

Ser profesional en el hospital: identificación, estratificación y conflicto sindical

ANABEL ANGÉLICA BELIERA*

Resumen: Este artículo analiza el uso de la noción de “profesión” como referencial identitario de los trabajadores del Hospital Provincial Neuquén (Argentina) entre 2005 y 2013, estudiando su articulación con la estratificación laboral y el conflicto sindical. A partir de una estrategia metodológica cualitativa, se estudia la profesión como categoría de segmentación entre distintos grupos y su relación con las disputas materiales y simbólicas entre los trabajadores en el trabajo cotidiano y en la dinámica sindical. Se contribuye de manera general a la comprensión de la dinámica sindical de espacios de trabajo altamente profesionalizados, enmarcando las demandas sindicales en las relaciones laborales cotidianas.

Abstract: This article analyzes the use of the notion of “profession” as an identity reference of workers at the Neuquén Provincial Hospital (Argentina) between 2005 and 2013, studying its link with work stratification and the trade union conflict. Using a qualitative methodological strategy, it analyzes the profession as a category of segmentation between different groups of workers, studying the material and symbolic disputes involved in everyday work and union dynamics. It contributes to an understanding of the trade union dynamics of professionalized work spaces, framing union demands in the context of everyday labor relations.

Palabras clave: profesión, hospital, sindicalismo, empleo público, Neuquén (Argentina).
Key words: profession, hospital, unionism, public employment, Neuquén (Argentina).

La “profesión” es una categoría central en el entramado de sociabilidad hospitalario. Médicos, psicólogos, odontólogos, bioquímicos, enfermeros, farmacéuticos, entre otros, conforman el abanico de múltiples profesiones que se desempeñan día a día en el hospital. Esto se diversifica aún más si tenemos en cuenta las múltiples especialidades en las que se forman los médicos.

Esto se vincula con las características de la constitución del Estado moderno. Como indica Óscar Oszlak (1982), la construcción de la estatalidad implicó la emergencia de un conjunto diferenciado de instituciones

* Doctora en Ciencias Sociales por la Universidad Nacional de La Plata, Argentina. Laboratorio de Estudios en Sociología y Economía del Trabajo, Conicet-UNLP. Temas de especialización: sociología del trabajo, sindicalismo, empleo público, salud pública. Calle 51 e/ 124 y 125, C.P. 1925, Ensenada, Buenos Aires, Argentina.

públicas relativamente autónomas respecto de la sociedad civil, con cierto grado de profesionalización de sus empleados y control centralizado de sus actividades. El proceso de profesionalización de la burocracia estatal —vivir de esa actividad, reivindicar una relación vocacional con su ejercicio, y rechazar el término “oficio”— no es un hecho natural, sino que debe ser entendido en el marco de la historia de las democracias modernas occidentales (Frederic, 2004).

Respecto al área de salud pública, este proceso adquirió algunas particularidades. Como indica François Dubet (2006: 224) para el caso francés, el hospital moderno es producto de una doble filiación: “Por una parte es heredero de las instituciones caritativas y religiosas; por la otra, se inscribe en la historia de una institución científica regida por la medicina, que llegó a ser ciencia y tecnología”. Por ende, el hospital es un producto más o menos estabilizado entre los valores esenciales de la modernidad y de la tradición vinculada con la caridad. El vínculo inicial con las organizaciones religiosas con el hospital ha sido señalado también en investigaciones locales. Las sociedades de beneficencia de la iglesia ocuparon un rol importante en el desarrollo de las instituciones sanitarias argentinas (Arce, 2010; Belmartino, 2005), y especialmente en el desarrollo profesional de la enfermería (Ramacciotti y Valobra, 2015; Wainerman y Binstock, 1992).

Empero, los resultados de la presente investigación permiten resaltar una cuestión más: mostraremos que la profesionalización no es únicamente un dato contextual de la organización del trabajo hospitalario, sino también una categoría a partir de la cual los trabajadores organizan sus redes de sociabilidad y politicidad. Es decir, no habla únicamente de cómo se constituyó históricamente la institución hospitalaria y los principios sobre los que fundamentaron sus labores, sino que la “profesión” es también un rasgo a partir del cual los trabajadores se inscriben en diversos grupos, estratifican sus labores y participan del conflicto gremial. El objetivo de este artículo es analizar el uso de la noción de “profesión” como referencial identitario de los trabajadores del Hospital Provincial Neuquén (HPN), en Argentina, entre 2005 y 2013, estudiando su articulación con los procesos de estratificación laboral y conflicto sindical.

Diversos autores han resaltado la centralidad del trabajo en la construcción subjetiva e identitaria de las personas. Claude Dubar (1991) afirma que la dimensión laboral adquiere una importancia particular en la construcción de las identidades de los individuos en las sociedades modernas, puesto que ha obtenido una fuerte legitimidad en la atribución

de estatus social y reconocimiento. El hecho de que el espacio laboral sea un lugar de experimentación de los deseos de reconocimiento fue señalado también por Renaud Sainsaulieu (1985), quien subraya que esta experiencia es siempre relacional, desigual y cambiante en función de las relaciones de poder entre distintos grupos de personas.

En el caso de Argentina, el estudio de las identidades profesionales tuvo gran influencia de la sociología del trabajo francesa. Como afirma Marta Panaia (2006b), en este país la sociología de las profesiones había tenido un auge de la mano del funcionalismo y el interaccionismo americano, a partir de los cuales se analizaron los impactos del proceso de modernización en la diferenciación de los roles ocupacionales. Pero a partir de la década de los años ochenta, las preocupaciones teóricas y empíricas hicieron que se estableciera un diálogo cada vez más fuerte con las propuestas de la sociología francesa orientada al análisis del impacto de la tecnología en la organización del trabajo y la aparición de la precariedad. El análisis de los grupos profesionales se encuadró cada vez más en la sociología del trabajo de la escuela francesa, sin desconocer ni los aportes ni los consensos de ambas escuelas y sin resolver tampoco la disputa con la corriente anglosajona (Panaia, 2006b). De esta forma, se priorizó el análisis de los aspectos dinámicos de la constitución de los grupos profesionales, las consecuencias de la precarización y la fragmentación laboral, y las modificaciones en los procesos de socialización profesional. La mayoría de los estudios sobre identidades profesionales en Argentina se han centrado en el campo educativo (Freytes Frey, 2004), la industria automotriz (Battistini y Wilkis, 2004), los jóvenes (Jacinto *et al.*, 2007; Longo, 2015), los ingenieros (Panaia, 2006a) y trabajadores informales o precarios (Busso, 2007). Sobre el campo de la salud, la mayoría de los estudios se han dedicado a analizar la relación entre determinadas profesiones y aspectos de género (Pozzio, 2011, 2012; Ramacciotti, 2015; Ramacciotti y Valobra, 2015; Wainerman y Binstock, 1992).

En este artículo analizaremos las identidades profesionales en el espacio hospitalario en relación con la estratificación laboral y el conflicto sindical. En este sentido, este análisis contribuye a la comprensión de la dinámica sindical de espacios de trabajo altamente profesionalizados, ya que se estudian las demandas gremiales enmarcándolas en la compleja red de relaciones profesionales que se desarrolla en el hospital. Para ello, será fundamental adoptar un enfoque relacional que estudie el conflicto gremial poniendo en relación a los grupos más encumbrados en la estratificación profesional respecto de otros actores sociales que ocupan

transitoriamente lugares subordinados (Ramacciotti, 2015; Soprano, 2014). Evaluaremos la segmentación entre trabajadores “profesionales” y “no profesionales” y los conflictos gremiales en los que se envuelven.

