

El Frente de Recuperación Gremial en la Asociación de Médicos Municipales: una historia de combate por la salud pública.

Nicolás Manuel Viñas.

Cita:

Nicolás Manuel Viñas (2016). *El Frente de Recuperación Gremial en la Asociación de Médicos Municipales: una historia de combate por la salud pública. II Congreso de la Asociación Argentina de Sociología. Asociación Argentina de Sociología, Villa María.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-046/113>

El Frente de Recuperación Gremial en la Asociación de Médicos Municipales: una historia de combate por la salud pública. Nicolás Manuel Viñas (UBA)

En este trabajo analizaremos la historia del Frente de Recuperación Gremial (FRG). El FRG nace como un frente único de oposición a la conducción de la Asociación de Médicos Municipales (AMM), sindicato que nuclea a la mayor parte de los médicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. La conformación de este espacio de oposición tiene lugar en medio de la vorágine del Argentinazo y su derrotero pone en cuestión algunas de las tesis de gran parte de la bibliografía sobre el sindicalismo argentino en el Siglo XXI.

Este artículo es parte de una investigación más general que busca explicar la proletarización, la fragmentación y la pauperización del sector. Estas tendencias tienen su correlato en la construcción de una incipiente conciencia obrera que se expresa en los reclamos, las medidas y la organización de los médicos.

Para la reconstrucción de la historia del FRG se parte de una postura científica ligada al materialismo dialéctico, es decir, se le otorga un rol fundamental al desarrollo material de la sociedad para explicar su devenir, al tiempo que se explican los fenómenos superestructurales en estrecha relación con los intereses materiales y sociales sobre los que se sustenta. Para ello, se han realizado entrevistas en profundidad a delegados gremiales y activistas y se consultaron periódicos de tirada nacional, publicaciones sindicales y el blog del FRG.

Palabras clave: Asociación de Médicos Municipales – Frente de Recuperación Gremial – sindicalismo – proletarización – Argentinazo – kirchnerismo

1) Introducción

En este trabajo analizaremos la historia del Frente de Recuperación Gremial (FRG). El FRG nace en medio de la vorágine del Argentinazo como un frente único de oposición a la conducción de la Asociación de Médicos Municipales (AMM), sindicato que nuclea a la mayor parte de los médicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

La principal hipótesis que deseamos defender en nuestro trabajo establece que los médicos atraviesan un proceso de proletarización y fragmentación que incide directamente en el desarrollo de su organización, las reivindicaciones por las que luchan, la fuerza material con la que cuentan y las acciones que realizan. Este es el sustrato material que impulsa la evolución de la AMM y que permite comprender el crecimiento del clasismo en su interior.

El esquema que proponemos para dar cuenta de la fortaleza y la debilidad de las acciones del FRG sigue en sus lineamientos la obra de Gramsci (2007). Para empezar, observamos el nivel material más amplio, el de las fuerzas materiales: el peso en la estructura social de los médicos. Después, el

nivel de la organización, su desarrollo, eficiencia, tradición de lucha, etc. Por último, el nivel inmediatamente político, en el que prima la subjetividad encarnada en programas, estrategias y, sobre todo, conciencia de la situación y disposición a la lucha.

2) El substrato material del combate: ¿a qué clase social pertenecen los médicos?

Como dijimos, el primer paso de nuestro trabajo se detendrá en el nivel material más amplio. Para dar cuenta de las acciones gremiales, intentaremos clarificar, en primer lugar, cuál es la pertenencia de clase y la fuerza material que poseen los médicos en la estructura social.

