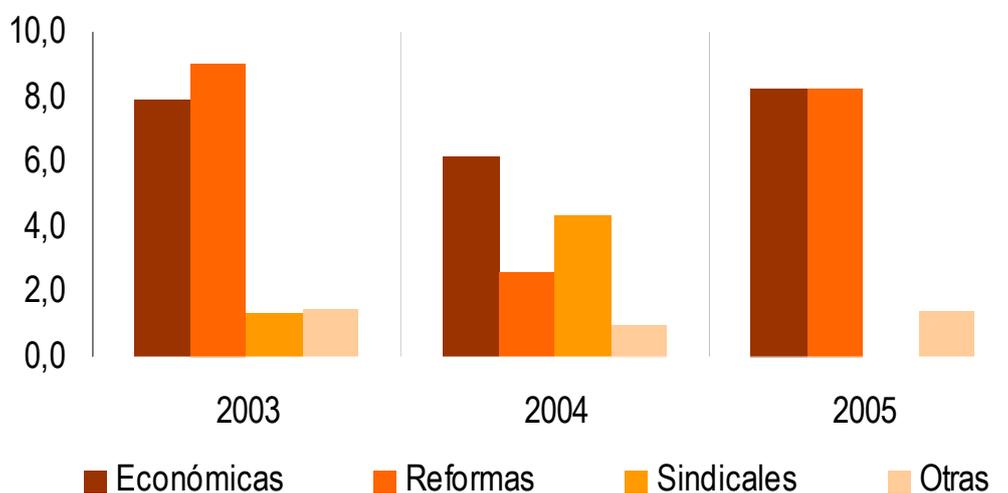
Fuente: Elaboración propia en base a Scavino 2005.

El número de huelgas, sin embargo, no necesariamente se asocian con su duración, como fuera analizado previamente. La Figura 8 presenta su evolución para los años analizados, mostrando un escenario diferente al ilustrado en la gráfica anterior. La misma muestra que el peso de las manifestaciones asociadas con reformas del sistema de salud son significativamente más relevantes en intensidad.

Para el año 2003, su peso relativo ocupa el primer lugar con un promedio de nueve días por manifestación, contra aproximadamente una duración de ocho días para las huelgas económicas, cayendo a valores cercanos a dos en el año siguiente, para volver a incrementarse en el 2005. Las huelgas económicas, por su parte son más uniformes en duración, manteniendo un promedio de intensidad de entre siete y ocho días para los tres períodos.

La forma de U definida por las huelgas asociadas con reforma se contraponen a las manifestaciones sindicales, con un pico de duración de cuatro días para el 2004. Finalmente, el grupo de motivaciones políticas externas son las de menor duración, con un promedio de un día por huelga.

Figura 8
Días de Huelga Promedio, por Tipo de Demanda y por País - 2003 - 2005



Fuente: Elaboración propia en base a Scavino 2005.

El estudio descriptivo de la información disponible cierra con el análisis del Cuadro 9, que presenta la intensidad relativa de cada tipo de manifestación por período, desagregando su participación por tipo de agente convocante, ya sea organizaciones de médicos (OPM), de enfermeros (OPE), de auxiliares de enfermería (OAE), de trabajadores de la salud (OTS), o de otras agrupaciones del sector (OOP).

Claramente las huelgas asociadas con factores económicos muestran mayor diversidad de agentes convocantes, para los tres años de análisis, y una distribución similar en el peso relativo de cada una, especialmente de los médicos y trabajadores de la salud. Por otra parte, ambas organizaciones resultan ser las más participativas en las manifestaciones asociadas con reformas y factores políticos externos al sector, constituyendo en todos los años las instituciones más movilizadas.

Completando la lectura del Cuadro, las agrupaciones de auxiliares de enfermería y otros trabajadores de la salud son aquellos con menor participación en los movimientos de huelga de los sistemas de la salud en América Latina, fenómeno probablemente asociado con su escala y poder de negociación.

Cuadro 9¹
Cantidad de Huelgas por Tipo de Demanda y por Año - 2003 - 2005

Año	Agente Convocante	Demandas			
		Económicas	Reformas	Sindicales	Otras
2003	OPM	40,7%	33,3%	33,3%	25,0%
	OPE	3,7%	0,0%	0,0%	0,0%
	OAE	3,7%	0,0%	0,0%	25,0%
	OOP	7,4%	0,0%	0,0%	0,0%
	OTS	44,4%	66,7%	66,7%	50,0%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
2004	OPM	41,8%	14,3%	100,0%	0,0%
	OPE	9,1%	0,0%	0,0%	0,0%
	OAE	1,8%	0,0%	0,0%	0,0%
	OOP	5,5%	0,0%	0,0%	0,0%
	OTS	41,8%	85,7%	0,0%	100,0%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
2005	OPM	42,9%	25,0%	0,0%	30,8%
	OPE	7,1%	0,0%	0,0%	0,0%
	OAE	0,0%	0,0%	0,0%	7,7%
	OTS	50,0%	75,0%	0,0%	61,5%
	Total	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia en base a Scavino 2005.

