

Conflictividad y estructura social. Algunas reflexiones teóricas a partir de un estudio de caso: el conflicto CGT vs. corporaciones médicas de 1985-1986

Juan Pedro Massano y Andrés Cappannini

Resumen

La crisis económica de la década de los 80 implicó un proceso de pauperización de los médicos con un consecuente aumento de la conflictividad del sector. En diciembre de 1985 estallaron conflictos de distinto tipo. Por un lado, los médicos asalariados que trabajaban en hospitales públicos protestaron por sus salarios y condiciones de trabajo. Por otro, la Confederación Médica de la República Argentina decidió denunciar los convenios con obras sociales y cobrar unilateralmente un plus a todos los pacientes beneficiarios, lo que abrió un fuerte conflicto con la Confederación General del Trabajo. Nuestro interés en este conflicto radica en la posibilidad de ver en el desarrollo de un proceso de lucha las tensiones entre las representaciones de clase obrera y de posiciones contradictorias de clase.

Palabras clave: estructura social, conflictividad social, corporación médica, movimiento obrero.

Conflict and social structure. Some theoretical reflections from a case study: the 1985-1986 conflict between CGT vs. medical corporation

Juan Pedro Massano y Andrés Cappannini

Abstract

The 1980's economic crisis implied a process of impoverishment of doctors with a consequent increase in conflict in the sector. In December 1985, medical conflicts of various kinds broke out. On the one hand, salaried doctors working in public hospitals protested their wages and working conditions. On the other hand, the Medical Confederation of the Argentine Republic decided to denounce the agreements with social security and unilaterally charge a bonus to all beneficiary patients, which opened a strong conflict with the General Confederation of Labor. Our interest in this conflict, then, lies in the possibility of seeing in the development of a process of struggle the tensions between the representations of the working class and contradictory class positions.

Keywords: social structure, social conflict, medical corporation, labor movement.

Conflictividad y estructura social. Algunas reflexiones teóricas a partir de un estudio de caso: el conflicto CGT vs. corporaciones médicas de 1985-1986

Juan Pedro Massano¹ y Andrés Cappannini²

En estas páginas abordaremos dos conflictos protagonizados por médicos entre agosto de 1985 y marzo de 1986, uno focalizado en el Área Metropolitana de Buenos Aires y el otro de alcance nacional. Dado que en ellos participan tanto médicos asalariados como bajo otras modalidades ocupacionales, nuestro interés radica en la posibilidad de ver en el desarrollo de un proceso de lucha las tensiones entre las representaciones de clase obrera y de posiciones contradictorias de clase.

En el contexto del Plan Austral,³ que implicó un fuerte retroceso de los salarios en la estructura de precios relativos, los ingresos de los médicos por prestaciones a obras sociales quedaron tan rezagados como los de quienes estaban bajo relaciones salariales. En ese sentido, la crisis económica de la década de los 80 implicó un proceso de pauperización con un consecuente aumento de la conflictividad del sector.

En diciembre de 1985, los médicos de la entonces Capital Federal que trabajaban en hospitales públicos desarrollaron conflictos por cuestiones salariales y de empleo. Ese mismo mes, mientras Gobierno y sindicatos pujaban por el proyecto de Seguro Nacional de Salud (SNS), la Confederación Médica de la República Argentina decidió denunciar los convenios con obras sociales y cobrar unilateralmente un plus a nivel nacional a todos los pacientes beneficiarios. El conflicto que desató esta decisión atravesó un proceso de creciente tensión y efímeros acercamientos entre sindicatos y gremio médico, históricamente enfrentados por la distribución de los recursos del sistema de salud.

¹ FaHCE-UNLP/IEALC-CONICET. E-mail de contacto: juanpedromassano@gmail.com.

² FaHCE/LVM-UNLP. E-mail de contacto: andres.cappannini@gmail.com.

³ El Plan Austral fue un programa económico diseñado por el equipo del ministro Juan Sourrouille para contener el fuerte proceso inflacionario y responder a las obligaciones financieras de la deuda externa. Fue implementado a partir de junio de 1985 e implicaba políticas tanto ortodoxas como heterodoxas como el congelamiento de salarios, precios y tarifas, la reducción del déficit fiscal, pautas de emisión monetaria decrecientes, el reemplazo de la moneda circulante por una nueva y la eliminación de cláusulas de indexación de contratos mediante un mecanismo de desagio, entre otras. Si bien logró sus objetivos en el mediano plazo, para principios de 1988 ya había dejado de hacerlo (Massano, 2018).

Y es que, a pesar de que una porción importante de los médicos se encuentra bajo relaciones de tipo salarial, históricamente no se agremiaron con una representación por rama en la CGT. Esto es así, entre otras cuestiones, porque este sector tradicionalmente no se vio a sí mismo como trabajador sino como parte de los estratos medios y altos, debido a que se ha tratado históricamente de una “profesión liberal” preferentemente autónoma y de altos ingresos.⁴

Nuestro interés en este conflicto, decíamos, radica en la posibilidad de ver en el desarrollo de un proceso de lucha (que no necesariamente se configura como lucha de clases) las tensiones entre las representaciones de clase obrera y de posiciones contradictorias de clase. Creemos también, como argumentaremos hacia el final, que el análisis de este conflicto sirve para pensar los conflictos actuales.

La posición de los profesionales de la medicina. Algunas notas

La posición de los profesionales de la medicina presenta un conjunto de complejidades que vale la pena abordar brevemente aquí. Ciertamente, se trata de una posición con una trayectoria histórica consolidada como “profesión liberal”, en la cual fueron ganando incidencia modalidades de inserción asalariadas, sin perjuicio de la vigencia de las modalidades autónomas más tradicionales. Para pensar esta complejidad, retomaremos en forma crítica algunas categorías de E. O. Wright (1992) que nos ayudarán a identificar dos dimensiones diferentes del problema: por un lado, la heterogeneidad de las inserciones ocupacionales al interior de la profesión médica, y por otro la manera en que se estructuran las posiciones de los médicos individuales.

En primer lugar, la posición de los médicos, entendidos como “profesión”, no puede ser pensada como homogénea en términos estructurales, sino que, por el contrario, presentaba ya en la época que nos compete una considerable heterogeneidad de inserciones ocupacionales. Esta heterogeneidad implica que, conviviendo dentro de la

⁴ Aun los trabajadores médicos asalariados y de menores ingresos suelen percibirse como “clases medias”, lo cual es coherente con la historia y dinámica de su lógica de agremiación. Como sostiene Piva (2009), los sectores medios no son una clase social sino una categoría sociocultural constituida por la “pequeña burguesía”, situaciones contradictorias de clase (Wright, 1983 y 1992) y asalariados puros asimilados por hábitos y representaciones. Por lo tanto, constituyen un conjunto heterogéneo económica, política e ideológicamente hablando, y su conflictividad social suele presentarse desarticulada de la conflictividad de la clase trabajadora.

profesión y su representación corporativa, podemos encontrar médicos con diversas e incluso opuestas categorías ocupacionales: empleadores, autónomos, asalariados con y sin mando. Entre las modalidades autónomas, cabe incluir las formas de trabajo por prestación desarrolladas para obras sociales, cuyos aranceles se encontraban regulados por el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS), y que constituyen la “base” del conflicto que nos ocupa en este trabajo. Siguiendo el trabajo clásico de Belmartino, Bloch, Luppi, Quinteros y Troncoso (1990), dado el carácter estatalmente regulado de sus aranceles, cabe interpretarlas como formas de “autonomía relativa”.

