



Revista Conflicto Social - Año 16 N° 29 - Enero a Junio de 2023

Las condiciones de trabajo y la organización de trabajadores precarizados de la salud en hospitales de Resistencia - Chaco

The working conditions and organization of precarious health workers in hospitals in Resistencia - Chaco

Julio Andrés Sujatt*

Recibido: 27 de marzo de 2023

Aceptado: 20 de mayo de 2023

Resumen: El artículo busca describir los elementos de crisis que componen al sistema de salud pública de la Provincia del Chaco en el Noreste argentino y el surgimiento, en los últimos años, de experiencias de organización y de protesta de trabajadores de la salud por fuera de las organizaciones sindicales tradicionales. Primero se aborda la situación socio-económica de la provincia y de su sector de salud. Luego se describen con testimonios las condiciones de trabajo en hospitales de Resistencia. Finalmente se analizan el panorama organizativo y los procesos de lucha relacionados a las experiencias de precarización y de auto-organización, señalando el importante aporte que representaron para las demandas del sector.

Palabras clave: Salud pública, Trabajadores precarizados, Noreste argentino, Acciones de Protesta, Organización sindical.

Abstract: The article aims to describe the crisis elements that make up the public health system in the province of Chaco in northeastern Argentina, and the emergence in recent years of experiences of organization and protest by healthcare workers outside of traditional union organizations. First, the socio-economic situation of the province and its healthcare sector is addressed. Then, working conditions in hospitals in Resistencia are described through testimonials. Finally, the organizational panorama and the processes of struggle related to experiences of precariousness and self-organization are analyzed, highlighting the significant contribution they represent for the demands of the sector.

Keywords: Public health, Precarious workers, Northeast Argentina, Protest actions, Union organization.

* Universidad Nacional del Nordeste, Argentina N° ORCID: 0009-0008-2178-4541. asujatt@gmail.com



Introducción¹

La pandemia de Covid-19 puso de relieve una profunda crisis en el sistema de salud argentino, exponiendo que la garantía última del derecho de atención a la salud supone la sobre-explotación de una parte de los trabajadores del sector. Este artículo busca describir este fenómeno y contextualizarlo en una región periférica, como lo es la Provincia del Chaco en el Noreste argentino. A su vez se describen algunas experiencias de organización y protesta de trabajadores de la salud que han surgido en los últimos años por fuera de las organizaciones sindicales tradicionales. La primera parte del artículo compone una mirada sobre la situación socio-económica de la provincia y de su sector de salud y, adicionalmente, con testimonios miembros del gobierno y de trabajadoras se describen los condicionantes de la alta demanda que sufre el sector público. En la segunda parte se ilustran las condiciones de trabajo en hospitales de Resistencia con testimonios de trabajadoras. La tercera parte aborda el panorama organizativo y de reivindicaciones de las y los trabajadores de la salud de Resistencia y los procesos de lucha relacionados a las experiencias de auto-organización de una parte de ellos.

Fueron recopilados testimonios públicos durante el 1er Encuentro Regional de Salud (Resistencia, 5 de agosto) y el Encuentro Regional de Salud NEA “Hacia un sistema nacional integrado de salud federal” (Resistencia, 27 de agosto), principalmente las intervenciones de la Ministra de Salud de la Provincia, C. Centeno, quien asumió el cargo en 2021 reemplazando a P. Benitez.

Fueron realizadas tres entrevistas en profundidad entre el 11 y el 25 de agosto de 2022 a trabajadoras de la salud pública que protagonizaron luchas en los últimos años. La *Entrevistada 1* cursaba una beca de residencia como trabajadora social en un hospital del interior de la provincia

¹ Agradezco la colaboración del trabajador de salud Francisco G. Ayala.

cuando inició la pandemia. La *Entrevistada 2* contaba más de diez años como enfermera del programa provincial Expertos en el Hospital Pediátrico. La *Entrevistada 3* se desempeñó como médica residente del mismo Hospital. Estas entrevistas caracterizan un momento particular del desarrollo de los conflictos en la provincia con ímpetu de sectores autoconvocados, lo cual se pone en evidencia con la exposición de datos obtenidos mediante el análisis computacional del cuerpo de notas del Diario Norte de Resistencia desde el enero 2017 a marzo de 2023. Mediante el lenguaje de programación R y la librería *rvest* se aplicó la técnica de *scraping web* para formular estos indicadores indirectos de la conflictividad que expresan la presencia de palabras asociados a conflictos, protestas o a sus actores en las notas periodísticas. En el caso de nuestra investigación el diseño y la implementación de esta técnica está aún en desarrollo, por lo cual los datos provistos por ella son un complemento para la interpretación del contexto que envuelve a las entrevistas.

La dimensión social de la salud

La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948) es usada normalmente como referencia a nivel mundial y sirve aquí como punto de partida para exponer críticamente las condiciones sociales sobre las que se construye el sistema de salud pública de Chaco. La salud es definida como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Esto descarta la mirada antinómica binaria del par salud-enfermedad, a la vez que abre el concepto a aspectos sociales que son generalmente invisibilizados por la medicina biologicista hegemónica. Sobre este rasgo particular señala Menéndez (1988) que “el biologismo subordina en términos metodológicos (e) ideológicos a los otros niveles explicativos posibles. Lo manifiesto de la enfermedad es ponderado en función de este rasgo, como lo casual,





sin remitir a la red de relaciones sociales que determinan lo fenoménico de la enfermedad” (p. 2).

La OMS completa su definición aportando una dimensión política al problema de la salud: “El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”.

Desde ya la OMS no fue la primera en señalar las dimensiones social y política de la salud y la enfermedad (Berlinguer, 2007). Sin embargo desde su constitución como organismo perteneciente a la Organización de Naciones Unidas sus definiciones e iniciativas tienen relevancia global para organismos públicos y académicos.

El abordaje de la salud desde su dimensión social por parte de este organismo tuvo su ápice con la Declaración de Alma-Ata de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud llevada a cabo junto a Unicef en 1978. Su objetivo fue el de “salud para todos en el año dos mil” (Berlinguer, 2007: 7) y la Declaración incluye una denuncia al militarismo y al gasto militar, una exhortación a organismos nacionales e internacionales de todo tipo a involucrarse en el objetivo y un señalamiento de lo inaceptable de la desigualdad entre países desarrollados y no desarrollados. El contexto global de crisis de los *Estados de bienestar* y auge mundial del *neoliberalismo* hizo impracticables iniciativas en ese sentido.

En el siglo XXI la OMS retomó la problemática de la dimensión social de la salud desde el concepto de determinantes sociales de la salud, abordando las *inequidades* del sistema como *déficits* de salud a partir de factores externos y de fallas de políticas públicas de distintos orden. En 2008 la postura de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud entendió que dichos determinantes son “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana” (OPS, 2017). Dichas fuerzas y sistemas se configuran con los “principales aspectos sociales, económicos, culturales y medioambien-

tales que influyen en los resultados en materia de salud”. En definitiva se reconoce una dimensión de la salud y de la enfermedad que va más allá de aspectos biológicos, genéticos o aún de hábitos puramente individuales y de factores de riesgo. Los “sistemas económicos, programas de desarrollo, normas y políticas sociales y sistemas políticos” operan como “‘causas de las causas’ que son fundamentales para la buena y la mala salud” (OPS, 2017).

Hernández (2008) señala que la posición de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS de “alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud” y “subsanan la desigualdad en una generación” son, en sí mismas, un distanciamiento respecto a las posiciones hegemónicas en el campo de la salud desde una posición liberal de redistribución de la justicia. En ese sentido el concepto de determinantes sociales de la salud ha permitido a distintos organismos la caracterización de los contextos sociales en que se identifican masivamente los *déficit* de la salud.

En este sentido descriptivo, por ejemplo, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) señala que las condiciones sociales “pueden ser altamente inequitativas y dar lugar a diferencias en los resultados en materia de salud” y que “en la Región de las Américas se dispone de datos probatorios sobre el modo en que los determinantes sociales de la salud influyen en una amplia gama de resultados en materia de salud”. La OPS considera que estas inequidades y desigualdades afectan a grandes poblaciones y limitan seriamente cualquier posibilidad de desarrollo. Afirma que:

las personas que viven en la Región suelen verse afectadas de manera desproporcionada por las condiciones deficientes de la vida cotidiana, causadas por los factores estructurales y sociales (macroeconomía, etnicidad, normas culturales, ingresos, educación, ocupación). Estas condiciones y factores son la causa de las desigualdades y las inequidades generalizadas y persistentes en materia de salud en todo el continente. (2017)





No obstante la descripción y caracterización no se convierten en auténtica explicación si los factores como la 'macroeconomía, etnicidad, normas culturales' y otros se ven como elementos estáticos y no como producto de una particular historia y dinámica social. Y es preciso decir que en la construcción de estos *déficits* los organismos internacionales no han sido agentes neutros. Con sus informes, recomendaciones y líneas de financiamiento de políticas recetadas acorde a sus lineamientos o intereses los organismos internacionales han tenido un rol activo en promover reformas que han llevado a la situación descrita. Señala Krause (2014) que en estos organismos "existe una apelación indirecta al acceso universal a la salud, a la educación, la vivienda y el desarrollo, pero su implementación ha generado efectos controvertidos en términos de justicia y equidad, cuando no contrarios a los Derechos Sociales, Económicos y Culturales de la población" (p.129). La autora menciona como ejemplo el caso de la promoción del modelo de los Hospitales Públicos de Auto-gestión en la década del '90, que tuvo financiamiento del Banco Mundial y explícito apoyo de la burocracia política local. Esta política, sostenida en el argumento de la eficiencia económica ha redundado en que "se diversifiquen las situaciones en la que se encuentra cada provincia, dificultando su articulación" (Krause, 2014: 127), situación que ahonda las desigualdades regionales.

El enfoque de los determinantes sociales de la salud, entonces aporta a una descripción de los contextos afectados por la inequidad en la salud y a una imputación de las causas inmediatas de la reproducción de esa inequidad. Sin embargo, como señala Spinelli, retomando a Menéndez,

no se explica, en la actualidad, más allá de lo ideológico, una cuestión que se viene señalando históricamente sobre las desigualdades y su impacto en el proceso salud/enfermedad/atención (PSEA), y es que los pobres, en general, enferman y mueren más que los ricos. La categoría *pobres* a su vez, encierra una complejidad generada por el hecho de que además de ser pobres son, mujeres, niños y/o minorías étnicas. Lo que no resulta tan obvio es ¿por qué los pobres aceptan morir más? (Spinelli, 2005: 319).

