



## **Trabajo y Sociedad**

*Sociología del trabajo- Estudios culturales- Narrativas sociológicas y literarias*

NB - Núcleo Básico de Revistas Científicas Argentinas (Caicyt-Conicet)

Nº 28, Verano 2017, Santiago del Estero, Argentina

ISSN 1514-6871 - [www.unse.edu.ar/trabajosociedad](http://www.unse.edu.ar/trabajosociedad)



# **Las condiciones laborales de las y los enfermeros en Argentina: entre la profesionalización y la precariedad del cuidado en la salud**

## **Nursing working conditions in Argentina: between professional and precarious health care**

## **Condições de trabalho das e os enfermeiros em Argentina: entre a profissionalização e a precariedade do cuidado na saúde**

**Eliana SPIAZU<sup>1</sup>**

Recibido: 23.06.16

Aprobado: 01.10.16



### **RESUMEN**

La enfermería es de una de las “ocupaciones del cuidado” dentro del complejo entramado de las y los trabajadores de la salud. En este contexto, tiene la particularidad de ser la actividad con más alto nivel de feminización (85% de mujeres) y mayor carga de cuidado directo en sus tareas. Las problemáticas que afectan a las y los enfermeros en Argentina son diversas, e impactan negativamente tanto en sus condiciones laborales como en la calidad de la atención en salud. La sobrecarga laboral, el pluriempleo, las deficiencias en infraestructura e insumos y los bajos salarios de las y los enfermeros son correlato de la situación general del sector de la salud. Pero la enfermería también presenta particularidades que la colocan en una posición de mayor vulnerabilidad. El déficit en la cantidad de enfermeros/as y en los niveles de calificación, junto con la relativa situación de desventaja y desvalorización de la enfermería dentro de los equipos de salud, agregan complejidad al panorama laboral de esta ocupación. El presente artículo analiza, a partir de datos estadísticos disponibles y entrevistas en profundidad, los cambios en los últimos años en la enfermería, tanto en los roles al interior de los equipos de salud como en la visualización de la ocupación y de los significados del cuidado asociados a ella. Particularmente, en el impacto de la profesionalización de la ocupación, en los cambios socio-demográficos asociados a la mayor participación de varones y a los niveles de calificación, en el rol de los sindicatos, y en aspectos subjetivos y culturales, tales como las percepciones acerca de la ocupación y de las condiciones laborales, las

---

<sup>1</sup> Becaria postdoctoral, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas / Grupo de Estudios del Trabajo de la Facultad de Ciencias Económicas y Sociales, Universidad Nacional de Mar del Plata. Correo: [eliaspiazu@yahoo.com.ar](mailto:eliaspiazu@yahoo.com.ar)

motivaciones para la elección de esta profesión y la vinculación con el resto de los trabajadores de la salud.

**Palabras clave:** Condiciones de Trabajo– Género –Ocupaciones del cuidado –Sector Salud - Enfermería

## **ABSTRACT**

Nursing is one of the "care occupations" within the complex framework of the health sector's workforce. In this context, nursing has the distinctiveness of being the activity with the highest level of feminization in the health system (85% are women). It is also the occupation that carries the heaviest burden of direct care in its tasks. The issues affecting nurses in Argentina are diverse and have a negative impact both on their working conditions and on the quality of the care provided. Work overload, multi-employment, deficient infrastructure, lack of inputs and low salaries are part of the general situation the health sector. But nurses also present peculiarities that place them in a position of greater vulnerability. The deficit in the amount of nurses and their skill levels, together with the devaluation of their skills within health teams, add complexity to the employment outlook for this occupation. This article analyzes, based on available statistics and in-depth interviews, the changes that occurred in recent years in nursing, in terms of their role within health teams, the visualization of the occupation, and the meanings of care associated with it. Particularly, the article analyzes the impact of professionalization in the occupation, the socio-demographic changes associated with increased participation of men, the role of trade unions, as well as subjective and cultural aspects, such as perceptions about working conditions, motivations for choosing this profession, and its linkage with other health workers.

**Key words:** Work conditions - Gender – Care occupations – Health Sector –nurses

## **RESUMO**

A enfermagem é de uma das "ocupações do cuidado" dentro da complexa malha das e os trabalhadores da saúde. Neste contexto, tem a particularidade de ser a atividade com mais alto nível de feminização (85% de mulheres) e maior ônus de cuidado direto em suas tarefas. As problemáticas que afetam às e os enfermeiros em Argentina são diversas e impactam negativamente tanto em suas condições de trabalho como na qualidade da atenção em Saúde. A sobrecarga trabalhista, o pluriemprego, as deficiências em infra-estrutura e insumos e os baixos salários das e os enfermeiros são correlato da situação geral do sector da Saúde. Mas a enfermagem também apresenta particularidades que a colocam numa posição de maior vulnerabilidade. O déficit na quantidade de enfermeiros/as e nos níveis de qualificação; junto com a relativa situação de desvantagem e desvalorização da enfermagem dentro das equipas de Saúde agregam complexidade ao panorama trabalhista desta ocupação. O presente artigo analisa, a partir de dados estatísticos disponíveis e entrevistas em profundidade, as mudanças que teve nos últimos anos na enfermagem, tanto nos papéis ao interior das equipas de saúde como na visualização da ocupação e dos significados do cuidado associados a ela. Particularmente, no impacto da profissionalização da ocupação; nas mudanças sócio-demográficas sócios à maior participação de varões e aos níveis de qualificação; no papel dos sindicatos; e em aspectos subjetivos e culturais, como as percepções a respeito da ocupação e das condições de trabalho, as motivações para a eleição desta profissão e a vinculação com o resto dos trabalhadores da saúde.

**Palavras-chave:** Condições de Trabalho, género, ocupações do cuidado, Sector Saúde, enfermagem

## **SUMARIO:**

1.Introducción. 2. La inserción de la enfermería en el complejo entramado del sector salud. 2.1. Un contexto sectorial heterogéneo, descentralizado y segmentado. 2.2. La precariedad en las condiciones laborales del sector salud en su conjunto. 2.3. Las mujeres trabajadoras de la salud, una mayoría con más

desventajas. 3. Algunos condicionantes de la mayor vulnerabilidad de la enfermería. 3.1. Las diversas normas que regulan la ocupación, las diferencias y los vacíos legales. 3.2. El mapa gremial de la ocupación: sindicatos fuertes y una representación fragmentada. 3.3. La relación entre los niveles de calificación, la escasez de enfermeros/as, el pluriempleo y la insalubridad de la ocupación. 3.4. El discurso sobre el cuidado y las percepciones sobre la ocupación. 4. Reflexiones finales. 5. Bibliografía.

## 1. Introducción

Las y los enfermeros forman parte del grupo de “trabajadores y trabajadoras del cuidado”, definidos como tales porque realizan actividades que contribuyen a la salud, a la seguridad física y al desarrollo de habilidades cognitivas, físicas o emocionales de las personas, interactuando directamente con los recipientes del servicio en cuestión (England, Budig y Folbre, 2002). Se trata de ocupaciones que se caracterizan por su composición mayoritariamente femenina, y por tener condiciones de trabajo más precarias y salarios más bajos que aquéllas no relacionadas con el cuidado (Esquivel, 2010).

La enfermería se inserta también dentro del complejo entramado del sector salud, con la particularidad de ser la actividad con más alto nivel de feminización del sector y la mayor carga de cuidado directo en sus tareas. La salud es un sector con una estructura altamente segmentada - por la división en subsistemas y la descentralización jurisdiccional- y, a la vez, fragmentada - por la coexistencia de gran diversidad de establecimientos no integrados en una misma red sanitaria asistencial (OPS, 2007). Este rasgo le otorga a la enfermería una configuración heterogénea en términos de ámbitos de inserción, regulaciones, representación gremial y calificaciones, que se traducen en diferentes condiciones laborales dentro de la propia ocupación.