En segundo lugar, la estructuración de las posiciones de los médicos individuales contempla cierto carácter dual, especialmente en el caso de los médicos más jóvenes. Remitimos aquí a una noción de “posición dual” inspirada en los trabajos de Wright (1983, 1992, 1994), en el sentido de posiciones individuales que, por sus características, presentan simultáneamente los tipos de problemáticas propios de dos posiciones de clase diferentes.⁵

Si bien la categoría más clásica de Wright para las posiciones profesionales y técnicas asalariadas es la de “empleado semiautónomo”, aquí nos interesan especialmente otras dos categorías, desarrolladas por el autor como parte de la respuesta a las críticas a su segunda síntesis sobre la estructura de clases (1992). Se trata de las categorías de “*shadow-class*”, que aquí traduciremos por “posición de clase en las sombras”, y de “posiciones de clase temporalmente estructuradas”. Ambas categorías remiten a las complejidades de las posiciones de clase de individuos determinados, más allá de su inserción laboral presente, y en función del abanico de inserciones que su profesión les permite, ya sea como alternativa inmediata, o como expectativa a futuro:

- *posición de clase “sombra” o “en las sombras”*: se trata de las situaciones en las que un individuo, aun cuando su inserción sea asalariada, tiene la posibilidad, en virtud de sus credenciales o conocimientos, de insertarse alternativamente de forma autónoma. En la interpretación de Wright, esto conllevaría que la posición asalariada presente no constituye la única opción disponible para esos individuos: no resultarían “ondados” a ser asalariados (Wright, 1992, p. 103).

⁵ En este sentido, la noción de “posición dual” representa una versión algo más amplia de la primera formulación wrightiana de “posiciones contradictorias de clase”.

- *posiciones de clase temporalmente estructuradas*: categoría utilizada cuando se prevé que, de acuerdo a su profesión, un individuo desarrolle una carrera profesional, de manera que incluso cuando su inserción presente sea asalariada, la expectativa de su inserción futura es de mayor prestigio, autonomía e ingresos (Wright, 1992, p. 96).

En una primera mirada, resultaría posible aplicar estas dos últimas categorías de “posiciones duales” a las posiciones de los médicos individuales. Por una parte, dada la frecuencia del pluriempleo, los médicos individuales suelen combinar tanto inserciones asalariadas como autónomas en su semana laboral. Por otra parte, esta combinación de inserciones diversas tiende a estar *temporalmente estructurada*, de manera tal que las inserciones autónomas y de mayores ingresos, inicialmente menos frecuentes, tienden a ganar peso a medida que los individuos médicos avanzan en sus carreras profesionales.

Teniendo en cuenta los aspectos señalados en los párrafos anteriores, entendemos que la distinción entre las dos dimensiones que proponemos aquí —a saber, la heterogeneidad de las inserciones ocupacionales al interior del campo de la profesión médica y la manera en que se estructuran las posiciones de los médicos individuales— resulta fundamental en dos sentidos. Por un lado, para no perder de vista la relevancia de la dimensión profesional en la estructuración de las posiciones de clase de los individuos médicos, en términos próximos a Wright. Por otro, para no perder de vista tampoco que la inserción ocupacional de los médicos puede, a lo largo de períodos históricos, transformarse en direcciones que tensionan la relevancia de dicha dimensión profesional, sin que esto conlleve una anulación de la misma.

En efecto, durante la década de 1980, la crisis del sistema de salud pública llevaría a una creciente pauperización de los salarios de los médicos empleados allí. A su vez, la inserción como médicos de guardia, comparativamente peor pagos, representaba una salida laboral significativa para los médicos jóvenes. Estos procesos se profundizarían en décadas subsiguientes (Galín, 2002; Novick y Galín, 2003; Abramzón, 2003), llevando a los profesionales de la salud pública a una creciente conflictividad laboral de tipo sindical (Aspiazu, 2010).

En otras palabras, podría haber teóricamente ciertas formas de “proletarización” parcial de las inserciones ocupacionales de los médicos, o al menos de ciertos sectores de la profesión médica, manteniendo sin embargo la relevancia de la dimensión profesional

y su representación corporativa (en la cual con toda probabilidad ejercen una suerte de hegemonía los sectores de mayor prestigio), y por lo tanto del carácter “temporalmente estructurado” de la posición de clase de los individuos médicos.

Ahora bien, investigar los procesos históricos de transformación en la heterogeneidad de las inserciones ocupacionales de la profesión médica, así como en las maneras en que se estructuran las trayectorias individuales, excede las posibilidades de este trabajo. Esto se debe en parte a cuestiones de fuentes.⁶ En efecto, algunos de los estudios más importantes en que nos basamos son estudios centrados en la inserción laboral de cohortes de médicos jóvenes, seguidas a lo largo de un período de cierta cantidad de años. Para un estudio completo de la transformación de ambas dimensiones a lo largo del tiempo —a nuestro entender central para comprender las maneras en que se estructuran las expectativas de los médicos individuales—, sería necesario prestar atención al peso relativo de las diferentes modalidades y sus mutaciones (en términos de brechas de ingresos al interior de la profesión, condiciones de contratación de las inserciones asalariadas, tiempo que demanda a sucesivas cohortes abandonar las modalidades de inserción peor remuneradas).

A pesar de estas dificultades, aquí podemos mencionar algunos aspectos relevantes de ambas dimensiones en el período bajo estudio. Por empezar, la ocupación en actividades de salud se encontraba en fuerte expansión desde la década anterior, especialmente en grandes instituciones, en las cuales cobran relevancia las inserciones asalariadas (Marconi, De Méndez Alonso, Moreno, Uthurralt y Zipper, 1985; Belmartino, Bloch y Quinteros, 1980; Belmartino et al., 1990). Tomando como referencia el Gran Buenos Aires, la ocupación en salud había pasado de representar el 2,95% del total del empleo en 1974 al 4,6% en 1991 (datos de la EPH).

⁶ Las fuentes disponibles para la medición de la incidencia de las diferentes modalidades de inserción presentan algunos problemas. Los datos censales y de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH), por un lado, revisten una utilidad limitada, en la medida en que sólo relevan datos respecto de la ocupación principal, conceptualizada en términos de carga horaria semanal. Cuando investigamos ocupaciones en las cuales el pluriempleo es altamente frecuente, como es el caso de la profesión médica, las limitaciones de estas fuentes resultan evidentes. Por otro lado, los catastros médicos han presentado problemas de periodicidad y cobertura, ya sea en términos territoriales como de tipos de establecimientos relevados, en la medida en que frecuentemente excluían a los consultorios unipersonales (Marconi et al., 1985, pp. 153-154; Abramzón, 2003, pp. 103-104).

Las investigaciones sobre la época (Belmartino et al., 1980, 1990; Marconi et al., 1985) sugieren que la incidencia del pluriempleo y la sobreocupación horaria ya eran muy elevadas en las décadas de 1970 y 1980. Más aún, la multiocupación constituía una situación extendida incluso entre los médicos de titulación reciente. La particularidad residía en la relevancia de las inserciones asalariadas, especialmente bajo la figura de médico de guardia para el sector privado, durante los primeros años de la carrera profesional.⁷

En efecto, algunos estudios puntuales sugieren que la incidencia de las inserciones asalariadas resultaba significativa, especialmente en el caso de los médicos jóvenes. Su relevancia, con todo, tendía a decrecer a medida que aumentaba la antigüedad del título. Así, siguiendo los estudios de cohorte realizados por Belmartino et al. (1990), la proporción de médicos que mantenían exclusivamente inserciones asalariadas durante su primer año de ejercicio profesional ascendía a alrededor del 70%. Una vez transitados seis años de ejercicio de la profesión, la proporción de aquellos que mantenían únicamente inserciones asalariadas disminuía considerablemente, hasta alcanzar un nivel en torno al 24%. Sin embargo, el peso de aquellos que combinaban inserciones autónomas con otras asalariadas, que durante el primer año de ejercicio profesional abarcaba al 87% de la cohorte, continuaba resultando altamente frecuente seis años después: alrededor del 73% (Belmartino et al., 1990, pp. 35, 44).

