

Cuadernos del Seminario N° 5  
“La lucha del Hospital Garrahan: la  
reproducción social en disputa”



*Seminario de investigación  
Los trabajadores en la Argentina actual  
Carrera de Sociología - UBA*



Universidad de Buenos Aires  
Facultad de Ciencias Sociales  
Carrera de Sociología

Cuadernos del Seminario N° 5  
"La lucha del Hospital Garrahan: la reproducción social en disputa"

**Seminario de Investigación**  
***Los trabajadores en la Argentina actual.***  
**Carrera de Sociología UBA**

**Profesora titular:** Paula Varela

**Jefa de Trabajos Prácticos:** Mariela Cambiasso

**Ayudantes de primera:** Josefina Lazcano Simoniello  
Juliana Yantorno  
Mariano Gonzalez Vilas

Este Documento de Cátedra forma parte de una serie que tiene como propósito difundir los informes finales aprobados por los estudiantes del Seminario como resultado del trabajo de investigación desarrollado colectivamente a lo largo de la cursada.

La Catedra solicita a quienes quieran citar los siguientes trabajos lo realicen indicando la referencia completa: autores, fecha, título del capítulo en *Cuadernos del Seminario N°5, Seminario de Investigación "Los trabajadores en la Argentina actual", Carrera de Sociología de la UBA.*

Ilustración de tapa y contratapa: JULIETA LONGO

# INDICE

Presentación.....	<b>4</b>
1. Las subjetividades en juego en la defensa de la salud pública. El conflicto en el Hospital Garrahan. <i>Malena Benz, Mayra Tamara Duarte, Rocío Irene Monserrat, Abril Pérez Piquer y Eduardo Gabriel Vázquez</i> .....	<b>6</b>
2. Diferencias en las percepciones de la precarización en el ámbito de la salud pública según género y edad. <i>Yanina Saucedo, Francesco Colicchia, María Clara Casaravilla, Jessica Germine, Pedro Mazzoni</i> .....	<b>35</b>
3. Entre el hospital y la vida personal: tensiones en la frontera trabajo-vida en los trabajadores del Garrahan. <i>Pedro Aguilar, Tatiana Falótico, Valentina Sagnes y Jeremías Lasmaries</i> .....	<b>60</b>

## Presentación

El conflicto que protagonizaron las y los trabajadores del Hospital Garrahan en el año 2025 contra el ajuste presupuestario impuesto por el gobierno de Javier Milei rápidamente se instaló en la agenda pública. Nos conmovió y emocionó, nos enojó y nos unió detrás de una causa común: la defensa del hospital de niños más importante de Argentina y América Latina, y también de la salud pública como un derecho social y humano fundamental. El reclamo inmediato era por salario, pero sus trabajadores desde el inicio dejaron en claro que estaba en juego mucho más que eso: los recortes presupuestarios y el ajuste del gobierno ponían en riesgo la propia existencia del hospital. Fueron muchos meses de paros, asambleas, marchas, clases públicas, abrazos simbólicos al edificio, y otras acciones en las que participaron no sólo sus trabajadoras y trabajadores sino también los pacientes, ex pacientes, sus familias, otros sectores de trabajadores en lucha, personalidades de la cultura y la política que se solidarizaron y acompañaron los reclamos. Que la lucha adquiriera unidad al interior del hospital, y a la vez lograra traspasar sus muros fue central para conquistar el apoyo de la comunidad y finalmente lograr un triunfo parcial para algunas de sus demandas. Por eso, en 2025 decidimos orientar la investigación de nuestro Seminario al estudio en profundidad de este conflicto, al que definimos como una lucha testigo de la reproducción social asalariada, en tanto colocó en el centro del debate la reproducción de la vida de la clase trabajadora y propuso pensarla desde un enfoque opuesto a la producción de ganancias.

Como sostiene Paula Varela, el contexto actual de crisis de reproducción social -que avanza precarizando el empleo, destruyendo y privatizando los servicios públicos y recortando los recursos disponibles en los hogares- surgen distintos tipos de luchas por la reproducción social. Las luchas por la reproducción social asalariada, son aquellas que se desarrollan en instituciones públicas o privadas donde se reproduce la fuerza de trabajo, como los hospitales, las escuelas y otras instituciones de cuidados, donde la feminización de la fuerza de trabajo se constituye en un rasgo característico fundamental. Esto permite pensar en la posición estratégica de sus trabajadoras, sobre las que principalmente recae el trabajo de reproducción social de la fuerza de trabajo (que es condición de posibilidad para la propia existencia del capitalismo), y en la posición socio-reproductiva de sus trabajadores como fuente específica y diferenciada de poder de clase (Varela, 2024: 27). Estas definiciones teóricas sobre las que debatimos en clase, nos permitieron acercarnos al caso para pensarlo como un espacio de relación entre lo laboral y lo territorial, el lugar de trabajo y la comunidad.

Esta propuesta de investigación se inscribe en el compromiso que venimos sosteniendo desde hace más de 15 años en nuestro Seminario de Investigación de la Carrera de Sociología: "Los trabajadores en la Argentina actual", desde donde invitamos a las y los estudiantes que cursan a hacerse preguntas sobre cómo vive y piensa la clase trabajadora: cuáles son sus principales problemas y demandas, sus formas de organización, sus luchas, sus condiciones de trabajo, sus estrategias cotidianas de reproducción social, sus formas de politización, sus contradicciones, etc. Se inscribe en nuestra propuesta de hacer Sociología, involucrándonos con la realidad que queremos explicar y con los problemas y desafíos que enfrenta hoy nuestra clase. En definitiva, se

enraíza en definiciones teóricas y políticas concretas, que operan como respuesta a una pregunta clásica que ha atravesado a nuestra disciplina: "Sociología ¿Para qué?". En este sentido, apostamos a la investigación colectiva, y al aula como espacio privilegiado para la producción de conocimiento crítico y comprometido con los intereses de la clase-que-vive-del-trabajo, al decir del sociólogo brasileiro Ricardo Antunes (2003).

Partiendo de este bagaje, iniciamos el cuatrimestre construyendo colectivamente una guía de entrevista común en base a tres ejes centrales: a- las percepciones de las y los trabajadores en torno al conflicto que estaban protagonizando, b- sus condiciones de trabajo en el hospital, y c- el impacto del trabajo asalariado en su vida personal y en sus hogares. Realizamos 15 entrevistas en profundidad, en base a una muestra organizada a partir de tres criterios: género, edad y sector de trabajo. Siempre buscando que al interior de cada agrupamiento por género y edad quedaran representados distintos sectores de trabajo: enfermería, residencia, áreas médicas y técnicas, administración, cocina, etc.

En los Cuadernos del Seminario N°5 podrán leer los trabajos aprobados y autorizados para su publicación por las y los estudiantes que cursaron nuestro Seminario durante el segundo cuatrimestre de 2025. Aunque todos los informes ponen el foco de atención en el conflicto, cada uno estudia distintos problemas específicos, que expresan los interrogantes, reflexiones y debates que se desarrollaron al interior de cada uno de los equipos, y colectivamente en el aula a lo largo de la cursada. El primer trabajo aborda las diferencias de género en las percepciones que tienen las y los trabajadores sobre el conflicto, considerando las demandas que definen como prioritarias, el modo en que experimentan y participan en las acciones de lucha, y el impacto del conflicto en las valoraciones que tienen sobre su propio trabajo. El segundo informe se enfoca en el problema de la precarización laboral. Analiza las percepciones de las y los trabajadores sobre la precarización laboral según género y edad (para pensar el momento de la trayectoria laboral en la que se encuentran), en base a tres dimensiones de análisis: la intensificación del trabajo, la trayectoria laboral y la valoración y autovaloración de su trabajo. Finalmente, el tercer informe se enfoca en el desdibujamiento de las fronteras entre el trabajo asalariado y la vida personal que dificultan la "desconexión" una vez finalizada la jornada laboral, un problema que se profundiza en el contexto actual de crisis del trabajo y crisis de reproducción social, y que proponen estudiar buscando diferencias según género y edad. Esta pregunta les permite definir el conflicto no solo como una lucha por salario, sino también por el derecho a la soberanía sobre el tiempo.

Con esta breve presentación invitamos a leer los informes que componen esta nueva edición de los Cuadernos del Seminario, cuyo objetivo es visibilizar las elaboraciones realizadas por las y los estudiantes y dar voz a las y los trabajadores que nos dedicaron su tiempo y compartieron sus testimonios con nosotros.

*Mariela Cambiasso, mayo 2026*

# 1. Las subjetividades en juego en la defensa de la salud pública. El conflicto en el Hospital Garrahan.

*Malena Benz, Mayra Tamara Duarte, Rocío Irene Monserrat, Abril Pérez Piquer y Eduardo Gabriel Vázquez.*



## Resumen

Esta investigación aborda la problemática de cómo es vivido y percibido internamente el conflicto generado por la desfinanciación estatal del Hospital Garrahan. Partiendo de un posicionamiento que rechaza la indiferencia ante la vulneración del derecho a la salud, el trabajo se propone comprender la heterogeneidad de experiencias dentro de esta lucha.

Para resolver esta cuestión, el estudio se centra en caracterizar y comparar las percepciones que tienen los trabajadores sobre el conflicto, con una atención particular a las posibles diferencias según el género. La metodología se basa en la realización de

entrevistas, las cuales buscan captar las distintas dimensiones de la experiencia: las percepciones sobre las demandas del conflicto, los modos de participación, la autopercepción como trabajadores.

El objetivo final es aportar una comprensión matizada del proceso de resistencia, indagando si el género constituye un factor que condiciona la forma en que se experimenta y significa la lucha por la defensa de la salud pública y del hospital.

## Introducción

El conflicto en el Hospital Garrahan, que escaló significativamente a partir de agosto de 2024, se originó en el severo deterioro salarial que afectó a la totalidad de su personal. La demanda central de los trabajadores -nucleados en una asamblea general, pero afiliados a diferentes gremios como en la Asociación de Trabajadores del Estado (ATE), Asociación de Profesionales y Técnicos (Apita), y Autoconvocados-, fue una recomposición salarial del 100% en una sola cuota. Esta exigencia buscaba elevar el salario mínimo a un monto que cubriera el costo de la canasta familiar, estimado en \$1.400.000 inicialmente (2024). Los gremios denunciaron que las asignaciones básicas, incluso para profesionales con antigüedad y alta calificación, no alcanzaban a cubrir la canasta de pobreza, mientras que los funcionarios designados por el gobierno percibían sueldos mucho mayores (el Consejo de Administración del Hospital Garrahan). El rechazo a la reinstalación del impuesto a las Ganancias también fue un reclamo fundamental en los inicios, ya que afectaba a aquellos que apenas lograban superar la línea de pobreza.

La prolongada crisis salarial y el ajuste gubernamental tuvieron un efecto directo en la operatividad del hospital, un proceso de "vaciamiento" ya que esta situación crítica generó una fuga masiva de personal altamente capacitado. El personal advirtió que este éxodo desmantelaba equipos interdisciplinarios y ponía en riesgo el modelo de atención de alta complejidad para niños, niñas y adolescentes de todo el país.

Para visibilizar y sostener el reclamo, los trabajadores implementaron un intenso plan de lucha que incluyó múltiples paros, sumando diez jornadas de huelga para diciembre de 2024. Las acciones de protesta incluyeron abrazos simbólicos al edificio, clases públicas de RCP bajo el lema de que, *sin trabajadores con salarios dignos, no hay salud pública*, una vuelta olímpica en el estadio de River Plate, y la marcha de velas. La fuerza del conflicto se basó en una amplia unidad con otros sectores de la salud, estudiantes, y la comunidad, organizando marchas conjuntas y encuentros para la defensa de la salud pública.

En febrero de 2025, más de 80 organizaciones sindicales y sociales se reunieron en el Garrahan para organizar un plan de lucha, ya que la situación del hospital era crítica debido a la emigración constante de profesionales por los bajos salarios y malas condiciones laborales. En abril, la asamblea de trabajadores del Garrahan rechazó el acuerdo paritario de UPCN (que ofrecía un 1,3% de aumento mensual y un bono de \$45.000) por considerarlo una "verdadera traición" frente a una inflación interanual cercana al 70%. Además, denunciaron la falta de nombramientos y pases a planta, sobrecarga laboral y recortes en becas y programas de residencias como el de Trabajo

Social.

El conflicto escaló en mayo tras las declaraciones del presidente Javier Milei sobre realizar una obra de teatro a beneficio del Garrahan, lo que fue tildado de "escandaloso" y una *limosna* por los trabajadores, quienes aseguraron que el hospital necesita presupuesto público. La APyT motorizó denuncias penales contra Milei por *incumplimiento de los deberes de funcionario público, violencia simbólica y discriminación por motivos de género*, afirmando que sus expresiones eran una burla a la crítica situación del hospital y un acto de *desprecio hacia la comunidad hospitalaria*. También contra las autoridades del hospital, por *abandono de pacientes* e incumplimiento de deberes de funcionario público (tras la renuncia de más de 200 profesionales).

Ante el paro indefinido de residentes -ya que estaban cobrando alrededor de \$750.000-, el Ministerio de Capital Humano dictó la conciliación obligatoria a fines de mayo, aunque ATE denunció que esta se hizo sin convocar a las partes al diálogo, buscando solo impedir la huelga.

En junio, el conflicto se nacionalizó: ATE impulsó un paro nacional de salud tras el fracaso de una audiencia donde no asistieron funcionarios de alto rango. Aunque los residentes levantaron su paro por amenazas de sanciones y despidos, el personal de planta continuó con las medidas. Los trabajadores exigieron la renuncia del Consejo de Administración y del ministro de Salud, Mario Lugones. El Gobierno levantó la conciliación obligatoria el 11 de junio, acusando a ATE de incumplimiento y anunciando que descontaría el día a quienes se sumaron a la protesta. A pesar de esto, la asamblea del Garrahan definió y anunció más paros para el 16 y 25 de junio, y el 25 y 29 de junio. Los reclamos centrales se mantuvieron: recomposición salarial del 100% y un salario inicial de \$1.800.000.

En julio, la crisis se agravó al denunciar los residentes que una resolución del Ministerio de Salud cerraba la histórica residencia de pediatría, transformándola en una *beca precarizada* sin derechos laborales como aguinaldo u obra social. Las renunciaciones continuaron: a principios de julio se contaban 224 profesionales y más de 20 residentes que se habían ido. El 30 de junio, el Gobierno se ausentó por tercera vez consecutiva de la audiencia de conciliación.

En este contexto, los esfuerzos se centraron en el Congreso para lograr la aprobación de la Ley de Emergencia en Salud Pediátrica. La lucha tuvo un logro legislativo cuando la Cámara de Diputados otorgó la media sanción a la Ley de Emergencia Pediátrica. Por esto mismo agosto fue declarado el *Mes del Garrahan y las Infancias*.

Si bien al momento de realizar las entrevistas para este trabajo de investigación aún los trabajadores no habían logrado ninguna conquista parcial, vale mencionar que primero lograron un bono no remunerativo de \$450.000. Denunciando la necesidad de un aumento al básico y persistiendo con los paros y medidas de lucha, finalmente conquistaron un aumento del 61% al salario (llevando el monto del mismo a \$1.800.000). Las autoridades del Hospital arremetieron contra la organización de los trabajadores e intentaron intimidarlos descontando de su salario los días que realizaron paro y abriendo sumarios a 44 activistas que se movilizaron contra eso -en su mayoría

delegades gremiales de los sindicatos combativos que intervinieron en el conflicto-.

Creemos que la combinación de factores que articula Clara Marticorena (2024) pueden explicar el devenir positivo del conflicto del Garrahan con claridad. Por un lado, un poder asociativo fuertemente construido mediante una asamblea que reunía a todos los trabajadores del Hospital, estableciendo una unidad en el plan de acción más allá de afiliación, turno y sector. En segundo lugar, un poder estructural no solo marcado por el reconocimiento del Hospital a nivel nacional e internacional, sino también por las tareas de reproducción social que se realizan (y, por lo tanto, su correcto funcionamiento o no perjudican inmediatamente a la comunidad). Elegimos hablar de poder socio-reproductivo para comprender el rol estratégico de la medida de paro a lo largo del conflicto. Y un poder social que se resume en la definición del conflicto del Garrahan como "causa nacional": el apoyo social masivo, la visibilización del conjunto de la sociedad, y la posibilidad de "cambiar las reglas del juego" en la medida en la que se logró una unidad no solo entre los trabajadores del hospital sino también con las familias y pacientes afectadas por el recorte presupuestario.

Buscamos hacer una lectura de la realidad actual mientras nos atraviesa el mismo contexto socio político que intentamos describir, cargado de constantes golpes a los sectores más vulnerables, a espacios estatales, a trabajadores en general, y en este caso que nos compete, a las niñas con graves situaciones de salud, sus familias, y los trabajadores que se ocupan de ellas.

Cómo futuros sociólogos, formados bajo el manto de la educación pública, entendemos que es imprescindible ocuparnos de este conflicto, porque como mínimo estamos obligados a no ser indiferentes cuando observamos que el derecho a la salud de las niñas que requieren la atención especializada que brindan los profesionales trabajadores del Hospital Garrahan está siendo vulnerado por los representantes del Estado Argentino, mediante la sistemática desfinanciación y consecuente vaciamiento del hospital.

Sabemos que, como todo conflicto y proceso de lucha, no es uniforme hacia el interior ni hacia el exterior, y creemos que esa heterogeneidad puede reflejarse y quizás entenderse a partir de indagar en las formas en que ese conflicto es percibido por quienes lo viven en carne propia. Es por ello que desde el comienzo del trabajo buscamos caracterizar las distintas percepciones que tienen los trabajadores en relación al conflicto que atraviesa el hospital, observando a su vez si existe una diferencia según el género. En una primera instancia habíamos incluido en la búsqueda también un corte etario, pero nos pareció que no se observaban diferencias relevantes en ese sentido, quizás porque el corte definido no resultó en entrevistas que tuvieran una gran distancia en la edad de las entrevistadas (Personas de hasta 35 y personas de menos de 35 años).

Es así que nuestra hipótesis es que existe una diferencia en las percepciones del conflicto en el Hospital Garrahan entre las mujeres trabajadoras con respecto a los varones, que se refleja en las demandas existentes en la lucha y su participación en el mismo, en el modo en que se involucran y en cómo les afecta en su percepción como trabajadores. En ese sentido, son las mujeres quienes expresan preocupación por el

conflicto no solo a partir del empeoramiento de su ingreso -la cuestión salarial-, sino también por aspectos integrales de la comunidad, mientras los hombres se enfocan en mayor medida en cómo les afecta individualmente. Asimismo, creemos que la participación en el conflicto está influida en mayor medida por su compromiso político militante -siendo los militantes quienes se involucran más en las medidas de lucha, y se adhieren a todos los paros- y no así por el género. Sin embargo, al observar sus motivaciones para realizar la medida de paro, aparece una tensión en las mujeres vinculada a la posibilidad de dejar sin atención a pacientes o sobrecargar a sus compañeros, cuando esto en los varones aparece en menor medida. Y finalmente, en lo que respecta a la afectación del conflicto en su percepción como trabajadores, creemos que entre las mujeres la visión sobre su trabajo se ve modificada a partir del conflicto y depositan la valoración de su rol como trabajadoras en el vínculo con la comunidad; mientras que entre los varones la valoración de su labor está vinculada al reconocimiento salarial, y el conflicto no influye en su visión sobre el trabajo.

Nos preguntamos: ¿Hay diferencias en las percepciones del conflicto en el Hospital Garrahan en las mujeres trabajadoras con respecto a los varones? ¿Esto se ve reflejado en sus demandas del conflicto, en el modo que participan y se involucran, en cómo se perciben como trabajadores?

#### **Objetivo general:**

Identificar las percepciones que tienen hombres y mujeres trabajadores del Garrahan sobre el conflicto que atraviesa actualmente el hospital.

#### **Objetivos específicos:**

- Describir y analizar cuáles son las demandas del conflicto que aparecen en los discursos de los trabajadores y si existen diferencias entre las apreciaciones del mismo por parte de hombres y mujeres.
- Explicar cuáles son las formas diferenciales de participación en el conflicto para varones y mujeres.
- Identificar cómo afecta el conflicto en la percepción que tienen de sí como trabajadores.

#### **Marco Teórico:**

En nuestro trabajo nos centramos en el estudio del conflicto actual que llevan adelante los trabajadores del Garrahan, siendo este un hospital público que depende del financiamiento del Ministerio de Salud de la Nación.

Fundado en 1987, es un centro pediátrico que funciona como referencia nacional e internacional, atendiendo un promedio de 400 pacientes por día de entre 0 a 15 años, con diversidad de patologías en su mayoría de alta complejidad y que cuenta con más de 4500 trabajadores en la actualidad.

Como plantea la **Teoría de la Reproducción Social** (a partir de ahora, *TRS*) desarrollada

por autoras como Cinzia Arruzza y Tithi Bhattacharya, el Hospital Garrahan se puede considerar una "institución central de la reproducción social": espacios donde se llevan adelante actividades como la salud, la educación y los cuidados. No solo se generan y regeneran cuerpos, sino también subjetividades, disposiciones, habilidades y formas afectivas (Arruzza y Battacharya, 2020).

La TRS sostiene que para el funcionamiento del proceso de acumulación capitalista es esencial la reproducción cotidiana y generacional de la fuerza de trabajo. Esta mercancía es fundamental para el capital, de modo que el proceso de sustitución, mantención y reproducción de los individuos portadores de la fuerza de trabajo es esencial para el mismo. Pero esta reproducción no se limita a reponer capacidades físicas, sino que incluye dimensiones emocionales, subjetivas y sociales necesarias para sostener la vida y asegurar que la fuerza de trabajo esté disponible para el mercado en el sistema capitalista.

La reproducción social moldea subjetividades e incluye un disciplinamiento que se da en la socialización, una internalización de reglas y normas sociales: la preparación de los cuerpos para adquirir las habilidades para trabajar. Esta socialización para el trabajo no escapa de la división sexual del trabajo presente en el ámbito doméstico/privado: la feminidad es asociada a las tareas y trabajos de cuidado o asistenciales, vinculando el rol "biológico" de gestar y criar a características "naturales" del género femenino -y una mayor predisposición a cumplir bien estas tareas. Esta internalización de las construcciones sociales influye en sus elecciones laborales, en los aspectos en los cuales se les exige o hace foco como profesionales, en el involucramiento a nivel personal y emocional que se pone en juego a la hora de trabajar y luchar por sus derechos, junto con las contradicciones y tensiones que aparecen. Así como también se refleja en la forma en que se refieren a su trabajo, sus pacientes y las familias, en identificar la valoración de su labor en pequeñas acciones de reconocimiento del trabajo por parte de la comunidad. Todo lo cual encontramos en las experiencias que las trabajadoras del Hospital Garrahan nos transmiten. En este sentido, Aspiazu (2017) destaca que las ocupaciones del cuidado (trabajos orientados a la atención de necesidades físicas, emocionales y sociales de otras personas) se caracterizan por ser altamente feminizadas, y esto lo vincula con históricas representaciones sociales que asocian a las mujeres con disposiciones "naturales" hacia el cuidado, la empatía y la sensibilidad afectiva. Dichas representaciones contribuyen a la desvalorización de estas tareas dentro de los equipos de salud y del sistema sanitario en general.

Utilizamos el concepto de "doble feminización" para explicar que además de que en estos ámbitos tiende a haber una preponderancia de mujeres, se relaciona a esas tareas con aspectos considerados femeninos como el cuidado, la abnegación y la entrega emocional (Aspiazu, 2017). Creemos que esas características, asignadas socialmente a lo femenino, son las que predominan y tienden a moldear tanto la percepción como las vivencias de las mujeres en torno al conflicto que atraviesa el hospital Garrahan.

En lo que respecta al **sistema de salud argentino**, Aspiazu (2017) indica que es el conjunto de recursos organizados para brindar atención a la población que está compuesto por el sector público y el privado. El subsistema público es coordinado y financiado por los Ministerios de Salud nacional, provinciales o municipales, mientras

que la salud privada es financiada por el pago de los socios. Nuestro sistema de salud es una estructura que se encuentra segmentada y descentralizada producto de reformas políticas del menemismo. En este sentido podemos afirmar que el sistema de salud argentino aún dista de basarse en un paradigma de equidad y justicia en la prestación de servicios, falencias que también se trasladan a las condiciones laborales de los trabajadores del sector. A su vez es un sector que se caracteriza por ser una actividad de mano de obra intensiva, especialmente en el empleo de profesionales, por prestar un servicio de alta repercusión social y por poseer recursos humanos altamente calificados.

El Hospital Garrahan no es la excepción: cuenta con profesionales altamente calificados y es reconocido continentalmente por la calidad de su atención para casos complejos en niños y adolescentes. Actualmente sus trabajadores desatan un conflicto contra su patronal, el Estado, por el aumento salarial y el presupuesto para insumos. Lejos de ser circunstancial, la **precarización laboral** es una forma histórica de organización del capital para su supervivencia, de ordenamiento del trabajo y de disciplinamiento de la fuerza laboral. Se expresa en las condiciones de contratación -interinatos o "cierre" del pase a planta permanente, tercerización de servicios como limpieza-, en las relaciones laborales, en la inestabilidad salarial y también en los efectos subjetivos que produce sobre quienes trabajan (Longo, 2012). Aspiazu (2017) destaca que hay elementos que comparten todos los trabajadores del sector salud tales como el pluriempleo, una tendencia a los bajos salarios, cuestiones relacionadas con el déficit de infraestructura e insumos, desgaste y estrés laboral. Identificamos que existen diversos reclamos que engloban al conflicto que se repiten en los discursos de los entrevistados, ya que son características comunes del ámbito de la salud. Aunque es la demanda por el salario el que tiene más peso, aparecen cuestiones relacionadas al déficit de infraestructura, presupuesto, la falta de insumos y medicamentos, y las mejoras en las condiciones laborales, etc.

Bajo este contexto, los trabajadores del Garrahan atraviesan la imposibilidad de sostenerse económicamente más allá de contar con un trabajo de tiempo completo, una expresión concreta de la **contradicción capital-vida** que plantea Varela (2023): la necesidad que tiene el capital de disponer permanentemente de fuerza de trabajo para explotar e incluso expulsar del mercado de trabajo cuando es necesario, y la urgencia de pauperizar permanentemente la vida que porta esa fuerza de trabajo, para que sea lo más barata posible.

En este sentido, la huelga del Garrahan se inscribe en las luchas que se gestan ante la brutalidad de la primacía de la ganancia por sobre la vida alrededor del mundo: al colocar la vida en el centro, ofrecen otra forma de pensar la reproducción de la vida enfrentada a los regímenes de reproducción social que impone el Estado, con toda la potencialidad disruptiva que esto implica. Bajo el objetivo de la producción de ganancia, son esas vidas las que no constituyen ni pueden constituir una prioridad. Por eso la contradicción capital-vida es irresoluble en la sociedad capitalista. Es el carácter sistémico de la contradicción entre producción de la vida y producción de valor lo que implica, al mismo tiempo, su irresolubilidad y obliga a discutir estrategias en el campo del anticapitalismo (Varela, 2023).

La perspectiva de Bhattacharya se articula directamente con la posición socioreproductiva de los trabajadores del Garrahan. Si esa posición —como plantea Varela (2023)— constituye una fuente de poder de clase y, al mismo tiempo, una zona de contradicción es precisamente porque las disputas alrededor del salario, las condiciones de trabajo y el financiamiento estatal no solo afectan la reproducción institucionalizada de la fuerza de trabajo, sino también la reproducción cotidiana de la vida de las familias trabajadoras y de la comunidad. Integrar ambas lecturas permite comprender por qué las luchas de los trabajadores del Garrahan no pueden reducirse a demandas corporativas, sino que expresan un conflicto más amplio entre la producción de valor y la reproducción de la vida.