La pregunta, por demás provocadora, exige un replanteo del enfoque para poder responderla. La medicina social latinoamericana parte de rechazar un enfoque dicotómico de la salud-enfermedad para conceptualizarla como un proceso dialéctico situado en una determinada organización social y en el marco de un determinado desarrollo histórico (Iriart, Waitzkin, Breilh, Estrada y Merhy, 2002). De esta manera no hay un abordaje estático de la enfermedad, sino una comprensión dinámica que permite especificar las distintas dimensiones que conforman al proceso salud-enfermedad. Situando al sujeto en un marco de relaciones de dominación de clase que deben ser abordadas también en lo referido al proceso salud-enfermedad-atención, un enfoque crítico como el presentado por autores de la Medicina Social Latinoamericana y la Salud Colectiva permite historizar esas desigualdades apuntando a que no son solo consecuencias de una posición social desfavorable sino que han sido socialmente construidas en el marco de una formación social capitalista que funciona reproduciendo esa desigualdad.

En este marco consideramos la salud como una dimensión situada de bienestar social, reconocida como derecho y como bien público, afectado por las condiciones de sub-desarrollo y de desigualdad de clase. La desigualdad, en sus distintas dimensiones, tiene expresiones territoriales a distintas escalas. En el siguiente apartado abordamos la construcción territorial de la desigualdad en el sistema capitalista a partir del caso del noreste argentino.

El NEA, sus condiciones sociales y la situación de la salud pública en la Provincia del Chaco

La postura de que el subdesarrollo de un región deriva de una posición periférica, asimétrica y de subordinación en relación a un centro de poder ha sido desarrollada por numerosos autores que en América Latina





estuvieron vinculados al llamado estructuralismo latinoamericano y a la teoría de la dependencia. Sin embargo de esta tesis no debe desprenderse la idea de que el subdesarrollo es un fenómeno puramente externo. Por el contrario el subdesarrollo periférico construye estructuras de producción económica y reproducción social que le son propias. Amin (1974), vinculado a esta corriente, expresa que “el subdesarrollo se manifiesta no por el nivel de producto per cápita, sino por caracteres estructurales propios que obligan a no confundir a los países subdesarrollados considerados en un estadio anterior de su desarrollo” (p. 210). En este sentido el subdesarrollo no es considerado en un sentido evolutivo de ‘en vías de desarrollo’ sino como producto histórico y social derivado de la posición subordinada que corresponde a la periferia en la organización mundial del capitalismo.

Las economías del centro (con un desarrollo ‘autocentrado’) imponen, de manera económica y extraeconómica, “un tipo de especialización internacional desigual a su favor” y continua Amin (1974), “Si examinamos esta relación de asimetría por parte de la periferia que sufre esta especialización desigual, descubriremos un modelo de acumulación fundamentalmente diferente” (p. 197). En este modelo de acumulación se configura un sector avanzado vinculado a la actividad exportadora y un atraso del resto de la economía. Esta heterogeneidad derivada de una inserción especializada en el mercado mundial en función de los intereses del centro tiene una expresión territorial puesto que cada territorio va configurando, internamente, una reproducción del modelo centro-periferia en función de sus vínculos diferenciados con los nodos de acumulación y decisión. En otras palabras en un modelo de subdesarrollo la alta productividad del sector vinculado al mercado mundial se construye en parte imponiendo bajas remuneraciones que, a su vez, son posibles debido a la existencia de una propia periferia: “Este retraso, mantenido por el sistema, sería la condición indispensable para que el sector exportador gozara de una mano de obra barata” (Amin, 1974: 198).

La dinámica de esta situación también puede ser explicada por la

noción de desarrollo desigual y combinado que Nun (1969) retoma de Trotski. En ese sentido advierte Nun (1969) sobre el riesgo de “pretender asimilar una sociedad históricamente determinada al modelo teórico abstracto [el modo de producción] a partir del cual se vuelven inteligible” (p. 22). Es la categoría de formación económico-social la que permite construir una mirada que advierta las formas particulares que toma este proceso en cada contexto espacio-temporal. En la medida en que se indaga sobre la coexistencia en un mismo marco socio-económico de “formas productivas que declinan con otras consolidadas o en plena expansión, a la vez que se gestan relaciones nuevas” se pone en evidencia la ley de desarrollo desigual. Se completa este fenómeno con la ley del desarrollo combinado, que amalgama estas “formas arcaicas y modernas” en una formación social particular con sus propias tendencias de desarrollo y ‘modos de acción’ y estructuras de poder político que abarcan las distintas esferas de la vida social.

El Noreste argentino (NEA) es una región ‘postergada’ en términos de desarrollo económico y social, ocupando una posición periférica con un marcado sub-desarrollo en relación a los centros de acumulación y decisión del país. Las provincias de Chaco, Corrientes, Formosa y Misiones ocupan el 10,4% del territorio y el 9,2% de la población (INDEC, 2023). En 2016 solo aportaba el 1,6% de las exportaciones totales y de ellas solo un 14,5% eran de origen industrial (CAC, 2017: 5). Las actividades productivas predominantes en la región son las actividades primarias: agricultura, ganadería y forestal. En términos fiscales es la región que más depende de los aportes de la co-participación federal (CAC, 2017: 6).

Las condiciones sociales del NEA presentan un panorama acorde a lo descrito por la OPS. En 2010 presentaba las tasas más elevadas del país de NBI con 21,3%, y de analfabetismo con 4,5%. En 2015 la tasa de mortalidad infantil también era la más alta, 11,6 por cada 1000 nacidos vivos. En consecuencia la región presenta el menor IDH del país: 0,815 contra el 0,848 nacional (CAC, 2017: 12), considerado alto en escala mundial.





Contando con la población más joven del país, la edad mediana (en el rango de medianas provinciales) es de 25 contra 29,8 del país, el NEA fue la región de menor crecimiento de población relativo en el período 2001 – 2010: 9,27% contra 10,6% del país. Los datos provisorios del censo 2022 muestran una profundización de este fenómeno en la provincia del Chaco, poniendo en evidencia que no se logra retener una parte significativa de ese crecimiento vegetativo.

Entre los determinantes de la salud intermediarios se cuenta la inequidad propia del sistema de atención de salud al que accede cada población. En 2017 (MsyDS, 2018) el NEA contaba con 6,8 establecimientos cada 10.000 habitantes, superior al promedio nacional de 5,8. Este dato evidencia una importante capacidad instalada pero no expresa cabalmente la situación del sector en cuanto el problema del subdesarrollo no se ancla solo en la 'cantidad' sino también, o principalmente, en la complejidad de esas inversiones. Según el ENES-Pisac (Mario, 2018), en los años 2014-2015 en Argentina el 36,2% se atendía exclusivamente en el sistema público, elevándose al 53,6% en el NEA, el más alto del país. El peso del sector público en la región es notable: la cantidad de establecimientos públicos era de 4 cada 10.000 habitantes en 2017 –el 59%-, mientras que a escala país eran 2,4 cada 10.000 habitantes, el 41%. No obstante la razón de centros con internación sobre la de centros sin internación es de 0,2 siendo 0,3 la del país (MsyDS, 2018).

En 2017 el 73,6% de las camas de internación del país se encontraban en la región Centro. Correspondían al NEA solo el 6,6% de camas de internación, significando 3,6 camas cada 1000 habitantes en la región frente al 5,2 nacional. De las camas de internación disponibles en el NEA el 57% eran camas generales (de menor complejidad) siendo estas en el país el 40% (MSyDS, 2018).

El NEA destaca en Centros de Atención Primaria de Salud a razón de 32,5 establecimientos cada 100.000 habitantes contra un índice nacional de 19,25 en 2010. No obstante en 2017 el 48% de los estable-

imientos del NEA carecían de atención médica de forma periódica (menor a 3 veces por semana), contra el 25% a nivel país. La cantidad de estos establecimientos de atención diaria fue en el NEA del 29% contra el 45% nacional (MSyDS, 2018).

El origen de esta sub-utilización de los recursos disponibles no se debe solo a ineficacias de la gestión o una sub-ejecución presupuestaria deliberada, hechos que por otra parte existen. La estructura de subdesarrollo de la región también opera en la base, constriñendo las capacidades del despliegue de las políticas expansivas: el NEA solo cuenta con el 5,2% del total de los profesionales de la salud del país, siendo la región con menor participación: el 75,7% se radican en el centro, el 6,9% en el Sur, el 6,3% en el NOA y el 5,9% en Cuyo. En NEA se contabilizan 4,6 médicos y 5,2 enfermeros cada 1000 habitantes. Estos datos son de 8,7 y 7,8 a nivel país (MSyDS, 2018).

En la provincia del Chaco hay 56 establecimientos hospitalarios, todos ellos de financiamiento provincial (SISA, 2022). Cincuenta y tres son 'establecimiento de salud con internación general', en general de la categoría 'bajo riesgo con internación simple'. Solo el Hospital Pediátrico Dr. Avelino Lorenzo Castelan de Resistencia tiene internación especializada en pediatría. El Hospital más importante de la provincia es el Julio C. Perrando, de la categoría 'alto riesgo con terapia intensiva'. Estos dos hospitales conforman un polo sanitario de 14 hectáreas ocasionalmente llamada 'ciudad sanitaria', ocupando la centralidad en lo que a atención sanitaria del Gran Resistencia se refiere y el corazón del sistema de salud pública de la provincia.

Hay dos fenómenos de raíz compartida que ponen en tensión el funcionamiento del polo hospitalario. El primero, como determinante externo, es la elevada cantidad de pacientes que demandan atención. Las fuentes han señalado que habitualmente el nivel de demanda supera la capacidad de atención adecuada. Esto se debe a la posición central que ocupan estos hospitales como referencia inmediata para la atención médica en





el marco socio-económico descripto, lo que determina una elevada magnitud de población que solo accede a la atención pública particularmente en el Gran Resistencia. El segundo factor de tensión es interno: este sistema funciona creando y recreando malas condiciones laborales que sabotean la labor hospitalaria.