Hemos decidido centrar nuestro análisis en el HPN por la importancia de esta institución en el entramado político y sanitario local de la provincia de Neuquén, Argentina. Esta provincia se encuentra en la Región Patagónica, y desde su creación como estado autónomo en 1955 se integró al modelo de acumulación nacional como proveedora de recursos energéticos a través de la explotación de hidrocarburos —gas y petróleo— y de la generación de energía hidroeléctrica (Arias Bucciarelli y Favaro, 2001). Esta explotación estuvo comandada por las empresas públicas nacionales Yacimientos Petrolíferos Fiscales (YPF), Gas del Estado e Hidronor. El gran crecimiento económico provocó un fuerte crecimiento demográfico y en la década de los años setenta se montaron los sistemas públicos de salud y educación garantizados para toda la población de la provincia, así como obras de viviendas, caminos y telecomunicaciones. El sistema de salud neuquino se constituyó en una referencia para toda la Región Patagónica, y tuvo una importancia central en la constitución de la estatalidad local. Sin embargo, a partir de los años noventa este modelo político-económico comenzó a resquebrajarse como consecuencia de la aplicación de políticas neoliberales. Un hecho fundamental fue la privatización de la empresa petrolífera estatal YPF, que generó desempleo masivo en localidades articuladas alrededor de su accionar y la disminución de la renta petrolera que sostenía el modelo de desarrollo provincial. Pronto el Estado neuquino comenzó a padecer los males del déficit fiscal, que intentó paliar con recorte del gasto público. En este contexto, emergieron numerosos conflictos por el desfinanciamiento de los servicios públicos.

Dentro de este entramado, el HPN fue central tanto en lo referido a la atención sanitaria como en el conflicto político. El sistema público de salud de Neuquén está compuesto por 29 hospitales, 71 centros de salud y 100 puestos sanitarios rurales.¹ En esta red, el HPN es el único de referencia provincial, lo que implica que es prestador público de todo el territorio (y no de una región particular de la provincia); es la institución de máxima complejidad del sistema, por lo que dispone de la totalidad de las especialidades médicas; es un hospital-escuela donde

¹ En la página del Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Neuquén: <<http://goo.gl/xq23La>> (última consulta: 5 de junio de 2017).

terminan su especialización numerosos residentes de la carrera de medicina. En lo relativo al conflicto sindical, se trata del hospital que más trabajadores emplea; es el único hospital que cuenta con comisiones internas de diversos sindicatos en el lugar de trabajo,² y por su ubicación en el centro de la ciudad capital de la provincia, se tornó epicentro de actos, concentraciones, movilizaciones y asambleas de trabajadores de salud de toda la provincia.

Para esta investigación, se ha diseñado una estrategia metodológica cualitativa con perspectiva etnográfica, basada en la realización de observaciones participantes en el espacio hospitalario, que fueron registradas en notas de campo. Asimismo, se realizaron 37 entrevistas semiestructuradas en profundidad a 29 trabajadores (algunos de ellos fueron entrevistados más de una vez). El trabajo de campo se llevó a cabo durante 2010, 2012 y 2013. A lo largo de este artículo, usaremos texto a bando para identificar las categorías de los actores que son objeto de reflexión; para respetar el anonimato de los entrevistados se han colocado nombres ficticios a todos ellos.

LA PROFESIÓN COMO CATEGORÍA LEGAL

Lo primero que debemos decir es que la “profesión” es una de las categorías en que se divide al personal en el escalafón de salud pública de la provincia de Neuquén. La Ley provincial de remuneraciones 2562, sancionada en 2007,³ creó un escalafón propio para el sector de salud pública y determinó “agrupamientos de personal” según la función y la capacitación específica de cada puesto de trabajo. Se regularon la carga horaria de la jornada laboral y las unidades salariales correspondientes a cada grupo, y se establecieron condiciones laborales diferentes para cada grupo. Los “agrupamientos” establecidos fueron cuatro, ordenados de mayor a menor jerarquía:

² La Asociación de Trabajadores del Estado (ATE) y el Sindicato de Profesionales de la Salud de la Provincia del Neuquén (SiProSaPuNe). Además, hay fuerte presencia del Sindicato de Enfermeros de Neuquén (SEN), cuya mayor cantidad de afiliados corresponden a este hospital.

³ Consultada en la página principal del Ministerio de Salud de la República Argentina: <<http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=16581>> (última consulta: 5 de junio de 2017).

- a) Profesionales: personal cuya función o actividad laboral específica requiere acreditar formación universitaria de grado o superior.
- b) Técnicos: personal cuya función o actividad laboral específica requiere acreditar formación de pregrado (universitaria o no).
- c) Auxiliares técnicos o administrativos: personal cuya función o actividad laboral requiere acreditar alguna formación de nivel medio y capacitación específica certificada por autoridad educativa o reguladora reconocida.
- d) Operativos: personal cuya función o actividad laboral de apoyo requiere acreditar alguna formación de nivel medio o primario, pero no requiere certificaciones específicas sobre la capacitación inherente al puesto de trabajo (Ley provincial de remuneraciones 2562/07).

La creación de un escalafón propio para el sector de salud pública había sido una de las demandas históricas de las organizaciones sindicales, puesto que permitía que se regularan las particularidades del trabajo sanitario. Por ende, la creación de una ley de remuneraciones fue vista por los trabajadores como una victoria sindical, ya que consideraban que era un primer paso en el camino de establecimiento de un convenio colectivo propio. El proyecto de ley fue redactado en el marco de las negociaciones paritarias establecidas entre los funcionarios de gestión de la Subsecretaría de Salud y los representantes de las organizaciones sindicales del sector.

La creación de esta ley modificó la regulación de la actividad sanitaria, en tanto que introdujo especificaciones que antes no existían. En primer lugar, contemplaba el pago de adicionales por las particularidades de las labores sanitarias: antigüedad, título, turnos rotativos, trabajo nocturno, semana no-calendarizada, reconocimiento de la actividad técnico asistencial/sanitaria, disponibilidad permanente, guardias activas y pasivas, régimen de residencias médicas, riesgo por insalubridad. En segundo lugar, la creación de un escalafón propio para el sector de salud pública habilitó el establecimiento de mesas específicas de negociación de las condiciones laborales con el gobierno. En tercer lugar, la nueva ley implicaba una recategorización para el sector, puesto que los trabajadores dejaban de estar organizados de acuerdo con las categorías del escalafón general de la administración pública para pasar a estar encuadrados por los nuevos “agrupamientos de personal”.

De las categorías plasmadas en la ley, era justamente la categoría “profesional” la que circulaba con más fuerza dentro del entramado hospitalario con anterioridad a la creación del escalafón de salud pública. En 1982 se había creado en el HPN la Asociación de Profesionales, una organización civil cuyo objetivo era generar un espacio de encuentro político y gremial para este grupo de trabajadores. En 2005 esta asociación se constituyó como el Sindicato de Profesionales de la Salud Pública de Neuquén (SiProSaPuNe), que fue una de las organizaciones gremiales que participaron en las mesas de negociación paritarias. Pero cuando se creó la Ley de remuneraciones se crearon también nuevas categorías que fueron retomadas por los trabajadores, como “técnicos”, “auxiliares” y “operativos”. Los cuatro agrupamientos establecidos legalmente eran usados por los trabajadores para presentarse:

Vienen las paritarias y queremos discutir nuestras cosas los técnicos, y que no las discuta nadie más (Lautaro, técnico de análisis clínicos).

Yo soy auxiliar técnico de electro-medicina. Hago de todo un poco, hago materia de electricidad, de electrónica (José, auxiliar técnico de electro-medicina).

Bueno, yo soy Federico, soy auxiliar de enfermería, estoy en el hospital hace 18 años y hace 20 años que soy enfermero (Federico, enfermero).

Como indica Dubar (2002), incluso cuando la utilización de estas categorías es individual da cuenta de un proceso social, pues cualquier identificación individual recurre a palabras y categorías socialmente identificables. Al presentarse como “operativos”, “auxiliares”, “técnicos” o “profesionales”, las personas hablaban de sí mismas y de las características del grupo al que pertenecían.

