



# EL IMPACTO DE LA PANDEMIA EN LA CONFLICTIVIDAD LABORAL DEL SECTOR DE LA SALUD PÚBLICA EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES (ARGENTINA)

**Clara Marticorena**

[claramarticorena@gmail.com](mailto:claramarticorena@gmail.com)

Centro de Estudios e Investigaciones Laborales, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas; Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-7085-9648>

**Lucila D'Urso**

[ldurso@campus.ungs.edu.ar](mailto:ldurso@campus.ungs.edu.ar)

Universidad Nacional de General Sarmiento, Instituto del Conurbano; Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3383-2711>

**Maia Vojnov**

[maia.vojnov@gmail.com](mailto:maia.vojnov@gmail.com)

Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-9259-224>

**Ernesto Alejandro Najmias**

[ernesto.najmias@gmail.com](mailto:ernesto.najmias@gmail.com)

Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-4832-3419>

## Resumen

En el capitalismo contemporáneo, los/as trabajadores/as de la salud han protagonizado conflictos destacados en distintos países como respuesta a la precariedad laboral y a las políticas de austeridad. Las condiciones de trabajo y la conflictividad en este sector de la reproducción social, altamente feminizado, ha ganado creciente atención en el marco de la pandemia.

En Argentina, durante la pandemia los/as trabajadores/as de la salud protagonizaron intensos conflictos en las principales ciudades del país, como Córdoba, Mendoza, Mar del Plata, Neuquén y la Ciudad de Buenos Aires. En este marco, nuestro trabajo indaga el impacto de la pandemia en la conflictividad de los/as trabajadores/as de la salud pública de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Recuperando debates actuales en torno al poder de clase y la

posición estratégica, consideramos la evolución de la conflictividad laboral y sus principales características con el propósito de analizar sus reconfiguraciones durante la pandemia y el modo en que se expresan en las dinámicas de conflicto emergentes en la inmediata post pandemia.

Para el desarrollo de la investigación propuesta utilizamos un enfoque metodológico mixto, basado en el análisis cuantitativo de la conflictividad sectorial a partir de la Base de Conflictos Laborales de la Secretaría de Trabajo, Empleo y Seguridad Social (ex Ministerio), el cual fue complementado con el análisis cualitativo de fuentes documentales y hemerográficas, y de entrevistas a informantes clave.

**Palabras claves:** Pandemia, conflicto laboral, Salud, Sector público, Argentina.

## **THE IMPACT OF THE PANDEMIC ON LABOUR CONFLICT IN THE PUBLIC HEALTH SECTOR IN THE CITY OF BUENOS AIRES (ARGENTINA)**

### **Abstract**

In contemporary capitalism, the health workers have been the protagonists of important conflicts in different countries as a response to labour precariousness and austerity policies. Working conditions and conflicts in this highly feminized sector of social reproduction, have gained increasing attention in the context of the pandemic.

In Argentina, during the pandemic, health care workers were the protagonists of intense conflicts in the main cities of the country, such as Córdoba, Mendoza, Mar del Plata, Neuquén and the City of Buenos Aires. In this context, our work investigates the impact of the pandemic on the conflicts of public health workers in the City of Buenos Aires. Recovering current debates on class power and strategic position, we consider the evolution of labour conflict and its main characteristics to analyse its reconfigurations during the pandemic and how they are expressed in the emerging conflict dynamics in the immediate post-pandemic.

For the development of the proposed research we used a mixed methodological approach, based on the quantitative analysis of the sectoral conflict from the Labor Conflict Database of the Secretary of Labor, Employment and Social Security (ex-Ministry), which was complemented with the qualitative analysis of documentary and newspaper sources, and interviews to key informants.

**Keywords:** Pandemic, Labour conflict, Health, Public sector, Argentina.

## **O IMPACTO DA PANDEMIA NA CONFLITIVIDADE TRABALHISTA NO SECTOR DA SAÚDE PÚBLICA NA CIDADE DE BUENOS AIRES (ARGENTINA)**

### **Resumo**

No capitalismo contemporâneo, os trabalhadores do sector da saúde têm estado no centro de conflitos proeminentes em diferentes países, em resposta à precariedade laboral e às políticas de austeridade. As condições de trabalho e os conflitos neste sector altamente feminizado da reprodução social ganharam uma atenção crescente no contexto da pandemia.

Na Argentina, durante a pandemia, os trabalhadores da saúde foram protagonistas de intensos conflitos nas principais cidades do país, como Córdoba, Mendoza, Mar del Plata, Neuquén e a cidade de Buenos Aires. Neste contexto, o nosso trabalho investiga o impacto da pandemia nos conflitos dos trabalhadores da saúde pública na Cidade Autónoma de Buenos Aires. Recuperando os debates actuais sobre poder de classe e posição estratégica, consideramos a evolução do conflito laboral e as suas principais características para analisar as suas

reconfigurações durante a pandemia e a forma como se expressam nas dinâmicas conflituais emergentes no período imediatamente pós-pandémico.

Para o desenvolvimento da investigação proposta recorreremos a uma abordagem metodológica mista, assente na análise quantitativa da conflitualidade setorial a partir da Base de Dados de Conflitos Laborais da Secretaria do Trabalho, Emprego e Segurança Social (ex-Ministério), a qual foi complementada pela análise qualitativa de fontes documentais e jornalísticas, e por entrevistas a informantes-chave.

**Palavras-chave:** Pandemia, Conflito trabalhista, Saúde, Setor público, Argentina.

## Introducción<sup>26</sup>

En el capitalismo contemporáneo, los/as trabajadores/as de la salud han protagonizado conflictos destacados en distintos países, como respuesta a la precariedad laboral y a las políticas de austeridad (Nowak y Gallas, 2014; Moody, 2017; Womack et al., 2023). Las condiciones de trabajo y la conflictividad en este sector de la reproducción social, altamente feminizado, ganaron creciente atención en el marco de la pandemia.

En Argentina, fue uno de los principales colectivos de trabajadores que protagonizaron la conflictividad social en el contexto de aislamiento y distanciamiento social preventivo y obligatorio, llevando adelante intensos conflictos en distintas ciudades del país, como Córdoba, Mendoza, Mar del Plata, Neuquén y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA).

Los datos agregados sobre la conflictividad laboral para el período, marcan un significativo salto en los niveles de conflictividad en el sector de la salud a nivel nacional en el año 2020, siendo aún mayor en la CABA, donde mantiene niveles elevados en los años inmediatamente posteriores, en el marco de una tendencia descendente en la conflictividad total.

En este contexto, nuestro trabajo busca analizar el impacto de la pandemia en la conflictividad de los/as trabajadores/as de la salud pública en la Ciudad de Buenos Aires. Nos interesa estudiar la evolución de la conflictividad laboral y sus principales características, considerando la frecuencia, el tipo de conflicto, el tipo de reclamo, los actores que impulsan la acción conflictiva, etc. Se busca indagar, asimismo, el modo en que las dinámicas de conflicto emergentes en dicho contexto excepcional, se reconfiguraron (o no) en la inmediata post pandemia.

Las siguientes preguntas guían este trabajo: ¿cuáles son las características de la organización y acción colectiva en este sector de la clase trabajadora? Considerando su carácter esencial ¿cómo impactó la pandemia en el poder de movilización de estos/as trabajadores/as? Teniendo en cuenta que los/as trabajadores/as de la salud están conformados por diferentes colectivos (médicos, profesionales no médicos, enfermeros, residentes, concurrentes, técnicos, etc.), ¿qué diferencias pueden apreciarse entre los distintos colectivos que componen este sector tan fragmentado y heterogéneo?; ¿Cómo incide dicha heterogeneidad en su poder de movilización y negociación?

---

<sup>26</sup> El presente artículo reúne resultados parciales alcanzados en el marco del proyecto UBACYT “Condiciones de trabajo, formas de organización y acción colectiva de los/as trabajadores/as en la pandemia y pospandemia en argentina (2020-2023)”, dirigido por Clara Marticorena.

Para alcanzar el objetivo propuesto, se aborda el análisis de las características del sector de la salud en la CABA, y de las organizaciones sindicales que representan a los/as trabajadores/as de la salud pública en dicho territorio. A su vez, se analizan las regulaciones y disposiciones gubernamentales durante la pandemia, especialmente aquellas vinculadas al sector salud. Para el estudio de la conflictividad sectorial realizamos un análisis cuantitativo de la Base de Conflictos Laborales de la Secretaría de Trabajo, Empleo y Seguridad Social - STEySS (ex Ministerio). Dicha tarea es complementada con el análisis cualitativo de fuentes periodísticas, publicaciones sindicales y entrevistas a informantes clave.

Además de inscribir el análisis propuesto en términos de su impacto en el poder de movilización y negociación de este colectivo de trabajadores/as, la investigación busca contribuir con una mirada agregada al estudio del sector de salud en la CABA, cuyo abordaje se encuentra escasamente desarrollado desde una perspectiva sectorial, dado que los trabajos relevados desde las ciencias sociales suelen centrarse en alguna categoría profesional, predominando estudios sobre enfermería, y desde una perspectiva eminentemente cualitativa.

### **Abordaje teórico-metodológico**

Para el análisis propuesto se desarrolla un abordaje metodológico mixto, basado en el análisis de fuentes secundarias (estadísticas, documentales y hemerográficas), complementado con fuentes primarias.

En este trabajo consideraremos la conflictividad laboral, la cual puede adoptar múltiples formas, y expresarse en modalidades que abarcan desde el lugar de trabajo –solapado con el hogar para muchos/as trabajadores/as durante la pandemia- hasta la esfera pública. Para ello recurrimos a la Base de Conflictos laborales de la STEySS (Secretaría de Trabajo, Empleo y Seguridad Social (ex Ministerio) que, desde el año 2006, releva conflictos colectivos de trabajo en base a 120 medios de prensa de todo el país<sup>27</sup>. Si bien las bases de conflictividad basadas en fuentes hemerográficas difícilmente puedan captar conflictos menores o cotidianos, resulta una herramienta fundamental para el análisis de las dinámicas sectoriales y agregadas de la conflictividad laboral (Ghigliani, 2009; Fransozi, 2017; Laitano y Nieto, 2022).