Si además se atendía a la carga horaria de las diferentes modalidades en la inserción de los médicos individuales, la proporción de aquellos de seis años de antigüedad que dependían mayormente de inserciones asalariadas, aun cuando las combinaran con otras de carácter autónomo, ascendía al 40%. En este sentido, si bien las inserciones asalariadas no constituían la única opción para los médicos jóvenes en la década de 1980, representaban una salida laboral significativa (Belmartino et al., 1990, pp. 36-37).

Estos últimos datos arrojan ciertas dudas respecto a la completa aplicabilidad de la categoría de “posición de clase en las sombras”, tal como la pensaba Wright, particularmente en el caso de los médicos jóvenes. Si bien esto requeriría mayor

⁷ Cabe tener en cuenta la especificidad de la posición de los médicos, comparada con la que presentan otras profesiones del ámbito de la salud. En efecto, la incidencia de las inserciones asalariadas era, ya en la época, considerablemente mayor entre los médicos que entre otros profesionales de la salud, tales como odontólogos y farmacéuticos (Marconi et al., 1985, pp. 166-167).

investigación, la considerable incidencia de las inserciones asalariadas durante los primeros años de carrera plantea interrogantes respecto a en qué medida constituían meramente una opción para los médicos individuales, de la cual pudieran prescindir sencillamente si así lo desearan. En otras palabras, más allá de la constatación del pluriempleo, no resulta evidente que los médicos de reciente graduación no se encontraran, ya en la década de 1980, “condenados” a una inserción asalariada al menos durante una porción de su semana laboral.

Estos interrogantes se ven reforzados, sin perjuicio del carácter temporalmente estructurado de las posiciones de los médicos individuales, si prestamos atención a la incidencia de las inserciones como médico de guardia en el sector privado, así como a sus efectos en la heterogeneidad de los ingresos al interior del campo profesional.

En efecto, según el trabajo mencionado (Belmartino et al., 1990, pp. 30-32), casi el 80% de los médicos encontraba salida laboral como médico de guardia durante el primer año posterior a su graduación. Incluso algo más del 50% sólo conseguían insertarse bajo dicha modalidad. La incidencia de este tipo de inserción tendía a disminuir conforme avanzaba la carrera de los profesionales, reteniendo sin embargo todavía cierta relevancia para los médicos jóvenes. De esta manera, sólo cerca del 10% de los profesionales seguía inserto únicamente como médico de guardia al promediar el sexto año, pero cerca del 40% retenía alguna ocupación bajo esa modalidad.

Por su parte, sólo el 27,31% de la cohorte, tras seis años de haberse graduado, trabajaba exclusivamente bajo modalidades de pago por prestación, fueran estas completamente autónomas o para obras sociales. Con todo, el 76% tenía al menos una ocupación retribuida por prestación (Belmartino, 1990, p. 48).

La heterogeneidad de las posiciones individuales se expresaba también en términos de ingresos. En este sentido, uno de los aspectos señalados por la literatura sobre la época es la fuerte dispersión de ingresos entre los médicos individuales (Belmartino, 1990). Esta fuerte dispersión descansaba, ciertamente, en las disparidades en la carga horaria semanal entre los profesionales, con un considerable sesgo de género, pero también en las diversas combinaciones de inserciones ocupacionales. Se verificaba incluso restringiendo la mirada a los médicos más jóvenes, y con una particular incidencia de las posiciones de

médico de guardia, las cuales presentaban ingresos marcadamente inferiores a la media. (Belmartino, 1990, p. 50).

A fines de 1985, el rango de ingresos por el conjunto de sus inserciones profesionales, sólo entre los médicos jóvenes, abarcaba de una a 31 unidades de salario mínimo (USM) de la época, siendo la mediana de aproximadamente 7 USM. En aquellos casos en los que, con seis años de antigüedad, retenían alguna inserción como médico de guardia, la mediana se reducía a 4,5 USM. A enero de 1986, el salario mínimo equivalía a 87,39 dólares (Belmartino et al., 1990, pp. 49-51).

Esta dispersión de ingresos reviste especial interés para este trabajo, particularmente porque, además de registrarse entre modalidades de inserción, se verificaba al interior de la modalidad de pago por acto médico. En efecto, según Belmartino et al. (1990), el predominio de este modelo había reforzado históricamente la individualización y la mercantilización de la práctica médica, considerando que existía, entre las diversas prácticas, “una compleja escala de estratificación” estimulada por el propio nomenclador del INOS, “que da lugar a muy diversos niveles de valoración social de la respectiva práctica y, consiguientemente, muy distintas escalas de retribución de las mismas” (pp. 9-10, 14).

En el contexto del Plan Austral, la vigencia de esta modalidad de pago por prestación, cuyos aranceles se encontraban regulados en la medida en que se desarrollaba para obras sociales, colocaba a médicos individuales con muy dispersos niveles de ingresos frente a un problema común como prestadores de salud: todos se veían afectados por el congelamiento. Esto era así tanto para los médicos que, por su elevado nivel de especialización y su prestigio social, podían recurrir con más eficacia a mecanismos netamente de mercado imponiendo un “plus” unilateral a los pacientes que tuvieran la capacidad de pagarlo como para los médicos menos especializados que, con menor capacidad de ejercer individualmente un poder de mercado, dependían del valor de los bonos para constituir parte de sus ingresos.

Para finalizar este apartado, cabe observar que, de acuerdo a las evidencias disponibles, existen indicios de que la heterogénea estructura ocupacional de la profesión médica se encontraba en la década de 1980 en un proceso de transformación, el cual combinaba, por un lado, un significativo crecimiento de la ocupación en grandes

instituciones, con su mayor incidencia de inserciones asalariadas, y por otro, una fuerte crisis que afectaba a las fuentes tradicionales de financiamiento de la actividad médica: el sector público y las obras sociales.

Esta transformación, al tiempo que generaba efectos de pauperización y, posiblemente, de “proletarización” parcial (especialmente para las posiciones de los médicos de graduación reciente), mantenía la vigencia de las modalidades de inserción más clásicas, más próximas a la figura tradicional de la medicina como “profesión liberal”, a medida que los médicos individuales avanzaban en sus carreras profesionales.

Es probable que estas transformaciones estructurales volvieran más frecuentes los problemas propios de la condición asalariada y la compraventa de la fuerza de trabajo, a la vez que aquellos eran experimentados por sectores más amplios de la profesión médica. Sin embargo, también es probable que la persistente relevancia de la dimensión profesional implicara que el efecto de las transformaciones de la estructura ocupacional en la configuración de las posiciones de los médicos individuales asumiera la forma de una suerte de “dualización”, más acentuada en el caso de los médicos jóvenes, convirtiéndolas en posiciones “temporalmente estructuradas” en un sentido próximo al wrightiano. Dualización en la cual la persistencia de la dimensión profesional y las posibles tendencias de “proletarización” parcial, lejos de anularse, coexisten en tensión.

La puja por los recursos del sistema de salud

Además de los cambios en las posiciones individuales en la estructura de clase, la conformación de este sector se construye mediante sus experiencias históricas de organización gremial y el correspondiente carácter de su participación en los mecanismos de negociación con sindicatos y Estado.