Vemos que las categorizaciones formalizadas, objetivadas e institucionalizadas en la ley eran usadas por los trabajadores para autoadscribirse. En este sentido, se ve la importancia del Estado en los procesos de legitimación de las clasificaciones sociales mediante los cuales se nombra, identifica y categoriza a las personas y poblaciones, tal como señalaron las teorías de Pierre Bourdieu (1977) y Michel Foucault (1997, 2008). El poder estatal de nombrar y clasificar a los sujetos se produce a partir de diversos mecanismos: por un lado, mediante la identificación de los individuos adjuntando marcadores definitivos (pasaporte, huellas dactilares, fotografías y firmas); por el otro lado, a través de la inscripción de

los sujetos en redes clasificatorias según su género, religión, posesión de propiedades (Brubaker y Cooper, 2003). Tanto los trabajadores como los funcionarios terminaron dando fuerza de Estado al sistema de clasificación que quedó formalizado en la Ley de remuneraciones. La división en diversos “agrupamientos” inscribió a los sujetos de acuerdo con sus credenciales educativas y funciones en el trabajo hospitalario, legitimando dichos criterios como clasificaciones sociales válidas en la estratificación de distintos grupos. Al instituir este sistema de clasificación mediante diversos mecanismos estatales (regulación de mesas de negociación paritarias, elaboración de proyectos de ley, sanción de dicha ley en la legislatura provincial), se le otorgó fuerza simbólica.

Sin embargo, el hecho de que la producción estatal de estas categorías tenga fuerza simbólica no implica que el Estado sea una entidad que monopolice dicha fuerza. Dado que el Estado no es un actor con intencionalidad propia, es necesario analizar la trama de relaciones en la que se insertan estas clasificaciones. No basta con analizar los procesos formales de establecimiento de leyes, sino que es importante evaluar cómo son usadas esas categorías por los propios trabajadores.

Al respecto, los resultados de esta investigación nos permiten señalar dos aspectos. En primer lugar, los discursos de los trabajadores nos advierten sobre el contexto de uso de estas categorías y su carácter relacional. Cuando los trabajadores las utilizan durante las mesas de negociación paritarias muestran su intención de dialogar con el gobierno respecto a sus demandas particulares. Puesto que las negociaciones colectivas son instancias reglamentadas legalmente, los trabajadores se autoadscriben a las categorías legales que les permiten establecer un diálogo con sus patrones. Es decir, el uso de las categorías legales no es descontextualizado o universal, sino que debe ser analizado en el marco de las relaciones que establecen diversos grupos de manera situada. En segundo lugar, los trabajadores asignan nuevas características simbólicas a los “agrupamientos” que no estaban establecidas en la ley. Como hemos visto, la delimitación de los agrupamientos respondía a una evaluación de la función y la capacitación requerida para cada puesto de trabajo, pero en los relatos de los trabajadores es usual que se agreguen otras características, como la “responsabilidad” que implicaba el trabajo hospitalario. La responsabilidad frente a los pacientes se presentaba como una cualidad del trabajo profesional y era usada como una característica para marcar diferencias con otros grupos de empleados. Como se ve en el siguiente relato, la diferenciación de condiciones laborales (como el salario) no sólo

estaba justificada por la desigual función y capacitación laboral, sino por los diversos grados de “responsabilidad” de cada puesto:

Yo jamás voy a pretender ganar como un médico. Pero no es que el médico es más importante que la mucama, o que el agente sanitario... En la cadena somos todos importantísimos. Ahora, que seamos todos importantes no significa que todos tengamos la misma responsabilidad frente a la vida del paciente. [...] La relación que vos tenés que mantener de la escala es el salario básico de cada agrupamiento (José, auxiliar técnico de electro-medicina).

Los diferentes grados de “responsabilidad” de los puestos de trabajo eran usados por los trabajadores no sólo para jerarquizar la estructura de capacitaciones de cada puesto laboral, sino también para justificar la estructura de una pirámide salarial. Vemos entonces que los trabajadores adicionaban nuevos sentidos a estas categorías que atribuían validez moral a sus acciones: la identificación con sus agrupamientos no sólo señalaba su función y educación, sino también su “responsabilidad” en el entramado hospitalario.

No se puede afirmar entonces que el Estado provincial sea un actor uniforme de la vida social que monopolice la legítima fuerza simbólica, sino que es más bien un espacio de relaciones conflictivas donde diversos grupos usan y tensionan las clasificaciones estatales, adicionándoles nuevos sentidos. El Estado provincial no es un actor omnipotente que regule, de forma centralizada y racional, los procesos clasificatorios, ya que los trabajadores del hospital también tienen agencia en la producción simbólica de su contexto. Si bien se ve la fuerza simbólica de las clasificaciones estatales que han sido señaladas en las teorías bourdianas y foucaulteanas, los resultados de esta investigación permiten señalar algunos matices: es central analizar los contextos de uso de estas categorías y los nuevos sentidos y características que los trabajadores les asignan más allá de lo que está formalmente establecido en las leyes. En este sentido, es central preguntarse cómo circula la categoría “profesional” en el trabajo hospitalario y qué implica para los propios trabajadores.

¿QUÉ IMPLICA SER PROFESIONAL EN EL HPN?

Hay una cuestión que resulta llamativa: en lugar de referirse a las cuatro categorías de los agrupamientos (profesionales, técnicos, auxiliares y operativos), usualmente los trabajadores se presentan por su pertenencia

o exclusión del grupo profesional, como “profesionales” y “no profesionales”. La categoría “profesional” de la Ley de remuneraciones circula con mayor fuerza y permanece tal como es nominada allí, pero los trabajadores operativos, auxiliares y técnicos son unificados simbólicamente como “no profesionales”. La categoría “profesionales” funciona entonces como un diacrítico diferenciador de distintos grupos.

Para analizar los sentidos que se le asignan a “la profesión”, veremos el relato de un médico clínico con 27 años de antigüedad en el trabajo hospitalario. Al contarnos cómo ingresó al hospital empezó hablando de su infancia y de su vida familiar:

Yo en realidad quise entrar acá desde mucho tiempo antes de saber que iba a entrar acá, porque mi proyecto de vida estaba fuera de la capital. Yo nací en Buenos Aires y a las 14 o 15 años decidí que me iba a ir, por una cuestión de vida que tiene que ver con que quería ir a un lugar donde se pudiera protagonizar el cambio social. La verdad, de antes de haber elegido ser médico. Después estudié para médico, hice residencias y todo, reafirmé el mismo proyecto, que no era un proyecto solo sino también con mi esposa, que desde los 14 años que somos novios. Así que, a lo largo de la carrera, lo mismo. Y elegí Neuquén alrededor del tercer año de residencia. Ya tenía claro que era el lugar para venir a trabajar, y vine un par de veces de vacaciones y de paso a explorar los hospitales, me quedé absolutamente entusiasmado porque era lo que quería en el aspecto laboral. Y justo cuando terminé la instructoría, salió el concurso. Se concursó... En febrero del 89 concursé, gané, y entré en mayo del 89 a trabajar. Desde ahí estoy acá en este lugar (Julio, médico clínico).