El período considerado se extiende desde 2016 al 2022, con el fin de ubicar en un contexto más amplio los años de la pandemia e incorporar los años previos, signados por políticas de desfinanciamiento del sector de la salud en CABA. Además de la frecuencia de los conflictos laborales, se tuvieron en consideración las siguientes variables: a) agregación territorial (municipio; provincia; todo el país); b) agregación económica (un establecimiento o empresa; más de un establecimiento o empresa; toda la rama de actividad); c) tipo de reclamo (salarial; no salarial); d) tipo de conflicto (con paro; sin paro) y e) actores que impulsan la acción

---

<sup>27</sup> “La unidad de análisis adoptada es el conflicto colectivo de trabajo, entendiendo por tal la serie de eventos desencadenados a partir de la realización de una acción conflictiva por parte de un grupo de trabajadores o empleadores con el objeto de alcanzar sus reivindicaciones laborales. Entre otras cosas, esto implica que en un mismo conflicto pueden llevarse a cabo varias acciones conflictivas.” (MTESS, 2018: 2). En esta investigación se presenta el análisis de las distintas acciones conflictivas que integran un conflicto colectivo de trabajo.

conflictiva (sindicatos, trabajadores autoconvocados, comisiones internas, otras organizaciones)<sup>28</sup>.

Las mismas resultan relevantes en tanto permiten considerar diversas dimensiones del conflicto laboral que pueden dar cuenta de las formas de organización de un colectivo de trabajadores/as. Por ejemplo, la agregación territorial y económica permite dar cuenta de los niveles de organización de los/as trabajadores/as y el alcance del impacto de las acciones conflictivas en el funcionamiento de la actividad del sector, el tipo de reclamo permite conocer las demandas del sector, e indirectamente, sus condiciones de trabajo y salario. El tipo de reclamo predominante puede ser considerado, asimismo, como expresión de posiciones defensivas (reclamos por pagos adeudados, por despidos, etc.) u ofensivas (aumento salarial, regularización de contratos, etc.). Si bien estas categorías han sido objeto de diversos debates en el campo de las relaciones laborales (Kelly, 1998), y es necesario analizarlas en relación con los procesos sociales en cuyo marco tienen lugar, no dejan de ser relevantes para el estudio de la acción colectiva y la posición relativa de los/as trabajadores/as en relación a los empleadores. En cuanto al tipo de acción, permite observar las distintas formas de lucha que despliega un colectivo de trabajadores/as, adoptando formatos más o menos radicales, desde ocupaciones, bloqueos, paros, hasta manifestaciones y acciones de visibilización o difusión. Por último, en cuanto a los actores que protagonizan la conflictividad, permite conocer el carácter más o menos institucionalizado y estructurado de la organización de los/as trabajadores/as del sector, brindando elementos relevantes para el análisis de las dinámicas y formas que asume el conflicto.

El análisis de la base de conflictos es complementado con el análisis cualitativo de fuentes periodísticas y boletines sindicales, junto con entrevistas a informantes clave seleccionados<sup>29</sup>. La sistematización de las regulaciones laborales sancionadas durante la pandemia se basó en el boletín oficial y fuentes oficiales.

## **La acción colectiva de los/as trabajadores/as de la salud y su poder de clase**

Como mencionamos anteriormente, los/as trabajadores/as de la salud vienen protagonizando en las últimas décadas y, particularmente, durante la pandemia, intensos conflictos laborales en distintas latitudes, configurando una verdadera “marea blanca”.

Para abordar la acción colectiva de estos/as trabajadores/as recuperamos sucintamente diferentes desarrollos en torno al poder de clase. Como desarrollamos en Marticorena y D’Urso

---

<sup>28</sup> Para abordar esta dimensión elaboramos dos variables propias, una para observar el tipo de organización (autoconvocados, sindicatos, asociaciones profesionales, etc.) y otra para indagar las acciones conflictivas en función del actor principal que las desarrolla, ya sea sólo o con otros actores.

<sup>29</sup> En esta oportunidad, con el fin de tener una aproximación general a la conflictividad sectorial, hemos complementado el análisis de la base de conflictividad de la secretaría de trabajo con entrevistas a representantes de distintas categorías profesionales dentro del sector. Para ello hemos entrevistado a un representante sindical que integra la Asociación de Médicos Municipales y la FESPROSA (Federación Sindical de Profesionales de la Salud de la República Argentina), a una representante de ATOGBA (Asociación de Terapistas Ocupacionales del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires) y Federación de Profesionales de la Salud de CABA, a una representante de la Asociación de Licenciados en Enfermería (ALE) y de la Federación de Profesionales de CABA y a 2 residentes de la Asamblea de Residentes y Concurrentes de CABA.

(2021), entre los enfoques destinados al análisis del poder de clase que destacan condiciones estructurales y asociativas, Wright (2000) y Silver (2005) constituyen un punto de partida ineludible. Mientras que el poder asociativo es el que resulta de la organización colectiva de los/as trabajadores/as (en comités de empresa, sindicatos, partidos), el poder estructural hace referencia al poder que los colectivos laborales pueden ejercer por su situación en el sistema económico, cuyo carácter estratégico depende de su impacto disruptivo en el ciclo de acumulación del capital. Silver distingue, a su vez, dos subtipos de este poder estructural: el poder de negociación en el mercado de trabajo (vinculado a la situación de la oferta y demanda de fuerza de trabajo), y el poder de negociación en el lugar de trabajo, resultado de la “situación estratégica de un grupo particular de trabajadores dentro de un sector industrial clave.” (Silver, 2005: 27). El enfoque de los recursos de poder (Schmalz et. al. 2018 y 2019) recuperó estos conceptos agregando el concepto de poder social, vinculado a la capacidad de establecer alianzas con otros sectores y grupos sociales, e instalar discursivamente en la opinión pública las demandas como socialmente legítimas, y el de poder institucional, vinculado a la capacidad de establecer o modificar regulaciones laborales en favor de los/as trabajadores/as<sup>30</sup>.

La movilización y conflictividad de los/as trabajadores/as de la salud en el siglo XXI, con el protagonismo de luchas y huelgas masivas, abrió preguntas por el carácter estratégico de este colectivo, cuya relevancia se puso más que nunca de manifiesto con la pandemia del COVID 19. Si bien la posición de estos/as trabajadores/as ha sido emparentada a la de los/as docentes y trabajadores/as de servicios sociales, Szabó destaca las particularidades que presentan. Según el autor, el sector de la salud es un sector complejo e integrado, con diferentes calificaciones requeridas para distintas tareas, y bajo presiones contradictorias de proletarización y profesionalización (Szabó, 2020: 412). Al compararlo con el sector de la educación, resalta su potencial impacto disruptivo:

“Además, lo que está en juego en la acción colectiva para los usuarios de los servicios es más importante en la asistencia sanitaria. En el caso de una huelga escolar, los padres pueden tener que organizar el cuidado de sus hijos o verse obligados a ausentarse más días de su lugar de trabajo. Sin embargo, la disrupción se siente más directamente en la sanidad, porque los usuarios del sistema sanitario se encuentran en una situación más vulnerable que en el caso de la educación.” (Szabó, 2020: 412, traducción propia)

En este punto, Szabó retoma a Silver (2005), quien destaca el poder estructural de los/as docentes sobre la base de una creciente demanda, intensidad laboral e inmunidad a la relocalización, para señalar que los mismos argumentos pueden ser aplicados a los/as profesionales de la salud:

“...el envejecimiento de las sociedades occidentales requiere más servicios sanitarios y asistenciales, lo que aumenta la demanda de mano de obra. Además, la asistencia sanitaria se basa en la interacción humana en tiempo real y cara a cara, por lo que el poder estructural de la mano de obra es difícil de reducir mediante tecnologías que ahorren trabajo o mediante la

---

<sup>30</sup> En trabajos previos hemos planteado diversas críticas al enfoque de los recursos de poder. Si bien no nos detendremos a desarrollarlas en este artículo, cabe señalar que entre las principales críticas al enfoque es posible mencionar la reducción del análisis del poder de clase al poder sindical, el uso del término “recurso” como una posesión o capacidad preexistente y dada, no como una construcción producto de la organización y acción colectiva, la noción instrumental de estrategia, entre otros aspectos. Para un análisis crítico véase Marticorena y D’Urso (2021 y 2022).

deslocalización (Oesch, 2006). En un aspecto, la posición estructural de los profesionales sanitarios es aún más fuerte que la de los educadores.” (Szabó, 2020: 412, traducción propia)

A partir del análisis de conflictos significativos en Dinamarca, Estonia, Hungría e Irlanda entre 1999 y 2012, Szabó (2020) resalta la importancia que asume en estos conflictos la adaptación de formas de protesta clásicas (la huelga, básicamente), la articulación de demandas por la mejora de los servicios y la coordinación entre grupos de trabajadores:

“...se perfilan tres elementos clave para el éxito de las tácticas: sustituir la huelga masiva por un repertorio más específico de reivindicaciones, enmarcar las demandas salariales en una lucha más amplia por la mejora de los servicios sanitarios y coordinar las acciones de protesta entre grupos de trabajadores con competencias diferentes.” (2020: 411, traducción propia).

Por su parte, Chan, Tsui y Tang (2023), al analizar la huelga de médicos de Hong Kong durante la pandemia, destacan el apoyo que concitó en otros sectores de trabajadores y diversos actores sociales, como elementos clave para sostener la movilización:

“Los trabajadores médicos adoptaron varias estrategias para reforzar el apoyo público y de la sociedad civil: un plan de acción basado en la escalada gradual para equilibrar los intereses inmediatos de los pacientes y los trabajadores de primera línea, así como la conexión con el público y los grupos de pacientes.” (2023: 99, traducción propia)

En una publicación reciente, Womack (Womack et al. 2023) analiza el poder socialmente estratégico de los/as docentes y enfermeros/as, diferenciándolos de aquellos trabajadores/as en una posición materialmente estratégica, como los posicionados en los “cuellos de botella” (choke points) de las cadenas de valor, cuyo poder material descansa en su posición en la organización técnica de la producción capitalista. McAlevey (2023) desarrolla una de las principales críticas a esta idea, planteando la discusión acerca de la importancia de los conflictos en la educación (como la huelga docente de West Virginia), como algo más que una crisis social. McAlevey señala que “Desde el punto de vista de los organizadores [de la huelga], la cuestión es, ¿los trabajadores son capaces de crear una crisis lo suficientemente grande que fuerce a los empleadores a hacer concesiones?” (2023: 110, traducción propia)

En su respuesta, Womack resalta el poder *social* de docentes y trabajadores/as de la salud en relación con la escala de los conflictos como un elemento clave de su carácter disruptivo: “Si estos trabajadores se mueven poco, ganan poco. Si ellos actúan en grande, ganarán realmente en grande, económicamente, contra el capital, por ellos mismos y por su clase.” (Womack et al., 2023: 147, traducción propia). En cuanto al poder material de estos/as trabajadores/as, Womack destaca un efecto directo, cuando paran de trabajar para el capital y lo hacen para la clase obrera, e indirecto, en tanto la salud y la educación son la precondition de la producción, la restauración y reproducción de la fuerza de trabajo (Marticorena, 2023).

