

SINDICALIZACIÓN DE LOS PROFESIONALES: UNA MIRADA SOBRE EL PROCESO REGIONAL

Jorge Yabkowski

**Artículo publicado en el tercer libro del GTAS, Grupo de Trabajo
sobre Autorreforma Sindical de CSA ,2012**

Uno de los aspectos clave en el proceso de autorreforma es la ampliación del horizonte de sindicalización, basado en una visión más amplia del mundo del trabajo. La sindicalización de los sectores profesionales universitarios forma parte de esta estrategia de ampliación del universo del trabajo, y la ISP y sus afiliadas tienen ya una importante experiencia que mostrar al conjunto del sindicalismo que participa de este proceso.

I. La perspectiva de la Salud Colectiva y la medicina social en América Latina.

Pero primero señalemos que América Latina tiene un valioso desarrollo de las ideas de la salud colectiva y la medicina social. A fines de los ochenta, con la caída de las dictaduras en el Cono Sur, se abrió un proceso de reflexión que dio lugar a otra visión del proceso salud-enfermedad-atención. La Medicina Social Latinoamericana y el proceso de la reforma sanitaria brasileña introdujeron nuevos paradigmas que, junto a la recuperación de la democracia dieron el marco para una nuevo tipo de organización sindical en el sector.

Dice Gastao W.de Sousa Campos: *“el trabajo es una relación social, histórica e intersubjetiva. Trabajamos para los otros. En Salud para los pacientes y usuarios pero también trabajamos para nosotros mismos. Y trabajamos también por la reproducción ampliada de las propias condiciones de trabajo y de vida, reconstruir la naturaleza y el planeta para que permanezca habitable y para constituir instituciones¹ y organizaciones...”*

En casi toda sociedad, la enfermedad y los padecimientos son tratados por toda una variedad de formas de atención, aunque desde la perspectiva biomédica el tratamiento de la enfermedad ha sido considerado como patrimonio exclusivo del saber médico. Dicho rol fue organizado e impulsado a través de instituciones médicas específicas, pero fue fundamentado no sólo por criterios profesionales sino por instancias jurídicas aplicadas por el Estado. Este proceso no implica que la biomedicina realmente atienda y se apropie de todo el proceso de salud/enfermedad, y menos aún que elimine las otras formas de atención, sino que indica que el saber y las instituciones médicas instituyen su hegemonía respecto de los otros saberes que operan simultáneamente respecto de los padecimientos.

Este proceso de apropiación y hegemonía no sólo es impulsado por las instituciones médicas, sino también por las acciones de la sociedad dominante e incluso por una parte de los sectores subalternos, debido a la significación social, económico/política e ideológica que tiene el proceso salud/enfermedad para la producción y reproducción biosocial de los conjuntos sociales.

El saber médico reduce la enfermedad a signos y a diagnósticos contruídos a través de indicadores casi exclusivamente biológicos, lo cual posibilita que tanto el enfermo como su enfermedad sean separados de sus relaciones sociales concretas. Eso además orienta a trabajar casi exclusivamente con la enfermedad y no con la salud².

Es decir que el llamado modelo médico hegemónico o modelo biomédico es un complejo entramado histórico, social y cultural promovido por el estado pero también demandado socialmente en el proceso salud – enfermedad- atención.

La Salud Colectiva procura dar un salto epistemológico hacia la incorporación de nuevos paradigmas que faciliten la democratización de la acción que interviene en lo colectivo, apostando a fortalecer los procesos de transformación social que apunten para la desalienación de los sujetos, y la emancipación de los seres humanos en tanto ciudadanos.

En este sentido, y asumiendo que las prácticas de salud son determinadas social e históricamente, sus interlocutores se multiplican y diversifican para trascender lo estrictamente sectorial, estableciendo diversos vínculos con: actores institucionales vinculados a la política, a organizaciones educativas y culturales, de ciencia y tecnologías, medioambiente, de derechos humanos, de defensa de los consumidores, sindicatos, grupos religiosos, organizaciones populares, partidos políticos, universidades, etc.