Julio muestra algunos elementos que están presentes en la construcción simbólica de la idea de carrera profesional en el HPN. En primer lugar, resalta que su desenvolvimiento profesional modificó algunos aspectos de su vida personal. No habla únicamente de su recorrido laboral sino de los sentidos subjetivos que implicaron para él los distintos momentos y posiciones que ocupó: su entusiasmo con el sistema de salud neuquino, la articulación de su vida profesional con la migración a Neuquén, la planificación de proyectos con su pareja. La asociación del trabajo hospitalario con las posibilidades de desarrollo personal se encuentra presente en los relatos de muchos profesionales. En los relatos sobre sus carreras laborales aparecen las características de los puestos de trabajo que ocupan y también las expectativas que colocan sobre ellos: representan un reto y una experiencia, les permiten desarrollarse, les dan margen para probar nuevas experiencias. Como afirma Michel Offerlé (2011: 5):

La profesión puede ser descrita con la ayuda de instrumentos sociológicos que definen una carrera, como una sucesión de realizaciones, de posiciones, de responsabilidades, incluso de aventuras, que, a su vez, son interpretadas subjetivamente por su autor en función de reglas y representaciones de la profesión en cuestión.

En segundo lugar, diversos profesionales afirman que sus elecciones laborales no están movilizadas únicamente por aspectos técnicos del trabajo, sino que implican también un “compromiso político”, como se ve en el relato de Julio, cuando afirma que su intención era estar en un lugar donde se pudiera “protagonizar el cambio social”. Cuestiones similares se registran en los otros relatos. Ana es médica del HPN y se encuentra cercana a la jubilación. Al hablar de su trabajo, se refiere a cuestiones vinculadas con sus estudios, con aspectos más amplios de la participación en el sistema de salud pública y también con aspectos familiares:

A mí la medicina me gusta, estoy contenta de lo que estudié, la vida que elegí... y que Neuquén me dio la posibilidad. Yo soy de Santa Rosa. A mí me dio la posibilidad de desarrollarme. Neuquén, el sistema de salud, este hospital... Institucionalmente, lo que implica la salud pública... [Silencio.] Agradecida. Además, tengo dos hijas médicas que están haciendo acá la residencia (Ana, médica neonatóloga).

Lo mismo puede verse en el siguiente relato de un médico clínico que presenta su decisión de migrar como consecuencia de sus decisiones políticas vinculadas con el trabajo:

Yo quería seguir trabajando en el hospital, con una idea de sistema que era la de acá, una idea de trabajo que a mí me interesaba. Eso era muy difícil de plasmar, te diría prácticamente imposible de plasmar en una ciudad como Rosario. [...] Son todos hospitales aislados que trabajan totalmente cada uno por su cuenta y que lo que menos hacen es dar una atención integral (Marcelo, médico clínico).

En todos estos relatos aparece como una característica central del trabajo profesional la adquisición de un compromiso político, la idea de una misión trascendente que va más allá de la aplicación técnica de los conocimientos y saberes específicos de atención sanitaria.

En tercer lugar, al ser los profesionales quienes generalmente ocupan los cargos de jefatura dentro de cada uno de los equipos de trabajo hospitalario, la asociación de las tareas profesionales con las tareas de

gestión y planificación aparece de manera recurrente. Esto se ve en el siguiente relato de Julio:

Para mí hay una cuestión de compromiso profesional en este laburo, de obrero calificado. Tenía que participar y cambiar las condiciones de trabajo y pensarlas, y mejorarlas. Digamos que había que internalizar tantos años de formación universitaria. Si no podés profundizar eso, sos nada más que un tipo que sabe hacer muy bien técnicamente una cosa, pero no vas más allá. [...] Un tipo que ya lleva 10 años de experiencia en un lugar tiene que tratar de participar y tomar responsabilidades de decisión que mejoren en algo lo que está. Así que, bueno, pasaron un poquito más de 10 años, hubo concurso de jefe de servicio, y yo opté por concursar la jefatura (Julio, médico clínico).

En la decisión de postularse a un concurso para un ascenso laboral (de médico de un sector a jefe del servicio), Julio no sólo consideró cuestiones formales del puesto de trabajo, sino también características simbólicas: enfatizó que un profesional debe “ir más allá” y aportar una visión de futuro en la planificación, gestión y organización del trabajo.

En cuarto lugar, la “profesión” no aparece únicamente como una condición a la que se accede antes de ingresar al hospital, sino que también se refiere al proceso de especialización hospitalaria. En el siguiente discurso de una farmacéutica se afirma que el trabajo en el hospital la llevó a especializarse:

Desde lo profesional te puedo decir que crecí muchísimo. Incluso hice una especialidad, aunque no la estoy ejerciendo en este ámbito. Soy especialista en la parte de esterilización, que es una rama de control de infecciones, y que me sirvió para poder brindar conocimientos a mis pares, dentro de este ámbito, dentro del ámbito del Hospital Neuquén, y hacia afuera... Siempre en el sistema de salud neuquino (Noelia, farmacéutica).

Lo que merece la pena ser resaltado es que aquí la formación profesional aparece ligada constantemente con el compromiso con el proyecto institucional del hospital. Como indica Dubet (2006), la ciencia desinteresada dirigida al cuidado del Otro aparece como fundamento simbólico del programa institucional del hospital. Aquí vemos que esta cuestión no aparece únicamente como principio abstracto, sino que es incorporada como valor moral del trabajo profesional, pues la formación profesional implica tanto un desarrollo personal como la adhesión a los compromisos políticos (el compromiso con el sistema público de salud neuquino). Es

decir, los sentidos asociados con la “profesión” en el HPN ponen en juego habilidades profesionales, características de la vida privada, principios morales y valores sociales.

Para los profesionales del HPN, el trabajo no es en su vida únicamente aquello que les permite su supervivencia y reproducción, sino también una experiencia que provee respeto y mejoramiento moral. Como señala Dubet (2006), en estos trabajos no basta con que la persona tenga ganas de desempeñarse en esa profesión o que la necesite para vivir; hace falta también que esté hecha para ella. “Parece necesario que el rol del profesional se adecúe a la personalidad y que los individuos comprometidos en el trabajo sobre los otros hagan de los valores de la institución una ética personal o un atributo de su personalidad” (2006: 41).

Esta caracterización que se hace de “la profesión” opera como un esquema de tipificación a partir del cual se da unidad y coherencia a los profesionales del HPN, aunque en términos objetivos éstos no existan como grupo uniforme y homogéneo. Como hemos visto, los perfiles profesionales presentes en el hospital son múltiples e implican tareas laborales completamente diferentes unas de otras, pero se fortalecen algunos sentidos como si fueran compartidos por todos de manera equivalente (la vinculación con proyectos personales, los compromisos políticos, la posibilidad de gestión institucional y la especialización). Estos sentidos contribuyen a asociar el trabajo de este grupo con la idea de “responsabilidad” en el trabajo tanto frente a los pacientes como frente a los otros grupos de trabajadores. Se resalta que los profesionales pueden planificar el trabajo del equipo y ocupar puestos de jefatura, puesto que consideran que la formación universitaria no sólo les otorga herramientas técnicas para atender a los pacientes, sino también compromisos y capacidades de gestión.

Es decir, la “profesión” no sólo se refiere a una determinada trayectoria o credencial educativa, sino que moldea la formación de grupos en el espacio de trabajo. Los “profesionales” se reconocen como parte de un mismo grupo que se articula alrededor de esta categoría en detrimento de otras. A la vez que la “profesión” promueve un sentido de pertenencia común y posibilita la construcción de un Nosotros, constituye una alteridad respecto de los “no profesionales” y crea un límite que los diferencia.

ESTRATIFICACIÓN LABORAL EN REFERENCIA A “LA PROFESIÓN”.

Hemos dicho que, en lugar de referirse a las cuatro categorías de los agrupamientos (profesionales, técnicos, auxiliares y operativos), los trabajadores usualmente se presentan por su pertenencia o exclusión del grupo profesional. La segmentación entre “profesionales” y “no profesionales” remite a las relaciones sociales, a los modos como las personas se clasifican e imaginan entre sí, y a las formas en que se vinculan en virtud de tales clasificaciones.