En el caso de los/as trabajadores/as de la salud, ¿el carácter esencial de su trabajo durante la pandemia transformó a estos/as trabajadores/as en estratégicos/as en los términos de Womack? Como veremos más adelante, la emergencia sanitaria fue una condición que permitió visibilizar el poder social de este colectivo de trabajadores/as, lo cual motivó mayores niveles de movilización de un colectivo fuertemente precarizado, cuyas condiciones de trabajo empeoraron en el marco de la pandemia. En este sentido, surge la pregunta acerca de si el poder de movilización de estos/as trabajadores/as se tradujo en un mayor poder de negociación, aspecto sobre el cual indagaremos en los próximos apartados.

## Las características del sector de la salud en Argentina

Diversos autores destacan el carácter fragmentado, descentralizado y heterogéneo del sector salud en Argentina (Belardo, 2020; Tobar et al., 2012; Acuña y Chudnovsky, 2002). La fragmentación refiere a la compleja división administrativa, de financiamiento y de cobertura que implica la existencia, a partir de las reformas de los 90, de tres grandes sectores: subsistema público, subsistema de medicina privada y subsistema de obras sociales. El carácter descentralizado del sector refiere a cómo su administración recae principalmente en las provincias y municipios, mientras que su coordinación queda en manos del Estado Nacional. Por último, su heterogeneidad alude a la diversidad de categorías de trabajadores (profesionales, no profesionales, técnicos, auxiliares, residentes, administrativos, etc.) que componen el sector, a la par que da cuenta de las múltiples especialidades existentes (clínicos, cirujanos, pediatras, etc.).

A partir de los años '90 se observa un aumento de la proporción de asalariados, una pérdida de autonomía profesional, el crecimiento del pluriempleo (debido a la caída en los salarios y un aumento de los trabajos a tiempo parcial), la extensión de la jornada laboral y un crecimiento de la precarización y del trabajo informal (Aspiazu, 2010; Baldi, 2018)<sup>31</sup>.

Se trata de un sector mayormente feminizado. Aspiazu (2017) señala que las mujeres suelen ocupar los puestos de menor calificación y reconocimiento social. Subraya que el sistema de salud se construye en base a prácticas y discursos que sostienen y reproducen desigualdades de género y que, por su carácter feminizado, la enfermería se encuentra subestimada, aunque resulte fundamental para la atención y el sostenimiento del sistema.

El sistema de salud se encuentra estructurado en torno a una lógica jerárquica enraizada en el modelo médico hegemónico, que establece valoraciones diferenciales en función de la profesión y rango de los/as distintos/as trabajadores/as, entre profesionales médicos y no médicos, enfermeros, técnicos, residentes, concurrentes. Como veremos más adelante, ello se expresa también en las formas de organización y acción colectiva predominantes.

Según la última Encuesta Nacional sobre Condiciones de Empleo, Trabajo, Salud y Seguridad (ECETSS) realizada en 2018 (SRT, 2019), el sector de los servicios sociales y de salud daba cuenta del 6,5% de la población ocupada, siendo el 69,4% mujeres. Esta rama se ubica en tercer lugar, luego de trabajo doméstico y enseñanza, en porcentaje de ocupados con pluriempleo. Este sector posee el mayor porcentaje de trabajadores bajo exigencias emocionales (51,9%) y el segundo en importancia en exigencias vinculadas al ritmo de trabajo (41,8%). El módulo de relaciones laborales permite apreciar, por su parte, que el 35,4% de los asalariados registrados del sector se encuentran afiliados a un sindicato, levemente por debajo del total de asalariados registrados sindicalizados (36,9%). Si bien ello puede considerarse un indicador del poder asociativo de los/as trabajadores/as del sector, es importante señalar que se trata de un sector fuertemente fragmentado en cuanto a su organización sindical.

---

<sup>31</sup> Tal como señalan Massano y Cappaninni (2023), se trata de tendencias presentes ya en los años 80, al menos con respecto a los profesionales médicos, en tanto expresión de procesos de pauperización y proletarización parcial.

Durante la pandemia, convivió en tensión un discurso que resaltó el heroísmo del personal de salud, con un aumento de la precarización y flexibilización laboral (Aguirre, 2021; Ramacciotti y Testa, 2021; Salerno, 2020), destacándose la sobrecarga laboral, a través de procesos de extensión e intensificación de la jornada, el estrés producto de la alarmante situación durante el COVID, y la falta de condiciones de trabajo adecuadas, salarios insuficientes, entre otras (Elbert et al., 2022, Collado, 2022, Iglesias et. al., 2022). La pandemia puso en primer plano la crisis estructural del sistema de salud (especialmente del de la salud pública) vinculado a los ajustes estructurales de las décadas del 80 y 90, y la creciente precarización de su personal (Salvia et al., 2022).

Se han realizado múltiples informes acerca del aumento del estrés, el *burnout*, la depresión, la ansiedad y las dificultades de conciliar el sueño del personal de salud, especialmente entre enfermeros y residentes, quienes constituyeron la primera línea de atención frente al COVID-19 (Novas et al. 2022; Castro et al. 2022; Scatularo et al. 2021). La sobrecarga de tareas de cuidado, que recae mayormente sobre las mujeres trabajadoras, se profundizó durante la pandemia debido al cierre de establecimientos educativos. A su vez, en el caso de las trabajadoras del sector salud, al ser consideradas personal esencial, no contaron con las licencias otorgadas en otros sectores de actividad para tareas de cuidado. Este sector, por su parte, no adoptó una dinámica de teletrabajo en forma generalizada. La telemedicina fue implementada parcialmente, especialmente en el sector privado y en los Centros de Salud y Atención Comunitaria (CESAC) públicos de la CABA, para realizar el seguimiento de pacientes.

### ***El sistema de salud pública en CABA***

La Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en consonancia con el resto del país, tiene su sistema de salud dividido en tres subsectores: público, privado y Obras Sociales. En el 2020 el 18% de la población de la Ciudad se atendía exclusivamente en la salud pública, porcentaje que ascendió al 20% para el año 2022<sup>32</sup>.

El sistema de salud pública de la CABA se encuentra integrado por 14 hospitales de agudos, 2 hospitales generales de niños, 19 hospitales especializados, 47 Centros de Salud y Acción Comunitaria y 17 Centros médicos barriales distribuidos en las comunas de la Ciudad, 1 Centro de cuidado integral, 2 Centros de salud mental, 2 Centros odontológico-infantiles, y hospitales de gestión mixta (nacional y GCBA), como el Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. "Prof. Dr. Juan P. Garrahan"<sup>33</sup>.

Durante el periodo 2016-2019 la salud pública porteña vivió un proceso de recorte presupuestario, que se expresó en una caída real de los fondos destinados a dicho ministerio y en una pérdida de su peso dentro del presupuesto total del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, que pasó en cuatro años del 17% al 14,8% (Costa y Vacarezza, 2023). En el 2020, se observa un aumento en la inversión en el sector de la salud pública de CABA, pero en 2022 ésta continuaba por debajo de 2016, indicando una caída del gasto público en salud entre puntas. La masa salarial también se redujo notablemente en el período, siendo en 2022 un 11% menor

---

<sup>32</sup> Fuente: Instituto de Estadística y Censos de la CABA (IDECBA).

<sup>33</sup> Fuente: [Establecimientos - Hospitales y Centros de Salud | Buenos Aires Ciudad - Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires](#)

al 2016 (Costa y Vacarezza, 2023). Ello expresa principalmente la disminución de la masa salarial destinada a la planta permanente.

Según información del GCBA correspondiente a septiembre de 2023, los/as trabajadores/as de la salud en el sector público llegaban al total de 37.696 personas, siendo el 53,6% parte de la carrera profesional hospitalaria, el 37% de la carrera de Enfermería y Especialidades Técnico-Profesionales de la Salud y el 9,4% residentes. La distribución de cada categoría según género, muestra que el 66,1% de los trabajadores en carrera profesional hospitalaria eran mujeres, ascendiendo este porcentaje al 74% en el caso de enfermería y especialidades técnico-profesionales y al 76% entre residentes del GCBA.

Desde 2018, los profesionales de la salud de CABA se rigen por el Escalafón Profesional (Ley N° 6.035 – Profesionales de la Salud), quedando por fuera enfermería, instrumentación quirúrgica y bioimágenes, que continúan rigiéndose por el Escalafón General de la administración pública de la ciudad (Ley N° 471 - Ley de Relaciones Laborales en la Administración Pública de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires), lo cual dio lugar a uno de los conflictos actuales del sector.

En cuanto a las residencias constituyen un sistema remunerado de capacitación de posgrado a tiempo completo basado en prácticas hospitalarias que duran entre 3 y 5 años -dependiendo la profesión-. El acceso a estas residencias se realiza a través de un examen único anual. El conjunto de condiciones laborales de los residentes se encuentra regulado por la ordenanza N°40.997, que explicita que los salarios de los residentes se encuentran “atados” proporcionalmente -según año de residencia- a los convenios colectivos de los médicos (incluidos en la ley de carrera profesional de la CABA). Es por este motivo que, en la CABA, los aumentos salariales de los residentes están sujetos a las negociaciones colectivas realizadas por la Asociación de Médicos Municipales y la Federación de profesionales del GCABA. Las concurrencias, en cambio, constituyen un sistema de capacitación profesional de posgrado a tiempo parcial y no remunerado. Es decir, los concurrentes no cuentan ni con salario ni con cobertura de ART.

## **La organización de los trabajadores de la salud en la Ciudad de Buenos Aires**

La representación gremial de los/as trabajadores/as refleja la fragmentación general del sistema. En el subsistema de Obras Sociales, los/as trabajadores/as se encuentran bajo convenio y representación del sindicato del sector al que esa obra social corresponde; por su parte, los/as trabajadores/as de la salud privada se encuadran en la Asociación de Trabajadores de la Sanidad de Argentina - Seccional Buenos Aires, que representa a los/as trabajadores/as no médicos de hospitales privados, laboratorios y centros de cuidados, y que es miembro a nivel nacional de la Federación de Asociaciones de Trabajadores de la Sanidad Argentina (FATSA). Los/as médicos/as de la actividad privada se encuentran representados por asociaciones profesionales, como la Asociación de Médicos de la Actividad Privada (AMAP).

En el subsector público, la representación gremial muestra un grado aún mayor de fragmentación, distinguiéndose los sindicatos de rama, sindicatos “de oficio” o profesionales y agrupaciones gremiales propias de algunos hospitales (Por ejemplo, el Hospital Moyano, el

Hospital Garrahan)<sup>34</sup>. Los/as trabajadores/as que cumplen tareas administrativas, o no tienen una calificación técnica reconocida por el GCBA (como los enfermeros) y se encuentran regidos por la ley de Escalafón General 471, se encuadran en los gremios de trabajadores estatales, el municipal Sindicato Único de Trabajadores de la Ciudad de Buenos Aires (SUTECBA), y la Asociación de Trabajadores del Estado (ATE) o Unión del Personal Civil de la Nación (UPCN), que representan trabajadores de la administración pública nacional y de otras provincias.