Las problemáticas que afectan a las y los enfermeros en Argentina son diversas e impactan negativamente tanto en sus condiciones laborales como en la calidad de la atención en salud. La sobrecarga laboral, el pluriempleo, las deficiencias en infraestructura e insumos y los bajos salarios de las enfermera/os son correlato de la situación general del sector. Pero la enfermería también presenta particularidades que muestran su mayor vulnerabilidad. Por un lado, la multiplicidad de normas que regulan la ocupación y una estructura sindical amplia y compleja, fragmenta la representación de las y los trabajadores de enfermería, limitando la posibilidad de incluir demandas específicas de la ocupación en las negociaciones paritarias. Por otro lado, el déficit en la cantidad de enfermeras/os, su sobre-representación en las categorías de menor calificación, y la relativa situación de desventaja y desvalorización de la enfermería dentro de los equipos de salud, agregan complejidad al panorama laboral de esta ocupación y la colocan en una situación de mayor precariedad respecto de los demás trabajadores/as del sector.

El presente artículo busca dar respuesta a los siguientes interrogantes: ¿cuáles son los factores que inciden en la configuración de las particulares condiciones de trabajo de las y los enfermeros? ¿Qué lugar juegan en dicha configuración los factores estructurales, vinculados a las características del sector de la salud, a la estructura normativa y a la configuración de las relaciones laborales del sector? ¿Qué importancia tienen cuestiones subjetivas y culturales, asociadas a las percepciones sobre la enfermería, su valoración como profesión y el significado que adquiere el cuidado como el componente esencial de la ocupación?

A fin de encontrar una respuesta a estas preguntas, se analizan los cambios habidos en los últimos años en la enfermería, tanto en los roles al interior de los equipos de salud como en la visualización de la ocupación y de los significados del cuidado asociados a ella. Particularmente, se indaga en el impacto de la profesionalización de la ocupación, en los cambios socio-demográficos asociados a la mayor participación de varones y a los niveles de calificación, en el rol de los sindicatos, y en aspectos subjetivos y culturales, como las percepciones acerca de la ocupación y de las condiciones laborales, las motivaciones para la elección de esta profesión y los modos cómo piensan las y los enfermeros su vinculación con los demás trabajadores/as del sector.

Para la realización de este estudio se utilizó una metodología mixta, que combina datos cuantitativos y cualitativos. El abordaje cuantitativo se basa en el análisis de información estadística proveniente de diversas fuentes: datos del Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud y de la Red Federal de Registros de Profesionales de la Salud (REFEPS), perteneciente a la Dirección Nacional de Regulación Sanitaria y Calidad en Servicio de Salud del Ministerio de Salud de la Nación; datos del Sistema Integrado Previsional Argentino, de la Dirección General de Estadísticas y Estudios Laborales del Ministerio de Trabajo de la Nación; datos de la Encuesta Permanente de Hogares del INDEC e información brindada por sindicatos del Sector Salud. La combinación de información estadística reunida permitió construir un panorama bastante completo, aunque no exhaustivo, de la composición del sector salud y de la enfermería en particular para el año 2013 (último año con información disponible en todas las fuentes consultadas).

El abordaje cualitativo tuvo como objetivo recopilar opiniones de trabajadores, trabajadoras y referentes sindicales del sector acerca de las principales problemáticas del sector salud, de los rasgos distintivos de las condiciones laborales de la enfermería, así como las percepciones sobre la valorización de la ocupación y el componente de cuidado asociado a ella.

El estudio se circunscribió a la Provincia de Buenos Aires y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, donde se realizaron 30 entrevistas en profundidad a trabajadoras/es del sector (20 mujeres y 10 varones), que a la vez son referentes sindicales de los principales gremios: la Federación de Asociaciones de Trabajadores de la Sanidad Argentina (FATSA) y algunas de las asociaciones de primer grado que la componen: (ATSAs) en CABA y Bs. As. y la Asociación Sindical de Profesionales de la Salud de la Provincia de Buenos Aires (CICOP), tanto su central provincial como las seccionales locales. El trabajo de campo se realizó entre septiembre de 2013 y junio de 2015.

## **2. La inserción de la enfermería en el complejo entramado del sector Salud**

### **2.1. Un contexto sectorial heterogéneo, descentralizado y segmentado**

La enfermería pertenece a un sector cuya composición es compleja, por la segmentación en subsectores, por la descentralización política y geográfica, por la fragmentación en diversos tipos de establecimientos desvinculados entre sí, por la heterogeneidad de las ocupaciones y niveles de calificación que componen el empleo sectorial.

El sistema de salud argentino es el conjunto de recursos organizados para dar atención a la población en forma preventiva y asistencial, a través de los subsectores de salud pública, medicina privada, obras sociales y cooperativas y mutuales de salud, los cuales se encuentran descentralizados en relación con los organismos que los regulan y sus fuentes de financiamiento. El subsistema público es coordinado y financiado por los ministerios de salud nacional, provinciales o municipales; la medicina privada se sostiene en los pagos por las primas o mensualidades de los socios/ beneficiarios con desembolsos directos de los usuarios/pacientes; y el subsistema de las obras sociales sindicales, nacionales o provinciales, es financiado a través de los aportes y contribuciones salariales. Esta conformación configura un sector altamente segmentado, con una lógica compleja, que implica la coexistencia desarticulada de cada uno de estos subsistemas, que difieren respecto a su población objetivo, los servicios que brindan y el origen de sus recursos y, generalmente, no cuentan con principios y criterios integradores entre sí (Acuña y Chudnosky, 2002; Lanari, 2010; Tobar, Olaviaga y Solano, 2012). Se trata de un sistema en el que las provincias y los municipios tienen la mayor responsabilidad sobre la salud pública, pero los recursos con que cuentan para afrontarla son escasos (PNUD, 2011: 51), y las brechas regionales son significativas en cuanto a los resultados de salud alcanzados y a la calidad de la atención (Tobar, Olaviaga y Solano, 2011).

La estructura fuertemente descentralizada y segmentada de nuestro sistema de salud es consecuencia, en gran parte, de las reformas aplicadas en Argentina en la década de 1990, que aún no han sido revertidas ni superadas y que impactaron tanto en la composición como en el funcionamiento, la atención y los

recursos humanos del sector; proceso que fue ampliamente estudiado (Acuña y Chudnosky, 2002; Abramzón, 2005; Belmartino, 2005; Lanari, 2010; Novick y Galín, 2003; Pautassi, 2006; PNUD, 2011). El impacto negativo sobre la salud pública y privada, tanto en la calidad y las condiciones de atención como en el empleo, no tardaron en verse y se agudizaron durante la crisis de 2001.

Las consecuencias más visibles son la inequidad en el acceso, en la financiación y en los resultados de salud y el pobre desempeño del sistema en términos de relación entre los recursos asignados y la calidad de la salud conseguida (CIPPEC, 2012). En los últimos 15 años, tras declararse la Emergencia Sanitaria por el deterioro profundo del sistema de salud, se implementaron a nivel nacional una serie de políticas tendientes a paliar la crisis de la salud. Sin embargo, a pesar del diagnóstico y de la intención de mejorar las consecuencias de la reforma con otra reforma, la situación del sistema de salud continúa siendo crítica (Lanari, 2010). En la práctica, y a pesar de las políticas implementadas en los últimos años, 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 de trabajo de las y los trabajadores del sector.