Como señalamos, los médicos no se agremiaron en la CGT, entre otras cuestiones, porque tradicionalmente no se ven a sí mismos como trabajadores sino como parte de los estratos medios y altos, debido a que se trata de una profesión liberal preferentemente autónoma y de altos ingresos. La entidad confederal tradicional de los médicos es la Confederación Médica de la República Argentina (COMRA), que agremia entidades de segundo grado provinciales, regionales o de la entonces Capital Federal, como por ejemplo la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires (FEMEBA) y la

Federación Médica Gremial de la Capital Federal (FEMECA). Estas, a su vez, agremian a las entidades de primer grado como los círculos médicos, asociaciones médicas de entidades privadas, asociaciones médicas de entidades estatales (como hospitales) y asociaciones médicas de obras sociales. Los médicos que trabajan en el sector público, justamente, se agremian tradicionalmente en asociaciones por lugar de trabajo. Reflejando las tensiones entre las posiciones asalariadas y autónomas de los médicos, en 1988 en la provincia de Buenos Aires surgió la Asociación Sindical de Profesionales de la Salud de la Provincia de Buenos Aires (CICOP), actualmente afiliada a la Central de Trabajadores de la Argentina (CTA), como resultado de la ruptura de asociaciones de médicos de hospitales públicos con la FEMEBA y la Asociación Médica Platense.⁸ Más recientemente, en 2012, la Asociación Médica de la República Argentina (AMRA), se incorporó a la CGT. Si bien requiere mayor investigación hasta qué punto el surgimiento de la CICOP representa una expresión del avance de procesos parciales de proletarianización, puede constituir un indicio en dicho sentido, en tanto y en cuanto tuvo lugar en un contexto de fuerte atraso salarial en la salud pública, y por lo tanto de emergencia de demandas específicamente salariales.

Los trabajadores de la salud de menor calificación (enfermeros, maestranzas de hospitales, trabajadores de laboratorios, de geriátricos, de consultorios, etc.) del sector privado son parte de la CGT mediante la Asociación de Trabajadores de la Sanidad de Argentina (ATSA), y los del sector público mediante el Sindicato de Salud Pública (SSP). Ambos gremios están federados en la Federación de Asociaciones de Trabajadores de la Sanidad Argentina (FATSA). Por esta filiación se inscriben en las acciones de la clase trabajadora organizada sindicalmente.

Al mismo tiempo, mientras las remuneraciones en el ámbito público son de tipo salarial, la regulación de los valores de las prestaciones a obras sociales se determina mediante mecanismos dispuestos por las leyes de obras sociales y se perciben como bonos. Mientras se mantuvo la vigencia de la ley de la dictadura 22269/80, el

⁸ Según la propia asociación, la ruptura ocurre porque organizaciones como FEMEBA y la AMP “reflejan la actividad del consultorio, no del hospital, entonces no era un ámbito en el que los profesionales que trabajaban en el hospital (y mucho menos las profesiones que no eran médicas) encontrarán un ambiente propicio para tratar esas problemáticas” (CICOP, video institucional “Historia - Parte 1 [Surgimiento y las grandes luchas que dan identidad]”, disponible en <https://cicop.org.ar/nosotros/>).

nomenclador nacional que establecía dichos valores era determinado por distintas instancias del Poder Ejecutivo con consulta opcional y no vinculante a los interesados (médicos y obras sociales) en el marco del INOS (artículo 38 de la ley 22269/80).

Por todas estas cuestiones, el conflicto particular por los ingresos de los médicos que brindan servicios en ese sector del sistema de salud se canaliza por mecanismos distintos a las instancias institucionales del régimen político que caracterizan la integración funcional sindicatos-Estado (paradigmáticamente las paritarias), por lo que es difícil que tengan unidad con los reclamos de los trabajadores en general.

En ese sentido, Belmartino (2009) señala que desde la experiencia del primer peronismo se construyó una rivalidad entre el gremialismo médico y el resto de los sindicatos de la salud en torno al control del sistema de atención médica financiado por las obras sociales. Sin embargo, esa rivalidad se atenúa en los contextos en los que hay mayor disponibilidad de recursos y pueden hacer sus intereses conciliables. Al mismo tiempo, ambos actores reconocen que esa disparidad de intereses puede ser mejor defendida en un sistema fragmentado, y esto influye para que sus trayectorias dentro del sistema de seguridad social se desarrollen de manera independiente. La autora subraya también el hecho paradójico de que esa dinámica de la rivalidad entre corporaciones es la que, a pesar de presentarse como disputas permanentes por los recursos del sistema, los impulsa a ambos a defender el sistema mismo:

Esa aspiración se concretará en el espacio de concertación creado en el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS), escenario que se mostrará eficaz para la construcción de un acuerdo no institucionalizado que en otros trabajos he caracterizado como un pacto *corporativo*.

Cuando ambas partes reconocen que lo verdaderamente importante para la defensa de sus intereses es la afirmación de la seguridad social médica en las condiciones de fragmentación cristalizadas por la ley 18610/1970, y la distribución de los recursos puede negociarse una y otra vez, el conflicto se atenuará y comenzará la etapa de los acuerdos. La apelación al estado/árbitro se actualizará cada vez que sea necesario volver a acordar en torno a honorarios y condiciones de pago de los servicios, mientras se seguirá rechazando como *estatizante* toda pretensión dirigida a superar la fragmentación, la superposición de recursos, la irracionalidad en la administración, la desigual situación de los beneficiarios en el acceso a las

prestaciones financiadas por un aporte supuestamente solidario. (Belmartino, 2009, pp. 6-7, el destacado es del original).

Durante la última dictadura militar, buena parte de las obras sociales sindicales fueron intervenidas (entre ellas, las de los sindicatos más grandes con mayor masa de contribuciones atadas al salario). Esas obras sociales continuaron intervenidas luego de la caída del régimen militar. El proyecto del SNS fue justamente la estrategia del gobierno de Alfonsín para normalizar esta situación retrayendo la fragmentación del sistema mediante el lanzamiento de un seguro universal de salud basado en la articulación de los tres subsistemas (público, privado y de obras sociales) bajo la coordinación estatal. El proyecto fracasó por la oposición sindical, dado que separaba las obras sociales sindicales de los sindicatos e impedía que estos administraran sus recursos (Massano, 2023). Luego del fracaso del proyecto de SNS, las obras sociales fueron devueltas paulatinamente a los sindicatos.

La crisis de los años 80 exacerbó la competencia por los recursos del sistema de salud. Médicos, laboratorios e instituciones privadas de salud, en un marco de escasa capacidad de control estatal, competían por captar los recursos de las obras sociales mediante distintas prácticas que implicaban desde la sobreprestación y sobrefacturación en consultas, prácticas, insumos y tasas de cirugía, y aumentos no justificados en medicamentos hasta el cobro de un “plus” (pagos adicionales a cargo del paciente). Esta última práctica se empezó a generalizar con la continuidad de la crisis durante la segunda mitad de la década de 1980.

Recursos como el *plus* o la limitación de horas de consulta dedicadas a pacientes de obras sociales, revelan una creciente desconfianza por parte de los proveedores en la capacidad de las obras sociales para continuar financiando la modalidad de práctica generalizada [...]. En los años 80 las actitudes de los proveedores orientadas a mejorar su ingreso a partir de estrategias individuales suponen la ruptura de las bases consensuadas del modelo, uno de sus fundamentos constitutivos. Con la aplicación de un “plus” al honorario acordado contractualmente, el profesional recupera su derecho a establecer de manera individual el precio de su trabajo, derecho que había voluntariamente enajenado en razón de la ampliación de su clientela solvente que implicaba la negociación colectiva a través de la asociación gremial. Como

consecuencia de la crisis financiera reaparecen con nueva fuerza razones de mercado, que estimulan la incorporación de ese pago adicional, de monto variable, según la valoración que cada profesional tiene de su prestigio en el conjunto de la oferta de atención médica y de la magnitud de la clientela que se mostrará dispuesta a pagar una suma adicional para obtener sus servicios [...], sin embargo, persiste una cuota de ambigüedad. El profesional que cobra plus mantiene sus vínculos con la seguridad social para facilitar a sus pacientes el acceso a las prestaciones y hacer menos oneroso el pago directo. (Massano, 2023, p. 10).

La década de 1980, entonces, puede comprenderse como un momento de crisis de las condiciones que habían permitido el pacto corporativo, situación que hacía esperable el desarrollo de conflictos en el sector.

Los conflictos salariales y el conflicto por el plus

Durante la década de 1980, entonces, la crisis del sistema de salud muestra a los médicos participando al mismo tiempo en dos tipos de conflicto: por un lado, peleando contra el Estado como patronal por salarios y condiciones de trabajo de los profesionales que trabajan en hospitales públicos; y por otro, peleando contra el gobierno y los sindicatos por los recursos del subsistema de obras sociales.