El problema no se resume al desequilibrio entre oferta y demanda de atención médica. En todo caso dicho 'desequilibrio' está construido, como una trampa, por factores socio-económicos del sub-desarrollo y por un entramado político-institucional que le es afín. La salud es un derecho humano reconocido por el Estado nacional,² pero la atención médica es garantizada en última instancia de manera generalizada a través de efectores de los sistemas público/estatales provinciales de acceso universal. Esta descentralización de los servicios de salud fue fuertemente impulsada durante la última dictadura (1976 - 1983) y durante la década del '90 (Tobar, 2012). Los estados provinciales del noreste en general encuentran restricciones económicas, técnicas y de disponibilidad de personal calificado para desarrollar adecuadamente el sistema. En consecuencia tenemos una retroalimentación de la crisis que tiende a reproducir la situación de subdesarrollo: Estados limitados en sus capacidades institucionales y económicas debiendo garantizar la atención de una mayor proporción de población sin cobertura por la situación de pobreza e informalidad laboral.

Tobar (2017) señala que "La crisis económica, el pago de la deuda externa y las políticas de ajuste, repercuten desde hace unos años fuertemente en el campo de la Salud, y especialmente en los servicios de atención médica, que paulatinamente quedan rezagados del avance tecnológico". La crisis económica como determinante a una escala nacional volvió a cobrar actualidad en los últimos años con la crisis de deuda y el retorno al FMI. No obstante el rezago de los servicios de atención médica

² A través del otorgamiento de jerarquía constitucional a los tratados signados en el Art. 75 Inc. 22 de la Constitución Nacional.

por estas causas no solo es tecnológico sino también en las condiciones de trabajo en la atención de la salud y de las condiciones en que se presta el servicio en general.

Cabe detenerse brevemente en la situación fiscal de la provincia. Según los informes de la Agencia Argentina de Presupuesto y Administración Financiera Pública el presupuesto en salud de la provincia de Chaco ha crecido en términos reales entre los años 2020 y 2021 según los informes de, de \$14.971,2 millones a \$26.334,8 millones. Esto es un aumento del 75,9% frente a una inflación del 49,7% para la región NEA y una expansión general del gasto provincial del 68,3% en dicho período. La participación relativa del sector salud en el presupuesto total creció del 10,4% al 10,9% (ASAP, 2021). En 2019 el presupuesto del área de salud representaba el 8,8% (ASAP, 2020) Según el último Informe de ejecución del presupuesto del Gobierno de la provincia del Chaco, esta provincia ha tenido superávit los últimos dos años. La Administración Pública Provincial (APP) de Chaco registró en el año 2021 Ingresos Totales por \$247.018,2 millones, mientras que los Gastos Primarios y Totales fueron de \$236.362,1 millones y \$242.062,8 millones, respectivamente. Esto determinó Resultados Económico, Primario y Financiero superavitarios de \$28.569,5 millones, de \$10.656,2 millones y de \$4.955,5 millones respectivamente.

Y puntualiza el informe: “En el año 2021, los recursos totales aumentaron en 63,4% con respecto a 2020, mientras que los gastos lo hicieron en 68,3%. El superávit financiero del año previo se redujo” (ASAP, 2021: 3). El año previo los recursos totales habían aumentado un 42,1% con respecto a 2019, mientras que los gastos lo habían hecho en 27,0% (ASAP 2020: 3).

Como señalamos, este sistema funciona creando y recreando malas condiciones laborales que sabotean internamente la labor hospitalaria. En las entrevistas realizadas y en las declaraciones que acompañan las acciones de protesta encontramos denuncias sobre: bajos salarios, condi-





ciones irregulares de contratación y de pago, malos tratos, falta de insumos de trabajo, jornadas de trabajo extensas y extenuantes, entre otras. Se desprende de una aproximación computarizada a las notas del Diario Norte de Resistencia referidas a conflictos en el sector salud que más del 65% de las demandas sindicales y de los trabajadores son salariales. Pero aún así casi el 30% de los reclamos refieren a la precarización contractual y de las condiciones de trabajo.

La Ministra de Salud Pública de la provincia declaró que “alrededor del 60% de nuestra población (...) no tiene cobertura de obra social ni de prepaga, por lo tanto accede habitualmente al sector público de salud” (Centeno, 27/8/2022). El dato está muy por arriba de la media nacional y de la región. En el Gran Resistencia los altos niveles de pobreza marcan la concentración de una gran masa de población con una precaria inserción en el mercado laboral y una escasa cobertura del empleo formal. El crecimiento urbano del Gran Resistencia en las últimas décadas es determinante para pensar cualquier política sanitaria en la Provincia del Chaco. Este aglomerado urbano ha acentuado su carácter de histórico receptor de población que emigra desde el interior de la provincia. (Rozé y Pratesi, 2003).

En el primer semestre de 2022, al igual que en el semestre anterior, el Gran Resistencia fue el aglomerado urbano del país con mayor proporción de población bajo la línea de pobreza: 41,6% de los hogares y 49,9% de las personas frente al 27,7 y 36,5 correspondiente a los 31 aglomerados urbanos del país. (INDEC-EPH, 2022). Los datos de indigencia en el Gran Resistencia también fueron notablemente más elevados que en el resto del país: 12,9% de los hogares y 15% de las personas comparados con 6,8 y 8,8 respectivamente. El NEA es la región del país donde un mayor porcentaje de la población no logra cubrir una canasta básica de alimentos con sus ingresos.

Los datos del mercado laboral del Gran Resistencia expresan la precariedad de gran parte de su población trabajadora: según la EPH para

el primer trimestre de 2022 el Gran Resistencia es el 6to aglomerado urbano con menor tasa de actividad del país (42,6% vs. 46,5 nacional) y también es el 6to aglomerado urbano con menor tasa de empleo (39,5% vs. 43,3 nacional). La tasa de desempleo es de 7,1 y la de ocupados demandantes es de 15,2, los cuales son números similares al del total país y al Gran Buenos Aires pero superiores a los del NEA. Esto revela que el índice de pobreza en torno al 50% se debe a una matriz definida principalmente por bajos ingresos y empleo precario junto a un desempleo medio y una significativa porción de población excluida del mercado de trabajo, probablemente por desaliento. El Informe Productivo Provincial de 2021 del Ministerio de Economía de la Nación señala que el salario medio privado en Chaco es un 27,1% menor al nacional y el ingreso *per cápita* de la provincia está un 25% por debajo de la media nacional. Entonces se puede ver que en el Gran Resistencia el sistema público/estatal de salud recibe a una gran masa de población empobrecida, de familias excluidas del mercado laboral o precariamente insertas en él y que no acceden a los otros subsistemas por cuestiones socio-económicas.

Pero a su vez el sector público de salud en Chaco cubre la demanda de otra porción de la población que, teniendo la posibilidad de acceder a los otros subsistemas, elige o se ve impelida a recurrir al sector público. Esto encuentra razón en que el sistema de salud público combina la cobertura masiva de la población informalizada con un carácter extensivo en el territorio y las garantías de acceso irrestricto y gratuidad. En consecuencia, la capilaridad del sistema público hacia el resto del territorio provincial parece absorber la demanda de atención de salud por parte de una población que es escasamente cubierta territorialmente por los otros subsistemas. Cualquier gran decisión de inversión de salud –con una orientación mercantilizada o no- favorece al área urbana de Resistencia por la alta concentración relativa de población e infraestructura. Adicionalmente los subsistemas de obras sociales y privadas encuentran bajos incentivos económicos en el interior del Chaco.

La garantía de gratuidad es otra característica que en el contexto





del nordeste parece aumentar la demanda incluso por fuera de la población estrictamente desprovista de otro tipo de cobertura. Los salarios del sector formal son en general bajos y las coberturas de las obras sociales son deficientes al punto que se extendió el cobro de sumas adicionales para los accesos a atención y tratamiento. Debido a esto, muchos afiliados a las obras sociales tienden a elegir el sistema público por su completa gratuidad. La *entrevistada 3* comenta:

En el Hospital Pediátrico es increíble la demanda y ahora que el poder adquisitivo de la población disminuyó, la demanda creció un montón porque no va solo la gente que no tiene obra social, va la gente que tiene obra social porque no está pudiendo pagar el plus que ese es otro gran problema en la provincia. Somos una de las provincias que más plus paga (...) El plus sería una suma extra, en negro. Yo estoy de acuerdo en que tenemos que ganar bien pero bueno, una cosa es para mí, el que queda ahí en el medio es el paciente. Es una cuestión para plantearla. (...) La demanda de la guardia es increíble. La cantidad de personas que vienen y la cantidad de personas con obras sociales y por ahí muchos se enojan viste, si tiene obra social para qué viene acá. Y si tiene tres hijos imaginate que tenga que pagar la consulta por el plus por cada uno que te sale entre 2000, 2.500 o mil pesos el súper barato (...) pero te imaginas si tu hijo está enfermo y le tenés que controlar a la semana o dentro de dos semanas otra vez, es un dineral entonces es re entendible que la persona venga con su obra social y todo. (25/8/2022).

El sector público cubre esta porción de la demanda de atención que se desprende de los otros subsistemas pero no es debidamente compensado en los flujos de financiamiento:

(...) tenemos una relación bidireccional con el sector privado, principalmente dada por la circulación de personas que (...) a partir de tener obra social, eligen atenderse en el sector público o atenderse en el sector privado (...) El problema muchas veces es el entrecruzamiento de esos financiamientos o que no se hace el recupero correspondiente, o que muchas veces las obras sociales no terminan respondiendo y quién responde es el Estado frente, por ejemplo, (...) el acceso a un medicamento que no es gratuito en determinados espacios pero que

la persona no tiene capacidad para poder comprarlo y termina cubriendo el sector público de salud, pero no hay un recupero con respecto a eso. Entonces nosotros sabemos que atendemos a todos, el Estado puede atender a todos y elige el individuo, el ciudadano/ciudadana elige dónde atenderse.” (Centeno, 5/8/2022).