Entre los/as trabajadores/as profesionales y técnicos existen diversas representaciones, que dividen a los/as médicos/as y a aquellos/as profesionales no-médicos/as. Los/as primeros/as, están representados por la Asociación de Médicos Municipales (AMM), que es uno de los sindicatos más representativos del sector en la CABA. Otros/as trabajadores/as profesionales en el sistema de salud, como trabajadores/as sociales, psicólogos/as, músico-terapeutas, entre otros, se nuclean en diversas asociaciones profesionales que confluyen en la Federación de Profesionales del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. A estas organizaciones, que buscan representar a los/as trabajadores/as de todos los hospitales dependientes del GCBA, se suman las asociaciones profesionales por hospital, cuyas características y representatividad varían caso por caso, así como el tipo de profesionales que representan.

Dentro del universo de la representación gremial del subsector público se destacan dos problemáticas particulares que afectan a sectores clave del funcionamiento de los hospitales. La primera, es la situación de la enfermería. En los últimos años, la demanda por el reconocimiento del carácter profesional de la calificación necesaria para estas tareas (expresada en títulos de tecnicatura y licenciatura) y la inclusión de la enfermería dentro de la Ley de Profesionales de la Salud de CABA, estuvo presente en la arena pública, como veremos en el siguiente apartado. En la representación de este sector, se destacan la Asociación de Enfermería de Capital Federal (AECF), Asociación de Licenciados en Enfermería (ALE) y, con representación nacional, el Sindicato de Enfermería de la República Argentina (SITRE). La segunda problemática, refiere a los conflictos encabezados por residentes y concurrentes de hospitales y centros de gestión porteña autoorganizados en la Asamblea de Residentes y Concurrentes de la CABA.

## **Las regulaciones durante la pandemia**

Además de las regulaciones generales que modificaron las condiciones de trabajo durante la pandemia<sup>35</sup>, en el sector salud se establecieron regulaciones específicas vinculadas a la esencialidad del sector. Entre estas regulaciones es posible observar una serie de conquistas que expresan el despliegue de cierto poder institucional por parte de estos/as trabajadores/as en el contexto de la emergencia sanitaria.

Una de las primeras luchas en el marco de la pandemia se vinculó con la inclusión del COVID-19 como enfermedad profesional por la SRT (Superintendencia de Riesgos del Trabajo), declarada por decreto (367/2020). Este avance, tuvo, según la Federación Sindical de

---

<sup>34</sup> Véase el mapa sindical en el anexo.

<sup>35</sup> Se destaca la implementación del ASPO (DNU 297/2020), el DNU 329/2020 sobre prohibición de despidos y suspensiones (prorrogado vía DNU 487/2020 y DNU 624/2020), y el DNU 332/2020 que creó el Programa de emergencia de Asistencia al Trabajo y la Producción (ATP), entre otras.

Profesionales de la Salud de la República Argentina (FESPROSA, 2020), diversas limitaciones, dado que los/as trabajadores/as de actividades esenciales no sanitarias debían demostrar la relación fehaciente entre su trabajo y la infección por COVID 19. La FESPROSA señaló, en este sentido, la necesidad de la incorporación del COVID 19 en el listado definitivo de enfermedades profesionales, y reclamó normas complementarias que extendieran la cobertura al personal amparado por los autoseguros provinciales, el personal precarizado y monotributista, sin cobertura de ART.

Si bien los/as trabajadores/as de este sector fueron excluidos del goce de licencias para mayores de 60 años (a diferencia de otros sectores de actividad), manteniendo las licencias y trabajo remoto para personal de riesgo y embarazadas (Res. 207/2020), lograron obtener respuestas parciales (aunque precarias) a sus demandas salariales, por ejemplo, a través bonos extraordinarios (Decreto 315/2020), y la exención del impuesto a las ganancias al personal de salud (Ley 27549). Cada una de estas disposiciones fue producto de la lucha de los/as trabajadores/as de la salud, por mejoras salariales y condiciones de trabajo, así como por medidas de protección, siendo uno de los colectivos de trabajadores más directamente afectados por el contagio y muerte por COVID. Ello se plasmó en la Ley Silvio (Ley 27548) “Programa de Protección al Personal de Salud ante la pandemia de coronavirus COVID-19”, en la cual se determinaron medidas de bioseguridad que deberían cumplimentar los establecimientos de salud, así como la garantía de la provisión de equipamiento de protección personal para los/as trabajadores/as, entre otras normas.

## **Análisis de la conflictividad laboral en el sector salud (2016-2022)**

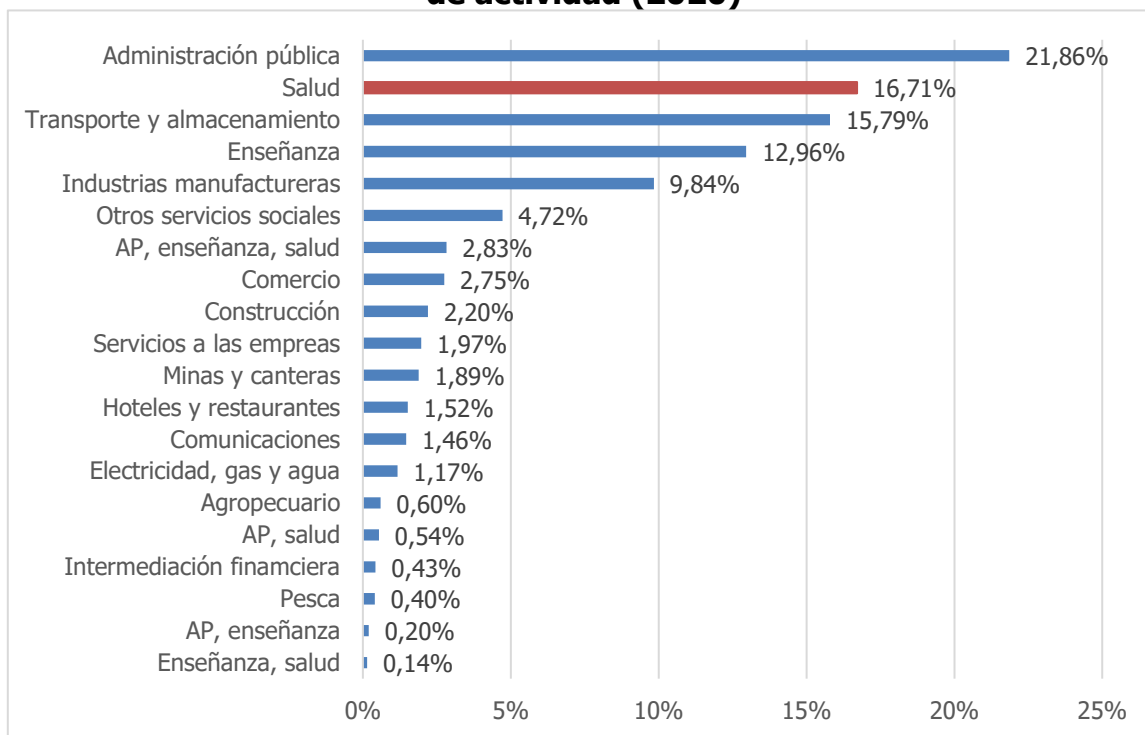
Inscriptas en un ciclo de desmovilización (Piva, 2024) y caracterizado por una clase obrera a la defensiva (Ghigliani, 2020), las acciones conflictivas durante la pandemia presentaron algunos rasgos generales que resulta necesario mencionar. Las condiciones de aislamiento social al inicio de la pandemia se tradujeron en una caída de la conflictividad social y laboral, pero pronto comenzaron a visibilizarse conflictos con características y demandas vinculadas a la situación de emergencia sanitaria y profundización de la crisis económica.

En este sentido, se destacó la disputa por el carácter esencial (o no) de las actividades, el intento de limitar recortes salariales, suspensiones y despidos, demandas por condiciones de salud y seguridad laboral, contratación de personal y regularización de contratos, y disputas por la visibilización de tareas de cuidado, llevadas adelante centralmente por mujeres y disidencias, entre otros aspectos (Basualdo et al., 2020; Marticorena y D’Urso, 2020; Nava y Grigera, 2022; Collado y Roitman, 2024). En cuanto a las formas de protesta, se realizaron “aplausazos” y abrazos simbólicos a lugares de trabajo, debido a las restricciones a la circulación, así como apagones virtuales en el caso de trabajadores/as que pasaron a desarrollar sus tareas en forma remota, como los/as docentes.

En este contexto, el sector salud se destacó por su elevado nivel de conflictividad laboral a nivel nacional. En el período analizado (2016-2022), las acciones colectivas del sector representaron el 15,14% del total. Este porcentaje sólo fue superado por la administración pública, que concentró el 28% de las acciones. Al analizar la distribución por rama de actividad para el año 2020 (gráfico 1), se observa que los conflictos laborales en la administración pública

cayeron 6,14 puntos porcentuales respecto al año previo, mientras que en el caso del sector salud se registra un incremento de 1,57 pp., lo cual reafirma el protagonismo de las luchas de los/as trabajadores/as del sector en el contexto de pandemia.

**Gráfico 1: Distribución de la conflictividad laboral a nivel nacional por rama de actividad (2020)**

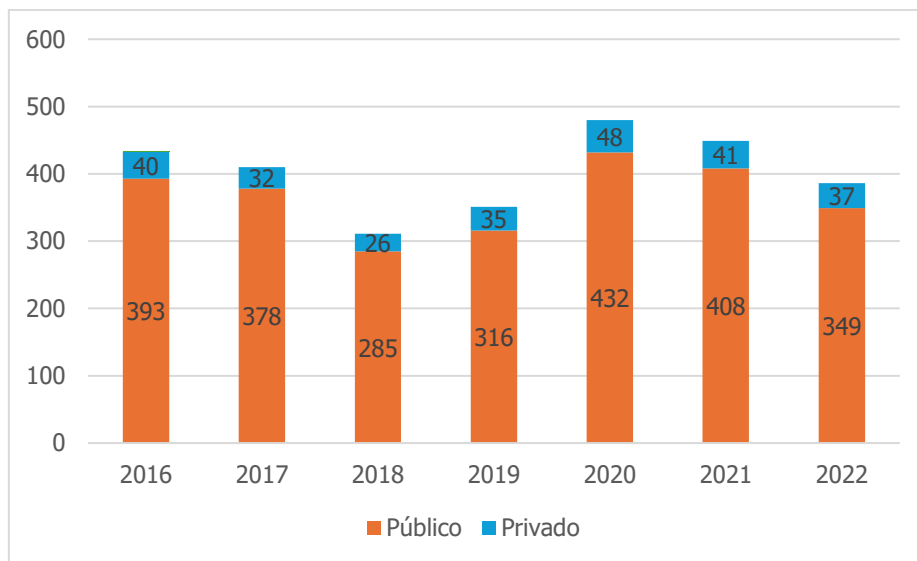


\*AP significa Administración pública.