Dice Jairnilson Silva Pain: *“la Salud Colectiva en América Latina ha sido construida por proyectos, luchas, sueños, subjetividades, ingenio, trabajo y arte, pretendiendo generar un cambio en la forma de mirar, conocer y actuar alrededor del objeto problema salud-enfermedad-atención de la población; intentando diferenciarse del abordaje positivista convencional, a partir de respetar la complejidad inherente a los procesos concretos de la naturaleza, de la sociedad y de la historia”*³

Apoyado en esta nueva visión del proceso salud enfermedad , donde el ejercicio liberal de las profesiones y la concepción biologista daban paso a un enfoque holístico , la democracia de base, la pluriprofesionalidad y el compromiso sociopolítico se convertían en elementos naturales en el proceso de organización de este nuevo colectivo de trabajadores.

II. Las organizaciones médicas latinoamericanas: rasgos contradictorios

A diferencia de América del Norte, donde los médicos se han organizado a través de asociaciones cuyo centro es el ejercicio liberal de la profesión, con el objetivo principal de regular el pago por acto médico, en el Cono Sur ya en las dos primeras décadas del siglo pasado se encuentran antecedentes de organización sindical: el Sindicato Medico de San Pablo (1921), el Sindicato Medico Uruguayo (1921), y el primer sindicato médico argentino, en la ciudad de Chivilcoy (Provincia de Buenos Aires) (1924). Si bien en sus objetivos estos sindicatos planteaban la defensa del médico en todas las formas del trabajo profesional, el ejercicio liberal de la misma era predominante. Por ello, la agrupación por profesión independientemente del lugar y la relación de trabajo ponía cierta cuota de confusión en los objetivos sindicales. Es paradigmático el caso del sindicato médico uruguayo donde aun hoy conviven médicos que trabajan en relación de dependencia, dueños de establecimientos privados y hasta estudiantes de medicina.

El caso argentino es especialmente destacado en la evolución hacia una estrategia sindical más precisa: en 1936 se funda el primer sindicato médico exclusivamente de personal en relación de dependencia estatal, la Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires. En ese entonces los hospitales públicos estaban fuertemente influidos por su origen como sociedades de beneficencia. El médico trabajaba de manera gratuita por la mañana y vivía de su consultorio particular por la tarde. Una huelga de médicos de hospitales que trabajaban a título gratuito exigiendo un salario fue el origen del sindicato.

Luego, en los años cuarenta y cincuenta, la sindicalización masiva ocurrida durante el gobierno de Perón incluye las agrupaciones del personal jerárquico de

las empresas estatales, que nuclean a los profesionales del área, particularmente ingenieros, pero también de otras profesiones. Pero es recién en los ochenta, al finalizar la dictadura militar, cuando el proceso de sindicalización profesional, particularmente en el área de servicios de salud pública, adquiere auge y masividad trascendiendo los límites geográficos de la Ciudad de Buenos Aires.

Haciendo un somero análisis de las posturas de las organizaciones médicas latinoamericanas podemos afirmar que la concepción médico hegemónica y biologista las atraviesa con prescindencia de la orientación política de sus conducciones. En Brasil numerosas organizaciones sindicales y colegiadas están conducidas por el PT y otras formaciones políticas progresistas. En su momento se pronunciaron a favor de la creación del Sistema Único de Salud (SUS). Sin embargo al interior del mismo defienden férreamente sus intereses corporativos. En Chile los médicos de los hospitales no forman parte de los sindicatos sectoriales y son representados de hecho por su organización profesional, el Colegio Médico de Chile. Este status ambiguo profesional-sindical se repite en otros países latinoamericanos.

Un ejemplo en sentido contrario ha sido la gran huelga de 2001 en El Salvador contra la privatización del Sistema Sanitario. SIMETRISS (Sindicato Médico del Seguro Social), encabezó junto al STISS (Sindicato de Trabajadores del Instituto del Seguro Social) y organizaciones sociales una alianza en defensa de la salud pública, que ha sido un modelo de unión de trabajadores de la salud y movimientos populares para toda América Latina, lo que les costó cesantías, persecuciones y encarcelamiento de dirigentes.