En definitiva señala la Ministra que “el sector privado existe por la rentabilidad que produce, que es legal y legítima en nuestro país, pero en realidad sabemos que para poder ganar dinero se tiene que tener determinadas condiciones que no en todas las localidades están dadas. Por lo tanto sí, donde en las localidades no llega el sector privado llega siempre el Estado” (Centeno, 5/8/2022). La pregunta que surge entonces es ¿En qué condiciones ‘llega el Estado’? Gran parte del esfuerzo que realiza el sistema público para cumplir su rol de garante en última instancia de atención de la salud, y que recae sobre sus trabajadores, parece estar fundado en la relativa naturalización de fenómenos que perjudican a gran parte del resto de la clase trabajadora: una economía en gran medida informalizada y en general del bajos ingresos junto con prácticas abusivas de sobre-cobro al paciente y no repago al Estado. Finalmente la lógica de mercado en la salud privada vuelve a reproducir la lógica centro-periferia hacia el interior de la provincia.

Las condiciones de trabajo en la salud pública

La alta demanda de atención y las limitaciones de recursos económicos y profesionales que se fueron repasando tienen importantes consecuencias en las condiciones laborales del personal de salud. Esto, a su vez, repercute negativamente en calidad de atención que presta el sistema.

Un aspecto llamativo es la extensión del pluriempleo. Naturalizado





en médicos que suelen recurrir a la atención de consultorios privados en paralelo al trabajo hospitalario, el fenómeno también se extiende a enfermería, donde la duplicación de jornadas de trabajo intensivas termina generando agotamiento y deterioro de la calidad de vida: “(...) soy mamá soltera y para sacar a mis hijos adelante tengo que trabajar 88 horas. No los veo, ellos están bien, pero yo no los veo.” (Entrevista 2, 24/8/2022).

Se requiere un tiempo mínimo de atención socialmente necesario para realizar un ‘control sano’ que incluye una entrevista con el paciente, una observación detenida para el análisis correspondiente y un cierre con una descripción del estado y de los pasos médicos a seguir en un lenguaje acorde a la comprensión del paciente. Las trabajadoras entrevistadas describen que en las condiciones actuales en los grandes hospitales de Resistencia es habitual que no se pueda garantizar el control sano: o los tiempos de atención por paciente se acortan o los tiempos de espera y la entrega de turnos se alarga: “Termina siendo más demanda que control sano, que es lo que realmente previene la enfermedad y previene los accidentes y detectan las cosas que por ahí son necesarias tratarlas de otra forma” (Entrevista 3, 25/8/2022).

El siguiente testimonio expresa algunas consecuencias para la atención médica:

La falta de profesionales es increíble, a uno le entristece porque no puedes hacer un seguimiento como corresponde y si es un paciente que está en urgencia, no lo puedes ver una vez al mes. Pero si vos vieras la agenda de la psicóloga o de la psiquiatra y es increíble lo llena y lo sobretornos que se ponen por la falta. Nosotros estamos pidiendo ahora, nos juntamos con el ministerio de salud y también con el órgano de revisión y con todo lo que tenga que ver con salud mental a solicitar profesionales porque no hay, y hay uno para un montón de población. Y la gente se enloquece porque la verdad que no pueden esperar a un mes el turno y si vos vieras la sala de urgencia o de admisión es tanta que después para hacerle seguimiento no te da porque siempre estás teniendo urgencia, urgencia, urgencia y el seguimiento por ahí se cae por falta de profesionales. (Entrevista 1, 11/8/2022).

Siendo evidente que la cantidad de personal calificado es insuficiente, los bajos salarios y las condiciones laborales deficientes crean serios problemas al sistema público de salud en la región para retener a los profesionales, lo que tiende a profundizar la situación. En este marco la Ley de Retiro Voluntario Móvil de 2018 (Ley N 2871-H y Decreto 1950/18) fue descripta como una agudización del vaciamiento del sistema. Con el objetivo de reducir la planta estatal se proveyó una asignación personal mensual ajustable de entre el 45 % y el 80% de la última remuneración regular a empleados con más de diez años de aportes previsionales que opten retirarse. No obstante el fracaso general, en el área de salud sí hubo repercusión: “Salud Pública es el Ministerio con más retiros tramitados, pero es normal porque son 10.000 agentes.” declaró la subsecretaria de Gestión Pública del entonces gobernador Domingo Peppo (Libertad Digital, 21/2/2019).

Señaló la actual Ministra del gobernador Capitanich:

(el) retiro voluntario de profesionales (...) hizo perder a la provincia profesionales jóvenes, vitales, que en realidad en ese momento (...) no se encontraban a gusto en el sistema y en vez de pensar por qué no se encontraban a gusto se les permitió irse sin más explicación (...) la mayoría médicos, bioquímicos, odontólogos, licenciados en enfermería, que estaban formados por años dentro del sistema público o del sector público y no se perpetuaron. (Centeno, 5/8/2022).

Si bien puede presuponerse el desapego de una parte de los trabajadores al empleo en el sector público, al no implementarse una política posterior de reforzamiento e ingreso de nuevos profesionales el resultado fue una sobrecarga de demanda a los trabajadores en funciones, resintiéndose al sistema:

si nosotros hacíamos egresar a los profesionales ya no teníamos cómo responder a las necesidades de la gente. Entonces a partir del retiro tuvimos menos capacidad resolutive y otras políticas que particularmente fueron focalizadas en el desfinanciamiento, (...) y bueno, nos sorprendió a los tres meses de haber iniciado la gestión esta pandemia. (Centeno, 5/8/2022).





Las trabajadoras entrevistadas señalaron que entre el personal calificado también existe *de facto* otra forma de vaciamiento: el ausentismo fraudulento. Se trata de algunos “médicos de planta” que incumplen de manera sistemática sus horarios y tareas laborales usando ese tiempo remunerado en el hospital público para su beneficio en la actividad privada. Este fraude laboral, señalado a las autoridades ministeriales, termina sobrecargando de tareas fundamentalmente a los últimos eslabones de la cadena de atención: enfermeros y residentes:

Vos no le puedes plantear eso a un residente después de todo lo que atraviesan, cinco años de explotación, porque termina siendo una explotación laboral y él se da cuenta (...) que lo están usando. Hay residencias que le dan mucha bola a lo académico, pero hay otras donde se nota mucho el uso del residente para tapar el asistencialismo (SIC)... las primeras veces que fuimos a hablar con la doctora (Ministra) Paola Benítez yo tenía a mi compañera (...), ella hizo una estadística súper polémica que le planteó a la ministra. Ella contó la cantidad de pacientes que vio en una semana y cuántos pacientes vio el médico de planta. Ella había visto 500 pacientes y el médico de planta había visto 100 esa semana, (...) así que ni me quiero imaginar el mes y encima ella en ese momento era residente de primer año (...), pero si vos estás percibiendo un sueldo, por lo menos presentate todos los días, digamos a trabajar. (*Entrevista 3. 25/8/2022*).

Se puede plantear que la deficiente organización del sistema crea un incentivo perverso que promueve esta práctica fraudulenta, pero el retiro voluntario remunerado ha sido, quizás, una respuesta paradójica que recompensó el boicot. En paralelo el gobernador Peppo había constituido la Unidad de Enlace de Control y Relevamiento de Gestión, cuyo objetivo declarado era fiscalizar procesos de gestión, ausentismo y de atención al público aunque hay testimonios que la señalan más orientada a reducir la actividad de sindicatos y activistas (*Chaco Día Por Día, 27/9/2017*).

Las trabajadoras entrevistadas perciben una tendencia al deterioro de la atención al paciente y del ambiente de trabajo, en donde las relaciones de autoridad entre colegas pueden esconder hostilidad y malos tratos. Lo mismo puede suceder en la relación médico-paciente:

Hay cosas (en el Hospital Perrando) que son increíbles e irreproducibles y que también pasa por un espíritu de que el residente se aguanta y no quiere cambiar porque después reproduce el mismo modus operandi. (...) Encima eso después se refleja en su formación y en la forma en que trata el paciente también. O sea, si te imaginas entre colegas se maltratan, qué no vas a maltratar a un paciente si estás saturado, cansado y encima te maltratan, es obvio que tu forma de atender va a ser muy distinta. (*Entrevista 3, 25/8/2022*).

Los malos tratos y las malas condiciones de trabajo y atención pueden derivar eventualmente en violencia y agresiones:

La gente (...) se empieza a enojar porque espera, digamos y no entiende por qué algunos pasan antes que otros. Y eso genera mucho estrés en el personal administrativo, en el médico, justamente los días de más demanda es donde más conflicto hay. Siempre es así, o sea, no hace falta ni hacer estadísticas de eso para darte cuenta. Y (...) la demanda en las salas también está explotada o no cubierta porque hay salitas que no tienen pediatra. (*Entrevista 3, 25/8/2022*).

Esta acumulación de problemas materiales tiene su correlato en el ámbito subjetivo. Las entrevistadas describen un ambiente de desánimo, agotamiento y falta de elementos de cohesión. Esta dimensión anímica también es percibida por las autoridades:

Primero es la cantidad o tipo de recurso humano que tenemos y lo otro es el proceso que genera dentro del recurso humano. Si el recurso humano no está motivado, no se siente parte de un proyecto colectivo, no tiene horizonte, claramente muchas veces pierde la brújula, no sabe para qué está y eso da lugar también muchas veces a ese desinterés, a esa indiferencia que pueda sentir la persona, el trabajador, la trabajadora sobre el dolor del otro. (*Centeno, 5/8/2022*).

La cohesión es una dimensión subjetiva-colectiva de las relaciones entre las personas y está vinculada a los modos de organización social del que se forma parte. En el marco de instituciones que presentan un estado cíclico de crisis, con fuertes deficiencias materiales y cierto sentido centrífugo instalado entre sus miembros más antiguos, los lazos de grupos se debilitan. No alcanza la división funcional de las tareas hospitalar-





ias y el lazo de dependencia propio de la condición asalariada para cohesionar sostenidamente al grupo, si pierden sentido cohesivo/solidario las tareas que se realizan en dicho contexto:

falta de una fuerza laboral con sentido de pertenencia, con sentido de conexión con su comunidad, es como que la sobrecarga, la demanda, las condiciones que no son buenas ponen en jaque todo el tiempo las relaciones laborales y las relaciones con el paciente. (*Entrevista 3, 25/8/2022*).