4.3. Implementación Econométrica

A partir del modelo presentado en la sección anterior, y en función de la información disponible analizada, es posible identificar un mecanismo de implementación econométrica que permita indagar sobre los determinantes de los días de huelga como una de las estrategias disponibles por los gremios y sindicatos de médicos y trabajadores de la salud para desplegar en un proceso de negociación.

Como se mencionara previamente, la base utilizada refiere principalmente a noticias en medios gráficos, por lo que las inferencias que surjan de su análisis tendrán necesariamente el sesgo de lo que es considerado "noticia" por los medios de prensa de la región. Sin embargo, y dada la rigurosidad en su proceso de elaboración (Scavino, 2004), constituye un instrumento necesario para avanzar en el conocimiento de las acciones de un actor clave del sector salud, a fin de avanzar en el estudio de esquemas de gobernabilidad de estos sistemas. Asimismo, no debe considerarse a la huelga como la única manifestación estratégica de las acciones de los trabajadores de la salud y sus representantes, sino sólo una de las herramientas disponibles para alcanzar sus objetivos como grupo de interés.

Tomando como referencia lo planteado por Maceira y Murillo (2001), se propone la estimación del modelo de comportamiento discutido previamente tomando como variable dependiente el número de días de huelga por sindicato y por país para cada una de las 168 huelgas o paros producidos por sindicatos o agremiaciones de trabajadores de salud durante los años 2003 a 2005.

¹ Debe notarse que, pese al escaso peso de las organizaciones médicas en las huelgas por reformas, existen diversas formas de influencia por parte del corporativismo médico, que no se expresan directamente en huelgas, pero que sin embargo, remiten a actores significativos en los procesos de reformas.

De este modo la estimación mediante mínimos cuadrados clásicos establece que la intensidad de la huelga se encuentra explicada por una serie de vectores, que reflejan indicadores de contexto, de estructura del "mercado" de servicios de salud, y de las organizaciones sindicales convocantes.

El ponderador asociado con el *tradeoff* entre el beneficio monetario individual y el bienestar social (α en el modelo) no se ha incorporado como variable explicativa en tanto corresponde al campo de las preferencias individuales y sindicales, lo cual es dificultoso de mensurar. De todos modos, el mismo es incorporado a través de la variable de inversión nacional en salud (I), instrumentada a partir del gasto total en salud per cápita del país. Como surgiera del análisis teórico de los determinantes de la huelga, una relación negativa y significativa entre los días de huelga y la inversión en salud se encontraría asociada con un peso relativamente mayor del componente social sobre el privado en la función de utilidad individual del trabajador de la salud. Contrariamente, un coeficiente positivo y significativo acompañando a esta variable sería indicador de un mayor peso del componente privado. Sin embargo, esta lectura puede ser interpretada de otro modo, desde la mirada sindical: mayor inversión social en salud requiere, desde cada grupo de actores participantes del sistema, de una más activa petición por mantener la proporción sectorial sobre la distribución de los recursos, llevando a mayores niveles relativos de huelga.

El mecanismo propuesto para instrumentar el peso del financiamiento privado en el ingreso monetario del médico en la función individual, trasladado a una estimación de data de países, fue la participación del sector privado en el financiamiento del sector salud de cada país. De este modo, ρ toma la forma de un parámetro que refiere a la conducta del sector público, originado en el cálculo de cuentas nacionales de cada país y recopilado por el *World Development Report*.

La variable asociada con el nivel de competencia en el mercado de trabajadores de la salud (n en el modelo propuesto), se instrumenta a partir de dos variables surgidas de la información provista por organismos internacionales (OPS, BM): número de médicos cada mil habitantes, y número de enfermeros cada mil habitantes. De acuerdo a los resultados alcanzados, se espera que mayor competencia reduzca potencialmente el número de días de huelga, en tanto reduce los márgenes de acuerdo al interior de un colectivo relativamente atomizado.

La estimación propuesta considera tres dimensiones para representar el peso de los trabajadores de la salud y sus representantes. La primera de ellas es una medida de "densidad" del conjunto de profesionales de la salud (número de médicos y enfermeros), en tanto una segunda variable diferencia el nivel de "combatividad" (intensidad) relativa de cada agente convocante (potencialmente identificado como β en el modelo formal). Un tercer elemento lo constituye el número de instituciones sindicales o gremiales por rama de actividad: se argumenta que a mayor dispersión de la representación, mayor será la probabilidad de manifestación de cada grupo como mecanismo de demostración hacia sus afiliados (competencia). Esta relación es presentada en Maceira y Murillo (2001) como uno de los potenciales disparadores de huelga desde una mirada de incentivos políticos.