La identificación con la profesión no agota las otras identificaciones posibles, que aparecen constantemente en el trabajo hospitalario. Por momentos, estos trabajadores se presentan a sí mismos en función de su sector de trabajo, su función específica (camillero, mucama, técnico de laboratorios, técnico electrónico, enfermero,⁴ administrativo, etcétera), su grupo de pares en el espacio de trabajo, su filiación política a una entidad gremial, su grupo de edad. Las identificaciones son diversas, pero en los momentos de conflicto sindical es usual que se focalice la diferenciación discursiva entre “profesionales” y “no profesionales”, puesto que es un momento de agudización de la disputa por las condiciones de trabajo hospitalaria, su jerarquización y remuneración. Si bien la segmentación entre “profesionales” y “no profesionales” no absorbe todas las identificaciones posibles ni excluye otras formas de identificación laboral, esta fragmentación aparece constantemente en referencia al conflicto sindical:

Se logra una recomposición salarial que abarcaba al sector profesional y seguía la discusión con el sector no profesional (Marcelo, médico clínico).

Siempre fue el sector profesional y no profesional (Alberto, camillero).

Los no profesionales decidieron ir y continuar con la medida (Oscar, enfermero).

⁴ En Argentina, a partir de las décadas de los años cuarenta y cincuenta, se promovieron procesos de formación a cargo del Estado para el personal auxiliar de enfermería que se había formado como “idóneo” a partir de la práctica empírica (Ramaciotti y Valobra, 2015). En la actualidad coexisten enfermeros con diferentes calificaciones (auxiliares, técnicas y licenciadas) y bajo diferentes formas de contratación. Dado que el proceso de profesionalización generó diversas luchas y resistencias de otros grupos de trabajadores —fundamentalmente de los médicos— y al interior del propio sector de enfermería, éste ha sido objetivo de análisis de diversos estudios nacionales (ver Faccia, 2015; Martin, 2015; Ramaciotti y Valobra, 2015; Wainernan y Binstock, 1992).

Logramos conseguir la reducción de jornada para el sector “no profesional” (José, auxiliar técnico).

El “ser profesional” aparece como un modo legítimo de identificación, con el que se comparan las características de todos los trabajos desarrollados en el HPN. Stuart Hall (2003) afirma que la identificación es un proceso de articulación discursiva que actúa a través de la diferencia, por lo que entraña un trabajo de marcación y ratificación de límites simbólicos, la producción de efectos de frontera. Los significados positivos de los términos sólo pueden constituirse a partir de su negatividad, mediante el señalamiento de una falta, de lo que no-es. Por ejemplo, sólo se es trabajador asalariado en oposición a un Otro-patrón; el segundo término (patrón) funciona como par opuesto indispensable del primero, puesto que si bien señala lo que el primer término no-es (el trabajador asalariado no es patrón), también hace posible su existencia (sin patrón no existiría el trabajador asalariado). En este sentido, el proceso de construcción de un Nosotros siempre implica la construcción de una alteridad.

Ser un trabajador “profesional” implica tanto compartir ciertas características con los que tienen una formación profesional como compartir la diferenciación respecto de Otro “no profesional”. Es a partir del propio proceso de exclusión que el grupo de profesionales se constituye como tal: al excluir al grupo “no profesional”, los trabajadores profesionales son unificados simbólicamente por compartir la misma distancia respecto a los primeros. Dado que toda identidad es relacional en la medida en que cada elemento es lo que el otro no-es, la exclusión del grupo “no profesional” permite la unificación simbólica de los profesionales.

La introducción de esta palabra para referirse a todos los trabajadores es una consecuencia del orden social del hospital puesto que refleja su estratificación interna: ser profesional aparece como categoría identificadora no sólo porque divide y segmenta, sino que además establece una jerarquía.

El hecho de que un grupo aparezca nombrado como “no profesionales” hace que no se reconozca su heterogeneidad interna y que aparezca como un conjunto indiferenciado de trabajadores uniformes. Por más que los enfermeros, técnicos, camilleros, administrativos, personal de mantenimiento, mucamos, choferes y cocineros sean un grupo variado, aparecen como un conjunto indiferenciado. El hecho de que su variabilidad interna sea homogeneizada se debe a que este grupo es definido únicamente con referencia a las características del grupo profesional,

desprovisto de referencias propias. Sólo se define por su oposición con el primero: de ellos únicamente sabemos que “no son profesionales”.

Todos los puestos de trabajo en el HPN requieren cierta formación específica. Por un lado, están los trabajadores técnicos que deben acreditar una formación terciaria de pregrado (que puede ser universitaria o de un instituto de formación superior no-universitario). Los auxiliares técnicos o administrativos requieren comprobar una formación de nivel medio con orientación específica a las tareas que se realizan en el hospital (por ejemplo, en el caso de enfermería, los auxiliares técnicos son egresados de la Escuela Media 23 de la provincia, que es un bachillerato con orientación en enfermería). En el caso de los trabajadores operativos, se requiere acreditar una formación primaria o media sin necesidad de contar con una orientación específica, pero incluso en estos casos el trabajo en una institución sanitaria requiere que los trabajadores se formen en cuestiones específicas de atención, limpieza, utilización de insumos, tecnologías. Este aprendizaje suele darse luego del ingreso al hospital y muchas veces de manera informal. Esto se ve en el siguiente relato, donde un trabajador nos cuenta cómo aprendió a ser auxiliar del sector de electro-medicina a partir del vínculo con sus compañeros de trabajo:

Cada tanto, cada 15 días, 20 días, hacemos un curso digamos, hacemos a la mañana, como te dije, un ateneo de dos o tres horas. Vamos viendo los aparatos que entran, lo que se puede romper para reparar. Eso es más práctico que ir a una universidad, porque lo hacemos ahí, entre nosotros (José, auxiliar técnico).

Lo mismo cuenta una trabajadora del sector de anatomía patológica. Mientras estudió la carrera de técnica de laboratorio, no se imaginó que podría especializarse en histotecnología. Ese aprendizaje específico se dio en el espacio de trabajo:

Me enseñaron todo, todo. Los chicos siempre muy predispuestos... Ellos, los técnicos que están acá siempre. [...] Me fueron enseñando. Por ejemplo, no sé: PAP [Papanicolau] y Giemsa, que son las más comunes, que se hacen manuales, porque las otras las hace la máquina... y esas fueron las primeras que aprendí (Brunela, técnica del sector de anatomía patológica).

Esta variedad de saberes que relatan los trabajadores operativos, auxiliares y técnicos, aparece homogeneizada a partir del señalamiento de la carencia de una profesión. El hecho de ser nombrados como “no

profesionales” no muestra la complejidad de sus saberes específicos, sino que resalta la carencia de una formación universitaria. Es decir, se los menciona como un estrato que posee una densidad simbólica devaluada, una no-densidad, una no-profesión. Se trata de un *dominocentrismo* en la medida en que sólo se referencia del dominado lo que está presente del dominante (Grignon y Passeron, 1991). Aunque posee una composición interna muy diversa (al menos categorizada en la Ley de remuneraciones en tres categorías: operativos, auxiliares y técnicos), el grupo “no profesional” aparece homogeneizado por el señalamiento de la falta de una profesión, como una condición sin cualidades ni distinciones.

Es importante correr la mirada de las prácticas individuales: las relaciones entre profesionales y no profesionales en el HPN no dependen únicamente de las actitudes de las distintas personas, sino del tipo de relación que implica el trabajo hospitalario. Más allá de que las actitudes de los trabajadores tomados en forma individual puedan profundizar o atenuar los conflictos presentes entre estos grupos, el trabajo hospitalario implica una estratificación de las labores cotidianas. Puede ser pensado como una red de puestos de trabajo, relativamente independientes de las personas que los ocupan, que implican distintas demandas de capacitación. Y esta estructura donde se plasman las jerarquías entre diversos puestos de trabajo aparece cargada de valoraciones (la apreciación de la formación académica, la idea de “compromiso” político, la estimación de “responsabilidad” que implican).