La burguesía la conforman todos aquellos que son los dueños de los medios de producción y que venden las mercancías producidas por los obreros, apropiándose de un plusvalor. Por otra parte, están aquellos que poseen medios de producción en una escala que les permite vivir de su trabajo, o de su trabajo y del trabajo ajeno, pero nunca exclusivamente de este último: son los integrantes de la pequeña burguesía. Aquí se agrupan los médicos que poseen un consultorio privado donde atienden pacientes propios mediante cobro directo (es decir, que no trabajan a domicilio para una obra social o prepaga) y que pueden o no subcontratar a otros colegas o empleados (como secretaria, personal de limpieza, etc.). Estos profesionales participan de la producción, trabajan, pero no son explotados por un empresario. A la vez, pueden ser explotadores, al menos parcialmente. En este ámbito juega un rol importante para ellos su pericia personal: “el prestigio” es un elemento indispensable para abrirse paso en el mercado de pacientes. Por último, es importante descartar la idea de que la clase obrera agrupa solamente al trabajador fabril: lo que todos los obreros tienen en común y lo que los conforma como tales es el hecho de que para vivir deben vender su fuerza de trabajo en el mercado porque carecen de medios de producción o de vida que les permitan garantizarse la subsistencia. Todas estas situaciones pueden presentarse en una misma persona mediante combinaciones. En estos casos de transición de una situación a otra, lo que define la pertenencia de clase es la instancia de mayor incidencia en la reproducción de la vida material. Otro elemento a tener en cuenta son los medios de producción con los que cuenta (o no) la familia.

La proletarización de estos profesionales es una tendencia histórica que afecta de forma desigual al conjunto y que se ha venido acelerando en las últimas décadas. Esta transición de una clase a otra puede ocurrir en términos individuales o generacionales, es decir, puede ocurrir que la generación de los padres retenga su condición burguesa o pequeño burguesa, pero que sus hijos la pierdan. Por otro lado, el proceso inverso, lo que comúnmente se conoce como ascenso social, existe en forma reducida a contextos y momentos específicos y se produce con mayor probabilidad en ciertas especialidades, pero no constituye una tendencia que marque la pauta de la evolución histórica del desarrollo de los médicos sino una contramarcha en el proceso dominante de proletarización.

Es importante destacar que, más allá de su pertenencia de clase, estos profesionales comparten una función crucial en la sociedad: el cuidado de la salud. Este rol que ejercen los médicos le imprime una especificidad a la profesión que se transforma en un arma de doble filo a la hora de entablar una lucha sindical. Qué costado resulta el más filoso del arma lo determina la lucha de clases. Por un lado, les otorga una altura moral a sus reclamos muy elevada. Por otro lado, es una traba para la organización y la profundización de las medidas de fuerza por tres razones. En primer lugar, la construcción subjetiva del médico como trabajador se pone en segundo plano en relación con su función: primero los demás. En segundo término, el carácter de “servicio esencial” que se le otorga al sistema de salud les prohíbe hacer huelgas u otro tipo de medidas sin garantizar una guardia mínima, lo que disminuye el número de participantes en este tipo de acciones. Por último, las medidas de lucha son atacadas por la patronal y el Estado en tanto que pondrían de rehenes a los pacientes. Se trata del mismo dispositivo ideológico que se utiliza para enfrentar a docentes y alumnos, y a ferroviarios y pasajeros: *divide et impera*.

2.1. Proceso de trabajo, condiciones laborales y fuerza material.

El objetivo de este apartado es dar cuenta de los rasgos particulares que dificultan o potencian la organización sindical de los médicos. Esta especificidad brota de su proceso de trabajo y condiciones laborales, que examinaremos para dar cuenta de su relación con la fuerza material con la cual estos profesionales llevan adelante sus acciones de lucha.