Donde observamos claramente el carácter contradictorio de algunas organizaciones médicas es en las posturas de la CONFEMEL (Confederación Médica Latinoamericana y del Caribe). En 1999, su Declaración de Porlamar incluía, por acuerdo unánime de las organizaciones miembro un durísimo posicionamiento contra el neoliberalismo en el sector, que *“...restringía los presupuestos públicos de salud, incrementaba los copagos y aranceles, disminuía costos a expensas del cierre de los hospitales, de los derechos adquiridos de los asegurados y de la reducción drástica del personal profesional y no profesional de los servicios públicos”*. El compromiso asumido era *“...el de participar activamente en la proposición de lineamientos de políticas en salud y seguridad social concertadas con los movimientos cívicos, sociales, partidos políticos democráticos, iglesias, organizaciones profesionales, sindicales, populares y religiosas que superen el concepto reducido de sector para convertirse en políticas de Estado. Y defender la seguridad social y particularmente el seguro social en salud, oponiéndose a todo modelo que desvirtúe su esencia doctrinaria”*.⁴

Sin embargo, pocos años más tarde, con el liderazgo de la Federación Médica Venezolana, CONFEMEL priorizaba la defensa corporativa y se oponía férreamente a las misiones solidarias de médicos cubanos en América Latina. Su Asamblea General Extraordinaria de 2007, en San Pablo, discutió sobre la presencia de médicos irregulares (sin diploma o registro) en la región, traídos, en general, en misiones religiosas o por los propios gobiernos a fin de actuar en la red pública. Las situaciones más evidentes eran las de Venezuela y Bolivia. ¿Habían cambiado los dirigentes de CONFEMEL entre 1999 y 2007? No. Las organizaciones y los dirigentes eran en lo esencial los mismos. Lo que había cambiado eran las condiciones externas. En 1998 había solo 1600 médicos en la atención primaria en Venezuela. La Misión Barrio Adentro significó una extensión dramática en la cobertura de salud pública gratuita para millones de venezolanos. En lugar de participar de ese proceso negociando desde sus intereses la Federación decidió enfrentarlo. Pocos años más tarde, buena parte de las organizaciones médicas bolivianas hicieron lo propio y ambas impusieron en CONFEMEL su agenda.

III. EL SINDICALISMO DE LA SALUD EN ARGENTINA

Existen en Argentina antiguas y poderosas organizaciones por carrera, cuyas tareas centrales son las relaciones del profesional liberal con la seguridad social, el control registral delegado por el estado y el control de la ética profesional. Se trata de la Confederación Médica de la República Argentina, la Confederación Bioquímica, la Odontológica y otras organizaciones y colegios profesionales. La mayoría de ellas pertenecen a la Confederación General de Profesionales de la República Argentina y a la CONFEMEL. Todas estas organizaciones tienen en común su carácter de entes no sindicales, aun cuando intentaron contar con una rama sindical, promoviendo pequeños sindicatos de profesión, que no alcanzaron a desarrollarse. La única organización sindical puramente médica claramente mayoritaria es la más tradicional y antigua del país: la ya mencionada Asociación de Médicos Municipales, con 7000 miembros.

Desde entonces el caso argentino tiene un fuerte rasgo distintivo en relación al resto del continente: la pluriprofesionalidad. Ya no se trata de sindicatos de profesión sino de rama, e incluyen al conjunto de los profesionales universitarios de la salud. Nacidos al calor de la derrota de la dictadura, incorporan en su nacimiento elementos que hoy están en el centro del debate de la autoreforma: pluralismo, democracia sindical de base, autonomía de los partidos políticos y el estado y compromiso ciudadano socio-político en la defensa del sistema público de salud como ejes de su construcción.