A los fines de la estimación del modelo, los niveles diferenciales de intensidad de cada agente convocante se instrumenta mediante la inclusión de una variable dummy que toma valor igual a uno cuando la convocatoria se origina en gremios de profesionales médicos, a fin de diferenciarla de las otras agrupaciones (especialmente aquellas de trabajadores de la salud, que junto con los médicos constituyen las instituciones más movilizadas de la región). Paralelamente, y para testear la hipótesis de competencia entre agrupaciones sindicales, se generó una variable "*numsind*" que toma para cada huelga incorporada en la base de datos, el valor correspondiente al número de agrupaciones por tipo que representan a los trabajadores que organizan la huelga. De confirmarse la hipótesis, mayor número de agrupaciones aumentarían los incentivos de cada agente convocante a llegar a la instancia de paro o huelga.

El modelo intenta capturar asimismo niveles de intensidad de días de huelga en función del tipo de demanda que las origina, presentando una Dummy asociada con convocatorias que manifiestan contra reformas de salud (en contraposición a demandas económicas –principalmente- sindicales o políticas). Finalmente, se incluyen dummies por año y trimestre, a fin de identificar la posibilidad de especificidades temporales (anuales o estacionales).

Los resultados de este ejercicio se presentan en el Cuadro 10, mostrando en las primeras dos columnas diferentes especificaciones del modelo para el total de huelgas. En las últimas dos columnas se reproducen estimaciones similares, focalizándose únicamente en las huelgas de carácter económico (demandas salariales).

Cuadro 10
Implementación Econométrica

	Variable Dependiente: Días de Huelga		Variable Dependiente: Días de Huelga por Motivos Económicos	
GastoTSaludcap	0.0113503 (0.35)	.0141219 (0.248)	.02182 ** (0.012)	0.0249544 *** (0.004)
Share privado	0.4441211 ** (0.034)	.4477688 ** (0.031)	.2533709 * (0.073)	0.2529682 * (0.069)
Médicos x 1000	-9.20432 ** (0.017)	-9.701332 ** (0.011)	-7.846652 *** (0.002)	-8.692531 *** (0.001)
Enfermeros x 1000	1.523863 (0.464)	2.399202 (0.251)	1.577229 (0.232)	1.952362 (0.132)
Numsindic	7.09239 * (0.09)	-	-0.304803 (0.979)	1.048723 (0.425)
DMedConvoc	-	-9.937192 ** (0.031)	2.825505 (0.300)	-
DTrabConvoc	15.56912 ** (0.011)	16.8276 *** (0.006)	-	-5.992867 *** (0.051)
DTri2	3.586791 (0.523)	3.347215 (0.547)	3.816457 (0.272)	4.05322 (0.232)
DTri3	4.45721 (0.386)	5.023372 (0.326)	1.923091 (0.545)	2.376963 (0.451)
DTri4	-998766 (0.863)	.1130193 (0.984)	.4543821 (0.899)	1.132502 (0.751)
a2003	-6.272987 (0.194)	-6.738403 (0.160)	.6625884 (0.838)	0.5288506 (0.868)
a2004	-7.993967 * (0.064)	-8.387218 * (0.051)	-1.914045 (0.477)	-2.270794 (0.393)
Constante	-11.10466 (0.402)	-8.007871 (0.540)	-6.975059 (0.423)	-5.699783 (0.504)
Obs	168	168	124	124
R ² Ajustado	0.12	0.13	0.11	0.13

* 10% ** 5% *** 1%

Los resultados convalidan algunas de las hipótesis originales y descartan, al menos bajo los indicadores utilizados en este ejercicio, otros argumentos considerados en el modelo. El número de médicos, como fuera

planteado, opera negativamente en el número de días de huelgas días de huelga, asociado con la dispersión en la capacidad de negociación, aunque la densidad de enfermeros no encuentra representatividad estadística. Paralelamente, la dummy asociada con la convocatoria de los sindicatos médicos aumenta la probabilidad de huelgas con mayor número de días, y lo inverso se refleja en aquellas convocatorias lideradas por trabajadores de la salud (como fuera visto, los dos tipos de instituciones convocantes más frecuentes). Los resultados también muestran la importancia de la participación del sector privado para aumentar la probabilidad de mayores días de huelga, en tanto la inversión total en salud, para el caso de huelgas totales (salariales, sindicales, políticas y asociadas con reforma), no encuentran una correlación significativa para determinar el número de días de manifestación gremial en el sector salud. Complementariamente, aquellas huelgas asociadas con rechazo a las iniciativas de huelgas serían más intensas en días de manifestación, de acuerdo a lo sugerido por la variable *Dreforma*.

Finalmente, la estimación no encuentra características anuales o estacionales que afecten la probabilidad de huelga, en tanto que el factor "competencia entre agentes convocantes por gremio", sintetizado por la variable "numero de sindicatos por agente relevante" no mostró significancia estadística, aunque muestra el signo esperado.