En las entrevistas 1 y 3 se expresan sentidos muy definidos sobre la importancia del rol cumplido como trabajadoras en el sistema público de salud, señalando una contratendencia cohesiva presente en sus luchas y organizaciones.

Problematizando estos elementos desde una postura más bien militante, la Ministra lo define como una ‘batalla cultural’: “Pero eso es un proceso cultural, es una batalla cultural, es poder cambiar lo que pasa dentro del sistema para pensarnos por qué hay violencia, por qué se maltrata, por qué hay gente que no quiere hacer lo que tiene que hacer y que supuestamente debería saber qué tiene que hacer” (Centeno, 5/8/2022).

El llamado fenómeno cultural, evidentemente, no es una cuestión menor. Las demandas de carácter simbólico emergen a la par de las demandas materiales. La *entrevistada 2* es la que más años lleva en el sistema y pone de relieve diversos reclamos por ‘reconocimiento’: de derechos vulnerados, a las tareas profesionales, a la trayectoria en el ámbito público y al esfuerzo cotidiano en contextos muy demandantes a lo largo de los años.

La elaboración de reclamos, protestas y de organización

La teoría funcionalista del conflicto identifica dos grandes tipos de conflictos a lo que se denominan funcionales y no funcionales. Los

primeros actúan sobre aspectos no fundamentales y comparten la base valorativa del entorno social dominante. Los segundos afectan la base misma de la relación e implican una ruptura sobre la base de consensos de valores. En este sentido no todos los conflictos contienen un potencial de la transformación social: muchas veces los conflictos representan oportunidades para que el sistema hegemónico simplemente se acomode a una nueva situación. Es la teoría de la lucha de clases la que ofrece elementos que permiten observar una perspectiva general sobre la orientación de las fuerzas sociales que operan en cada momento. En cada enfrentamiento puede haber en juego elementos que acumulen experiencia de clase en un sentido de transformación. Señalan Graciosi, Román y Pratesi (2018: s/f) que “La lucha de clases asume formas capilares, múltiples modos que se enlazan con la violencia sorda del proceso de producción capitalista en su variabilidad histórica» y caracterizando el elemento observable:

cuando hablamos de hecho de protesta, aludimos a una acción colectiva que expresa una relación de fuerza que tiene por fin central alterar un orden de cosas en busca de un objetivo. (...) El hecho de protesta siempre emerge sobre una matriz histórica y por lo tanto expresa el desenvolvimiento de una historia social. Si bien no todo hecho de protesta se transforma en un movimiento social, no por ello el hecho puede ser aprehendido fuera de la dinámica histórica de las contradicciones sociales. (2018: s/f).

Sobre la noción de ‘reconocimiento’ Lewis Cosser (1961) y Ralf Dahrendorf (1971) señalaron que el reconocimiento de una demanda social, laboral o política como una demanda válida es una acción fundamental para que dicha demanda no escale en intensidad hacia la protesta, y para que el conflicto no escale en violencia hacia la agresión. El reconocimiento de la demanda implica reconocer la validez del actor que demanda como un interlocutor válido. En Resistencia el no reconocimiento o el reconocimiento parcial de demandas y de actores ha jugado un papel importante en la conformación, en los últimos años, de organizaciones de trabajadores de salud de carácter espontáneo o informal pero





con fines reivindicativos. Como veremos a continuación y retomando categorías de Dahrendorf (1971) podemos señalar que la existencia de amplios segmentos de trabajadores cuyas representaciones y demandas no estaban canalizadas por la vía sindical, el amedrentamiento en los lugares de trabajo para que el descontento no se manifestase y la escasas perspectivas de movilidad social, sobre todo para los trabajadores precarizados del programa Expertos, motivaron un crecimiento de la intensidad y la violencia de los conflictos en los años previos a la pandemia.

No todos los actores que intervienen en el campo laboral son equivalentes porque no todos tienen la misma capacidad de defender sus intereses y posiciones. Restringiéndonos al ámbito sindical es importante tener noción de la fuerza con que cuenta cada sector para intervenir en los conflictos. Cada colectivo es puesto a prueba en cada oportunidad en términos de correlación de fuerzas. Algunas variables pueden medirse por su magnitud: recursos, dinero, afiliados, despliegue territorial, etc. Luego puede proyectarse la fuerza sindical por la posición que ocupa la actividad o rama de actividad en la economía, contando con más fuerza de base aquellas organizaciones que operan en los sectores más relevantes y estratégicos para la acumulación económica. Finalmente hay que evaluar la historia y el protagonismo de cada sector: sus luchas, sus conquistas, sus derrotas, su capacidad de organización y de convocatoria, sus acuerdos, sus dirigentes, sus referentes, sus aliados, sus rivales, etc.

Históricamente, los poderes públicos han avanzado en la regulación e institucionalización de las tramas de conflicto y, en circunstancias normales, los desacuerdos suelen discurrir por canales pre-establecidos normativamente. De esta manera la aparición, el desarrollo y la resolución de la mayoría de los conflictos normalizados no modifica sustancialmente el escenario en que se desenvuelven. En general las organizaciones patronales y de trabajadores han adoptado los requerimientos de esas instituciones de negociación como su modo habitual de funcionamiento.

Respecto a la manera en que se elaboran y se procesan las demandas en la 'ciudad sanitaria' de Resistencia encontramos dos realidades:

por un lado hay organizaciones sindicales con larga trayectoria que representan formalmente a distintos segmentos de la fuerza laboral y operan sus reclamos generalmente en canales institucionalizados. En segundo lugar tenemos trabajadores 'autoconvocados'. Entre organizaciones formales se encuentran:

- UPCP: Unión del Personal Civil de la Provincia. Es la organización sindical más importante de los trabajadores estatales en Chaco y tiene una representación decisiva en el sector de salud. Fue fundado en 1961 y no está federado ni confederado. Por su poder es el sindicato que tiene la llave para definir las negociaciones paritarias lo cual le permite tener vínculo funcional con el poder político no exento de tensiones. Por su parte ATE y APTASCH en general tienen la posición de rechazar los acuerdos y señalar la complacencia de UPCP con el gobierno provincial.

- A.T.E.: Asociación de Trabajadores del Estado. Asociada al surgimiento de la CTA en la década del '90, actualmente se encuentra afiliada a la CTA autónoma a nivel nacional. Es la segunda organización más importante de los trabajadores estatales de la provincia y tiene un papel destacado entre los trabajadores de la salud. La realización de acciones de protesta es más habitual en su repertorio y su agenda gremial es más contestataria.

- A.P.T.A.S.CH.: Asociación de Profesionales Técnicos y Auxiliares de Salud Pública de Chaco. Surgió en 2005 en el marco de importantes luchas en de los trabajadores del sector de salud en los años previos. Es miembro de la Federación Sindical de Profesionales de la Salud de la República Argentina. Tiene una importante representación entre los trabajadores del sector y muestra constantes acciones para dinamizar su agenda donde se ponen de relieve reivindicaciones generales como el salario junto con peticiones referidas a la precarización, a la carrera sanitaria y a condiciones de trabajo en áreas específicas del sistema sanitario chaqueño. También motorizaron la petición por la exención del impuesto a las ganancias.





- La Gremial Médica Hospitalaria: solo nuclea a médicos por lo que tiene una representación acotada. En ese sentido han resaltado acciones que realizan por la exención del impuesto a las ganancias señalando que se grava el pago de las guardias médicas. En sus demandas también hacen eje en que los bajos salarios del sector es una causa de la falta de médicos en la salud pública y resiente la atención a los pacientes por la falta de turnos, por ejemplo.

La cantidad de organizaciones operantes evidencia una dispersa y fragmentada representación de los trabajadores del sector. Las justificaciones para las pertenencias alternativas son varias y merecen ser estudiadas. Elementos como la defensa de intereses grupales, la pertenencia ideológica, el mantenimiento de un estatus o la búsqueda de una eficiente administración de beneficios pueden operar a la vez. Estas organizaciones, a su vez, conforman un segmento separado y relativamente independiente del resto de trabajadores no sindicalizados por diversas circunstancias.

Entre estos últimos destacan dos segmentos de trabajadores precarizados que han avanzado en experiencias de organización y protesta: los profesionales y no profesionales del programa “Expertos”, y los profesionales con becas de residencia. Sus dinámicas de reclamos y protestas rompieron el monopolio de las representaciones sindicales y empezaron a discurrir por otros canales menos institucionalizados. Esto desnudó los límites de un sistema de representación sindical de base corporativa y los fundamentos de una política de salud asentada en la sobre-explotación de sus trabajadores, fenómenos que crearon las condiciones para el surgimiento de experiencias de organización para el reclamo que no encontraron en los canales tradicionales ni un interlocutor ni un vía efectiva de representación para sus demandas. Han sido las experiencias cotidianas de precariedad y el impulso compartido a la protesta las que fundamentaron estos colectivos auto-organizados que en todos los casos relevados en este trabajo carecían de experiencia sindical previa.