## **2.2. La precariedad en las condiciones laborales de las y los trabajadores de la salud**

### *Las problemáticas comunes a todas las ocupaciones de la salud*

Las ocupaciones del sector salud se diferencian del resto de las ocupaciones por el tipo de servicio que brindan. A grandes rasgos, es un sector que se caracteriza principalmente 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, con un peso importante de profesionales, técnicos/as y enfermeros/as (Novick y Galín, 2003).

En su conjunto, el sistema de salud emplea alrededor de 831 mil personas en todo el país, número que representa el 5% del total de ocupados (Fuente: EPH – INDEC del 2do semestre de 2013). La salud privada concentra al 60% de los trabajadoras/es de la actividad, con un crecimiento del empleo del 43% entre los años 2003 a 2013, mientras que la salud pública incrementó un 31% sus ocupados (MTEySS, 2014). En comparación con otros sectores, el de la salud en Argentina se caracteriza por poseer una fuerza de trabajo altamente calificada: el 70% de los trabajadores cuenta con un nivel de calificación entre técnica y profesional. La distribución de ocupados por nivel de calificación y por categoría ocupacional muestra que los profesionales representan el 36% de la fuerza de trabajo del sector, los técnicos el 34%, los puestos operativos el 21% y los trabajadores sin calificación el 9% (MTEySS, 2014). Por este motivo es que los procesos educativos y de profesionalización tienen gran importancia en el sector salud.

Las condiciones laborales de la actividad fueron ampliamente analizadas por diversos autores (Acuña y Chudnoski, 2002; Belmartino, 2005; Lanari, 2006; Maceira y Cejas, 2010; Novick y Galín, 2003), los cuales señalan que durante la década de 1990, a partir de las reformas del sistema, se inició un proceso de deterioro de las condiciones de trabajo, que se profundizó con el progresivo aumento de la demanda de servicios de salud, que en el caso de la salud pública no fue acompañado por un incremento del empleo y de la inversión que lo compense. Los principales efectos negativos sobre la calidad del empleo fueron el sobre-empleo, la extensión de las jornadas de trabajo, la precarización de las formas de contratación, las remuneraciones variables, la flexibilidad laboral y el empleo no registrado.

La precarización de las formas de contratación es una de las deficiencias más apremiantes que afectan a todo el sector, tanto en el subsector público como en el privado. Dentro de la gran heterogeneidad en las modalidades de contratación, las tres formas principales son: la planta permanente del Estado, que otorga garantía de estabilidad en los cargos, a los que se accede por concurso; los regímenes de contratación periódicos, con protección social y garantías, tanto amparados en normas de empleo público como en la Ley de Contrato de Trabajo; y los regímenes de contratación sin relación de dependencia, efectivizados por medio de locaciones de servicio o bien como locaciones de obra (Maceira y Cejas, 2010). Además, en

el sector público existen formas contractuales transitorias e informales, cuya incidencia es más elevada entre las y los profesionales (Aspiazu, 2010).

Conjuntamente, se observa un elevado peso del empleo no registrado. La incidencia de la asalarización en negro o encubierta creció a una proporción muy alta en la década del noventa, alcanzando el 45% para el conjunto de los profesionales del sector. Este porcentaje se elevaba un poco para el caso de las y los médicos y disminuía para los otros profesionales (Novick y Galín, 2003: 58). En el periodo 2003-2012 el empleo no registrado cayó considerablemente hasta llegar al 21% del total. Ahora bien, si se desagrega por subsectores, claramente se observa que la falta de registro es un problema que afecta principalmente a la salud privada, llegando al 36,4%, mientras que en el sector público alcanza solo al 10%.

Otra situación muy generalizada en la salud en Argentina es el pluriempleo, que alcanza al 26,4% de los ocupados del sector, mientras que en el resto de las actividades esa proporción es del 9,6%. Entre los profesionales es considerablemente superior, siendo el 43% quienes tienen más de un empleo. En relación con la extensión de la jornada laboral, quienes sólo tienen una ocupación trabajan en promedio 39,1 horas semanales en el sector, mientras que los pluriempleados se encuentran ocupados durante 52,2 horas a la semana (MTEySS, 2014<sup>2</sup>). En muchos casos el pluriempleo responde al doble vínculo laboral que establecen las y los trabajadores, quienes además de desempeñarse en establecimientos públicos realizan actividades en el sector privado en forma independiente, o en docencia e investigación.

El incremento del pluriempleo en el sector puede explicarse a partir de distintos factores, como la ampliación de la proporción de puestos de tiempo parcial y la caída de remuneraciones, que induciría a la búsqueda de fuentes adicionales de ingreso (Galín, 2002; Novick et al., 2012); tal es el caso de las enfermeras/os. Al respecto, es destacable la contradicción que implica que en ámbitos de la salud se observe un fenómeno como la sobreocupación que claramente puede afectarla, tanto en el trabajador y la trabajadora, como en la calidad del servicio que brinda (Pautassi, 2006).

Los últimos datos sobre los salarios en el sector de la salud<sup>3</sup> indican que el ingreso de la ocupación principal promedio mensual de la totalidad de los trabajadores en relación de dependencia del sector es un 31% superior al de la media del total de ocupados, y en el subsector público es un 8% más alta que en el privado. Sin embargo, si se desagrega a los ocupados por calificaciones, se observa que los ingresos de las y los profesionales de la salud son algo inferiores al de los profesionales del resto de los sectores; mientras que entre los no profesionales la relación se invierte, ya que la salud posee un promedio de remuneraciones más alto.

De todas formas, más allá de que la comparación intersectorial coloca en una situación de mayor desventaja relativa a los profesionales, los bajos salarios son un reclamo permanente de todas las categorías de trabajadores de la salud, tanto en el ámbito público como en el privado. En el gremio de Sanidad los dirigentes sindicales reconocen que han logrado avances significativos en el nivel salarial en los últimos años, pero a la vez afirman que aún se está lejos de la situación óptima y señalan brechas importantes entre subsectores de la salud privada, donde los más desfavorecidos son los establecimientos de menor tamaño, como pequeños sanatorios y geriátricos.

A las complicaciones mencionadas para el sector en general, en el ámbito de la salud pública, en todas las jurisdicciones del país, se adiciona la cuestión del déficit de infraestructura y de insumos, que afecta tanto la calidad de atención como las condiciones de trabajo del sector. Techos rotos, pisos inundados, roturas, goteras, falta de higiene, insuficiencia de recursos, falta de insumos, equipos obsoletos, son imágenes recurrentes en los discursos de las y los entrevistados que describen las condiciones de infraestructura y abastecimiento de los hospitales públicos de la Provincia de Buenos Aires.

---

<sup>2</sup> Información de la DGEyEL – SSPTyEL- MTEySS (2014) en base a datos de EPH-INDEC del año 2012.

<sup>3</sup> Correspondientes a la Encuesta Permanente de Hogares del INDEC, para el II semestre de 2013.

En este punto es evidente la diferencia entre la situación de la salud pública y la privada. Quienes se refieren al ámbito privado mencionan sólo de forma tangencial esta cuestión, y las dificultades mencionadas son principalmente la falta de materiales y elementos de protección para las y los trabajadores. En contraste, las referencias a problemas edilicios y de falta de insumos en la salud pública son casi siempre las primeras que surgen en las entrevistas y son problemas entendidos como un factor clave del deterioro de la calidad de la atención y de las condiciones laborales.

Al pensar en el desgaste y el estrés laboral, en los últimos años se ha sumado con bastante peso una problemática adicional relativa a la inseguridad y la violencia en el lugar de trabajo, que se visibiliza en el trato de los pacientes y sus familias hacia los y las trabajadoras del sector y en hechos delictivos frecuentes en los hospitales y clínicas, principalmente del ámbito público.