Como tratamos de explicar en el acápite anterior, los médicos forman parte de diversas clases sociales. Principalmente, engordan a la pequeña burguesía y al proletariado. En ambos casos, es común que la fuente de ingresos de estos profesionales no provenga de un solo lugar. Al respecto, afirma un entrevistado: “Los sueldos municipales no le alcanzan a nadie. Nosotros no somos médicos de horario full time, mi sueldo del hospital suma para el hogar, pero la mayoría de mis ingresos están en la actividad privada.”¹

De estas declaraciones se desprenden varias cuestiones importantes. En primer lugar, vemos que el Estado no contrata médicos full time –se trabajan 30hs en cargos de ejecución y 40hs en los de dirección-, es decir, prefiere que los pacientes esperen meses para conseguir un turno a elevar la jornada y el salario de los médicos. En segundo lugar, observamos que en esta profesión abunda el multiempleo. Trabajar en distintos lugares puede implicar condiciones laborales, sindicatos y patrones (si los hubiere) distintos. Es decir, se fragmenta la vida del médico en diversos ámbitos, lo cual dispersa las energías del activismo individual (no cualquiera puede militar en más de un lugar) y descentraliza la organización gremial, debilitándolos. En tercer lugar, remarcamos que el salario

¹ Entrevista a Julián y Cecilia, 29/08/2015.

abonado actualmente es inferior a los ingresos que se pueden alcanzar en la actividad privada –al menos para algunas especialidades-. Esta disparidad es importante ya que desató conflictos gremiales frente a las recurrentes crisis de “falta de personal” que se registran en algunas especialidades como anestesiología y terapia, entre otras². Al respecto, dice un entrevistado: “cuando cerraron la terapia del Gutiérrez el año pasado, lo que estaba de fondo era la escasez de médicos que quisieran trabajar en un hospital en malas condiciones y por un salario que es inferior al que se paga en otros lugares. Y entonces fusionaron la terapia intensiva con la intermedia, lo cual es un atentado a los pacientes, y redujeron la cantidad de camas porque no había personal para manejar las cosas”³.

De estas afirmaciones, desprendemos algo importante: los médicos especialistas todavía poseen cierta capacidad de rechazar un trabajo que los ponga en condiciones miserables y buscar otro, mientras que los empleadores no pueden reemplazar fácilmente la mano de obra. Éste fenómeno es propio de una profesión que demanda al menos 10 o 12 años de formación universitaria y cuyo proceso de trabajo se encuentra ligado a la manufactura moderna. El lento desarrollo de las fuerzas productivas en esta rama de la producción traba el desarrollo de un ejército industrial de reserva, lo cual fortalece a los médicos frente a sus empleadores. Por esta razón, el gobierno de Macri en la Capital Federal trató de incentivar la migración de médicos del interior del país⁴, algo que a escala continental tiene su correlato en la conflictiva incorporación de médicos cubanos en Brasil⁵. Las peores condiciones laborales en sus lugares de origen, ligadas en el caso argentino a la descentralización administrativa (las provincias pobres pagan peores salarios) o el mercado reducido de pacientes, explican que algunos de ellos se transformen en golondrinas.

Otro elemento que impulsa a la fragmentación del colectivo profesional son las diversas modalidades de contratación laboral que gobiernan a estos trabajadores. En los hospitales públicos, los médicos especialistas pueden formar parte de la planta del hospital, atendiendo estudios programados, o pueden formar parte del personal de guardia, atendiendo urgencias. En caso de licencias, vacaciones y enfermedades, el personal debe ser reemplazado por suplentes. La diferencia contractual entre los cargos concursados y las suplencias no es menor: por convenio, los segundos no acumulan antigüedad en sus cargos y no ascienden de categoría en la carrera profesional, renovando sus contratos cada dos años⁶. En esta diferenciación el gobierno encontró una forma de precarización laboral. En algunos hospitales y en muchos programas del sistema público de salud, existen servicios enteros que funcionan sin la estructura de personal requerida por concurso y que hacen uso de los suplentes de guardia para saldar los baches. Esta diferencia contractual es perjudicial a la

2 Documento del FRG: “El derrumbe de la salud pública en la CABA”.

3 Entrevista a Luis Trombetta, 19/10/2015.

4 <http://tiempo.infonews.com/nota/6962/tras-despedir-a-mas-de-mil-medicos-macri-sale-a-buscarlos-en-el-interior>