En primer término, los médicos que trabajan en el sector público sufrieron un profundo proceso de pauperización, acentuado a partir del congelamiento salarial dispuesto por el Plan Austral. En ese marco, los médicos de la Capital Federal agremiados en FEMECA que trabajaban en hospitales municipales y nacionales protagonizaron, a fines de 1985, un importante conflicto por salarios y estatuto de la carrera profesional.⁹

Durante los meses previos se había constituido a nivel municipal una comisión mixta que elaboró un proyecto de carrera profesional hospitalaria. Este proyecto no tuvo avances legislativos y la Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires denunció que el gobierno lo quería modificar para adaptar al SNS antes de que se aprobase. Por ello, esta Asociación decretó un paro para el día del médico (3 de

⁹ La reconstrucción de este conflicto se hizo en base a las noticias aparecidas en el diario *Clarín* entre los meses de diciembre de 1985 y enero de 1986.

diciembre) que fue acompañado por la FEMECA. El 13 y el 17 de diciembre de 1985 los médicos municipales volvieron a parar, esta vez solicitando al intendente el veto a la aprobación de la carrera municipal de profesionales, que había ocurrido mediante una ordenanza del Concejo Deliberante de la Capital Federal. El paro fue acompañado del impulso a asambleas hospitalarias donde se discutía la situación del sector, y en el caso del día 17 por una movilización al Concejo Deliberante en la que también participó la Agrupación de Odontólogos Municipales. El paro del 17 se dejó sin efecto a mitad de la jornada luego de una reunión entre las organizaciones convocantes, las autoridades municipales del área y los concejales oficialistas en la que se designó una comisión especial para rever la ordenanza que sancionó la carrera hospitalaria.

Por su parte, los médicos de hospitales e institutos dependientes de la Secretaría de Salud Pública de la Nación, nucleados en la FEMECA, llamaron a un paro para el 18 de diciembre, con movilización al Hospital Nacional de Odontología, para pedir mejores salarios y distintas reivindicaciones (concursos, reincorporación de cesantes, mejoras de infraestructura, cobertura de vacantes, etc.). Este sector volvió a parar el 26 de diciembre y realizó una asamblea en el Hospital Oftalmológico Santa Lucía en la que se resolvió mantener el estado de alerta y movilización y hacer otro paro el 7 de enero.

Estos conflictos fueron respaldados por la COMRA, que, mientras tanto, protestaba por los sueldos del personal médico de instituciones públicas y privadas y por los honorarios de quienes trabajaban en el sistema de seguridad social, y proponía que el presupuesto en salud se redistribuyera a favor de estos sectores en detrimento del sector farmacéutico (disminuyendo el gasto en medicamentos importados “de dudosa o nula efectividad”). En la provincia de Buenos Aires, la FEMEBA y la Coordinadora Platense de Prestadores de Salud también protestaban por el impacto del congelamiento en los ingresos por prestaciones a obras sociales.

Simultáneamente, los sindicatos del sector también fueron parte del conflicto: la FATSA denunció el deterioro continuo del sistema de salud desde la dictadura y el retraso salarial del sector sanidad desde el Plan Austral, aunque hizo responsable del deterioro del salario tanto al Gobierno como a los empleadores privados.

Estos conflictos muestran que, como el tipo de relación que los estructuraba era predominantemente salarial, la acción colectiva de los médicos tendió a tomar la forma

sindical (impulso del conflicto mediante organizaciones por lugar de trabajo, métodos de lucha tradicionales de la clase obrera, reivindicaciones salariales, de empleo y de condiciones de trabajo).

Pero veremos ahora que el carácter “dual” de la posición de los médicos permite que estos aparezcan con otro tipo de personificación en la lucha por sus ingresos, enfrentándolos incluso con la representación sindical.

En el contexto del congelamiento del Plan Austral de junio de 1985, que implicó previamente un fuerte retroceso de los salarios en la estructura de precios relativos (Massano, 2018), los ingresos de los médicos por prestaciones a obras sociales habían quedado rezagados como los salarios del resto de la clase trabajadora.¹⁰ Las corporaciones médicas comenzaron a presionar por recomponer ingresos en agosto de 1985,¹¹ poco después de que el Plan Austral congelara salarios, precios y tarifas. En ese contexto, el gobierno hizo público su proyecto de SNS.

Luego de la elevación del proyecto de SNS al parlamento, la COMRA impugnó públicamente “la metodología utilizada” por el Gobierno para redactarlo, “porque revela una inclinación autoritaria”, al no darles ninguna participación.¹² Poco tiempo después, FEMEBA publicó una solicitada donde enfatizaba que cualquier sistema de salud depende de que las remuneraciones que perciben “quienes lo hacen posible” sean justas y dignas, y que no era el caso de las percibidas en ese momento. Señalaba, como forma de legitimar la lucha, que los médicos representados por esa organización provincial no buscaban “lucro ni enriquecimiento, sino vivir decorosamente de nuestro trabajo personal”. Además de mejoras en los ingresos, la organización demandaba estabilidad laboral, apoyo para perfeccionamiento y jornadas laborales saludables, entre otras garantías que debía brindar el nuevo sistema de salud.¹³

Un mes después, el Consejo Federal de Entidades Médicas Colegiadas (CONFEMECO), que nuclea a colegios de médicos, publicó una solicitada donde se

¹⁰ Para un análisis de la situación y transformaciones de la clase trabajadora durante la década de 1980 desde el punto de vista de la estructura ocupacional y variables como salarios, empleo y pobreza, pueden consultarse Cappannini y Massano (2018 y 2023).

¹¹ “Médicos con Alfonsín”, *Clarín*, 16/08/1985; “Incrementos sobre servicios médicos”, *Clarín*, 17/08/1985;

¹² “Se opone la COMRA”, *Clarín*, 02/10/1985.

¹³ Solicitada de la FEMEBA “Desde siempre salud”, *Clarín*, 17/10/1985.

expresó sobre las remuneraciones de los médicos. Según la entidad, si se seguían los cálculos correspondientes por actualización, las remuneraciones por consulta debían aumentarse desde 1,66 Australes a 8,55 Australes (más de un 400%), pero consideraban que por el contexto económico era posible aplicar un aumento que llevara el valor de la consulta a entre 3,5 y 5 Australes. También criticaban al sistema de salud por “centralista”, “cerrado”, “burocrático” e “ineficiente”, por no garantizar la capacitación y las jornadas saludables, y al proyecto de SNS por haberse elevado sin consulta a las organizaciones representativas de los prestadores sin fines de lucro. Reconocían, al mismo tiempo, que el estado del sistema de salud se debía a la crisis económica, la depreciación de los ingresos de la seguridad social derivados de la depreciación de los salarios, los gastos desmedidos en medicamentos, los sistemas de contrataciones impuestos por la seguridad social, y la supresión de paritarias, entre otros puntos.¹⁴

La COMRA también publicó una solicitada el 10 de diciembre criticando al INDEC por no aclarar que en el cálculo de la inflación los aumentos en atención médica que se tenían en cuenta eran sólo de profesionales radicados en la Capital Federal y el GBA, que cobraban servicios por fuera del sistema de seguridad social. De esta manera, según la organización, se creaba la falsa idea de que los profesionales de la salud eran corresponsables del aumento de la inflación, cuando el 90% de la atención médica se realizaba a través del sistema de obras sociales con aranceles entonces congelados.¹⁵

Todas estas expresiones críticas guardaban algún o algunos puntos de contacto con la iniciativa oficial (por ejemplo, la necesidad de federalización o de modernización, o la racionalización del gasto en medicamentos y aparatología), pero ponían en el centro del reclamo la ausencia de consulta para diagramar las reformas, así como la depreciación de los ingresos. Siendo tradicional —como los actores mismos reconocían— la escasa participación de las entidades en la definición de los lineamientos generales de la política sanitaria, los ingresos de los médicos, en cambio, se convertían en un foco de descontento irreductible.