Las dos últimas columnas del Cuadro 10 analizan la misma aplicación econométrica pero esta vez considera sólo las 124 encuestas asociadas con reivindicaciones salariales. Los resultados son consistentes con los discutidos anteriormente, con tres diferencias para mencionar: la primera es el mayor peso convocante de los trabajadores de la salud con respecto a los médicos en este escenario, lo que refleja que los profesionales se identifican más activamente con huelgas asociadas con reforma. En segundo lugar, si bien la participación del sector privado sigue siendo significativa y positiva, su intensidad es menor, probablemente relacionado con el relativamente mayor protagonismo público de las manifestaciones gremiales en este particular. En tercer lugar, y a diferencia del caso previo, el indicador global de inversión total en salud es significativo al 5% y positivo. Como planteaba el modelo teórico, la incidencia de esta variable dependía de la importancia relativa que el trabajador de la salud le asignaba a los componentes sociales y privados de su función de utilidad y, complementariamente, a la lectura que de ello hace el sindicato. El signo encontrado referiría a un movimiento de los sindicatos a incrementar la participación de sus representados en un desembolso mayor en un sector con mayor disponibilidad de recursos.

De todos modos, el ajuste de estimación de ambos grupos de estimaciones es bajo, lo que habla del limitado poder predictivo de la especificación utilizada. Se considera que ello se debe a la imposibilidad de incorporar en el grupo de variables explicativas la diferencial de salario del sector (entre años y entre el sector salud y el resto de la economía). Esta información no se encontraba disponible al momento de desarrollar este documento, y probablemente permitiría incrementar el ajuste presentado. A pesar de ello, tanto el modelo teórico como el ejercicio econométrico propuesto no resultan invalidados.

4.4. Reformas e Incentivos

La última sección de este capítulo presenta un resumen de las veintiún huelgas por motivos relacionados con reforma llevadas a cabo por asociaciones gremiales durante el período 2003-2005. En ellas se muestra que los médicos convocaron seis de las huelgas, cuya duración promedio fue de treinta y seis días. Sin embargo, si se separa la huelga del caso salvadoreño, extendida durante 270 jornadas de huelga, el promedio baja a seis días por manifestación. Ello se asimila con el total de quince huelgas de trabajadores de la salud, con un promedio de 6,4 días cada una.

Cuadro 11
Huelgas por Reforma, por Tipo y País

País	Demanda Política - Motivo	Breve descripción	Agente Convocante		Días de Huelga
Uruguay	General	Pedido de renuncia del Ministro de Salud, Conrado Bonilla, luego que éste llamara "terroristas" a los miembros del Sindicato Médico de Uruguay por haber tomado hospitales en protesta por aumentos salariales al sector salud.	Médicos	Sindicato Médico del Uruguay	1
	General		Médicos	Sindicato Médico del Uruguay	2
Perú	General	EsSalud (Seguro Social de Salud de Perú) inició una huelga en protesta por el pago de guardias de trabajo en forma completa y según ley, abastecimiento de medicamentos e infraestructura adecuada. La medida de fuerza respetó la atención en el servicio de emergencia, unidades de cuidados intensivos y las secciones hospitalarias críticas.	Médicos	Asociación Médica del Seguro Social (AMSSOP)	1
	Asociaciones Público Privadas	La derogatoria de la Ley Marco del Empleo Público debido que implica la tercerización de servicios	Trabajadores de la Salud	Federación Nacional Unitaria de Trabajadores del Sector Salud (Fenutssa).	1
Panamá	Asociaciones Público Privadas	Protesta por la restitución del director de la Caja de Seguro Social, quien se ha destacado por defender a la institución contra los intentos de privatización de sus servicios y reservas. El hecho fue denunciado por arbitrario y carencia fundamento legal. El contralor general de la República y el ministro de Economía y Finanzas, por su parte, justificaron la separación de Jované por su supuesta falta de cooperación con las grandes empresas locales y transnacionales distribuidoras de medicamentos.	Trabajadores de la Salud	Asociación Nacional de Funcionarios de la Caja de Seguro Social (ANFACSS)	12
	Reforma Seguridad Social	Rechazo a la ley de modificación del Seguro Social. Los puntos más cuestionados son los que aumentan las aportes mensuales a los trabajadores y las edades para la pensión de retiro (a las mujeres y hombres le aumentaría tres años, por lo que se jubilarían a los 60 y 65 años, respectivamente)	Médicos	COMENAL (Comisión Médica Mediadora Nacional)	30
México	Reforma Seguridad Social	No a la reforma de la Ley Orgánica del Instituto Mexicano de Seguridad Social. El propósito de la reforma consiste en prohibir expresamente al IMSS tomar recursos de los aportes obrero - patronales, de los empleados que contrate a partir de la fecha de entrada en vigor de la misma, para pagar déficits que se van generando en la antigüedad de las plazas del IMSS.	Trabajadores de la Salud	Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social (SNTSS)	1
El Salvador	Asociaciones Público Privadas	El rechazo del gremio médico de El Salvador a una ley aprobada en el parlamento que habilitaba la concesión de servicios de salud y que fue entendida como una eventual vía para la "privatización" de los centros asistenciales.	Médicos	Colegio Médico de El Salvador	270
Colombia	Reforma Seguridad Social	Trabajadores de la salud en Colombia realizaron un paro nacional de protesta, ante las intenciones del Gobierno de avanzar en el desmantelamiento y liquidación del Instituto de Seguridad Social (ISS). Protestaron también por la falta de inversión del Gobierno en la Red Pública Hospitalaria, la cual está sometida a una inminente quiebra por la falta de recursos y las deudas que tienen con ella las Empresas Prestadoras de Salud privadas	Trabajadores de la Salud	Trabajadores de la Seguridad Social (SINTRAISS)	3
Chile	Reducción de Selección Adversa	El Colegio Médico de Chile solicita que se incorporen un mayor número de enfermedades al Plan AUGE (Plan de Acceso Universal y Garantías Explícitas)	Trabajadores de la Salud	Confederación Nacional de Trabajadores de la Salud (CONFENATS)	2
	Reducción de Selección Adversa		Médicos	Colegio Médico de Chile	2
	Reducción de Selección Adversa		Trabajadores de la Salud	Confederación Nacional de Funcionarios de la Salud Municipalizada (CONFUSAM)	2
	Reducción de Selección Adversa		Trabajadores de la Salud	Confederación Nacional de Funcionarios de Salud Pública Municipalizada (CONFUSAM)	1
	Asociaciones Público Privadas		Rechazo a políticas privatizadoras de la salud pública impulsada por el gobierno mediante la licitación de los hospitales	Trabajadores de la Salud	Confederación Nacional de Trabajadores de la Salud (CONFENATS)
Brasil	Reforma Seguridad Social	Rechazo a la propuesta de reforma del Sistema Previsional propuesta por el Gobierno de Luis I. Da Silva, que abre el camino a la privatización del sistema previsional a través de los fondos de pensión	Trabajadores de la Salud	Federação Nacional dos Sindicatos de Trabalhadores em Saúde, Trabalho, Previdência e Assistência Social (FENASPS)	56