5 www.cubadebate.cu/noticias/2015/08/04/programa-mas-medicos-cumple-dos-anos-en-funciones/#.Vm5bn9rSnnE

6 Disponible en: www.medmun.org.ar/pdf/convenio%20colectivo.pdf

organización sindical porque divide a los trabajadores. Observamos muy claramente esta fragmentación en las dificultades con que se organizó la resistencia a la resolución 1657/13 del gobierno porteño. Por intermedio de esta resolución se recortaba en un porcentaje elevado de la cantidad de horas de suplencias de guardia que se le asignaba a los hospitales y distintos programas del sistema de salud. Es interesante destacar que cuando se recortan estas horas no hay una indemnización por despido. Para hacer frente a la medida, se llevaron adelante distintas medidas de fuerza -abrazos simbólicos, actos, movilizaciones y paros-. En estas acciones se destacó el activismo de los pediatras del SAME y el conjunto de los profesionales del Hospital Moyano con el FRG a la cabeza, mientras que la AMM brilló por su ausencia.

3) Breve repaso por la historia de la AMM

En el apartado anterior intentamos explicar que una clase social la conforman un grupo de individuos que comparten una situación común, que en el caso del proletariado refiere a la explotación. Compartir esa situación común es lo que hace posible que los individuos tomen conciencia de su posición. En este sentido, el nacimiento y desarrollo de la AMM es expresión del proceso de proletarianización que se va profundizando a lo largo del Siglo XX. En su interior crece lentamente el componente obrero en detrimento de los elementos pequeño burgueses que conviven dentro de la asociación. Este proceso tiene su correlato en una lucha programática. El nacimiento del FRG y el crecimiento de la izquierda son un fiel reflejo de esta situación en un marco general donde la lucha de clases abandona el marco de derrota previo al 2001.

La AMM se funda en 1936 con el objetivo de crear una entidad gremial que agrupase a los médicos que prestaban servicios en los establecimientos públicos de la Ciudad de Buenos Aires. Su conformación es la expresión de la incipiente proletarianización del sector: los principales reclamos de ese entonces eran la estabilidad, el escalafón y un sueldo por los servicios prestados en el sistema público de salud. Hasta ese entonces, los médicos concurrían a los hospitales de manera gratuita, ya que en estos establecimientos podían perfeccionar su formación profesional, algo requerido para alcanzar cierto prestigio. Era en el ámbito privado donde recibían los honorarios con los cuales se reproducían materialmente, mediante el pago directo de los pacientes o a través de las diferentes formas de coberturas de la época como las mutualidades y las sociedades de socorros mutuos (Visillac; 2007). El surgimiento de la AMM es parte de un movimiento nacional e internacional de aparición de entidades gremiales médicas que da cuenta de un desarrollo en la rama y una transformación en el proceso de trabajo: “el cambio se debió a las modificaciones en la división del trabajo médico y al nacimiento de las especializaciones, con el consecuente advenimiento de las

nuevas tecnologías aplicadas a salud” (Visillac; 2006). La construcción de grandes establecimientos sanitarios era contraria a la supervivencia de consultorios privados.

Un punto destacable del período que va hasta la década del setenta, lo observamos en el conflicto que tienen los médicos con las compañías de seguros que cubrían a los individuos asegurados mediante accidentes de trabajo. Estas compañías influyeron en la disminución de los pacientes que se atendían en los consultorios privados. Este conflicto muestra varios elementos a considerar. En primer lugar, refleja la debilidad con la que cuentan las organizaciones gremiales médicas debido a su escaso desarrollo. En segundo lugar, que aún se encuentra como uno de los reclamos más extendidos la disputa por el mercado de pacientes *contra* las empresas. Es decir, una disputa contra la concentración del capital que libran los pequeños capitales en extinción. Más tarde, los médicos buscarán hacerse camino en el mercado de pacientes pero *dentro* de un contrato laboral, como trabajadores a domicilio. Por último, este conflicto –que se reproduce en otros ámbitos del sistema de salud-, tiene como una resolución posible la *vía individual*: algunos médicos organizaron sus propias compañías de seguros. Esto nos alerta sobre el hecho de que estos profesionales aún podían conformar un emprendimiento propio, aunque debían hacerlo de forma colectiva, al tiempo que este camino podía ser una alternativa a la organización sindical.