A mediados de diciembre, la COMRA se reunió con el ministro de Salud a fin de comunicarle que planeaba denunciar los convenios firmados con las obras sociales si no

¹⁴ Solicitada del CONFEMECO, *Clarín*, 29/11/1985.

¹⁵ Solicitada de la COMRA “La atención médica no es responsable de la inflación”, *Clarín*, 10/12/1985.

se recomponía el arancel que cobraban los médicos. Al no tener respuesta afirmativa, procedió con la denuncia y habilitó a los médicos de las federaciones afiliadas a cobrar un “plus” llevando el arancel a 5 australes (un aumento del 200% aproximadamente).¹⁶ Debían transcurrir 30 días desde la denuncia de los convenios para que se pudiera hacer efectiva, por lo que el plus se empezaría a cobrar desde el 16 de enero de 1986.

La CGT, a pesar de reconocer que los médicos estaban mal pagos, rechazó cualquier incremento en los aranceles del nomenclador nacional establecido por el INOS mientras se mantuviera el congelamiento de los salarios, y denunció que médicos particulares ya habían empezado a cobrar el plus.¹⁷ El secretario de Salud Pública, por su parte, anunció que propondría al gabinete que los médicos tuviesen prioridad en el momento en que se empezara a discutir la flexibilización del congelamiento de precios del Plan Austral, que si bien era tema de discusión no se veía viable en el corto plazo.¹⁸

Detengámonos un momento en los términos en los que se presentaba el problema en la coyuntura. Si los médicos aumentaban sus aranceles sin que se modificara el congelamiento salarial, o bien las obras sociales entrarían en crisis al no poder recomponer sus ingresos por aportes, o bien los trabajadores sufrirían un importante aumento en sus gastos de salud sin recomposición salarial. Además, que cualquier organización decretara unilateralmente una ruptura del congelamiento de precios ponía en jaque la estabilidad del Plan Austral más allá de las reiteradas declaraciones del titular de la COMRA sobre que la organización no quería romper la política inflacionaria del gobierno. Si este y los sindicatos definían reorganizar los gastos de las obras sociales restringiendo el gasto en medicamentos, eran los laboratorios los que iban a mermar su

¹⁶ El representante de la FEMECA catalogó a la denuncia “como una medida de acción directa” a la que se veían “obligados por la negativa a nuestro pedido de que se redimensione el gasto de la seguridad social, en el que el 50 por ciento se lo llevan los fármacos” y que “no es una medida contra las obras sociales que están intervenidas en este momento, sino contra el INOS, que no redimensiona el gasto de salud y la seguridad social” (“Los médicos cobrarán directamente a los afiliados a obras sociales”, *Clarín*, 17/12/1985). La denuncia tenía un carácter parcial, porque no abarcaba a las obras sociales que estuvieran dispuestas a reorganizar gastos para aumentar los aranceles. Días después, Isaac Moncarz, presidente de la COMRA, reiteró el reclamo enfatizando el carácter diferencial de los ingresos médicos sosteniendo que “a esa situación se ha llegado por inercia de los sectores oficiales, que no supieron o no quisieron dar al acto médico la jerarquía que realmente tiene” (“Reiteran que los pacientes de mutuales pagarán consultas”, *Clarín*, 18/12/1985).

¹⁷ “Controversia entre la CGT y los médicos”, *Clarín*, 16/12/1985; y “Los médicos cobrarán directamente...”, *Clarín*, 17/12/1985.

¹⁸ “Los médicos cobrarán directamente...”, *Clarín*, 17/12/1985.

cuota de recursos del sistema de seguridad social y también intentarían no perder posiciones. Los médicos se enfrentaban así a dos enemigos de fuste —y un potencial tercer enemigo con el que tenían múltiples conexiones— esperando poder negociar sobre sus demandas antes de que entrara en vigor la denuncia de los convenios. Pero la posibilidad de modificación del congelamiento salarial estaba atada a avances en la Conferencia Económica y Social (la concertación consultiva tripartita entre gobierno, sindicatos y empresarios industriales), en la cual los médicos no participaban y que los sindicatos criticaban por su carácter consultivo.

A pesar de que el titular de la COMRA sostuvo que ninguna de las federaciones afiliadas iba a cobrar el plus hasta tanto no se cumplieran los 30 días desde la denuncia, algunas organizaciones afiliadas comenzaron a autorizarlo, como el Colegio Médico de Tucumán,¹⁹ y algunos médicos particulares lo aplicaron por su cuenta, según denuncias recibidas por las conducciones sindicales y el ministerio. Sobre el plus se expresó el ministro de Salud Aldo Neri, aclarando que “esta cartera no autoriza su pago ni tampoco reconoce su posible existencia. Pero se trata de algo que no podemos controlar”²⁰, por lo que, en la práctica, resultaba una postura tolerante y quedaba a cuenta del afiliado abonarlo o no. También sostuvo que el problema se solucionaría a la brevedad y, de no ser así, el sector público garantizaría la atención de salud para todas las obras sociales. Asimismo, y a pesar de que en ese mismo momento estaba desarrollándose el conflicto por el SNS con la CGT, declaró que coincidía con la opinión de la central sindical en cuanto al conflicto con los médicos. A su vez, el Consejo de Obras Sociales (nucleamiento de representantes de los administradores de obras sociales estatales y mixtas) organizó una lista de prestadores alternativos.²¹

El 1.º de enero de 1986, el Ministerio de Salud y Acción Social ajustó los aranceles médicos llevándolos a 2,10 australes, atento a que el gobierno había otorgado un aumento salarial del 5%. Las agremiaciones médicas lo consideraron insuficiente y la FEMEBA publicó una solicitada dirigida al presidente pidiendo un aumento superior.²² Pocos días antes de cumplirse el plazo para empezar a cobrar el plus, un plenario de delegados de la

¹⁹ Se trató de un adicional de un austral. “Polémica en obras sociales de Tucumán”, *Clarín*, 18/12/1985.

²⁰ “Los médicos no están autorizados a cobrar adicionales en sus aranceles”, *Clarín*, 19/12/1985.

²¹ “Las obras sociales del Estado no pagarán adicionales médicos”, *Clarín*, 20/12/1985.

²² Solicitada de la FEMEBA “Al señor Presidente de la Nación Dr. Raúl Alfonsín”, *Clarín*, 06/01/1986.

COMRA decidió la denuncia total de los convenios de obras sociales, ratificando la denuncia parcial realizada en diciembre. Se resolvió asimismo rechazar como “insuficiente, injusta y no equitativa” la resolución arancelaria del Ministerio de Salud y Acción Social, y facultar a la conducción de la entidad para realizar paros en la atención de la seguridad social y en el sector público, manteniendo las guardias mínimas.²³ El Gobierno negó la posibilidad de dar otro aumento, pero mantuvo negociaciones permanentes con las organizaciones médicas.

