



“En defensa de la salud pública”.
Notas sobre las acciones colectivas de los/as trabajadores/as del
Hospital Castro Rendón frente a las reformas neoliberales*

"In defense of public health". Notes on the collective actions
of the workers from the Castro Hospital Rendon
against neoliberal reforms.

Anabel BELIERA**

Recibido: 20.02.12

Aprobado definitivamente: 8.7.12

RESUMEN

El régimen neoliberal de acumulación y de reproducción de las clases fundamentales tuvo serias consecuencias en el sistema público de salud de nuestro país, que vivió un proceso de descentralización, privatización y focalización de las áreas de atención. Como respuesta, se desarrollaron fuertes procesos de lucha contra este giro en la política social.

En este trabajo analizaremos las acciones colectivas de los trabajadores del Hospital Castro Rendón (HCR) de Neuquén Capital en el año 2005. A partir de observaciones participantes y entrevistas semi-estructuradas en profundidad se analizó el proceso de agudización del conflicto en el Estado durante el último mandato de Jorge Omar Sobisch en la provincia, recuperando los sentidos que los actores le adjudican a sus prácticas militantes y a sus formas de organización.

Palabras clave: Salud pública - acción colectiva - organización sindical - Neuquén Capital.

ABSTRACT

The neoliberal regime of accumulation and reproduction of the fundamental classes had serious consequences for the public health system of our country that underwent a process of decentralization, privatization and targeting of the attention areas. In response, strong processes to combat this shift in social policy were developed.

In this paper we analyze the collective actions taken by the workers in the Castro Hospital Rendon (HCR) of Neuquén in 2005. From participant observation and in depth semi-structured interviews, we analyzed the process of intensification of conflict in the State during the last term of Jorge Omar Sobisch in the province, recovering the meanings that actors now give to their militant practices and their forms of organization.

Keywords: Public health - collective action - union organization - Neuquén Capital.

* Una versión preliminar de este artículo fue presentada en las IX Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires “Capitalismo del siglo XXI, crisis y reconfiguraciones Luces y sombras en América Latina”, Universidad de Buenos Aires, agosto 2011.

** Licenciada y Profesora de Sociología, egresada de la Universidad Nacional de La Plata. Maestranda en Ciencias Sociales de la UNLP, dirigida por Mariana Busso y co-dirigida por Aníbal Viguera. Becaria UNLP con lugar de trabajo en el Centro de Investigaciones Socio Históricas- Instituto de investigaciones en Humanidades y Ciencias Sociales (UNLP-CONICET). E-mail: anabeliera@gmail.com

SUMARIO

1. Introducción. 2. Acciones colectivas contra las políticas neoliberales. 2a. Algunos conceptos relevantes. 2b. Protesta en Neuquén: una novedad con mucha historia. 3. Experiencias que confluyen. Las acciones colectivas de los/as trabajadores de la salud pública. 3a. Agudización del conflicto en el Estado. 3b. Las redes de militancia. 4. Obstáculos y limitaciones. 4a. Relación entre ATE y el sector salud. 4b. Los (no) profesionales. 4c. De ATE a UPCN. 5. Conclusión. Bibliografía.

1. Introducción

Al analizar las políticas de salud pública durante el neoliberalismo en nuestro país, lo primero que debemos decir es que son parte de la política social de un Estado capitalista. Cada ciclo de acumulación capitalista mundial implica no sólo una determinada forma de organizar el trabajo sino también una cierta forma de producción y reproducción de las clases fundamentales y de su vinculación entre sí –es decir una determinada forma de Estado- (Tarcus, 1992).

La aplicación de políticas neoliberales en América Latina estuvo orientada a desestructurar el modelo populista anterior, y ello se produjo a partir de un triple proceso (Tarcus, 1992): en primer lugar, una *reestructuración económica*, por medio de la cual el eje central de la valorización del capital dejó de estar en el sector industrial y se desplazó hacia el sector financiero, dando lugar a un modelo de acumulación con crecimiento poco productivo y enormes posibilidades de negocios rentables pero únicamente para el capital más concentrado. En segundo lugar, una *reestructuración política* que generó las condiciones para que los sectores dominantes pudieran culminar el proceso de valorización financiera de su capital con la fuga de capitales, generando ámbitos privilegiados de acumulación que reforzaron la transferencia de ingresos de los sectores dominados a los dominantes (a través de la reforma del sector financiero, la privatización de empresas estatales, achicamiento de la protección y la seguridad social, el endeudamiento externo, y la reorientación del gasto público a favor del capital extranjero y los sectores concentrados internos). Finalmente, la *reestructuración social en la relación capital/trabajo* que implicó una profunda recomposición del mundo del trabajo marcada por un proceso de des-proletarización del trabajo industrial fabril, la expansión del trabajo parcial, precario e inestable y la consolidación de una tasa estable de desocupación estructural (centrales para la nueva forma de valorización del capital), además del desmantelamiento de las instituciones de los trabajadores en función de disminuir el peso de los mismos como actor central en la definición de políticas económicas y sociales.

La reestructuración del Estado implicó profundas consecuencias en las políticas de protección y seguridad social, que afectó profundamente las áreas de salud, educación y vivienda públicas. Si bien el Sistema de salud argentino es *tripartito* -conformado por tres subsistemas: el público, el de obras sociales, y el privado-, para este trabajo nos interesa ocuparnos brevemente de las transformaciones acaecidas en el sector público.

Es necesario destacar que a comienzos del siglo XX Argentina no contaba con un sistema de salud propiamente dicho, sino más bien con la coexistencia de servicios de salud que actuaban desorganizadamente y sin una orientación estatal. Fue recién con la llegada del peronismo que el Estado apareció como el planificador central de los servicios de salud y comenzaron a pensarse con una lógica sistémica, conectando los subsistemas de salud entre sí y fundamentalmente con el Estado nacional y su política social. Este sistema de salud logró consolidarse a pesar de sufrir reformas menores con los cambios de gobierno.

Sin embargo, con la dictadura militar del año 1976 comenzaron a sufrirse cambios profundos. Entre ellos, podemos mencionar la descentralización del sistema nacional, la reducción del financiamiento, la fijación de aranceles en la atención pública y el desarrollo de un mercado privado de servicios de salud. El proceso de desmantelamiento del sistema público de salud que comenzó con la dictadura militar se vio reforzado años más tarde, pues la profunda

crisis económica de la década del ochenta y el discurso privatizador de la década del 90' legitimaron la reducción de las responsabilidades del Estado para con la salud de los ciudadanos (Acuña y Chudnovsky, 2002). De esta forma, tuvieron lugar la *descentralización, focalización y privatización* del sistema de salud pública.

El proceso de *descentralización* implicó la transferencia de áreas públicas de salud desde la jurisdicción nacional a las provincias. Esta transferencia de establecimientos de salud se basó en criterios fiscales y no estuvieron acompañadas por ningún mecanismo de compensación financiera ni iniciativas para mejorar la gestión de la atención, demostrando que su principal objetivo fue correr al Estado nacional de su rol de planificador central. Un claro ejemplo de la reducción de responsabilidades estatales en el ámbito de la salud pública fue la creación Hospitales de Autogestión, que legalizaba y legitimaba el auto-financiamiento de los hospitales públicos a través del arancelamiento de ciertas prácticas a las capas de población con capacidad de pago (Pozo y Cendali, 2008). El Estado sólo debía garantizar atención gratuita a aquellos sectores que demostraran que no tenían recursos suficientes como para pagar la atención en el sector privado, *focalizando* la atención a las capas más vulnerables de la población y abandonando sus pretensiones universalistas. Finalmente, aunque no se vivió un proceso de *privatización total*, se sufrió un proceso de tercerización de ciertas áreas (como limpieza y comedores), de contratación de servicios a profesionales no dependientes del sistema, de derivación sistemática de pacientes hacia el sector privado, entre otras cosas.

Si bien estas políticas fueron promovidas por el Estado -en sentido estrecho, como aparato gubernamental (Pereyra, 1980)-, no debemos olvidar que la estructura del Estado es producto de relaciones sociales en disputa. La implementación de estas políticas estuvieron atravesadas por fuertes conflictos, claramente visibles en la década del 90'.

Aunque han proliferado las investigaciones orientadas a comprender las continuidades y rupturas en las prácticas políticas de las clases subalternas frente a estos cambios estructurales, la mayoría dirigió su mirada a la provincia de Buenos Aires, siendo escasos los esfuerzos de algunos analistas por dar cuenta de los procesos que ocurren en otras provincias. Neuquén es un espacio social que presenta particularidades sumamente interesantes para pensar este problema, pues la enorme capacidad de resistencia que hoy se le reconoce a los sujetos sociales neuquinos hunde sus raíces en la historia de la provincia. A partir de una estrategia metodológica cualitativa¹, en este trabajo analizaremos las acciones colectivas de los trabajadores del Hospital

¹ Se diseñó una estrategia metodológica cualitativa que nos permitió recuperar el punto de vista de los actores respecto a la situación que atraviesa el sistema de salud neuquino y las posibilidades de intervención en esa realidad.