El desarrollo del gremialismo médico se fortaleció a partir de la década del sesenta. Para el caso de la AMM, por ejemplo, aumentó considerablemente el número de asociados. No obstante, la AMM es un colectivo con una pobre tradición de lucha a cuestras y que levanta diversos tipos de reclamos. Debido a su conformación heterogénea, donde los elementos pequeño burgueses se mezclan con los elementos obreros, el sindicato defiende intereses muy variados. Sin embargo, predominan reclamos que no suelen salirse del estrecho marco corporativo –aunque esto implique una defensa acérrima del sistema público de salud y la calidad de atención de los pacientes-: son muy pocos los procesos de lucha que encontramos donde los médicos marchen en conjunto con el resto de los trabajadores de la salud. De hecho, la AMM no forma parte de ninguna central obrera. La evolución de los reclamos de los médicos, como dijimos, se irá modificando conforme se agudice el proceso de proletarización del sector.

En su obra, Trotsky (2010) plantea que la gran disyuntiva de los sindicatos en la época imperialista es convertirse en aliados directos del Estado burgués o en sindicatos revolucionarios. De las entrevistas efectuadas, se desprende que la AMM no solamente es un aliado directo del Estado, sino que en las últimas décadas ha entablado acuerdos con los distintos gobiernos de turno. Afirma un entrevistado: “En 2013 el gobierno impuso una rebaja salarial del 15% en los sueldos a 16 mil profesionales. Eso incluyó a todos los médicos y las profesiones no médicas. Esta rebaja fue justificada en un error técnico que nunca pudieron presentar ni demostrar, pero que llevaron adelante

con el aval de los gremios mayoritarios: la Asociación de Médicos Municipales y la Federación de Profesionales de la CABA”⁷.

Como bien señala Anderson (1968), el sindicato puede pasar de ser una "herramienta de lucha a convertirse un arma *contra* la clase obrera, y sus dirigentes una correa de transmisión del capitalismo dentro del proletariado", algo que la burguesía busca constantemente. Esto se vio claramente en el accionar de la AMM frente al incendio ocurrido en el sector histórico y la guardia del Hospital Álvarez en el año 2012. Durante más de dos años sectores enteros del hospital dejaron de funcionar y el gobierno no daba inicio a las obras, ante lo cual el sindicato no se puso a la cabeza de un proceso de lucha, sino que se limitó a mantener "reuniones". Las acciones de lucha quedaron en manos de los sectores combativos de la oposición.

4) La disputa por la dirección: historia y acciones del Frente de Recuperación Gremial

4.1. Orígenes y desarrollo del FRG

Los orígenes del Frente de Recuperación Gremial se remontan al proceso que desembocó en la crisis del 2001. El Argentinazo abre un proceso nuevo en la lucha de clases que deja atrás décadas de derrota y que revitaliza las acciones de los médicos. Por caso, es interesante destacar que al interior de la asamblea popular del Parque Centenario se nuclearon distintos trabajadores de la salud en “La Interhospitalaria”, una organización rudimentaria dentro de la asamblea que tuvo el valor de ampliar el estrecho horizonte profesional. Esta experiencia fugaz cedió lugar conforme desaparecieron las asambleas populares bajo el kirchnerismo.