País	Demanda Política - Motivo	Breve descripción	Agente Convocante		Días de Huelga
Bolivia	Descentralización	En 1996 el Régimen de Descentralización Administrativa del Poder Ejecutivo había transferido a los nueve departamentos del país tareas, antes nacionales, en la gestión de los recursos humanos. El Decreto Supremo N° 27.457 de abril del 2004 reglamenta lo referido a la Estructura Organizacional de las Prefecturas de Departamento en la Ley de Descentralización Administrativa N° 1654/95.	Trabajadores de la Salud	Confederación Sindical de Trabajadores de la Salud de Bolivia (CSTSB)	1
	Descentralización		Trabajadores de la Salud	Confederación Sindical de Trabajadores de la Salud de Bolivia (CSTSB)	11
	General	Exigencia de renuncia del Vice-Ministro de Salud Javier Torres Goitia y ejecutivos cercanos, funcionario del ex Presidente Gonzalo Sanchez de Lozada	Trabajadores de la Salud	Confederación Sindical de Trabajadores de la Salud de Bolivia (CSTSB)	1
	General		Trabajadores de la Salud	Confederación Sindical de Trabajadores de la Salud de Bolivia (CSTSB)	2
	General	Pedido de renuncia de la Ministra de Salud y Deportes, María Teresa Paz, por considerarla "operadora política" involucrada en la revuelta de octubre del 2003 que concluyó con 60 muertos durante la presidencia de Gonzalo Sanchez de Lozada	Trabajadores de la Salud	Confederación Sindical de Trabajadores de la Salud de Bolivia (CSTSB)	1
Argentina	Descentralización + Autogestión Hospitalaria	Reclamo por un aumento salarial que cubra la canasta básica para una familia tipo y en contra del Plan Federal de Salud	Trabajadores de la Salud	Asociación de Trabajadores del Estado (ATE)	1

Fuente: Elaboración propia en base a Scavino (2004, 2005)

Más allá del caso salvadoreño mencionado, Brasil aparece como la nación con mayor intensidad de manifestación asociado con reformas, con 56 días de huelga en tres años, seguido por Panamá (42 días), Bolivia (17) y Chile (8). El Cuadro 11 presenta un resumen de estas manifestaciones, estableciendo para cada país, por agente convocante y por tipo de reforma, el número de días de huelga.