Fuente: Elaboración propia en base a STEySS

El análisis del período 2016-2022 nos permite observar el impacto de la pandemia teniendo en cuenta la evolución en los años precedentes, signada por las políticas de ajuste presupuestario. Como es posible apreciar en el gráfico 2, se produce un incremento de las acciones conflictivas en pandemia, retornando, en 2022 a los valores previos.

**Gráfico 2: Distribución anual de las acciones conflictivas del sector salud en todo el país (2016-2022)\***



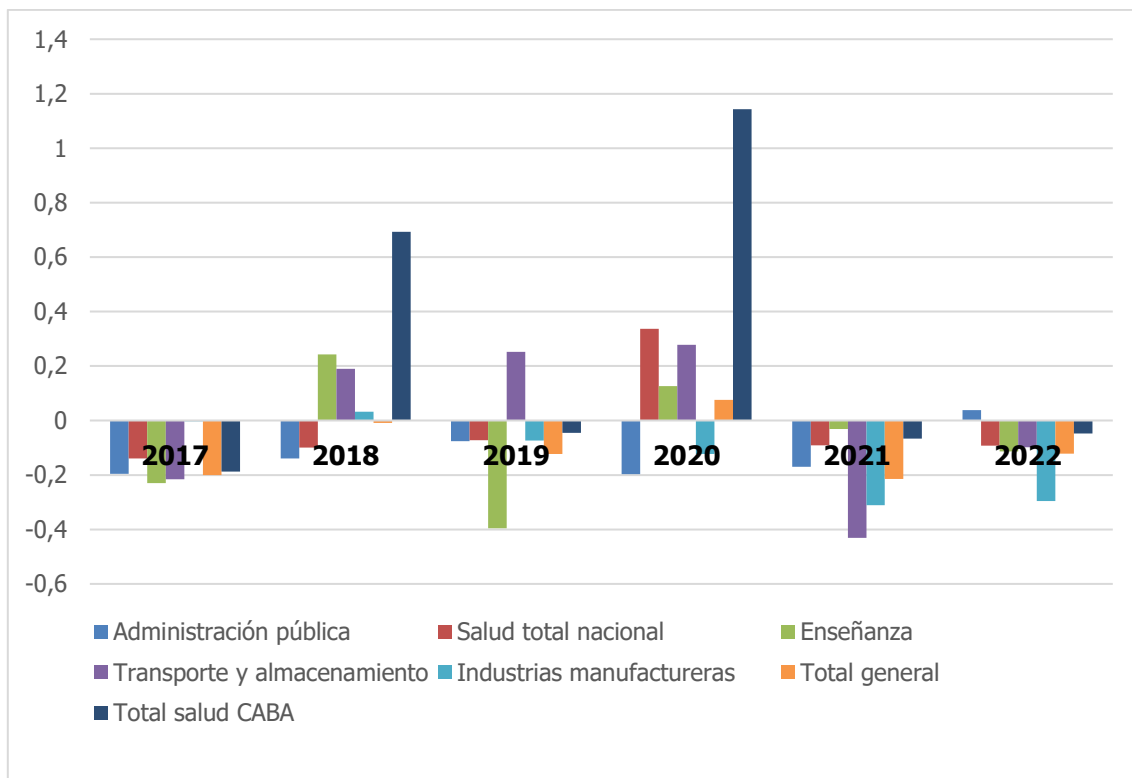
Fuente: Elaboración propia en base a STEySS.

\* se excluyen del gráfico 21 acciones conflictivas que implicaron ambos ámbitos (estatal y privado) 3 en 2017; 1 en 2018; 4 en 2019; 11 en 2020; 1 en 2021 y 1 en 2022.

En cambio, en la CABA, las acciones conflictivas se incrementaron en pandemia y esos niveles se mantuvieron con posterioridad, como expresión de dinámicas conflictuales específicas.

En el gráfico 3 es posible apreciar la variación interanual de la conflictividad en los principales sectores que protagonizaron la protesta en el período estudiado, dando cuenta del significativo aumento que ésta tuvo en la CABA, con un incremento del 114% en 2020 respecto a 2019 mientras que, en el total general, esa variación fue del 8%. En 2021, la tasa de variación interanual de la conflictividad laboral disminuyó en todos los sectores analizados, no obstante, en el sector salud de la CABA esta caída fue una de las más bajas (-7%) junto con enseñanza (-3%), distanciándose de la tasa de variación interanual de -21% que se observa para el conjunto de los sectores.

### Gráfico 3: Tasa de variación interanual de la conflictividad laboral - principales sectores (2016-2022)



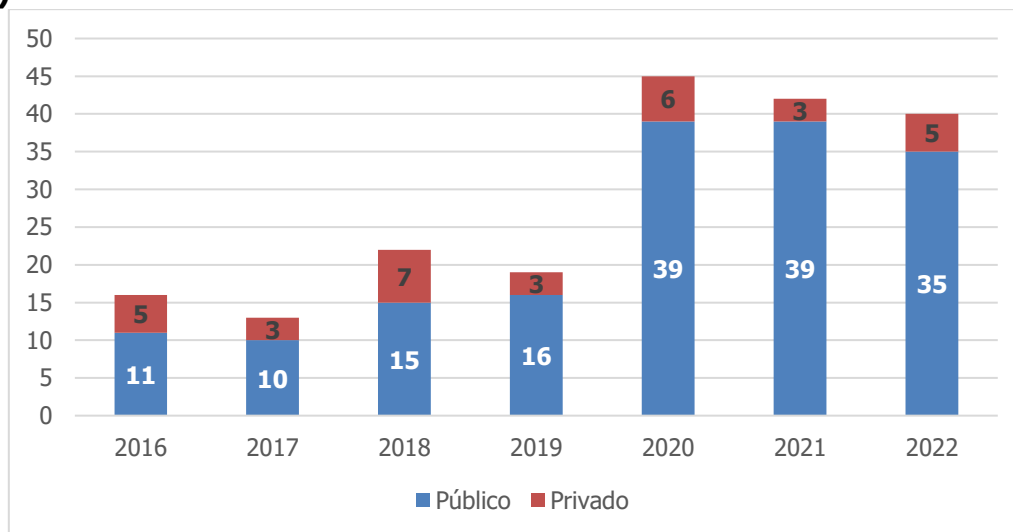
Fuente: Elaboración propia en base a STEySS

Al analizar la distribución de las acciones conflictivas por provincia para el período delimitado, se observa que la mayor cantidad se localizaron en la provincia de Buenos Aires (487), seguida de Santa Fe (260), Córdoba (210) y la CABA (199). Considerando únicamente las acciones conflictivas desarrolladas en el ámbito estatal, la dinámica no muestra grandes variaciones: Buenos Aires sigue concentrando el mayor número de acciones (431), seguida de Santa Fe (222), Córdoba (193), Chaco y CABA (165 acciones conflictivas en ambos casos).

La distribución anual de la conflictividad laboral en la CABA (grafico 4) muestra un salto en 2020, llegando a 45 acciones conflictivas, dinámica que se mantiene en los años posteriores (42 acciones en 2021 y 40 en 2022). Las acciones conflictivas del ámbito público representan el 83% del total (165) y siguen un movimiento similar al que ocurre al considerar los ámbitos privado y público conjuntamente: las acciones conflictivas ascienden en 2020, este valor se mantiene en 2021 y disminuye levemente en 2022.

El nivel de agregación de las acciones conflictivas situadas en la CABA, mantiene la misma dinámica que se observa al analizar el conjunto de acciones de todo el país: prevalecen las acciones descentralizadas, que implicaron a un solo establecimiento (56,3%) en relación a aquellas que implicaron a toda la rama de actividad (39,2%). Ahora bien, al considerar únicamente los conflictos del ámbito público las acciones conflictivas se distribuyen de forma más pareja, lo cual da cuenta de un importante nivel de centralización: hubo 85 acciones que implicaron un solo establecimiento y 87 a toda la rama de actividad, las restantes (8) son aquellas que se desarrollaron en más de un establecimiento. Un elemento distintivo vinculado con la centralización de las acciones conflictivas es el incremento de las acciones por rama de actividad en el contexto de pandemia, manteniendo niveles similares en los años posteriores. En el caso de la CABA se observa un salto de 2 acciones en 2019, a 19 en 2020, tendencia que mantiene en los años posteriores (21 acciones en 2021 y 22 acciones en 2023).

**Gráfico 4: Distribución anual de las acciones conflictivas en CABA (2016-2022)\***



Fuente: elaboración propia en base a STEySS

\*Se excluyen del gráfico 2 acciones conflictivas del año 2019 que implicaron ambos ámbitos (privado y público)

En relación con el tipo de reclamo en el sector público de la CABA (tabla 2), es posible observar una prevalencia de los conflictos no salariales (96) respecto a los salariales (69). Al desagregar las acciones por tipo de reclamo, se destacan aquellas por mejoras salariales y su incremento en el contexto de pandemia, tendencia que se mantiene -e incluso se acentúa- en 2021 y 2022. En el caso de las acciones por reclamos no salariales, prevalecen aquellas por condiciones y medio ambiente laboral, que en el período analizado alcanzan su máximo en 2020 y luego, en 2021 y 2022, se acercan a los valores de los años previos a la pandemia. En 2020 se destacan los reclamos sobre la falta o mala calidad de los insumos, y en el 2021, reclamos sobre condiciones de trabajo y vacunación.

Asimismo, adquieren relevancia aquellas acciones por reclamos contractuales, destacándose los conflictos por despidos o renovaciones de contratos. Dentro del ítem “reclamos contractuales”, en el año 2020 adquiere relevancia la demanda de regularización de contratos laborales durante el primer año de pandemia. Las acciones conflictivas que se incluyen en esta categoría son protagonizadas por los sectores más precarios (enfermeros por reconocimiento profesional, residentes y trabajadores no médicos por regularización contractual). En los años siguientes, predominan los reclamos por despidos o renovación de contratos, originados en la sobrecarga de trabajo durante la pandemia y las nuevas contrataciones realizadas en ese contexto de emergencia.