En 2005 gran parte de los trabajadores estatales de Chaco empezaron a confrontar fuertemente con el Estado contra políticas precarizadoras. En el sistema de salud, donde los conflictos fueron particularmente intensos, las demandas estuvieron orientadas a las condiciones laborales y de contratación precarias que persisten hasta la actualidad. (Ayala, Flores y Graciosi, 2022). El sostenimiento a lo largo de los años de estas condiciones sociopolíticas y de las características fragmentarias y segmentadas de organización sindical son las que dieron el margen para transformaciones entre los trabajadores más atomizados del sector y para que ensayaran nucleamientos y formas no institucionalizadas de organización y de protesta. Son organizaciones montadas en torno a listas de *Whatsapp* o grupos de *Facebook*, que consideran un valor positivo la auto-representación, que ven como necesarias e impostergables las acciones de protesta y que debaten abiertamente la conveniencia de cada medida y el envío de cada delegado. Son organizaciones que han investigado para dar cada paso, han sentido la incertidumbre de la desprotección y han utilizado todos los recursos que han tenido a mano aunque se sienten distanciado de las organizaciones tradicionales:

Surgió en realidad porque nunca ninguno estuvo afiliado a un sindicato, no sabíamos. Es más, acá fuimos una vez a uno de los sindicatos a pedir y a preguntar hasta cuándo nos podemos manifestar, nos va a perjudicar o no, qué podemos solicitar o hasta dónde son nuestros derechos. Porque también teníamos miedo de eso porque desde la institución a veces nos decían si ustedes se van a hacer huelga acá te van a poner falta y les pueden echar o les pueden descontar. (...) Cuando haces residencias siempre trabajas de manera interdisciplinaria y en red, siempre se necesita de otros colegas de un hospital a otro hospital y más en el interior porque como hay bajos recursos, escasos recursos de todos los tipos, entonces vos sí o sí tenés que trabajar con tu otro colega más allá, sea de donde sea. Villa Ángela, Castelli, todo el interior está así (...), no hay forma de no conectarte con ellos, porque todos están en la misma situación. (*Entrevistada 1, 11/8/2022*)

Cada pliego de reclamo tiene su especificidad. Las y los trabajadores





del programa provincial “Expertos”, profesionales y no profesionales de la salud contratados precariamente, demandan principalmente el “pase a planta permanente”.³

Por otro lado, los residentes son graduados universitarios de las diferentes disciplinas médicas y sociales que se rigen por un sistema particular de formación académica de posgrado basado en becas de formación en instituciones de la salud (generalmente de carácter hospitalario) que incluyen el cumplimiento cotidiano de horas atención. Su principal demanda suele estar vinculada a un aumento de las becas por sus labores y al señalamiento de la elevada carga laboral semanal que soportan.

Un recorrido por el contenido de las notas del Diario Norte de Resistencia que se refieren a conflictos que afectaron al sector de salud muestra que la presencia de residentes de salud y miembros del Programa Expertos crece en contraposición a la caída de la presencia de los organismos sindicales tradicionales. Desde 2019 los *expertos*, pasando de 1 a 5 menciones en contraposición a los sindicatos que caen de 98 a 30, y desde 2020 los residentes, pasando de 5 a 27 menciones. En definitiva se conjugan un descenso de la presencia sindical en el ámbito de la protesta junto con una agudización de los problemas en el sector de la salud pública por la emergencia de la pandemia de covid-19.

³ La *Entrevistada 1* relata que su ingreso al sistema de salud fue con una beca Expertos obtenida por un intermediario ‘vinculado a la política’ que le ‘saca(ba) un porcentaje (...) todos los meses’.

Tabla I. Notas con menciones a actores protagonistas de protestas por año.

Año	Sindicales	Trabajadores 'Programa Expertos'	Residentes de salud
2017	113	3	9
2018	98	1	8
2019	30	5	5
2020	28	5	27
2021	13	5	22
2022	18	1	15
2023	12	0	8

Fuente: Diario Norte. Elaboración propia.

Ambos actores tuvieron contactos esporádicos entre sí y con organizaciones sindicales. También hubo manifestaciones de solidaridad, pero la limitada coordinación no llegó a superar las barreras que los separaban:

Al no estar encuadrados dentro de ningún tipo de categoría no teníamos derecho o no figuramos como para solicitar representación de algún sindicato. Hasta ahora los sindicatos solamente acompañaban a quienes eran de planta permanente o tenían contrato de servicio, o sea, éramos como para así decir un N/N, no existíamos (...). El único gremio que dentro de todo nos facilitó, nos apoyó, fue en ese momento APTASCH, porque bueno, justamente estaban con lo que es la lucha del reconocimiento de todos los trabajadores independientemente de la categoría o cargo y era como que nos representaba, pero cada vez que íbamos tratábamos de conseguir una audiencia o mediación directamente ellos no negociaban con gremios cuando sabemos perfectamente que UPCP era el que organizaba las conciliaciones obligatorias entre el Estado y el Ministerio de Salud. (*Entrevista 2, 24/8/2022*)

En octubre de 2022 frente a un hecho de represión por parte de la policía de la provincia hacia una manifestación de residentes se generó un importante arco de declaraciones de solidaridad entre asociaciones profesionales de Chaco. Entre ellos, por ejemplo, la Gremial Médica Hospitalaria difundió una foto en redes sociales que rezaba “La precarización





laboral empieza desde la residencia médica”, no obstante no ha habido un reconocimiento pleno de un derecho sindical.

Se puede inferir que el no reconocimiento de las demandas de los sectores ‘auto-organizados’ por parte de las autoridades ministeriales provenía de un no reconocimiento del sujeto organizado:

después que hicimos toda esa protesta, estuvo la doctora (Ministra) Paola Benítez y tuvimos muy mala comunicación. (...) No hubo buen diálogo y directamente a lo último nos manejábamos con el equipo de economía de la provincia, o sea, nos sentamos a negociar directamente con esa persona, ya no más con ella. Además nos trataba de estudiantes, no sé qué creía que éramos estudiantes de secundaria y eso también le cuesta al residente, empoderarse, porque nosotros somos profesionales, tenemos un título de médico. (*Entrevista 3, 25/8/2022*).

En el ámbito laboral, donde no podía ignorarse la presencia organizada de acciones de protesta, hubo acciones activas de intimidación por parte de autoridades:

hubo un momento que la directora del hospital Perrando se acercó y nos dijo vayan a trabajar, ustedes no tienen nada que hacer acá, pero los chicos tenían incertidumbre y miedo porque ella ofensivamente nos dijo vayan a trabajar. (...) nos dio a entender que nosotros nos estábamos quejando sin sentido, que teníamos que ir a trabajar y que los papeles se iban a resolver sin la protesta siendo que nosotros entendimos que si no nos manifestábamos eso iba a pasar meses y meses sin movimiento. Desde que nosotros nos empezamos a mover los trámites se movían, tres o cuatro veces al día y nos dimos cuenta que es por la presión que exigíamos ahí afuera porque otra explicación, no. (*Entrevista 1, 11/8/2022*)

En el contexto del aislamiento por la pandemia los reclamos y las protestas del sector de salud parecen haber logrado apoyo en las comunidades: “éramos como profesionales que estamos pidiendo algo coherente nada más. (...) la gente nos tiraba alcohol, nos llevaba agua, la verdad que sí, recibimos buena energía desde el lado del pueblo” (*Entrevista 1, 11/8/2022*).

Las demandas presentadas por estos colectivos auto-representados

no fueron reconocidas plenamente durante el gobierno de Peppo ni en los primeros años del gobierno de Capitanich. El principio del reconocimiento de la contraparte fue un cambio reciente que se le reconoce en las entrevistas a la actual Ministra Centeno junto con una atención a parte de las demandas. Con los conflictos disminuyendo en intensidad las organizaciones pierden rutinas de cohesión como las reuniones y asambleas. No obstante las trabajadoras afirman que los vínculos continúan a través de redes como *Whatsapp*, en alerta por la continuidad de sus demandas y funcionando como redes de apoyo mutuo. El reagrupamiento permanece latente.

En los últimos años el conflicto más radicalizado y extenso de estas organizaciones fue el de una parte de las y los trabajadores precarizados de Expertos. Las acciones de protesta más destacadas fueron un encadenamiento colectivo de 20 días dentro de la Casa de Gobierno durante el mandato de Peppo,⁴ y más recientemente, en mayo de 2021, una toma de varios días de la terraza del Hospital Pediátrico, ambos a raíz de no ser ni siquiera recibidos por las autoridades competentes.

Durante estos conflictos las amenazas por parte de las autoridades fueron más directas en parte aprovechando el nivel de desprotección sindical de los precarizados. Las estrategias de desgaste y persecución apuntan a corroer la salud, el autoestima y el bienestar de los trabajadores:

Me sentía muy atacada. Ya estaba muy cansada, muy estresada, tenía que cuidarme un montón, llegué a un punto de que, yo soy enfermera (...) y era como que tenía que mirar mil veces lo que estaba haciendo, las drogas que estaba manejando, el procedimiento, para no equivocarme y después terminaba de hacer mi registro y como que me agarró una psicosis que volvía a mirar mi registro para ver si no me había confundido en algo porque era tanto la presión interna que tenía que era como que ellos están buscando que yo me equivoque, que me canse,

⁴ “Como que era nuestra baja definitiva porque esa era la amenaza siempre, “si no les gusta váyanse”. Así que nada, subimos al octavo y me acuerdo que una de las colegas tenía una cadena (de) motos. Como no nos recibieron, no nos podíamos ir sin nada te imaginaras.” (Entrevista 2, 24/8/2022)





que algo pase y era como que yo me cuidaba de eso hasta que dije no, que no, no aguantaba más, que no me podía esconder más, pero porque yo me sentía saturada y porque realmente sentía que esto no iba a cambiar y tomé la decisión de que bueno, seguir trabajando hasta que me reciba de abogada y una vez que me reciba de abogada (dejaré) el área de enfermería. (*Entrevista 2, 11/8/2022*).

El gobierno fomentó y explotó las fracturas entre los distintos sectores de los trabajadores. Se propiciaba que los colectivos presentaran demandas por separado para ‘acelerar’ la resolución de los problemas o, deliberadamente, se impedía el paso a las reuniones de algunos delegados según criterios *ad hoc*. En general, a falta de alternativas, estos procedimientos terminaban siendo aceptados por los trabajadores. En consecuencia a pesar de que varios conflictos fueron contemporáneos en el tiempo nunca llegaron a coincidir coordinadamente del todo:

Cuando llamaban a mediaciones o que nos iban a recibir ellos pedían que tenían que subir cuatro representantes, imagínate que tenía que subir un representante del sector de maestranzas, el sector de administrativo, el sector técnico, el sector profesional y muchísimas veces no acaparábamos todos los sectores y bueno, como cualquier organización hubieron internas, complicaciones, diferencias, y eso en vez de sumar esfuerzo lo que hacía era dividir más y demostrar esa división ante lo que es el gobierno. Yo siempre fui e hice hincapié en eso, que eso era lo que ellos estaban buscando, esa división. Al haber una división no va a haber un pedido concreto y al no haber pedido concreto es como que ellos podían dilatar, e inclusive eso hicieron. (*Entrevista 2, 24/8/2022*).

En los activistas de Resistencia convergieron las demandas elaboradas en los centros de salud del interior de la provincia.