Las reformas agrupadas dentro del rubro de descentralización motivaron la convocatoria de tres huelgas, con trece días de manifestación, en tanto que la reforma de la seguridad social provocó ocho huelgas, con un total de noventa y siete días de movilización. La incorporación de mecanismos de cooperación público-privada en la prestación de servicios, normalmente vistos como movimientos hacia la privatización de la salud, movilizó cuatro huelgas, con un total de catorce días, más el caso mencionado de El Salvador, de 270 jornadas. A pesar de esta clasificación, el análisis de los motivos de huelga asociados con reforma muestra que no existe un elemento único que determina el reclamo.

En general, reformas asociadas con cambios en la seguridad social deberían ser beneficiosas para el trabajador de la salud y su sindicato, en la medida que aumenta tanto la eficiencia asignativa del sistema – llevando a potenciales mejoras en remuneraciones-, como el bienestar social. Sin embargo, tales iniciativas en la región se complementan con movimientos hacia la descentralización, cambios en los mecanismos de pago y mayor participación del sector privado, todas ellas relacionadas por los recursos humanos del sector con una atomización del poder gremial (la primera), y con riesgo de pérdidas salariales o de puestos de trabajo (las dos segundas).

5. CONCLUSIONES

Los sistemas de salud en América Latina se encuentran bajo procesos de reforma desde inicios de los noventa. Tanto el planteo acerca de cuáles son los "modelos" de reforma que lleven a cierto umbral de "buena práctica", como el reconocimiento de la existencia de una brecha entre el diseño de una reforma y la efectiva gestión de la misma, ha generado un debate que involucra a políticos, académicos y actores privados y sociales del sector. Tal debate, si fuera posible sintetizarlo de algún modo, gira en torno de los fundamentos que permiten que un modelo de cambio en los sistemas de salud en naciones en desarrollo lo vuelvan una herramienta efectiva para reducir la brecha de equidad en acceso. Sin embargo, para llegar a este objetivo

general, es necesario identificar las claves que hacen de las iniciativas de reforma instrumentos efectivamente implementables, surgiendo términos tales como sustentabilidad política de las reformas, gobernanza y mecanismos de alineamiento de intereses en un esquema de puja distributiva.

El presente trabajo avanza sobre una línea de investigación relacionada con la economía política de los sistemas y reformas de salud en la región, en la cual existen aportes en los últimos años, como así también remotos antecedentes bibliográficos que dan fundamento y enriquecen el debate. En este trabajo en particular, el concepto de gobernanza en salud es visto desde una perspectiva específica: los gremios y asociaciones profesionales de los trabajadores de la salud.

Dentro de este marco, el documento propone una síntesis de tres corrientes bibliográficas asociadas con el proceso de toma de decisiones. El primero de ellos analiza los aportes de algunas teorías sobre los modos de influir en el *policy making process*. Los enfoques institucionalistas, de grupos de interés y grupos de cambio, proponen miradas alternativas para el estudio de los modelos de origen, legitimación e implementación de políticas, donde el Estado es visto como un actor relevante, aunque no siempre central, en ese proceso. Se propone entonces una mirada de los sindicatos como actores de este sistema de toma de decisiones sectoriales, en el cual se transita por procesos de negociación en función de objetivos ocasionalmente en conflicto. Los principios generales del enfoque de teoría de la negociación son presentados en la revisión de literatura, para luego avanzar en el planteo de economía política, con bases en la teoría de los juegos.

A partir de allí se desarrolla un modelo simple de maximización de la utilidad del trabajador de la salud, donde se plantea la tensión existente entre el beneficio monetario individual y el interés en contribuir a través del ejercicio de la profesión a un mayor bienestar social. De la derivación de tal modelo surgen algunas hipótesis de trabajo que son testeadas tanto mediante estadísticas descriptivas como a través de la implementación econométrica de un modelo de mínimos cuadrados clásicos.

La base para el análisis estadístico es el trabajo realizado por Scavino sobre huelgas en el sector salud para el período 2003-2005 para la región. El instrumento constituye una invaluable contribución a la comprensión de la gobernabilidad del sector salud desde la mirada sindical, presentando resultados de uno de los varios instrumentos de comportamiento estratégico desplegados por estos actores: la huelga.

Al circunscribir el indicador de "estrategia gremial" al número e intensidad de las huelgas, el trabajo propone analizar los determinantes de los mismos, aunque no pretende por ello reducir el accionar de estas instituciones a las manifestaciones de paro, en tanto otras (mesas de diálogo, campañas, participación política y partidaria directa, etc.) son también instrumentos de incidencia.

Los resultados muestran cómo variables asociadas con la organización del sector (densidad de profesionales, niveles de gasto, papel del sector privado, etc.) influyen en la definición de huelgas en el sector salud. A pesar de ello, la falta de información relevante no permite avanzar en algunos aspectos que impulsan a la convocatoria de demandas sectoriales, tales como niveles absolutos y relativos de sueldos, alineamiento político, etc. A pesar de ello, el trabajo brinda fundamento a algunos argumentos que permitan avanzar en una mayor comprensión del accionar estratégico del sector salud en América Latina.