**Tabla 1: Acciones conflictivas según tipo de reclamo. Salud pública CABA (2016-2022).**

Tipo de reclamo	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
<b>Reclamos salariales</b>								
Demanda de mejoras salariales	2	2		3	13	17	18	55
Pagos adeudados					1	2		3
Negociación o Paritaria (Salarial)	5	2			2	1	1	11
<b>Reclamos contractuales</b>								

Despidos o renovación de contrato	1		5	2	1	7	9	25
Regularización del Contrato Laboral					8	3	3	14
<b>Condiciones de trabajo</b>								
Condiciones y Medio Ambiente Laboral		3	4	5	10	7	1	30
Trato Discriminatorio o Sanciones		2		1				3
<b>Contextuales</b>								
Demandas de seguridad	2	1		1	2			6
<b>Otros</b>								
Otras demandas	1		6	4	2	2	3	18
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>10</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>39</b>	<b>39</b>	<b>35</b>	<b>165</b>

Fuente: Elaboración propia en base a STESS

Respecto a la modalidad de lucha, el 68% de las acciones conflictivas de la CABA fueron sin paro, con una destacada prevalencia de las “movilizaciones y similares” que representaron más de la mitad de las acciones (52,7%). Esta dinámica se mantiene al observar únicamente las acciones situadas en el ámbito público, donde prevalecen las medidas sin paro y las “movilizaciones y similares”. Las movilizaciones, luego de una tendencia ascendente y un fuerte incremento en 2020 y 2021, caen en 2022. En efecto, durante la pandemia, ante las limitaciones planteadas por la cuarentena, se desplegaron distintas acciones de visibilización, como abrazos simbólicos a los establecimientos de salud porteños. En el caso de las acciones con paro, también se observa una tendencia ascendente en el contexto de pandemia, que continúa e incluso se acentúa en los años posteriores, llegando a 19 acciones con paro en 2022.

**Tabla 2: Tipo de acción conflictiva en salud pública de CABA (2016-2022)**

Tipo de acción	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Movilización y similares	4	6	10	10	18	22	9	79
Paros	5	3	1	2	8	10	19	48
Anuncios y alertas		1	1	3	7	4	4	20
Paros más bloqueos, cortes u ocupaciones	1		2	1	2	2	2	10
Bloqueos, cortes u ocupaciones sin paros	1		1		4	1	1	8
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>10</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>39</b>	<b>39</b>	<b>35</b>	<b>165</b>

Fuente: Elaboración propia en base a STESS

En cuanto a los actores que conducen el conflicto es posible observar diversas características específicas del sector. Pese a la preeminencia de las organizaciones sindicales en la organización de las acciones conflictivas, cabe destacar la importancia que asumen aquellos conflictos llevados adelante por actores no insertos en la estructura de las organizaciones sindicales. En este sentido, se observa la importancia de acciones conducidas por trabajadores autoconvocados, solos o como principal actor (el 18% del total de acciones en el período, siendo el segundo actor luego de ATE, que explica el 26% de las acciones), y la importancia de la Asamblea de Residentes y Concurrentes (que explica el 8% de las acciones).

El peso de las acciones de trabajadores autoconvocados y la constitución de la Asamblea de Residentes y Concurrentes, expresan ciertas tensiones en la representación de los/as trabajadores/as del sector, que no podemos abordar en esta oportunidad, pero que pueden estar ligadas tanto a las estrategias sindicales como a las dificultades de sindicalización de sectores profesionales.

En cuanto a las acciones protagonizadas por formas de organización sindical, se destaca la importancia de las acciones conducidas por instancias de base (delegados, CD/CI/JI, que alcanzan el 9%), por un lado, y por otro, la clara fragmentación sindical, donde se distinguen, además de los sindicatos estatales (ATE principalmente), los sindicatos de origen profesional (Médicos –AMM-, enfermeros – ALE-) y de lugares de trabajo (APyT Garrahan). Por último, se destaca el peso de acciones donde se articula el apoyo de diversos actores y colectivos de trabajadores/as del sector (29 de las 165 acciones conflictivas son impulsadas por más de un actor).

Al analizar en forma desagregada por año la evolución de la cantidad de acciones por organización principal/que conduce, se observa un salto en la conflictividad impulsada por sindicatos a partir de 2020. Pero mientras las acciones conducidas por ATE (solo o con otras organizaciones), tienen un salto en el primer año de pandemia y luego decrecen, las acciones impulsadas por la ALE (Asociación de Licenciados en Enfermería) se incrementan.

**Tabla 3: Acciones conflictivas según actor principal. Salud pública CABA (2016-2022)**

Organización que conduce/principal	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total	%
ATE	2	3	3	5	14	10	6	<b>43</b>	<b>26%</b>
Autoconvocados/as	3	1	7	7	6	4	1	<b>29</b>	<b>18%</b>
APYT (Garrahan)	1			2	5	7	5	<b>20</b>	<b>12%</b>
ALE					2	6	11	<b>19</b>	<b>12%</b>
Delegados/JI/CD	1	4	3		1	3	3	<b>15</b>	<b>9%</b>
Asamblea Residentes y concurrentes	3				5	2	3	<b>13</b>	<b>8%</b>
AMM	1		1		2	2	5	<b>11</b>	<b>7%</b>
APSS*		2			1			<b>3</b>	<b>2%</b>
FESPROSA			1		1	1		<b>3</b>	<b>2%</b>
AGIHM**						2		<b>2</b>	<b>1%</b>
Otros				2	2	2	1	<b>7</b>	<b>4%</b>
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>10</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>39</b>	<b>39</b>	<b>35</b>	<b>165</b>	<b>100</b>

Fuente: Elaboración propia en base a STESS

\*APSS: Asociación de Profesionales de Servicio Social

\*\*AGIHM: Asociación Gremial Interdisciplinaria del Hospital Moyano

Ello nos plantea la importancia de profundizar en el análisis de las dinámicas de conflictividad de distintos colectivos de trabajadores/as de la salud. En el siguiente apartado mencionaremos el conflicto que viene protagonizando la enfermería en la Ciudad de Buenos Aires y el resonante conflicto de residentes que tuvo lugar en el año 2022.

## ***Dinámicas de conflictividad emergentes***

### **Enfermería**

La importancia de la enfermería en la atención de la “primera línea” durante la pandemia, reforzó el histórico reclamo de estas trabajadoras por su reconocimiento profesional. Dicho reclamo tuvo un fuerte revés en el año 2018, con la sanción de la Ley N° 6.035 que, como mencionamos anteriormente, excluyó a la enfermería de las categorías incluidas, con el aval de AMM como de la Federación de Profesionales de la Salud. Esto se dio en el marco de una masiva movilización, narrada por una referente del sector como un “hito de la lucha de la enfermería”.

Este reclamo cobró nuevo impulso a partir de la pandemia, en tanto oportunidad de legitimar socialmente el reclamo del sector, sin embargo, no sucedió.

*“El 2018 fue un golpe. (...) El que viniera la pandemia para muchos fue una oportunidad de: ‘ahora sí nos van a reconocer, porque ahora van a ver lo indispensables que somos’. Y eso no (...) todavía estamos lidiando con lo que generó en la enfermería que pese a la exposición, a los cambios que tuvimos que hacer en horarios, en actividades, en tareas, en que nos pusimos el hospital al hombro. (...) Era mucho, mucho trabajo y las enfermeras en general pensaban: ‘ahora sí nos van a reconocer’ y la pandemia no cambió nada, de hecho empeoró varias de las situaciones, porque sufrimos más tareas y es: ‘bueno, ahora que ya las hacen las enfermeras, que las sigan haciendo’, porque naturalizó y dejó claro que no valemos nada para el gobierno básicamente.”* (Representante ALE, Julio de 2024)

La inclusión de la enfermería dentro de la ley de profesionales de la salud supondría que dejaran de encuadrarse en el escalafón general de la administración pública de CABA, y dejaran de estar representados por SUTECBA. El impacto en las organizaciones sindicales del sector, particularmente, la eventual pérdida de un significativo número de afiliados por parte de SUTECBA y el posible impacto en el peso de los sindicatos de médicos y profesionales en las relaciones laborales del sector (por un aumento más que significativo del peso de los profesionales no médicos) serían parte de los motivos detrás de la negativa del ejecutivo de la CABA para incluir a estas trabajadoras dentro de la ley 6035. Otro elemento clave respecto de este conflicto es que parece haber quedado circunscripto a enfermería sin un claro apoyo de otras categorías de trabajadores/as del sector, expresando la fragmentación en la conflictividad sectorial.

Estos/as trabajadores/as continúan luchando por su incorporación en la carrera profesional, apelando a las movilizaciones callejeras, audiencias públicas, presentación de recursos de amparo y proyectos legislativos, articulando la movilización y la acción institucional.

### **Residentes y concurrentes<sup>36</sup>**

Entre los conflictos de mayor relevancia y repercusión social del subsector de la salud pública de la CABA durante la salida de la pandemia, se destaca el conflicto protagonizado por

---

<sup>36</sup> Un análisis detallado del conflicto es desarrollado por Maia Vojnov en el marco de una Beca Estímulo UBACYT otorgada para el desarrollo del plan de trabajo “El conflicto de los/as trabajadores/as residentes en la CABA (2022) a la luz del impacto de la pandemia en el sector de la salud pública”.

residentes y concurrentes de los hospitales públicos de gestión exclusivamente porteña durante los meses de septiembre y noviembre del año 2022.

Este conflicto fue organizado a través de la Asamblea de Residentes y Concurrentes de la CABA: una asamblea de carácter autoorganizado que históricamente nuclea residentes y concurrentes de múltiples profesiones y de diversos hospitales públicos de la CABA (con mayor presencia de trabajadores/as del Tornú, el Gutiérrez y el Elizalde), por fuera de los sindicatos tradicionales del sector.

El conflicto comenzó el 21 de septiembre y finalizó el 15 de noviembre de 2022. Se caracterizó por su intensidad, expresada en el alto nivel de movilización y confrontación sostenida: se realizaron nueve semanas de movilización con cese de tareas y veintiún días seguidos de paro por tiempo indeterminado -garantizando guardias mínimas- (decisión votada en asamblea el 25 de octubre frente al Ministerio de Salud de CABA). En el marco de este conflicto se realizaron múltiples marchas diarias al Ministerio de Salud de CABA y a la jefatura porteña, a la vez que se realizaron marchas de velas, aplausazos (recuperando los repertorios difundidos en la pandemia), postas de salud, entre otras medidas.

Las principales demandas del conflicto consistieron en la exigencia de un aumento del 100% en una cuota para el salario básico neto de los residentes de primer año (que implicaba pasar de un salario neto de 120<sup>37</sup> mil pesos a uno de 250 mil, valor de la canasta básica porteña de ese momento) y, además, la asignación de salario y ART para concurrentes.