La contradicción capital-vida puede aplicarse en el análisis de los trabajadores estatales porque entendemos al Estado como una relación social que estructura la sociedad entre dominantes y dominados: el Estado moderno no puede comprenderse de manera abstracta sino situada. El mismo toma forma con el surgimiento del capitalismo, lo que implica una relación intrínseca entre Estado y la organización de las relaciones sociales bajo la dinámica necesaria para la expansión del capital a nivel mundial. Teniendo que enfrentar la política de los sucesivos gobiernos -pero de manera agudizada bajo el gobierno de Javier Milei-, tendiente a **reducir el presupuesto y pauperizar al extremo la fuerza de trabajo** al punto de poner en riesgo el funcionamiento del Hospital, el conflicto protagonizado por los trabajadores del Garrahan es muestra de una auténtica pelea contra el **Estado como encarnación de los intereses del capital**.

En la pelea por un aumento salarial, los trabajadores del Garrahan frenan el ajuste que hace recaer la **crisis de reproducción social** (como expresión de la contradicción capital-vida) sobre sus espaldas. Bhattacharya (2015) señala que el **salario** es una categoría esencial pero limitada, que sólo puede entenderse desde su rol necesario en la reproducción social de los trabajadores. Funciona como una “máscara” que oculta la explotación al presentarse como un intercambio equitativo, cuando en realidad el trabajador vende su fuerza de trabajo -no el producto de su labor-, generando plusvalor, es decir, base de la ganancia capitalista. Este señalamiento resulta clave porque conecta directamente la esfera productiva —donde se extrae plusvalor— con la esfera reproductiva —donde se sostiene la vida que produce ese plusvalor—, retomando así el carácter sistémico de la contradicción capital-vida planteado por Varela (2023).

La cuantía del salario, lejos de responder a leyes naturales, es resultado de la lucha de clases: el capital procura reducirlo para incrementar el plusvalor, mientras que los trabajadores luchan por mejorarlo. Esta disputa no se limita al plano económico, sino que incide de manera directa en las condiciones sociales necesarias para reproducir la vida. (Bhattacharya, 2015). Si la contradicción capital-vida muestra que la reproducción de la vida no puede ser una prioridad para el capital, el análisis del salario muestra cómo se organiza materialmente esa subordinación de la vida a la ganancia, y **cómo se trasladan sus efectos sobre quienes sostienen las tareas socioreproductivas**.

En este marco, las tareas socioreproductivas aparecen en las luchas de los trabajadores como una fuente de poder de clase. Cuando hablamos de la **posición socioreproductiva** de las y los trabajadores de la reproducción social asalariada, como **fuentes de poder de clase** (Varela 2023), nos referimos a la ubicación que tienen aquellos

que cumplen tareas en el sistema institucionalizado de reproducción de la fuerza de trabajo, ya sea público o privado, trátase del sector salud, educación o de cuidados.

Este **poder estructural** de los trabajadores de instituciones de reproducción social no constituye un atributo dado ni garantizado de antemano, sino una potencialidad que solo se vuelve efectiva en la medida en que es activada mediante la acción colectiva. Su despliegue depende de una articulación concreta entre las posiciones que los trabajadores ocupan en el proceso social, sus capacidades organizativas y la elaboración de estrategias adecuadas para el conflicto y la huelga en contextos específicos (Beliera, 2025). Esta premisa adquiere particular relevancia en el caso del trabajo asalariado estatal inserto en la esfera de la reproducción social, donde la actividad laboral no se orienta a la producción de mercancías sino al sostenimiento y reproducción de la vida. En estos ámbitos —como salud y educación— el destinatario de las demandas sindicales no es un empleador privado sino el propio Estado, lo que redefine el alcance y el sentido de la conflictividad laboral, desplazando su impacto desde el plano estrictamente económico hacia el terreno político y social (Beliera, 2025).

Estamos hablando de trabajadores que tienen la potencialidad de articular sus demandas como trabajadores con las de la comunidad. Esto se expresa en el Garrahan: por un lado les entrevistados mencionan la pelea por el presupuesto que exige salarios dignos para que los trabajadores no tengan necesidad de pluriemplearse, ni pasar al ámbito de la salud privada por estar mejor remunerada, pero también tiene preponderancia en los relatos que estas reivindicaciones se entrelazan con la demanda de poder brindar servicio de calidad para los pacientes, entendiendo que el Garrahan atiende población de todo el país, pero en particular personas que no tienen acceso a una obra social o posibilidad de pagar un privado -aunque haya casos que sí-. Es decir, hay una preocupación por parte del equipo de salud de brindar el mejor servicio posible, y para ello, las condiciones de trabajo tienen que ser dignas. Es por ello que Varela (2023) habla del poder socio reproductivo como una potencialidad. Pero también hace referencia de sus contradicciones: las medidas de lucha de los trabajadores de la salud pública impactan de manera indirecta sobre la acumulación de capital. Pero impacta directamente en las familias trabajadoras que se atienden en el hospital. Es aquí donde aparece la tensión interna de las trabajadoras del Garrahan a la hora de realizar un paro como medida de lucha, ya que surge la idea de “dejar sin atención a los pacientes”, acompañada de sensación de culpa o irresponsabilidad para el cuidado con otros.

La **suspensión de tareas** en estos sectores no interrumpe circuitos de valorización directa del capital, sino que incide sobre las **condiciones de reproducción de la fuerza de trabajo** y de la comunidad en su conjunto. Por ello, toda medida de fuerza repercute inevitablemente sobre los pacientes de los servicios públicos, generando un dilema persistente en torno a la colisión de derechos y alimentando disputas políticas en torno a la definición de ciertos servicios como “esenciales”, con el objetivo de limitar o impedir el ejercicio pleno del derecho de huelga. En este marco, la relación entre las organizaciones sindicales y las comunidades usuarias se vuelve un componente estratégico central del quehacer sindical estatal, ya que de ella depende, en gran medida, la legitimidad social de las acciones de protesta y su eficacia política (Beliera, 2025).

Asimismo, en el ámbito estatal se produce una superposición estructural entre el Estado como empleador y el Estado como instancia de gobierno que busca preservar su legitimidad y estabilidad. Esta doble condición redefine la naturaleza del poder estructural de los trabajadores estatales, que no se basa prioritariamente en la capacidad de generar pérdidas económicas, sino en la posibilidad de producir costos políticos y sociales mediante la interrupción —total o parcial— de funciones clave para la reproducción social (Beliera, 2025). En este sentido, la huelga en el sector estatal aparece como una herramienta intrínsecamente política y, al mismo tiempo, como una **estrategia de alto riesgo**, en tanto tensiona no solo la relación laboral sino también el vínculo entre el Estado, los trabajadores y la comunidad hospitalaria. A lo largo de las entrevistas, encontramos la explicación de que las medidas de lucha que se realizan en el hospital buscan generar algún tipo de costo político al gobierno que viene atacando al sistema de salud público. Más allá que aparezca la tensión de afectar a quienes se atienden en el Garrahan, prevalece la idea que tanto el paro como la movilización son herramientas para defender la salud pública en general y no sólo su salario.

Esta contradicción que representa el poder de clase “en práctica” implica que no se pueden reducir las experiencias de los trabajadores en conflicto únicamente a demandas corporativas: en primer lugar, porque expresan una condición irresoluble entre la producción de valor y la reproducción de la vida. Y en segundo lugar, teniendo en cuenta que estudiamos un ámbito de “ocupaciones feminizadas” y porque precisamente la disputa es alrededor del salario, buscamos identificar si las características de las tareas, su interrupción por huelga y la afectación inmediata a la comunidad hospitalaria -e indirecta a la producción capitalista- es un aspecto de diferenciación en cómo mujeres y varones atraviesan el conflicto, cómo éste afecta su percepción y participación, y en su rol de personal de tareas de cuidado.

### **Fuentes y metodología**

En términos metodológicos, este es un trabajo exploratorio-descriptivo que utiliza técnicas cualitativas de recolección y producción de datos, basados en quince entrevistas en profundidad realizadas por estudiantes del Seminario de Investigación “Los trabajadores en la Argentina post devaluación. Recomposición social y conflictividad sindical de 2003 en adelante”, dentro de la Carrera Sociología de la UBA, a trabajadores del Hospital Garrahan durante los meses de septiembre y octubre de 2025.

La guía utilizada para llevar a cabo las entrevistas fue construida conjuntamente entre alumnos y profesores de la cátedra, quedando conformada por cuatro bloques temáticos. El primero, de preguntas generales que abarcan datos básicos del entrevistado, antigüedad y tareas en el Hospital; el segundo, sobre el conflicto y la forma en que éste es vivenciado; el tercero en relación con las condiciones de trabajo y el estado del Hospital; y el cuarto sobre la forma en que el trabajo impacta en la vida personal del entrevistado.

En cada entrevista presencial participaron dos de los miembros del grupo, para garantizar que una llevara adelante las preguntas y la escucha atenta, y el otro hiciera las observaciones de campo pertinentes. Asimismo, se buscó que se llevaran a cabo en

espacios amenos para el/la entrevistade, por lo cual la mayoría fueron en el bar Sukha, ubicado frente a la puerta de acceso de los trabajadores del Hospital, sobre la calle Combate de los Pozos. Este bar se caracteriza por la concurrencia habitual de trabajadores del Garrahan.

El criterio para la selección de los entrevistades fue a partir de un corte por género, buscando una equidad entre hombres y mujeres, y por área dentro del hospital: personal médico, personal técnico, personal de enfermería, personal de administración, residentes y trabajadores de cocina, conforman la fuente primaria de este informe. Nuestra muestra específica se compuso de mujeres mayores de 35 años, aunque luego trabajamos analizando la totalidad de las entrevistas realizadas por todos los grupos de trabajo.

El primer contacto con una entrevistada fue a través de un miembro del grupo de trabajo que conocía, militancia mediante, a una trabajadora del Hospital que estaba en la junta interna de ATE. Luego obtuvimos algunos contactos a través de una conocida de otro de los miembros del grupo, que trabaja en el Hospital; y finalmente los primeros nos proporcionaron los teléfonos de los últimos entrevistades.

Por otro lado, se utilizan como fuentes secundarias el Padrón de Afiliados de ATE, que no anexamos para respetar la identidad de los entrevistades; el Anuario 2024 del Hospital Garrahan del Departamento de Estadística; y la nota periodística que en la bibliografía se detalla. En cada fragmento citado aclaramos si los entrevistades están afiliados o no y si es delegado o no, estableciendo en caso afirmativo a cuál de los sindicatos presentes en el Hospital (ATE Garrahan, Asociación de Médicos y Profesionales o UPCN). Este dato toma relevancia al momento de analizar las percepciones y nivel de participación en el conflicto.

Las entrevistas fueron desgrabadas y luego codificadas en una matriz con tres dimensiones, dos de las cuales cuentan con sus respectivas subdimensiones. Las dimensiones desarrolladas son: Demandas del conflicto, Participación en el conflicto, y Afectación del conflicto en su percepción como trabajadores. A continuación, detallaremos cada una con su respectivo análisis.

## **Análisis:**

### **Análisis de la dimensión Demandas del conflicto.**

Esta dimensión tuvo varias modificaciones a medida que avanzaron las correcciones durante la cursada. En un primer momento nos centramos en las percepciones del conflicto en general, para indagar sobre la opinión de los entrevistades, en ese momento no habíamos delimitado subdimensiones y había que ordenar mejor los elementos que iban apareciendo. Luego la denominamos "Apreciaciones del conflicto" y establecimos dos subdimensiones que fueron "Reclamos principales" y "Reclamos secundarios", lo que sucedió fue que encontramos que las centralidades de las demandas fueron por el salario y no existían diferencias en relación con el género. Además, nuestra segunda subdimensión no tuvo capacidad explicativa ya que seguíamos redundando en el tema salarial y no ahondamos en cómo el salario era percibido por varones y mujeres.

Finalmente definimos modificar la dimensión, tanto en su denominación, sus subdimensiones y en lo que tratábamos de explicar con la misma. Por eso decidimos centrarnos en las percepciones que aparecen en los discursos con relación a las demandas centrales del conflicto. Nos interesa indagar sobre las preocupaciones que aparecen sobre el salario en varones y mujeres, ver los sentidos que se ponen en juego.

La dimensión "Demandas del conflicto" busca indagar sobre los reclamos centrales que se identifican en los discursos de los entrevistados y cómo repercuten en su apreciación sobre el salario. Nos referimos a demandas para englobar los reclamos específicos que exigen los trabajadores en las instancias de lucha, respecto al salario y otros reclamos que fueron surgiendo.

Identificamos que, en todas las entrevistas, tanto hombres como mujeres, consideran que el reclamo principal del conflicto es por el aumento salarial. Nos parece relevante enfocar nuestra atención en las formas en que son percibidas las preocupaciones por el salario en hombres y mujeres, para saber qué es aquello que les genera mayor preocupación: si su calidad de vida y/o su poder adquisitivo, o si se enfatiza en que el problema central tiene que ver con el cuidado que les brindan a los pacientes y/o sus tareas en el hospital.

Existe en la mayoría de las entrevistas una referencia directa a que este conflicto comienza porque el gobierno actual definió no aumentar las paritarias en un ataque directo a la salud pública. Los entrevistados afirman que los conflictos por el aumento salarial no son novedad en el Garrahan, ya que desde el gobierno de Macri (y antes también) se dio batalla por esta reivindicación, pero en otros gobiernos estos reclamos tuvieron mayor receptividad por parte de las autoridades, teniendo como resultado aumentos para los trabajadores, no como sucede en esta disputa:

"Después de eso, del reconocimiento social, uno pensaba que íbamos a tener una recomposición salarial importante, después de la pandemia, y eso no pasó. O sea, que en 2020 estalla el primer conflicto de esta nueva era, digamos, donde no hubo esa recomposición esperada. Y bueno, sigue el hospital en conflicto con intermitencias. Con el gobierno de Milei, con los golpes inflacionarios de fines de 2023, diciembre y enero, ya el sueldo se deterioró demasiado. Y consecuentemente a eso se siguió perdiendo mes a mes, porque bueno las paritarias, si bien la inflación bajó después de ese gran salto, después las paritarias, las paritarias de la UPCN fue siempre por debajo de la inflación, con lo cual los salarios se siguieron deteriorando." (Román, Médico, 47 años. Afiliado a ATE).

También es recurrente la apreciación del Garrahan como un hospital de alta complejidad y excelencia en donde el conflicto deja a la vista la falta de presupuesto con el que se cuenta actualmente:

"El reclamo es muy integral porque nosotros siempre dejamos en claro que nuestra lucha no era solamente el salario, nosotros también luchábamos por seguir manteniendo la salud pública y el hospital de alta complejidad como el que tenemos. Nuestra lucha fue integral. Por supuesto que el salario es fundamental

porque la subsistencia de cada ser humano y de cada trabajador. Pero también sabíamos que si el hospital se venía abajo hasta podía peligrar nuestros puestos de laburo porque nos íbamos a quedar sin hospital y por ende... ¿Los pacientes dónde se iban a atender?" (Nicanor, Administrativo, 57 años. Afiliado a ATE).

Teniendo en cuenta las preocupaciones con respecto al salario, la mayoría de los varones consideran que la consecuencia directa de tener un ingreso precario es el deterioro en las condiciones de vida, sintiendo que debieron relegar ciertos consumos o salidas, que se encuentran más limitados a la hora de, por ejemplo, contratar una empleada doméstica, o poder irse de vacaciones en invierno, la imposibilidad de dejar de vivir en el seno familiar o comprarse una casa, como indican los siguientes fragmentos:

"El tema es que eso, o sea, que en cuestión de sueldo se puede hacer, que yo pueda vivir... Si, a mí no me gusta estar viviendo con mis viejos." (Fernando, Instrumentador Quirúrgico, 33 años. Sin afiliación sindical)

"Son detalles, pero digo, la persona que trabaja en mi casa que no puede venir más, o eh la niñera restringirla, o vemos para ir... No poder vacacionar en determinado... Vacaciones de invierno, no poder tomármelas." (Román, Médico, 47 años. Afiliado a ATE)

"Antes al yo al ingresar me alcanzaba el sueldo para poder tener una vida digna y poder darme algunos lujos." (Nacho, Médico, 34 años. Sin afiliación)

"Si bien trato de pilotearla, pero no es lo mismo, no es la misma calidad de vida. Era la casa. No, no, no me la puedo comprar. Alquilar sí, obviamente puedo alquilar, pero tampoco quiero alquilar." (Santiago, Enfermero, 33 años. Afiliado UPCN)

Enfocándonos en las mujeres y sus percepciones sobre el salario encontramos referencias a preocupaciones que están ligadas al detrimento de la calidad de vida propia, y a la vez están presentes menciones hacia la necesidad de poder garantizar el cuidado que se les brinda a los pacientes y/o a poder llevar adelante sus tareas en el hospital.

En relación con el empeoramiento de su calidad de vida, en sus discursos se ve plasmado que los salarios bajos hacen que se deban *ajustar* más los gastos:

"Y por una cuestión económica sí. Obviamente estar un poco más ajustado. Eh, igual va a pensar que estoy medio de derrochona con el tema de la plata, o sea, es como que vas el día a día, o sea, llegas al fin de a fin de mes ahí arañando, eh, o privándote de cosas (Enfermera, 38 años. Sin afiliación sindical). Además se infiere la preocupación recurrente al éxodo de profesionales que deben abandonar el servicio o profesionales que deben tener más de un empleo para solventarse en términos económicos, más allá de eso la identificación con el Hospital y la tarea de cuidado es muy fuerte y significativa: "Ahora la gente se está yendo por dinero, no porque quiera trabajar en otro lugar porque más allá del quilombo que es este hospital y los chicos y todo eso, es como que ya uno se siente

parte de este lugar. Hay una identificación muy profunda con el hospital" (Beatriz, Técnica en hemoterapia, 41 años. Delegada de ATE).

Otra preocupación de las mujeres es la referente a la necesidad de una mejor calidad en las condiciones de trabajo y en donde se tome en cuenta la falta de personal, que es una consecuencia de los bajos salarios recibidos, ya que existe una desertión de empleadas por este motivo, sobrecargando la labor diaria, como aparece en los siguientes fragmentos:

"Más que nada lo salarial, más que nada el reconocimiento, digamos, de la necesidad de que haya personal, digamos, que haya más cantidad de gente trabajando en los servicios, porque es mucha la demanda de pacientes y es escaso el personal y la exigencia que es mayor de lo que uno tiene que brindar." (Bárbara, Médica, 36 años. Sin afiliación sindical).

"Sí, en principio el salario, le sigue lo que es la falta de ingreso de personal al hospital, que ya hace dos años por lo menos que no están ingresando. Eh, tanto de la gente que se jubila como la gente que renuncia para irse a buscar otro empleo mejor pago." (Natalia, Auxiliar de cocina, 41 años. Afiliada a ATE)

En relación a la preocupación por la atención de los pacientes se evidencia en las entrevistas de las mujeres la angustia ante la falta de insumos o medicamentos, como también alusiones a la defensa de la salud pública y la garantía de derechos para los pacientes y sus familias:

"Ahora lo repensamos porque hay un recorte mismo con las quimioterapias, digo, no ahí no decimos ya dejamos de usar esta quimio porque los chicos la necesitan, pero cada vez hay más trabas burocráticas y cosas que uno tiene que hacer para poder conseguir cosas que antes eran muy simple..." (Federica, Residente mujer, 29 años, sin afiliación sindical)

"Esto sinónimo de pensar como que el hospital tiene que ejercer un rol paternalista, decir ofrecerle todo al paciente y que el paciente pasivamente venga y uno le dé todo, ¿no? Porque es la salud y muchos pacientes tienen vulnerado no sólo el derecho a la salud, sino también el derecho a la vivienda, el derecho al acceso a la educación, al trabajo de sus papás. Es como que empeoramos más la situación de esos pacientes, sobre todo los que tienen patologías crónicas, que son los que más frecuentemente van al Garrahan." (Bárbara, Médica, 36 años, sin afiliación sindical).

En rasgos generales podemos concluir que ambos géneros presentan preocupaciones con relación a cómo se deterioró su calidad de vida por la falta de incremento salarial. Más allá de esto pudimos identificar que en los discursos de las entrevistadas mujeres aparecen más alusiones a malestares surgidos por como la demanda salarial repercute en la atención de los pacientes y en sus tareas dentro del hospital, tanto por la falta de insumos y medicamentos como por la sobrecarga laboral percibida por la disminución de personal. En las entrevistas de los varones esto aparece en menor medida, pero se hace mención de la defensa de la salud pública y a la importancia de las medidas de lucha para defender el lugar de trabajo.

Analizando las entrevistas en clave sectorial fueron emergiendo elementos en común al rol que desarrollan los trabajadores más allá de su género. Creemos que es un hallazgo novedoso y que nos permite encontrar tensiones y acuerdos presentes en cada sector. Cuando nos referimos a demandas por sector intentamos ver si existen elementos en común en el personal de enfermería, personal médico, residentes, personal de administración, trabajadores de cocina y personal técnico.

El sector de enfermería considera que la profesión es poco valorada en términos económicos y de reconocimiento en general frente a otros sectores como por ejemplo el personal médico:

"es que enfermería, por ejemplo, siempre estuvo mal valorada, por ejemplo, yo, o sea, hace 8 años que hago pediatría, hice de adulto y el desprecio que nos tienen de enfermería, por ejemplo, en adulto somos los dos limpiando trastes, o sea, la lava chata, eh somos el ayudante del médico" (Romina, Enfermera, 38 años, afiliada ATE). Sin embargo, la enfermería en el Garrahan es más reconocida que en otros hospitales y en relación al sistema de salud en general: "Sí, pasa que la enfermería del Garrahan siempre fue muy valorada, eh, siempre desde afuera se lo ve como, Uou, los mejores enfermeros son muy valorados" (Ernesto, Enfermero, 42 años, afiliado a UPCN).

Además, en las entrevistas de este sector se plantea la necesidad de sumar más personal de enfermería para mejorar las condiciones de trabajo y la reducción horaria por insalubridad:

"Eh, sí, siempre hay otros reclamos, por ejemplo, eh mejores condiciones, quizás más enfermeros en el lado de la enfermería, más enfermeros en la sala para que sea menos, o sea, menos carga para nosotros, los enfermeros, los compañeros. Eh, Sí, pero un poco principales, pero ahí siempre hay otras cosas." (Santiago, Enfermero, 33 años, afiliado a UPCN).

Indagando en las entrevistas de los personal médico cuando se les preguntaba sobre la existencia de reclamos de su sector en particular generalmente responden negativamente dando centralidad al salario: "*Fundamentalmente el reclamo de todos es salarial.*" (Román, Médico, 47 años, afiliado ATE). Aunque sí encontramos mención a la necesidad de más días por insalubridad y preocupación por la pérdida de personal médico de trayectoria:

*"Pero hay muchos reclamos legítimos. También está el tema de eh reconocer más días de la insalubridad, que en el caso de los del personal de la ciudad de Buenos Aires tiene más días de insalubridad"* (Nacho, Médico, 34 años, sin afiliación sindical)

*"Entonces, si se van esos referentes que uno tiene, que saben más, no solo porque estudiaron, sino porque transitaron más tiempo que los que estamos recién arrancando, empieza a decaer la calidad y eso no puede pasar porque es la salud pública, digamos, a nivel nacional. Entonces... Igual esto mismo se plasma no solo en el Garrahan, se plasma en el resto de los hospitales también."* (Bárbara, Médica, 36 años, sin afiliación gremial).

Les residentes presentan mayor vulnerabilidad por el tipo de contratación y la falta de afiliación gremial, en los discursos aparece el miedo a ser despedidos y perder los años de residencia, es por esta situación que ellos hablan sobre cómo su situación precaria fue el disparador del conflicto al que luego se sumaron los demás sectores:

“Nosotros en ese momento como residentes de pediatría. Que eran hoy las jornadas más extenuantes. El residente de pediatría está más agotado que las dos básicas. En general. Logramos contagiar al resto de los trabajadores del hospital. Empezaron los médicos de plantas. Hubo un paro conjunto.” (Nicolás, Residente, 30 años, sin afiliación gremial)

“Y la verdad es que, a mí, desde el lado de los residentes, me cuesta verlo de otra forma. Para mí el disparador fuimos nosotros. Fue una situación en donde los residentes nos vimos, desde lo salarial, que quedamos muy alejados del resto de las residencias a nivel del país, de los residentes de la ciudad de Buenos Aires, los residentes de provincia. Habíamos quedado con un desfasaje salarial, entre ellos y nosotros, muy alto.” (Federica, Residente, 29 años, sin afiliación gremial)

En relación con la lucha los residentes reconocen que están en desventaja con otros sectores ya que presentan una mayor vulnerabilidad en sus modos de contratación, sobre todo a partir de las últimas modificaciones con respecto a las residencias, eso los deja en un lugar de mayor precariedad y por la falta de posibilidad de afiliarse a algún sindicato.:

“Y... Hay diferentes... Cada sector del hospital tiene sus intereses propios. Obviamente muchos se coinciden. Todos quieren mejorar el sueldo. Todos quieren una mejor calidad de trabajo. Esta lucha había empezado con los residentes. Pero lo que tienen los residentes es que no están amparados con ningún gremio. O sea, no tienen ningún gremio formalmente. Nosotros buscamos y encontramos un gremio para hacer paro. Que en este caso fue ATE.” (Nicolás, Residente, 30 años, sin afiliación gremial).

En el sector de personal técnico englobamos también a un empleado administrativo y una trabajadora del lactario. Las demandas sectoriales que están presentes son por la falta de personal en el servicio, el éxodo de profesionales y la sobrecarga en labor diaria, como podemos encontrar en los siguientes fragmentos:

“Entonces, por la falta de personal de la cantidad de personas que renunciaron en el servicio de farmacia, no se está pudiendo cubrir esa atención completa. Entonces hay, no te voy a tirar número ni porcentaje, pero hay una cantidad de pacientes que por día no pueden retirar la medicación que necesitan porque no se llega con la preparación.” (Natalia, Auxiliar de cocina, 41 años, militante ATE)

“Y yo entiendo que estos compañeros se van porque no tienen que vivir, tienen que alquilar, tienen que... Así que es la primera vez que yo vivo este éxodo de técnicos, por lo menos de mi especialidad del hospital. Nunca (enfatisa) la había vivido.” (Beatriz, Técnica de hemoterapia, 41 años, delegada de ATE)

“Si se te van, si se te jubilan 200 personas y renuncian 150 médicos porque en otro

lugar privado ganan más y vos no los repones, vos cada vez tenéis que trabajar más. Entonces, no solamente la calidad de atención se resiente, sino que vos tenés que trabajar el doble.” (Nicanor, Administrativo, 57 años. Afiliado a ATE).

Por otro lado, hay una demanda por el pedido de insalubridad: “*Sí, o sea, se acoplaron mucho. el tema de falta de salario, pero sí también las condiciones laborales. En todo el hospital tenemos un tema con las condiciones porque no tenemos un régimen de insalubridad, entonces trabajamos más horas que en otros lados.*” (Camila, Técnica de laboratorio, 34 años. Delegada ATE). En el sector de personal técnico, en donde englobamos a dos entrevistades más (Lactario y administración), no encontramos en general demandas puntuales significativas como para delimitar un enfoque común. Esto es así debido a que les entrevistades pertenecen a diferentes servicios y con tareas muy disímiles.

Realizando una síntesis podemos afirmar que en las demandas por sector no hay diferencias según el género sino por el tipo de tareas que realizan dentro del hospital. En relación a les personal médico no hay demandas claras que se evidencian en su sector, sino más bien se mantiene la centralidad en el salario. Todos los sectores sienten que existe una falta de correlación entre las tareas realizadas y el salario percibido por las mismas, ser trabajadores de un hospital de alta complejidad les demanda una carga laboral y emocional muy grande.

### **Análisis de la dimensión Participación en el conflicto**

En lo que respecta a la *Participación en el conflicto*, la totalidad de les entrevistades se reconoce afectade por la rebaja salarial y participa del conflicto a su manera, optando por adherir a diferentes medidas de lucha y compromiso político: asistencia a asambleas, adhesión a paros, presencia en marchas, participación en ruedas de prensa o afiliación y actividad sindical. Todes identifican que la toma de decisiones se efectúa en asambleas y la mayoría identifica con claridad qué gremios intervienen en el proceso de lucha, lo que habla del poder asociativo que lograron construir a partir del método de unificar a todes les trabajadores en una asamblea general. Solo un entrevistado —un médico no afiliado pero que si se organizaba con trabajadores autoconvocados— cuestionó que en esas instancias las voces individuales pesen menos que las de los gremios.

