

¿Derechos o Servicios? Protesta de los trabajadores estatales en Neuquén en los últimos diez años.

Anabel Beliera.

Cita:

Anabel Beliera (2011). *¿Derechos o Servicios? Protesta de los trabajadores estatales en Neuquén en los últimos diez años. IX Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-034/515>

La salud es un derecho. Notas sobre las acciones colectivas de los/as trabajadores/as del Hospital Castro Rendón (Neuquén Capital) contra las reformas neoliberales.

ANABEL BELIERA

Licenciada en sociología, egresada de la Facultad de Humanidades y ciencias de la Educación (UNLP). Maestranda en Ciencias Sociales de la UNLP. Becaria de la 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

RESUMEN

El régimen neoliberal de acumulación y de reproducción de las clases fundamentales dejó afuera de los privilegios a más de la mitad de la población. Sus desgarradoras consecuencias fueron visibles 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. 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, campo de protesta, organización sindical, Neuquén Capital.

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 des-estructurar 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 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.

2. A. DEBATES EN TORNO A LAS ACCIONES COLECTIVAS CONTRA LAS POLITICAS NEOLIBERALES

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 asocian 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 NEUQUEN: UNA NOVEDAD CON MUCHA HISTORIA.

Uno de los principales aportes de Ariel Petruccelli (2005) y Fernando Aiziczon (2005, 2009) es plantear que Neuquén puede ser pensado como un *campo de protesta* delimitado tanto geográfica como culturalmente, que se constituyó como tal a la par del accionar estatal, y de cuyas reglas de juego se construye su propio *habitus militante* -sentido práctico orientado a la acción colectiva directa-.

Entendemos que la estructura de los campos son históricas, y “se presentan para la aprehensión sincrónica como espacios estructurados de posiciones (o de puestos) cuyas propiedades dependen de su posición en dichos espacios y pueden analizarse en forma independiente de las características de sus ocupantes (en parte determinados por ellas)” (Bourdieu, 1976: 135). En este sentido, la existencia misma de este campo de protesta y su cultura política es un elemento de la *estructura de oportunidades políticas* que profundiza la capacidad de movilización y conflictividad en Neuquén.

Según el juicio de Ariel Petruccelli (2005) son tres los elementos presentes en la provincia de Neuquén que posibilitaron la configuración de este campo de protesta: su carácter de

economía de enclave petrolero, su sistema político caracterizado por la hegemonía ejercida por el Movimiento popular Neuquino -MPN-, y la existencia de una fuerte contracultura².

Recordemos que Neuquén era territorio nacional y se convirtió en una provincia recién en el año 1955, desarrollando su perfil económico como productor de energía (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). Producto de las regalías hidrocarburíferas e hidroeléctricas el Estado provincial gozó de cuantiosos ingresos con los que financió extensas políticas de cobertura de salud, vivienda, educación y comunicaciones, y tuvo una gran presencia en el mercado de trabajo.

La estructura económica de la zona y las características del Estado tienen su correlato en el sistema político, pues la innegable hegemonía del Movimiento Popular Neuquino (MPN) se mantiene por la densa red burocrático-clientelar sostenida con los recursos públicos. Si bien la gran riqueza económica de la provincia permitió la aplicación de políticas de bienestar que legitimaron al MPN y a su líder caudillista Felipe Sapag, al mismo tiempo fortaleció al polo político opositor que disputó la distribución de tales recursos, articulando numerosas acciones colectivas orientadas al Estado (Aiziczon, 2006). Además, la construcción de enormes obras públicas 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'. Paradójicamente, la estructura económica-política de la zona permitió la hegemonía del MPN al mismo tiempo que la constitución de una fuerte *cultura política de protesta*.

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, obispo tercermundista que se puso al frente de innumerables luchas sociales, protegió militantes durante la dictadura militar, alentó el movimiento sindical y a las organizaciones de derechos humanos, etc.

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 permitieron que en los años 90' gran parte de los trabajadores neuquinos se aglutinaron 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 campo de protesta.

ESTUDIO DE CASO.

3. A. AGUDIZACION DEL CONFLICTO CON EL GOBIERNO.

En el año 1958 fue electo el primer gobierno provincial, resultando victorioso el MPN con Felipe Sapag como gobernador. El mismo año comenzó la implementación 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 de Neuquén 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.

A pesar de que a nivel provincial se sufrieron las consecuencias de la política nacional de la dictadura militar del año 1976, no se quebró abruptamente el Plan de Salud. Lo que se vivió fue un lento proceso de liberalización y una progresiva transferencia de recursos del sector público al privado, y 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)³

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.