Para comprender mejor este proceso, debemos decir que el sistema de salud argentino abarca tres subsectores. El de seguros privados de salud, que cubre a cuatro millones de habitantes, la seguridad social o sistema de obras sociales administradas por los sindicatos de rama, los gobiernos provinciales y el gobierno nacional con dieciséis millones de beneficiarios y el sector público con 1500 hospitales y 6000 centros de salud, única opción para veinte millones de argentinos entre los que se encuentran trabajadores no registrados, autónomos, desocupados y pequeños propietarios. El sistema público atiende el 90% de las emergencias y está a cargo del 80% de la formación de recursos humanos en salud. En el mismo trabajan 300.000 agentes, 100.000 de ellos universitarios. A pesar de su responsabilidad en el conjunto de la atención el sector público recibe un presupuesto equivalente a solo el 2% del PBI, sobre el 10% del PBI que conforma el total del gasto de salud, el más elevado de Latinoamérica. Es decir que en la Argentina se observa la contradicción entre un gasto elevado donde la población aporta el 4% del PBI entre gasto directo y seguros privados y el estado solo la mitad. Este subfinanciamiento del sector público, con alta responsabilidad sanitaria, ha sido el marco de los procesos de sindicalización del sector profesional en las últimas tres décadas.

El hito de este proceso fue, en 1988, la creación de la CICOP, Comisión Interhospitalaria del Conurbano y Provincia, la que al obtener su reconocimiento legal en el 2000 con el nombre actual optó por conservar las siglas de su denominación histórica .

Al finalizar la dictadura militar, la unión de las asociaciones de profesionales de los hospitales públicos funcionó por un tiempo dentro de la organización médica corporativa, la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires, hasta que en aquel año, en un proceso democrático de asambleas de base, se constituyó en organización gremial independiente. Es actualmente el sindicato más numeroso de profesionales de la salud pública en el país, con 11000 afiliados, el 75% de los cuales son médicos.

La fundación de la CICOP no puede si no entenderse en el contexto histórico donde sus cuadros dirigentes, en buena medida provenientes de la izquierda estudiantil que dominara el panorama universitario en los años setenta, se encontraban profundamente influidos por las ideas de la Salud Colectiva y la medicina social latinoamericana que ya se han mencionado.

Entre 1988 y 1998 CICOP condujo numerosas huelgas y movilizaciones que paralizaron el sistema de salud bonaerense. En 1995, en pleno ajuste neoliberal, el municipio de Morón despidió 300 trabajadores del hospital. CICOP encabezó la toma del establecimiento durante tres meses, conflicto que tuvo en vilo a toda la

opinión pública del país y culminó con la reincorporación de los despedidos. A pesar de este y otros éxitos gremiales transcurrieron diez años entre la fundación de CICOP y la aprobación de sus estatutos en 1998. Ello reflejaba la dificultad de darle un marco institucional a un proceso multitudinario signado por la democracia de base.

En 2001-2002 se produjo la crisis económica y social más grave de la historia argentina. Solo en un año el PBI cayó en un 18%, la devaluación del peso produjo una brutal caída de los ingresos de los sectores populares y la pobreza y la desocupación aumentaron de manera vertiginosa. Una rebelión popular el 19 y 20 de diciembre de 2001 puso fin al gobierno de Fernando de la Rúa. La población se organizó en centenares de asambleas populares. En el plano sanitario en 2002 por primera y única vez el gasto de bolsillo de la población para adquirir servicios de salud superó la suma de los presupuestos estatales y de la seguridad social. CICOP participó activamente de las movilizaciones callejeras de esos días e hizo centro de su labor en la denuncia de falta de insumos en hospitales y centros de salud a través de movilizaciones, demandas judiciales y presentaciones ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos en Buenos Aires y en Washington. Esta labor presidida por la consigna “Salud primero, que esperen los banqueros” en alianza con organizaciones de pacientes, organismos de derechos humanos y movimientos de desocupados derivó en la creación del Foro Social de Salud de la Argentina, coalición que levantaba las banderas de las alianzas comunitarias en defensa al derecho a la salud pública gratuita y universal. Este trabajo junto a la comunidad usuaria sigue siendo parte central de la estrategia sindical de CICOP.

En junio de 2004, después de dos años de debate interno, la CICOP decidió someter al voto directo y secreto de los afiliados la propuesta de ingresar a la CTA (Central de Trabajadores de Argentina). La pertenencia orgánica a una central sindical significaba un paso adelante en el autorreconocimiento como trabajadores de los miembros del sindicato. Sobre 4000 votantes, el 62% se pronunció por la afirmativa. Desde entonces el papel de la CICOP en la CTA ha sido creciente ocupando hoy tres puestos en la Comisión Ejecutiva Nacional, siendo uno de ellos la Secretaría de Salud laboral.