### *Algunas particularidades de las condiciones laborales de la enfermería*

Si nos preguntamos ¿cómo afectan particularmente las problemáticas laborales sectoriales sobre el subconjunto de las y los enfermeros?, podemos comenzar a advertir que se trata de una ocupación con una vulnerabilidad mayor en comparación con el resto de las ocupaciones de la salud.

Las y los enfermeros representan una porción considerable de la fuerza de trabajo sectorial. Según la última información disponible de la Red Federal de Registros de Profesionales de la Salud (REFEPS)<sup>4</sup> para el año 2013, la enfermería explica algo más del 20% del empleo de la actividad, con 179.175 enfermeras/os en edad activa. No hay datos precisos sobre la distribución de las y los enfermeros/as por subsectores, pero podemos suponer que la misma reproduce la distribución general del sector.

Se trata de una ocupación que reproduce la heterogeneidad de calificaciones que caracteriza el empleo en el sector salud, el cual se divide en ocupaciones profesionales, técnicas y operativas, pero con la particularidad de invertir la pirámide sectorial en la que predominan los trabajadores más calificados. La fuerza de trabajo con menor calificación representa un gran porcentaje en la ocupación, dado que el 48% son auxiliares en enfermería, el 41% tienen formación técnica y el 11% poseen título de licenciados/as en enfermería (Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud, 2015)<sup>5</sup>.

Las condiciones de trabajo identificadas para el sector, atraviesan de similar forma a los tres niveles de calificación de la enfermería, sin embargo, quienes poseen calificación auxiliar y ejercen tareas de asistencia, suelen cargar con una alta carga de trabajo, menores salarios y mayor vulnerabilidad que el resto, por encontrarse en los niveles más bajos del escalafón.

Además, la precariedad laboral de la enfermería reproduce la situación descrita para el conjunto del sector y se agudiza en los establecimientos más pequeños, principalmente en la rama geriátricos, donde la falta de registro (con su consecuente precariedad contractual, laboral y desprotección en relación con la seguridad social) es una de las problemáticas más acuciantes y difíciles de enfrentar, tanto desde las políticas de fiscalización estatal como de las inspecciones sindicales.

---

<sup>4</sup> Perteneciente a la Dirección Nacional de Regulación Sanitaria y Calidad en Servicio de Salud del Ministerio de Salud de la Nación.

<sup>5</sup> En Argentina, la Ley de Ejercicio de la Enfermería (N° 24.004) distingue 2 niveles en el ejercicio de la de enfermería: auxiliar (formado a nivel preuniversitario) y profesional (éstos últimos pueden tener formación de tecnicatura o licenciatura universitaria). El artículo 3 define el ejercicio Profesional como “consistente en la aplicación de un cuerpo sistemático de conocimientos para la identificación y resolución de las situaciones de salud-enfermedad sometidas al ámbito de su competencia”, y el Auxiliar como “consistente en la práctica de técnicas y conocimientos que contribuyen al cuidado de enfermería, planificados y dispuestos por el nivel profesional y ejecutados bajo su supervisión”.

Se trata de un “punto neurálgico” según los dirigentes sindicales de Sanidad<sup>6</sup>, quienes lo reconocen como el ámbito más difícil de controlar y que afecta particularmente a las y los enfermeros de dichos establecimientos:

“[A] nosotros, por ejemplo, llegar a los establecimientos y ver las condiciones de trabajo, el tema del trabajo en negro, nos cuesta. Eso que estamos encima. Nosotros en geriátricos por ejemplo tenemos mucama asistente y auxiliar de enfermería. Salvo que sea un geriátrico importante. Suele pasar que tiene para hacer figurar en el geriátrico una enfermera y por ahí es auxiliar. O directamente no está registrada. Es una lucha permanente” (Enfermera, Dirigente ATSA Buenos Aires, 2014).

A esta situación se suma una observación recurrente respecto de los salarios de quienes ejercen tareas técnicas y, principalmente, de las enfermeras auxiliares: en este segmento la carga de trabajo, la intensidad y el desgaste superarían ampliamente el salario que perciben, tanto en el subsector público como en el privado. Las entrevistadas lo atribuyen a las características propias de la ocupación que requieren “mayor entrega” desde “lo físico, por el contacto cuerpo a cuerpo con el paciente” y desde “lo mental, por la carga afectiva que implica el trabajo”, y que se vincula a la mayor carga de cuidado directo de la enfermería.

En los establecimientos públicos dependientes de la Ciudad de Buenos Aires, tal como muestran Pereyra y Micha (2015), el personal de enfermería puede llegar a duplicar la cantidad de horas de la jornada laboral a través de los “módulos”, que son el equivalente a las horas extra, y se pautan en forma de bloques horarios de 6 horas cada uno. Las autoras sostienen que se trata de un componente precarizado de la remuneración que implica el recurso sistemático a las horas extra y que se encuentra naturalizado entre quienes desempeñan la ocupación, tanto en el ámbito público como el privado de la Ciudad. En el caso de los trabajadores hospitalarios no médicos dependientes de la Provincia de Buenos Aires, debido al cambio en la regulación por el cual las tareas de las y los trabajadores se declararon como “insalubres”, se redujo la jornada laboral de 8 a 6 horas diarias, con la posibilidad de jubilación anticipada, así como la restricción de la cantidad de horas extra que pueden trabajarse. En la práctica, esta regulación limita la extensión de la jornada laboral para un mismo empleador, aunque no el pluriempleo.

En la enfermería, el pluriempleo adquiere diversas variantes. Una forma es la doble jornada laboral en distintos establecimientos y otra muy frecuente es la extensión de las jornadas laborales en un mismo establecimiento a través de las horas extras. Ambas funcionan como los mecanismos “compensadores” de los bajos salarios (Pereyra y Micha, 2015).

De las entrevistas surge que entre las y los trabajadores de menor calificación, en los que la carga horaria no es muy alta y donde suelen predominar las mujeres que son jefas de hogar, tener más de un empleo aparece como una salida frecuente para aumentar los ingresos:

E: ¿Hay muchas enfermeras que trabajan más de un empleo? e: “Y la mayoría. Los hombres y las mujeres también, que trabajan en dos establecimientos es común. Para complementar el salario. Y, a veces aunque tengan un buen sueldo, que hay clínicas importantes que tienen muy buenos sueldos, igual hacen extras, guardias. Ocurre en todos lados” (Enfermera, Dirigente ATSA Bs.As., 2014).

En resumen, 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, que repercute fuertemente en la salud de quienes se desempeñan en el sector y en su percepción sobre el trabajo, así como impacta negativamente en la atención y la calidad del servicio brindado.

La situación descrita se complejiza aún más cuando se analiza la dimensión de género en el empleo sectorial, y particularmente en la enfermería, dado que al mismo tiempo que se trata de una actividad

---

<sup>6</sup> En referencia a las y los dirigentes sindicales entrevistados pertenecientes a la Federación de Asociaciones de Trabajadores de la Sanidad Argentina (FATSA) y sus distintas asociaciones de primer grados (ATSAs).

altamente feminizada, las desigualdades de género son diversas y profundas, tanto respecto de otros sectores como al interior del mismo, como veremos a continuación.