La aparición del FRG modifica la vida de la AMM y expresa una nueva realidad en la conciencia de los médicos y un cambio en las relaciones de fuerza entre las clases. Hasta entonces, no existían listas antiburocráticas que presentaran un *programa* alternativo a la conducción general del gremio. Las disputas internas por la conducción del sindicato se reducían a intereses particulares de listas que compartían una visión general. El FRG se conforma como un frente único de oposición que reúne a sectores variopintos, que en algunos casos termina desgranándose “porque los que son opositores, no son tan opositores, y los que están a favor, tampoco están tan a favor”⁸. Se destaca un núcleo férreo compuesto principalmente por organizaciones de izquierda (PO, CCC y, en sus inicios, un PC en retroceso) que nuclea en torno suyo a elementos que no terminan de cristalizarse como opositores y que modifican su situación con el vaivén de las circunstancias (ex activistas del PC, miembros del ARI, algunos peronistas).

Como antecedente del FRG, se destaca la iniciativa de la Lista Alternativa, construcción impulsada principalmente por el PO y que dio grandes batallas en cada uno de los hospitales. En las elecciones

⁷ Entrevista a Jorge Pachamé, 28/09/2015

⁸ Entrevista a Luis Trombetta, 19/10/2015.

del 2002 el FRG presenta por primera vez una lista opositora a nivel general del gremio, algo que hasta entonces podía ubicarse en muy pocas de sus seccionales (cada hospital conforma una filial local). El resultado electoral fue contundente: la lista se alzó con 3 de los 13 miembros del comité ejecutivo del sindicato y escalado algunas posiciones de minoría en algunos hospitales.

La irrupción del FRG enfrentó dos trabas en su desarrollo. En primer lugar, la reacción de la burocracia no se hizo esperar: para las elecciones de 2006 se modificaron los estatutos y la estructura del sindicato. Se creó un comité presidencial de otros 13 miembros, cuya elección no se ajustaba al sistema D'Hondt, reduciendo el potencial electoral del FRG, que se mantuvo con leves vaivenes en torno al 25% del padrón. En segundo término, conforme se aquietaron las aguas del proceso que se abre con el Argentinazo, se produce una desmembración de las partes que constituyeron el frente. Por un lado, el PC entró en un franco retroceso, perdiendo activistas, algunos de los cuales se acercaron al kirchnerismo. Por otro lado, los sectores afines al nuevo espacio político en el gobierno nacional abandonaron la lista única de oposición general a la conducción del sindicato: el kirchnerismo renunció a dar una disputa por la conducción del sindicato porque hizo listas de unidad con la burocracia o llamó a dar libertad de acción para votar en lugar de pronunciarse a favor del FRG. Este comportamiento es propio de una corriente de Estado que tiene límites insalvables para construir una alternativa independiente de la burguesía.

No obstante los esfuerzos de sus contrincantes, el FRG logró avanzar. En el año 2009 se produce un salto: la conquista de la filial del Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez. A este hito, le seguirá 4 años más tarde la victoria en el Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. En el Hospital Álvarez la conducción de la filial se encuentra en manos de un sector ligado al FRG. A su vez, el FRG tiene peso en la mayor parte de los hospitales destacándose el Durán, el Ramos Mejía y el Fernández, entre otros. De esta manera, el FRG se apodera de dos trincheras muy importantes para su desarrollo sindical. Es importante destacar que no solamente se avanza en posiciones sino que hay un desarrollo cualitativo que marca la tónica del período que se abre con el Argentinazo: las listas de ambos hospitales son encabezadas por cuadros de partidos revolucionarios, el PCR y el PO respectivamente. El crecimiento de los partidos comunistas en la clase obrera nos indica que estamos frente a una ruptura en la conciencia reformista de un sector de los trabajadores –aunque *minoritario*- que comienza a acercarse a posiciones revolucionarias. Sobresale el crecimiento de Tribuna de Salud, la agrupación que impulsa el PO y que tiene intervención en al menos 20 de los 33 hospitales públicos de la ciudad. Estamos frente a una etapa de transición en el movimiento sindical caracterizada por la descomposición de la burocracia sindical junto con el ascenso lento, pero firme, del clasismo y que es parte de un proceso de conjunto hacia una nueva dirección que irrumpe con mayor energía conforme se agudiza la crisis capitalista mundial y se desata una crisis política frente al agotamiento

del modelo kirchnerista. Con esta tendencia colaboró fuertemente la conformación de un polo de referencia política a nivel nacional como el Frente de Izquierda y de los Trabajadores (FIT), que despertó el interés político de numerosos trabajadores y facilitó la formación de listas antiburocráticas.