A lo largo de este conflicto, los residentes y concurrentes de la ciudad denunciaron la persistente persecución por ausentismo al interior de los hospitales (Suárez, 2022). Las respuestas ofrecidas por Fernán Quirós (el entonces Ministro de Salud porteña) a lo largo del conflicto consistían en el ofrecimiento de aumentos no remunerativos, en cuotas y menores al 100% exigido por la Asamblea. Sin embargo, el reclamo de los residentes logró instalarse socialmente. La escalada del conflicto provocó que, el 8 de noviembre, se realizara un paro nacional en conjunto -en solidaridad con los residentes- convocado por la Asociación de Médicos Municipales, SUTECBA, ATE, Federación de Profesionales de la salud del GCABA, FESPROSA, ALE, SITRE, entre otras.

Finalmente, el 15 de noviembre concluyó el conflicto, tras la firma de Médicos Municipales de un aumento del 99% en una cuota para los residentes, que llevó el salario a 200 mil pesos (Asociación de Médicos Municipales, 2022). A su vez, tras la negociación, se acordó abrir una mesa técnica entre el Ministerio de Salud porteño y la Asamblea para discutir las condiciones laborales de los concurrentes.

## Reflexiones finales

A partir del análisis realizado, es posible observar que el carácter esencial le otorgó al sector una mayor centralidad y visibilidad para realizar reclamos en el contexto de pandemia, al tiempo que profundizó sus condiciones de precariedad laboral. En efecto, se observa un salto

---

<sup>37</sup> Cabe aclarar que este salario R1 refiere al percibido por residentes de hospitales de gestión porteña. Los residentes de hospitales de gestión nacional o mixta -como, por ejemplo, el Garrahan- tenían en ese momento un salario básico superior -180 mil pesos netos R1-.

en la conflictividad sectorial de la salud pública de la CABA durante la pandemia, que se mantiene en los años posteriores como resultado de la aún mayor precarización de las condiciones de trabajo durante la emergencia sanitaria. Este salto expresa la persistencia y profundización de las condiciones de precarización laboral en un sector golpeado por años de ajuste presupuestario.

El salto observado en la conflictividad expresa demandas del sector por condiciones de trabajo, contractuales y salariales, potenciadas por las medidas tomadas en pandemia. Efectivamente, la incorporación de personal en la pandemia para atender el aumento de la demanda en el sector, originó los posteriores reclamos frente a despidos de estos/as trabajadores/as contratados/as en forma precaria. Por otro lado, los bonos, y adicionales otorgados en el contexto de emergencia, dieron también lugar a posteriores reclamos sobre su inclusión al básico, etc. Es decir, la respuesta del gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, basada en una mayor precariedad laboral, se expresó en mayores demandas en contra de esta precariedad.

Ahora bien, el mayor deterioro de las condiciones de trabajo durante la pandemia, no alcanza para explicar el salto observado en la conflictividad sectorial, en tanto la acción colectiva no se deriva mecánicamente de las condiciones materiales en las que se encuentran insertos los sujetos. En este sentido, podríamos decir que la centralidad de los/as trabajadores/as de la salud en la pandemia puso de relieve su poder social, legitimando sus reivindicaciones hacia el interior del colectivo de trabajo, y hacia el conjunto de la sociedad, funcionando como impulso para la movilización.

También pudimos observar el fuerte nivel de fragmentación existente en la representación del sector. Reconsiderando la importante fragmentación y jerarquías que atraviesan al sector de la salud, al tiempo que su carácter interconectado en el proceso de trabajo, es posible plantear que la debilidad del sector en conquistar sus demandas vinculadas a mejoras salariales, estabilidad laboral, condiciones y medio ambiente de trabajo, se articula sobre la base de la fragmentación del colectivo de trabajadores/as.

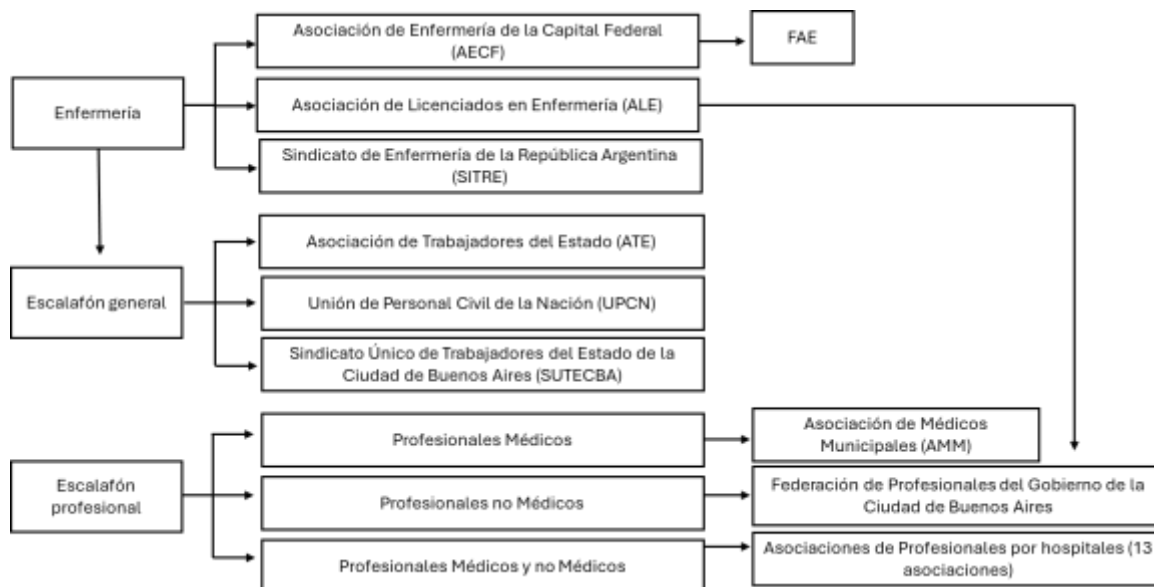
Tomando dos dinámicas de conflictividad emergentes, como la de enfermería y de residentes, podemos observar que el conflicto de residentes, que puede considerarse exitoso en el logro de las demandas inmediatas, fue capaz de articular al conjunto de los/as trabajadores/as de la salud, mientras que el conflicto protagonizado por las enfermeras no logró concitar, al momento, el apoyo de un arco más amplio, quedando circunscripto en el entramado de barreras jerárquicas, materiales y simbólicas que atraviesan al heterogéneo colectivo de trabajadores/as que forman parte del sector de la salud en la CABA.

El análisis alcanzado en este trabajo permite sostener, a modo de hipótesis provisoria, que pese al poder de movilización de los/as trabajadores/as del sector salud, la fragmentación del colectivo de trabajadores/as debilita su poder de negociación. Esto limita las posibilidades de mejorar sus condiciones laborales y salariales en un sector que resulta estratégico a nivel social, pero con escaso poder estructural en términos económicos.

En futuras indagaciones será necesario considerar las distintas estrategias de construcción sindical y el modo en que éstas reproducen o, por el contrario, buscan combatir la fragmentación, para abordar su vínculo con las características de la conflictividad hasta aquí analizadas.

## Anexo

**Figura 1. Mapa sindical de la Salud Pública en CABA**



\*Estas asociaciones en algunos casos incluyen al personal técnico de los hospitales.

Fuente: Elaboración propia en base a fuentes primarias y secundarias.

## Bibliografía

Acuña, C. H. y Chudnovsky, M. (2002). El sistema de salud en Argentina. *Centro de Estudios para el Desarrollo institucional*. <http://www.bibleduc.gov.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/salud.pdf>

Aguirre, S. (2021). “Si gana salud, gana el pueblo”. Clase, etnia y género en el conflicto de salud de la provincia de Neuquén, Argentina (2021). *Polis [Online]*. 60. <http://journals.openedition.org/polis/20943>

Alonso, V., Hoffmann, M. M., Romero, P. M., Sánchez, L. P., Campoy, P. P., Fuertes, S., y Varela, M. S. (2022). “A nosotras no nos sirven los aplausos”. De la vocación a la visibilización de trabajadores de salud pública durante la pandemia en Mar del Plata, Argentina”. *Cuadernos de H ideas*, vol. 16, (núm. 16). <https://doi.org/10.24215/23139048e070>

Aspiazu, E. (2010). Los conflictos laborales en la Salud Pública en la Argentina. *Trabajo, Ocupación y Empleo. Serie Estudios* 9, MTEySS. Julio. <https://cdi.mecon.gov.ar/bases/doc/mintrab/trabajo/9.pdf>

----- (2017). Las condiciones laborales de las y los enfermeros en Argentina: entre la profesionalización y la precariedad del cuidado en la salud. *Trabajo y Sociedad*, (28), 11-35. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/71306>

Basualdo, V. y Peláez, P. (2020). Procesos de conflictividad laboral en el marco de la pandemia del COVID-19 en Argentina (marzo-mayo 2020). FLACSO. <https://www.flacso.org.ar/publicaciones/procesos-de-conflictividad-laboral-en-el-arco-de-la-pandemia-del-covid-19-en-argentina-marzo-mayo-2020/>

Belardo, M. (2020). Covid-19 y el sistema de salud en Argentina: lo que nos revela la pandemia. En Goren, N. y Ferron, G. *Desigualdades en el marco de la pandemia: reflexiones y desafíos*. EDUNPAZ.

Castro, H. M., Prieto, M. A., y Muñoz, A. M. (2022). Prevalencia de síndrome de burnout en personal de salud durante la pandemia de COVID-19 y factores asociados. Estudio de corte transversal. *Medicina (Buenos Aires)*, 82(4), 479-486. [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0025-6802022000600479](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-6802022000600479)

Chan, C., Tsui, W. and Tang, L. (2023). The practice of social movement unionism: COVID-19 and the Hong Kong medical workers' strike. *Work in the Global Economy*, 3(1): 89–107. <https://doi.org/10.1332/273241721X16807754665367>

Collado, P. y Roitman, S. (2024). Conflicto laboral y politicidad emergentes en la Argentina pandémica. *Revista Utopía y Praxis Latinoamericana*, 29 (104). <https://doi.org/10.5281/zenodo.10501681>

East, S., Laurence, T. y López Mourelo, E. (2020). Covid-19 y la situación de las trabajadoras de la salud en Argentina. *OIT-UNFPA-ONU Mujeres*. <https://www.ilo.org/es/publications/covid-19-y-la-situacion-de-las-trabajadoras-de-la-salud-en-argentina-0>

Elbert, R., P. Boniolo P., y P. Dalle, P. (2022). Trabajadores y trabajadoras en actividades claves durante la pandemia de Covid-19 en Argentina: precariedad, supervivencia y organización colectiva. *ILO Working Paper* 66. <https://www.ilo.org/es/publications/trabajadores-y-trabajadoras-en-actividades-claves-durante-la-pandemia-de-1>

Franzosi, R. (2017). La prensa como fuente de datos socio-históricos: Cuestiones sobre la metodología de recolección de datos a partir de periódicos. *Revista de Estudios Marítimos y Sociales*, 11. <https://estudiosmaritimossociales.org/archivo/remss-11/franzosi-pdf/>

Ghigliani, P. (2009). Acerca de los estudios cuantitativos sobre conflictos laborales en Argentina (1973-2009): reflexiones sobre sus premisas teórico-metodológicas. *Conflicto Social*, 2(2), 76-97. <https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/CS/article/view/424/382>

----- (2020). La clase obrera a la defensiva (2015-2020). *Plaza Pública*, 13(23), 134-158. <https://ojs2.fch.unicen.edu.ar/ojs-3.1.0/index.php/plaza-publica/article/view/853>

Kelly, J. (1998). *Rethinking industrial relations: mobilization, collectivism and long waves*. Routledge.