Nuestra población de análisis son los trabajadores y trabajadoras del Hospital Castro Rendón que participaron activamente en las acciones colectivas del año 2005. La importancia de este hospital no sólo se debe a que se trata del hospital de mayor complejidad de la provincia, sino que además es el que más trabajadores emplea y en el que más tempranamente se organizaron acciones colectivas para denunciar las consecuencias de las políticas neoliberales en la salud pública. La relevancia de la huelga del año 2005 se relaciona con la particularidad de ciertos procesos políticos que analizaremos a continuación.

La muestra construida es de tipo no-probabilística, y la selección de las unidades muestrales estuvo guiada por diversos criterios. Buscamos que en nuestra muestra haya presencia de: a) miembros de las diversas organizaciones de los trabajadores y trabajadoras (Junta interna de la Asociación de Trabajadores del Estado en el HCR -JI-, listas que disputan la conducción de la JI, cuerpo de delegados de base, Unión del Personal Civil de la Nación (UPCN), Asociación de Profesionales (AP), comisiones de trabajo creadas durante la huelga, y auto-convocados); b) trabajadores/as profesionales y no-profesionales; c) trabajadores/as de diversos sectores del hospital; d) mujeres y hombres en iguales proporciones.

Se realizaron entrevistas semi-estructuradas en profundidad y observaciones participantes en dicho hospital durante enero, mayo y agosto del año 2010. El trabajo que aquí presentamos se ha elaborado a partir del análisis de 16 entrevistas semi-estructuradas en profundidad y los diarios de campo elaborados durante ese periodo. Por otro lado, se analizaron documentos escritos por los trabajadores (documentos de prensa, resúmenes y conclusiones de asambleas, crónica del conflicto de los trabajadores de la Salud Pública de la provincia de Neuquén (2004-2005) realizado a partir de las notas periodísticas del Diario Río Negro por una de las comisiones de trabajo durante la huelga). El análisis de los documentos primarios se realizó a través del software de análisis cualitativo de datos Atlas.ti.

Castro Rendón (HCR) de Neuquén Capital durante el año 2005, recuperando los sentidos que los actores les adjudican a sus prácticas militantes y a sus formas de organización.

Nuestro recorte del año 2005 es únicamente analítico y está determinado por el interés de atender a algunas particularidades en las acciones colectivas. En este año, el Estado provincial se vio obligado a decretar la *emergencia quirúrgica* en el sistema público de salud. En el hospital de mayor complejidad de la provincia (HCR) eran pocos los quirófanos que estaban en funcionamiento producto de las deficiencias en la infraestructura y de la huida de anesthesiólogos hacia el sector privado, que los obligó a configurar cuantiosas listas de espera. Allí se hizo cada vez más notoria la falta de medicamentos, la precarización laboral de los trabajadores y el vaciamiento de algunos sectores.

Los/as trabajadores/as del HCR decidieron comenzar un plan de lucha para hacerle oír sus reclamos al gobierno de Sobisch. Esta huelga finalizó después de tres meses de paro con numerosos sumarios laborales, importantes descuentos salariales y un aumento salarial insignificante de 122 pesos condicionados al presentismo que el gobernador sancionó por decreto.

2. Acciones colectivas contra las políticas neoliberales

2.a. Algunos conceptos relevantes

El nuevo régimen de acumulación y de reproducción de las clases fundamentales tuvo consecuencias desgarradoras en nuestro continente – económicas, políticas y sociales-, y el cuestionamiento que hicieron del mismo los sectores dominados fue integral.

Muchos analistas postularon que se trataba de *nuevos movimientos sociales* pues se alejaban del modelo sindical clásico y estaban integrados por sujetos que no necesariamente se constituían como una clase social. Sin embargo, no podemos asegurar que se trate de novedades en términos estrictos pues, siguiendo a Andreia Galvão (2009), consideramos que muchos de ellos tienen larga historia en nuestro continente -como los movimientos de trabajadores rurales, de desocupados, etc.-, no se construyen necesariamente en oposición al modelo sindical clásico -aunque se asocien a él de manera distinta-, y es posible encontrar un carácter de clase en esos movimientos más allá de la heterogeneidad social de sus bases. Con esto, no queremos postular que todos los conflictos provocados por el desarrollo del capitalismo se reduzcan sin más al conflicto de clase, sino resaltar que el conflicto entre capital y trabajo sigue siendo central para la definición del capitalismo y que debemos pensar su relación con las posibilidades estructurales de la acción colectiva.

La convergencia de trabajadores de categorías o universos distintos es un rasgo común en todo el continente, y la enorme variedad de experiencias políticas de la *clase-que-vive-del-trabajo* constituyen una verdadera oposición a la implementación de las políticas neoliberales en la región. Un proceso que marca cierta particularidad de Argentina, es la participación política de sectores generalmente caracterizados como capas medias -que sufrieron las consecuencias de la precarización y flexibilización laboral- (Campione y Rajland, 2006), dentro de los cuales podemos mencionar a los trabajadores estatales que se vieron profundamente afectados por las políticas de ajuste y re-estructuración del Estado.

Además de considerar los aspectos estructurales, debemos explorar los sentidos que los actores atribuyen a sus prácticas políticas. Para ello retomaremos los aportes de la llamada *perspectiva del proceso político* dentro de las *teorías de la acción colectiva*, pues consideramos que lejos de invalidar los supuestos fundamentales del análisis de clase, estas teorías se proponen explorar los micro fundamentos y los complejos entramados de sentido de la lucha y la protesta (Viguera, 2009).

Los teóricos pertenecientes a esta corriente analítica, hablan de la *estructura de oportunidades políticas* para hacer referencia a las “dimensiones consistentes del entorno político que proporcionan incentivos para la acción colectiva al influir sobre las expectativas de éxito o fracaso de la gente” (Tarrow, 1997:49), y están marcadas no sólo por los componentes constantes del sistema sino también por otros menos estables que influyen en el grado de apertura o cierre de las estructuras formales. El proceso de difusión y coordinación de la acción

colectiva está garantizado por las *estructuras movilizadoras*, que pueden ser definidas como los canales o redes, tanto formales como informales, a través de los cuales la gente puede movilizarse e implicarse en la acción colectiva (Aiziczon, 2009). En ellas se encuentran fundadas muchas de las motivaciones a la acción, los lazos y relaciones que se construyen entre los distintos actores, las alianzas, etc. La *enmarcación de la acción colectiva* es el proceso por el cuales los sujetos construyen marcos culturales y otorgan sentidos a sus prácticas contextualizándolas en procesos socio-históricos más amplios (Gamson, 1998).

El concepto de *repertorios de acción* ayuda a explicar la evolución de la práctica política desde una perspectiva histórica, pues “se refiere a un conjunto limitado de rutinas que son aprendidas, compartidas y ejercitadas mediante un proceso de selección relativamente deliberado, y nos invita a examinar las regularidades en las maneras de actuar colectivamente en defensa o prosecución de intereses compartidos a lo largo del tiempo y del espacio” (Auyero, 2002:3). Los repertorios son productos culturales aprendidos que surgen y cobran forma a partir de confrontaciones precedentes, y van posibilitando pero a su vez limitando las formas de actuar colectivamente. En el análisis de los repertorios de acción colectiva se debe dar cuenta de los cambios históricos ocurridos en las macro-estructuras pero también en los micro-procesos (intereses, oportunidades coyunturales, organizaciones, etc.).

2.b. Protesta en Neuquén: una novedad con mucha historia.

No se puede negar que la década del 90' encontró a la población neuquina con fuertes lazos de solidaridad y alianza que le permitieron articular acciones colectivas de gran relevancia contra la implementación de las políticas neoliberales. Sin embargo, lejos de ser una novedad en términos estrictos, este hecho sólo puede ser explicado como resultado de la historia política de la provincia. Coincidió con Aiziczon (2005) cuando afirma que las acciones colectivas fueron producto de la re-significación de una matriz de protesta que se configuró a lo largo de luchas históricas y cuya principal característica es la contienda con las autoridades estatales.

Según el juicio de Ariel Petruccelli (2005) son tres los elementos que distinguen a la provincia de Neuquén que posibilitaron la configuración de este entramado político-social:

i. *Economía de enclave petrolero*: Recordemos que Neuquén era territorio nacional y se convirtió en una provincia recién en el año 1955. En su larga vida como territorio nacional, el Estado central ya explotaba los recursos hidrocarburíferos de la zona a través de Yacimientos Petrolíferos Fiscales (YPF), pero es a partir de la década de 1970 cuando se consolida el perfil productivo de la nueva provincia hacia la producción energética de petróleo, gas y energía hidroeléctrica.