El año 1993 marcó un quiebre tanto en las políticas públicas de salud como en los repertorios de acción colectiva de los trabajadores. El gobierno anunció la puesta en marcha de un plan de ajuste estatal que implicaba la suspensión de los concursos de residentes, el congelamiento de los salarios de todos/as los/as trabajadores/as, y la descentralización financiera de los hospitales (Taranda, 2009). A los hospitales llegaron consultoras privadas encargadas de evaluar el funcionamiento y hacerse cargo de la administración de los mismos, para llevar adelante lo que se denominó el 'proyecto de autogestión hospitalaria'. Frente a la negativa de las autoridades provinciales a recibir a los representantes gremiales de ATE para discutir la situación del Sistema de Salud Pública, los trabajadores decidieron ocupar la Subsecretaría de Salud de la provincia. La ocupación se extendió durante 24 días producto de la negación al diálogo por parte del gobierno provincial, que adoptó una actitud totalmente confrontativa, abriendo sumarios contra los trabajadores y apostando al desgaste de la lucha. 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'⁴:

“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 los trabajadores y trabajadoras de salud 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 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 del campo de protesta neuquino, en donde el Estado provincial aparece como una referencia aglutinadora de diversas demandas sociales (debido al rol que el mismo cumplió en la región).

En este aspecto, 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, sumándose a un colectivo de trabajadores estatales que se opone y diferencia de los funcionarios políticos 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.

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, que no estuvo dispuesto a oír las demandas del sector y dejó que los días de paro se extendieran y los/as trabajadores/as se agotaran. 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 Sobisch sancionó por decreto, sin dar posibilidad de diálogo con los trabajadores.

B. EN RELACION AL CAMPO DE PROTESTA NEUQUINO.

La articulación de demandas contra el Estado facilitó la articulación de los reclamos de los sindicatos de trabajadores/as estatales (especialmente de ATE y ATEN⁵). Sin embargo, las estructuras movilizadoras de los trabajadores y trabajadoras 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)

Un hecho central en la ampliación de sus estructuras movilizadoras 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 en la ampliación de las redes de movilización en la defensa del sistema de salud pública es especialmente 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 su presencia en el campo de protesta neuquino es central y 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 zanonos" 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.

C. SOBRE LAS LIMITACIONES DE LAS ACCIONES COLECTIVAS

Un estudio sobre las acciones colectivas de los trabajadores no estaría completo si no atendiese a las limitaciones de las mismas.

Los obstáculos en la huelga del año 2005 se hicieron cada vez más presentes a medida que se extendían los días de paro, pues 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). Para los/as trabajadores/as del HCR fue cada vez más difícil sostener la medida de fuerza por el enorme esfuerzo que implicaba: se formaron comisiones de trabajo (de prensa, organización de festivales y fondo de huelga), se organizó una olla popular diaria en frente del hospital para que pudieran almorzar los/as trabajadores/as y sus familias, se viajó a Buenos Aires para difundir el conflicto, se organizaron movilizaciones frecuentemente, abrazos simbólicos, asambleas interhospitalarias, etc. Por otro lado, cada vez se hizo más 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.

i. 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. Producto de las diferencias políticas, algunos militantes de la JI decidieron abrirse de la Lista Verde y formar una lista opositora, a la que llamaron Morada-Verde, que rápidamente encontró adeptos en el hospital y ganó las elecciones de la JI. A partir de ese momento, el fortalecimiento de la JI fue visto por la 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 reduciendo los canales formales por los que promovía 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) consideraban que la lista Verde y la Morada-Verde desconocían el mandato de las asambleas, eran verticalistas y personalistas. La nueva lista echó raíces en la mayoría de los sectores de trabajo, y pudo garantizar su victoria electoral durante dos periodos consecutivos (del año 1999 al 2002) y la creación de 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 hubo elecciones de la comisión directiva provincial, y los integrantes de la Rama Salud decidieron presentarse articular una lista a nivel provincial que compitiera con la Lista Verde, 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 Salud 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. En el año 2005, por ejemplo, la conducción provincial se negó durante varias semanas a aportar al fondo de huelga argumentando que no todos los que estaban haciendo paro eran afiliados.

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.

ii. 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 de AMRA, el 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 veintipico 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 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, pues los médicos y médicas que adhieren a los planes de lucha del sindicato asumen grandes costos y riesgos personales 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.

Pero 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 de salud. A partir de la década del 1990 muchas corporaciones médicas, generalmente agrupadas en colegios profesionales, influyeron en la elaboración de políticas privatizantes del sistema público 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 anestesistas decís?