“Generalmente acá en Resistencia éramos los que hacíamos más hincapié para ir a Casa de gobierno y demás, éramos entre 30 y 40. La gente del interior se empezó a sumar, pero obviamente no venían a Resistencia, sino que los reclamos eran en las zonas o los lugares donde estaban trabajando.” (*Entrevista 2, 24/8/2022*)

Lo que se ha podido ver hasta el momento, en coincidencia con Aiziczon (2009), es que las acciones colectivas son garantizadas por las estructuras movilizadoras, que son las que se sostienen incluso contra las acciones desmovilizadoras del gobierno y sus formas de no reconocimiento. Estas estructuras movilizadoras pueden ser definidas como los canales o redes, tanto formales como informales, a través de los cuales la gente puede movilizarse e implicarse en la acción colectiva. Señala Bellera (2017) que “los reclamos sindicales de los trabajadores públicos se encuentran divididos por la particularidad que encarnan y la significación más universal de la que son portadores en relación a los servicios públicos y bienes comunes” (p. 323). En este punto hemos visto que los trabajadores precarizados de salud construyeron la defensa central de sus intereses sectoriales ubicando sus prácticas laborales en el marco de derechos laborales postergados y realizadas en el marco de la salud pública como bien colectivo. Pero también han resaltado la trascendencia del rol por ellos ocupados en el contexto particular del Chaco y su sistema de salud. Por ejemplo en una foto subida a Facebook de una protesta de residentes en Resistencia el 14 de enero de 2020 se puede ver a dos jóvenes vestidas con ambo y chaquetilla médica blanca portando afiches (mayúsculas en el original): “Realizamos el 80% de la ATENCIÓN del HTAL. Exigimos el pago en tiempo y forma” y “SI FUISTE A UN HOSPITAL TE ATENDIÓ UN RESIDENTE! EXIGIMOS EL PAGO DE NUESTRA BECA”. Una tercera residente, que comparte las fotos, comenta que:

(...) a pesar de las amenazas recibidas por parte de las autoridades en cuanto a sancionarnos, el estado (...) debería protegernos. Lejos de buscar una confrontación sin contenido buscamos soluciones que nos contemplen y que demuestren respeto por la atención que brindamos, qué irónico sería castigar a quienes elegimos formarnos en un sistema de salud que necesita recursos humanos comprometidos con la provincia.

En la realización de sus acciones de protesta los sujetos construyen marcos significativos y otorgan sentidos a sus prácticas, contextualizándolas en los procesos socio-históricos más amplios. De esta manera





pueden intervenir afirmativamente en los procesos políticos. Al imputar las responsabilidades del gobierno y del Estado, al jerarquizar el valor de la salud pública y al establecer su protagonismo en ella como trabajadores, la protesta avanza en plantear una disputa por el sentido de las políticas del Estado en función de una pertenencia de clase. El desafío de estos colectivos es, en todos los casos, apuntalar los procesos de organización y de encuentro con el resto de las organizaciones de trabajadores.

Comentarios finales

En este recorrido hemos visto como la estructura de desarrollo socio-económico en el que está inscripta la Provincia del Chaco opera como estructurante de un particular modelo de atención de salud en el marco de un marcado empobrecimiento de su población, particularmente del Gran Resistencia. Estas circunstancias han sido acompañadas por políticas que degradan las condiciones sociolaborales de los trabajadores de salud conllevando al debilitamiento del sistema de atención. Esto puede ser descripto con el concepto de determinantes sociales de la salud pero requiere de un análisis más profundo para desentrañar sus condicionamientos históricos.

La condición periférica en una provincia como Chaco no opera solo en lo desfavorable del punto de partida de la situación de cualquier sector, sino también en lo limitado de las opciones que se tienen a mano para superar dicha situación. Ante la afirmación de que el Estado llega a todos lados nos preguntamos ¿En qué condiciones 'llega el Estado'?

A modo de pinzas, el sistema de salud está condicionado tanto por una fuerte/creciente demanda de sus servicios como por una estrechez de recursos económicos, técnicos y de personal calificado. La expansión

territorial de la infraestructura sanitaria mantiene el carácter periférico: no alcanza los niveles de complejidad que se observa en otros territorios y se realizó en base a bajos salarios y a políticas precarizadoras como el Programa Expertos. Existen serios condicionantes en la región para expandir con volumen adecuado el fondo de profesionales y sostenerlos operando en el sistema público. Gran parte del esfuerzo que realiza el sistema público para cumplir su rol de garante en última instancia de atención de la salud, y que recae sobre sus trabajadores, parece estar fundado en la relativa naturalización de fenómenos que perjudican a gran parte del resto de la clase trabajadora: una economía en gran medida informalizada y en general de bajos ingresos, afectada por la pobreza y la indigencia. La lógica de mercado en la salud privada, así mismo, reproduce la lógica centro-periferia hacia el interior de la provincia, agravando la desigualdad territorial. Esto genera una alta demanda sobre el sistema público que, por los rasgos propios de la organización política del país, vuelca sobre las provincias la responsabilidad de la atención y distribuye desigualmente los recursos.

En tanto se naturalicen estas condiciones en que opera la salud pública el carácter de clase de este sistema quedará implícito: un sistema público desbordado para las familias trabajadoras empobrecidas. Sin embargo el cuestionamiento abierto por los trabajadores del sector a este cuadro de situación tiene el potencial de restituir la crítica de la práctica si esas demandas avanzan en un sentido de unidad, objetivo obstaculizado desde el principio por la profunda fragmentación que existe entre los trabajadores del sector.

En las entrevistas se menciona que con el último cambio ministerial se ha planteado una mirada y una estrategia diferente para el sector, reconociendo demandas y avanzando en soluciones como progresivos pases a planta permanente. También se verificó un aumento del presupuesto del sector en términos reales. No obstante la experiencia es reciente para poder afirmar un cambio de tendencia.





Es importante el rescate de las experiencias de violencia que se viven habitualmente en el sistema público de salud, en la medida en que no se lo considere un fenómeno aislado, excepcional o individualizable. En el ámbito propio de la salud esto es parte de una situación material y subjetiva que crea tanto malestar como desencanto. En las entrevistas se expresan situaciones que socavan la cohesión del equipo de salud y desdibujan el 'espíritu de pertenencia' que se presenta como un anhelo no realizado. Esto se debe a que las demandas no son solo económicas sino también 'simbólicas': la búsqueda del buen trato y del sentimiento solidario de comunidad.

Acciones políticas como la del retiro voluntario, las modalidades de apriete de las autoridades hospitalarias a los trabajadores que protestaban o la manera deliberada en que se incentivaban las divisiones de los representantes de los precarizados, tienen en común la búsqueda activa de la desintegración de los lazos sociales construidos tanto en la práctica profesional como en la experiencia de clase. Eslabonando esos antecedentes con una caracterización del trabajador propia del lenguaje administrativo como 'recurso humano', mencionado en testimonios, estamos ante un sesgo hacia el enfoque del capital humano (Bowles y Gintis 2014). Dicha mirada prioriza incentivos individuales y se caracteriza al sujeto como un recurso que debe ser valorizado o descartado en función de la productividad. Así se descartan fenómenos que son comunes al conjunto y que están en la base misma de la tendencia 'desmotivadora': la sensación de explotación que deriva de la precarización del trabajo y de la vida, de la desvalorización paralela del salario y del trabajo como auto-realización en cuanto se desvaloriza el sistema de salud pública al que pertenece. Finalmente se retacea el reconocimiento de los actores colectivos y sus reivindicaciones.

El hecho de que el FMI ganara poder de veto y de presión sobre la clase política gobernante a escala nacional permite anticipar que muchos elementos que estructuran el subdesarrollo de la región y sus conflictos continuarán vigentes. Bernal Castro (2019) define a los planes de ajuste

del FMI como un “Factor de Riesgo masivo porque, además de involucrar a todas las especialidades médicas, atenta contra seres humanos y áreas laborales o productivas de países enteros” (párr. 6). Estudios realizados sobre los parámetros de salud de países que han acordado reformas con el FMI demuestran deterioros generalizados y efectos nocivos desigualmente distribuidos entre las clases sociales.⁵

El sector de los trabajadores tiene sus fuertes contradicciones internas. A pesar de que la práctica cotidiana de atención médica exige una coordinación profesional constante y de que en Resistencia existe un gran núcleo hospitalario territorialmente concentrado, encontramos que la organización está segmentada y fragmentada. La segmentación es construida por la historia institucional del sector: un orden jerárquico/profesional y de estatus de médicos, residentes, técnicos, enfermeros y el personal administrativo y de apoyo. A su vez existe una tajante distinción entre el personal ‘de planta’ y los trabajadores sometidos a formas precarizadas de contratación. Los representantes del gobierno han operado deliberadamente sobre estos elementos divisorios, fomentando la desarticulación de reclamos e identidades. Finalmente la fragmentación se construyó sobre estas divisiones por la institucionalización sindical/corporativa de la dispersión. Entre los trabajadores de la salud encontramos una línea de fractura básica entre los alcanzados por una organización y los que no. Entre los trabajadores no sindicalizados se mantienen los rasgos de dispersión: describimos algunas experiencias de auto-representación espontánea que han intervenido intensamente para sostener con protestas sus demandas.

La pandemia en algunos casos fue el detonante de conflictos, pero en todos los casos los factores causales de los conflictos ya existían pre-

⁵ “Evaluamos una muestra de 137 países en desarrollo; el período abarcó los años comprendidos entre 1980 y 2014. Encontramos que las reformas de ajuste estructural reducen el acceso al sistema de salud y aumentan la mortalidad neonatal. Análisis adicionales demuestran que las reformas del mercado laboral impulsan efectos nocivos”. (Bernal Castro, 2019: secc. ‘Reconocer el Factor...’ citando a Forster, Kentikelenis, Stubbs, y King (2020). “Globalization and health equity: The impact of structural adjustment programs on developing countries”. *Social Science & Medicine*, Vol. 267, Dic. 2020. Disponible: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953619304897?via%3Dihub>)





viamente: condiciones irregulares de contratación, bajos salarios, no reconocimiento de las instancias organizativas o de las demandas, falta de insumos, etc. Las organizaciones auto-convocadas actuaron abiertamente para el reconocimiento de estas demandas. Estas organizaciones tienen fuertes limitaciones para actuar en el marco institucional y sostenerse en el tiempo, pero han tenido la virtud de haber puesto de relieve varias insuficiencias del sistema de salud: por un lado las insuficiencias que se refieren a la gestión del Estado y que constituyen la causa más inmediata de las malas condiciones en que se ejercen los labores de la salud y sus consecuencias para la salud pública. Por otro también han develado, seguramente a pesar suyo, la insuficiente capacidad de representación del movimiento sindical del sector. Sin tener *a priori* una capacidad objetiva de incidir en la correlación de fuerzas, sus acciones reivindicativas lograron interpelar a otros actores y forzar algunas respuestas por parte del gobierno.