Un día antes de que se cumpliera el plazo para el inicio del cobro del plus, la COMRA se reunió con el secretario de Acción Social de la CGT, Augusto Di Girolamo (del sindicato de trabajadores de la televisión) en la sede de calle Azopardo. La CGT decidió escalar en el conflicto, y amenazó aplicar medidas de fuerza como cortes de luz y teléfono a médicos, consultorios e instituciones de salud privadas si se concretaba el cobro del plus y la suspensión de la atención a las obras sociales. Pidió también, como condición innegociable para continuar las conversaciones, al menos 30 días de suspensión de medidas de los médicos, a fin de seguir negociando con el gobierno sobre aumentos salariales que permitan resolver la situación. Luego de dos días de reuniones que tuvieron un cuarto intermedio para consultar a las federaciones médicas, ante la amenaza sindical de medidas de fuerza contra los médicos la COMRA decidió aceptar la propuesta de postergación de las medidas de protesta. Las organizaciones suscribieron un documento conjunto donde hacían responsable al Gobierno de la situación y pedían medidas económicas que revirtieran la recesión, a la vez que se pronunciaban a favor del fortalecimiento del sistema de obras sociales.²⁴

Sin embargo, la posibilidad de un frente de acción común que permitiera resolver las demandas de las dos representaciones corporativas presionando al gobierno se desvaneció tempranamente. En algunas provincias como Mendoza, Córdoba y Santa Fe, los médicos no acataron la tregua y rechazaron las chequeras que distribuían las obras sociales, por lo que procedieron a cobrar las consultas en efectivo incorporando el plus. La CGT, que al mismo tiempo estaba organizando un paro nacional contra la política

²³ “Denuncian los médicos todos los convenios de obras sociales”, *Clarín*, 12/01/1986.

²⁴ “Reunión por las obras Sociales”, *Clarín*, 15/01/1986; “Difícil acuerdo entre médicos y la CGT”, *Clarín*, 16/01/1986; y “La CGT y los médicos”, *Clarín*, 17/01/1986.

económica del Gobierno y se peleaba públicamente con el ministro Neri por el proyecto del SNS, amenazó a la COMRA con buscar prestadores alternativos si no disuadía a las federaciones del interior que no se habían plegado al acuerdo.²⁵ A esta situación de tensión creciente se sumó el rechazo de los convenios con obras sociales por parte de la Federación de Clínicas Privadas de la Provincia de Buenos Aires, que calificó de “discriminatoria” la decisión gubernamental de considerar que, como las clínicas y sanatorios eran empresas privadas, debían absorber los aumentos de los costos por aranceles y salarios.²⁶

Como era de esperarse, ninguno de los sectores estaba dispuesto a perder parte de la porción de recursos del sistema de salud que captaba. En una conferencia que brindó Neri la tónica fue la contraria: se limitó a pedir un “acto de grandeza” por parte de los distintos sectores, y propuso al SNS como la manera de solucionar un conflicto en el que todos debían ceder parte de sus demandas, “porque el interés común no es lo mismo que la suma de los intereses particulares”.²⁷

Luego del paro nacional de enero de 1986 de la CGT, la central sindical y la COMRA volvieron a reunirse. Como resultado de las negociaciones, emitieron un comunicado conjunto en el que defendían el sistema de seguridad social y la propiedad sindical de las obras sociales, al tiempo que adherían a una iniciativa de la FEMEBA para sancionar una legislación sobre estatuto de trabajo médico. Desde el lado de la CGT se dejó trascender que los médicos abandonarían la denuncia de los convenios con las obras sociales y conformarían una comisión mixta para resolver la demanda sobre aranceles.²⁸

²⁵ “Obras sociales: se profundizan las diferencias con los médicos”, *Clarín*, 21/01/1986. La FEMECA aclaró que no habían autorizado el cobro del plus porque respetaban el acuerdo logrado por la COMRA, y que era la federación cordobesa (FEMECOR) la que había decidido no acatarlo (“FEMECA formuló una aclaración”, *Clarín*, 21/01/1986). Isaac Moncarz se desempeñaba al mismo tiempo el titular de la COMRA y de la FEMECOR. El poder judicial ordenó “no innovar” en materia de atención por obras sociales y la federación cordobesa debió suspender las medidas de fuerza que había dispuesto (“Movilización de los médicos en huelga”, *Clarín*, 29/01/1986). Para un caso de efectivización de prestadores alternativos, ver la solicitada de la OSPERYH: “A los beneficiarios de la obra social del personal de edificios de renta y horizontal de la Capital Federal”, *Clarín*, 21/02/1986.

²⁶ “Aranceles médicos. Las clínicas privadas rechazan los convenios”, *Clarín*, 26/01/1986. Al mismo tiempo, la federación criticó el “sentido estatizante” del proyecto del SNS. Posteriormente se sumó a las críticas la Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de Córdoba amenazando con la denuncia de los convenios con obras sociales (“¿Cambios en el SNS?”, *Clarín*, 05/02/1986).

²⁷ “Solicitó Neri una actitud de grandeza...”, Ob. Cit. Luego de la conferencia, el Circulo Médico de Salta solicitó públicamente la renuncia de Neri (“Petitorio de los médicos”, *Clarín*, 30/01/1986).

²⁸ “Obras sociales: precisa la CGT su posición”, *Clarín*, 01/02/1986; y “¿Acuerdo?”, *Clarín*, 03/02/1986.

Pero la estrategia de la corporación médica era “a dos frentes”: mientras mantenía acercamientos con la CGT, con la que parecía conformar un frente común, también mantenía canales de negociación con el Gobierno. Así, la COMRA llegó a un preacuerdo con el secretario de Salud sobre “contenidos, tiempos y procedimientos” para resolver en el corto plazo el conflicto por aranceles. La resolución se haría mediante la racionalización de los fondos de las obras sociales, aquellas que según el comunicado conjunto debían devolverse a los sindicatos. Los términos de ese acuerdo debían ser discutidos primero en una reunión del Consejo Federal de Salud (COFESA) con Neri, los ministros de Salud de las provincias y la CGT.²⁹ En esa reunión se llegó a un acuerdo sobre la implementación de un programa de redistribución de gastos de las obras sociales.³⁰

No obstante, a pesar del acuerdo arribado en el COFESA, la denuncia de los convenios no se anuló, sino que quedó pendiente de aplicación hasta se resolviera definitivamente el conflicto. En el interior, algunas agremiaciones médicas continuaron cobrando el plus. En Rosario, por ejemplo, la CGT local resolvió cortar los servicios que prestaban los trabajadores afiliados de Luz y Fuerza, telefónicos, recolección y barrido, y obras sanitarias, a todos los médicos que cobraran el plus, y dictó un paro de 4 horas.³¹

Finalmente, la solución del conflicto ocurrió durante el mes de marzo de 1986. El Gobierno reorganizó sus posiciones en un “retiro” en Chapadmalal, donde planificó una flexibilización del Plan Austral. Sorpresivamente, el 12 de marzo dio a conocer la decisión de aumentar los aranceles médicos en más de un 100%, llevándolos a 3,50 australes. Este aumento se hacía en base a un acuerdo entre la Secretaría de Salud y la COMRA suscripto el 6 de marzo, pero mantenido en reserva mientras se desarrollaban las reuniones del presidente con su gabinete en Chapadmalal. Con el aumento otorgado, la COMRA dejó sin efecto la denuncia de los convenios con obras sociales. Una vez conocido el acuerdo, la CGT lo rechazó tajantemente y el Consejo Asesor de Obras

²⁹ “Preacuerdo por los aranceles médicos”, *Clarín*, 05/02/1986.

³⁰ “Hubo acuerdo parcial por los aranceles médicos”, *Clarín*, 08/02/1986.

³¹ “Rosario: disputa de CGT y médicos”, *Clarín*, 16/02/1986; y “Anuncian paro en Santa Fe”, *Clarín*, 27/02/1986.

Sociales (donde la central sindical tenía representación dentro del INOS) pidió al Gobierno no sancionarlo, pero no tuvo éxito.³²

A diferencia de los conflictos en los hospitales públicos, el conflicto por el plus se estructuró alrededor de formas de ingreso no salariales; la acción colectiva de los médicos entonces tendió a la forma de la agremiación profesional. En este caso, son las otras opciones del pluriempleo de los médicos (trabajo autónomo, propiedad de consultorios y/o clínicas privadas) las que cobran relevancia, y la relación salarial queda desplazada.

Consideraciones finales

El conflicto al que nos abocamos trata de la oposición entre agremiación profesional y corporación sindical como representantes de distintos actores que intervienen en el sistema de salud. Por un lado, un tipo de representación de intereses dado por la posición en la relación capital-trabajo (la relación salarial); y por el otro lado una representación de intereses de tipo profesional ligada tradicionalmente a “clases medias” pero atravesada por procesos parciales de “proletarización” a partir de la crisis que comienza a mediados de los 70.