Si tenemos en cuenta que nuestro estudio de caso data de uno de los sectores más atrasados del movimiento obrero, se comprende que esta tendencia sea mayor para otras fracciones. Lo mismo vale no sólo para el resto de los médicos del país, que tienen un índice de proletarización mayor y que en muchos casos se organizan sindicalmente en conjunto con el resto de los estatales o de los trabajadores de la salud, sino también para las distintas especialidades médicas. A modo de ejemplo, la proletarización de los pediatras se encuentra en un estado más avanzado que la de los dermatólogos. No por casualidad, las medidas de lucha tienen un componente numérico mayor de los primeros en relación a los segundos. Si bien habría que hacer una indagación más profunda al respecto, creemos que los elementos que conforman a la vanguardia del movimiento tienen un origen en especialidades médicas que se han proletarizado más que las que conformarían a la retaguardia.

Sobre este último punto, es interesante el salto que se produce en el 2013, con la constitución de la Coordinadora Gremial por la Salud Pública. La COGRESAP se conforma como un agrupamiento orquestado *de arriba para abajo*, en un acuerdo entre distintas organizaciones de trabajadores de la salud⁹. La unidad de estos sectores surge como producto del proceso de movilización que se plasmó contra el GCBA en el año 2013. La COGRESAP no se conforma en pleno auge del kirchnerismo sino luego de las huelgas generales, de los saqueos, de las revueltas policiales, de las tomas de tierras como la del Indoamericano, de los cacerolazos. Es decir, forma parte de un proceso de búsqueda de una salida al impasse bonapartista. Sin embargo, su conformación esconde en algunos casos “sellos de goma” que tienen una participación muy volátil.

4.2. *Un balance de las acciones concertadas*

Los conflictos del período estudiado presentan una característica general: se trata más bien de casos aislados, puntuales, y no de una lucha masiva y conjunta. Salvo las grandes movilizaciones del 2013, la referencia sobre acciones gremiales se achica a hospitales particulares, cuando no a servicios dentro de un hospital: la terapia del Gutiérrez, los trabajadores del SAME, los despidos del Moyano, el servicio de neurocirugía en el Hospital Laglayze, el sector de enfermería en la Sardá, el incendio del Álvarez.

⁹ Asociación de Bioquímicos de la Ciudad de Buenos Aires (ABCBA), Asociación Gremial de Odontólogos de la Ciudad de Buenos Aires (AGOCIBA), Asociación de Psicólogos del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (APGCABA), Asociación de Licenciados en Enfermería (ALE), Frente de Recuperación Gremial y también Asociaciones de Profesionales, agrupaciones de activistas y autoconvocados de algunos hospitales junto con residentes y concurrentes.