Las organizaciones autoconvocadas construyeron programa de demandas, lograron formar organizaciones para sostenerlos y a la vez prestarse apoyos y ayudas mutuas. Combinando entrevistas y el análisis computacional de datos se observó el contexto que les dio impulso junto con una descripción de sus experiencias cotidianas y la emergencia de sus herramientas reivindicativas. Formaron 'cajas de herramientas' para ejercer la protesta, tejieron redes en el interior de la provincia y establecieron relaciones que les permitieron dar más visibilidad y viabilidad a sus reclamos. Por las iniciativas de conflicto que plantearon, por la orientación social de sus intervenciones, por sus vínculos con el desenvolvimiento real de las contradicciones de la sociedad periférica en que se inscriben, y por la polaridad social del contexto en que actúan, marcado por políticas de ajustes y un sistema sanitario público sobrepasado, podemos afirmar que estas organizaciones de trabajadores en el ámbito de la salud han actuado orientadas auténticamente hacia la transformación social.

Bibliografía

Aiziczon, F. (2009). *Zanón: una experiencia de lucha obrera*. Buenos Aires: Ediciones Herramienta y Editorial El Fracaso.

Amin, S. (1974). *El desarrollo desigual. Ensayo sobre las formaciones sociales del capitalismo periférico*. Barcelona: Editorial Fontanella.

Ayala, F.; Flores, E. y Graciosi, M. (2022). Avance de investigación presentado en Jornada de análisis social “Genealogía de luchas sociales recientes en el Chaco”. GRICSO. UNNE. 11/7/2022.

Beliera, A. (2017). Lo sindical en su multiplicidad: Un estudio del entramado de experiencias sindicales en el Hospital Provincial Neuquén (2005-2016). Tesis de posgrado. UNLP. FaHCE. [on line] Disponible en <http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/tesis/te.1720/te.1720.pdf>

Berlinguer, G. (2007). “Determinantes sociales de las enfermedades”. *Revista cubana de salud pública*. ISSN 1561-3127. Ver: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v33n1/spu03107.pdf>

Bernal Castro, R. (2019) “El nuevo Factor de Riesgo Masivo merece la atención de los profesionales de la salud”. *Revista Salud(i) Ciencia* vol.23 no.5. Buenos Aires, 2019. [on line] Disponible en http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1667-89902019000200015&lng=es&nrm=iso

Bowles, S. y Gintis, H. (2014). “El problema de la teoría del capital humano: una crítica marxista”. *Revista de economía crítica*. N.º 18, segundo semestre 2014. ISSN 2013-5254. Ver: <https://www.revistaeconomiacritica.org/index.php/rec/article/view/281>

Coser, L. (1961). *Las funciones del conflicto social*. México D.F.: FCE.

Dahrendorf, R. (1971). Capítulo 9 Elementos para una teoría del conflicto social En *Sociedad y Libertad. Hacia un análisis sociológico del presente*. (pp. 180 - 208). Madrid: Editorial Tecnos.

Graciosi, M.; Román, M. y Pratesi, A. (2018). «Observatorio de conflictos sociales del Nordeste Argentino. Abordaje conceptual y metodológico». *Revista De prácticas y discursos*. UNNE. Centro de Estudios Sociales. Año 7, N° 9. Marzo 2018.

Hernández, M. (2008). “Desigualdad, inequidad e injusticia en el debate actual en salud: posiciones e implicaciones”. Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud. Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES). Septiembre - octubre de 2008. México DF, México.





Ver: http://saludcapital.gov.co/Articulos%20Observatorio/Desigualdad,%20inequidad%20e%20injusticia_Mario_Hern%C3%A1ndez.pdf

Iriart, C., Waitzkin, H., Breilh, J., Estrada, A., y Merhy, E. (2002). "Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos". *Revista panamericana de Salud Pública*. Vol. 12 (2). Agosto 2002. Ver: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/8748>

Krause, M. (2014). "Organismos internacionales y transformaciones del Estado en salud y educación". *Estudios. Revista del Centro de Estudios Avanzados*. N.º 31. Universidad Nacional de Córdoba. Enero-Junio 2014. Ver: https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/35791/CONICET_Digital_Nro.e2ea1d6a-b05f-4cd2-a177-54e0797fda17_A.pdf

Mario, S. (2018). "Servicios de salud: cobertura, acceso y utilización", en Piovani, J. I. y Salvia, A. (Coord.): *La Argentina en el siglo XXI Cómo somos, vivimos y convivimos en una sociedad desigual*. Buenos Aires: Siglo XXI Ed.

Nun, J. (1969). "Superpoblación relativa, ejército industrial de reserva y masa marginal". *Revista latinoamericana de sociología del Centro de Investigaciones Sociales del Instituto Torcuato Di Tella*. Vol. V. N.º 2. Julio de 1969. Argentina. Ver: <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/7934>

Menéndez, E. (1988). Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 1988 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires.

Roze, J. P. y Pratesi, A. (2003). «Crecimiento urbano y nuevas identidades sociales. El caso de la ciudad de Resistencia». Universidad de Brasilia. Instituto de Ciencias Sociales; Pós; VII; 12-2003; 143-163 [on line] Disponible en <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/46426>

Spinelli, H. (2005). "Condiciones de salud y desigualdades sociales: historia de iguales, desiguales y distintos". En Minayo, M. y Coimbra Jr., C. *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina*. Rio de Janeiro: Ed FIOCRUZ. ISBN 85-7541-061-X. Ver: <https://books.scielo.org/id/w5p4j/pdf/minayo-9788575413920-18.pdf>

Tobar, F. (2012). "Breve historia del sistema argentino de salud" En: Garay, O. (Coord.) *Responsabilidad Profesional de los Médicos. Ética, Bioética y Jurídica. Civil y Penal*. Buenos Aires. Editorial La Ley. 2012

_____ (2017). "El modelo de salud argentino: historia, características, fallas". DELS. Disponible: <https://salud.gob.ar/dels/entradas/el-modelo-de-salud-argentino-historia-caracteristicas-fallas>

Fuentes

Asociación argentina de presupuesto y administración financiera pública ASAP (2020). Informe de ejecución del presupuesto del gobierno de la Provincia del Chaco. Año 2020. Ver: https://asap.org.ar/img_informes/12121547_InformedeexecucindelaprovinciadeChaco0220.pdf

Asociación argentina de presupuesto y administración financiera pública ASAP (2021). Informe de ejecución del presupuesto del gobierno de la Provincia del Chaco. Año 2021. Ver: https://asap.org.ar/img_informes/12121545_InformedeexecucindelaprovinciadeChaco0221.pdf

Cámara Argentina de Comercio y Servicios, CAC (2017). “Estudio sobre asimetrías regionales en Argentina”. Unidad de estudios y proyectos especiales. Diciembre de 2017. Disponible: https://www.cac.com.ar/data/documentos/27_Estudio%20sobre%20asimetr%C3%ADas%20regionales%20en%20Argentina%20-%20dic%202017.pdf

Chaco Día por Día (22/9/2017). “El Gobierno realiza controles de gestión para mejorar la atención”. Disponible: <https://www.chacodiapordia.com/2017/09/22/el-gobierno-realiza-controles-de-gestion-para-mejorar-la-atencion-a-la-ciudadania/>

Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (1978). Declaración de Alma-Ata. Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978

INDEC (2022). EPH. Informe del Primer Trimestre de 2022. Disponible: www.indec.gov.ar/uploads/informesdeprensa/mercado_trabajo_eph_1trim_22756BA7CC2D.pdf

_____ (2023). Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022. Resultados Provisionales. Enero 2023. Disponible: https://censo.gov.ar/wp-content/uploads/2023/02/cnphv2022_resultados_provisionales.pdf

Libertad Digital (21/2/2019). “¿Fracasó el retiro voluntario con el que Peppo quería ahorrar?”. Disponible: <https://libertaddigital.com.ar/Notas/Nota/1372885337-fracaso-el-retiro-voluntario-con-el-que-peppo-queria-ahorrar>

Ministerio de salud y desarrollo social (MSyDS, 2018). Análisis de la Situación de Salud. República Argentina. Edición 2018.

Ministerio Economía Argentina (2021). Chaco. Informe productivo provincial. Cierre estadístico año 2020. Año 6, N.º 38, Diciembre de 2021.

Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948). *Constitución*. Disponible: <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>

_____ (2009). Comisión sobre los determinantes sociales de la salud. Informe final “Subsanar las desigual-





dades en una generación”. Disponible: <file:///C:/Users/chesu/Desktop/OMS%20Subsanar%20la%20desigualdad%20en%20una%20generaci%C3%B3n.pdf>

Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2017) “Determinantes sociales de la salud en la región de las Américas” en Salud en las Américas+ 2017. Disponible: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/uh-determinants-es.html>

Provincia del Chaco. Decreto 1950/18. Disponible:

<https://gobierno-digital.chaco.gob.ar/build/docs/normativas/L.2871.H%20Retiro.pdf>

Sistema Integrado de Información Sanitaria argentino (SISA). Registro de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada. Disponible: <https://sisa.msal.gov.ar/sisa/#sisa>

Registros

1er Encuentro Regional de Salud. Resistencia, 5/8/2022.

Encuentro Regional de Salud NEA “Hacia un sistema nacional integrado de salud federal” Resistencia, 27/8/2022.

Entrevista 1: Resistencia, 11 de agosto de 2022.

Entrevista 2: Resistencia, 24 de agosto de 2022.

Entrevista 3: Resistencia, 25 de agosto de 2022.

Entrevista a Carolina Centeno. En Noticiero 9, 5/8/2022. Disponible: https://www.youtube.com/watch?v=p3sUIY6_kLU&ab_channel=NOTICIERO9-CANAL9%22IMAGENDELNORDESTE%22