Esos procesos parciales de “proletarización” se ven más claramente en los conflictos en los hospitales municipales y nacionales de la Capital Federal, donde las reivindicaciones son las clásicas de los asalariados (mejoras de salarios, empleo y condiciones de trabajo) y los métodos de lucha también (paros, movilizaciones y asambleas).

El motivo del conflicto por el plus, por el contrario, se organiza alrededor de la disputa por los recursos de un sistema de salud en crisis. Los médicos aquí aparecen como una personificación distinta a la asalariada, y sus ingresos se definen por el pago de prestaciones mediante el sistema de obras sociales cuyo monto es regulado por el gobierno y el INOS. Son las otras opciones del pluriempleo de los médicos (trabajo autónomo, propiedad de consultorios y/o clínicas privadas) las que cobran relevancia para

³² “Aumentaron los aranceles médicos”, *Clarín*, 13/03/1986. Al respecto, Neri declaró: “Nosotros creemos que los aranceles están en ese sector en un nivel tolerable, no quiero decir que sean excesivos. Creo que en la medida en que las obras sociales tengan más recursos, según la evolución del salario real, podremos ir haciendo ajustes en otros sectores de los aranceles, como se hizo recientemente con los médicos, bajar algunas cosas para subir otras y lograr así un equilibrio lógico para todos los sectores” (“Refutó Neri cargos que le formularon”, *Clarín*, 14/03/1986).

definir los ingresos, opciones que —como vimos— van cobrando mayor peso con el desarrollo de la carrera profesional. En la representación corporativa profesional hay una marcada hegemonía de los médicos con mayor prestigio profesional, que suelen tener mayor peso de estas otras opciones, por lo que la relación salarial queda desplazada.³³ Los métodos de lucha por la recomposición de los ingresos de los médicos aquí son radicalmente distintos: frente al Gobierno se presiona (y se negocia) para aumentar los montos de los bonos a afiliados a obras sociales, y mientras tanto se cobra un plus que recae directamente sobre los salarios de las y los trabajadores y sus familias.

Es decir, esta crisis del sistema de salud muestra al mismo tiempo a los médicos participando en dos tipos de conflicto: por una parte, peleando contra el Estado como patronal salarios y condiciones de trabajo de los profesionales que trabajan en hospitales públicos; y por otra, peleando contra el Gobierno y los sindicatos por los recursos del subsistema de obras sociales.

Cuando el tipo de relación que estructura el conflicto es predominantemente salarial, la acción colectiva de los médicos tiende a tomar la forma sindical (impulso del conflicto mediante organizaciones por lugar de trabajo; métodos de lucha tradicionales de la clase obrera; reivindicaciones salariales, de empleo y de condiciones de trabajo). Por el contrario, cuando el conflicto se estructura alrededor de formas de ingreso no salariales, la acción colectiva de los médicos tiende a la forma de la agremiación profesional.

En este sector, un mismo individuo puede asumir personificaciones distintas en la lucha por sus ingresos, y esto es posible por la “posición dual” que estructura el alto nivel de pluriempleo. O sea, un mismo médico puede aparecer en un conflicto hospitalario como una representación del trabajo, y en el del plus bajo la personificación del prestador de servicios de salud (ya sea por su desempeño profesional o como dueño de consultorio/clínica) y hasta en contra de la representación sindical.

Es por ello que el análisis de este conflicto sirve también para pensar los conflictos actuales de los médicos. Los concurrentes y residentes, que son el núcleo del conflicto de 2022, se caracterizan por tener posiciones iniciales en las trayectorias laborales de los

³³ Sin embargo, los médicos que cobran los bonos más bajos y que por lo tanto apoyarían también la recomposición de ingresos vía plus también son los de menor prestigio o de situación inicial de carrera.

médicos, y son apoyados por los sectores médicos de carrera que hicieron de la relación salarial que atraviesa su posición en la salud pública un eje importante de sus ingresos y su prestigio (posiciones de jefatura en hospitales públicos), sin perjuicio de su actividad privada (es esperable que existan casos que tengan todos los atributos de las posiciones que pueden ocupar los médicos).

Bibliografía

- Abramzón, M. (2003). Los recursos humanos en salud en Argentina. Una mirada a los datos. En Observatorio de Recursos Humanos en Salud en Argentina. *Información estratégica para la toma de decisiones*. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud.
- Aspiazu, E. (2010). Los conflictos laborales en la salud pública en la Argentina. En MTEySS. *Trabajo, ocupación y empleo. Una mirada a sectores económicos desde las relaciones laborales y la innovación*. Serie Estudios N.º 9. Buenos Aires: MTEySS/PNUD.
- Belmartino, S., Bloch, C. y Quinteros, Z. (1980). *Estructura y dinámica ocupacional del médico: Rosario, 1978. Cuadernos Médico Sociales*, Número Especial. CESS. Rosario.
- Belmartino, S., Bloch, C., Luppi, I., Quinteros, Z. y Troncoso, M. C. (1990). *Mercado de trabajo y médicos de reciente graduación*. Organización Panamericana de la Salud.
- Belmartino, S. (2009). Las políticas de salud en el siglo XX: legados históricos. Trabajo presentado en el 5.º Foro del Bicentenario “Salud y políticas de salud”, organizado por la Secretaría de Cultura de la Nación. Buenos Aires.
- Cappannini, A. y J. P. Massano (2018). Estructura ocupacional y debilitamiento de la clase trabajadora en la posdictadura: Algunos problemas de interpretación. En A. Schneider (Comp.). *Trabajadores en la historia argentina reciente: Reestructuración, transformación y lucha* (pp. 103-129). Buenos Aires: Imago Mundi.
- Cappannini, A. y Massano, J. P. (2023). La situación de la clase trabajadora durante la “década perdida”. Cambios estructurales en el marco de una crisis de largo plazo. En J. P. Massano y A. Schneider (Comps.). *Trabajadores, sindicatos y organizaciones políticas y sociales durante la década de 1980 en Argentina*. Ensenada: Libros de la FaHCE.
- Galín, P. (2002). Dependencia y precarización laboral. Los profesionales de la salud en la Argentina. *Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo*, 8(15).
- Marconi, E., De Méndez Alonso, M., Moreno, I., Uthurralt, M. C. y Zipper, W. (1985). *La terciarización del empleo en la Argentina: el sector de la Salud*. Buenos Aires: Proyecto Gobierno Argentino. PNUD/OIT.

- Massano, J. P. (2018). El “Plan Austral” y el avance del “consenso del ajuste” durante la transición democrática. *Sociohistórica*, 42, e062.
- Massano, J. P. (2023). El intento de reforma del subsistema de obras sociales sindicales argentino de 1985-1986. *Mundos do Trabalho*, 15, 1-19.
- Novick, M. y P. Galín. (2003). Flexibilidad del mercado de trabajo y precarización del empleo. El caso del sector salud. En Observatorio de Recursos Humanos en Salud en Argentina. *Información estratégica para la toma de decisiones*. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud.
- Piva, A. (2009). “Vecinos, piqueteros y sindicatos disidentes. La dinámica del conflicto social entre 1989 y 2001”. En Bonnet, A. y Piva, A. (Comps.). *Argentina en pedazos: luchas sociales y conflictos interburgueses en la crisis de la convertibilidad* (pp. 19-70). Buenos Aires: Continente.
- Wright, E. O. (1983 [1978]). *Clase, crisis y Estado*. Madrid: Siglo XXI Editores.
- Wright, E. O. (1992). Reflexionando una vez más sobre la estructura de clases. *Zona Abierta*, 59/60.
- Wright, E. O. (1994 [1985]). *Clases*. Madrid: Siglo XXI Editores.