Las razones y el relato sobre su participación -por qué participan en ciertas instancias de organización y lucha, y de otras no- está atravesada, tanto en mujeres como varones, por la tensión entre la medida de paro y su compromiso laboral. Es decir, la necesidad de parar para visibilizar que el funcionamiento del hospital está en peligro -por las mismas razones por las cuales se ve resentido el mismo el día de paro: la sobrecarga de personal y la afección en la atención- y las desventajas y efectos inmediatos que generan en la comunidad y el servicio que brindan. El poder estructural, la fuente de poder de clase que tienen les trabajadores de la salud en su rol de reproductores de la clase trabajadora, no se ve automáticamente como una ventaja estratégica, sino que es presentada por los mismos como una contradicción con su responsabilidad o compromiso laboral.

Las subdimensiones razones o motivaciones para participar o no de las medidas de lucha, e impacto del conflicto en la vida laboral se encuentran estrechamente vinculadas a raíz de esta particularidad que expresan los trabajadores -y una buena parte de ellos, como una contradicción, como se refleja en el siguiente fragmento:

“Y otra cosa que me sucede con el tema del conflicto a mí en particular es que, como trabajo con enfermedades crónicas, muchas veces por la cuestión del paro se posponen turnos de pacientes que han estado esperando un año ese turno... Entonces, eso a mí me genera como un sentimiento de contrariedad, porque siento que, en un punto, sin querer, obviamente, vulneramos un poco ese derecho a la salud que tiene ese paciente...” (Bárbara, Médica, 36 años, sin afiliación gremial).

Entre quienes poseen militancia sindical o política, defienden la medida del paro como una herramienta central. Reconocen que la dinámica hospitalaria debe reorganizarse para garantizar guardias mínimas, reprogramar turnos y sostener la atención indispensable, pero rechazan enfáticamente la idea de que las medidas de fuerza dejen pacientes sin atender. Dos entrevistadas —una mujer y un varón— señalan, incluso, que el argumento de que *si hay paro los chicos se quedan sin atención* es utilizado por el gobierno como forma de estigmatización e intento de deslegitimación del conflicto. En este sector aparece con mayor nitidez la comprensión del paro como una disputa política situada, vinculada a la defensa de la salud pública y las condiciones de trabajo:

“Sí, obviamente que el conflicto afecta al paciente, así como el no conflicto también afecta al paciente, ¿no? O sea, yo creo que la pasividad afecta mucho más porque lleva a lo que a lo que está pasando: el vaciamiento que los profesionales se vayan, que los pacientes de repente se queden sin su médico, sin su especialista. Entonces, a la larga que si no hay una lucha la afectación al paciente es mucho mayor, pero obviamente que los paros afectan al paciente, pero así todo nosotros sabemos que trabajamos en un hospital, que no es una fábrica, entonces en general tratamos de que se lo afecte lo menos posible cuando son pacientes que ya tienen eh, no sé, que vienen de afuera, que vienen de lejos o que tienen intervenciones que no se pueden suspender, no se suspende y se sigue haciendo” (Camila, Técnica de laboratorio, 34 años. Delegada ATE).

“El gobierno siempre nos estigmatizó, pero acá siempre se generó... si hay algo que tiene el trabajador de la salud y que, en este sentido, bueno, es a veces es difícil es que esto no es una fábrica. Esto es lo que hay que dejar en claro. Esto no es una fábrica que vos la cerrás y vos decís "Bueno, la cerramos una semana y no pasa nada.". No, esto es un hospital. Acá hay niños que están enfermos. Siempre se garantizó la atención mínima en los días de paro. Chicos que venían por la guardia, que tenían turnos, que venían de lejos, siempre fueron atendidos. Por ahí se demoraba un poco más porque es una cosa normal, pero nunca se dejó sin atención a nadie. Como nos decía el gobierno que dejábamos sin atención al chico. Eso no ocurrió.” (Nicanor, Administrativo, 57 años. Afiliado a ATE).

Por su parte, quienes no militan participan de forma más periférica y suelen valorar sobre todo los aspectos de visibilización y mediatización de las luchas —las marchas, las

ruedas de prensa, las movilizaciones masivas— sin adjudicar necesariamente centralidad estratégica al paro:

“No estoy tan de acuerdo ahora con el tema de los paros, me parece que ya son demasiados. Estamos alterando muchísimo el funcionamiento del hospital. Yo trabajo en un servicio que es atención programada, es decir, que nosotros vemos pacientes que ya vienen con turnos preasignados y estamos retrasando la atención de pacientes que no los ven en otro lado. Entonces, altera la dinámica del paciente, del servicio porque nos sobrecargamos. Entonces, me parece ya que el paro, en este momento ya no nos está afectando. Cada vez se pierde más fuerza y que cada vez nos parece que se están adhiriendo cada vez menos. Me parece que la visibilización es eh hacia la gente y lograr empatía es la mejor herramienta ahora en este momento.” (Nacho, Médico, 34 años. Sin afiliación sindical).

Sin embargo, el poder social que lograron conquistar a partir de una lucha conjunta con las familias afectadas -tanto por el vaciamiento del Hospital, así como por la huelga de sus trabajadores- fue una herramienta clave para desmentir el discurso del gobierno, y legitimar la medida de paro como necesaria para la conquista de sus reclamos. Incluso quienes no sostienen una intervención militante identifican las tensiones que implica la medida y se preocupan por explicar que existe la necesidad de parar para defender el funcionamiento del hospital frente al ajuste, y los efectos inmediatos que genera en la vida cotidiana de los servicios, en la comunidad hospitalaria y en la calidad de atención. Varias personas, de hecho, subrayan que el paro tiene consecuencias concretas: sobrecarga del personal que ese día trabaja, tiempos reducidos para cada paciente y tensiones internas entre quienes paran y quienes no -y sin embargo defienden el plan de lucha.

Si bien en términos de nivel de participación no se observan diferencias significativas entre varones y mujeres —en ambos grupos la mayoría participa del conflicto en alguna de sus formas— sí aparece una diferencia consistente en cómo participan, cómo relatan su experiencia y qué tensiones priorizan. Entre las mujeres, la preocupación por la atención de los pacientes emerge de manera sistemática y con un tono fuertemente afectivo. Más allá de si su tarea en el hospital implica estrictamente un rol asistencial y de vínculo con los pacientes, el factor *cuidado* es una prioridad al momento de analizar el conflicto. Muchas expresan angustia o culpa ante la suspensión o reprogramación de turnos, y también preocupación por la sobrecarga que recae sobre las compañeras que no paran: “Nenes que vienen preparados con ayuno para hacer un estudio y no se lo puedes hacer y se lo tenés que decir a la madre y eso la angustia la madre, te angustias vos” (Dalma, Médica, 32 años. Sin afiliación sindical).

En los varones, las tensiones éticas también se mencionan, pero el relato adquiere un tono más distanciado y argumental, centrado en la obligación institucional y desde el compromiso profesional de garantizar el funcionamiento del hospital: “Esto no es una fábrica que vos la cerrás y vos decís “Bueno, la cerramos una semana y no pasa nada” (Nicanor, Administrativo, 57 años. Afiliado a ATE).

Para algunos, incluso, no se presenta ninguna contradicción entre parar y garantizar la atención, ya que sostienen que el hospital nunca deja desatendido a un paciente. La

dimensión afectiva del conflicto aparece en ellos mucho más atenuada o directamente ausente, y predomina un registro vinculado a la organización del servicio, las normativas y la estructura institucional:

“Entonces, al ser menos baja la calidad de atención, porque vos tenés más pacientes para atender. Entonces, al tener más pacientes tenés menos tiempo para dedicarle a cada uno y baja la calidad de atención (...) El problema de la salud en general es que vos no podés, no podés hacer un cierre total de lo que es el hospital. O sea, no es como, por ejemplo, camioneros hace un paro, para todos los camiones y no pasa absolutamente nada.” (Santiago, Enfermero, 33 años. Afiliado UPCN)

Incluso entre quienes militan sindicalmente pueden advertirse diferencias. En la muestra, se observa una mayor presencia de mujeres sindicalizadas o con roles activos: esto tiene sentido no solo por la alta composición femenina del sector -los equipos de salud están compuestos en un 80% por mujeres (Hayes, 2025)-, sino también por la recolección de la muestra. También se expresa en la composición de afiliadas de la Asociación de Trabajadores del Estado del Garrahan: de los 463 trabajadores un 65,7% son mujeres (304) y 34,3% hombres (119). Si bien el secretario general y Adjunto de la Junta Interna son hombres, de los 30 delegados de ATE Garrahan 17 son mujeres y 13 varones.

Dos de las entrevistadas, ambas delegadas gremiales, mencionan la sobrecarga subjetiva y organizativa que implica la militancia, incluso al punto de evaluar dejar tareas gremiales a futuro:

“Soy la única delegada del turno tarde. Es una responsabilidad muy grande y son muchas cosas. Eso es una tarea más que ya no tengo ganas de seguir llevando adelante, así que no voy a participar en estas elecciones.” (Karina, Enfermera, 32 años, delegada de ATE)

“Semanalmente nos reunimos una vez por semana o si hay que reunirse para otra cosa, nos reunimos para organizar la semana y lo que tenemos que hacer, las tareas, las recorridas que tenemos que hacer, las mil tareas que tenemos para hacer, eh, todo eso entre medio que yo trabajo, ¿no? Ahora yo estuve trabajando, ahora vengo acá porque nos interesa también difundir todo esto a todo. Estuve un rato con la radio, después vuelvo a trabajar. Después el paro, después sigo trabajando. Entonces es como que para mí ser delegada y ser trabajadora está imbricado, no podría ser una cosa así, otra no.” (Beatriz, Técnica en hemoterapia, 41 años. Delegada de ATE).

Los varones con actividad sindical, en cambio, tienden a narrar su rol desde un lugar de claridad política, afirmación y orgullo militante, sin registrar grandes malestares subjetivos asociados a esa participación:

“Y mira... muy estresante, porque la verdad que cuando vos tenés un compromiso, yo tengo un compromiso muy militante, no solamente milito sindicalmente, sino también milito políticamente en los barrios. Para mí la palabra militante no es como la que plantea el gobierno. Para mí es un orgullo ser

militante. Militante es defender una causa porque por la que uno por la que uno está convencido. Y yo milito, ¿no?, para hacer política partidaria, sino que milito en función de defender la salud pública, defender el hospital que tenemos, no solamente por mí, sino también en función de los chicos que se vienen a atender” (Nicanor, Administrativo, 57 años. Afiliado a ATE).

Podemos afirmar que la diferencia por género no se expresa en una mayor o menor participación —dado que ambos grupos intervienen en el conflicto—, sino en los modos de involucramiento, en las tensiones subjetivas que emergen y en la forma en que se articula el vínculo entre trabajo, conflicto y cuidado. En las mujeres predomina una vivencia más situada del impacto de las medidas sobre pacientes y compañeros, donde la dimensión afectiva y la responsabilidad cotidiana adquieren centralidad. En contraste, entre los varones la decisión de participar, no hacerlo o hacerlo de manera más periférica tiende a apoyarse en un registro menos ligado a los efectos concretos de las medidas sobre la comunidad hospitalaria y más anclado en consideraciones de orden institucional, político o programático vinculadas a su rol laboral. Estas diferencias no suponen distintos grados de compromiso, ya que desde estas formas divergentes de experimentarlo y dotarlo de sentido algunos defienden su adhesión indiscutible al paro como medida de lucha (en general, quienes militan sindicalmente) y otros no adherir o participar en otras instancias.

### **Análisis de la dimensión Afectación del conflicto en su percepción como trabajadores.**

Esta dimensión sufrió varias modificaciones durante su desarrollo. En una primera instancia apuntaba a los efectos que el conflicto tenía en la vida personal de los trabajadores, e incluía tres subdimensiones: *Vínculo con la comunidad*, *Efectos del conflicto en la vida personal* y *Herramientas de autocuidado*. A partir de algunas correcciones que nos mostraban que la dimensión se estaba corriendo del eje principal de nuestro trabajo, hicimos los cambios pertinentes para que ésta refleje el modo en que la disputa en el hospital interviene en la percepción que tienen de su papel como trabajadores.

Es así que consideramos que es posible vislumbrar cómo se construye la percepción que tienen de sí como trabajadores durante el conflicto a partir de la dimensión *Afectación del conflicto en su percepción como trabajadores*. Buscamos observar el modo en que este proceso de lucha afectó la idea que tienen sobre su rol dentro del hospital y la comunidad, y dónde encuentran la valoración en su trabajo.

Dentro de la subdimensión *Valoración* incluimos todo aquello que encontramos en los discursos de las entrevistadas cuando refieren a los distintos aspectos a partir de los cuales se sienten valoradas, sea tanto en la relación que tienen con los pacientes y sus familias, al vínculo con la comunidad, o el salario.

En los discursos de las mujeres aparece el vínculo con los pacientes, y como eso es un factor que moraliza o genera arraigamiento con el hospital, a partir de distintas preguntas, sea por la valorización o el conflicto en sí.

Entre los varones, en las distintas citas seleccionadas para la matriz, ante la pregunta si

sienten que su trabajo es valorado, ellos responden negativamente refiriéndose a cuestiones que tienen que ver con la retribución monetaria del trabajo. Podemos observar lo antes mencionado en lo que comenta un instrumentador:

"No, a ver, simplemente, a ver, yo no busco que me den una palmadita en el hombro y me digan, "Qué grande, Gonza, qué bien que lo hiciste." No, no me interesa. Eh, con que a mí vos me agarres y me digas bueno, te pago esto. Está perfecto. Listo, ya está. Esa es mi retribución. No necesito ni que me diga o que me hagan una estatua ahí como instrumentador del año o que venga enfermo también..." (Fernando, Instrumentador Quirúrgico, 33 años. Sin afiliación sindical)

Finalmente, aparece solo en dos casos la referencia al cariño hacia las familias o los pacientes, con la salvedad de que uno de ellos dice haber querido trabajar en pediatría desde chico, razón por la cual tiene esa vocación de cuidado con los más niños. En otro caso testigo, un enfermero sin hijos, plantea que él cree que no le afecta la realidad de los pacientes porque no es padre, por ende, no empatiza con esas situaciones.

Entre las mujeres, observamos una tendencia hacia la idea de sentirse reconocidas y valoradas en su trabajo a partir de distintas demostraciones que hacen las familias o los pacientes. A su vez, ellas plantean que esas demostraciones son las que las motivan a seguir con su labor o las *recargan de energía*. Estas respuestas van apareciendo a distintas preguntas que no están necesariamente dirigidas a dónde encuentran el reconocimiento, por ejemplo, ante la pregunta de si disfruta su trabajo, una enfermera contesta "No me veo mucho tiempo más haciendo asistencial, y de hecho por eso pedí el pase", para luego decir:

"Obviamente hay algo que me gusta y hace que me siga manteniendo acá que es de alguna forma la vocación. Hay una recompensa en el hacer y el agradecimiento. El otro día no se había tenido una guardia repesada y tenía un paciente que estaba como con muchos síntomas de la quimio, me vomitaba y con dolor de cabeza y más allá de todo eso, me vio y me regaló un caramelo, más allá de todo su malestar. Y después ingresé otro paciente que también estaba re malhumorado porque no quería saber nada y bueno yo me agaché para consolarlo y él me abrazó y no me soltó. Son mimos que por ahí me devuelven un poco el disfrute de y hacer lo que hago." (Karina, Enfermera, 32 años. Delegada de ATE).

En lo que nos cuenta esta enfermera también podemos observar cómo se cuela en el discurso la importancia del vínculo con los pacientes, que a su vez se entreteje con la sensación de responsabilidad para con el mismo, y con la idea de que el trabajo de cuidado está arraigado a la vocación y a lo servicial:

"Y eso complicado porque enfermería, no sé, pero bueno, por ahí pasa también con los médicos a veces, ¿no? Pero hay como una cuestión servicial, ¿viste? De vocación que es como que vos no podés dejar de atender a un paciente, tenes que venir y trabajar porque si no entonces al paciente quien lo atiende. Entonces ha costado mucho por ahí que entiendan que el paro es una medida extrema, que no es que la elegimos, así como primera medida, sino que se agotan otras instancias y como última instancia se opta por el paro, pero si es una situación que genera

mucho conflicto.” (Karina, Enfermera, 32 años. Delegada de ATE).

Esto podemos vincularlo a la idea de *doble feminización* que plantea Aspiazu, ya que además de tratarse de una profesión altamente feminizada (la enfermería), es un trabajo que está fuertemente asociado a aspectos considerados femeninos como el cuidado, la entrega emocional, la abnegación (Aspiazu, 2017).

Dentro del subdimensión *Modificación en la visión de su trabajo a partir del conflicto*, incluimos las respuestas a la pregunta sobre si consideran que las instancias de organización y lucha que generó el conflicto modificaron su visión sobre la labor que realizan. Allí encontramos una diferencia.

Las diez citas tomadas para el análisis de esta subdimensión se separan equitativamente entre varones y mujeres. De las cinco mujeres, cuatro afirman encontrar una diferencia en su visión a partir del conflicto. Así nos lo transmite esta Auxiliar de cocina:

*“Este y nada...con los achaques de los años y de las enfermedades mías y de todo, eh pensado en salirme del hospital. Eh, yo creo que, si hoy estoy, estoy por la lucha, estoy, me está sosteniendo estar en el hospital, eh el lugar en el que me encuentro hoy, eh peleando por todo esto.”* (Natalia, Auxiliar de cocina, 41 años. Afiliada a ATE)

Cabe aclarar que la trabajadora citada está haciendo referencia a problemas de salud los cuales muchas veces limitan sus posibilidades u opciones de participar de las medidas de fuerza, pero que a pesar de ello encuentra las formas para poder involucrarse.

En líneas generales, se puede plantear que fue a raíz de este proceso de lucha que identifican su lugar como trabajadoras, pueden reivindicar el esfuerzo y la dedicación que requiere, y la necesidad de defender sus derechos. Además, aparece una noción del lugar que ocupan como parte en un engranaje superior: por el rol que cumplen dentro de la comunidad y el reconocimiento de la función fundamental del propio hospital.

En este sentido es interesante lo que plantea una médica becaria que no está afiliada a ningún gremio y que cuenta no haber estado antes en otra instancia de lucha: “Está bien quejarse, digamos y más cuando uno da tanto por lo que hace. Eh, bueno, creo que sí para mí me cambió un montón.” (Dalma, Médica, 32 años. Sin afiliación sindical). Creemos que es a partir de esta nueva experiencia de mancomunidad con sus compañeros y la búsqueda de un fin en común que esta médica puede afirmar que es válida la queja, el reclamo y las medidas de lucha por la situación de desfinanciamiento. En conjunto con esto, aparece una comprensión de la centralidad que tiene su trabajo y el hospital para con la comunidad, y que las medidas de paro también son una forma de defender la salud pública.

Por otro lado, entre los cinco hombres que aparecen en la matriz, encontramos que la mayoría de ellos afirman no haber percibido cambios en la visión que tienen de su trabajo a partir del proceso de lucha. Como se refleja en la respuesta de este enfermero:

“No, para nada. Para nada. Para mí sí igual sabiendo que todo lo que hay de

trasfondo, sabiendo, o sea, con todo lo que está pasando y todo lo que lo que es el foco, que es el tema de la plata y demás, o sea, uno sabe y es no, no junta las cosas. Yo voy y trabajo como siempre y hago lo mismo de siempre y trato de dar lo mejor y seguir teniendo la misma calidad de atención hacia los pacientes, o sea, no se modifica mucho.” (Santiago, Enfermero, 33 años, afiliado a UPCN).

En los pocos casos en que los varones responden indicando que hubo algún cambio, éstos hacen foco en aspectos personales o individuales, y no a cuestiones relacionadas con la comunidad. Por ejemplo, un residente que plantea cómo la crisis económica que se atraviesa les afecta en la vida personal: “yo tengo que tener cierta planificación de garantizarme ciertos ingresos, de garantizar cierta calidad de vida, de no morir en el proceso, buscar el equilibrio y yo creo que eso me focalizó un poco.” (Nicolás, Residente, 30 años, sin afiliación gremial). U otro caso que, aunque dice no identificar cambios en su visión, inmediatamente plantea que a partir del conflicto está más informado de cuestiones legales en relación con este, y que esto va en detrimento de la atención de los pacientes.

Encontramos también una relación entre quienes identifican que cambió su visión del trabajo y la existencia de algún grado de participación en las medidas de fuerza. Es decir, quienes estuvieron involucrados siendo afiliados o delegados de ATE, o no afiliados -residentes- que participan de las asambleas, son también quienes observan una modificación en la visión que tienen sobre su propio rol como trabajadores y dentro de la comunidad del hospital. En este sentido, podemos observar lo antes mencionado en dos ejemplos en los que el grado de involucramiento militante es diferente: por un lado, una técnica de laboratorio y delegada ATE, nos dice:

“Sí, ¿no? O sea, yo creo que lo que modifica es la manera de ver lo poco reconocido que está nuestro trabajo. Eso sí, o sea, a nivel la remuneración y a veces como que te hablan como si vos fueses un número más y eso es lo que te lo da más...pero a su vez también refuerza esto de bueno, pero me gusta mucho y vale la pena y a mis compañeros todos veo que queremos estar acá porque nadie piensa en irse del Garrahan. Todos queremos llegar al Garrahan, entonces queremos mantener el lugar y aparte tenemos un montón de oportunidades de crecer en un montón de cosas dentro de lo laboral de congresos, investigación y hay un montón de cosas lindas para hacer.” (Camila, Técnica de laboratorio, 34 años. Delegada ATE).

Y, por otro lado, también podemos observar en el discurso de esta residente que, aunque no está afiliada a ningún gremio, participa activamente en las medidas de lucha: “Siento que sí, que aprendimos mucho a valorar más nuestro trabajo y a darle como la importancia y el reconocimiento que se merece... (...) bueno, yo soy un trabajador más y merezco estas cosas. Démosle bola porque nos rompemos el culo trabajando acá...” (Federica, Residente, 29 años, sin afiliación gremial)

Es interesante que, entre los hombres, el único que distingue una transformación a partir del conflicto, y que su discurso marca una apropiación colectiva del trabajo, es un empleado administrativo afiliado a ATE, que comenta:

“Queremos estar todos mejor. El hospital tiene que estar mejor porque si todos

estamos bien pagos, todos tenemos mejores condiciones de laburo y evidentemente el hospital va a seguir siendo...Eso te ayuda mucho la militancia. Por supuesto, yo no hago militancia partidaria porque...pero sí hay una militancia sindical, una militancia política de hablar con los compañeros, recorrer, trabajar y bueno, con altibajos a veces.” (Nicanor, Administrativo, 57 años. Afiliado a ATE).

### **Conclusiones finales:**

En relación a las Demandas del conflicto, se corrobora parcialmente la hipótesis inicial. Hay una preocupación común central, que está enfocada en el reclamo salarial y que no tiene distinción por género. Por otro lado, aparece en la mayoría de las mujeres la atención puesta en otros aspectos vinculados a una preocupación más integral en relación a la calidad de la atención y como el conflicto afecta el funcionamiento del hospital como comunidad, así como también a cuestiones que tienen que ver con la defensa de las condiciones de trabajo del conjunto, como puede ser la sobrecarga laboral, la falta de insumos o las condiciones de contratación. Entre los hombres prima la atención al empeoramiento de su calidad de vida y en sus discursos se refieren más a aspectos estructurales del conflicto, entendemos que, aunque también aparecen elementos vinculados a la defensa de la salud pública sus argumentos sobre el deterioro salarial tienden a aspectos más individuales.

Para todos los trabajadores el salario es el sustento necesario para vivir, y adquiere centralidad en la lucha. Se debe a que es una demanda transversal del sector salud y por eso aparece como prioritaria en el conflicto en el Garrahan. Sin posibilidades de solventarse económicamente ven en riesgo su calidad de vida como así también el desarrollo pleno de su trabajo en el hospital. En ese sentido hay coincidencias respecto a que el salario sufrió un estancamiento y que el Estado no genera condiciones posibles de negociación, sino que por el contrario su manejo se basó en amenazas y precarización para los trabajadores.

Si bien los hombres identifican la pelea por su salario directamente con la posibilidad de reproducir sus condiciones de vida (Battacharya, 2015), las mujeres identifican en el mismo su lugar como trabajadoras y sus derechos de forma más integral con su rol dentro del Hospital; no solo el salario es su retribución y derecho, sino que incluyen en sus demandas otros elementos que abarcan reivindicaciones que implican una forma diferente de entender el trabajo, incorporando algo más que la noción de tarea por retribución.

A partir del estudio de las entrevistas surge un aspecto que no habíamos incluido en el comienzo de la investigación pero que nos parece interesante marcar: cuando analizamos las demandas y las delimitamos por sector, llegamos a la síntesis de que no existen diferencias por género sino por la tarea realizada dentro del área al cual pertenecen. Encontramos que para todos los sectores existe una falta de reconocimiento monetario: esto es percibido de esa manera porque hay una carga en ser *trabajadores de la salud*, en el sentido del *deber* frente al paciente que es compartida por los trabajadores de la reproducción social; pero que entre los médicos es el único grupo que en su mayoría no identifica otra demanda más allá de la cuestión salarial cuando se les consulta por los reclamos propios del sector.

Cuando observamos la participación en el conflicto, encontramos que todos los trabajadores están de acuerdo con el reclamo llevado a cabo, aunque tengan diferentes grados o modos de ser parte del mismo.

Se corrobora que la participación en el conflicto está influida en mayor medida por su compromiso político militante -siendo los militantes quienes se involucran más en las medidas de lucha, y se adhieren a todos los paros- y no así por el género, y, por otro lado, quienes no militan tienen diferentes grados de participación (movilizaciones, asambleas, etc.). Se destaca en este aspecto la participación periférica de trabajadores en tanto es una demostración del poder asociativo que lograron construir mediante el debate asambleario y la coordinación de todos los sectores del Hospital bajo un plan de lucha unificado.

Quiénes están involucrados dedican más tiempo de la entrevista a describir el conflicto y el proceso de lucha (quiénes son los responsables políticos, el accionar del gobierno, la dinámica sindical), presentan un discurso argumental y esquemático. A su vez, creemos encontrar una distinción por género entre quienes militan, siendo los varones, según las notas de campo y fragmentos de entrevista, quienes se incomodan o responden acotadamente a preguntas sobre la vida personal. En cambio, en las mujeres, a la hora de preguntar cómo les afecta el conflicto o su vida personal no presentan incomodidad, y se autodescriben sobrecargadas mentalmente, estresadas tanto por la jornada laboral y militante.

Existe una tensión diferencial que sí se da en el género, más allá de que sean o no militantes: las mujeres participan de las medidas de lucha incluso cuando esto implica en ellas una contradicción por el modo en que la medida de paro afecta particularmente a sus pacientes. Más allá de eso, expresan un compromiso con las medidas de lucha (en general) encontrando en su contradicción, la misma motivación que las hace participar del conflicto: la responsabilidad con *la salud y su tarea*, la sobrecarga en los compañeros, familias y pacientes.

En los varones, no solo hay una menor cantidad de militantes, sino que el compromiso con las medidas de lucha se expresa desde aspectos más estructurales e institucionales, y la decisión de participar o no -o hacerlo de forma periférica-, parece estar definida a partir de una visión más distanciada de los posibles efectos que la medida tenga en la comunidad, y más atada a cuestiones políticas, ideológicas, o programáticas en relación a su tarea en particular.

En este sentido, la experiencia de los trabajadores en el conflicto y sus relatos sobre la contradicción frente a la decisión de ir a huelga como medida estratégica y sus consecuencias inmediatas en la comunidad hospitalaria, encuentra en las mujeres una predominancia sobre una dimensión afectiva del cuidado -y el refuerzo de su compromiso en la participación de las acciones de lucha a pesar de su contradicción-, y en los varones una predominancia funcional e institucional, sin obviar su responsabilidad y compromiso como profesionales -pero no necesariamente asociado a la participación en el conflicto.