Es preciso notar que, si bien las correlaciones realizadas son estadísticamente significativas, las mismas son relativamente bajas, e inducen a posibles dudas sobre el aporte de la especificación del modelo, siendo que difícilmente se permitan realizar explicaciones demasiado robustas sobre los determinantes de las huelgas. En este sentido, podría ser necesaria una mayor ampliación y profundización del análisis cualitativo, de modo que, complementariamente al análisis cuantitativo, permita un mejor estudio de gobernanza dentro del sector salud.

En todo caso, tanto las manifestaciones gremiales asociadas con reclamos salariales como aquellas relacionadas con riesgos percibidos por cambio en reglas de juego (reformas sectoriales) tienen su origen en una situación estructural del sector de prestaciones de servicios de salud en América Latina: segmentación y limitaciones regulatorias, que requieren de mayor atención y debate.

El primer aspecto, segmentación, tiene su origen en la dualidad del sistema sanitario, producto de una desigual distribución del ingreso, cristalizada por normas e instituciones superpuestas en el tiempo. En la medida que el sector público en salud propone cobertura universal y ofrece efectivamente atención a los pobres con limitado presupuesto, los trabajadores de la salud que desarrollan actividades en él perciben su fragilidad y sufren la escasez de recursos. En tiempo, los actores del sistema, tanto las autoridades sanitarias, los pacientes como los mismos trabajadores y sus representados, son testigos de la caída de la capacidad pública de brindar servicios, como también de la necesidad de un esfuerzo altruista para mantener niveles de cobertura mínimos. Ello genera una tensión en los trabajadores de la salud, por la razón esquematizada en el modelo presentado más arriba, y resumido en el *tradeoff* entre la "utilidad" privada, asociada con ingresos, y la social, relacionada con la satisfacción de contribuir a la prestación de bienes sociales (preferentes, en la jerga económica).

En la medida que se profundiza el problema, y el mismo se extiende en el tiempo, el sector privado crece a expensas de la falta de respuesta pública y agudiza la falla del sistema de salud en lograr mayor cohesión social. Los sistemas segmentados de la región son una muestra de modelos duales con grandes oportunidades de selección adversa y transferencias de riesgos financieros y sanitarios. La brecha entre ricos y pobres no se reduce, y los trabajadores se encuentran ante una renovada tensión. A partir de ello sus sindicatos se reposicionan, y ante iniciativas que potencialmente ponen en riesgo su lugar como actores del sector, reaccionan agudizando la puja distributiva.

Ante esta dinámica, los riesgos de comportamiento oportunista por parte de los actores del sector con mayor información se vuelven más probables. Las fallas en los mecanismos de regulación y control en los sistemas de salud de la región, paralelamente, impiden poder identificar tales potenciales prácticas, afectando negativamente no sólo los indicadores de eficacia y calidad del sistema de salud, sino también las señales para los actores del sector, que perciben limitaciones estructurales de la autoridad pública.

De algún modo, ambos argumentos, segmentación y falta de *enforcement* regulatorio son complementarios. La falta de resolución del primero requiere de fallas en el segundo para otorgar a los actores del sector discrecionalidad para ajustar sus conductas a un modelo socialmente no sustentable. Dentro de este contexto, las agrupaciones de trabajadores de la salud reaccionan estratégicamente y no necesariamente pueden abstraerse, a pesar de sus intereses sociales y profesionales por un sistema de salud más equitativo y eficaz.

6. REFERENCIAS

Ashenfelter O. y Jonson, G. "Bargaining Theory, Trade Unions and Industrial Strike Activity" *The American Economic Review*, Vol. 59, No. 1 pp. 35-49, 1969.

Acemoglu D. y Robinson J. "Lecture Notes for Political Economy of Institutions and Development" MIT, 2007.

Abrantes Pêgo, R. y S. Arjonilla Alday. "Descentralización del Sector Salud y Conflictos con el Gremio Médico en México", *Rev. Saúde Pública*, 36 (3), pp. 329-329, 2002.

Alford, R. R. *Health Care Politics. Ideological and Interest Groups Barriers to Reform*. Chicago: The University of Chicago Press, 1975.