Laitano, G. y Nieto A. (2022). Introducción. En Laitano y Nieto (Comps.): *La conflictividad social en la historia reciente. Estudios sociohistóricos entre lo local y lo regional*. Teseo, pp. 15-70.

Marticorena, C. (2023). Reseña de *Labor Power and Strategy*. John Womack Jr. Edited by Peter Olney and Glenn Perušek. PM Press: Oakland. 2023. 208 pp. *Global Labour Journal*, 14(3), 315-318. <https://doi.org/10.15173/glj.v14i3.5540>

Marticorena, C. y D'Urso, L. (2020). Los/as trabajadores/as frente a la pandemia: regulaciones, negociación colectiva y conflicto. Serie *El trabajo en los tiempos de la Covid-19*, CEIL-CONICET, N° 7. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/121177>

----- (2021). El poder de los/as trabajadores/as: una revisión crítica de los abordajes conceptuales para su estudio. *Revista de Estudios Marítimos y Sociales*, N° 18. <https://estudiosmaritimossociales.org/remss/remss18/07.pdf>

----- (2022). Strategic position and trade union power: an analysis of trade union strategies in the automotive, chemical and edible oils sectors in Argentina (2003-2015). *Global Labour Journal*, 13(3), 281-304. <https://doi.org/10.15173/glj.v13i3.4929>

Massano, J. P. y Cappannini, A. (2023). Conflictividad y estructura social. Algunas reflexiones teóricas a partir de un estudio de caso: el conflicto CGT vs. corporaciones médicas de 1985-1986. *Estudios del Trabajo*, 65. <https://ojs.aset.org.ar/revista/article/view/128/197>.

McAlevey, J. (2023). How to read Womack. En Womack, J., Olney, P. and Perušek, G, *Labor Power and Strategy*. PM Press, 107-112.

Moody, K. (2017). *On new terrain*. Heymarket Books.

Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social (MTEySS) (2018). *Metodología para el relevamiento, sistematización y análisis de los conflictos laborales colectivos*. MTEySS.

Nava, A. y Grigera, J. (2022). “Pandemia y protesta social en América Latina: tendencias, actores y demandas de la conflictividad social y laboral en Brasil Argentina, Chile y Colombia. 2019-2020.” En *Archivos de historia del movimiento obrero y la izquierda*, X (20), 111-138. <https://www.archivosrevista.com.ar/numeros/index.php/archivos/article/view/347>

Novas, S. V., Nahmod, M., Nespral, M., Bori, C., Zappa, L. M., Korin, H., & Pena, F. (2022). Frecuencia de ansiedad, estrés postraumático y “burnout” en personal de salud en hospitales de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina, en el contexto de la pandemia por COVID-19. *Vertex Revista Argentina De Psiquiatría*, 33(155), 25–35. <https://doi.org/10.53680/vertex.v33i155.133>

Nowak, J. y Gallas, A. (2014). Mass Strikes Against Austerity in Western Europe – A Strategic Assessment. *Global Labour Journal*, 5(3), 306-321. <https://doi.org/10.15173/glj.v5i3.2278>

Piva, A. (2024). Entre la resistencia y la desmovilización. Una aproximación cuantitativa al estudio del conflicto obrero en Argentina, 2006-2022. *Apuntes*, 97, 21-61. <https://doi.org/10.21678/apuntes.97.2195>

Ramacciotti, K. (ed.) (2023). *Estudiar, cuidar y reclamar. La enfermería argentina durante la pandemia de COVID-19*. Editorial Biblos.

Ramacciotti, K. y Testa, D. (2021). ¿Trabajadoras o heroínas? Cuidados sanitarios en tiempos de crisis. *Rev. Ciencias Salud*, 19, 1-19. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.10598>

Salerno, P. (2020). Enfermeras en pandemia: el discurso público, entre el cuidado y la heroicida. *Poliedro*, 2020, 197-216. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/122582>

Salvia, A., Poy, S., Lorena Pla, J. [comps.]. *La sociedad argentina en la pospandemia: radiografía del impacto del covid-19 sobre la estructura social y el mercado de trabajo urbano*. Siglo XXI Editores. <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/15414>

Scatularo, C., Battioni, L., Bellia, S., Costa de Robert, S., De las Nieves Gatti, M., Racki, M., Soracio, G., Lescano, A., Giorgini, J., & Pereiro, S. M. (2021). Impacto psicofísico de la pandemia COVID-19 en trabajadores de la salud en Argentina: Encuesta ImPPaCTS-SAC.20.

*Revista argentina de cardiología*, 89(3), 204-210.  
[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1850-7482021000300204](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-7482021000300204)

Schmalz, S., Ludwig, C. y Webster, E. (2018) The Power Resources Approach: Developments and Challenges. *Global Labour Journal*, 9(2): 113–134.  
<https://doi.org/10.15173/glj.v9i2.3569>

----- (2019) Power Resources and Global Capitalism. *Global Labour Journal*, 10(1), 84–90. <https://doi.org/10.15173/glj.v10i1.3824>

Silver, B. (2005). *Las fuerzas del trabajo. Los movimientos obreros y la globalización desde 1870*. Editorial Akal.

Szabó, I. G. (2020). Professionals on the road to contention: social movement unionism in healthcare labour disputes across Europe. *Economic and Industrial Democracy*, 43(1), 410–30. <https://doi.org/10.1177/0143831X20903090>

Tobar F., Olaviaga S., y Solano R. (2012). Complejidad y fragmentación: las mayores enfermedades del sistema sanitario argentino. *Documento de Políticas Públicas*. Análisis N° 108. CIPPEC.

Womack, J. (2008). *Posición Estratégica y Fuerza Obrera. Hacia una Nueva Historia de los Movimientos Obreros*. Fondo de Cultura Económica.

Womack, J., Olney P., and Perušek, G. (2023). *Labor Power and Strategy*. PM Press.

Wright, E. O. (2000). Working Class Power, Capitalist Class Interest, and Class Compromise. *American Journal of Sociology*, 105(4), 957–1002.

## Fuentes

Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2022, 14 de noviembre). Revisión Paritaria. <https://www.medmun.org.ar/12955-revision-paritaria/>

Costa, J. P. y Vacarezza, C. (2023). El gasto público en la Ciudad de Buenos Aires entre 2016 y 2022: Capítulo Salud. *Informe CEPA*, N° 302. <https://centrocepa.com.ar/informes/422-el-gasto-publico-en-la-ciudad-de-buenos-aires-entre-2016-y-2022-capitulo-salud>

Federación Sindical de Profesionales de la Salud de la República Argentina – FESPROSA (2020). Boletín N° 06/2020. [Boletín N°06/2020 FESPROSA – FESPROSA](#)

Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud (2020). *Fuerza de trabajo en el sector salud en Argentina, datos 2019*. [Fuerza de trabajo en el sector salud en Argentina](#)

Suárez, M. (2022, 14 de Octubre). Pedido de listas y amenazas: residentes porteños denuncian persecución contra quienes paran. *Tiempo Argentino*. [Pedido de listas y amenazas: residentes porteños denuncian persecución contra quienes paran \(tiempoar.com.ar\)](#)

Superintendencia de Riesgos del Trabajo - SRT (2019). *Encuesta Nacional a trabajadores sobre Condiciones de Empleo, Trabajo, Salud y Seguridad (ECETSS)*. CABA. [ecetss\\_informe.pdf \(argentina.gob.ar\)](#)

## **Semblanza**

### **Clara Marticorena**

Doctora en Ciencias Sociales (UBA). Investigadora Adjunta (CEIL-CONICET) y docente en la Facultad de Ciencias Sociales (UBA). Últimas publicaciones: “Strategic position and trade union power: a comparative study of the automotive, chemical-petrochemical and oil sectors in Argentina (2003-2015)” en *Global Labor Journal* (2022, en coautoría con L. D’Urso); “Working-class conditions and resistances in contexts of austerity in Argentina”, en Atzeni Maurizio, Mezzadri Alessandra, et al. (Eds.) *Handbook of research on the Political Economy of Work*. Reino Unido: Edward Elgar (2023, en coautoría con L. D’Urso).

### **Lucila D’Urso**

Doctora en Ciencias Sociales (UBA). Investigadora Docente Adjunta (ICO-UNGS) y Profesora Adjunta (UBA). Últimas publicaciones: “Trade union solidarity in crisis: The generative tensions of labour activism in Argentina” en *Work, Employment and Society* (2023, en coautoría con A. Fishwick); “Strategic position and trade union power: a comparative study of the automotive, chemical-petrochemical and oil sectors in Argentina (2003-2015)” en *Global Labor Journal* (2022, en coautoría con C. Marticorena).

### **Maia Vojnov**

Estudiante avanzada de la Carrera de Sociología (FSOC-UBA). Becaria estímulo UBACYT. Integrante del proyecto UBACYT “Condiciones de trabajo, formas de organización y acción colectiva de los/as trabajadores/as en la pandemia y pospandemia en argentina (2020-2023)”.

### **Ernesto Alejandro Najmías**

Estudiante avanzado de la Carrera de Sociología (FSOC-UBA). Integrante del proyecto UBACYT “Condiciones de trabajo, formas de organización y acción colectiva de los/as trabajadores/as en la pandemia y pospandemia en argentina (2020-2023)”.

## **Disciplina académica y subdisciplinas en las que se inscribe el artículo**

Sociología laboral; Sociología del conflicto social; Relaciones laborales

**Tipo, método o enfoque del estudio:** Enfoque metodológico mixto; estudio sectorial.