En relación a dónde encuentran la valoración de su trabajo, podemos afirmar que

nuestra hipótesis se corrobora ya que encontramos en casi todas las entrevistas de las mujeres distintas descripciones que hacen referencia a cómo a través del reconocimiento de los pacientes y las familias se sienten valoradas. En cambio, en los varones esto aparece en menor medida: sus respuestas se enfocan, sobre todo, en aspectos salariales. Solo en pocas excepciones se refieren a la relación con las familias o la comunidad cuando hablan de la valoración de su labor. En este sentido, entendemos que los varones ponen su valoración en aspectos mayormente individuales y no en las demostraciones de quienes atienden.

Hacemos anclaje en la TRS que enfatiza en el disciplinamiento que vivimos desde pequeños, encuadrando las formas de hacer y sentir. En este sentido, se construye una disposición de las mujeres a los cuidados y a la afectividad, que se despliega tanto en el ámbito privado como público. Esta socialización que moldea subjetividades funciona de forma dialéctica con la división sexual del trabajo, se sostienen y reproducen mutuamente; es así que a partir de esto podemos observar una tendencia en las mujeres a encontrar el reconocimiento de su labor en las expresiones de cariño tanto de familias como pacientes. Estas demostraciones de afecto son las que, según ellas, las recargan de energía o dan sentido a su trabajo cotidiano.

A su vez, podemos vincular lo que encontramos en los discursos de las mujeres con el concepto de *doble feminización* de Aspiazu (2017) en donde plantea que los equipos de salud son mayormente feminizados y se trata de trabajos en los que preponderan tareas vinculadas al cuidado, lo cual se asocia a representaciones sociales que adjudican a las mujeres una predisposición natural a la abnegación, la entrega emocional, y la empatía. En este sentido, en primer lugar, encontramos que la planta de trabajadores del Garrahan está compuesta un 80% por mujeres (Inés Hayes, 2025), y asimismo observamos que en sus entrevistas aparece la idea de la vocación y la importancia de una atención servicial para con los pacientes.

En referencia a la subdimensión Modificación en la visión de su trabajo a partir del conflicto, entendemos que también se corrobora la hipótesis, en tanto la mayoría de los varones dicen no observar modificaciones en su trabajo, en contraposición a las mujeres que sí lo identifican.

Los discursos de las mujeres describen una identificación y apropiación de su rol de trabajadoras a partir de la participación de las diferentes medidas de lucha. Esto podemos emparentarlo con la separación analítica que realiza Longo (2012) del proceso de precariedad laboral, para hablar de las diferentes dimensiones en que ésta sucede. Plantea que existen efectos en la percepción que tienen de su labor, generando insatisfacción, sensación de vulnerabilidad, y falta de reconocimiento de sí como trabajadoras, todo lo cual reduce el poder de clase que tienen frente al capital. Lo antedicho se expresa también en una fragmentación del colectivo dentro de los espacios laborales, que se refleja en la nula o pobre representación gremial. Basándonos en lo que se desprende de la investigación, entendemos que la experiencia de involucramiento activo en el conflicto modifica la forma en que se perciben como trabajadoras, enfrentando una de las dimensiones de precariedad que describe la autora. La participación genera una unión mayor entre los distintos sectores del hospital y con la comunidad, rompe con la segmentación, y genera una conciencia más

amplia del proceso.

A lo largo del estudio surge como un aspecto que no habíamos tenido en cuenta inicialmente, y que podemos enlazar con lo antes mencionado: el hallazgo de una relación entre quienes plantean cambios en su visión del trabajo a partir del conflicto, en su mayoría mujeres, y quienes tienen algún tipo de participación activa en el mismo (delegadas o afiliadas a ATE, no afiliadas - residentes - que participan de las medidas de fuerza). Entre los hombres, el único que afirma haber identificado una modificación en su forma de percibir, es afiliado a ATE. Aquí encontramos un vínculo con lo que menciona Beliera (2025) cuando distingue la existencia de una potencialidad en los trabajadores de instituciones de reproducción social que puede activar su poder estructural, mediante la acción colectiva. Es así como en el Garrahan se articulan las reivindicaciones salariales con la pelea por una salud pública de calidad que garantice el acceso a una población vulnerable.

La percepción y experiencia de los trabajadores sobre su intervención y el desarrollo del conflicto no deja de estar influida por la contradicción capital-vida que determina su fuente de poder estructural, y las razones propias del conflicto: el ahogo presupuestario y vaciamiento inducido a una institución central de reproducción social. Puesto en práctica, esta contradicción -llevar adelante la huelga como medida estratégica, pero con repercusiones directas a la comunidad- atraviesa a todos los trabajadores que saben que están en lucha por su salario y subsistencia como fuerza de trabajo, pero es vivenciada de forma diferencial según el género.

Los hombres identifican su lugar como trabajadores desde una percepción más distante y profesional de su rol dentro del Hospital, y las mujeres centran su experiencia según lo que valoran de su rol como trabajadoras: su desempeño como cuidadoras. Como trabajadoras de la reproducción social tienden a identificarse con su labor desde la incorporación de su responsabilidad como cuidadoras, en el *deber* con los pacientes y las tareas de cuidado propias de la profesión: incorporando conductas "feminizadas" tales como la abnegación y la entrega emocional. Lo cual se les presenta como motor y a la vez contradicción al momento de hacer huelga o participar de instancias de lucha para defender sus derechos como trabajadoras, defender sus condiciones de trabajo para preservar la calidad de atención del Hospital y la comunidad en su conjunto.

## **Bibliografía**

Arruza, C., & Bhattacharya, T. (2020). Teoría de la Reproducción Social: elementos fundamentales para un feminismo marxista. *Revista Archivos de Historia del Movimiento Obrero y la Izquierda*, 9(16), 37-69.

Aspiazu, E. (2017). Las condiciones laborales de las y los enfermeros en Argentina: entre la profesionalización y la precariedad del cuidado en la salud. *Revista Trabajo y Sociedad*, 11-35.

Beliera, A., Morris, B., & Noguera, D. (2025). ¿Qué poder estructural tienen los trabajadores estatales de la reproducción social? Indicadores a partir de estadísticas nacionales de salud y educación. *Sociedad de Economía Crítica de Argentina y Uruguay*, 11, 163-183.

Bhattacharya, T. (2015). Cómo no saltarse a la clase: la reproducción social del trabajo y la clase obrera global. *Revista Intersecciones*, 1-25.

Hayes, I. (13 de Junio de 2025). Sigue la resistencia de los y las trabajadoras del Garrahan. *Página 12*.

Longo, J. (2012). Las fronteras de la precariedad: percepciones y sentidos del trabajo de los jóvenes trabajadores precarios de hipermercados. *Trabajo y Sociedad*, 375-392.

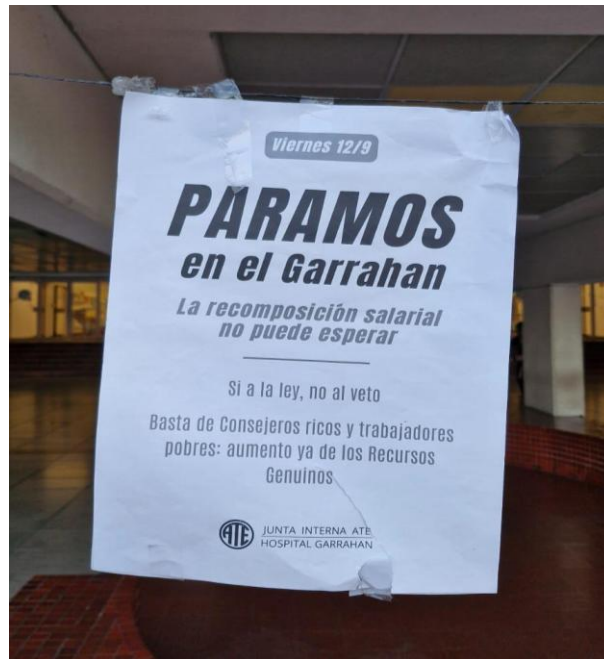
Marticorena, C., D'Urso, L., & Vojnov, M. (2024). El impacto de la pandemia en la conflictividad laboral del sector de la salud pública en la ciudad de Buenos Aires (Argentina). *Laboratorio*, 96-123.

Varela, P. (2023). Las luchas en el seno de la reproducción social: repensar los puentes entre trabajo y vida. *Revista Controversia*, 221, 21-51.

Varela, P. (2024). Un libro justo a tiempo, 40 años después. En L. Vogel, *Hacia una teoría unitaria*. Buenos Aires: IPS-CEHTI ediciones.

## 2. Diferencias en las percepciones de la precarización en el ámbito de la salud pública según género y edad

*Yanina Saucedo, Francesco Colicchia, María Clara Casaravilla, Jessica Germine, Pedro Mazzoni.*



### Resumen

El presente trabajo tiene por objetivo indagar en las diferentes percepciones sobre la precarización de las condiciones de trabajo dentro del Hospital Garrahan en el marco de la lucha por el conflicto laboral con el Estado en el año 2025. Para esto mostraremos algunas tensiones y diferencias presentes en la forma de percibir la precariedad haciendo especial énfasis en las diferencias según género y edad. Para ello, se buscará explorar y describir nuestros hallazgos a partir de técnicas cualitativas de recolección y construcción de datos como entrevistas en profundidad e imágenes.

Con el objetivo de observar los distintos significados que los trabajadores dan a las condiciones materiales del trabajo reconstruimos tres dimensiones que atienden a diferencias en: Percepciones de la intensificación de la jornada laboral; Proyecciones de la trayectoria socio-ocupacional de largo plazo de los trabajadores de la salud; Percepciones sobre la valorización y reconocimiento del trabajo.

### Introducción

El Hospital Garrahan se ve atravesado por el contexto de una fuerte conflictividad laboral debido a la desfinanciación estatal en el último tiempo. Se trata de un hospital pediátrico reconocido internacionalmente por su alto nivel, calidad y capacidad en

tratamientos de casos de alta complejidad de niños y adolescentes, cuenta con más de 4500 trabajadores y atiende alrededor de 400 pacientes diarios, se encuentra ubicado en Parque Patricios, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y depende del financiamiento del Ministerio de Salud de la Nación.

El conflicto se enmarca en el contexto avanzada del Capital en la precarización de las condiciones de vida de los trabajadores impulsada por el ataque desde el Estado durante el gobierno de Milei. Los trabajadores del hospital se encuentran en un contexto de crisis debido a la reducción drástica de su salario en relación a la inflación y la precarización de las condiciones de trabajo en el hospital que impide en muchos casos que el trabajo realizado en el hospital alcance para el sostenimiento de la vida de sus trabajadores. Es por esto que el año 2025 va a estar atravesado por la movilización y lucha de los trabajadores del hospital contra el Estado exigiendo entre otras cuestiones la "recomposición salarial" (ver foto de portada) del 100%, buscando que este alcanzara para cubrir la canasta básica familiar. El vaciamiento del hospital por parte del Estado, como aliado estratégico del capital, impuso condiciones materiales que fomentaron la fuga masiva del personal del hospital, entre ellos de trabajadores altamente capacitados necesarios para el correcto funcionamiento de la atención a los pacientes y una sobrecarga de trabajo para el personal. Por tanto, no se trata solo de medidas de lucha en defensa de las condiciones de trabajo, se trata de un conflicto laboral de lucha en defensa de la salud pública.

El conflicto dentro del hospital impacta en las formas de comprender el propio trabajo, en la valorización que los y las trabajadoras tienen del mismo, en sus proyecciones futuras de vida y en la intensidad de la jornada de trabajo. La precarización no flota en el aire, se enmarca en un contexto material e histórico de lucha entre el capital y la vida.

En este trabajo se busca comprender las diferentes percepciones que se pueden encontrar frente al avance de la precarización del trabajo en el Hospital Garrahan teniendo como criterios de distinción en la percepción el género y la etapa de la trayectoria laboral en la que se encuentran. Para esto nos posicionamos a nivel general siguiendo los aportes de Longo (2012) sobre la conceptualización de la precarización laboral al poner el foco en la relación histórica de poder entre capital y trabajo. Nos parece que este estudio es un buen anclaje al vincular la precarización laboral con las percepciones y sentidos que le atribuyen al trabajo los trabajadores. A un nivel más particular, este estudio de caso permite pensar las diferentes percepciones que se construyen en función de la precarización del trabajo contemplando diferencias de género y edad en la percepción del hospital como un ámbito laboral precario, constituido como tal por el contexto de la crisis de reproducción social. ¿Acaso el trabajo es pensado de la misma manera por todos los trabajadores? ¿Qué es lo más prioritario a la hora de pensar en los posibles reclamos? ¿El ingreso es lo único o directamente lo más importante a la hora de pensar en la valorización del trabajo siempre? ¿En qué piensan los y las trabajadoras cuando denuncian la precarización y qué demandas se ponen en juego? ¿Cómo influye en las proyecciones de su trayectoria profesional la trayectoria ya realizada? ¿Cómo impacta la precariedad en las juventudes? ¿Cómo es pensado el reconocimiento del propio trabajo?

A lo largo de este texto esas preguntas van a ir siendo pensadas en función de las tensiones entre la precarización y las formas de ser sentida y vivenciada según se trate de hombres, mujeres, jóvenes y adultos mayores

### **Problema de investigación**

En los últimos años diferentes estudios han abordado la problemática de la precarización laboral dentro de la clase trabajadora. Ha habido debates en función de si la precarización es parte de un proceso histórico de la conformación de una nueva clase social precaria o si se trata de una misma clase con iguales intereses fundamentales objetivos (Wright, 2018, Antunes, 2005); debates por la precarización debe tratarse como una desviación jurídica-contractual de la norma en el capitalismo (Galín, 1986) o si la precariedad es una relación de fuerzas históricamente construida entre capital y trabajo (Longo 2012); incluso ha habido trabajos en función de cómo la precarización afecta en el ámbito de los y las trabajadoras de salud (Azpiazu, 2017).

En función de todos esos debates previos nosotros queremos indagar en cómo es percibida esa precarización por los trabajadores dentro del Hospital Garrahan, centro de salud pediátrico público emblemático del país y reconocido internacionalmente por trabajar casos de alta complejidad y riesgo. Más específicamente, queremos ver si podremos encontrar diferencias en la percepción de la precarización del trabajo que se da en el hospital Garrahan en el año 2025 según género y edad. Y en función de eso, cuáles son esas diferencias y por qué se dan.

Nosotros partimos de la hipótesis de que existen diferencias en la forma de percibir la precariedad por los diversos roles que se juegan en las ocupaciones del hospital que se relacionan al género. Además, vamos a encontrar diferencias en la percepción de la precarización entre los adultos jóvenes y los adultos mayores por diferencias en torno a las experiencias laborales transitadas y los imaginarios que construyen dentro de su trayectoria profesional.

### **Marco teórico**

El trabajo no es solamente el tiempo que se destina a una tarea por un salario. Es, entre otras cosas, una de las formas posibles de construir sentido e identidad. La forma de estar organizado el trabajo y las condiciones del mismo inciden en las formas de simbolizar y percibir el propio espacio de trabajo por parte de los trabajadores. Ya Burawoy planteó, siguiendo a Gramsci, en "El consentimiento en la producción" (2014) cómo es que los cambios en la forma de organizar la dinámica y las reglas de juego de la producción condicionan el tipo de consentimiento que recibirán por parte de los trabajadores.

El hospital Garrahan es un anclaje central para la reproducción social en Argentina. La reproducción social se refiere a los procesos que hacen posible la reproducción de la vida de la clase trabajadora, es tanto el trabajo no remunerado de cuidado, como toda una gama de empleos remunerados que contribuyen a la reproducción de la vida de una comunidad (Fraser, 2018). Los trabajos de reproducción social han sido realizados históricamente por mujeres y cuerpos feminizados (Arruzza; Bhattacharya, 2020).

Los trabajos de reproducción social del sector público, por ejemplo, los que se realizan en escuelas, hospitales o comedores tienen una característica particular: no están orientados a la producción de ganancias, sino al sustento de la vida de la población, a la reproducción de la fuerza de trabajo que a su vez constituye la mayoría de la sociedad. Por ello, la suspensión de sus actividades no genera una interrupción de la producción de mercancías, sino que afecta directamente a las condiciones de reproducción de la vida de la comunidad (Beliera et al.). Esto generó que por mucho tiempo solo se prestara atención al débil poder estructural de los trabajadores de la reproducción social, entendido como la forma de afectar a la acumulación de capital en el propio sector de trabajo o en otras ramas de la producción. Sin embargo, la fuente de poder de este sector deviene de "su ubicación para garantizar la condición de posibilidad del sistema económico-productivo" (Varela, 2023, p. 41), esto lo llamamos una fuente de poder socio-reproductivo. Esta fuente de poder es un potencial articulador con la comunidad, generando tejidos con el sector productivo de la clase-que-vive-de-su-trabajo. Esta potencialidad implica la posibilidad de transformar conflictos corporativos en "conflictos de clase por derechos a una vida digna de la comunidad" (Varela, 2023, p. 45).

En este sentido, la reproducción de la clase trabajadora alberga un conflicto irresoluble: la contradicción capital-vida. Esto se debe a que, en la sociedad capitalista, la reproducción de la vida de la clase trabajadora no se da en las condiciones más adecuadas para el bienestar de los trabajadores, sino que el interés del capital radica en reproducir la fuerza de trabajo como una mercancía que garantice la acumulación de capital. Esta contradicción reside en el hecho de que la fuerza de trabajo, para maximizar la tasa de ganancia capitalista, debe producirse de la forma más empobrecida posible (Varela, 2023). Este conflicto es sistémico del capitalismo y en la actualidad toma la forma de crisis de reproducción social. Según Fraser (2018) los trabajos para la mayoría de las personas en la actualidad pagan menos que el costo de reproducción de la fuerza de trabajo, es decir, menos que el valor socialmente necesario para que los trabajadores sobrevivan. Así, el fenómeno del pluriempleo para cubrir los costos básicos de vida de una familia se ha vuelto más común. Además, las políticas de ajuste estructural ejercen una desinversión estatal en la reproducción social, excluyendo a sectores de la clase trabajadora de los servicios públicos que garanticen ciertos estándares de vida.

Nosotros creemos que el avance del capital sobre los límites entre la reproducción social y la producción no solamente exigen recortes sobre la provisión Estatal de bienestar social y un vuelco masivo de las mujeres a la esfera del trabajo (Fraser, 2018), sino también genera un avance en la precariedad de las condiciones laborales entendidas como:

"una forma histórica de la relación de fuerzas entre capital y trabajo donde el capital avanza y dispone más enteramente del trabajo, pese a lo cual, no existe un momento de no-precariedad versus un momento de precariedad en el mercado laboral, sino distintos grados de precariedad en esta relación de poder." (Longo, 2012: p.379)

La precarización de las condiciones de trabajo, dentro de las instituciones de reproducción social en el ámbito de la salud, generan cambios en las dinámicas del

trabajo que no solamente repercuten negativamente sobre el salario, sino que además representan un empeoramiento en la calidad de la atención a los pacientes y tiene consecuencias en un mayor desgaste físico y mental producto de la sobrecarga de trabajo. A nivel general, los trabajadores dentro del sistema de salud pertenecen a ámbitos laborales caracterizados por un complejo entramado de relaciones altamente segmentadas de contratación sectorial descentralizada y de alta fragmentación interna, lo que dificulta la organización colectiva de reclamos del sector salud en su conjunto (Aspiazu, 2017). Las instituciones hospitalarias se caracterizan además por una fuerte jerarquización en diversos estamentos donde se subalternizan y subordinan ciertas posiciones laborales respecto a otras (Beliera y Busso, 2023). Además, existen brechas históricas de segregación del trabajo por género que impactan sobre la composición laboral dentro de las instituciones de salud en la que las trabajadoras son minoría en los cargos con mayor decisión y responsabilidad. Esta segregación por género se ve reforzada por estereotipos que naturalizan el predominio de mujeres en puestos asociados al cuidado frente a otras tareas de mayor jerarquía con rasgos más masculinos (Aspiazu, 2017). Pero ¿a qué nos referimos cuando hablamos de precariedad? y ¿cómo podemos observar las percepciones de la misma en contextos específicos? Como ya dijimos, siguiendo a Longo (2012), podemos conceptualizar a la precariedad como una forma histórica que asume la relación de fuerzas entre capital y trabajo. En este sentido, no alcanza con estudiar la precariedad desde su individualidad. Incluso aquellos con buenos contratos de trabajo entran dentro de la dinámica de trabajos precarios al entender la misma no como una característica en sí del contrato sino como una relación de fuerzas entre capital y trabajo. La precariedad entonces adquiere una dimensión colectiva que trasciende las características particulares de cada trabajo para enmarcarse como parte del ámbito laboral con características compartidas. La precariedad asume muchas formas según cómo se materialice esa relación en cada contexto histórico particular y es indisoluble del conflicto.

La precarización es parte de una compleja relación que se materializa tanto en “las condiciones de empleo”, de carácter jurídico-contractual, asociada a la capacidad de flexibilizar las relaciones laborales, la extensión e intensificación de la jornada de trabajo, etc. Cómo en la “precarización del trabajo” en las formas de pensar qué función cumple socialmente el trabajo y qué significados adquiere para los trabajadores, el reconocimiento, o no, tanto material como simbólico del trabajo y la dicotomía entre dignificación y la degradación del trabajador. Todo esto sin olvidar que se trata de relaciones de fuerzas capital-trabajo y que por tanto pensar la precarización implica también pensar “la precariedad de las relaciones laborales”, trascendiendo así la dimensión individual y construyéndose en ámbitos y espacios laborales. Entendiendo estos ejes de análisis Longo plantea la importancia de rescatar las nociones que construyen los jóvenes trabajadores de su trabajo ya que “La valoración del trabajo actual, y las perspectivas de trabajo futuro están condicionadas por la experiencia en el mercado laboral, y por las enseñanzas previas acerca de qué es el trabajo” (Longo, 2012, 388)

La forma de percibir el propio trabajo, así como las perspectivas futuras que proyectan como horizontes de sentido están profundamente atravesadas por la trayectoria ocupacional que los trabajadores han construido hasta ahora, por la experiencia y las

enseñanzas previas del mercado laboral y el trabajo.

En el trabajo de Longo esas percepciones futuras de los jóvenes trabajadores están atravesadas por el análisis de trabajadores en un espacio laboral directamente vinculado al comercio como lo es un hipermercado y, por tanto, el contexto particular que viven en dicho ámbito materializa una relación de fuerzas, un horizonte de trayectoria futura y una forma de entender su trabajo de formas distintas a las que lo hacen los trabajadores jóvenes en tanto trabajadores de reproducción social en el marco del conflicto en el Hospital Garrahan frente al ataque del Estado.

La precarización laboral se inscribe en una estrategia de acumulación de capital basada en un aumento de la explotación y en obstaculizar el poder asociativo (Wright, 2000) de quienes vivimos de nuestro trabajo. Su necesidad, para el capital, se deriva del hecho del imperativo de recomponer continuamente la tendencia decreciente de la tasa de ganancia mediante una mayor explotación. Entendemos estos procesos como parte de la salida que encontró el capitalismo a la crisis del fordismo (Jessop, 1999, p.122) y que hoy se hace imperante a nivel mundial por la crisis de acumulación de capital (Rossi y Varela, 2024).

La precariedad, y el capitalismo en general, presuponen como telón de fondo la existencia de un Estado como garante de sus relaciones sociales. Entendemos que el Estado como forma específica de la dominación de clase en el capitalismo (Holloway y Piccioto, 2017). Siguiendo a estos autores, su forma de "separación" de las relaciones de explotación proviene de que en el capitalismo la extracción del excedente no depende del uso directo de la coerción, sino que requiere que las relaciones de fuerza sean abstraídas del proceso inmediato de producción y situada en una instancia aparte, constituyendo una esfera "política" y otra "económica" diferenciadas. El Estado capitalista depende de la acumulación de capital para sostener su aparato, de esto se deriva que "las actividades del Estado están limitadas y estructuradas por esta precondition de su propia existencia, por la necesidad de asegurar (o tender a asegurar) la continua acumulación de capital" (Holloway y Piccioto, 2017, p.117). Sin embargo, este debe asegurar la relación de explotación, por lo tanto, es el garante de las relaciones de producción, del trabajador asalariado en tanto clase, no sólo de la burguesía. Esto lo sitúa en una relación de "complicidad estructural" (O'Donnell, 1984, p.14). Esto genera que el Estado tenga una posición contradictoria que los trabajadores pueden utilizar a su favor a la vez que intente modificar las relaciones de fuerza entre las clases mediante diversas estrategias y acciones "productivas". Es por ello que podemos ver la precarización como parte de la lucha de clases incluso en el Estado. Por lo tanto, inscribimos nuestro trabajo dentro de la dialéctica del conflicto clasista en épocas de ofensiva del capital contra el trabajo en el área de la reproducción social y ciertos sentidos culturales de los trabajadores en lucha como parte de la experiencia antagonista de clase definida como el resultado de experiencias comunes que el colectivo obrero realiza y, a través de ello, siente y articula la identidad de sus intereses frente a otro colectivo cuyos intereses son opuestos (Thompson, 2012). La tendencia a ver una separación tajante entre el capital y el Estado proviene de un fetichismo de la autonomía estatal que no compartimos, aunque sí que aparece formalmente como separado del capital.

## Fuentes y metodología

En términos metodológicos, este es un trabajo exploratorio-descriptivo que utiliza técnicas cualitativas de recolección y construcción de datos. Para ello, se realizaron entrevistas en profundidad a 15 trabajadores y trabajadoras del Hospital Garrahan. Para que la muestra sea lo más representativa posible de las diferentes condiciones dentro del Hospital Garrahan se utilizaron como criterios de recolección: El sector de trabajo dentro del hospital: sector médico, sector cocina y limpieza, sector técnicos y enfermeros, sector de residentes. Además, buscamos construir un muestreo que recolecta diferencias según género (Hombre-Mujer) y edad (mayores y menores de 35 años) por lo que se realizaron entrevistas a todos los sectores. Las entrevistas se realizaron en los meses de agosto a octubre por lo que las respuestas de la percepción sobre la precarización de la jornada laboral se dieron antes de la recomposición salarial efectuada en el mes de noviembre.

Durante la instancia del trabajo de campo se pudo vivenciar el contexto de conflictividad permanente dentro del hospital, las entrevistas se realizaron de a dos de modo que mientras uno de los investigadores guiaba la entrevista con una serie de preguntas pre pautadas y emergentes del contexto, el otro tomaba notas de campo sobre el contexto de la entrevista y auxiliaba al entrevistador principal cuando fuera pertinente. Luego las desgrabaciones de las entrevistas funcionaron como insumos empíricos para la construcción de una matriz que fungía como mediador entre las preguntas de investigación y las dimensiones del trabajo. Como suele ocurrir en trabajos de tipo cualitativos de metodología flexible, el vínculo entre la pregunta, los objetivos de investigación, la hipótesis explicativa y las dimensiones de la matriz fueron cambiando a medida que el trabajo era construido.

Decidimos operacionalizar la conceptualización teórica precedente en tres dimensiones de análisis que nos permitan indagar en las formas concretas en las que se materializan las percepciones sobre la precarización dentro del hospital.

De esta forma, reconstruimos la precariedad del trabajo en tres dimensiones de análisis:

1. Las percepciones diferenciales de la mayor intensificación de la jornada laboral.

En esta se da un panorama general sobre cómo impacta en la percepción de los trabajadores del hospital la precarización en las condiciones de empleo, en cómo conciben a nivel simbólico de manera diferencial el empeoramiento en las condiciones de trabajo en la intensificación de las tareas a realizar en la jornada laboral.

2. Las proyecciones a futuro.

Que permiten tensionar los análisis realizados por largo en el contexto de trabajadores del sector comercio en un hipermercado al comparar según género y etapa de la trayectoria laboral cómo se vinculan las vivencias pasadas, la precariedad percibida y el universo de horizontes futuros de posibilidad que se construyen en el hospital

### 3. La valorización del trabajo y la autovaloración.

En este último apartado podremos observar diferencias y semejanzas en el reconocimiento y valorización de los trabajadores, que ponen el centro y qué disposiciones se ponen en juego a la hora de reconstruir simbólicamente el valor de su propio trabajo.