En 2005 se funda la FESPROSA, impulsada por la CICOP, con el carácter de primera organización nacional profesional de carácter netamente sindical, con afiliados de todas las profesiones de salud. Concurrieron a esta fundación, entre otros, los sindicatos pluriprofesionales de Salta, Jujuy y Mendoza, fundados también a mediados de los ochenta. FESPROSA cuenta con 27000 miembros, siendo médicos el 60% de los mismos. Es mayoritaria en 16 de las 24 provincias

argentinas, donde viven el 82% de los 20 millones de argentinos que solo cuentan con el sector público para resolver sus problemas de salud.

En los últimos seis años se observa una tendencia a ampliar la base de los nuevos sindicatos profesionales. En las provincias del Chaco, San Luis y Santa Cruz las jóvenes organizaciones nuclean también a los trabajadores con títulos académicos intermedios, llamados técnicos: enfermeros de título intermedio, técnicos de rayos, laboratorio etc. Pero sin duda lo más novedoso ha sido el conflicto y los posteriores procesos de sindicalización en las provincias de Tucumán y Córdoba.

En ellas se desarrollaron y aun se desarrollan luchas unificadas de todos los trabajadores de la salud, con un papel importante de los médicos en la conducción y la organización de los trabajadores. Los gobiernos provinciales de Tucumán y Córdoba intentaron separar a los médicos del resto de los trabajadores ofreciendo una negociación salarial diferenciada, lo cual fue rechazado en ambos casos. En Tucumán se llegó en 2011 a un acuerdo que benefició al conjunto de los trabajadores de la salud y en Córdoba se marcha en el mismo camino. De resultados de ello los sindicatos emergentes miembros de la FESPROSA, SITAS, Sindicato de Trabajadores Autoconvocados de la Salud, Tucumán y UTS, Unión de Trabajadores de la Salud, Córdoba nuclean hoy a todos los trabajadores de salud. Este nuevo y complejo ejercicio de convivencia y lucha común se ha convertido en uno de los fenómenos más relevantes del sindicalismo argentino de los últimos años. Con 2000 miembros cada uno, estas organizaciones han desplazado como gremios mayoritarios a las antiguas formaciones sindicales del sector en ambas provincias.

Desde su fundación en 2005 FESPROSA hizo eje en la batalla contra la precarización laboral en el sector público de salud. De sus 300000 trabajadores, profesionales y no profesionales, más del 30% se encontraban en condiciones precarias, con diversos grados de informalidad en sus contratos de trabajo. En el caso extremo (provincia de San Luis), el 90% de los profesionales estaban precarizados, con contratos renovables cada tres meses. Desde 2006, la lucha de FESPROSA ha logrado la regularización de más de 25000 profesionales y trabajadores de salud. En el caso provincial mencionado, se ha logrado que la renovación de los contratos se produzca cada cinco años.

FESPROSA es una de las primeras organizaciones sindicales en incorporar en sus estatutos la defensa de los derechos humanos de los pacientes, en particular de los que van a ser sometidos a pruebas de investigación. El estatuto de la Federación plantea "defender y velar por la ética y las buenas prácticas en todas las fases investigativas, tomando como principio ineludible e innegociable la

Declaración de Helsinki, respecto a la bioética en las investigaciones con seres humanos”. En este marco, en 2007 FESPROSA denunció al laboratorio multinacional Glaxo-Smith Kline (la segunda en el mundo en poderío económico) por violar los derechos de los pacientes en una investigación con niños pobres en Santiago del Estero. Esta denuncia tuvo gran repercusión nacional e internacional, motivando que la autoridad de aplicación de los protocolos en Argentina suspendiera la investigación y multara a la empresa y a los investigadores con el equivalente de 700000 dólares. El trabajo común de FESPROSA con los pacientes afectados y la resistencia a las presiones de la multinacional, contrastó con la de algunas organizaciones médicas que priorizaron la defensa corporativa de los médicos sancionados antes que la defensa de los derechos humanos de la población. Actualmente FESPROSA está impulsando una nueva ley nacional que regule la investigación clínica y la bioética en la Argentina.