El Estado neuquino no sólo se ocupó de garantizar la acumulación privada sino que él mismo se presentó como un agente económico capaz de ponerse al mando de las ramas productivas de la economía, y afianzó un entramado productivo que -al no basarse en la industrialización- se apoyó en la demanda y las inversiones del Estado, la expansión del gasto público y la ampliación del sector servicios (Favaro y Bucciarelli, 2003). Debemos tener en cuenta que a esto se le suma la existencia de una burguesía relativamente joven, incapaz de generar acumulación independientemente del Estado, por lo que “para el empresariado neuquino ejercer el control del Estado ha sido y es una cuestión decisiva: en Neuquén los políticos son empresarios y los empresarios son políticos” (Petruccelli, 2005: 9).

ii. *Sistema político hegemonizado por el partido provincial Movimiento Popular Neuquino (MPN)*: La estructura económica de la zona y las características del Estado tienen su correlato en el sistema político. La innegable hegemonía del Movimiento Popular Neuquino (MPN) se mantiene por la densa red burocrático-clientelar sostenida con los recursos públicos, y sus cuadros políticos están fuertemente vinculados al aparato estatal.

iii. Simultáneamente Neuquén presenta una fuerte *cultura política de protesta* que se constituyó por diversos factores: Paradójicamente, la estructura económica-política de la zona posibilitó la hegemonía del MPN al mismo tiempo que la constitución de una fuerte *cultura política de protesta*, pues si bien la enorme riqueza económica de la provincia posibilitó la aplicación de políticas de “bienestar” que legitimaron al MPN y a su líder Felipe Sapag, al mismo tiempo fortaleció a un polo político opositor que disputó de forma constante la

distribución de recursos vía protesta social, articulándose numerosas acciones colectivas orientadas al Estado (Aiziczon, 2006).

El perfil productor de energía de la provincia llevo a que los obreros se organicen tempranamente, pues la construcción de enormes obras demandó una gran cantidad de fuerza de trabajo en zonas hasta entonces despobladas, y las villas obreras acabaron reuniendo a una enorme cantidad de trabajadores víctimas de la misma situación de explotación, favoreciendo los importantes procesos de movilización obrera que se llevaron adelante en la década del 60'. Como bien indica Petruccelli (2005), el crecimiento demográfico neuquino y las características de su población están fuertemente relacionadas con la consolidación de la cultura política de la zona. La joven provincia de Neuquén tuvo un crecimiento demográfico asociado a la inmigración, y los recién llegados compartían ciertas características que facilitaron las acciones colectivas: eran mayoritariamente jóvenes que no arrastraban fuertes tradiciones conservadoras, rompían con sus tradiciones partidarias (ausentes en la nueva provincia), accedieron a una movilidad social ascendente que generó nuevas expectativas, etc. Sumado a esto, hay que tener en cuenta que gran parte de los inmigrantes que llegaron a la zona en las décadas del 70' y 80' eran exiliados chilenos que huían de la dictadura pinochetista y otro tanto eran 'exiliados internos' que huían de las grandes ciudades en donde eran perseguidos (muchos de ellos fueron protegidos por Monseñor Don Jaime de Nevares).

Finalmente, debemos mencionar la existencia de la Universidad Nacional del Comahue, que fue históricamente opositora al MPN y contó con un movimiento estudiantil altamente contestatario (Petruccelli, 2005).

Estas características posibilitaron que a partir de los años 90' gran parte de los trabajadores neuquinos se aglutinaran en un arco militante anti-neoliberal que confrontó fuertemente con el Estado. Las acciones colectivas de los trabajadores de la salud pública provincial no pueden ser entendidas por fuera de la existencia de este complejo entramado político.

3. Las acciones colectivas de los/as trabajadores/as de salud pública.

3.a. Agudización del conflicto en el Estado.

A partir de la provincialización del territorio de Neuquén, se comenzaron a implementar de políticas sociales para enfrentar los problemas sanitarios de la zona, basadas en la formación de recursos humanos, el desarrollo de políticas migratorias para profesionales, la ampliación de la infraestructura, la importación de tecnología, entre otras cosas (Taranda y otros, 2009). A través de la implementación del Plan de Salud Provincial –en el año 1971- se articuló la salud pública como un *sistema* de unidades interdependientes, en donde la planificación y evaluación de las políticas sanitarias eran llevadas a cabo de forma integral. Si bien la dictadura militar de 1976 no lo desarticuló completamente, se vivió fue un lento proceso de liberalización y una progresiva transferencia de recursos del sector público al privado. La provincia entraría en la década del ochenta con un sistema de *salud bifronte*: con un subsistema público ampliamente legitimado, y un sector privado robustecido, alimentado por las obras sociales (Taranda y otros, 2009).

Los cambios que sufrió el subsistema público de salud neuquino se vieron acompañados por las constantes luchas de sus trabajadores y trabajadoras. Que la salud, la vivienda y la educación hayan sido concebidas como un *derecho social* no fue mérito únicamente de los gremios de trabajadores estatales, sino también del gobierno provincial que los había levantado como estandartes del primer mandato sapaguista. En este sentido, no fue azaroso que hayan enmarcado su lucha como la defensa de derechos que están siendo violados por el Estado -por acción u omisión-, ni que esto haya sido un factor aglutinante en la conformación de su identidad colectiva. Esto se ve claramente en las siguientes palabras de una histórica militante del HCR:

“R: Y lo bueno es que tenemos una formación humana totalmente diferente. Entonces tenes un sentir de tus derechos totalmente distinto. Y como tenes el sentir de los derechos, tenes el sentir de la obligación. (...) El grupo de la Asociación [de Profesionales] es un grupo con un

pensamiento muy parecido, y yo creo que por eso nos juntamos como grupo: la cuestión de los derechos humanos, la igualdad...”

(Noelia, AP, profesional)²

La gestión de Jorge Omar Sobisch en la década del 90' fue la que consolidó las políticas neoliberales en la provincia, en sintonía con las políticas del gobierno nacional de Carlos Menem. El vaciamiento y des-financiamiento del sistema público de salud fue perseguido por las autoridades provinciales que promovieron la derivación de pacientes hacia el sector privado, concedieron subsidios millonarios a numerosas clínicas y tercerizaron ciertas áreas de atención. En el Hospital Castro Rendón no sólo se vivieron transformaciones en la calidad de la atención sanitaria sino también en las condiciones de trabajo, pues se sufrieron las consecuencias de las políticas de flexibilización laboral, la disminución de los cargos con dedicación exclusiva, el congelamiento de salarios, el establecimiento de contratos temporarios, la tercerización de trabajadores que antes dependían directamente del Estado, entre otras cosas. Por otro lado, al promover prácticas privatizantes de la atención médica, se fortalecieron numerosas corporaciones profesionales que comenzaron a influir fuertemente en las políticas de salud como la fijación de salarios diferenciales, la suspensión de la formación de residentes en ciertas áreas, la derivación de pacientes al sector privado, entre otros.

Si bien las políticas de gobierno marcaban un cambio de escenario en la provincia, la temprana organización de los trabajadores y trabajadoras de salud no estuvo garantizada únicamente por los cambios en la estructura de oportunidades políticas. Para posibilitar y garantizar la disputa al interior del Estado se combinaron varios elementos: a) la construcción de la *sensación de pérdida de derechos* individuales y sociales; b) la percepción de la *capacidad de agencia* para defenderlos; c) la construcción de una *identidad colectiva* que los diferenciaba de los funcionarios estatales.

Como ya dijimos, los trabajadores de la salud pública no enmarcaron su lucha como una cuestión sectorial sino como una lucha por *derechos colectivos* de todos los neuquinos. Incluso la demanda por aumento salarial pudo ser colocada por sus protagonistas dentro de la exigencia mayor de defensa del sistema de salud pública, logrando sacarla del terreno puramente económico. Esto se hace claramente visible en la descripción que José nos hace respecto a lo que para él implica la ‘defensa del sistema’³:

“Un trabajador, una trabajadora social, el camillero, el enfermero, un chofer, un agente sanitario -que han sido los pilares del sistema- bien pago es fundamental. (...) El salario va de la mano con lo tecnológico, lo científico, los medicamentos, los insumos, la aparatología, la tecnología... digamos, eso es el funcionamiento del sistema. Cuando nosotros hablamos de ‘pleno funcionamiento’, queremos eso. (...) Para trabajar en salud no sólo hay que tener una especialidad, o algún tipo de título... bienvenido sea si lo tiene, pero sobre todo lo que hay que tener, para trabajar en el sistema público de salud, es tener conciencia de que lo público es de todos. (...) Entonces defender el sistema es tener mucha conciencia colectiva e individual... y sobre todo recuperar algo que se ha perdido en Argentina, que es la ética pública”.