De esta forma atendemos a distintos niveles de abstracción conceptual que permiten indagar en las formas en las que se materializa concretamente una multiplicidad de fenómenos que hacen a la construcción simbólica de la precariedad y que a su vez nos permitan reconstruir las narraciones de los entrevistados para indagar en las diferencias y semejanzas presentes entre hombres y mujeres y entre adultos mayores de 35 años y los jóvenes.

#### **Análisis de las entrevistas en base a nuestros objetivos**

##### **Percepción diferencial de la intensificación de la jornada laboral.**

Para poder acercarnos a la percepción sobre precarización del trabajo tomamos como primera dimensión las percepciones de los trabajadores del Hospital Garrahan en cuanto a la intensificación de la jornada laboral.

Al analizar las respuestas podemos reconocer distintas percepciones sobre la intensidad laboral. En el presente análisis encontramos una distinción diferencial de género.

Del total de ocho mujeres entrevistadas siete de ellas manifiestan que la intensidad en su jornada laboral se incrementó mientras que únicamente una mujer manifiesta que la intensidad laboral no cambió. Este resultado contrasta con las respuestas analizadas de los varones ya que del total de siete varones entrevistados cinco manifiestan que la intensidad en su jornada laboral es la misma y únicamente dos entrevistados dan cuenta de una mayor intensidad laboral en su jornada de trabajo. Por lo tanto, podemos observar que son mayoritariamente las mujeres las que perciben una mayor intensidad en la jornada laboral mientras que la mayoría de los varones consultados no hacen referencia a un incremento en la intensidad laboral dentro de la jornada de trabajo. Es importante también destacar que ningún trabajador o trabajadora del hospital hace referencia a una disminución en la intensidad laboral.

Teniendo en cuenta esta primera distinción, nos parece importante identificar las causas que mencionaron los trabajadores para dar cuenta de esta mayor intensidad laboral dentro de su jornada de trabajo. Encontramos en la mayoría de las respuestas una combinación respecto a la falta de personal y aumento de la demanda de pacientes. El hospital Garrahan registra más de 247 renuncias, el desfinanciamiento a la salud pública redundando en el empeoramiento de las condiciones laborales y reducción salarial expulsando del sistema de salud pública a profesionales altamente capacitados.

"Hoy en día estamos más sobrecargados porque hay menos gente, ahora se fue

gente. Tuvimos una etapa intermedia en que era menos sobrecargado porque entró mucha gente. (...) Ahí el trabajo empezó a disminuir, estábamos mejor. (...) Hace dos años atrás había 13 o 12 personas que hacían reemplazos de guardia. O sea, cuando yo me enfermo, por ejemplo, que tengo mi guardia, me reemplaza alguien. Ahora hay seis, o sea, en dos años bajó a la mitad la gente que puede hacer reemplazos de guardias. Entonces, ¿qué pasa? Recae todos los reemplazos sobre la mitad de la gente (Beatriz enfermera técnica, 41 años)

En este fragmento podemos encontrar como la precarización laboral en las instituciones de reproducción social como el hospital Garrahan se van modificando a través del tiempo cambiando las dinámicas laborales, como señala Aspiazu (2017), donde se pueden identificar las consecuencias en la sobrecarga laboral y la intensificación de la jornada laboral provocando un mayor desgaste físico y mental para los trabajadores de la salud, en consecuencia inevitablemente repercute en la atención de los pacientes.

El Hospital Garrahan al ser una institución de reproducción social es expresión de lo que Varela (2023) señala como un "conflicto irresoluble" que subyace a la precarización laboral dentro del hospital, es la contradicción capital-vida, en la sociedad capitalista el interés del capital radica en la acumulación del capital, por lo tanto, la reproducción de la fuerza de trabajo está pensada en tanto y en cuanto mercancía. Esta lógica capitalista subordina las condiciones de reproducción social de la fuerza de trabajo. No tiene como fin el bienestar de los trabajadores.

Podemos observar además el papel de la contradicción capital-vida en otras de las causas a la que los trabajadores del hospital señalan como uno de los motivos por las cuales aumentó la intensidad de la jornada laboral, los trabajadores subrayan que la demanda de pacientes aumentó a partir de recibir pacientes provenientes de distintas obras sociales y prepagas.

"Por ahí tenían obras sociales o prepagas y se quedaron sin esa cobertura, y ahora vienen todos al hospital. Digo, el Garrahan es un hospital donde van todos los pibes ¿No? Obra social, no obra social, prepaga, sin coberturas, lo que sea. pero ahora noté como un aumento de eso, como un montón de gente que decía "Yo antes me atendía en tal lugar y ahora vengo acá porque me quedé sin laburo, no tengo obra social o no puedo pagar más la prepaga" ... Aumentó la demanda" (Federica, residente, 29 años)

Podemos encontrar en este fragmento la interconexión de dos aspectos que dan cuenta de la contradicción capital trabajo que en la actualidad neoliberal adopta la forma de crisis de reproducción social agudizando aún más la contradicción sistémica del modelo de producción capitalista. El salario de los trabajadores es menor al costo socialmente necesario para su reproducción, por otra parte, el deterioro de la inversión estatal en la reproducción social implica que el acceso a bienes y servicios públicos sea más difícil o en muchos casos nulo. Dejando a una gran porción de trabajadores sin poder cubrir el costo de vida de sí mismos y de su familia. Esta interconexión de dos aristas de la contradicción capital-trabajo en una institución de reproducción social como el hospital Garrahan se materializa en el aumento de la

demanda de pacientes y una mayor intensificación de la jornada laboral para los trabajadores de la salud.

"Sí, sí, eso sí, seguro que sí. Hace varios años que ya viene siendo más intenso por varias razones. (..) Entonces, también tenemos más muestras porque también tenemos más pacientes con diarreas y con toda la sintomatología clínica de los pacientes que consumen agua contaminada, que consumen alimentos contaminados y eso también va de la mano con la falta de aseo, la falta de el hacinamiento, la falta de potabilización del agua, bueno, y todo eso, que en realidad siempre estuvo y bueno, cada vez va empeorando." (Camila, técnica de laboratorio, 34 años)

La explicación de la entrevistada sobre su percepción de la intensificación en la jornada laboral da cuenta de un aspecto importante de la reproducción social de la fuerza de trabajo, ya que introduce al análisis los procesos diferenciales de la reproducción social, la cual crea distintos tipos de sufrimiento y objetivación al momento en que los trabajadores llegan a las puertas de la fábrica (Arruzza y Bhattacharya, 2020). Las autoras develan la asociación entre racismo y el sistema de producción capitalista que se despliega en la reproducción de la fuerza de trabajo creando procesos diferenciales al acceso de bienes y servicios (escuelas, salud, agua potable, aire limpio, etc.) que materializan dos tipos de trabajadores distintos al momento de vender su fuerza de trabajo en el mercado laboral donde uno vale menos que el otro. A través de este fragmento podemos observar cómo esta condición estructural del sistema capitalista afecta a los trabajadores de la salud en el Hospital Garrahan donde pueden identificar claramente distintas patologías derivadas de los procesos de reproducción diferenciales de la fuerza de trabajo, que redundan en una mayor intensificación laboral.

Otra de las causas a la que hacen referencia algunas trabajadoras, que también dan cuenta del aumento de la intensidad laboral, es a partir de que el hospital actualmente no solo atiende pacientes con patologías de alta complejidad, sino que también recibe pacientes que requieren atención clínica general.

Los trabajadores que perciben una mayor intensidad laboral manifiestan que la sobrecarga de trabajo les expone a tener que cumplir con tareas complejas que requieren procedimientos específicos de gran atención y formación en poco tiempo y con una demanda de pacientes mayor a la que puede responder el equipo médico disponible. El desfinanciamiento en una institución de reproducción social como es el Hospital pediátrico Garrahan se evidencia diariamente en las condiciones materiales de la jornada laboral de los trabajadores en el hospital.

Con la intención de poder abordar de forma más completa las percepciones sobre la precariedad del trabajo incorporamos al análisis sobre la percepción de intensidad en la jornada de trabajo las demandas o reclamos que expresaban quienes manifestaban una mayor percepción de la sobrecarga laboral a través de la intensidad laboral frente a los trabajadores que no perciben una mayor intensidad laboral en sus jornadas.

De acuerdo a esta última observación encontramos que existe una demanda común

presente en todas las entrevistas, el aumento salarial. Esta demanda está presente en los trabajadores que perciben una mayor intensidad laboral y en quienes no reciben cambios en la intensificación en la jornada de trabajo. Podríamos decir que esta demanda es la principal y a su vez une a los trabajadores en el conflicto laboral. Sin embargo, podemos observar una distinción respecto a la percepción de la intensidad en la jornada laboral y las demandas o reclamos que incorporan los entrevistados. Encontramos que la mayoría de los trabajadores que perciben una mayor intensificación en la jornada laboral también identifican demandas y reclamos por fuera del reclamo principal (aumento salarial) dentro de estas demandas observamos que existen demandas generales y demandas específicas sectoriales.

En consecuencia, encontramos una relación entre la percepción sobre la intensificación en la jornada laboral y las demandas o reclamos que expresan los trabajadores, notamos que la distinción de género se mantiene al incorporar en el análisis las demandas o reclamos laborales, es decir son mayoritariamente las mujeres las que perciben una mayor intensidad en su jornada laboral y, a su vez, también identifican demandas y reclamos por fuera del reclamo salarial. Este resultado contrasta con la observación que podemos hacer sobre las respuestas de los varones, ya que la mayoría de los trabajadores que no perciben cambios en la intensidad laboral dentro de la jornada de trabajo al ser consultados por las demandas y reclamos no mencionan demandas por fuera de reclamo salarial.

"Sí, siento que por ahí hay problemáticas que no llegaron a ser reclamadas porque siento que lo que más nos importa a todos para poder vivir dignamente es la cuestión salarial. (...) otras cosas que podemos intentar conseguir, que no es lo salarial, (...) cosas que ya venimos intentando desde el año pasado como más derechos laborales, básicamente. CABA tiene dos semanas de estrés y nosotros una sola. (...) Que los residentes de primer año tengan semana de estrés que no tienen, eh poder conseguir un día académico o medio día académico porque dentro de la residencia hay mucha formación. (...) Y después hay muchas cuestiones en cuanto a insumos que actualmente estamos como con mucho recorte presupuestario y entonces cosas que antes no pensábamos. (...) Cada vez hay más trabas burocráticas y cosas que uno tiene que hacer para poder conseguir cosas que antes eran muy simple, (...) condiciones en las que se laburan (...) pero residentes de terapia intensiva que hacen la guardia conmigo, ellas se tienen que quedar a dormir en la terapia en un colchón en el piso. (Federica, residente, 29 años)

Nos parece importante resaltar dentro de este análisis la perspectiva sobre el reclamo salarial principal demanda de los trabajadores del hospital Garrahan, donde se puede observar en el presente fragmento un punto clave al afirmar que lo más importante es el reclamo salarial para poder vivir dignamente. Los trabajadores vendemos nuestra fuerza de trabajo por un salario, pero no lo hacemos por el salario, lo hacemos para vivir. Por ende, la vida y el mantenimiento de la vida adopta un lugar central (Arruzza y Bhattacharya, 2020). Las autoras introducen un aspecto ambiguo y, a su vez, clave a la hora de pensar las demandas salariales, ya que entre el trabajador y los recursos para la reproducción de la vida lo que interviene es el salario y, a su vez, es el salario lo que separa a los trabajadores de los recursos. Introducen un punto de vista

interesante a la hora de pensar las demandas y reclamos laborales, plantean luchar por la forma en la que los trabajadores están obligados a conseguir sus medios de vida en este punto entran las condiciones laborales (como licencias por estrés, insumos de trabajo, burocratización de las tareas, condiciones edilicias y de infraestructura para el correcto cumplimiento de tareas, etc.) También plantean luchar por las formas en que los trabajadores están obligados a reproducir su vida. A partir del prisma de la teoría de la reproducción social incorporamos a este análisis la forma en que ha sido alienado el acceso a los medios de vida de los trabajadores donde la lucha salarial es percibida como de forma unilateral y dissociada de la forma en que los trabajadores están obligados a conseguir sus medios de vida donde se hace presente nuevamente la contradicción capital- trabajo.

### **Proyección a futuro**

Las formas de percibir o no la intensificación y las demandas que los trabajadores hacen dentro de la jornada laboral no solo impactan en las concepciones que ellos se hacen de la precarización actual de sus condiciones de trabajo. Dicha precarización además impacta directamente en las diferentes formas que tienen los entrevistados de construir simbólicamente sus posibilidades futuras de desenvolvimiento en el espacio laboral. En el sentido de que las trayectorias laborales posibles están condicionadas por las vivencias previas y actuales de las condiciones de trabajo. Siguiendo a Longo (2012) podemos decir que las experiencias y enseñanzas vivenciadas en el mercado laboral sobre qué es el trabajo dan forma a los valores que las personas tienen del trabajo actual y las perspectivas a futuro.

Esta concepción de Longo nos permite poner en tensión las conclusiones a las que llega en un contexto donde los jóvenes ya son profesionales de la salud al entrar en el espacio laboral. En este trabajo reconstruimos comparativamente como son los imaginarios y proyecciones futuras que construyen dentro del hospital tanto los trabajadores más jóvenes, cuya edad ronda alrededor de los 30 años, como los adultos mayores de 35 años, con una trayectoria laboral marcada por el paso de los años trabajando en instituciones de salud como lo es el Garrahan.

Para la mayoría de los entrevistados jóvenes, el hospital es el espacio laboral de su primer trabajo como profesionales de la salud, además, sus impresiones sobre el mismo pueden estar asociadas a cómo perciben su trayectoria profesional, su biografía, la capacitación y esfuerzo previo que tuvieron que realizar para poder trabajar como profesionales de la salud que puedan estar a la altura de trabajar con pacientes de alta complejidad y riesgo como lo son los del Garrahan. En este sentido, la percepción que los jóvenes construyen están más asociadas a las expectativas que previamente habían construido sobre lo que es trabajar en el sector salud y los impactos que el conflicto y la precariedad laboral generan al sobre dichos imaginarios precedentes. En general nadie percibe esta trayectoria en salud como algo "de paso", (como lo pensaban los jóvenes del caso estudiado por Longo en el hipermercado) al contrario, la mayoría de los jóvenes se encuentran con la interrogante de cómo hacer para no abandonar el espacio laboral, o, en su defecto, qué otros proyectos paralelos tienen que hacer para mantenerse dentro del ámbito de la salud.

Les adultes mayores ya tienen una trayectoria más consolidada dentro del propio hospital, lo que se vincula a la construcción de un horizonte de futuro deseable laboralmente atravesado por una larga trayectoria dentro del sistema de salud que da identidad y sentido a la tarea realizada. El espacio de salud no es visto entonces como un espacio naturalmente precario, sino como un lugar de pertenencia en el que seguir construyendo. Lo más relevante no es tanto la edad en sí como los años dedicados a la profesión.

“Hay miles de cosas peores que acá, miles de problemas, pero me cuesta soltar porque es como mi segundo hogar o mi primer hogar, mejor dicho, porque trabajo, estoy más en el trabajo que mi casa. (...) se me dio, fue de a poco, fui descubriendo mi vocación, que es mi profesión y la verdad no me arrepiento de nada, no me arrepiento de haber estudiado enfermería” (Romina, enfermera, 38 años)

La entrevistada, además, dice que en 10 años “obvio” que quiere seguir en el hospital. Esto no significa que estes adultes no perciban la precarización del hospital o no exijan mejores condiciones salariales. Lo que significa es que pese a la precarización de las condiciones de trabajo pueden ver a los trabajos de salud como un lugar deseable para seguir profundizando en su trayectoria profesional y cómo se construye un sentido de pertenencia por el tiempo que han destinado a su profesión. En algunos casos, como en la cita ya mencionada el vínculo está directamente arraigado al hospital Garrahan. En otros, este vínculo está asociado directamente a la salud en general o a su trayectoria profesional particular.

“Me veo tratando de gestionar el sistema de salud para que funcione mejor. El privado y el público funcionan los dos bastante mal. (...) No, yo no tengo, nunca tuve un lugar específico donde trabajar. Sí, elegí trabajar en salud, por lo menos por ahora, y tratar de sumar el lugar que esté. Obviamente ya con más experiencia, con un camino recorrido en la asistencia, uno puede pensar en gestionar. Ver como si estar en la asistencia directa puede mejorar la gestión capacitando recursos humanos. Pensando en estrategias de salud pública o de salud en general. Pero no en lugares en particular.” (Román, médico, 47 años)

En general les adultes vinculan su trabajo a su trayectoria, a muchos años de vida destinados a la salud. Hay una búsqueda por profesionalizarse dentro del propio espacio. Se encuentran en el trabajo que realizan y pueden pensar un futuro dentro del mismo, con un horizonte de sentido que se vincula al conjunto de las experiencias laborales ya vividas en trabajos de salud. Este caso ejemplar muestra algo que se encuentra en otras entrevistas de personal con una larga trayectoria en salud, la búsqueda de mejorar el espacio de trabajo no solo por su trayectoria personal sino como forma de “sumar algo” al lugar en el que se esté.

Por otro lado, entre les jóvenes la precariedad del hospital en el último tiempo genera impactos imprevistos a lo que puede considerarse como una trayectoria normal deseable dentro de un hospital. La sobrecarga de trabajo presente en el hospital, ya sea por demasiadas actividades o demasiado complejas como para ser realizadas en un tiempo reducido, la poca remuneración económica y la precarización del empleo en

todas las áreas ya mencionadas terminan por transformar la imagen de una trayectoria de formación profesional en el área sobre todo al hacer foco en el papel de la capacitación laboral profesional como forma de conseguir una retribución económica acorde al status profesional.

“Me veo haciendo medicina, sí, pero me veo haciendo otras cosas también. Por ejemplo, tengo siempre ganas de ponerme un café o algo. Me gusta mucho la parte de la cafetería, qué sé yo, pero por una cuestión de hobby, me encanta el café. Entonces por ahí me gustaría ver por ejemplo cuando tenga más tiempo libre, cuando ya no haya más guardia ya nosotros tenemos que hacer 10, o sea, tengo un contrato por 10 años por lo menos que tenemos que hacer guardias. Yo ya llevo 2 años y medio, o sea, que te estoy contando los días para dejar de hacer guardias. Entonces, cuando tenga tiempo voy a ponerme un café, quiero hacer otra cosa. Pero creo que medicina es algo que va a quedar para siempre, que te marca. Sí, te marca” (Nicolás, residente, 30 años).

La precarización en el hospital genera una trayectoria de profesionalización de largo plazo que se ve truncada para estos jóvenes. No es que no deseen profesionalizarse, se trata más bien de que la experiencia que han podido vivenciar dentro del hospital les hace percibir como un lugar que *“siempre estuvo en conflicto”* por lo que deben reinventar cómo mantener una trayectoria acorde a sus aspiraciones laborales. El residente en esta cita nos permite complejizar la forma de interpretar las contradicciones que se plasman en los horizontes futuros posibles imaginados por estos jóvenes, contradicciones de un espacio laboral agotador, sobrecargado, de bajos salarios, pero al mismo tiempo deseado, no abandonado, del que vale la pena formar parte y construir un futuro ya que te queda para siempre y *“te marca”*.

La cita además nos permite evidenciar algo común en la forma de construir qué es lo que hace a una trayectoria laboral deseable entre los hombres jóvenes adultos a diferencia de las mujeres.

En las entrevistas realizadas a los hombres jóvenes se pone en el centro la dimensión económica y la trayectoria profesional por sobre valores asociados a la salud y el cuidado propias de una vocación dentro de una institución hospitalaria. En tres de las cuatro entrevistas a hombres jóvenes, la construcción de un ideal futuro de trayectoria laboral incluye trabajos subsidiarios del que realizan en el hospital no asociados a la salud. Dos de ellos fantaseaban con poner un café bar y un tercero que piensa iniciar el año que viene con un compañero del hospital estudios de ingeniería eléctrica. Es decir, no abandonan los ámbitos de la salud totalmente, pero en la búsqueda de una realización personal-profesional el desenvolvimiento dentro de trabajos de salud no es excluyente de otras formas de imaginar futuros deseables complementarios.

Por otro lado, las mujeres jóvenes de la muestra presentan patrones de horizontes de futuro en su trayectoria profesional no tan lejanos al ámbito hospitalario. Al igual que los jóvenes, las entrevistadas con una trayectoria reducida dentro del hospital reciben impactos en la forma de construir su futuro laboral por las relaciones precarias de empleo vivenciadas. Sin embargo, hay contrastes relativos a lo deseable en una trayectoria futura más vinculados a un mayor sentido de pertenencia o realización en

roles vinculados al cuidado dentro del sistema de salud y a la búsqueda de un reconocimiento simbólico antes que directamente material. Esto no significa que lo económico no sea percibido, como bien se puede ver en la foto portada de este trabajo, la recomposición salarial se encuentra en todos los trabajadores del hospital como una demanda urgente y condiciona la percepción futura del horizonte de sentido de las entrevistadas. Lo que significa más bien es el peso que adquiere esa demanda según la construcción a futuro que se realiza dentro del hospital.

“Entrevistada: no sé, el estilo de vida de esto de vivir tan al palo no se si me lo aguanto muchos años más. No dormir tantas horas, es como medio, muy agotador.

Entrevistadora: ¿Y qué te imaginas?

Entrevistada: No sé, me encantaría tener un consultorio, ir a laburar tipo de 8 a 4 en un consultorio tranquila, después volver a mi casa y tener sábados y domingos que sé que estoy en mi casa, que no sé si voy a estar de guardia... más que nada me gustaría tener un trabajo regular, que era lo que yo no quería por lo que me puse a estudiar medicina, pero ahora lo ansío. Tipo quiero tener un laburo de 8 a 16 y que 18 si estiro no me importa, pero tener fin de semana libre para mí es soñado. Es como decir, y no sé si voy a tener ese finde libre y no sé, depende si me toca guardia” (Dalma, médica becaria, 32 años).

Cuando la trayectoria se trunca en las mujeres lo que sale a escena no es directamente la cuestión del ingreso económico, como sucede en los hombres, sino que la precarización se percibe sobre todo en la sobrecarga de trabajo, las horas extra e intensificación de la jornada, en la imprevisibilidad del futuro, en la angustia que genera trabajar con niños en situaciones de alta complejidad, etc. Por lo que se proyectan a futuro de formas que pongan esas dimensiones en juego además de lo meramente salarial.

Además, otro contraste patente en las percepciones futuras dentro del hospital permite observar lo que Azpiazu (2017) planteó como una tensión específica del rol de las mujeres en enfermería, que a nuestro criterio es generalizable a todas las trabajadoras de los espacios de salud en el hospital Garrahan. Se trata de la contradicción que se genera entre la naturalización del rol de las mujeres en estos espacios como cuidadoras de vocación y la concepción de que los trabajos de los profesionales del sector salud son una profesión calificada que puede ser ejercida por cualquier persona capacitada para hacerlo. “La vocación de servicio sólo exige como retribución el reconocimiento social de las tareas realizadas, mientras que la capacitación laboral profesional implica una retribución económica acorde al status profesional” (Azpiazu, 2017: p31). La autora plantea una diferencia entre las enfermeras y las médicas a este respecto por la remuneración económica diferenciada y por las peores condiciones de trabajo del sector de enfermería en general. Sin embargo, creemos que dado el atraso general del salario y las condiciones en las que se encuentra este hospital, permiten generalizar esta descripción a todos los trabajos del sector salud dentro del hospital. Además, repetimos, no se trata de un desconocimiento de las mujeres de las demandas de tipo salarial, sino la incorporación de otras formas de precarización en el centro del

imaginario de estas trabajadoras.

El contraste de género en las proyecciones futuras se hace más palpable al contrastar las motivaciones que llevan a dos entrevistadas con la misma ocupación y similar etapa en la trayectoria profesional, pero diferente género, a construir una trayectoria ideal de futuro profesional en el mismo ámbito, es decir la docencia dentro del hospital.

"A mí me gustaría subir en el hospital, pero el día de mañana, un ejemplo, dedicarme a lo que es la docencia. Ya puedo hacer docencia con la licenciatura, ver hacer el tramo pedagógico y dedicarme a la docencia, o sea, quiero seguir estudiando. Mi meta es hacer el tramo pedagógico y hacer la especialidad porque salió la ley, la especialidad paga hoy también, o sea, también, mientras, lo bueno del hospital es que cada cosa que vas estudiando te pagan, te aumentan el sueldo y eso es algo bueno también porque aparte te incentivan a estudiar, te profesionalizas y aparte te va interés de incentivos de la plata. Me gustaría ser una especialidad en tramo pedagógico" (Santiago, enfermero, 33 años).

"Yo como asistencial en sala creo que no me gustaría. Me gusta mucho lo que es docencia, entonces quiero virar para ese lado, ya que hay un sector de docencia dentro del hospital, entonces lo estaba viendo como una opción. Me gustaría también a veces abarcar alguna otra área de salud como atención primaria que es menos quemante, al menos sé que si trabajo en otra área puedo estar más tranquila. Me gustaría trabajar quizás más con la salud en sí, digamos trabajar con la salud y no trabajando tanto con la enfermedad, el dolor y la muerte. Hacer algo más tranquilo y no tan sufrido, quizá promoción de salud en alguna salita y si no es eso, docencia. pero no me veo muchos años más desgastándome así" (Karina, enfermera, 32 años).

Estas dos citas permiten visualizar los contrastes en las formas de percibir según género. En principio las dos citas plantean cómo personas jóvenes imaginan un futuro en el que en lugar de abandonar el hospital deciden reorientar su trayectoria profesional a la docencia. Sin embargo, las motivaciones distan de ser semejantes, mientras que ella lo plantea como una forma de mantenerse en el terreno de la salud sin tener que afrontar las angustiantes condiciones laborales de su sector actual. Él, construye la docencia como una alternativa de profesionalización y especialización dentro de la jornada de trabajo y, en este sentido, su motivación es más parecida al del resto de los jóvenes que ponen en el centro de la escena tu trabajo como una profesión calificada y no como una vocación en su rol de cuidador (Azpiazu, 2017).

Al incorporar al análisis del futuro cuestiones más vinculadas a la intensificación y extensión de la jornada de trabajo, como lo es el pluriempleo, podemos encontrar un miedo adicional en los jóvenes que en parte es lo que motiva que busquen alternativas para mantener una trayectoria profesional. Las personas mayores, por sus condiciones de vida, deben realizar además de su empleo en el hospital otros trabajos que complementan el salario familiar, ya que su salario no alcanza para la reproducción social de un hogar con hijos. Para la mayoría de los jóvenes, por otro lado, la idea de tener otro empleo se manifiesta como una duda, lo vienen pensando ya que perciben el ajuste al tratar de llegar a fin de mes, pero no terminan de hacerlo porque entienden el

desgaste físico, emocional y de tiempo que significa. Perciben la precarización del empleo en la extensión de la jornada y el pluriempleo de forma material y simbólicamente como un miedo, como una suerte de profecía futura de lo que se viene, dado que el sueldo no aumenta.

Esta percepción de que el sueldo no crece y la sentencia futura de necesitar más de un empleo se combina con las proyecciones que los jóvenes tienen de su trayectoria profesional, impactan sobre los imaginarios de sus horizontes posibles y les hace repensar las formas de afrontar la incertidumbre tomando diferentes acciones o construyendo simbólicamente futuros deseables que se adecuen a lo que pongan en el centro a la hora de pensar la precariedad y las demandas que se pongan en el centro de la escena. Formando de este modo proyecciones de su futuro con semejanzas y diferencias según género y edad.