En conclusión: CICOP y FESPROSA son experiencias exitosas de organización de colectivos laborales no tradicionales, ampliando los horizontes de la acción sindical. Al no existir previamente organizaciones de envergadura en el sector los preceptos de la autoreforma fueron introducidos en la misma génesis de los sindicatos y están reflejadas en los estatutos.

CICOP ha introducido en 2009 el cupo femenino del 50% para sus órganos de conducción, siendo, en nuestro conocimiento, el primer sindicato argentino que da este paso trascendente en dirección de la igualdad de género.

La incorporación de la comunidad usuaria a través de experiencias como el Foro de Salud y la lucha contra las multinacionales de medicamentos implicó para CICOP y FESPROSA una necesaria autorregulación sindical a la hora de realizar medidas de fuerza. Aun en los conflictos más duros y prolongados siempre se garantizó la atención de urgencias y de los internados. Esta autorregulación, unida al diálogo permanente con las organizaciones sociales y los pacientes impidió que los conflictos protagonizados por CICOP y FESPROSA fueran aislados de la opinión pública por el discurso del poder. La autorregulación significó siempre una dura batalla interna contra los sectores que promovían medidas máximas como el cierre de hospitales, la evacuación de los mismos y el levantamiento de las guardias, medidas que afectaban de manera directa e irreversible a la comunidad usuaria del sector público de salud. El caso emblemático es el de los anestésistas, los que apoyados en una escasez de especialistas en todo el país y aprovechando la indolencia del estado, han establecido mecanismos de presión por fuera del conjunto de los trabajadores, llegando a abandonar a los pacientes en la puerta del quirófano a la hora de defender sus intereses.

En la provincia de Tucumán, una encuesta reveló en 2011 que los dirigentes de SITAS-FESPROSA eran lo de más alta consideración en la opinión pública

tucumana. En Córdoba una encuesta sobre más de 5000 ciudadanos mostró que el 82% de la población estaba a favor de que el gobierno cordobés negociara con UTS-FESPROSA. En Mendoza y en otras provincias se ha dado una situación similar. En estas provincias se vivían y aun se viven conflictos de larga duración, y esta consideración de la población usuaria sería imposible sin las medidas de autorregulación sindical que hacen que ningún paciente con necesidad inmediata sea abandonado a su suerte.

IV. EL GRUPO SALUD DE LA ISP

ISP nuclea más de 600 sindicatos en 120 países siendo la organización internacional mayoritaria del sector público, integrada a través de Global Unions con la CSI y la CSA. El 25% de los miembros de ISP son trabajadores de la salud, en función de lo cual se ha creado el Grupo Salud, del cual participan sindicatos que agrupan a todos los trabajadores del sector, como CNTSS-CUT (Confederación Nacional de Trabajadores de la Seguridad Social-Central Única de Trabajadores) y CNTS (Confederación Nacional de Trabajadores de Salud Privada) de Brasil, COFE (Confederación de Funcionarios del Estado) de Uruguay, CONFUSAM (Confederación de Funcionarios de la Salud Municipalizada) de Chile, y sindicatos pluriprofesionales como FENPRUSS (Federación Nacional de Profesionales Universitarios de la Salud) de Chile. Por Argentina, participan CICOP (desde 2004) y FESPROSA (desde 2008), junto a otros sindicatos.