(José, ATE, no-profesional)

Rápidamente se sintieron dueños de una capacidad de acción que los unificaba en la ‘defensa del sistema’ contra las autoridades provinciales, y se sintieron parte de un *nosotros* que

² En compromiso con la protección de la identidad de los informantes, hemos modificado sus nombres cuando citamos fragmentos de las entrevistas realizadas. Además, señalaremos dos atributos que consideramos relevantes en nuestro análisis: el tipo de participación gremial durante la huelga del año 2005 y el agrupamiento al que pertenece. Si bien la ley en la que se fijan los cuatro agrupamientos en los que se organizarán los/as trabajadores/as de salud pública -profesionales, técnicos, auxiliares técnico o administrativo, operativo- (ley 2562) fue sancionada recién en el año 2007, consideramos que los mismos son importantes en su construcción identitaria y sus acciones colectivas. Hemos elegido no recurrir a los términos de la ley para determinar los agrupamientos a los que pertenecen los entrevistados, sino categorizarlos de acuerdo a la pertenencia que ellos nos manifestaron (cómo eligieron presentarse ante nosotros).

³ Categoría nativa. Todas las categorías nativas serán señaladas entre comillas simples.

les permitió reconocerse como agentes políticos. La construcción de la identidad política en oposición a las autoridades estatales no es únicamente subjetiva sino que tiene relación con la estructura política de la zona pues el Estado provincial históricamente apareció como una referencia aglutinadora de diversas demandas sociales.

El conflicto con el gobierno tiene para ellos una doble dimensión. Por un lado, lo enfrentan ‘en la calle’ junto con otros sujetos sociales, sumándose a un colectivo no-estatal que le demanda soluciones al Estado. Pero por otro lado, los trabajadores de salud lo enfrentan también al interior de las instituciones estatales, buscando diferenciarse de los “funcionarios” del ejecutivo provincial. Los funcionarios del Ministerio y la Subsecretaría de salud representan *el otro* no sólo ‘en la calle’ sino también en el espacio de trabajo, como vemos en el relato de Noelia:

“Yo me alejo de lo que es la Sub-secretaria, porque a ese grupo ya lo encasillé como que es alguien que no está comprometido, porque no conocen lo que es la salud pública, porque han ingresado de ámbitos donde primero se tendrían que haber compenetrado de lo que era esto, para poder después ubicarse en un lugar de más arriba. Pero, como son acomodados, a mí no me interesa relacionarme bien con ellos. A mí lo que me interesa es técnicamente estar relacionada (...) Es decir, si yo te estoy solicitando y cumplo las normas de solicitud, y tengo una respuesta en tiempo y forma, vamos a darle calidad al paciente... caso contrario me pasa como ahora. Tengo hace una semana el fármaco que tiene que ingresar, que es para el tratamiento del dolor, y tengo a los pacientes llamando todos los días pidiendo información... todos los días pidiendo eso que les va a calmar el dolor. ¿Es justo que hagamos esto? No, no es justo.”

(Noelia, AP, profesional)

Para muchos de los/as trabajadores/as del hospital, las siglas del partido gobernante (MPN) se tornaron un *significante* capaz de condensar la idea de corrupción, de desprestigio por la cosa pública, de enriquecimiento ilícito, de acumulación de poder personal, entre otras cosas; lo que reforzó la idea un *nosotros* asociado a la defensa de lo público y de los derechos colectivos.

Las crisis que se vivieron en el sistema de salud pública no fueron aisladas ni pasajeras, y la resistencia a las políticas de vaciamiento puede ser pensada en un continuum que se extiende hasta la actualidad y en el que podemos identificar periodos de intensificación del conflicto.

3.b. Las redes de militancia.

Si bien la articulación de demandas entre ATE y ATEN⁴ se vio facilitada por tratarse de trabajadores estatales, las estructuras movilizadoras de los trabajadores/as de salud superan las alianzas sindicales y se extienden por el campo de protesta neuquino: se han consolidado fuertes relaciones con los obreros y las obreras de la fábrica recuperada FaSinPat (ex Zanón), con los estudiantes de la Universidad del Comahue y del terciario provincial de Bellas Artes, organizaciones de derechos humanos, partidos políticos de izquierda, entre otros. La participación de ‘la comunidad’ neuquina es resaltada por la mayoría de los trabajadores y trabajadoras como un factor clave en la resolución de los conflictos:

“Porque nosotros, lo poquito que conseguimos en los últimos años, fue porque la organización de la comunidad se movilizó. Nosotros los trabajadores nos hemos movilizado y no hemos conseguido nada, pero cuando la comunidad se empieza a meter nosotros conseguimos. Entonces eso es lo que ha definido, aparte de la lucha nuestra. La participación de la comunidad para el gobierno es fundamental.”

(María, autoconvocada, no-profesional)

⁴ Asociación de Trabajadores de la Educación del Neuquén. Si bien nuclea a docentes de instituciones de gestión privada, en su mayoría los afiliados son trabajadores de escuelas públicas.

En este sentido, un hecho central ha sido la organización de la comunidad de pacientes a través de la organización Familiares, Amigos y Vecinos de Enfermos Agrupados – FAVEA-. Ésta es una organización que surgió como consecuencia de la emergencia sanitaria provincial del año 2005, y fue fundada por los allegados de aquellos pacientes que conformaban la lista de espera para recibir atención quirúrgica en el Hospital Castro Rendón. Víctimas del deterioro del sistema de salud, estos pacientes vieron la necesidad de hacer propios los reclamos que tiempo atrás venían manifestando los/as trabajadores/as de la salud pública, y movilizaron sus redes externas al hospital (en sus barrios, grupos de amigos, familia, etc.) para exigirle una respuesta al gobierno. Y a pesar de que luego se presentaron dificultades para compartir espacios de militancia, la importancia de esta organización es valorada por los/as trabajadores/as del hospital:

“Al principio fue realmente defender a los pacientes... eran familiares de pacientes y defendían a los pacientes. Después fue haciendo un proceso, donde terminaron apoyando las luchas nuestras. (...) Entonces es importante porque... porque ha sido importante en el sostenimiento de la lucha por la defensa del sistema de salud. Han cumplido un rol importante. Nosotros tenemos mucha conexión con la comunidad.”

(María, autoconvocada, no-profesional)

Una mención especial merece la intervención de los obreros y obreras de FaSinPat, pues han tenido gran participación en los conflictos de salud: han garantizado su presencia en los momentos más críticos de las medidas de fuerza, han prestado infraestructura (sonido y escenario) para la realización de festivales, han facilitado la cocina de la fábrica para la elaboración de comidas para el fondo de huelga y la olla popular, han establecido contacto con organizaciones fuera de la provincia, han realizado generosas colaboraciones en los fondos de huelga, entre otras cosas.

Por último, debemos decir que de la misma manera que las redes de militancia traspasan las paredes del hospital, en varias oportunidades traspasaron también las fronteras provinciales. En el año 2005 los/as trabajadores/as del HCR viajaron a Buenos Aires para difundir el conflicto.

“Y se arma una comisión y se viaja a Buenos Aires, y entonces “los zanones” nos hacen contacto, nos consiguen lugar en el BAUEN, viste. (...) Partíamos a los diferentes lugares a trabajar los diferentes sectores... había un grupo que se iba a las asambleas que hacia el Garrahan, y a partir de ahí se trabajaba el conflicto nuestro, se mencionaba, se empezaba a trabajar. Y los compañeros nos ponían plata, nos ponían plata. Esa conciencia de laburante que vos decís...sólo así vos podés poner plata en una alcancía, entendiendo lo que es un conflicto y lo que es defender tu laburo y el sistema de salud. (...) Así que a la noche nos juntábamos, cada uno ponía lo que había traído, contábamos cada parte y hacíamos un depósito para el fondo de huelga. Y todos los días lo mismo.”

(Laura, autoconvocada, no-profesional)

De la relación que entablaron con los/as trabajadores/as del Hospital Garrahan juntaron fuerzas para continuar con el paro, pues aprendieron de sus estrategias y retomaron algunas de las consignas que habían sostenido sus colegas en sus intensos meses de huelga.

4. Obstáculos y limitaciones.

El estudio sobre acciones colectivas de los trabajadores de salud estaría incompleto sino atendiésemos a sus limitaciones. No nos proponemos aquí hacer una descripción detallada de cada una de las grandes huelgas del sector, sino más bien plantear ciertas problemáticas asociadas a la implementación de paros generales en el HCR a partir de la década del 90’.

Sobisch vuelve al poder en el año 1999 tan fortalecido que es capaz de garantizar su reelección para el periodo 2003-2007, viéndose mejor posicionado para enfrentar a los trabajadores que se oponían a las reformas. Esto marcó dificultades para las acciones colectivas de los trabajadores, que debían constituirse en una fuerza política capaz de enfrentar al gobierno a pesar de su negación al diálogo y su actitud confrontativa. Los paros, que hasta entonces

habían dado resultados en el mediano y corto plazo, se extendían por meses y los trabajadores tuvieron que preocuparse por garantizar la continuidad en las medidas de fuerza a pesar del ‘desgaste’. Si bien esto se vio reflejado en todas las luchas de los trabajadores estatales, el sector de salud presenta particularidades que merecen ser atendidas.