El resultado de estos combates refiere a la *preparación* y la *conciencia* que se alcanzaron antes del enfrentamiento. De parte del gobierno, vemos una selección quirúrgica que establece una separación en el tiempo y el espacio de sus ataques de forma tal de fragmentar a los elementos que le harán oposición, desgastándolos: en un momento se ataca a los suplentes de guardia del SAME, en otro momento a los hospitales ligados a la salud mental, etc. No obstante, también se realizan ataques de conjunto como la represión en el Hospital Borda o la quita salarial a 15.000 profesionales del 2013. Para el caso de los médicos, su suerte está ligada en gran parte a la poca conciencia que construyeron de su situación, y por ende, de la poca preparación con la que asisten al combate. Sin embargo, que esta preparación es mayor a la que imperaba en décadas pasadas, se observa en la relación entre los ataques del gobierno y la reacción de los médicos. En algunos casos, han producido un verdadero efecto boomerang, fortaleciendo a los sectores combativos al interior de la AMM. Este fue el caso de la ofensiva desatada en 2013, que alcanza su punto máximo con la represión mencionada. La consecuencia no fue un disciplinamiento de los trabajadores de la salud, sino el pico más alto de disposición al combate contra el macrismo. Retomando lo que dijimos anteriormente, la represión contra trabajadores cuya función es cuidar la salud de la población mereció un repudio generalizado. No por casualidad este es el único momento en el que observamos manifestaciones masivas y de conjunto. Se destacan, principalmente, paros parciales, actos, cortes de calles entre filiales de hospitales cercanos y dos masivas “marchas blancas”. Hay que destacar que miles de trabajadores de la salud coparon las calles a pesar de que no contaban con el aval del sindicato para abandonar su lugar de trabajo. En este sentido, el FRG, junto con todos los sectores de oposición, asumen la dirección del movimiento de lucha y son sus principales impulsores. Este es un elemento central a destacar: las acciones de carácter institucional de la burocracia sindical de la AMM son reemplazadas por la acción directa a la que convoca el FRG.

5) Conclusiones

Los médicos atraviesan un proceso de proletarización y fragmentación que incide directamente en el desarrollo de su organización gremial, en los reclamos que efectúan, en la fuerza material con la que cuentan y en las acciones que realizan. Otros elementos que inciden en la fortaleza de las acciones gremiales que llevan adelante son: la función que cumplen en la sociedad, la pobre tradición de lucha que cargan a costas, las condiciones laborales imperantes en el sector, el multiempleo que predomina en la rama, el escaso desarrollo de un ejército industrial de reserva que ponga a la desocupación como factor de disuasión y las tendencias corporativistas.

La historia de la Asociación de Médicos Municipales expresa la conformación de una burocracia sindical muy particular, en tanto que nuclea en su interior a distintas clases sociales. Su desarrollo

expresa el creciente peso que adquieren los componentes obreros y una disputa programática donde paulatinamente la izquierda ha metido la cola.

El gremialismo médico en general y la historia del FRG en particular, adoptan el movimiento general de la lucha de clases luego del Argentinazo. Estamos frente a una etapa de transición en el movimiento sindical caracterizada por la descomposición de la burocracia sindical junto con el ascenso lento, pero firme, del clasismo y que es parte de un proceso de conjunto hacia una nueva dirección que irrumpe con mayor energía conforme se agudiza la crisis capitalista mundial y se desata una crisis política frente al agotamiento del modelo kirchnerista. Con esta tendencia colaboró fuertemente la conformación de un polo de referencia política a nivel nacional como el Frente de Izquierda y de los Trabajadores (FIT), que despertó el interés político de numerosos trabajadores y facilitó la formación de listas antiburocráticas.

6) Bibliografía

Anderson, P. (1968). Las posibilidades de la acción sindical. La Habana: Pensamiento Crítico.

Gramsci, A. (2007). Escritos Políticos 1917-1933. México DF: Siglo XXI.

Documento del Frente de Recuperación Gremial. (2014). Recuperado de: <http://frentederecuperacingremial.blogspot.com.ar/search?updated-min=2014-01-01T00:00:00-08:00&updated-max=2015-01-01T00:00:00-08:00&max-results=11>

Schufer, M. L. (2003). Una breve historia de la profesión médica en la Argentina. En: Médicos y Medicinas en la Historia, II (7), Buenos Aires.

Trotsky, L. (2010). Los Sindicatos y las tareas de los revolucionarios. Buenos Aires: Ediciones IPS.

Visillac, E., Martínez, N. y Boloniati, N. (2007). Recuperado de: http://www.medicos-municipales.org.ar/premio_salud_publica_comparativo5.pdf

Visillac, E. (2006). Historia del gremialismo médico argentino. Su rol para la salud pública. En: Mundo Hospitalario, Boletín de temas de Salud, año 13, N°123.