### **2.3. Las mujeres trabajadoras de la salud, una mayoría con más desventajas**

Un rasgo característico del empleo en salud es su composición mayoritariamente femenina. Se trata de un sector de servicios que históricamente, y al igual que otras ocupaciones vinculadas a servicios de cuidado como la educación, tuvo una fuerte presencia de mujeres. Las mujeres representan el 71% de las y los trabajadores registrados de la salud, valor que se encuentra muy por encima del resto de la economía, donde apenas se aproximan al 40% de la fuerza de trabajo. Asimismo, la actividad explica alrededor del 8% del empleo femenino de todo el país, según datos del Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones (2013), mientras que para los trabajadores varones solo significa el 3% del empleo formal. Además, la distribución de varones y mujeres dentro del sector no cambia al desagregarlo entre la salud pública y la privada, sino que ellas predominan en todos los subsectores, en contraste con el resto de las ramas económicas donde las mujeres representan una proporción mayor en la actividad estatal (50%) que en la privada (37%) (MTEySS, 2014).

Esta prevalencia de las mujeres en el sector salud, se concentra principalmente en las tareas semi-calificadas con mayor carga de cuidado, como la enfermería. La distribución de trabajadores de enfermería muestra un claro predominio de las mujeres por sobre los varones en toda la actividad y en todos los niveles de calificación, alcanzando el 85% (Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud, 2015).

En las últimas décadas se observan cambios en la distribución por sexo al interior de todo el sector, una tendencia sostenida pero que aún no revierte el hecho de que se trata de una actividad altamente feminizada. En la enfermería existe una tendencia a la incorporación de los varones, de manera gradual, sobre todo en los niveles de calificación más altos: según información del Observatorio de Recursos Humanos en Salud, alrededor del 20% de los licenciados/as en enfermería son varones menores de 50 años, mientras que entre los técnicos/as y auxiliares ese porcentaje se ubica alrededor del 15%.

Por otro lado, el movimiento inverso se da en las y los médicos, entre los que siempre predominaron los varones hasta que en las últimas décadas se inició una tendencia general a la feminización. Para los grupos de edad de más de 45 años se comprueba el predominio tradicional masculino, tendencia que se ha ido modificando en los últimos años, con una preponderancia de mujeres entre los médicos más jóvenes. En 2013, la mayoría de jóvenes que realizaban la residencia en salud eran mujeres, de edades comprendidas entre los 25 y 33 años (Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud, 2015). Sin embargo, a pesar de que las mujeres están tomando protagonismo en las carreras de medicina, aún se mantiene la histórica segregación por género al interior de la profesión: por un lado, por un sesgo de selección de las especialidades médicas (por el que las mujeres aún son pocas en las especialidades más prestigiosas y típicamente masculinas, como la cirugía, neurología y traumatología) y, por otro lado, en las jerarquías al interior de los equipos de salud, en los que como veremos más adelante las mujeres aún son minoría en los cargos de mayor decisión y responsabilidad. Además, las enfermeras (incluso las de calificación profesional) históricamente han sido menos reconocidas y valorizadas, social y económicamente, frente a otras especialidades profesionales; subordinación que persiste en la actualidad.

Esta situación también es percibida por quienes trabajan en el sector y en muchos casos el predominio de mujeres en la enfermería se naturaliza y se explica por la mayor carga de cuidado de las tareas, frente a otras especialidades que requieren rasgos “más masculinos”:

“La diferencia es bastante, en enfermería son muchas más mujeres. Incluso ahora que se ha profesionalizado también. Igual ahí hay mucho también del cuidado directo, por eso siguen siendo mayoría las mujeres. Y tenés otras áreas, ya te digo las quirúrgicas siguen siendo masculinas” (Médico, referente de CICOP, 2014).

“...traumatología, cirugía, son especialidades muy invasivas, muy de hacer fuerza también, aparatos muy grandes. (...) Ahora hay más, pero siguen predominando los varones. Las que son especialidades más clínicas o más tranquilas como dermatología, oftalmología, yo diría que hay más mujeres, y en la enfermería” (Médica, referente de CICOP, 2014).

La segregación por sexo en el sector salud fue señalada por varios estudios que identifican inequidades a partir de diversas situaciones (Wainerman y Geldstein, 1990; Novick y Galín, 2003; Pautassi, 2006). Por ejemplo, más allá de la feminización de la medicina, las mujeres aún se concentran en especialidades asociadas a lo típicamente femenino y asociado al cuidado, como pediatría, nutrición, neonatología, tocoginecología, entre otras, y son pocas en especialidades hegemónicas por médicos varones, como traumatología, cardiología y cirugía (Williams, Duré y Dursi, 2013), que suelen ser las especialidades más valoradas en términos económicos y de prestigio social. En este sentido, el sistema de salud opera como un marco normativo que estructura prácticas y discursos que han construido a nivel simbólico, subjetivo e institucional las desigualdades entre mujeres y varones en el ámbito de actuación médica y funciona como reproductor de dichas desigualdades, en la medida que sostiene y refuerza la construcción diferencial de roles de género en la incorporación de las mujeres en tanto trabajadoras (Duré, Cosacov y Dursi, 2009: 4).

El acceso diferencial por sexo a posiciones que implican algún grado de responsabilidad, decisión o poder es otra de las situaciones de desigualdad más evidentes, que profundiza la segregación vertical existente en el mercado laboral en general. En el sector salud donde las mujeres son amplia mayoría, la proporción de mujeres que trabajan en el sector no se ve reflejada porcentualmente en los cargos de mayor jerarquía o en las jefaturas de área. En la Provincia de Buenos Aires, por ejemplo, según datos del gremio de profesionales CICOP, en 2011 el 80% de los directores ejecutivos y el 72% de los directores asociados de hospitales públicos eran varones. En coincidencia, información sobre la distribución de cargos de conducción en la salud pública de la Ciudad de Buenos Aires – GCBA – muestra que la gran mayoría de los cargos de conducción de la rama asistencial están ocupados por profesionales médicos varones: el 81% de los cargos de dirección de hospitales, el 70% de las subdirecciones y el 68% de las jefaturas de unidades eran varones en el año 2008 (Duré, Cosacov y Dursi, 2009).

“Sobre todo en los hospitales más antiguos hay más varones que mujeres en los cargos de conducción. En los hospitales un poco más nuevos está más pareja la participación. Si bien hay concursos, está el famoso techo ése que no vemos, y es que aunque entramos juntos a la carrera profesional, después nos embarazamos, nos quedamos en la casa y no siempre todas las mujeres están en igualdad de oportunidades que los varones para acceder a los cargos de concurso. En los cargos de dirección de hospital, ¡olvídalo! son absolutamente mayoritarios los varones (Médica, Dirigente de CICOP, 2014).

“Sí. Identifico la desigualdad ya que por lo general el hombre asciende a cargos jerárquicos más rápido y [es] mejor remunerado, mientras que a la mujer le cuesta más llegar y por supuesto siempre con una menor remuneración. Predominan las mujeres en el sector, básicamente, por la profesión enfermería” (Enfermera, Dirigente de Sanidad, 2014).

Esta dificultad en el acceso de mujeres a cargos de dirección también se reproduce en el ámbito sindical de la salud, de modo análogo al mundo gremial en general en Argentina. A pesar de tratarse de un sector altamente feminizado, en la mayoría de los sindicatos de la salud la proporción de mujeres trabajadoras no se refleja en las comisiones directivas de los sindicatos, así como tampoco se ha logrado incorporar la perspectiva de género como un eje prioritario de la política sindical, como profundizaremos en la siguiente sección del artículo.

Otra cuestión relevante, desde el punto de vista de la equidad de género, es la diferencia de ingresos entre varones y mujeres dentro del sector salud. Para el subsector privado, según datos del MTEySS, en 2013 el salario promedio en pesos de los asalariados registrados era de 9.349,6 para las mujeres y 12.079,9

para los varones, lo que representa una brecha salarial de género<sup>7</sup> de 22,6 puntos porcentuales. La brecha salarial en este sector se encuentra muy por encima de otros sectores que también tienen una alta proporción de mujeres, como la enseñanza y otros servicios donde la brecha es negativa (-1,2 pp), y es cercana a la brecha promedio de todas las actividades (MTEySS, 2014). Puede explicarse por el hecho de que las mujeres ocupan en mayor porcentaje ocupaciones menos calificadas y trabajan en promedio menos horas semanales que los varones. Entre ellas, se encuentran en gran medida las enfermeras de calificación técnica y las auxiliares.