Cuando las medidas de fuerza en salud se extienden por largos periodos, el principal conflicto está relacionado con las consecuencias que puede tener sobre la vida de las personas que allí se atienden. Las franjas de población que reciben atención en los hospitales públicos son generalmente las más vulnerables, sufriendo necesidades básicas insatisfechas (incluyendo la salud), y generalmente siendo víctimas del abandono de otras instituciones estatales antes de llegar al hospital. La salud y/o la vida de estas personas dependen de la atención que se brinda allí.

En este contexto, decidir dar comienzo a una medida de fuerza con retención de servicios siempre plantea a los/as trabajadores/as fuertes conflictos. ¿Cómo se puede garantizar el derecho a huelga sin que se vulnere el derecho a la vida de los pacientes? ¿Y qué hacer cuando el mantenimiento del sistema público de salud depende en parte de estas acciones colectivas (que exigen soluciones ante la insuficiencia de recursos humanos e infraestructura, la falta de insumos y de medicamentos, etc.)? Estas cuestiones ponen a los trabajadores en dilemas éticos muy difíciles de resolver y son ampliamente discutidos en las asambleas:

“Acá hay seres humanos, hay personas... y acá puede estar tu tía, tu mamá, tu hermano. Y yo como delegado, al frente de la asamblea te tengo que darte una respuesta, como ser humano. Y si yo tengo un conflicto, vos no tenés la culpa. Entonces hay que tener equilibrio... cuando la cosa es con seres humanos, hay que tener equilibrio.”

(José, JI de ATE, no-profesional)

Por un lado, el Estado provincial se ha desvinculado de la responsabilidad sobre la salud de los neuquinos y ha intentado colocarla sobre los hombros de los/as trabajadores/as del sector; pero por el otro lado, los/as trabajadores/as han luchado constantemente para restituírsela y sus medidas de fuerza fueron fundamentales para frenar el deterioro del sistema público de salud. Aunque son conscientes de que sólo con sus acciones colectivas han conseguido ciertas mejoras, la angustia en el momento de dejar los puestos de trabajo es relatada por ellos/as como uno de los principales obstáculos a la hora de decidir un plan de lucha:

“Es muy difícil. Dejar los sectores [de trabajo] es muy difícil. (...)Lo que se hace es, por ejemplo, siempre que hay emergencias, se entra y se sale. Entonces, por ejemplo, en el 2005 hubo un chiquito que tuvo un accidente, y corría riesgo su vida. Entonces se vino, se entró a trabajar para cubrir a ese paciente que corría riesgo su vida, hasta que se lo derivó, hasta que se consiguió cama para derivarlo. Entonces, la responsabilidad del paciente la tiene el enfermero en tanto entra a trabajar... mientras tanto, se tiene que hacer responsable el gobierno. Es mucha responsabilidad para nosotros cumplir este rol... (...)Nosotros el año pasado tuvimos que hacer medidas fuerza porque no teníamos barbijos. ¿Cómo puede ser que un servicio como quirófano tenga que parar y salir públicamente a decir no tenemos tal insumo para que el gobierno salga a comprarlo? El gobierno no te garantiza nada. Entonces nosotros sabemos que para conseguir lo poquito que podemos conseguir, tenemos que pelear. Y en eso no nos confundimos, porque también está en riesgo nuestra vida. Entonces, cuesta salir a pelear, porque cuesta dejar los pacientes (...) Pero hay que salir, es así. Y eso se vive como una cuestión difícil”

(María, autoconvocada, no profesional)

El gobierno sobischista supo aprovechar esta situación implementando estrategias para disuadir el conflicto sin dar respuesta a los reclamos de los trabajadores. En las grandes huelgas de las últimas décadas fue habitual que el poder ejecutivo provincial iniciara sumarios por abandono de personas a los/as trabajadores/as del Hospital Castro Rendón, aunque luego fue imposible para los fiscales judiciales demostrar que los pacientes hayan quedado efectivamente abandonados:

“Lo que pasa es que el gobierno siempre nos acusa de esas cosas, y nunca lograron convencer a la comunidad de que nosotros hacemos eso. Han mandado juezas, ha venido la defensora, y no puede certificar que nosotros hacemos abandono de personas... no lo ha podido certificar. Porque cuando se tiene que cubrir porque hay una emergencia y hay riesgo de vida, se cubre. ¡No se va a dejar morir a nadie! Eso tiene que ver con la ética, y con nuestra forma de vida, ¡no se puede! Pero si no es emergencia, se sale a pelear.”

(María, autoconvocada, no-profesional)

Finalmente, queremos hacer mención a otra dimensión problemática de la extensión de las medidas de fuerza en el Hospital Castro Rendón en tanto se trata del hospital de mayor complejidad de la provincia. Durante los paros, los hospitales de menor complejidad derivan sus pacientes más delicados al HCR, siguiendo la cadena de derivaciones por zonas sanitarias de la provincia; pero a éste no le quedan más opciones que derivar a algún hospital nacional en Buenos Aires o hacia el sector privado en Neuquén. Durante los paros extensos, los pacientes más críticos -como los de terapias intensivas, urgencias quirúrgicas y neonatología- han sido derivados hacia las clínicas privadas de la capital provincial. También el gobierno sacó provecho de esta situación y pagó montos extraordinarios por la atención de pacientes en el sector privado⁵, culpando a los/as trabajadores/as de ser los responsables del debilitamiento del sistema público. Esta situación es especialmente problemática en los momentos de definición de una huelga, y aparece constantemente en la narración de los/as trabajadores/as:

“Por eso en salud hay que tener mucho equilibrio para la pelea. Porque si esto fuera una fábrica, la cosa es mucho más fácil. Si vos producís, cerras la fábrica, y el patrón tiene que cambiar la forma, su diálogo. Cuando vos atendés a la comunidad, y cuando el gobierno lo que pretende es que desde los trabajadores se cierren los hospitales para que después aparezcamos los trabajadores siendo responsables por el cierre de los hospitales, ahí hay que tener un gran equilibrio. (...) Hay que tener mucho equilibrio para no caer en lo que el gobierno nos quiere llevar, que es culparnos a los trabajadores del deterioro del sistema y del cierre de los hospitales.”

(José, JI de ATE, no-profesional)

Durante la huelga del año 2005 esto se visibilizó claramente, y los obstáculos se hicieron cada vez más presentes a medida que se extendían los días de paro. El gobierno no sólo cerró todos los canales de diálogo, sino que comenzó una campaña mediática de desprestigio contra los/as trabajadores/as del sector (publicando recibos de sueldos, realizando pintadas en las paredes acusándolos de abandonar el hospital, entre otras cosas), inició demandas judiciales y realizó severos descuentos salariales por los días de paro (aunque sólo a un sector de trabajadores, promoviendo la fragmentación del colectivo). Incluso inició una denuncia por “terrorismo bacteriológico” luego de una movilización en que los/as trabajadores/as se acercaron a la casa de gobierno portando barbijos, guantes de látex y bolsitas con líquidos pintados con tempera que colgaron de la gobernación en señal de protesta.

Para los/as trabajadores/as del HCR fue cada vez más difícil sostener la medida de fuerza por el enorme esfuerzo que implicaba; pero sobre todo se hizo difícil mantener en simultáneo los esfuerzos de la huelga y de la atención de los pacientes que corrían riesgo. Sumado a esto, comenzaron las amenazas de evacuación del hospital, contra lo que los trabajadores se oponían rotundamente.

Las tensiones entre los/as trabajadores/as se volvieron tan visibles como la indiferencia del gobierno de Sobisch. Las fracturas en el colectivo de trabajadores/as se agudizaron entre quienes planteaban la necesidad de volver a trabajar y los que planteaban la necesidad de agudizar las medidas y sostenerlas en el tiempo. La mayoría se fue convenciendo que el

⁵ No debe interpretarse aquí que el sector privado fue una víctima de la política de gobierno. Por el contrario, las clínicas y sanatorios privados tenían gran interés en el desmantelamiento del sistema público de salud. Amigos personales y aliados políticos de Sobisch, los dueños de las clínicas privadas tuvieron amplia incidencia en la definición de las políticas sociales del Estado provincial, y obtuvieron beneficios impensados en otras épocas (subsidios millonarios, derivación sistemática de pacientes del sector público, exclusividad en la utilización de ciertas tecnologías, etc.).

gobierno no daría el brazo a torcer, y que era necesario volver a los puestos de trabajo a *pesar* de no haber logrado nada:

*“Cuando un conflicto se prolonga en el tiempo... si vos no tenés la fuerza para reavivarlo, se muere. Había compañeros que no querían volver a laburar, que ya estaban... me acuerdo una compañera que planteó inmolarse, viste. Claro viste... ‘yo me ato a la plaza’.
(...) Estábamos entre seguir para qué, y cómo seguir. Porque para seguir vos tenés que manejar... entre que estás desgastado, cuando los compañeros están cansados, cuando te están volviendo de a uno.”*

(Laura, autoconvocada, no-profesional)

Finalmente, en una numerosa asamblea se decidió levantar el paro con retención de servicios. Sin una respuesta a sus reclamos, los/as trabajadores/as del HCR volvieron a sus puestos de trabajo con grandes fracturas entre ellos.