Como veremos a continuación, existen tensiones entre las valoraciones de esta estructura de puestos de trabajo jerarquizada y estratificada respecto a los valores de los trabajadores. Durante los conflictos sindicales es usual que los trabajadores “no profesionales” cuestionen la estructura de remuneraciones del organigrama laboral que los “profesionales” justifican con base en la formación específica para el puesto y la “responsabilidad” que implica. Así, estas valoraciones son puestas en tensión por los trabajadores “no profesionales” como criterios autosuficientes para evaluar la estructura salarial del trabajo hospitalario.

RECONOCIMIENTO LABORAL Y CONFLICTO SINDICAL

El hecho que se remarque que algunas personas tienen formación profesional y otras no debe ser entendido en el ordenamiento jerárquico que implica el trabajo de atención sanitaria. Al igual que en el clivaje *esta-*

blecidos y *outsiders* analizado por Norbert Elias y John L. Scotson (2000), aquí las categorías no operan como divisiones perennes o estancas, sino como relaciones sociales entre grupos dentro de una figuración social. “Profesionales” y “no profesionales” no deben ser evaluadas de forma binaria, sino rescatando los procesos sociales que las constituyen, teniendo en cuenta las cadenas de interdependencia que vinculan a distintos grupos en relación con el juego de disputa de poder siempre conflictivo e inestable, un proceso en el que hay un equilibrio fluctuante de la tensión sobre la base de oscilaciones de poder (Elias, 2011). En el entramado del HPN están en juego recompensas económicas y sociales del trabajo, que se tornan formas objetivadas de diferencias sociales (expresadas en la distribución desigual de recursos y oportunidades). En la estratificación entre “profesionales” y “no profesionales” se pone en juego la desigual distribución de reconocimiento laboral y condiciones laborales (especialmente salariales).

Los conflictos por la distribución del salario fueron visibles en el desarrollo de la huelga llevada a cabo por los trabajadores en 2005, en la que se reclamaba un aumento salarial y el mejoramiento de la calidad de la atención sanitaria a través de la provisión de insumos y contratación de personal especializado. Esta huelga fue muy extensa, con paros con retención de actividades durante tres meses consecutivos. La huelga, que empezó siendo masiva y unificada, comenzó a dividirse con el correr de los meses y una división clave en su desarrollo fue entre trabajadores “profesionales” y “no profesionales”.

Si bien la demanda abstracta que exigía un “aumento salarial” era compartida por todos los trabajadores del hospital, los conflictos comenzaron cuando hubo que debatir cómo se repartiría el aumento. Mientras el reclamo de aumento salarial se mantenía en un nivel de generalidad, se conservaba una identidad colectiva (aumento salarial para todos los trabajadores de la salud pública o incluso de todo el Estado provincial), pero el reparto para cada categoría laboral hacía que esa masa de dinero, en principio impersonalizada, se transformara en un objeto de disputa que plasmaba las diferencias sociales presentes en el colectivo de trabajadores. Estaba en juego qué significados, usos y distribución se establecían para el dinero disponible. Dado que se tenía que decidir cómo se repartiría la masa salarial anunciada por el gobierno, los trabajadores debatían cuál sería el criterio más justo. Se habían conformado dos criterios, ambos con sólidos fundamentos en el entramado social del hospital.

Por un lado, los trabajadores “no profesionales” articularon su demanda diciendo: “salario igual a la canasta familiar”. Argumentaban que lo más justo era que ningún trabajador del hospital cobrara menos que la Canasta Básica Total establecida por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (Indec). Era un argumento que hacía base en las condiciones de supervivencia y reproducción básica de un ser humano, de acuerdo con lo establecido por el Estado argentino para las condiciones de consumo actuales según los parámetros nacionales. Estos trabajadores compartían un sentimiento de justicia relacionado con la satisfacción de las necesidades básicas y presentaban ese límite como un criterio válido para establecer cuál debía ser el reparto del aumento conseguido: se debía garantizar que ningún trabajador del hospital tuviera un salario por debajo de la línea de pobreza. Este argumento era válido en tanto apelaba a una sensibilidad compartida por todos, y a un consenso (establecido y legitimado por el Estado argentino) respecto a las condiciones mínimas de vida que tenían que tener los trabajadores.

Sin embargo, aunque parezca un argumento fuerte, este criterio chocaba con otro criterio igualmente válido en el entramado de relaciones del HPN. Si bien en términos abstractos la demanda de “salario igual a la canasta familiar” podía tener un consenso generalizado, los problemas se presentaban cuando se ponían a calcular la masa salarial (finita) propuesta por el gobierno.

Si se garantizaba la demanda de “salario igual a la canasta familiar”, en términos proporcionales correspondería más aumento para los trabajadores de los estratos inferiores y no alcanzaba para garantizar un aumento significativo para el sector profesional. En consecuencia, se articuló otro criterio que, al igual que este primero, gozaba de buena legitimidad y apelaba a las sensibilidades presentes en el espacio hospitalario: si se quería garantizar una buena atención sanitaria en la salud pública, era necesario contar con trabajadores especializados, profesionales formados y comprometidos. Los profesionales afirmaban que los salarios en la salud pública eran muy inferiores a los que se pagaban en las clínicas privadas, por lo que muchos especialistas habían renunciado o pedían dedicación *part-time* en el hospital para poder trabajar el resto de la jornada laboral en el sector privado. La falta de especialistas estaba haciendo que se deteriorara la calidad de la atención sanitaria pública. Si no había aumento salarial para el sector profesional, argumentaban, no habría forma de convencer a los especialistas de que permanecieran trabajando en el sistema público de salud. Por ende, para garantizar la

calidad de la atención era necesario tener buenos salarios para los trabajadores profesionales, que eran quienes hacían funcionar al hospital en sus tareas específicas.

De esta forma, y estableciendo otro criterio igualmente encriptado en términos de universalidad y garantía de derechos de la población, hubo un sector de trabajadores profesionales que argumentó que era necesario establecer primero una “pirámide salarial” justa, pensando las relaciones entre los diferentes agrupamientos y organizando de forma precisa la escala porcentual de esta pirámide. Una vez que hubiera estado establecida la escala, era posible calcular qué aumento correspondía a cada estamento de trabajadores con la masa salarial disponible.

Nosotros estábamos en otro ámbito con responsabilidades diferentes, por lo tanto, los reconocimientos tenían que ser diferentes (Noelia, farmacéutica).

En esta estructura hay una pirámide [salarial]. Y nosotros no podemos no defender una pirámide, porque si no te quedas sin profesionales. Cuando se acható la pirámide, en un momento se acható mucho. ¿A qué llevó? A un desprendimiento impresionante de profesionales que “se iban a la miercoles”.⁵ Vos tenés que generar una pirámide salarial. ¿Qué es lo que se paga? Responsabilidad. Responsabilidad en el laburo. No se paga que vos seas mejor ni peor, ni se paga dignidad como persona, no, no (Marcelo, médico clínico).

No es en la disputa meramente económica por el salario donde encontramos la explicación de la fragmentación de las demandas sindicales, sino en las complejas pautas de comportamiento colectivo presentes en el trabajo hospitalario. Edward Palmer Thompson (1995) nos aconseja evaluar los imperativos morales con que se validan las disputas materiales, puesto que en los mismos están en juego las obligaciones que tienen los distintos grupos de personas. Los conflictos por el salario no pueden verse solamente como una estrategia económica de los actores, pues también están en juego los vínculos entre distintos grupos dentro del hospital, las obligaciones del Estado con los trabajadores y con la comunidad de pacientes del hospital. En esta disputa económica, los trabajadores del HPN pusieron en juego cuestiones políticas y morales de las obligaciones del gobierno: el deber de garantizar tanto la supervivencia de los tra-

⁵ Expresión que denota que los profesionales abandonaban su puesto de trabajo en el hospital para trabajar en otros espacios laborales.

bajadores como una buena calidad de la atención sanitaria pública para todos los neuquinos.