Finalmente, se ha evidenciado un sesgo de género en la inadecuación entre el reconocimiento social y el diseño del modelo de atención debido a que el prestigio y el reconocimiento profesional están ligados a los niveles más complejos y de mayor responsabilidad del sistema de atención de la salud (Pautassi, 2006). Como hemos visto, esos niveles que detentan mayor jerarquía suelen estar ocupados mayoritariamente por varones, mientras que el nivel de atención y cuidado directo de la enfermería, el más feminizado, a pesar de ser la base del sistema no es valorizado como tal, sino que es considerado como un destino “desfavorable” para las y los trabajadores.

### **3. Algunos condicionantes de la mayor vulnerabilidad de la enfermería**

Los mencionados déficits en las condiciones laborales son dificultades que enfrentan los trabajadores de la salud en general. No obstante, hemos ido resaltando cómo muchos afectan en mayor profundidad a la enfermería: por su sobreexposición a determinadas problemáticas como el pluriempleo, los bajos salarios y la débil posición relativa en los equipos de salud; además, las inequidades vinculadas a la desigual distribución de puestos y jerarquías entre varones y mujeres afectan particularmente a la enfermería, por ser la ocupación más feminizada del sector y la que tiene mayor carga de cuidado directo en sus tareas.

A continuación, se analizan algunos factores propios de la ocupación que inciden en la configuración particular de las condiciones de trabajo de la enfermería: los marcos regulatorios de la ocupación en relación con la heterogénea composición del sector; su correlato en la fragmentada estructura de representación sindical y las dificultades de inserción y representación específica para la enfermería; los cambios en los niveles de capacitación y preparación formal para el cuidado de la salud que se han producido en los últimos años y su relación con la escasez de personal calificado, el pluriempleo y la insalubridad de la ocupación.

#### **3.1. Las diversas normas que regulan la ocupación, las diferencias y los vacíos legales**

Las profundas diferencias entre subsectores público, privado y de la seguridad social del sector salud, sumada a la descentralización de la salud pública que divide su gestión entre municipios, provincias y nación, marcan la complejidad de su configuración. A ésta se suma la diversidad de ocupaciones, calificaciones y especializaciones de la fuerza de trabajo del sector. Este heterogéneo mapa se traduce en múltiples normas que regulan el trabajo sectorial y marcan inequidades al interior de la actividad.

La enfermería, inserta en este complejo conglomerado de ocupaciones, posee un marco regulatorio constituido por las diversas normas que regulan el empleo sectorial y la normativa propia de la ocupación. El resultado son situaciones diferenciales en materia de derechos y obligaciones laborales según se trate de enfermeros/as privados o públicos, nacionales, provinciales o municipales, profesionales o no

---

<sup>7</sup> La brecha salarial entre varones y mujeres se calcula como la unidad menos el cociente del salario promedio de las mujeres sobre el salario promedio de los varones. Cuando la brecha es 0 significa igualdad entre salarios, cuando la brecha es positiva y elevada significa una mayor desigualdad, en términos de déficit del salario de las mujeres respecto del de los varones. Cuando la brecha es negativa significa que las remuneraciones de las mujeres son más elevadas que las de los varones.

profesionales, que se desempeñan en clínicas, hospitales, centro de salud, laboratorios, geriátricos u otros establecimientos.

Por un lado, las enfermera/os del sector privado se encuentran enmarcados en la Ley de Contrato de Trabajo (LCT, N° 20744) que establece disposiciones generales para el empleo privado en el país. Dado que la LCT es una norma general, todas aquellas disposiciones específicas, referidas al trabajo en salud y al ejercicio de la enfermería son establecidas en los Convenios Colectivos de Trabajo (CCT) sectoriales. Los CCT establecen las categorías de la ocupación con sus tareas correspondientes y el régimen de promoción y capacitación, fijan la carga horaria semanal, y el régimen de remuneraciones - incluyendo el sueldo básico así como las compensaciones-, y también definen los grados escalafonarios (categorías salariales) y las licencias, tanto la anual como las especiales.

Ahora bien, dentro del subsector privado los convenios se firman separadamente con diferentes grupos de instituciones (sanatorios y hospitales, establecimientos geriátricos, clínicas y sanatorios de neuropsiquiatría, institutos médicos u odontológicos sin internación, mutuales), y comprenden al personal técnico, administrativo y obrero, entre los que se incluye al personal de enfermería. En la negociación de todos los convenios interviene la Federación de Asociaciones de la Sanidad Argentina (FATSA) como representante sindical con personería gremial y lo que varía es la representación de los empleadores intervinientes. Su cobertura es de alcance nacional y sus reglamentaciones no divergen en gran medida según la institución, por lo cual las y los enfermeros que se desempeñan en instituciones privadas gozan de similares regulaciones respecto de sus condiciones de trabajo y sus remuneraciones.

No obstante, es importante destacar que entre la letra de la ley y su aplicación concreta en la práctica no siempre se genera la misma correspondencia. Según los testimonios de representantes sindicales de Sanidad, la posibilidad de hacer cumplir con la normativa de regulación del empleo privado de las y los enfermeros difiere según el lugar de trabajo. Así, los establecimientos más grandes como las clínicas y laboratorios reconocidos muestran niveles mayores de registro, formalidad y cumplimiento de la normativa, mientras que existe toda una línea de establecimientos de menor tamaño como laboratorios barriales, consultorios y geriátricos donde el nivel de incumplimiento de la normativa es mucho mayor. Por lo tanto, las inequidades en materia de derechos laborales dentro del subsector privado de la salud, se dan más por irregularidades e incumplimiento de la norma que por diferencias en lo pautado.

Las diferencias entre los derechos laborales alcanzados sí surgen cuando se comparan los convenios para el sector privado con los del sector público, y los diferentes convenios en el sector público según jurisdicción.

El ejercicio de enfermería en el ámbito de la salud pública cuenta con una ley nacional de ejercicio profesional (Ley N° 24.004) aprobada en el año 1991, que sirve como marco jurídico para orientar a las provincias que carecen de legislación o quieren compatibilizar sus leyes existentes. La sanción de esta ley constituyó un avance importante a la anterior legislación que consideraba el ejercicio de la enfermería como una actividad de colaboración subordinada a la actividad médica/odontológica (Ley Nacional N° 17.132/67 de ejercicio de la medicina, odontología y actividades auxiliares). Sin embargo, la ley vigente carece de regulación en aspectos cruciales que hacen a las condiciones de trabajo de las y los enfermeros.

El artículo N° 28 de la Ley 24.004 invita a las provincias a adherir al régimen establecido por ésta. Muchas provincias lo hicieron y otras tienen su propia norma que regula el ejercicio profesional. No obstante, tanto la ley nacional como las leyes provinciales evidencian las insuficiencias de la legislación vigente para asegurar condiciones de trabajo favorables para las y los trabajadores de enfermería: no incluyen artículo alguno sobre remuneraciones, tareas, licencias, jornada laboral, salubridad o protección en el trabajo.