4.a. Relación entre ATE y el sector salud.

Una de las fracturas que se profundizó a partir de esta huelga fue al interior de la Asociación de Trabajadores del Estado (ATE), entre la conducción provincial del gremio y la Junta Interna del Hospital Castro Rendón (JI). Entendemos que las identidades políticas son siempre relacionales y colectivas, producto de procesos históricamente constituidos, y bajo ningún punto de vista podemos dar cuenta de esta fractura sindical sin atender al proceso que atravesó el gremio en el sector salud.

La Junta Interna de ATE en el Hospital Castro Rendón (JI) fue creada en el año 1988, convirtiendo a este hospital en el primero de la provincia en contar con una organización gremial dentro del espacio de trabajo (y el único en la provincia hasta finales del año 2009 cuando el Hospital de Centenario creó la suya). Pese a que su objetivo era atender a las cuestiones gremiales del hospital en que se radicaba, durante muchos años la JI garantizó la articulación de medidas de fuerza del sector a nivel provincial, pues ATE no contaba con otra organización específica de salud pública. En un comienzo, la relación entre la JI y la conducción provincial fue estrecha y articulada, y en ambas conducía la Lista Verde.

La historia de la división tiene su origen en una fractura política entre los dirigentes de dicha lista: a causa de diferencias políticas, algunos militantes decidieron abrirse de la Lista Verde y formar una lista opositora (Morada-Verde) para disputar la Junta Interna, que consiguieron conducir rápidamente. A partir de ese momento, el fortalecimiento de la JI fue visto por la Lista Verde -conducción provincial del gremio- como una amenaza y por diversos medios intentaron menguar su importancia. Entre otras cosas, dejaron de garantizar apoyo económico y logístico para las huelgas de salud:

“Y nosotros con la conducción provincial, para serte sincero, venimos divorciados del año 91. Digamos, pero no es una cuestión de nombres ni de problemas personales... tiene que ver con modelos sindicales, esa es la realidad. Digamos, todo el mundo habla de la democracia, de la participación, del protagonismo, pero en tanto y en cuanto pensés como yo. Cuando vos pensás diferente que yo, se acabó la democracia, la participación y el protagonismo”.

(José, JI de ATE, no-profesional)

Esto no sólo tuvo consecuencias negativas en la estructura de oportunidades políticas de los trabajadores de salud pública sino también para el conjunto de los trabajadores estatales afiliados al gremio, pues el mismo sindicato terminó boicoteando la movilización de uno de sus sectores mayoritarios.

En el año 1998 se conformó una tercera lista dentro del hospital, integrada por varios delegados de sector. Los integrantes de la nueva lista (Lista Gran-ATE) garantizaron su victoria electoral durante dos periodos consecutivos (del año 1999 al 2002) y crearon la Rama Provincial Salud de ATE (año 2000), nucleando gremialmente a los trabajadores de los 30 hospitales de la provincia y 71 centros de salud.

Los esfuerzos organizativos y personales fueron cada vez mayores pues las tensiones con la conducción provincial se tradujeron en amenazas, ahogo económico y boicot a las tareas de la Rama:

“Lamentablemente lo económico es fundamental. (...) ¡Los compañeros se costeaban de su bolsillo los boletos de colectivo para venir! O sea, si había un problema en el interior no se podía ir. Y las veces que se iba, fue todo del bolsillo de los compañeros... el sindicato nunca aportó un peso”

(Gimena, autoconvocada, no profesional)

En el año 2002 los integrantes de la lista Gran-ATE decidieron disputarle a la lista Verde la comisión directiva provincial, pero los resultados fueron favorables para ésta última. Esta derrota electoral en cierta forma deterioró las expectativas de cambio en la Rama Salud, y la frustración política impactó en los proyectos del grupo y en cada uno de sus integrantes:

“Nosotros nos habíamos generado más expectativas. Y muchos compañeros se pincharon, se pincharon, se pincharon, se fue desgranando solo. Además muy cansados, nos hicieron muchas cosas en el medio... a mí me hicieron una campaña de desprestigio, me trataron de chorro, que es lo que hace la burocracia. (...) Ellos saben dónde pegar, porque a mí eso me desmoralizó mucho, mucho. (...) Porque aparte nos sentíamos al pedo, porque no teníamos movilidad, no teníamos nada... los últimos meses íbamos con nuestra plata, con mi auto, en colectivo a recorrer los hospitales con los compañeros. Y ya no, no daba para más, no daba para más así que volvimos a laburar todos los que estábamos en la rama.”

(Lautaro, ATE, no-profesional)

Los integrantes de “la rama” renunciaron un año antes de terminar su mandato, y la conducción provincial del gremio no volvió a llamar a elecciones para cubrir los cargos. De esta forma, después de tres años de existencia, la Rama de Salud de ATE se desarticuló en el año 2003. El enfrentamiento de los trabajadores y trabajadoras del HCR con la conducción provincial de ATE se agudizó, haciéndose visible en la dinámica que han adquirido las huelgas de los últimos años.

Finalmente, queremos hacer mención a un elemento que aportó gran descontento entre los afiliados, aunque no está relacionado específicamente con las dinámicas del sector de salud. En los últimos años, muchos de los dirigentes de la conducción provincial de ATE se han embarcado en la creación de un partido político provincial denominado Unión de los Neuquinos (UNE). Aunque oficialmente no se aclara cuál es la relación entre el partido y el sindicato, la mayoría de los afiliados sospecha que sus aportes sindicales se derivan hacia el UNE. Por otro lado, en los relatos de los afiliados se percibe gran malestar por la forma en que se decidió la creación del mismo:

“Ellos hacen una reunión de amigos, nace el partido y después convocan ‘vos tenés que estar en el UNE’.... ¿y cómo es eso? (...) No fue decidido por las bases. Porque si nosotros queremos un partido de los trabajadores, tienen que salir de los trabajadores.... Si el compañero afiliado dice ‘vamos a hacer un partido político’, lo hacemos.”

(Daniel, ATE, no-profesional)

La abstención, la apatía, el gran porcentaje de desafiliación y el desinterés de la mayoría de los trabajadores en la afiliación son elementos que revelan la falta de consentimiento hacia la política de la dirección provincial.

4.b. Los (no) profesionales.

Un segundo elemento a la hora de analizar las fracturas al interior del HCR es la marcada división entre los trabajadores profesionales y los “no-profesionales”.

A diferencia de otras dependencias del Estado, un gran porcentaje de los trabajadores del sector de salud son profesionales universitarios y poseen una marcada jerarquía y

diferenciación de funciones. Sin embargo, la historia de esta fragmentación dista de ser natural, y en parte tiene su fundamentación en la historia de las acciones colectivas del sector.

Comenzaremos señalando que en la actualidad existen varias organizaciones gremiales dentro del hospital: la JI de ATE, la Asociación de Profesionales (AP), Asociación de Médicos de la República Argentina (AMRA), Sindicato de Enfermeros de Neuquén (SEN), y Unión del Personal Civil de la Nación (UPCN). Algunas de ellas se han organizado recientemente en el hospital –como es el caso del SEN y UPCN–, y las que han tenido una presencia real desde la década del 80' en la vida sindical del hospital han sido la JI de ATE y la Asociación de Profesionales del Hospital Castro Rendón (AP).

En el año 1982 se creó la AP, una asociación civil que -a pesar de no haber obtenido la personería gremial- tuvo un gran protagonismo en la vida sindical del hospital y en la lucha por la defensa del sistema público de salud.

“Para mí la Asociación siempre fue un ámbito gremial, nunca fue un ámbito de personería jurídica. (...) Vos lo vivías como un ámbito gremial, venías acá a discutir qué pasaba cuando se armaban los conflictos, cuándo había que buscar la reivindicación, cómo peleabas para meterte en las reivindicaciones. La idea de formar un gremio [de profesionales de la salud pública] está embrionaria desde hace veinti-pico de años.”

(Marcelo, AP, profesional)

En los relatos de sus militantes, el origen de la AP aparece como una respuesta a las diferencias que los/as profesionales tenían con la conducción provincial de ATE, pues al verse perjudicados por algunos acuerdos en las mesas de negociación vieron la necesidad de organizarse para atender a los reclamos específicos de los profesionales del sector. Las dificultades con las que se topó la AP no fueron solo jurídicas, pues el sector de profesionales del hospital es profundamente heterogéneo y difícil de organizar sindicalmente.

Si bien hay diversos trabajadores con título universitario (en las áreas de obstetricia, trabajo social, psicología, bioquímica, fonoaudiología, quinesiología, etc.), son los/as médicos/as los que definen las reglas de juego de la vida hospitalaria debido a su conocimiento técnico respecto a la atención de la salud. La marcada jerarquización del trabajo tiene consecuencias sobre las acciones colectivas: los médicos y médicas asumen grandes riesgos cuando adhieren a los planes de lucha del sindicato, porque generalmente ocupan lugares de mucha responsabilidad en los sectores de trabajo (como los puestos de jefatura) y tienen que velar por la vida de los pacientes, garantizando la atención.