### **Valorización del trabajo y autovaloración**

La valorización del trabajo se refiere a la dimensión subjetiva sobre el reconocimiento por parte de alguien de sus tareas y desempeño laboral. Como dijimos anteriormente, la precariedad del trabajo no se define sólo materialmente, sino que también debemos incluir dimensiones simbólicas. Cuando el trabajador no siente como válido ni como reconocido a su trabajo y/o sus tareas se genera también una precarización de este. El reconocimiento a la vez que simbólico es material, ya que, se inserta en prácticas de validación como puede ser el salario, un apoyo, un agradecimiento, etc. Nos parece interesante formar esta dimensión al calor de la pregunta de "¿Sentís que tu trabajo es valorado?", porque la respuesta implica una decisión sobre qué temas decir y cuáles no que muestran una jerarquización en torno a las dimensiones que valorizan o no la actividad de uno.

Podemos notar que las formas en la que los sujetos perciben el reconocimiento, o no, de su trabajo varía según género. En general, independientemente del género, la mayoría de les entrevistades sienten que su trabajo es valorado por sus pares o por la sociedad:

"Yo creo que socialmente sí. De hecho, lo vemos en el apoyo que hay general a nuestra lucha. Por supuesto que no se valora a nivel gobierno, ni ahí, pero sí a nivel social, yo creo que está valorado y de hecho las familias que atienden los pacientes nos lo dicen todo el tiempo." (Camila, técnica de laboratorio, 34 años)

"Bueno, eso siento que es algo que cambió después del conflicto. El trabajo es un poco bastante más valorado. (...) Yo creo que hay en general bastante agradecimiento, que es bastante bonito." (Nicolás, residente, 30 años)

"Es algo muy gratificante y te conmueve escuchar un papá que dice, "Yo te apoyo, yo te..." no sé, "te acompaño". O que vos ver a tu paciente con su remera y que dice apoyo al Garrahan" (Romina, enfermera, 38 años)

Es interesante que debido a su posición socio-reproductiva les trabajadores, en general, sienten que su trabajo es valioso para la comunidad y entre ellos. Inclusive pensando en una comunidad hospitalaria. Entendemos que esta posición genera un poder socio-

reproductivo "que deviene de la posibilidad de afectar en forma directa las condiciones de la reproducción de la vida del conjunto de las y los trabajadores" (Varela, 2023, p.40). La capacidad de esta fuente de poder de superar los estrechos márgenes del corporativismo da lugar a ser símbolos del "derecho a la vida". Por ello, el poder socio-reproductivo se traduce en un poder simbólico frente a la sociedad, entendido como una forma de legitimidad frente a otros grupos. Esto produce que los trabajadores sientan que su trabajo es reconocido y valorado por la sociedad. La legitimidad constituye un punto de apoyo de su lucha contra un gobierno que ha fracasado en deslegitimarlos diciéndoles "ñoquis", es decir, vagos ("Milei Habló Sobre El Conflicto En El Garrahan: "Los K inventaron ñoquis y te acusan de insensible por desarticularlos,""", Infobae, 2025). Esta posición genera una posibilidad de unidad muy fuerte entre la comunidad de pacientes, las familias y el personal, en tanto que la vida de los niños depende de las condiciones laborales, psicológicas y salariales del personal de la institución. Es su centralidad y su prestigio el que atrae a los profesionales de la salud y a los pacientes. Es esta centralidad la que también cumple la función de revalorizar a estos obreros de la salud en sus tareas.

El único testimonio que decía que ponderaba negativamente el apoyo social, es decir, tanto de la comunidad de pacientes como de la opinión pública en general, era de la residente que decía que los pacientes y sus familias muchas veces la maltrataban.

"Ay... no, no tanto. (...) Te comes garrones de los pacientes, de los padres, maltratos. No es lo más frecuente del hospital, pero digo siempre te cruzas con algún otro médico medio mala leche y ahí, también como minimizando o no valorando todo el laburo que hacés..." (Federica, residente, 29 años).

Este fragmento da cuenta de una gran desvalorización del trabajo como residente. Sin embargo, esto no le sucede a la residente en tanto tal. Las mujeres entrevistadas han aludido más que los hombres sobre cómo la valorización se pone en juego en las diferencias por sector de trabajo. Esta puesta en juego de la valorización por tarea en las mujeres divide al grupo en dos: en quienes consiguen percibir la valorización por su tarea y quienes se perciben desvalorizadas por eso. El fragmento aludido da cuenta de la depreciación de la tarea entre sus compañeros de trabajo y familiares de los pacientes. Este aspecto no sale en ninguna entrevista a varones, lo que quiere decir que el reconocimiento de los pares está distribuido desigualmente entre varones y mujeres, teniendo ellas un reconocimiento menor en algunos casos. Notamos que, así como antes planteamos que las mujeres han aludido más a las demandas de tipo no salariales e identificado otras formas de precarización laboral, también son las mujeres las que más ponen el foco en su percepción de la precariedad en la cuestión de la devaluación por el sector que ocupan. Incluso valorizar su rol en el entramado hospitalario es un logro por el cual se auto valoran. En los varones el logro no está tematizado siquiera, se naturaliza.

"Es que enfermería, por ejemplo, siempre estuvo mal valorada, por ejemplo, yo, o sea, hace 8 años que hago pediatría, hice de adulto y el desprecio que nos tienen de enfermería, por ejemplo, en adulto somos los dos limpia trastes, o sea, los lava chata, eh somos el ayudante del médico, o sea, en adultos es..." (Romina, enfermera, 38 años)

Creemos que, su explicación se encuentra en la conjunción del modelo médico hegemónico (MMH) y la ideología patriarcal de depreciación del trabajo femenino en no trabajo o en trabajo carente de valor. El modelo médico hegemónico es un *campo* de relaciones de fuerza que tiende a una jerarquización de las tareas que tiene como punto convergente al médico, típicamente varón, como el más valorado, recipiente del saber médico y de la profesionalidad escéptica, mientras que se desvaloriza a los auxiliares (Beliera y Busso, 2023). Los rasgos principales del modelo médico hegemónico son "biologicismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento del consumidor, legitimación jurídica, profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica, tendencias inductivas al consumo médico." (La Valle, 2013, p.74). Las posiciones jerárquicas se asignan según el poder simbólico estatal, títulos de nobleza oficialmente reconocidos (Bourdieu, 2000), que garantiza la profesionalización de un saber especializado y la división entre quienes lo poseen y quienes no, dividiendo los roles entre los profesionales y los no-profesionales. Este saber médico institucionalizado y acreditado de una institución estatal es la fuente de legitimidad de la interacción jerárquica dentro del hospital. Esta jerarquización subsume los procesos colectivos de trabajo en la institución a la figura del médico especialista, generando tendencias al no reconocimiento del trabajo "no-profesional" mediante la invisibilización del trabajo y saber. Las posiciones jerarquizadas bajo el manto de la legitimidad de un saber reconocido estatalmente hacen que podamos definir a estas relaciones entre posiciones como un campo. El campo es, en la perspectiva de Bourdieu un

"conjunto de posiciones distintas y coexistentes, externas unas a otras, definidas en relación unas de otras, por su exterioridad mutua [...] hay que elaborar el espacio social como una estructura de posiciones diferenciadas, definidas, en cada caso, por el lugar que ocupan en la distribución de una especie particular de capital." (Bourdieu, 1997, 16 y 28)

El poder simbólico, como una forma de producir una visión de mundo legitimada (Bourdieu, 2000), opera en el caso del MMH a través de la jerarquización de un saber oficialmente reconocido, es decir, de un capital cultural cosificado. Sin embargo, estos principios de diferenciación están siendo disputados continuamente en estrategias de subversión del campo, con el objetivo de redefinir las "reglas del juego" que gobiernan las jerarquías de esas posiciones y su legitimidad. Bajo estas luchas se generan estrategias de reconversión que intentan convertir un capital en otro, por ejemplo, de capital económico a capital cultural invirtiendo en una escuela legitimada socialmente (Bourdieu, 1984). Es sabida la relación entre las posiciones subordinadas dentro de los *campos* y el género femenino (idem). Por otro lado, el género influye en la valorización social del trabajo. Como ha expuesto Federici (2015) el trabajo femenino en el capitalismo ha sido invisibilizado y desvalorizado para el disciplinamiento y la posibilidad de reducir los costos en la reproducción de la fuerza de trabajo. La ofensiva ideológica contra las mujeres estuvo cargada del discurso donde el trabajo doméstico femenino carecía de valor, aunque hiciese las mismas tareas que el hombre. En este proceso todo trabajo femenino fue definido como una extensión de las tareas domésticas, incluso cuando se realizara fuera del hogar. Su resultado fue "la exclusión de las mujeres de la esfera del trabajo socialmente reconocido" (2015, p. 170). En esta

clave, el cuerpo femenino, y su actividad laboral, fueron experimentados como recurso natural disponible y desvalorizado donde sus tareas eran reconocidas como auxiliares del hombre. Si bien en nuestro caso no observamos el trabajo doméstico, el concepto de desvalorización del trabajo nos permite observar cómo el trabajo femenino no es reconocido como igual al trabajo masculino y se lo somete a la posición subalternizada de *auxiliar*. Este devenir del trabajo feminizado guarda relaciones de homología con las posiciones jerárquicas del hospital bajo el MMH, ya que, las mujeres yacen ubicadas como auxiliares de la tarea mayormente masculinizada del médico especialista. En adición, la valorización del trabajo no depende solamente de una tarea considerada como inferior dentro del campo de relaciones de fuerza establecido, sino que bajo la misma actividad el reconocimiento social es diferencial. De esta manera, no solo se invisibiliza y denigra su trabajo, sino que además genera en estas mujeres la idea de que la validación hay que “ganársela”. En resumen, por cómo está jerarquizado el espacio médico, su homología con los demás campos donde la feminización corre a la par de una posición menos valorada en el campo y por la historia cultural de desvalorización del trabajo feminizado existe una precariedad simbólica de las mujeres en el reconocimiento de su trabajo donde este no está dado por pertenecer al Hospital, sino que es preciso obtenerlo.

A partir de aquí percibimos grandes diferencias en el modo de percibir su valoración y qué temas centrales la recorren. Como dijimos previamente, la gran mayoría de los varones respondieron que su trabajo no está siendo valorado por el gobierno en relación a su condición salarial. Esto se relaciona a la foto que titula el trabajo, donde el salario está en el centro del reclamo, pero también en la forma que asume la valoración masculina del trabajo. Lo que pone en evidencia qué está en juego en torno a lo que vale de su trabajo: el reconocimiento de sus pares y el salario. En cambio, como ya se ha mencionado en las otras dimensiones, las mujeres casi no aluden al problema salarial al hablar de cómo valoran su trabajo, sino que se centran más en el valor social de estar trabajando en esa institución y en el reconocimiento por la tarea que realizan.<sup>1</sup>

“Entrevistador: ¿Y crees que tu trabajo es valorado dentro y fuera del hospital?”

Entrevistado: No,

Entrevistador: No., ¿qué pensás que faltaría?

Entrevistado: No, a ver, simplemente, yo no busco que me den una palmadita en el hombro y me digan, “Qué grande, “Juancito”, qué bien que lo hiciste.” No, no me interesa. Con que a mí vos me agarres y me digas bueno, te pago esto. Está perfecto. Listo, ya está.” (33 años, técnico, varón)

“Yo creo que socialmente sí. De hecho, lo vemos en el apoyo que hay general a nuestra lucha. Por supuesto que no se valora a nivel gobierno, pero ni ahí, pero sí a nivel social, yo creo que está valorado y de hecho las familias que atienden los pacientes nos lo dicen todo el tiempo.” (Camila, técnica de laboratorio, 34 años)

---

<sup>1</sup> Como ya advertimos con anterioridad en las demás dimensiones, esto no significa que las mujeres no reconozcan la urgencia de exigir por salarios más altos. Entienden que su salario es demasiado bajo para el contexto en el que viven y perciben el ajuste salarial en el hospital. Por ejemplo, en la primera dimensión se planteó cómo las mujeres no dejan de reclamar por salario, solo que a la demanda por salario le incorporan otras demandas

Por último, existe una diferencia en la percepción de los cambios que produjo el conflicto en la valoración social del trabajo. Si bien la mayoría de los entrevistados respondieron que su trabajo era valorado por la comunidad hospitalaria y socialmente, solo uno respondió que hubo un cambio con el conflicto. Por otro lado, la mayoría de las mujeres respondía que hubo un cambio en la percepción social de su trabajo por el conflicto.

“Nosotros tenemos nuestro grupito de técnicos, de combativos y tenemos un lobo, una gotita de sangre ahí con un megáfono, o sea, es como que cada uno, yo te hablo mucho todo de la huelga, del paro, de lo sindical, ¿no? Pero yo lo valoro desde ese punto. Porque ya la actividad es valorada, ya la actividad es valiosa, como técnico. Bueno, hay que hacerla valorar desde el punto de vista también de la remuneración y como que este hospital tiene esa tradición de que el valor del trabajador no solamente ser enfermero, ser técnico, sino alguien que defiende eso. Algo más de la tradición de este hospital. No solamente que vos sos médico, enfermero, sos técnico, sos administrativo, de mantenimiento, sino que vos valoras eso como un espacio de lucha.” (Beatriz, técnica, 41 años).

Como vemos, el conflicto también juega un rol en la valorización del trabajo. Sin embargo, no es el trabajo per sé el que adquiere valor sino el espacio de trabajo, las relaciones de interdependencia laboral como un espacio de lucha y de organización, trasciende las fronteras individuales y alcanza el Ámbito laboral no como un “Ámbito Laboral Precario” sino como un lugar de lucha y construcción colectiva. En síntesis, el trabajo se revaloriza con el conflicto como un espacio de experiencia de clase donde se reafirma el valor propio de una comunidad hospitalaria. Esto se manifiesta también en el cambio de opinión de la sociedad hacia los trabajadores del hospital del “asombro” al “apoyo” (Natalia, auxiliar de alimentación, 41 años). Pensamos que una explicación de este fenómeno se da en lo que se denomina como experiencia de clase, esta es una forma concreta y existente que se da como resultado de experiencias comunes en las que el colectivo obrero siente y articula la identidad de sus intereses frente a otro colectivo cuyos intereses son opuestos (Thompson, 2012).

Todo lo antes mencionado nos permite pensar las posibles razones que influyeron en que dentro del hospital se genera una percepción diferencial según género entre hombres y mujeres sobre el papel que tiene el conflicto en la forma de percibir la valorización social y autovalorización dentro de su espacio de trabajo. Las mujeres al tener una posición subordinada incluso dentro del propio “Ámbito Laboral Precarizado”, donde el valor de su propio trabajo no está dado de antemano por sus pares y otros miembros de la comunidad, sino que es algo a conseguir, se ven más predispuestas a realizar acciones que permitan subvertir las reglas de juego del propio campo. Los cambios que se generan producto del conflicto laboral representan una potencialidad que iguala el terreno con sus pares y les posibilita legitimar las acciones que realizan en el campo específico.

Podemos decir entonces que en el conflicto laboral opera la lógica de la reconversión de capitales (Bourdieu, 1984) donde las trabajadoras cambian las reglas del juego del reconocimiento. Los conflictos de clase son potenciales aperturas a otros modelos de legitimación distintos al Modelo Médico Hegemónico. Estas formas de poder simbólico

alternativas permiten alterar parcialmente la subordinación de los sectores subalternizados (mujeres y diversidades y los sectores más bajos de la jerarquía médica) en el hospital. En un estudio previo sobre el caso del Hospital Castro Rendón, Beliera y Busso (2023) hicieron un análisis parecido que incorporaba la participación sindical como forma de des subalternizar a estos sectores:

“(...)la participación sindical puede ser vivida como una forma de forjar respeto y prestigio que permita socavar el lugar de subordinación ineludible para ponerse en pie de igualdad con otros grupos de trabajadores del hospital y alterar parcialmente la jerarquía presente en el trabajo cotidiano entre el sector “profesional” y “no profesional”.” (Beliera y Busso, 2023, p. 91)

Es aquí donde aparece el vínculo entre la valorización del trabajo de los trabajadores del hospital y el Estado. El Estado se posiciona como una forma específica y aparentemente separada de la dominación del capital, cuando en el fondo debe garantizar el sostenimiento de la relación de dominación y es el terreno donde el capital avanza en la precarización del hospital. La participación en el conflicto permite la producción de otros tipos de poder simbólico, menos basados en la especialización y saberes reconocidos por el Estado, detentador del monopolio de la violencia simbólica (Bourdieu, 1997), y más en la forma colectiva de la lucha de clase asociada a su fuente de poder de clase particular, el poder socio-reproductivo.

La traducción de la legitimidad de este poder a la pelea por el reconocimiento es lo que efectúa que las mujeres sientan un cambio en la valorización de su trabajo. Además de que la lucha las coloca como parte del conflicto, partes de la comunidad en lucha y no como posiciones auxiliares de un proceso que las subordina. En un sentido, podríamos decir que las sitúa nuevamente en el colectivo obrero que el MMH las invisibiliza.

## **Conclusiones**

A partir de lo expuesto a lo largo del trabajo, podemos concluir en una serie de reflexiones respecto a las percepciones de la precarización según género y trayectorias ocupacionales. Para empezar, si bien nadie dice que bajó la intensidad, la mayoría de los trabajadores que perciben una intensificación de tareas dentro de la jornada laboral son mujeres. Entre las causas percibidas por dicha intensificación se destaca una combinación entre falta de personal y un aumento en la demanda de pacientes derivados de otras obras sociales y prepagas y de pacientes de menor complejidad. La intensificación y sobrecarga de tareas repercute negativamente en la calidad de atención a los pacientes en parte por el mayor desgaste físico y mental del personal. Esto puede ser consecuencia del avance del capital, con el apoyo del gobierno, en la contradicción irresoluble de este y la vida de los trabajadores, que se ve agudizada en el contexto de la crisis de la reproducción social vivenciada por los trabajadores en sus salarios que ya no alcanzan para cubrir el costo de la reproducción socialmente necesaria de su vida. Además, no solamente son mayoritariamente las mujeres quienes perciben una mayor intensificación en su jornada laboral, también identificamos un vínculo entre quienes percibían una mayor intensificación y la cantidad de reclamos que se hacen más allá de los directamente salariales por lo que podemos intuir que existe una relación entre el género y el tipo de demandas que se realizan por fuera del salarial

que impacta en la percepción o no de la mayor intensidad del trabajo.

Las impresiones actuales de la precariedad de estos trabajadores al plantearse dentro de sus trayectorias de vida pasadas generan horizontes de posibilidad de futuros deseables. En este sentido, los años trabajados en el mismo y el contexto en el que se hayan incorporado al hospital influye en las nociones que formen del trabajo dentro del ámbito laboral. Les entrevistadas con trayectorias más largas generan un sentido de pertenencia con el hospital y/o con el sistema de salud en general, encuentran sentimientos de realización personal en el trabajo y buscan formas de mejorar estos espacios para "sumar algo" al lugar donde se esté

Los jóvenes se plantean horizontes futuros que deben afrontar la contradicción de construir en un ámbito percibidos como precario, "siempre en conflicto", agotador, sobrecargado y de bajos salarios (debido a la relación de fuerzas capital-trabajo del contexto histórico en el que ingresaron al hospital) pero que al mismo tiempo es deseado, no abandonado y que "te marca" de por vida. Entre los jóvenes hay diferencias de género en las proyecciones futuras. Los hombres, al poner en el centro lo económico, tanto en sus demandas actuales como en su forma de percibir valor y reconocimiento de su trabajo imaginan futuros posibles en los que combinan su carrera profesional con otras formas de ingreso complementarias no asociadas a la salud. Las mujeres construyen futuros que ponen además en el centro otras demandas no económicas. Esto último podría deberse a roles de género que se ponen en juego en los espacios de la salud, donde se contradicen percepciones de estos trabajos como una vocación de servicio que naturaliza el rol social de las mujeres como cuidadoras o como una profesión que puede ser ejercida por cualquier persona calificada lo que significa igual reconocimiento y status social y económico.

En general, la mayoría de los trabajadores sienten que su trabajo es valorado por sus pares o la comunidad, este vínculo con la comunidad opera como una fuente de poder socio-reproductivo que permite superar los límites del corporativismo. Dicho poder es al mismo tiempo un poder simbólico que da legitimidad, reconocimiento y valor de este grupo frente a otros que se le opongan. La legitimidad conquistada es un punto de apoyo en la lucha contra el gobierno actual en su búsqueda de deslegitimar la salud pública desde el Estado en favor del capital.

Sin embargo, existen diferencias por sector de actividad en la percepción de la valorización del trabajo dentro y fuera del hospital, que se ven profundizadas por posiciones de género dentro del campo médico influenciadas por el Modelo Médico Hegemónico (MMH) que distribuye el reconocimiento de los trabajadores de manera desigual por sus disposiciones dentro del campo. Valorizando así el trabajo realizado a quienes ocupan posiciones en el campo por su ocupación y por su género. En este sentido, el conflicto permite cuestionar, cambiar las reglas de juego y realizar acciones de conjunto como parte de una misma clase que lucha contra lo instituido en el Estado. Las entrevistadas plasman en sus narraciones los impactos que generó el conflicto laboral en la forma de concebir su trabajo, el valor y legitimidad que adquiere el mismo tanto para ellas mismas como en el reconocimiento de sus pares hombres y la sociedad.

## Bibliografía

Arruza, C., & Bhattacharya, T. (2020). Teoría de la Reproducción Social: elementos fundamentales para un feminismo marxista. *Revista Archivos de Historia del Movimiento Obrero y la Izquierda*, 9(16), 37-69.

Aspiazu, E. (2017). Las condiciones laborales de las y los enfermeros en Argentina: entre la profesionalización y la precariedad del cuidado en la salud. *Revista Trabajo y Sociedad*, 11-35.

Beliera, A., Morris, B., & Noguera, D. (2025). ¿Qué poder estructural tienen los trabajadores estatales de la reproducción social? Indicadores a partir de estadísticas nacionales de salud y educación. *Sociedad de Economía Crítica de Argentina y Uruguay*, 11, 163-183.

Bonnet, Alberto; Piva, Adrián; Hirsch, Joachim; Holloway, John;. (2020). *Estado y capital. El debate alemán sobre la derivación del Estado*. Madrid: DADO Ediciones.

Bourdieu, P. (1984). *Distinction*. Cambridge: Harvard University Press.

Bourdieu, P. (2000). *Espacio Social y poder simbólico*. Gedisa, Barcelona: Cosas Dichas.

Burawoy, M. (1989). *El consentimiento en la producción. Los cambios del proceso productivo en el capitalismo monopolista*. Madrid: Centro de Publicaciones. Ministerio de Trabajo y Economía Social.

Connell, R. (2018). *Masculinidad Hegemónica*. León, Guanajuato, Mexico: Tsunun. Obtenido de <https://tsunun.wordpress.com/wp-content/uploads/2019/08/connell-r-masculinidad-hegemc3b3nica.pdf>

Federici, S. (2015). *Calibán y la bruja: Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Buenos Aires: Tinta Limón.

Galin, P. (1986). Asalariados, precarización y condiciones de trabajo. *Nueva Sociedad*, 30-38.

González, C. (2018). Entrevista con Nancy Fraser. Neoliberalismo y crisis de reproducción social. *ConCienciaSocial*, 215-225.

Gutierrez Rossi, Gastón; Varela, Paula. (2024). ¿Hacia dónde va el trabajo? Apuntes sobre la clase obrera global. En P. Varela, G. Gutierrez Rossi, & M. Cambiasso, *Hacia dónde va el trabajo. Informalidad, digitalización y reproducción social en América Latina* (págs. 11-48). Buenos Aires: CEIL - CITTA. Obtenido de <https://www.ceil-conicet.gov.ar/wp-content/uploads/2024/06/MA04-Varela-Gutierrez-Rossi-Cambiasso.pdf>

Jessop, B. (1984). Estrategias de acumulación, formas de Estado y proyectos hegemónicos. *Estudios Políticos*, 58-75.

Jessop, B. (1999). *Crisis del estado de bienestar: hacia una nueva teoría del estado y sus*

*consecuencias sociales*. Bogotá: Siglos del hombre.

Longo, J. (2012). Las fronteras de la precariedad: percepciones y sentidos del trabajo de los jóvenes trabajadores precarios de hipermercados. *Trabajo y Sociedad*, 375-392.

Milei habló sobre el conflicto en el Garrahan: "Los K inventaron ñoquis y te acusan de insensible por desarticularlos". (23 de noviembre de 2025). *Infobae*. Obtenido de <https://www.infobae.com/politica/2025/05/30/milei-hablo-sobre-el-conflicto-en-el-garrahan-los-k-inventaron-noquis-y-te-acusan-por-desarticularlos/>

O'Donnell, G. (1984). Apuntes para una teoría del Estado. En O. Oszlak, *Teoría de la burocracia estatal* (págs. 1-49). Buenos Aires: Paidós.

Thompson, E. (2012). *La formación de la Clase Obrera en Inglaterra*. Madrid: Capitan Swing.

Varela, P. (2023). Las luchas en el seno de la reproducción social: repensar los puentes entre trabajo y vida. *Revista Controversia*, 221, 21-51.

Varela, Paula; Gutierrez Rossi, Gastón;. (2023). Las luchas en el seno de la reproducción social: repensar los puentes entre trabajo y vida. *Controversia*, 19-51.

Wright, E. (2000). Working class power, capitalist class interest and class compromise. *American Journal of Sociology*, 957-1002.

Wright, E. (2018). *Comprender las clases sociales*. Madrid: Akal.

### 3. Entre el hospital y la vida personal: tensiones en la frontera trabajo-vida en los trabajadores del Garrahan

*Pedro Aguilar, Tatiana Falótico, Valentina Sagnes y Jeremías Lasmaries*



*Colapso de la guardia del Hospital Garrahan, camas en los pasillos<sup>2</sup>.*

[Fuente: La Izquierda Diario \(2019\), Hospital Garrahan: guardia colapsada y camas en los pasillos.](#)

#### Resumen

En el presente informe indagamos cómo las diferencias de género y edad se relacionan con la capacidad de los trabajadores del Hospital “Profesor Doctor Juan Pedro Garrahan” para separar la vida laboral de la vida personal y lograr una desconexión entre una y la otra. El problema surge al observar que, en un contexto de precarización y pauperización que afecta particularmente a quienes realizan trabajos de reproducción social y a las mujeres, la débil frontera entre trabajo y vida personal comienza a desdibujarse. A partir de esta cuestión se busca comprender quienes logran realizar una mejor separación entre los dos ámbitos y quiénes se ven más afectadas por la continuidad del estrés asociado al trabajo, teniendo en cuenta el género y la edad de los trabajadores.

---

<sup>2</sup> Si bien la fotografía seleccionada, de La Izquierda Diario, no retrata el conflicto salarial específico comenzado en 2024, la decisión de incluirla en este informe se debe a que la imagen nos presenta una evidencia visual del deterioro estructural y sostenido de las condiciones de la salud pública a lo largo de los años. La misma nos ilustra un escenario material —pasillos colapsados, falta de vacantes, hacinamiento— sobre el cual se asienta la crisis actual, demuestra que el reclamo salarial de hoy representa un vaciamiento sistemático que los trabajadores vienen sosteniendo con su cuerpo desde hace años. Asimismo, esta imagen es fundamental para comprender nuestra dimensión de desconexión, en donde el colapso visual que muestra la foto —niños durmiendo en pasillos, saturación del espacio— dialoga directamente con la carga emocional y visual que los trabajadores, especialmente las mujeres jóvenes, viven a diario y que esta misma les limita la posibilidad de construir una línea divisoria entre el trabajo y su vida personal. La imposibilidad de desconectar no es solo una cuestión de horas extras o grupos de WhatsApp; es la incapacidad de soltar la angustia que genera trabajar en las condiciones que la foto denuncia. Anticipando algunas de las conclusiones de nuestro trabajo, para las trabajadoras menores de 35 años, ver esta realidad implica llevarse a casa la preocupación constante de 'si se hizo lo suficiente' o 'qué pasará con ese paciente', transformando el colapso institucional en un colapso subjetivo que invade su tiempo de descanso y les impide, mentalmente, salir del hospital.

Para abordar esta problemática, recurrimos al análisis de entrevistas realizadas a los trabajadores del Hospital Garrahan, con el fin de identificar patrones entre género, edad y desconexión, y así precisar cómo estas diferencias influyen en la posibilidad de separar trabajo y vida cotidiana.