Al igual que en el subsector privado, esos vacíos legislativos son suplidos por los CCT que, en este caso, varían según la jurisdicción. Las y los trabajadores del sector público que desarrollan su ocupación en instituciones públicas bajo jurisdicción nacional quedan comprendidos por el Decreto N° 1133/09. En la Ciudad de Buenos Aires existe un convenio entre el Gobierno de la Ciudad, la Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires (A.M.M.) y la Federación de Profesionales de la Salud de la

Ciudad de Buenos Aires. En la Provincia de Buenos Aires el personal de enfermería en instituciones públicas queda cubierto por lo acordado en los convenios para la administración pública provincial (según la calificación queda enmarcada en el convenio de profesionales o en el de escalafón general). Lo mismo sucede en el resto de las provincias, donde la enfermería queda dentro del CCT para los trabajadores de la cada administración pública provincial o en los convenios para los trabajadores de la salud.

Asimismo, si comparamos los convenios en el sector privado con el convenio para los profesionales de la salud de los establecimientos dependientes del Ministerio de Salud de la Nación (Decreto N° 1133/09), ambos vigentes en todo el territorio nacional, surgen importantes diferencias. Los convenios difieren en lo que concierne a la definición de categorías de ejercicio, al régimen de promoción, a las remuneraciones, adicionales y bonificaciones correspondientes a cada categoría, a los días asignados para las licencias especiales y a los tipos de licencias especiales que se incluyen, entre otras discrepancias. Se destaca que en los convenios para el sector privado se establecen adicionales para trabajadores de enfermería que desempeñan funciones por fuera de sus competencias y se fija un máximo de camas para su atención. Asimismo, establecen un aumento en la remuneración si por razones circunstanciales se atendieran un número mayor de camas que las estipuladas. También exigen un desembolso mensual para las madres por cada hijo, en concepto de compensación de gastos, en caso de que los establecimientos no dispongan de sala maternal, cualquiera sea el número de mujeres que empleen. Nada de esto aparece en el convenio para el sector público, aunque en este último se incluye un régimen de selección de personal, un régimen de capacitación y un sistema de evaluación de desempeño laboral, los cuales no figuran en los convenios del sector privado.

Por lo tanto, se observa una elevada heterogeneidad entre los convenios para el sector privado y público, y dentro de este último, una desarticulación de los convenios que abarcan a los trabajadores comprendidos en las distintas jurisdicciones provinciales, municipales y nacional y a quienes se incluyen en el escalafón general o entre los profesionales.

Pereyra y Micha (2015: 12) analizan estas diferencias y sostienen que las problemáticas laborales en la enfermería se manifiestan con diferente intensidad y se gestionan de diferente modo según el subsector de inserción de las y los trabajadores, lo cual se traduce también en diferencias en términos de los interlocutores ante los que se deben plantear los reclamos, de las representaciones gremiales de la ocupación y de las capacidades presupuestarias para dar respuesta a las demandas.

La multiplicidad de normas se traduce en disímiles condiciones de trabajo de las y los enfermeros a pesar de que, como hemos ido señalando, existen problemáticas comunes a la ocupación. Dentro del sector existen asimetrías, tanto entre las diferentes ocupaciones como dentro de la enfermería, ya que las enfermeras/os trabajan en contextos laborales y normativos distintos según su calificación, el ámbito y la jurisdicción a la que pertenecen. Las asimetrías son fuertes y podría pensarse que su fragmentación dificulta el desarrollo de políticas laborales y sindicales que mejoren la situación de la ocupación. A continuación veremos cómo este marco normativo se traduce en un fragmentado mapa sindical que divide la representación de las y los enfermeros en múltiples sindicatos.

### **3.2. El mapa gremial de la ocupación: sindicatos fuertes y una representación fragmentada**

Otro factor que incide fuertemente sobre la configuración de las condiciones de trabajo y de la valorización de la ocupación se vincula a la sindicalización de las y los trabajadores de enfermería: la estructura sindical, los niveles de afiliación, la fuerza de los gremios y la participación sindical directa de las y los enfermeros influyen sobre la posibilidad de estos de mejorar sus condiciones laborales a través de la defensa gremial de sus derechos.

El sector de la salud tiene una compleja estructura sindical, que se corresponde con la heterogeneidad propia del sistema a nivel nacional. Se compone por numerosas asociaciones, uniones y federaciones sindicales de distinto tipo, a los que se suman los colegios y las asociaciones médicas con fuerte anclaje entre los profesionales del sector.

El peso de cada asociación gremial y el perfil de trabajadores que representan responde a distintas variables: la localización geográfica –hay sindicatos de alcance local, provincial o nacional–; el ámbito de pertenencia de los establecimientos –estatal o privado–; y la calificación de las y los trabajadores representados –profesionales, personal técnico, de enfermería, administrativos o auxiliares–. Según estas dimensiones existen asociaciones de profesionales que sólo agrupan médicos y otras profesiones de la salud del sector público; colegios médicos o asociaciones de profesionales del ámbito privado; asociaciones o sindicatos de trabajadores no profesionales del ámbito privado o del ámbito público; asociaciones de enfermeros y enfermeras, de anestelistas o de otras especialidades técnicas; y asociaciones de trabajadores de hospitales u otros establecimientos particulares.

En la salud privada la representación nacional mayoritaria de los trabajadores de enfermería, administrativos, técnicos y auxiliares se centraliza en Sanidad con su Federación (FATSA) y las numerosas Asociaciones de Trabajadores de la Sanidad Argentina –ATSA– divididas por distritos. La representación profesional, en tanto, está distribuida entre Colegios Médicos y algunas asociaciones de profesionales, cuyos estatutos tienen una direccionalidad más corporativa que gremial.

En el ámbito estatal la representación se divide en dos grandes grupos: por un lado se encuentran los gremios de profesionales de la salud, que agrupan a médicos y a otras especialidades en tanto asalariados, por lo que se trata de sindicatos con un sentido estrictamente gremial y ya no corporativo como en el caso de los Colegios Médicos; y, por otro lado, los sindicatos de trabajadores incluidos en el escalafón general del personal de la Administración Pública, que agrupan a todo el personal no profesional del sector. Asimismo, existen otras asociaciones más pequeñas que nuclean trabajadores de establecimientos de salud municipales o provinciales a nivel local, y algunas asociaciones de profesionales cuya representación es por establecimiento.

Las y los enfermeros se reparten en este entramado según su calificación y el ámbito de trabajo. En la Provincia de Buenos Aires, por ejemplo, las enfermeras con calificación auxiliar o técnica que trabajan en la salud pública son representadas por la Asociación de Trabajadores del Estado (ATE), la Unión de Personal Civil de la Nación (UPCN) o el Sindicato de Salud Pública (SSP) junto a trabajadores estatales de la Administración Pública y la Educación. Las licenciadas en enfermería están agrupadas en la Asociación de Profesionales de la Salud de la Provincia de Buenos Aires (CICOP) junto a médicos y otras especialidades profesionales de la salud pública. En cambio, en el ámbito privado, la gran mayoría de las enfermeras/os (sean licenciadas, técnicas o auxiliares) se agremian en las Asociaciones de Trabajadores de la Sanidad Argentina (ATSAs) junto a trabajadores administrativos, técnicos y auxiliares de la salud.

Las ventajas y desventajas de un panorama sindical tan fragmentado son discutibles, así como lo es el hecho de que las y los enfermeros no posean una representación sindical por ocupación sino que se integren a los distintos sindicatos según su ámbito de inserción y nivel de calificación. Por un lado, la fragmentación dificulta el desarrollo de demandas, reclamos y proyectos específicos de la enfermería, independientemente de su inserción. Pero, por otro lado, pertenecer a sindicatos tan grandes (lo son debido justamente a que agrupan distintos colectivos de trabajadores) otorga a las y los enfermeros la posibilidad de contar con gremios de mayor fuerza y capacidad de negociación gremial.