R: Como los anestesistas, 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 que yo estoy laburando'. ¿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; sin embargo, 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). En cierta forma, al renunciar a la tarea de anclar sus reclamos en una organización gremial que los nuclea a todos y fortalecer una organización únicamente de profesionales, este sector

refuerza la división y reproduce la estructura que los sostiene como el grupo dominante dentro del campo.

Una cuestión que es llamativa en la vida del HCR y que no debe ser naturalizada, 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. Un proceso que se ha vivido en el hospital es que los/as profesionales (y sobre todo los/as médicos/as) se han desafiliado progresivamente de ATE y han dejado de militar en la JI. Lejos de pecar de ingenuos, los militantes de la JI perciben que el sector más poderoso y con más poder de negociación dentro del hospital no se siente representado por ellos, y estratégicamente 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 Lista Morada-Verde, que cada vez pierde más legitimidad dentro del hospital; pues 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.

Claramente, esto implica problemas para los/as trabajadores/as del hospital en tanto fuerza política, pues expresan la conciencia de los intereses corporativos de los grupos pero no de sus intereses como clase social. De esta forma, al no romper el marco corporativo de los grupos puramente económicos, renuncian a tener alguna vocación hegemónica (Mouffe, 1980).

En el paro general del año 2005 este conflicto se visibilizó de una forma particular. El año comenzó con actividades de reclamo que no implicaban la retención de actividades (bicicleteadas, volanteadas, movilizaciones, etc.) organizadas por la JI junto con la AP. Fue fundamentalmente el sector de enfermería y de los técnicos de laboratorio, parte del sector 'no-profesional', quienes comenzaron a manifestar que había que dar un cambio de carácter a estas medidas, que no parecían generar ningún impacto en el gobierno. Pero en lugar de discutir sus posturas en las asambleas generales en el hall del hospital, comenzaron a convocar a una asamblea de 'autoconvocados' en uno de los pasillos del hospital en donde se reunieron una gran cantidad de trabajadores y trabajadoras que no acordaban con la política de la JI ni con la AP.

El sector mayoritario dentro de los 'autoconvocados' estuvo conformado por los/as enfermeros/as. Su participación fue determinante no sólo por ser mayoría sino porque su función los coloca en un lugar muy importante dentro de la vida hospitalaria (pues ningún hospital puede funcionar sin enfermeros/as). Esto planteó inconvenientes para los/as médicos/as que estaban de paro, pues no pudieron consensuar con el sector de enfermería el régimen interno de trabajo debido a la determinante convicción que tenían los autoconvocados de que había que agudizar las medidas de fuerza. 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.

iii. 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 proceso de desafiliación sindical masiva. 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'. La estrategia para lograr una afiliación

masiva fue planificada en forma conjunta con el gobierno provincial: se realizaron acuerdos para otorgar créditos del Banco Provincia con intereses muy bajos para los afiliados, en un contexto en donde muchos/as 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 políticamente movilizada dentro del hospital. Su accionar se limita a la participación en las mesas de negociación, donde los representantes gremiales negocian soluciones para demandas que no son consensuadas por las bases del sindicato. Muchos/as trabajadores/as del HCR caracterizan a UPCN como el brazo gremial del MPN y repudian el protagonismo que tuvo en la restructuración neoliberal del Estado.

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 campo de protesta 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 (la relación de ATE con gobierno y sistema político neuquino, las fracturas al interior del gremio, relación ATE y UPCN, etc.). 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 (las características estructurales de la construcción identitaria y las posibilidades de su superación por categorías que fortalezcan la participación sindical unificada).

7. BIBLIOGRAFIA

- 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. 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. *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. 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". Boletín Americanista, nº 53, Barcelona : Universidad de Barcelona.
- GALVÃO ANDRÉIA (2009), "Ideología 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 En 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 ATEN 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, Nº 1.

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.

² Considerando que el concepto de *contracultura* utilizado por Ariel Petruccelli (2005) dejaba lugar a ciertas ambigüedades, Fernando Aiziczon propuso algunos años más tarde (2009) especificarlo a través del concepto de *cultura política de protesta*.

³ 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).

⁴ Categoría nativa. Todas las categorías nativas serán señaladas entre comillas simples.

⁵ Asociación de Trabajadores de la Educación del Neuquén

⁶ Un claro ejemplo de esto ha sido el caso de los anestesiólogos, 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 Anestesiólogos (AAA). Si bien el caso de los anestesiólogos en Neuquén es un caso extremo, durante la gestión de Sobisch la política estatal favoreció el fortalecimiento de corporaciones médicas y clínicas privadas.