## Introducción

El Hospital "*Profesor Doctor Juan Pedro Garrahan*", conocido como el Garrahan, es un centro pediátrico de alta complejidad que funciona en el barrio de Parque Patricios en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de manera autárquica, financiado casi en su totalidad por los fondos públicos del gobierno nacional. El mismo cuenta con un Centro de Atención Integral del Paciente Hemato-Oncológico, tratándose del principal punto de atención oncológica pública y pediátrica de la República Argentina. En los últimos años, el hospital atravesó una crisis salarial que derivó en un conflicto laboral que terminó de estallar cuando los residentes respondieron a la precarización laboral con un paro general en abril de 2025, lo cual es descrito por sus protagonistas como una situación nunca antes vista. Incluso al momento de la confección de este informe, el conflicto se mantuvo abierto, con asambleas, conferencias de prensa, movilizaciones y huelgas en reclamo de una mejora en las condiciones laborales. La lucha de los trabajadores del Garrahan ha tomado un espacio de suma relevancia en el debate público del país, llegando incluso a impulsar la discusión de una ley que declare la emergencia pediátrica en la República Argentina.

La lucha de los trabajadores del Garrahan no es un conflicto aislado. El mismo se da en el marco de una crisis de reproducción social que se manifiesta en un proceso de pauperización del sistema de salud desde hace décadas, una disminución del poder adquisitivo del salario en general y una serie políticas de ajuste de alta intensidad.

Las reformas implementadas durante el gobierno de Carlos S. Menem, tuvieron como consecuencia este sistema de salud descentralizado, desarticulado y segmentado. Esto tuvo un impacto negativo tanto para la atención recibida por los usuarios como para las condiciones laborales de sus integrantes. El sistema de salud se encuentra segmentado en 3 importantes subsistemas: el público (descentralizado a su vez en distintas jurisdicciones municipales, provinciales y la nacional), el privado principalmente financiado por los pagos de primas de sus beneficiarios y el subsistema de las obras sociales, sostenido por aportes y contribuciones. De esta manera convive una gran diversidad de establecimientos que funcionan de manera desintegrada (Aspiazu, 2017).

Los conflictos en el seno del sistema de salud presentan cierta heterogeneidad entre sí, al tener distintos ámbitos de regulaciones, patronales, representaciones sindicales, etc. Sin embargo, podemos detectar problemáticas generales en las condiciones laborales en el sector: precarización salarial, sobrecarga laboral, pluriempleo, problemas de infraestructura, falta de insumos para realizar sus trabajos (Aspiazu, 2017). Todas estas situaciones se hacen presentes en las condiciones laborales del Hospital Garrahan como se puede apreciar en la información obtenida a lo largo del trabajo de campo realizado para este estudio.

A lo largo del año 2025, los trabajadores del Garrahan llevaron adelante 10 paros generales, 7 conferencias de prensa, festivales, jornadas culturales y movilizaciones en solidaridad con otros procesos de lucha<sup>3</sup>.<sup>1</sup> En agosto del año 2025, el Congreso de la Nación aprobó un proyecto de ley de emergencia pediátrica y en las residencias de pediatría nacionales, con foco en el Hospital Garrahan. El proyecto contemplaba el aumento de las partidas presupuestarias destinadas, una recomposición salarial y garantizar el suministro de insumos críticos. Sin embargo, esta ley fue vetada por el Poder Ejecutivo Nacional el 10 de septiembre de 2025. Finalmente, una semana después, el Senado de la Nación insistió con el proyecto, rechazando el veto y presionando al Gobierno para que promulgue la ley.<sup>24</sup>

Tras varios meses de lucha, en un año donde las transferencias presupuestarias del gobierno nacional al hospital cayeron aproximadamente en un 20%, finalmente los trabajadores lograron que el gobierno resuelva un aumento salarial del 60% para trabajadores, incluyendo becarios y residentes, sentando un precedente y un ejemplo de lo que la lucha trabajadora organizada puede alcanzar, incluso en el más cruel de los contextos.<sup>35</sup>

El presente informe surge inicialmente a partir de una serie de inquietudes emergentes durante el transcurso del Seminario en torno al conflicto que atraviesan los trabajadores del Hospital Garrahan. En un comienzo, los interrogantes que nos surgieron en torno al conflicto se centraron en cómo los trabajadores proyectan su continuidad laboral en un contexto de creciente precarización y desgaste asociado al trabajo en instituciones propias de la reproducción social. Nos propusimos indagar cómo incidían la edad, las trayectorias laborales y ciertas experiencias de militancia sindical o política en la forma en que los trabajadores imaginaban su futuro dentro de la institución. Sin embargo, a medida que avanzamos en el análisis de las entrevistas y en las devoluciones de la cátedra, fuimos observando que la cuestión de la proyección laboral sólo podía comprenderse adecuadamente si nos enfocábamos un problema más profundo y transversal, relacionado con el manejo del estrés y la desconexión una vez finalizada la jornada laboral. Consecuentemente, la capacidad de los trabajadores de desconectarse luego de sus responsabilidades laborales se volvió una problemática de estudio central a medida que avanzamos con las lecturas y devoluciones y terminó por plantearse como un problema en sí mismo. Esto nos llevó a reformular la pregunta

---

<sup>3</sup> "17J - Con el Garrahan como motor y miles en las calles, el desafío: organizarnos para ganar" - La Izquierda Diario - 23 de julio del 2025

<https://www.laizquierdadiario.com/Con-el-Garrahan-como-motor-y-miles-en-las-calles-el-desafio-organizarnos-para-ganar>

<sup>4</sup> "El Senado rechazó los vetos de Javier Milei a la ley de financiamiento universitario y la emergencia del Garrahan" - Chequeado - 3 de octubre del 2025 -

<https://chequeado.com/el-explicador/el-senado-trata-hoy-los-vetos-de-javier-milei-a-la-ley-de-financiamiento-universitario-y-la-emergencia-del-garrahan/>

"El Senado rechazó los vetos de Milei al financiamiento del Garrahan y las Universidades" - Infobae - 2 de octubre de 2025

<https://www.infobae.com/politica/2025/10/02/senado-en-vivo-el-debate-de-los-vetos-de-milei-al-financiamiento-del-garrahan-y-universidades/>

<sup>5</sup> "Hospital Garrahan: datos para entender cómo se llegó al aumento otorgado por el gobierno" - Chequeado - 5 de noviembre de 2025 -

<https://chequeado.com/el-explicador/hospital-garrahan-datos-para-entender-como-se-llego-al-aumento-otorgado-por-el-gobierno/>

de investigación inicial de manera tal que el foco de investigación se desplazó desde las expectativas de continuidad laboral hacia cómo los trabajadores experimentan la separación entre el trabajo asalariado y la vida personal. Para avanzar en esta nueva propuesta, nos interesó especialmente cómo dicha experiencia se manifiesta diferencialmente según el género y la edad de los trabajadores, dado que observamos en las entrevistas fuertes variaciones de estas experiencias según las variables anteriormente mencionadas. A partir de este recorrido, consideramos relevante preguntarnos: ¿Cómo influyen el género y la edad en la separación entre trabajo y vida personal en las personas que trabajan en el Hospital Garrahan durante el 2025? ¿Existen diferencias en su desconexión con el trabajo una vez terminada su jornada laboral?

Ante esa pregunta, planteamos como hipótesis que los trabajadores del Hospital Garrahan mayores de 35 años logran establecer una mayor separación entre su vida laboral y su vida personal. Consideramos que esto sucede porque cuentan con una trayectoria más prolongada en la institución y mayor estabilidad laboral que les permite contar con mayor experiencia y previsibilidad para establecer límites más claros entre el tiempo de trabajo y el tiempo personal en comparación a quienes comenzaron su actividad ya en un contexto de creciente precarización y desfinanciamiento de la salud. A su vez, planteamos que entre los menores de 35 años, los varones presentan una mayor capacidad de desconexión que las mujeres ya que, a pesar que la precarización también los afecta directamente, logran compartimentalizar el estrés laboral, enfocando el conflicto que atraviesa el hospital principalmente en la dimensión económica y la falta de tiempo libre. Por el contrario, las mujeres menores de 35 años tienen mayor dificultad para lograr tal desconexión debido al mandato de género de vocación y abnegación que genera en las trabajadoras una sensación constante de estar en falta, tornando porosa la frontera entre la vida laboral y la personal y prolongando las preocupaciones asistenciales y del conflicto más allá de la jornada laboral. En este sentido, el objetivo de este trabajo consiste en explorar cómo los trabajadores del Hospital Garrahan se relacionan con su tiempo libre de obligaciones laborales desde la perspectiva teórica de las contradicciones capital-vida y de la reproducción social. Nos proponemos determinar si existen diferencias significativas según el género y la edad en la manera en que gestionan su tiempo personal y en el sentido que le atribuyen, contemplando cuál es el impacto de sus responsabilidades laborales y el desgaste propio del trabajo en su vida personal. En este sentido y para acercarnos a la separación de su jornada laboral con la vida personal, resulta necesaria la construcción teórica de dimensiones que consideramos en diálogo entre sí y habilitan pensar el problema planteado: la desconexión laboral una vez terminado su horario de trabajo - que pudiera expresarse tanto en términos operativos como de carga mental -, la carga emocional de sus trabajos - sea en relación a la creciente precarización, al conflicto o al vínculo con sus pacientes y familias-, el pluriempleo y/o extensión de sus jornadas en el Hospital y la gestión de su tiempo libre de responsabilidades laborales.

Consideramos que el contexto de una cada vez mayor precarización laboral, medidas de ajuste y una pérdida generalizada del poder adquisitivo del salario, conducen hacia fenómenos como el pluriempleo y contribuyen a un aumento del impacto emocional del trabajo, ocupando una mayor proporción del tiempo libre de les asalariades.

Irremediablemente, esto tiene un impacto considerable en la salud mental de los trabajadores. En particular, nos interesa analizar cómo estas transformaciones se manifiestan en las dificultades para separar la vida personal de la vida laboral y para lograr la desconexión emocional y mental del trabajo. Tal como retoman Hester y Srnicek (2024) de Aaron Benanav, "la verdadera libertad, requiere, primero que nada, abundancia" (p.232), lo que implica relaciones sociales donde los medios de subsistencia no estén en juego; es con esa garantía que los trabajadores podrán preguntarse qué quieren de su tiempo libre. Es por ello que consideramos que esta pregunta de investigación cobra una importancia no solamente académica para la sociología, sino que también resulta relevante para conceptualizar y re-pensar el momento histórico y político que se encuentra atravesando la clase trabajadora.

### **Marco teórico**

Para dar cuenta del marco conceptual que guía nuestro trabajo, partimos teóricamente de la definición del trabajo de reproducción social tal como es desarrollada por referentes de la teoría de la reproducción social (Arruzza y Bhattacharya, 2020; Varela, 2024; Vogel, 2024). Desde esta perspectiva, los trabajos de reproducción social refieren a aquellos que "aseguran que un hogar, un pueblo o una familia, puedan desarrollar su vida" (Fraser, 2024: 224), lo que implica no sólo la reproducción material de la fuerza de trabajo sino también un conjunto de tareas orientadas a sostener, formar y moldear a las personas en su vida cotidiana. A su vez la reproducción social, tal como la piensa y hace uso el feminismo marxista, habilita a pensar el rol de género y la opresión de género en el capitalismo teniendo en cuenta que el trabajo reproductivo es sobre todo realizado por mujeres o cuerpos feminizados.

En este sentido, tal como señalan Arruzza y Bhattacharya (2020), estos trabajos no se desarrollan en un único ámbito, sino que se distribuyen a lo largo de diferentes esferas de la reproducción social, que incluyen las tareas realizadas en el interior de los hogares, aquellas llevadas adelante en instituciones privadas y las que han sido socializadas por el Estado en escuelas y hospitales. Esta distinción nos resulta sumamente importante puesto que nos permite situar al Hospital Garrahan como un espacio central en la organización social de la reproducción social, dado que constituye uno de los lugares donde se materializan de manera cotidiana las actividades necesarias para el sostenimiento de la vida y donde se expresan de forma visible las tensiones propias de este tipo de trabajo. En el escenario actual, el interés por el Hospital Garrahan como un espacio central en la organización social de la reproducción social resulta aún más relevante puesto que nos permite observar cómo se desarrollan las relaciones sociales atravesadas por lo que Vogel (2023) caracteriza como una **crisis de reproducción social** en la que se articulan la precarización de este tipo de empleo, la pauperización salarial, la destrucción de los servicios públicos y su creciente privatización, y el agotamiento de recursos para sostener estas tareas en hogares y comunidades agobiados por una reproducción de la vida que no logran garantizar. Nancy Fraser (2018) analiza esta crisis destacando que la misma tiene lugar en un contexto en el que el capital ha reclutado masivamente a mujeres al trabajo asalariado, aunque, en paralelo, exige recortes en la provisión estatal de bienestar social. Como consecuencia de esto, se genera una drástica reducción del tiempo y la

energía disponible para el trabajo reproductivo social.

En cuanto a la construcción teórica de las diversas dimensiones utilizadas (gestión de la carga emocional, gestión del tiempo libre de responsabilidades laborales, desconexión con el trabajo después de la jornada laboral, y pluriempleo) también retomamos aportes de diferentes autores:

En primer lugar, para consignar un abordaje de la carga emocional que implica el trabajo en el Hospital Garrahan, retomamos los aportes de Aspiazu (2019) quien afirma que el “estrés y el desgaste laboral no responden a una sola causa: las condiciones y medio ambiente laboral, la falta de recursos materiales y de personal, la intensidad de las tareas y la sobrecarga laboral contribuyen a crear un ritmo laboral intenso y desgastante” (p.19). De manera complementaria, Romina Cutuli (2016) en su estudio género y trabajo emocional en relación a las trabajadoras de educación de nivel inicial, señala que “el componente afectivo de la labor se conjuga en la paradoja de un -deber ser vinculado a la excelencia e integridad moral de la trabajadora, con la abnegación exigida para ofrecer un servicio de calidad, aún en condiciones desfavorables” (p.46) provocando que gran parte de la expectativa en relación a la calidad del servicio recaiga en ellas, “lo que distingue al cuidado de otros bienes o servicios. Se observa la dificultad de conciliar la lógica mercantil de la provisión del servicio, con las necesidades sociales de cuidado”. En este sentido, si bien muchos trabajadores, en términos contractuales, no pueden ser encasillados en la categoría de la precariedad laboral, tal como recupera Longo (2012): “el ámbito de trabajo en el cual se encuentran hace que compartan características como lo son la inseguridad, la falta de previsión a futuro, y la insatisfacción en el trabajo, con los trabajadores estrictamente precarios”. En su especificidad como trabajadores de reproducción social, es necesario indagar las distintas aristas de la carga emocional en los trabajadores del Garrahan, teniendo en cuenta para nuestro análisis la carga emocional vinculada al desarrollo del conflicto que atravesaron durante todo el año 2025, a la relación con los pacientes y sus familias y a la propia precarización laboral que se expresa tanto en el deterioro salarial como en sus condiciones de trabajo.

En segundo lugar, para aproximarnos a la dimensión de gestión del tiempo libre consideramos los aportes teóricos de Paula Varela (2023) en relación a la contradicción capital-vida. Particularmente, recuperamos la perspectiva teórica del entendimiento de la reproducción de la vida bajo el capitalismo como reproducción de los trabajadores para la garantía de la acumulación del capital, lo cual no significa considerar a los trabajadores únicamente como portadores de fuerza de trabajo como mercancía: “pese al enorme esfuerzo del capital y sus regímenes de reproducción social por transformar nuestra vida en *una vida dedicada a trabajar para vivir*, nuestra resistencia y nuestras luchas por construir resquicios para el arte, el amor, el ocio, el placer, han logrado que seamos mucho más que eso. Pero, mientras vivamos bajo el capitalismo, eso -mucho más que somos- estará sistemáticamente aplastado, amputado, reducido a su mínima expresión” (p.25). En este sentido, tal como incorporan Hester y Srnicek, “el capitalismo claramente regula nuestro tiempo durante las horas de trabajo, pero su impacto se extiende más allá del proceso de producción y a la sociedad en su conjunto” (p.243). El principio organizador del “valor” en el capitalismo, regula las compensaciones entre distintas posibilidades que

tenemos, imponiendo también límites a lo que podemos elegir hacer de nuestro tiempo libre.

En tercer lugar, se vuelve central para nuestro trabajo abordar la cuestión de la desconexión laboral. Para ello, retomamos los estudios de Moreno-Jimenes y Herrer (2013) en torno al distanciamiento psicológico del trabajo, en el que sostienen que nuestra actividad laboral es parte tanto de nuestras satisfacciones como decepciones personales. Sin embargo, lo importante de su análisis es que sostienen que sus efectos no finalizan con la jornada de trabajo, sino que se extienden por fuera de ella, tornando imposible la desconexión laboral. Específicamente, “cuando la interacción laboral genera malestar o alteraciones emocionales como la ansiedad o la depresión, surgen una serie de síntomas emocionales, cognitivos y conductuales que pueden prolongar el malestar laboral fuera del trabajo” (p.145). En este sentido, además de la continuidad de funciones y tareas operativas por fuera de la jornada de trabajo asalariado, la falta de desconexión laboral puede expresarse también en carga mental, lo que la vuelve una dimensión en diálogo con la carga emocional, sobre todo teniendo en cuenta que se trata de un trabajo en un hospital para las infancias con atención de alta complejidad y, como todos los trabajos de reproducción social, es vital para las comunidades y para la regeneración de la fuerza de trabajo.

Indagamos teóricamente en estudios en relación al pluriempleo y la extensión de la jornada laboral. En el contexto neoliberal donde se intensifica la precarización salarial, los trabajadores se ven obligados a implementar distintas estrategias para garantizar su propia reproducción social. Estas estrategias pueden abarcar desde endeudarse hasta usar su tiempo libre en otros trabajos o fuentes de ingreso. Aspiazu (2017) en su estudio sobre las condiciones laborales del personal de enfermería, observa que se trata de una problemática extendida, incluso en mayor medida que en otros sectores, expresándose en la práctica tanto en una doble jornada en distintos establecimientos o en la extensión de la jornada laboral en el mismo establecimiento a partir de horas extras; una situación que podemos ampliar a otros trabajadores del sector de salud. En ambos casos, tanto la doble jornada en más de un establecimiento como la extensión de la jornada en el mismo Hospital Garrahan, funcionan “como mecanismos compensadores de los bajos salarios” (Pereyra y Micha, 2015). La persistencia de compatibilizar más de un trabajo o la extensión de la jornada laboral incrementan el estrés y el desgaste, tanto mental como físico, afectando negativamente la calidad del cuidado brindado y sobrecargando a los trabajadores a partir de la profundización de la precarización de sus condiciones y, además, aumentando también los riesgos psicosociales teniendo en cuenta que contribuye a una afectación negativa en relación a su tiempo de trabajo (sus turnos, la forma en que estos se diagraman y sobre todo, su descanso -fuertemente relacionado con su tiempo libre, dimensión que también incluimos en nuestro abordaje teórico-).

Para dialogar con las nociones de pluriempleo, tiempo libre y desconexión recuperamos el concepto de soberanía temporal que proponen Hester y Srnicek (2024). Esta soberanía no se limita a la libertad de dedicar el tiempo a lo que individualmente deseen las personas, como si estuvieran dissociadas de todo lazo social o natural. Entendiendo que los trabajadores son seres sociales, la soberanía temporal supone la administración del tiempo de acuerdo a las normas y las

obligaciones con los colectivos que una persona forma parte. De esta manera el reparto equitativo del tiempo entre la responsabilidad laboral y la vida por fuera de la misma se vuelve fundamental para una sociedad libre donde el trabajo no determine la identidad social o individual de un trabajador. Rescatamos que este concepto contempla lo fundamental del tiempo libre no solamente para la realización individual, sino para la realización colectiva.

## **Fuentes y Metodología**

Desde el punto de vista metodológico, recurrimos a técnicas cualitativas de recolección y producción de datos. Específicamente, el análisis se apoya en las entrevistas en profundidad realizadas a trabajadores del Hospital Garrahan entre los que se incluyen técnicos y técnicas, enfermeros y enfermeras, médicos y médicas, residentes y trabajadoras de cocina menores y mayores de 35 años. El total de las entrevistas fueron realizadas entre septiembre y octubre de 2025 por equipos de trabajo de estudiantes del Seminario en cuestión con el objetivo de convertirse en la fuente primaria del material empírico a partir del cual se busca responder las preguntas de investigación y la hipótesis construida.

A propuesta de la Cátedra, era necesario que la muestra expresara recortes por edad, género y también sector de trabajo dentro del Hospital. Cada grupo de trabajo integrado por entre 4 y 5 estudiantes entrevistó en profundidad a 5 trabajadores, logrando en total 15 entrevistas: 2 entrevistas a médicas (una mayor y una menor de 35 años), 2 entrevistas a médicos (uno mayor y uno menor de 35 años), 4 entrevistas a enfermeras y técnicas (dos mayores y dos menores de 35 años), 4 entrevistas a enfermeros y técnicos (tres menores de 35 y uno mayor de 35 años), 1 entrevista a una residente (menor de 35 años), 1 entrevista a un residente (menor de 35 años), 1 entrevista a un trabajador administrativo (mayor de 35 años), 1 entrevista a una trabajadora de cocina (mayor de 35 años). Quienes llevamos adelante este trabajo de investigación, estuvimos a cargo de las entrevistas a mujeres menores de 35 años y una entrevista a un varón de más de 35 años. Originalmente, los sectores de trabajo a entrevistar eran médicos y médicas, residentes, cocina y enfermeras; ante la dificultad para conseguir contacto con trabajadores de cocina - un servicio brindado por una empresa tercerizada- y ante la misma advertencia de los trabajadores del hospital que sería muy difícil acceder a las entrevistas, mediante consulta con la Cátedra, incluimos otra entrevista a una técnica de laboratorio menor de 35 años y un administrativo de más de 35 años.

A partir del desarrollo de las entrevistas, las primeras lecturas y la culminación del trabajo de campo, nos pareció interesante comenzar a preguntarnos acerca de la desconexión con la jornada laboral, cómo realizan esa separación los trabajadores del Garrahan, teniendo en cuenta que desde nuestros primeros intercambios veíamos una gran carga emocional vinculada al conflicto salarial que atravesaban, a las condiciones de trabajo y a la particularidad de su quehacer cotidiano con niños. En vínculo con la propuesta del trabajo del Seminario, se volvía necesario entonces preguntarnos en qué medida su edad y género influyen en esta separación con la jornada de trabajo para lo que también era necesario (además de la gestión de la carga emocional y la desconexión con la jornada laboral) indagar acerca de su gestión del tiempo libre y el

pluriempleo o extensión de la jornada laboral como dimensiones para el análisis de las entrevistas.

### **Análisis de las entrevistas**

En este apartado nos proponemos avanzar en el análisis de las entrevistas, organizándolo en función de las cuatro dimensiones construidas para abordar nuestro problema de investigación. En primer lugar, analizaremos la carga emocional que experimentan los trabajadores del Hospital Garrahan en relación con su trabajo, considerando su vinculación con el conflicto, con la relación con pacientes y familias y las condiciones de precarización laboral. En segundo lugar, abordaremos la gestión del tiempo libre por fuera de la jornada laboral. En tercer lugar, analizaremos la desconexión con el trabajo una vez finalizada la jornada laboral, atendiendo a las dificultades para establecer límites entre el trabajo asalariado y la vida personal. Por último, incorporaremos el análisis del pluriempleo y de la extensión de la jornada laboral, entendiendo que estas prácticas inciden de manera directa en las posibilidades de separación entre el trabajo y la vida personal. En conjunto, estas dimensiones nos permitirán dar cuenta de cómo se configura dicha separación en las experiencias de los trabajadores del hospital, así como de las diferencias que se expresan según el género y la edad.

#### **A) Carga emocional**

En relación a la carga emocional, esta se expresa de distintas maneras y en distintos niveles que se conjugan entre sí. Particularmente, observamos que esta carga aparece vinculada a tres situaciones: el desarrollo del conflicto, la relación con los pacientes y sus familias, y la precarización laboral. Es relevante el análisis de esta dimensión porque observamos – tal como analizaremos más adelante – que los trabajadores no solo reducen su tiempo libre por el pluriempleo o la extensión de la jornada laboral para combatir el deterioro salarial, sino que, además, deben atravesar su cada vez más reducido espacio libre lidiando con la compleja carga emocional de su trabajo. Un impacto emocional que no surge solamente de sus propias tareas, que de por sí son de un carácter sensible, sino también de las condiciones cada vez más pauperizadas en las que deben llevar adelante su actividad.

La carga emocional en relación al desarrollo del conflicto aparece sobre todo en mujeres y particularmente en quienes estuvieron en la primera línea del conflicto - bajo una lectura generalizada de los propios trabajadores - que son los residentes. Un impacto emocional que se relaciona con el desarrollo del conflicto, la ausencia de respuestas de las autoridades del Hospital y la falta de valoración a su trabajo:

“Yo siempre digo, me rompí el culo estudiando para poder hacer la residencia en donde estoy. Me quiero ir, digo, no quiero estar en un lugar en donde no le interesa mi trabajo, no valoran mi laburo (...) [Sobre el conflicto] Me generó bastante ansiedad toda la situación. Era todos los días volver con una frustración a mi casa, estar bastante enojada, fue necesario un par de sesiones de terapia”.  
(Federica, Residente, 29 años)

En las mujeres, aparece una carga emocional en relación al vínculo con los pacientes y

sus familias vinculada a la complejidad de los cuadros, conjugándose en sus discursos con las consecuencias emocionales de la precarización que se expresa en la sobrecarga laboral - con énfasis en las guardias, en el caso de las trabajadoras de menos de 35 años - y el deterioro salarial.

“El primer mes me iba llorando a mi casa todos los días, sea por la patología del paciente, sea por no dormir 24 horas por primera vez en mi vida (...) Emocionalmente te destroza un poco el alma” (Dalma, Médica becaria, 32 años)

“No solamente te afecta emocionalmente por lo que ves con los pacientes, sino que también te afecta físicamente. Si aparte le agregas la sobrecarga laboral y falta de salario, hace un fondo terrible”. (Beatriz, Técnica, 41 años)

Si bien las mujeres señalan con mayor intensidad la carga emocional que provocan los cuadros de los pacientes, tanto varones como mujeres de distintas edades retoman en sus discursos que la vulnerabilidad de los niños excede las enfermedades que cursan, ponderando también sus contextos y la complejidad de sus situaciones familiares.

En general, cuando los varones menores de 35 años son consultados por la carga emocional de su trabajo, no tienden a responder sobre los efectos emocionales del conflicto, sino más bien sobre el vínculo con pacientes y sus familias o la afectación generada por la precarización. Inclusive, en ocasiones, el aspecto emocional de su trabajo aparece en sus discursos recién ante la insistencia de los entrevistadores acerca de cómo los afecta el conflicto en términos personales, frente a reiteradas respuestas de cómo afecta a los trabajadores en general. No aparece con tanta intensidad como en las mujeres la carga emocional por la complejidad de los cuadros de los pacientes, pero sí expresan cómo, en determinados momentos, tanto el cariño a los pacientes y sus familias, en suma, con la responsabilidad de su rol y el carácter sensible de su trabajo, los lleva a sobrecargarse para dar respuestas, absorbiendo el estrés de los familiares de los niños enfermos y tolerando situaciones de precarización laboral:

“Hay muchas cosas que son por voluntad, que a veces sobrecargándonos decimos - no, este paciente no puede esperar - por más que sabemos que ese sobre turno nos implica más trabajo, cerramos los ojos y lo hacemos (...) Es la responsabilidad que tenemos y también el cariño (...) Es como darles una mano, básicamente son nuestra familia también” (Nacho, Médico, 34 años)

En este sentido, como retoma Cutuli (2016), en los trabajos de reproducción social, se contraponen la valoración moral por la responsabilidad de las tareas con la escasa valoración económica, contradicción que podría saldarse socialmente con una inversión de sentidos en relación al trabajo emocional, “el trabajo de cuidado no se trataría tan sólo de dar afecto sino también de recibirlo, lo que compensaría los bajos salarios. Aunque antes que, como compensación, el afecto aparece en la práctica como una desventaja para el ejercicio de los derechos laborales” (Folbre, 2001). Una definición que señala que, del mismo modo que una alienación que les desvincule con el producto de su trabajo, una intensa vinculación afectiva puede jugar en contra de los trabajadores en la defensa de sus derechos.