El mayor obstáculo para las acciones colectivas de los profesionales en el HCR está asociado a la existencia de corporaciones que promovieron el deterioro del sistema público. A partir de la década del 1990 muchas corporaciones médicas, generalmente agrupadas en colegios profesionales, influyeron en la elaboración de políticas privatizantes y de fortalecimiento del sector privado (pues muchos de ellos son propietarios de clínicas, laboratorios, equipos de alta tecnología, etc.).⁶ Sin duda alguna, la existencia de estos trabajadores en el hospital produjo profundas fracturas sindicales, e incluso entre los profesionales existe un gran resentimiento por las ‘traiciones’ de ciertos grupos de médicos en las instancias de negociación:

“R: No salen a pelear ni por su salario. Porque se les ha permitido hacer arreglos por izquierda.

P: ¿Cómo el sector de anestelistas decís?

R: Como los anestelistas, como en algún momento los cirujanos, como en algún momento los oncólogos, como los imagentólogos. Les pasan guardias activas, cuando son pasivas. Y cuando son pasivas, se las activan por ocho horas. Cuando debería ser ‘activame la guardia el tiempo

⁶ Un claro ejemplo de esto ha sido el caso de los anesthesiólogos, que se negaron a formar residentes en su especialidad, acordaron salarios diferenciales, y pretendieron tercerizar el área ofreciendo al Estado la contratación del servicio de anestesia a través del Asociación Argentina de Anesthesiólogos (AAA). Si bien el caso de los anesthesiólogos en Neuquén es un caso extremo, durante la gestión de Sobisch la política estatal favoreció el fortalecimiento de corporaciones médicas y clínicas privadas.

que yo estoy laborando'. ¿Por qué me la vas a activar por 12 horas si yo estuve 5? Es mucha gaita que se le saca a la provincia."

(Noelia, AP, profesional)

Los profesionales comprometidos con el sistema público de salud -articulados fundamentalmente alrededor de la AP- denunciaron la actuación de estas corporaciones y coordinaron medidas de fuerza en defensa del sistema con la JI de ATE; pero no han cambiado de opinión respecto a la necesidad de organizarse sindicalmente en tanto profesionales (por fuera del resto de los trabajadores/as del hospital).

Entendemos que la lucha por las categorías que ordenan el mundo social es eminentemente política, pues es una lucha por el poder de conservar o transformar el orden social conservando o transformando las categorías de percepción de este mundo (Bourdieu, 1990). La marcada división entre profesionales y no-profesionales no se limita únicamente a una diferenciación de roles en el proceso de trabajo, sino que impacta en la (im)posibilidad de articular sindicalmente a los trabajadores del hospital. Una fuerza con vocación hegemónica en este ámbito debería poder superar esta fragmentación, apelando a categorías que rompan con esta división.

Una cuestión que es llamativa en la vida del HCR es que la pertenencia al sector profesional define la identidad de *todos los trabajadores*. Los enfermeros, técnicos, camilleros, administrativos, personal de mantenimiento, mucamos, choferes y cocineros (es decir, la mayoría de los trabajadores del hospital) se auto-definen como 'no-profesionales'. No se definen por lo que son sino por lo que no-son. Esta cuestión es señalada por los militantes de la JI de ATE como algo problemático, y en sus relatos aparece el esfuerzo por instalar otras categorías superadoras:

*"Creo que hemos tenido una gran virtud, una virtud de todos los compañeros, no una virtud personal... de haber hecho entender que acá somos **trabajadores**. Que vos podes ser trabajadora social, que vos podes ser cirujano, que vos podes ser anestesiólogo, que vos podes ser el mejor cardiólogo, o el mejor cirujano, pero vos sos **asalariado**. Y que salud no funciona con un solo tipo. O sea, vos podes ser el mejor neuro-cirujano y estar listo para operar, pero si la compañera no te limpió el quirófano, si la instrumentadora no está... digamos, es un equipo. Cuando se empezó a entender eso, se empezó a parar este discurso perverso de algunos de profesionales y no-profesionales."*

(José, JI de ATE, no-profesional)

Sin embargo, sus discursos están poblados de contradicciones al respecto, y levantan argumentos para disputar tal distinción y al mismo tiempo la refuerzan. El mismo José nos justificó en otro momento la necesidad de reforzar la organización de los sectores profesionales separada del resto de los trabajadores/as del hospital:

"Si en ATE no hemos sido capaces de generar un espacio para contener al sector profesional, fundamentalmente médico, y ellos han generado su propio espacio, me parece que lo que sirve es que ellos fortalezcan su propio espacio, donde ellos se sientan más representados. No les va a ser fácil, pero creo que vale que lo intenten."

(José, JI de ATE, no-profesional)

Las alianzas sindicales que ha establecido la JI al interior del hospital justifican en parte estas contradicciones en sus discursos. Los profesionales (y sobre todo los/as médicos/as) se han ido desafilando progresivamente de ATE; y para contrarrestarlo, los militantes de la Junta Interna han buscado establecer alianzas por otros caminos (por ejemplo, fortaleciendo las relaciones con la AP). Salta a la vista que este dilema tiene grandes costos políticos para la Junta Interna: si refuerza su alianza con el sector profesional, los sectores no-profesionales se sienten en cierta forma traicionados y argumentan que se descuidan sus reclamos para garantizar los intereses de los otros; pero si refuerza su alianza con los sectores no-profesionales, los profesionales se sienten excluidos. De esta forma, al no romper el marco corporativo de los

grupos puramente económicos, las fuerzas sociales del HCR renuncian a tener alguna vocación hegemónica (Mouffe, 1980).

En el paro general del año 2005 este conflicto se visibilizó de una forma particular: producto de sus desacuerdos con las medidas convocadas por la AP y JI de ATE, parte del sector 'no-profesional' se comenzó a organizar como 'autoconvocados'. Dentro de estos últimos, el sector con más peso fueron los enfermeros, pues además de representar a la mayoría de los autoconvocados, son un sector estratégico durante una huelga por la importancia que tienen en la vida cotidiana de un hospital (puesto que es prácticamente imposible garantizar su funcionamiento sin enfermeros).

La jerarquía del trabajo hospitalario y los conflictos al interior de los sectores de trabajo en cierta forma profundizaron esta fragmentación. Cuando el 16 de junio de 2005 el gobernador Jorge Sobisch decretó un aumento en los salarios de salud, los/as trabajadores/as rechazaron en forma unánime la forma de aumento –por decreto- y el monto. Sin embargo, los descuentos salariales de tres meses contribuyeron a aplacar sensiblemente la conflictividad social que caracterizó el primer semestre del año. Al HCR comenzaron a llegar las resoluciones de asambleas del interior de la provincia, en las que se había resuelto replantear la modalidad de protesta, levantando el paro. En un clima tenso y de cuestionamientos cruzados, la asamblea general del HCR votó levantar el paro con retención de actividades.

4.c. De ATE a UPCN

La fragmentación del colectivo de trabajadores fue entonces insalvable, y persiste como una cicatriz hasta el presente. Un gran porcentaje de trabajadores/as volvieron a sus sectores de trabajo sintiéndose traicionados: unos por los médicos y otros por los enfermeros; unos por la conducción provincial de ATE, otros por la Morada-Verde o por la Gran-ATE; unos por la JI y otros por los autoconvocados. En el Hospital Castro Rendón se dio entonces un fuerte proceso de desafiliación sindical.

Sobre todo los 'autoconvocados', que habían colocado gran expectativa en el paro y habían militado activamente organizando todas las comisiones de trabajo, se sintieron abandonados por el sindicato: por la conducción provincial por no apoyar activamente la huelga y por la JI por establecer fuertes alianzas con la AP.

Fue entonces cuando la estructura sindical de UPCN comenzó a organizarse en el hospital, al calor de la huelga y sobre todo a costa de su 'derrota'. Un recurso fundamental para extender su cantidad de afiliados dentro de los hospitales fue el otorgamiento de créditos del Banco Provincia de Neuquén con muy bajos intereses a través del sindicato, cuestión que fue central en la decisión de afiliación para los trabajadores/as que acababan de sufrir un descuento de tres meses en sus salarios:

“Llega un momento que estás tan endeudada, que necesitaba sacar un crédito. ¿Qué es lo que te deja cada conflicto? Descuentos. Vos tenés un sueldo para vivir, entonces qué vas haciendo, sacas un crédito, en el otro mes estás en la misma, tenés que sacar otro crédito, y vas haciendo una cadena. Y bueno, UPCN te ofrecía unos créditos accesibles y que sé yo, vos tenías que estar afiliado. Y ahí sí... fue una reverenda cagada, pero tuve que afiliarme.”