Como nos advierten Oscar Löfgren y Robert Willim (2005), las disputas por dinero no nos hablan únicamente de aspectos económicos, sino también de aspectos culturales. Aquí vemos que las cuestiones salariales son vividas y experimentadas por los trabajadores no sólo como un intercambio de mercado, sino como un indicador de valores y principios en la vida social. Ambos grupos apelan a criterios universales, pero lo hacen demarcando las diferencias entre distintos grupos de trabajadores dentro del hospital.

Cuando explica por qué debe existir una “pirámide salarial”, el médico citado anteriormente participa de un debate interno del colectivo de trabajadores y presenta argumentos teniendo en cuenta la posición de los Otros. En primer lugar, enmarca la demanda salarial en una lucha por la defensa de la salud pública: explica que “había que defender” que existiera una “pirámide salarial” porque si no la mayoría de los profesionales iban a preferir trabajar en las clínicas privadas. Esta argumentación tiene un elemento subyacente que es necesario visibilizar: indirectamente, no sólo habla de los profesionales que se van del hospital por los bajos salarios, sino de los que se quedan a pesar de los bajos salarios. Es decir, también habla de sí mismo y/o de su grupo: su decisión de trabajar en el hospital público no tiene solamente una motivación económica, sino que es presentada como una entrega a una causa superior, a las motivaciones políticas. En este sentido, se ve confirmado el análisis de Dubet (2006: 41) sobre la legitimidad de este tipo de instituciones:

Obedecemos al sacerdote porque representa a Dios, al maestro de la escuela porque es figura de la Razón y de la medida, y al médico porque encarna la Ciencia desinteresada. Obedecemos a todos porque los suponemos capaces [no sólo] de olvidarse, sino de sacrificarse, entregados a una causa superior; son a menudo solteros, no ganan dinero o no tanto como podrían ganar, defienden un bien común antes que defender sus intereses propios.

Los trabajadores profesionales encarnaban aquí a la ciencia desinteresada que se ponía al servicio de la población neuquina. En segundo lugar, este médico aduce criterios relacionados con la dinámica interna de la vida hospitalaria: él explica que “hay que generar una pirámide salarial” en la que se pague la “responsabilidad”. Él no niega que todos los trabajadores tengan responsabilidad sobre su trabajo, pero establece que no todas las

responsabilidades son equivalentes, por lo que la “pirámide salarial” no debería ser más que un reflejo de la pirámide de responsabilidades.

Es una disputa material en tanto está en juego la distribución de recursos (salario) y es una disputa simbólica en tanto articula las distinciones conceptuales que clasifican a los sujetos (responsabilidad, conocimiento, compromiso). Dado que no todas las responsabilidades eran equivalentes (y, por lo tanto, no eran intercambiables), tampoco el dinero que las reflejaba era equivalente a cualquier otro. Pareciera que tanto la responsabilidad en el trabajo como la decisión de permanecer en el hospital podrían traducirse en un reconocimiento salarial. El dinero diferencial que mostraba un reconocimiento laboral conservaba una *dignidad sagrada* o la *cualidad de un valor excepcional* (Zelizer, 2011), puesto que se trataba de un fondo significativo, profundamente subjetivo y no fungible, regulado de manera estricta por las convenciones sociales presentes en el entramado del HPN.

En el debate que desarrollaron estos trabajadores, el salario no implicaba un tipo de intercambio económico impersonal (de venta de la utilización de la fuerza de trabajo), sino que se transformaba en un dinero significativo, construido socialmente, enraizado en la dinámica cotidiana del trabajo y las relaciones entre diversos grupos. De esta forma, el hospital no aparecía únicamente como un espacio de trabajo donde se intercambiaba la utilización de la fuerza de trabajo por un salario, sino que se producían diversas transacciones simbólicas.

Frente a este argumento, los trabajadores “no profesionales” buscaron disputar la asociación entre formación universitaria, responsabilidad laboral y reconocimiento salarial:

Ellos creen que por las características de su trabajo tienen más responsabilidad que el resto, tienen más derecho a ganar mejor que el resto, y que si hay 100 pesos para repartir, a ellos les tocan 70 y a todo el resto de los trabajadores 30. Entonces, como yo no comparto esa visión de cómo ellos repartirían las responsabilidades y la plata, no me asociaría con ellos (Juliana, enfermera y técnica en esterilización).

Ellos siempre sacan esta discusión: “Yo estudié, me formé”. Yo estoy de acuerdo con eso, ellos tienen más formación que yo [...], su responsabilidad es superior. Pero empezamos a discutir que el que menos gana tiene que ser igual a la canasta familiar y después peleamos para arriba (María, administrativa).

La disputa por la pirámide salarial no se construía en abstracto, sino en la red de relaciones del HPN, vinculada con disputas históricamente situadas (momento de decidir cómo distribuir la masa salarial luego de una huelga por aumento de salario) y en oposición a los argumentos de otro conjunto de actores. Que la distribución del dinero del aumento salarial fuera evaluada como justa o injusta era una cuestión que estaba en juego entre estos trabajadores. La organización conflictiva de los procesos políticos se debía, en gran medida, a la coexistencia de estándares morales que imprimían rumbos contradictorios al proceso. Estas evaluaciones morales no eran construidas en abstracto, sino en el desempeño cotidiano en las tareas hospitalarias de cuidado de pacientes y en el rol que ocupaba cada trabajador en ese proceso. Al tensionar los criterios sobre los que se justificaba la pirámide salarial, los trabajadores “no profesionales” no sólo participaban de una disputa por dinero, sino que también ponían en cuestión los criterios sobre los que se basaba la estratificación del trabajo hospitalario.

REFLEXIONES FINALES

A lo largo de este artículo hemos visto que los sentidos asociados con la “profesión” no ingresaban al hospital únicamente desde esferas externas (como puede ser el sistema educativo), sino que eran producidos en la vida hospitalaria en un proceso en el que diversos grupos se posicionan relacionamente. Aquí se analizaron los usos de la categoría “profesional” en los procesos de identificación presentes en el HPN, estudiando las disputas materiales y simbólicas que implicaban entre distintos grupos de trabajadores.

Una de las características fundamentales de la noción de “profesión” en el entramado del HPN es su relación con las categorías del escalafón de salud pública. Los cuatro “agrupamientos” establecidos por la Ley de remuneraciones operaban como referenciales identitarios en las instancias formales de negociación sindical con el gobierno, y deben su validez al hecho de ser producidos por procedimientos legales del Estado. Pero la experiencia de los trabajadores del HPN muestra que no basta con analizar los procesos legales/formales, sino que también es importante estudiar cómo son usadas esas categorías por los propios trabajadores, cuestión que permite matizar la importancia de los procedimientos estatales en la clasificación de la vida social.

En lugar de referirse a las cuatro categorías de agrupamientos legalmente establecidos en el escalafón de salud pública, en el entramado cotidiano del hospital los trabajadores se presentaban por su pertenencia o exclusión del grupo profesional, segmentándose entre “profesionales” y “no profesionales”. El grupo de “no profesionales” era definido únicamente con referencia a las características del grupo profesional, es decir, negativamente, y aparecía como un conjunto indiferenciado de trabajadores uniformes. La enorme variedad de saberes y ocupaciones de estos trabajadores aparece indiferenciada y homogeneizada a partir del señalamiento de la ausencia de una profesión.