Por último, la carga emocional por la precarización y el deterioro salarial aparece

transversalmente en los discursos de varones y mujeres de distintas edades. Retomando a Aspiazu (2019), esto responde a diversos motivos que hacen a sus condiciones de trabajo, el medio ambiente laboral, la falta de personal, la intensidad de las tareas, la sobrecarga laboral y la pérdida de poder adquisitivo. En los discursos de las mujeres, como vimos, la carga emocional por la precarización se conjuga con los efectos emocionales en relación a los cuadros de los pacientes. En los varones, estos discursos existen, pero aparecen con mayor compartimentalización, distinguen la carga emocional en relación a los pacientes y familias (con menor hincapié en las consecuencias emocionales de sus casos) del "estrés", como suelen mencionar, generado por el deterioro salarial, la alta demanda y las condiciones económicas. En muchos casos, mencionan la complejidad de los cuadros de los pacientes en función del trabajo, la demanda y la responsabilidad de su rol y no tanto del impacto emocional que les genera:

"No es un hospital cualquiera, tenes pacientes complejos, es mucho más trabajo la demanda que en otros lugares. Y no llegar a fin de mes te lleva a un estrés, a un cansancio mental de no llegar, no contar con la plata". (Santiago. Enfermero, 33 años)

Durante las entrevistas surgen las estrategias colectivas, las asambleas, paros y definiciones tomadas en ámbitos plenarios para hacer frente a la precarización laboral y al desenvolvimiento del conflicto, pero no aparece una gestión ni conversación colectiva de la dimensión emocional y los riesgos psicosociales a partir de la particularidad de su trabajo de reproducción social y de atención de alta complejidad. Inclusive, las estrategias mencionadas por los trabajadores menores de 35 años para hacer frente al impacto emocional de su trabajo tienen que ver sobre todo con instancias individuales como "terapia".

En términos generales, al indagar sobre la carga emocional, los fragmentos dan cuenta cómo esta dimensión se manifiesta con mayor intensidad en las mujeres, en quienes la sobrecarga laboral y el contexto de crisis han generado un desgaste emocional significativo, que se extiende en su vida personal. Esto se expresa cuando la médica de 32 años relata que al inicio de su residencia se iba llorando todos los días por la patología de sus pacientes o las 24 horas sin dormir. O cómo se volvía "muy cargada, muy angustiada" del trabajo por el "clima bélico" del conflicto. En la enfermera de 32, que afirma haber comenzado con tratamiento psiquiátrico a partir de su trabajo en el hospital, también se manifiesta esta tendencia que se acompaña en sus relatos con expresiones de "angustia" y "ansiedad". También se extiende a las mujeres mayores de 35 años, como es el caso de la auxiliar de cocina de 41 años, que vincula su cansancio físico, mental y su psoriasis con la situación laboral y el conflicto.

En contraste, los varones suelen consignar la carga emocional al "estrés" por la atención de alta complejidad, la tensión que absorben en el vínculo con las familias y, sobre todo, por el deterioro salarial y la precarización de sus condiciones de trabajo. Esta diferencia que encontramos, expresa una compartimentalización en las vivencias de los varones que no vemos en la experiencia de las mujeres, sobre todo las más jóvenes, para quienes el impacto emocional "invade" su esfera privada de una manera mucho más notoria.

## B) Gestión del tiempo libre

Lejos de presentarse como un espacio homogéneo de descanso o recreación, en las entrevistas realizadas se observa que el tiempo por fuera del trabajo de los trabajadores del Garrahan aparece atravesado por obligaciones familiares, exigencias económicas, necesidades de formación profesional y desgaste físico acumulado por el mismo trabajo que tienden a configurar diferentes maneras de gestión del tiempo libre en trabajadores y en trabajadoras. Específicamente, observamos de manera manifiesta como el género influye taxativamente sobre la gestión del tiempo libre, tanto sobre su disponibilidad como sobre su uso.

En los relatos de muchas mujeres aparece de forma reiterada la idea de que el tiempo libre no está destinado completamente hacia una misma, sino que suele estar ocupado por tareas vinculadas a la familia y al cuidado de otros. En este sentido, el descanso pareciera más bien algo realmente difícil de conseguir puesto que el tiempo libre se encuentra constantemente interrumpido por demandas de cuidado socialmente asignadas a las mujeres. En palabras de algunas trabajadoras:

“Voy al gimnasio un poco, a caminar un poquito, y bueno, obviamente tengo dos hijos y me tengo que dedicar a ellos, así que mi vida es mis hijos y mi trabajo.”  
(Beatríz, Técnica, 41 años)

Entre las trabajadoras más jóvenes, el tiempo libre aparece además atravesado por una lógica de formación profesional continua que lleva a convertir el tiempo por fuera del hospital en un espacio orientado más al estudio, los cursos y las especializaciones antes que al descanso o a otras actividades recreativas. Probablemente estas estrategias de formación continua en las trabajadoras más jóvenes son el resultado de un horizonte laboral que se vaticina como precario. En estos casos, la gestión del tiempo libre oscila entre el cumplimiento de los mandatos de cuidado familiar y las exigencias de formación constante de manera tal que el tiempo para otras actividades se encuentra reducido:

“Me gustaría mucho tener más tiempo libre para leer. Eso. Pero entre que salgo del hospital y leo cosas del hospital como que después es “Basta”, eh, y me gustaría hacer otras cosas, no sé, probar distintas actividades.” (Federica, Residente, 29 años)

Esta gestión del tiempo libre se modifica notoriamente cuando analizamos las entrevistas de los trabajadores varones del Garrahan. A diferencia de lo que ocurre entre muchas de las mujeres entrevistadas, en los relatos de los varones el tiempo por fuera del hospital no aparece organizado primordialmente en torno a las responsabilidades de cuidado familiar, sino que se vincula más directamente con espacios de recreación, descanso individual y actividades de bienestar personal. En sus discursos se repiten referencias al gimnasio, al deporte, a las salidas con amistades, a los encuentros de pareja y a actividades culturales como el teatro, los recitales o la lectura. Estas prácticas aparecen valoradas como momentos necesarios para desconectar, aunque no siempre puedan sostenerse con regularidad debido al cansancio o a las extensas jornadas laborales. Aun así, el tiempo libre se presenta

como un espacio que, cuando existe, es mayormente apropiado para sí mismos:

“Me encanta mucho leer. Me encanta leer. Eh, para mí es un cable a tierra leer. Me gusta mucho la historia argentina. Leo mucha historia argentina, me encanta leer. De chiquito me encantaba la vida de los próceres. Tengo una procedencia muy nacional y popular” (Nicanor, Administrativo, 57 años)

“Eh, una vez por semana intento hacer ejercicio. Lo que logro es una vez por semana. El objetivo es dos, pero logré una vez por semana. Y alguna que otra salida por semana con mi pareja o con los amigos logro hacer. Sobre todo, ahora que no tengo guarida los fines de semana” (Nicolás, Residente, 30 años)

Incluso en los casos en que tienen hijos, el cuidado no aparece como un eje estructurante del tiempo extra laboral, sino más bien como una dimensión integrada entre otras. Este modo de organizar el tiempo libre contrasta con el de muchas trabajadoras, para quienes las tareas de cuidado y la vida familiar ocupan un lugar central e ineludible.

“Ella cocina más. Sí. Cocina más. Eh, por ahí lava un poco más, sí. (...) Yo ayer no dormí en mi casa, con lo cual (...) hoy voy a llegar cansado, con lo cual se entiende que... que no lave porque no estuve. (...) si dormí 3 horas también voy a estar cansado para lavar.” (Román, Médico, 47 años)

Desde esta perspectiva, la gestión del tiempo libre puede leerse también a la luz de la contradicción capital-vida, en tanto el tiempo por fuera del trabajo asalariado aparece estructuralmente limitado por las exigencias de la reproducción de la fuerza de trabajo. Tal como plantea Varela (2023), aun cuando los sujetos despliegan estrategias para construir espacios de ocio, descanso o disfrute, estos resquicios se encuentran sistemáticamente constreñidos por un orden social que subordina el tiempo disponible a las necesidades de la acumulación. En las entrevistas analizadas, esta tensión se expresa de manera desigual puesto que, como se planteó anteriormente, mientras que en muchos varones el tiempo libre aparece como un espacio relativamente apropiable para actividades de recreación o autocuidado, en las trabajadoras dicho tiempo se presenta más fuertemente colonizado por responsabilidades de cuidado y exigencias formativas, reduciendo de manera significativa las posibilidades efectivas de descanso.

### **C) Desconexión con la jornada laboral**

A lo largo de las entrevistas, detectamos la dificultad para lograr una desconexión luego de la jornada laboral, que se expresa con mayor potencia en las trabajadoras menores de 35 años, quienes dejaron entrever a lo largo de las entrevistas el gran desgaste emocional y físico que atraviesan como producto de esta incapacidad. Esta evidencia empírica dialoga directamente con la dimensión de desconexión laboral planteada en nuestro marco teórico. Siguiendo a Moreno-Jiménez y Gálvez Herrer (2013), el "distanciamiento psicológico" es un proceso necesario de recuperación que implica no solo la ausencia física del lugar de trabajo, sino la capacidad de "desconectar" y activar sistemas funcionales distintos a los laborales, sin embargo como hemos observado a lo largo de las entrevistas, la alta carga de ansiedad recae en

síntomas emocionales, en el caso de las mujeres jóvenes del Garrahan, esta prolongación se manifiesta en la "rumia mental" y la culpa, impidiendo la recuperación necesaria.

"Sentía como que todo recae un poco en mi responsabilidad y ahí también otra vez con la psiquiatra. Llegar a mi casa y no poder cortar con el trabajo, pensar qué hice mal, cómo afrontar determinada situación la próxima vez que me pase" (Dalma, Enfermera, 32 años)

"A veces hay que armar clases para el hospital, para mis compañeros y tengo que llegar a mi casa y hacerlo (...) Capaz que me copio los antecedentes en un drive mío y después en mi casa los redacto... Esas cosas. Si, te puede pasar de salir y tener que hacer cosas" (Federica, Residente, 29 años)

Si bien se vislumbra un reconocimiento de la no desconexión laboral como aspecto problemático del trabajo y las consecuencias que acarrea, a su vez aparece un grado de naturalización de ello como parte constitutiva de la tarea. Las citas de las trabajadoras dejan en evidencia cómo el trabajo inunda la vida personal en relación a la carga emocional, generando un impacto directamente en la salud mental.

Esta falta de límites claros en las mujeres jóvenes contrasta significativamente con lo observado en los varones del mismo grupo etario. Aunque si bien en ellos también podemos ver el sufrimiento de la precarización salarial y el pluriempleo, como se ve a lo largo de todas las entrevistas.

Estos mismos demuestran una actitud más desapegada, en donde logran establecer efectivas barreras de desconexión:

"Tengo todos los grupos silenciados, inclusive el grupo donde está mi jefa y no tengo ningún problema (...) pero el día que me equivoqué... no me mandes un mensaje a las 7 de la mañana diciendo que me equivoqué. Llego a mi trabajo a las 2. Bueno, lo soluciono a las 2" (Héctor, Instrumentador quirúrgico, 33 años)

Resulta interesante esta diferencia que podemos ver entre género, puesto que la misma da cuenta de que en los varones jóvenes, la sobrecarga se vive más como una cuestión de gestión de tiempo y salario que como una carga afectiva imposible de soltar.

"estoy usando mi tiempo libre en hacer más trabajo, digamos. (...) tengo que sacar tiempo libre que yo tengo de descanso para poder tener un trabajo extra para poder llegar a fin de mes." (Nacho, Médico, 34 años)

Si bien esta cita podría dialogar muy bien con nuestra dimensión de pluriempleo y también con la gestión del tiempo libre, resulta interesante analizarla, ya que como se mencionó anteriormente en este análisis, la dificultad que logramos detectar de la imposibilidad de desconexión de los varones menores de 35 años reside únicamente en la reducción de su tiempo libre y no en una carga emocional o afectiva como se ha visto en las mujeres de su mismo grupo etario.

Asimismo, esta dificultad de desconexión vista en las mujeres menores de 35 años difiere con la experiencia de los y las trabajadores mayores de 35 años, en donde les entrevistadas muestran cierta naturaleza o facilidad a la hora de tener que separar el trabajo de su vida personal.

“Cuando salgo del hospital, me tomo como un trabajo (...) Dar el 100% cuando estoy acá y después cortar y tratar de conectar con mi familia, con mi vida. Y de alguna forma es la forma de poder después volver al 100% acá otro día, ¿no?”  
(Nacho, Médico, 34 años)

Resulta interesante ver como los años en el hospital, o mismo en el rubro, les permitió a aquellos trabajadores mayores de 35 años lograr de manera exitosa la tarea de desconexión.

“Yo creo que los años me fueron enseñando que tengo que separar lo laboral de lo personal. O sea, por ejemplo, mis problemas de mi casa o personales trato de no ponerlos en el trabajo y viceversa” (Romina, Enfermera, 38 años)

Podemos ver cómo se refuerza la idea de que el tiempo y la experiencia dentro del hospital permite lograr distenderse de sus tareas y verlo solamente como un trabajo, el cual tiene límites definidos en el inicio y el fin de la jornada.

De esta manera, se da cuenta de que la imposibilidad de desconexión no es sólo producto de la exigencia laboral del hospital, sino que la misma se agudiza específicamente en las mujeres jóvenes debido a la intersección entre la inestabilidad laboral inicial, esta actúa como un detonante en la carga emocional de las trabajadoras menores de 35 años, la misma se traduce en una obligación de excelencia y disposición absoluta en su trabajo. Las trabajadoras al estar en una posición incipiente y precaria sienten que no pueden darse el lujo de mostrar debilidad o cometer errores, generando una mayor carga mental y física en las mismas. Esta presión por la entrega profesional, propia del "deber ser" de las ocupaciones de cuidado, se vive como una exigencia de gratuidad, donde el compromiso supera el límite salarial y físico. Es por ello que podemos ver en la Enfermera de 32 años una dificultad muy grande de desconexión una vez llegada a su casa, ya que la propia presión de su trabajo la no la deja descansar, lo que la obliga a rumear sobre la idea del “que hice mal” y cómo afrontar futuras situaciones, de esta misma manera la residente de 29 años expresa sentir la necesidad de seguir estudiando y capacitándose para poder asegurarse su futuro laboral, extendiendo así su jornada.

#### **D) Pluriempleo y extensión de la jornada laboral**

En las entrevistas podemos detectar patrones y procesos que conducen a un deterioro del bienestar laboral y un creciente desgaste emocional. La caída del poder adquisitivo del salario termina empujando a los trabajadores del hospital a desarrollar estrategias o herramientas para poder alcanzar un ingreso que cubra las necesidades mensuales. Frente a este panorama, más de 200 trabajadores han presentado la renuncia en lo que va del año 2025<sup>6</sup>. Todo en un marco de ajuste presupuestario, por lo que las tareas

---

<sup>6</sup> “17J - Con el Garrahan como motor y miles en las calles, el desafío: organizarnos para ganar” - La Izquierda Diario -

realizadas por las personas que renunciaron a sus puestos no son delegadas a nuevos ingresantes de reemplazo, sino que son absorbidas por los equipos que van permaneciendo, potenciando la sobrecarga laboral de los trabajadores del hospital.

Pero en un contexto de recesión y de caída del poder adquisitivo en general, la oferta laboral se ve restringida, acotando el margen de maniobra. Frente a esto, se formulan otras estrategias como extender la jornada laboral (tomar otros módulos, horas extras o sumar guardias), realizar actividades laborales dentro del rubro de la salud, pero en otro establecimiento (guardias en otro hospital o atender en otro consultorio particular) o directamente un trabajo ajeno al sistema de salud (actividad digital, trabajo en plataformas, etc.). Estas actividades reducen el tiempo disponible para el ocio, el disfrute y la desconexión del ritmo laboral, impactando negativamente en la salud mental y la carga emocional de un trabajo ya psicológicamente demandante:

“Entonces, eso repercute en la atención porque mi lucidez no es la misma. O sea, yo puedo cometer un error involuntario. Si bueno, por el cansancio, la distracción, lo que quieras. Tratamos de que no, mis compañeras me cuidan (...) O sea, descansado y dormido en mi casa, no puedo ver a un paciente de la misma forma que que no durmiendo en mi casa y habiendo visto pacientes” (Nacho, Médico, 34 años)

A lo largo del trabajo de campo pudimos observar que el pluriempleo es una realidad concreta para todes los trabajadores. Sin distinción de género, edad o sector dentro del hospital podemos observar entrevistades ejerciendo el pluriempleo, considerándolo seriamente y/o señalando que es algo sumamente común entre sus pares. Pero en las entrevistas se suele identificar como un fenómeno relativamente reciente, expresando que antes no resultaba necesario.

“...Hacías un curso de algo, estudiabas algo, pero ahora al no alcanzar la guita, si no tenés nada de eso, no tenés más guita, trabajas un montón igual y a veces capaz tenés que tener otro trabajo.” (Beatriz, Técnica, 41 años)

Sin embargo, podemos detectar diferencias en la forma que se interpreta el fenómeno del pluriempleo y como es internalizado, de acuerdo a la edad y a la profesión. En los trabajadores de mayor edad se señala con mayor énfasis que el pluriempleo se trata de una realidad nueva o reciente en sus vidas. Esto se hace más intenso en los médicos profesionales quienes incluso relatan un proceso de meditación con más vacilaciones a la hora de tomar otro trabajo o no. Mientras que los trabajadores de menor edad y con profesiones de menor formación académica presentan la situación como algo más normalizado o naturalizado. Obviamente que también padecen los efectos de esta situación, que incluso es más crítica en su caso dado que cuentan con menor ingreso por antigüedad o un salario menor que un médico. Pero hablan del pluriempleo de forma más directa.

“En un momento pensé en abrirme un instagram para ver si lograba agarrar algún trabajo a domicilio particular... Y cuando fui franquera [cubrir francos o días de descanso de otros trabajadores] también en la semana hacía artesanías y las vendía. Y después obviamente bueno, las horas extras también trato de hacer horas, para armarme un puchito más de plata, porque ahora trabajando de lunes a viernes lo único que te queda es hacer horas extras.” (Karina, Enfermera, 32 años)

Esta enfermera, a pesar de su juventud, relata cómo el pluriempleo es parte de su realidad laboral desde hace ya varios años.

En Argentina hay una problemática laboral estructural vinculada con la informalidad laboral, pero esta misma informalidad y la precarización laboral afecta principalmente a las juventudes<sup>7</sup>. Esto se corresponde cuando vemos a los trabajadores más jóvenes tener una mayor naturalización de la situación de pluriempleo. Ahora bien, en trabajadores de menor edad pero que ya ejercen medicina como becarios o profesionales, vemos una mayor sorpresa y desconcierto con la noción de tener que ejercer el pluriempleo. Muchas veces terminan coincidiendo con aquellas personas de mayor edad que sostienen que antes podían mantenerse con su sueldo y considerando que son personas con carreras no tan prolongadas en el tiempo, esto habla de una alarmante y vertiginosamente rápida caída del poder adquisitivo del salario en los últimos tiempos.

De la misma forma que hemos observado que a mayor edad, los trabajadores generan mejores herramientas para lograr una desconexión laboral, se ven perjudicados a la hora de lidiar con el pluriempleo frente a los jóvenes. Y esto no se debe exclusivamente a una cuestión física y de resistencia frente al cansancio, sino que son las personas jóvenes quienes han tenido que lidiar con la informalidad y el pluriempleo desde el inicio de sus carreras laborales, transformándose en una situación cotidiana y más naturalizada.

## **Conclusiones.**

La presente investigación nos permite distinguir que la dificultad para lograr una desconexión entre la jornada laboral y la vida personal no afecta a todos los trabajadores del Hospital Garrahan por igual, sino que se manifiesta de manera diferenciada según las intersecciones de edad y género. Si bien la sobrecarga laboral y el pluriempleo son transversales a todos los grupos debido al contexto de ajuste y precariedad, la posibilidad de establecer un límite claro entre el "adentro" y el "afuera" del hospital varía sustancialmente.

El análisis de las entrevistas confirma que esta "invasión" del trabajo sobre la vida se manifiesta de manera heterogénea según las intersecciones de género y edad. En el grupo de mujeres menores de 35 años, la desconexión resulta prácticamente

---

<sup>7</sup> "Medidas de otra clase. Casi 7 de cada 10 jóvenes están precarizados: reducir la jornada laboral a 6 hs para generar trabajo genuino" - La Izquierda Diario - Julio Perez - 6 de octubre de 2025 <https://www.laizquierdadiario.com/Casi-7-de-cada-10-jovenes-estan-precariados-reducir-la-jornada-laboral-a-6-hs-para-generar-trabajo>

imposible. En ellas, la precariedad contractual se amalgama con una carga afectiva y moral asociada a los roles de cuidado feminizados, generando un peso mental constante sobre el bienestar de los pacientes y sobre su función laboral que se extiende de la jornada laboral al ámbito privado de cada una de estas trabajadoras. Por el contrario, en los varones del mismo grupo etario, los cuales se encuentran sometidos a la misma presión económica y al pluriempleo, logran desplegar estrategias que les resultan efectivas para lograr una desconexión más exitosa. Para ellos, la sobrecarga se vive más como una pérdida de tiempo libre o de ocio y como una pérdida en el poder adquisitivo de su salario, permitiéndoles establecer barreras de protección emocional más efectivas a partir de estrategias como "silenciar los grupos" o "bloquear" el pensamiento sobre el trabajo al salir.

Esta "invasión" representa un avance frente a la soberanía temporal de las personas que trabajan en el Garrahan. La degradación del poder adquisitivo del salario forzando al pluriempleo, la sobrecarga laboral, el estrés emocional propio de las tareas y el contexto, un conflicto prolongado gracias a las autoridades que dificultan las negociaciones colectivas con amenazas, maniobras políticas y ataques, todos estos factores afectan la soberanía que las personas tienen sobre su propio tiempo. Los trabajadores del Garrahan sienten esta pérdida de soberanía y lo han expresado durante las entrevistas. Este tiempo libre perdido no solamente afecta sus deseos particulares sino su propia realización colectiva en sociedad, es tiempo que ya no pueden dedicar a los lazos y colectivos de los que forman parte, porque debe ser empleado en la gestión de la carga emocional o contrayendo más responsabilidades laborales.

Asimismo, podemos ver que la experiencia y la edad aparecen como factores favorables a la hora de establecer la desconexión. A lo largo de nuestro trabajo logramos identificar que los trabajadores varones y mujeres mayores de 35 años han desarrollado, gracias a su larga trayectoria en el hospital o en el rubro, herramientas de mayor eficacia para separar los ámbitos, las cuales están completamente internalizadas por los mismos, logrando ver el trabajo como una responsabilidad acotada a un horario, a diferencia de los más jóvenes que viven el hospital como una experiencia totalizante.

Sin embargo, nos parece importante incluir un hallazgo significativo de esta investigación, ya que a lo largo de la misma nos centramos en el análisis de la capacidad de desconexión teniendo en cuenta género y edad. Al analizar el rol de la militancia, observamos que los trabajadores mayores de 35 con una militancia sindical activa, demuestran tener una mayor dificultad para desconectarse, rompiendo con la tendencia general de su grupo etario. No obstante, esta dificultad está relacionada primordialmente con el conflicto que atraviesa el Hospital y su responsabilidad político-sindical, más que con las tareas asistenciales en sí mismas. Es así que podemos ver en trabajadores mayores de 35 años que forman parte de algún sindicato dentro del hospital, una capacidad para desligarse de sus tareas estrictamente laborales, que no consiguen lograr de igual manera con respecto a sus responsabilidades militantes. Esta implicación político-organizativa repercute en estos trabajadores como una carga que los mantiene involucrados y conectados con el hospital, pero esta misma no se da por sus funciones en el trabajo sino por las tensiones y demandas propias de la

militancia, derivando en mayores niveles de estrés y de incapacidad de lograr una desconexión por completo.

A diferencia de este grupo, los trabajadores menores de 35 años que también tienen una participación sindical, atribuyen la falta de desconexión no solo a sus militancias sino a una saturación que consideramos estructural. Si bien demuestran una carga muy fuerte en relación a las tareas gremiales, hacen hincapié en otras razones que se conjugan con el conflicto a la hora de hablar sobre su dificultad para separar su vida del trabajo. Para las trabajadoras jóvenes que participan activamente, la militancia no es una actividad "extra" que interrumpe el descanso, sino que se fusiona con una carga mental asistencial y una precariedad que impide, de antemano, cualquier posibilidad de desconexión.

En definitiva, la lucha en el Garrahan no es solo por el salario, sino también por el derecho de los trabajadores a su soberanía temporal. Este conflicto, al poner en el centro la recuperación del tiempo personal, se torna en una lucha por revertir la subordinación del tiempo disponible a las necesidades de la acumulación, el tiempo libre ya no es un espacio de elección, se convierte en un tiempo dedicado a las tareas necesarias para que los trabajadores puedan presentarse aptos para la jornada laboral al día siguiente. Mientras que para los mayores de 35 la "no desconexión" militante es una herramienta de resistencia, para los jóvenes, y especialmente las mujeres, la incapacidad de desconectar es la evidencia más cruda de cómo la crisis de reproducción social que expresa el sistema sanitario se ha metido dentro de sus cuerpos y sus mentes, disolviendo la frontera entre trabajo y vida y negándoles, de hecho, esa soberanía sobre su propio tiempo.

## **Bibliografía**

Arruza, C., & Bhattacharya, T. (2020). Teoría de la Reproducción Social: elementos fundamentales para un feminismo marxista. *Revista Archivos de Historia del Movimiento Obrero y la Izquierda*, 9(16), 37-69.

Aspiazu, E. (2017). Las condiciones laborales de las y los enfermeros en Argentina: entre la profesionalización y la precariedad del cuidado en la salud. *Revista Trabajo y Sociedad*, 11-35.

Bhattacharya, T. (2015). Cómo no saltarse a la clase: la reproducción social del trabajo y la clase obrera global. *Revista Intersecciones*, 1-25.

Cutuli, R. (2017). Género y trabajo emocional. Los fundamentos de la precariedad en el nivel inicial. Mar del Plata, Provincia de Buenos Aires. *Trabajo y sociedad*, 37-54.

González, C. (2018). Entrevista con Nancy Fraser. Neoliberalismo y crisis de reproducción social. *ConCienciaSocial*, 215-225.

Hester, H., & Srnicek, N. (2024). *Después del trabajo. Una historia del hogar y la lucha por el tiempo libre*. Buenos Aires: Caja Negra.

Longo, J. (2012). Las fronteras de la precariedad: percepciones y sentidos del trabajo de

los jóvenes trabajadores precarios de hipermercados. *Trabajo y Sociedad*, 375-392.

Moreno-Jimenez, B., & Gálvez Herrer, M. (2013). El efecto psicológico del trabajo en el bienestar y la satisfacción con la vida: un estudio longitudinal. *Revista de psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 145-151.

Pereyra, F., & Micha, A. (2015). Ocupaciones del cuidado y condiciones laborales: el caso de la enfermería en el Área Metropolitana de Buenos Aires. *Congreso Nacional de Estudios del Trabajo. ASET*.

Varela, P. (2023). Las luchas en el seno de la reproducción social: repensar los puentes entre trabajo y vida. *Revista Controversia*, 221, 21-51.

Varela, P. (2024). Un libro justo a tiempo, 40 años después. En L. Vogel, *Hacia una teoría unitaria*. Buenos Aires: IPS-CEHTI ediciones.



Seminario de investigación  
Los trabajadores en la Argentina actual  
Carrera de Sociología - UBA