- Banco Interamericano de Desarrollo, Informe de Progreso Económico y Social: The Politics of Policy, 2005. Washington DC.
- Brugha, R. y Z. Varvasovszky. "How to do (or not to do) a Stakeholder Analysis", *Health Policy and Planning*, 15(3): 338-345, 2000.
- Brugha, R. y Z. Varvasovszky. "Stakeholder Analysis: A Review", *Health Policy and Planning*, 15(3): 239-246, 2000.
- Buchanan, J. y Tullock G. "The Calculus of Consent: Logical foundations for constitutional democracy", *Indianapolis: Liberty Fund, 1962*.
- Coase, R. "The Nature of the Firm", *Economica*, New Series, Vol. 4, No. 16, pp. 386-405, 1937.
- Cross, John G. "A Theory of the Bargaining Process", *The American Economic Review*, Vol. 55, No. 1/2 (Mar., 1965), pp. 67-94.
- Evans, D. Brock, W. "The Economics of Regulatory Tiering," *RAND Journal of Economics*, The RAND Corporation, vol. 16(3), pages 398-409, 1985.
- Fanelli, J.M.; McMahon, G. "Understanding Market Reforms"; Vol. 1: Philosophy, Politics and Stakeholders. Palgrave Macmillan, 2005.
- Farber, Henry S. "Bargaining Theory, Wage Outcomes, and the Occurrence of Strikes: An Econometric Analysis", *The American Economic Review*, Vol. 68, No. 3 (Jun., 1978), pp. 262-271.
- Geddes, B. "The Politicians Dilemma: Building State Capacity in Latin America, Berkley", University of California Press, 1994
- González-Rossetti, A. "La factibilidad política de las reformas del sector social en América Latina", CEPAL México, Serie Estudios y Perspectivas, 39, 2005.
- Hicks, J.R. "The theory of wages". Macmillan. London. 1932
- Immergut, E. "Health Politics: Interests and Institutions in Western Europe", Cambridge, Cambridge University Press, 1992.
- Jimenez de la Jara J, Bossert T. "Chile's health sector reform: Lessons from four reform periods". *Health Policy*; 32:155-166, 1995
- Maceira, D. "Dimensiones Horizontal y Vertical en el Aseguramiento Social en Salud de América Latina y el Caribe.", *Iniciativas Latinoamericanas (HSPH, FPMD, PHR, PAHO, USAID)*, Edición Especial 3, 2001.
- Maceira, D., "Actores y Reformas en Salud en América Latina", Banco Interamericano de Desarrollo, Departamento de Desarrollo Sostenible, Notas técnicas de salud BID SOC 01/2007, 2007 a.
- Maceira, D., "Estrategias, Incentivos y Seguimiento de las Reformas de los Sistemas de Salud", Banco Interamericano de Desarrollo, Departamento de Desarrollo Sostenible, Notas técnicas de salud BID SOC 02/2007, 2007 b.
- Maceira, D. and Murillo, M. V., "Social Sector Reform in Latin America and the Role of Unions", *Inter-American Development Bank, Research Department Working Papers*, WP-456, 2001.
- Morone, J. "Neglected Institutions: Politics, Administration, and Health Reform." *In Political Science and Politics* 220-23. 1994.
- Nash, J. "The Problem of Bargaining", *Econometría*, Vol. 18, No. 2, pp. 155-162, 1950.
- North, D. C. "Structure and Change in Economic History", New York; W.W. Norton & Co., 1981
- Olson, M. "The Logic of Collective Action". Cambridge (Mass.): Harvard University Press, 1965.
- Pastorino, H. "Plaza de los Olímpicos", en *Antología*, s.f., Ed. Malvín.
- Pen, J. "A General Theory of Bargaining", *The American Economic Review*, Vol. 42, No. 1, 1952, pp. 24-42.
- Reich, M. R. "The Politics of Health Sector Reform in Developing Countries", in Berman, P. (ed), *Health Sector Reform in Developing Countries*, Harvard University Press, Boston, 1995.
- Remmer, K. "Democracy and Economic Crisis: The Latin American Experience." *World Politics* 42. 1990.

Saiegh, S. y Tommasi, M. *La Nueva Economía Política: Racionalidad e Instituciones*, 1998. EUDEBA.

Sandler, T. *Collective Action: Theory and Application*. Ann Arbor: The University of Michigan Press, 1992.

Scavino, J. "Guía de organizaciones de profesionales y trabajadores de la salud en las Américas", 2004. Organización Panamericana de la Salud.

Scavino, J. "Panorama de organizaciones de profesionales y trabajadores de la salud en las Américas", 2005, Organización Panamericana de la Salud.

Schelling, Thomas C. "An Essay on Bargaining", *The American Economic Review*, Vol. 46, No. 3, 1956, pp. 281-306.

Schneider, Ben Ross. "Politics within the state: Elite Bureaucrats and Industrial Policy in Authoritarian Brazil". Pittsburgh: University of Pittsburgh Press, 1991

Steinmo, S. and J. Watts. "It's the Institutions Stupid! Why Comprehensive National Health Insurance Fails in America", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 20, No. 2, Summer 1995.

Weir, M. "Institutional and Political Obstacles to Reform", *Health Affairs*, Spring 1995, pp. 102-104.

Williamson, O. "The Economics Institutions of Capitalism", Free Press, 1985.

Zwi, A., Mills, A. "Health policy in less developed countries". *Journal of International Development* 7(3) pp. 299-347, 1995