Esta división no agotaba otras identificaciones posibles que aparecían constantemente en el trabajo hospitalario, pero en los momentos de conflicto sindical era usual que se focalizara en ella puesto que eran momentos de agudización de la disputa por las condiciones de trabajo hospitalaria, su jerarquización y remuneración. Se generaba un sistema de estratificación interna de los trabajadores en el que estaban en juego recompensas materiales (condiciones laborales y salariales) y simbólicas (reconocimiento laboral). La disputa por la distribución salarial muestra que el dinero aparece como un portador de relaciones sociales significativas para estos trabajadores, y que debe ser analizado en función de las relaciones de estos grupos. Tal como señala Thompson (1995), los conflictos por el salario no pueden verse solamente como una estrategia económica de los actores, pues también están implicados aspectos culturales. El salario se sitúa en el punto de encuentro entre la vida material y la vida simbólica.

BIBLIOGRAFÍA

- ARCE, Hugo Eduardo (2010). *El sistema de salud. De dónde viene y hacia dónde va*. Buenos Aires: Prometeo.
- ARIAS BUCCIARELLI, Mario, y Orietta Favaro (2001). “Reflexiones en torno a una experiencia populista provincial. Neuquén 1960-1990” [en línea]. *Nueva Sociedad* 172. Disponible en <<https://goo.gl/r3rHeG>> [última consulta: 6 de junio de 2017].
- BATTISTINI, Osvaldo, y Ariel Wilkis (2004). “De la familia Falcón a la familia Toyota”. En *El trabajo frente al espejo*, compilado por Osvaldo Battistini, Buenos Aires: Prometeo.

- BELMARTINO, Susana (2005). *La atención médica argentina en el siglo XX: instituciones y procesos*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- BOURDIEU, Pierre (1997). “Espíritus de estado”. En *Razones prácticas: sobre la teoría de la acción*. Buenos Aires: Anagrama.
- BRUBAKER, Rogers, y Frederick Cooper (2002). “Más allá de la identidad” [en línea]. *Apuntes de investigación 7*. Disponible en <<http://goo.gl/DgqmTh>> [última consulta: 6 de junio de 2017].
- BUSSO, Mariana (2007). “Trabajadores informales en Argentina: ¿de la construcción de identidades colectivas a la constitución de organizaciones?” Tesis de Doctorado en cotutela. Argentina y Francia: Universidad de Buenos Aires/Université de Provence.
- DUBAR, Claude (1991). *La socialisation, construction des identités sociales et professionnelles*. París: Armand Colin.
- DUBAR, Claude (2002). *La crisis de las identidades. La interpretación de una mutación*. Barcelona: Ballaterra.
- DUBET, François (2006). *El declive de la institución: profesiones, sujetos e individuos ante la reforma del Estado*. Buenos Aires: Gedisa.
- ELIAS, Norbert (2011). “Estudios de la génesis de la profesión naval”. *Apuntes de Investigación del CECYP* 20: 9-31.
- ELIAS, Norbert, y John L. Scotson (2000). *Os establecidos e os outsiders. Sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade*. Río de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- FACCIA, Karina (2015). “Capítulo X. Continuidades y rupturas del proceso de profesionalización de la enfermería (1955-2011)”. En *La salud pública y la enfermería en la Argentina*, compilado por Carolina Biernat, Juan Manuel Cerdá y Karina Ramacciotti, 315-333. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.
- FOUCAULT, Michael (1988). “El sujeto y el poder”. *Revista Mexicana de Sociología* 50: 3-20.
- FOUCAULT, Michael (2008). *Seguridad, territorio, población*. Buenos Aires: Akal.
- FREDERIC, Sabina (2004). *Buenos vecinos, malos políticos. Moralidad y política en el Gran Buenos Aires*. Buenos Aires: Prometeo.

- FREYTES FREY, Ada Cora (2004). “Las dimensiones biográfica y relacional de la identidad profesional. Un estudio de caso con los docentes del 3er. ciclo de la EGB”. En *El trabajo frente al espejo. Continuidades y rupturas en los procesos de construcción identitaria de los trabajadores*, compilado por Osvaldo Battistini, 45-82. Buenos Aires: Prometeo.
- GRIGNON, Claude, y Jean-Claude Passeron (1991). *Lo culto y lo popular. Miserabilismo y populismo en sociología y en literatura*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- HALL, Stuart (2003). “Introducción. ¿Quién necesita identidad?” En *Cuestiones de identidad cultural*, compilado por Stuart Hall y Paul Du Gay, 17-39. Buenos Aires: Amorrortu.
- JACINTO, Claudia, Mariela Wolf, Carla Bessega y María Eugenia Longo (2007). “Jóvenes, precariedades y sentidos del trabajo”. *Medio Ambiente y Urbanización* 66: 3-26.
- LÖFGREN, Oscar, y Robert Willim (compiladores) (2005). *Magic, Culture and the New Economy*. Nueva York: Berg Publishers.
- LONGO, Julieta (2015). “Temporalidades de los jóvenes en el trabajo Sentidos del trabajo y experiencias del conflicto de empleados de empresas de supermercados durante la posconvertibilidad”. *Theomai* 33: 101-122.
- MARTIN, Ana Laura (2015). “Capítulo VIII. Mujeres y enfermería: una asociación temprana y estable (1886-1940)”. En *La salud pública y la enfermería en la Argentina*, compilado por Carolina Biernat, Juan Manuel Cerdá y Karina Ramacciotti, 257-287. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.
- OFFERLÉ, Michel (2011). “Los oficios, la profesión y la vocación de la política”. *PolHis* 7: 84-99.
- OSZLAK, Óscar (1982). *La formación del Estado Argentino*. Buenos Aires: Ariel.
- PANAIA, Marta (2006a). *Trayectorias de ingenieros tecnológicos. Graduados y alumnos en el mercado de trabajo*. Buenos Aires: Miño y Dávila Editores.
- PANAIA, Marta (2006b). “Una revisión de la sociología de las profesiones desde la teoría crítica del trabajo en la Argentina”. *Estudios del Trabajo* 32: 121-165.

- POZZIO, María (2011). *Madres, mujeres y amantes: usos y sentidos de género en la gestión cotidiana de políticas de salud*. Buenos Aires: Antropofagia.
- POZZIO, María (2012). “Análisis de género y estudios sobre profesiones: propuestas y desafíos de un diálogo posible —y alentador—”. *Revista de Ciencias Sociales* 1: 99-129.
- RAMACCIOTTI, Karina (2015). “Dossier Mujeres, trabajo y profesionalización” [en línea]. Disponible en <<http://historiapolitica.com/dossiers/mujeres-y-profesionalizacion/>> [última consulta: 6 de junio de 2017].
- RAMACCIOTTI, Karina, y Adriana Valobra (2015). “Capítulo IX. Feminización y profesionalización de la enfermería (1940-1955)”. En *La salud pública y la enfermería en la Argentina*, compilado por Carolina Biernat, Juan Manuel Cerdá y Karina Ramacciotti, 287-315. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.
- SAINSAULIEU, Renaud (1985). *L'identité au travail: Les effets culturels de l'organisation*. París: Presses de Sciences Po.
- SOPRANO, Germán (2014). “Agencias estatales y procesos de configuración profesional”. En *Historia de la salud y la enfermedad: bajo la lupa de las ciencias sociales*, compilado por Carolina Biernat y Karina Ramacciotti, 131-147. Buenos Aires: Biblos.
- THOMPSON, Edward Palmer (1995). “La economía ‘moral’ de la multitud en la Inglaterra del siglo XVIII” y “Economía moral revisitada”. En *Costumbres en común*. Barcelona: Crítica.
- WAINERMAN, Catalina, y Georgina Binstock (1992). “El nacimiento de una ocupación femenina: la enfermería en Buenos Aires”. *Desarrollo Económico* 32 (126): 271-284. Disponible en <<https://doi.org/10.2307/3467331>> [última consulta: 6 de junio de 2017].
- ZELIZER, Viviana (2011). *El significado social del dinero*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.

Recibido: 19 de julio de 2016

Aceptado: 29 de mayo de 2017