Esta integración se hace bajo las banderas progresistas de defensa de los servicios públicos de salud. En agosto del 2010, el Grupo, reunido en Cartagena de Indias, reafirmó la orientación del Congreso Mundial de Viena donde participaron más de 200 sindicatos de salud de los cinco continentes. Su Declaración final sobre demandas y compromisos de los sindicatos se compromete a lo siguiente:

- 1. Asumimos que la salud es un derecho y no un bien, que debe ser garantizado por el Estado, por este se deben promover estrategias para que el estado retome completamente el control del financiamiento de la salud pública, evitando la privatización de la salud en todas sus formas (tercerización, externalización, concesiones, outsourcing, etc).*
- 2. Garantizamos el correcto financiamiento del sistema público de salud, aumentando la inversión estatal.*
- 3. Promovemos el trabajo decente para erradicar la precarización laboral en todas sus formas (jornadas laborales, brecha salarial, sobrecarga laboral, etc.) y garantizar jubilaciones dignas.*

4. *Promovemos el respeto del ejercicio de la libertad sindical y la inmediata aplicación de los Convenios de OIT respecto de la representación, negociación colectiva y derecho a huelga.*

5. *Demandamos erradicar la violencia laboral, mejorando las condiciones de trabajo, promoviendo el respeto de los derechos de los trabajadores/as.*

6. *Asumimos que la salud del trabajador de la salud, es el eje fundamental del trabajo, nos comprometemos a generar acciones sindicales tendientes a proteger a los trabajadores*

7. *Exigimos el cumplimiento de las normas de protección, salud ocupacional y bioseguridad en el trabajo.*

8. *Constatamos el fenómeno creciente de emigración e inmigración, de las/os trabajadoras de salud, alertamos sobre las consecuencias negativas de esta tendencia. Demandamos que los gobiernos tomen medidas para respetar los derechos laborales establecidos en los convenios internacionales. Incluyendo en los proyectos respectivos a los países que hoy comienzan a vivir este fenómeno como Brasil, Canadá y Estados Unidos.*

9. *Recomendamos a las afiliadas incorporar en sus plataformas de lucha los temas relativos a los grupos más vulnerables, como lo son los discriminados por género, juventud, raza, pueblos originarios y diversidad.*

10. *Promovemos la participación tanto de los trabajadores/as como de los/as usuarios/as en la defensa de los servicios públicos de salud de calidad.*

11. *Estimulamos la generación de planes nacionales de medicamentos, que garanticen su libre acceso y continuidad de los tratamientos.*

12. *Exigimos a los gobiernos de la región, en especial al de Colombia, Guatemala, El Salvador garantizar la integridad y vida de las y los dirigentes sindicales y promover el cese de amenazas y hostigamientos.*

A MODO DE COLOFÓN

CICOP y FESPROSA han tenido éxito en uno de los desafíos más arduos que enfrenta el sindicalismo de salud en nuestra América: la inclusión de los médicos. Tanto los sindicatos de todos los trabajadores de salud como los sindicatos pluriprofesionales de la región americana no han logrado que los médicos participen mayoritariamente y en pie de igualdad con sus colegas de otras profesiones y el resto de los trabajadores de salud. Si bien las condiciones históricas de la experiencia argentina han sido y son particulares no es menos cierto que también en nuestro país sigue arraigada profundamente la visión

médico hegemónica. Las experiencias de CICOP y FESPROSA son por lo tanto el resultado de un proyecto político sindical sostenido durante más de un cuarto de siglo en abierta confrontación con la visión corporativa.

En una experiencia compleja la masa de afiliados fue comprendiendo que la unión de profesionales y trabajadores de salud y la democracia de base no solo son propósitos altruistas sino también herramientas eficaces a la hora de defender los derechos de los trabajadores.

Referencias bibliográficas:

1-Apresentacao:Caminhos abertos no campo da saúde. Trabalhador da saúde, uito Prazer!Brasil. 2007

2- Menéndez E. El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores. Salud Colectiva. 2005; 1(1); 9-32.

3-Pain, Jairnilson Silva. Desafíos para a Saúde Colectiva no século XXI: EDUFBA; pp.150. 2006.

4-Confederación médica latinoamericana (CONFEMEL).Declaración de Porlamar. En línea. Acceso diciembre 2011. <http://www.confemel.com>

Bibliografía de consulta:

García V. CICOP: Una Aproximación a su Memoria Histórica. BsAs. 2009

<http://www.cicop.com.ar/portal/destacados/documentos/cicop-una-aproximacion-a-su-memoria-historica-viviana-garcia/>

ISCO. Instituto de Salud Colectiva.

<http://unla.edu.ar/espacios/institutosaludcolectiva/index.php?cual=2>