(Jimena, autoconvocada, no-profesional)

A pesar de que UPCN creció hasta llegar a convertirse en gremio mayoritario en salud pública, no es una fuerza política movilizadora dentro del hospital, puesto que su accionar se restringe a la participación de sus dirigentes en las mesas de negociación con el gobierno. El modelo sindical de UPCN es altamente verticalista y orgánico, cuestión que se hace claramente visible en el relato de los integrantes de la comisión directiva de la seccional de salud, pues se refieren al secretario general de UPCN como si fuera el 'jefe', homologando su participación a la de empleados que obedecen las ordenes de su patrón:

“Para mí es un trabajo. (...)Es preferible que me echen pero no que me digan eso [que no me apoyan desde la conducción provincial]. Como gremialista, yo si mi jefe me viene a decir... mi

jefe digo, mi secretario general viene en una asamblea y me dice eso, yo me voy. Porque no te queda otra, si tu propio secretario general no te apoya es de terror.”

(Fernanda, UPCN, no-profesional)

En este sentido, al interior del sindicato se establece una democracia delegativa (O'Donnell, 1997) en donde el secretario general representa la encarnación de todos los afiliados y está autorizado a decidir como quiera, limitado exclusivamente por la relación de fuerzas. UPCN ha conseguido producir una mayoría que autoriza a los dirigentes a convertirse en la exclusiva corporización de los/as trabajadores/as de salud, y a través de su votación delegan la responsabilidad del éxito o fracaso de las decisiones.

5. Conclusión

Si bien las limitaciones del Estado neuquino para dar respuestas a las demandas de un territorio afectado por el ajuste y la restructuración neoliberal abrieron nuevas oportunidades políticas para la acción colectiva, consideramos que hacer mención a los cambios estructurales explica sólo una parte del problema. Las políticas neoliberales de salud encontraron gran resistencia en Neuquén gracias a la historia de la zona, pues la acción colectiva directa en el espacio público no es una novedad de las últimas décadas sino un elemento de su cultura política de protesta constituido a lo largo de un extenso proceso histórico. Lo que sí podemos decir que ocurrió en la década del 90' fue una resignificación de viejas prácticas en función de lo que se consideró que estaba en juego y debía ser defendido (en este caso, el derecho a la salud y los derechos laborales).

La presencia del Estado provincial como una referencia aglutinadora de diversas demandas sociales en la historia de la provincia facilitó la construcción de la identidad colectiva de los/as trabajadores/as de salud en oposición a las autoridades estatales. La construcción de la *sensación de pérdida de derechos* individuales y sociales, la percepción de la *capacidad de agencia* para defenderlos y la construcción de una *identidad colectiva* que los diferenciaba de los funcionarios estatales se combinaron para dar lugar a un proceso de agudización del conflicto con el gobierno sobischista. La conformación de redes de solidaridad y alianzas para la movilización fue clave, y se vio facilitada por la existencia de sólidas estructuras movilizadoras en el entramado neuquino. Además de las organizaciones políticas de la zona, la participación de la comunidad neuquina ha sido central en las luchas del sector –articulada a partir de los pacientes y familiares atendidos en el hospital-.

Si bien consideramos que estos elementos del proceso de enmarcación han favorecido su acción colectiva, entendemos que no es menos importante atender a sus limitaciones. Se visualiza una gran dificultad entre los/as trabajadores/as del HCR para fortalecerse internamente en una identidad política colectiva y, por el contrario, se han constituido diversas fuerzas políticas que se enfrentan por sus intereses corporativos específicos. Un claro ejemplo de ello es la división entre trabajadores/as profesionales y no-profesionales, distinción que no solo es percibida por ellos sino que también es reconocida como significativa, legitimando la permanencia de las relaciones de fuerza del campo (Bourdieu, 1990). Sin embargo, esta fragmentación es relatada por ellos/as con enojo o dolor, lo que puede ser el inicio de la construcción de identidades políticas más amplias que les permitan consolidarse como una fuerza política unificada.

En segundo lugar, el proceso de desafiliación masiva de ATE es vivido con especial preocupación por los integrantes de la actual conducción de la JI pero al mismo tiempo refleja los límites internos de articular una alternativa superadora. Y con consecuencias negativas para los/as trabajadores/as del HCR, esta fuerza política que se ha ido desgranando ha sido canalizada por un gremio que ha avalado la implementación de políticas neoliberales y ha debilitado las estructuras movilizadoras de los/as trabajadores/as estatales. Obviamente, no existe necesidad a priori de un desenlace de la coyuntura fuera de la praxis histórica, y este proceso de apatía no es bajo ningún punto de vista irreversible ni determinante. Los reclamos del sector continuaron durante estos años por otros caminos, pero su análisis quedará como una tarea pendiente para futuras investigaciones.

Finalmente, queremos dejar planteados algunos interrogantes que surgen de la presente investigación. En primer lugar, vemos la necesidad de repensar la cuestión sindical dentro de los trabajadores estatales y su participación dentro del campo de protesta neuquino. En segundo término, consideramos que es necesario atender detalladamente a la construcción de las identidades políticas de los/as trabajadores/as de salud pública, y específicamente de la división entre profesionales y no-profesionales.

Bibliografía

- ACUÑA Carlos H. y CHUDNOVSKY Mariana (2002), *El sistema de salud en Argentina*, Documento de Trabajo, 60, Centro de Estudios y Desarrollo Institucional (CEDI), Buenos Aires, www.fgys.org/pdf/DT%2060.PDF
- AIZICZON FERNANDO (2005), “Neuquén como campo de protesta”, en FAVARO ORIETTA y IUORNO GRACIELA (2005), *Sujetos sociales y política. Historia reciente de la norpatagonia argentina*. Buenos Aires: Ed. La Colmena.
- AIZICZON FERNANDO (2006), “Protesta social y cultura política. Aportes para pensar los años '90 en Neuquén”, ponencia presentada en las II Jornadas Patagónicas de Historia. Facultad de Derecho y Ciencias Sociales, UNCo, Río Negro, policopiado.
- AIZICZON FERNANDO (2009), *Zanón. Una experiencia de lucha obrera*. Coedición Ediciones Herramienta y Editorial El Fracaso, Buenos Aires.
- AUYERO JAVIER (2002), “Los cambios en el repertorio de la protesta social en la Argentina”. Buenos Aires: *Desarrollo Económico*. 166 (2002)
- BOURDIEU PIERRE (1976), “Algunas propiedades de los campos”, en *Sociología y cultura* (1984). México: Consejo Nacional para la Cultura y las Artes/Editorial Grijalbo.
- BOURDIEU PIERRE (1990), “Espacio social y génesis de las clases”, en *Sociología y cultura* (1984), México, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes/Editorial Grijalbo.
- CAMPIONE Daniel y RAJLAND Beatriz (2006), “Piqueteros y trabajadores ocupados en la Argentina de 2001 en adelante: novedades y continuidades en su participación y organización en los conflictos”, en CAETANO, Gerardo, comp., *Sujetos sociales y nuevas formas de protesta en la historia reciente de América Latina*. Buenos Aires: CLACSO
- CENDALI Florencia y POZO Luciana (2008), “Políticas de Salud Pública en Argentina: Comparación de dos modelos”, ponencia presentada en V Jornadas de Sociología de la Universidad Nacional de La Plata.
- FAVARO ORIETTA y ARIAS BUCCIARELLI Mario (2003), "El ciudadano 'corrido' de la política. Protestas y acciones en la preservación de los derechos a la inclusión", en *Boletín Americanista*, nº 53, Barcelona : Universidad de Barcelona.
- GALVÃO ANDRÉIA (2009), “Ideologia e política nos movimentos sociais da América Latina”, ponencia presentada en Congresso da Associação de Estudos Latino-Americanos (LASA), Rio de Janeiro.
- GAMSON WILLIAM (1998), citado por Antonio Rivas, en “El análisis de marcos: una metodología para el estudio de los movimientos sociales”, IBARRA P. y TEJERINA B. (1998), *Los movimientos sociales. Transformaciones políticas y cambio cultural*, Madrid: Ed. Trotta.
- MOUFFE CHANTAL (1980), “Hegemonía e ideología en Gramsci”, *Revista Teoría*, nº 5, Madrid.
- O'DONNELL Guillermo (1997), “¿Democracia delegativa?”. *Contrapuntos. Ensayos escogidos sobre autoritarismo y democratización*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- PEREYRA Carlos (1980), "Hegemonía y aparatos ideológicos del estado", *Teoría* nº 5.
- PETRUCCELLI ARIEL (2005), “Cap. 1: El escenario y sus actores”. *Docentes y piqueteros. De la huelga de ATE a la pueblada de Cutral-Có*. Buenos Aires: Ed. El Fracaso/ El cielo por asalto.

TARANDA Demetrio, PERREN Joaquín, MASES Enrique, GALLUCCI Lisandro, y CASULLO Fernando (2009), *Silencio Hospital, Una historia de la salud pública en Neuquén*. Neuquén: Ed. Educo.

TARCUS Horacio (1992), “La crisis del Estado populista en Argentina 1976-1990”. *Realidad Económica*, número 107, IADE.

VIGUERA Aníbal (2009), “Movimientos Sociales y Lucha de Clases”, *Conflicto Social*, Año 2, N° 1.