Por esta razón, las opiniones al respecto difieren. Quienes son referentes sindicales sostienen la importancia de la agrupación mayoritaria porque otorga relevancia político-sindical al gremio, porque posibilita una mayor cantidad de afiliados y por la fuerza de presión que eso genera. Además, sostienen que los gremios tienen la suficiente estructura y democracia representativa para dar respuesta a las problemáticas específicas de todas las ocupaciones y resaltan la importancia de reconocerse “como colectivo de trabajadores de la salud”, más allá de las especialidades, lo que los retrotraería a la época “donde predominaba la representación colegiada, guiada por intereses corporativos”, de acuerdo a testimonios de representantes sindicales de CICOP. No obstante lo cual, resaltamos que tampoco hay una unión en la representación porque existe la diferencia entre profesionales y no profesionales, como correlato directo de las distintas normas que rigen su empleo.

En contraste, muchas enfermeras afiliadas a alguno de los sindicatos del ámbito público observan que en esa dispersión se pierden los reclamos propios de la profesión de enfermería y señalan que muchas veces se corre tras los reclamos “urgentes de aumento salarial” y no se da cuenta de “tantos problemas que afectan a las compañeras enfermeras que trabajan en condiciones mucho más pesadas y mucho más intensas que el resto”, “muchas veces se nos menosprecia en nuestros pedidos pero todos en el fondo saben que el sistema funciona porque nosotras ponemos el cuerpo”, de acuerdo a los testimonios de enfermeras afiliadas a CICOP y SSP.

Un indicador de la fuerza e intensidad de la actividad gremial de la salud, que abona a la primera posición respecto de las ventajas de tener “grandes sindicatos” puede obtenerse de analizar el nivel de conflictividad. Los reclamos, las medidas de acción, su intensidad, su duración y el grado de participación de las bases son indicadores que muestran la fuerza de los gremios para luchar por mejoras laborales para sus trabajadores y trabajadoras así como brindan un panorama de cuáles son las problemáticas de agenda, por las cuales se está peleando en la actualidad.

La salud es uno de los sectores que presenta un mayor nivel de conflictividad laboral y, por lo tanto, una intensa actividad gremial y de lucha en todo el país. Los datos registrados en la Base de Conflictos Laborales del Ministerio de Trabajo de la Nación muestran que la salud es la segunda actividad con mayor cantidad de conflictos registrados desde que se inició el relevamiento en 2006, luego de la Administración Pública y seguida por la educación. La salud explica alrededor del 20% de los conflictos en los que se realizó al menos un paro como medida de fuerza durante los últimos 10 años, explicado principalmente por la salud pública que concentra más del 90% de los conflictos del sector.

Aún cuando las problemáticas del sector son múltiples y diversas, tanto en el subsector público como en el privado, son las demandas de tipo salarial las que prevalecen. En los datos registrados en la base de Conflictos Laborales, el pedido de aumento salarial aparece como la demanda más frecuente entre los gremios de la salud pública, mientras que en los gremios de trabajadores de la salud privada los pagos adeudados o la demora en el pago de salarios es el reclamo más habitual. Asimismo, y en consonancia con lo expuesto por las y los dirigentes entrevistados, las mejoras en las condiciones y el medio ambiente laboral también son reivindicaciones ampliamente defendidas por los gremios de la salud pública, junto con las demandas por mayor seguridad en el lugar de trabajo, las cuáles fueron tomando protagonismo en los últimos años. No obstante, los conflictos laborales no suelen agotarse en un solo reclamo, sino que en general los pedidos salariales u otros que aparecen como demanda principal, suelen acompañarse con un listado o petitorio de reivindicaciones de distinto tipo, que pueden ser demandas por regularización contractual, rechazos frente a despidos de personal, denuncias de trato discriminatorio, pedidos de apertura de paritarias, entre otras.

Sin embargo, a pesar de la amplitud de este abanico de reivindicaciones, se corrobora que las demandas específicas de algunos grupos de trabajadores, como la enfermería, se diluyen en los reclamos generales del sector. Por lo tanto, para dar cuenta de la necesidad de buscar alternativas que den lugar a una representación gremial directa de las y los enfermeros es importante destacar que, si bien está claro que se trata de sindicatos con gran poder de presión, con historia y gran visibilidad, en todos ellos resulta difícil instalar problemáticas directamente vinculadas a la enfermería, así como reivindicaciones vinculadas a la igualdad de género, que tienen un correlato directo con la mayor vulnerabilidad de la enfermería y que se pierden en la multiplicidad de problemáticas “urgentes” del sector.

Otra cuestión a señalar es que el lugar de los y las enfermeras en los sindicatos es consecuencia, por un lado, de los vínculos y jerarquías existentes en los equipos de salud, y por otro lado, de la dificultad general de las mujeres de acceder a lugares de representación sindical con cierto grado de decisión.

En relación con los vínculos y jerarquías al interior de los equipos de salud, es distinta la dinámica en los sindicatos profesionales (donde las enfermeras ocupan un lugar de poco reconocimiento y jerarquía en relación con los médicos y otras profesionales de la salud) que en los sindicatos del escalafón general (en los que las enfermeras o bien comparten niveles de calificación o bien están más calificadas que los demás trabajadores con quienes comparten representación gremial).

Esta diferencia otorga una mayor representatividad a las y los enfermeros en los sindicatos como Sanidad donde son mayoría entre los afiliados y representan la calificación más alta y más valorizada por tener vínculo directo con el cuidado de la salud. Por el contrario, en sindicatos como CICOP, las licenciadas/os en enfermería son minoritarias y su valorización y lugar de decisión en los equipos de salud es muy baja en comparación con los médicos, quienes terminan siendo los principales referentes gremiales del sector.

A esto se agrega la desigualdad en la participación sindical de varones y mujeres, que incide negativamente en el acceso de las enfermeras (que son amplia mayoría de la ocupación) tanto a lugares de mayor decisión de las comisiones directivas sindicales, como a las mesas de discusión paritaria, donde se discuten los temas “prioritarios” del sector.

Representantes de Sanidad y de CICOP entrevistados reconocieron que en los últimos años las paritarias se centraron en la negociación salarial y, pocas veces, se llega a negociar sobre condiciones de trabajo u otras demandas no salariales. Y a pesar de que identifican indicios de que el tema de la igualdad de condiciones laborales entre varones y mujeres ha empezado a instalarse en la discusión gremial, el sindicato sigue siendo un ámbito altamente masculinizado en sus prácticas, en los modos de ejercer el poder, en el lenguaje, en las costumbres y en las definiciones políticas (Aspiazu, 2014).

Los estereotipos de género no tardan en emerger cuando se habla de los modos de actuar de las mujeres y los varones dentro del ámbito sindical. Las mujeres se visualizan como más dóciles, sensibles y menos formadas para la lucha gremial. Los varones se posicionan como más duros y más preparados para esta actividad, que parece ser muchas veces hostil.

“Las mujeres ponemos lo propio en el sindicalismo y eso se ve en cómo trabajamos dentro de lo sindical, somos más de escuchar, de acompañar, y los muchachos son más del choque, de ir a enfrentar digamos” (Enfermera, Referente de SSP, 2014).

“Resistencias... montones. Discusiones, montones. Me parece que nos pasa lo mismo que pasa siempre, que cuando es una mujer la que está en ese lugar tan alto, esa exposición tan alta, no solamente la alaban, también la critican y también le critican cosas que le adjudican al género... Y no solamente que se puede haber equivocado, no estoy de acuerdo con lo que pensás, varón o mujer, no, hay cosas que se las adjudican por ser mujer” (Médica Referente de CICOP, 2014).

A pesar de que cada vez son más y participan de más actividades, las mujeres no terminan de conquistar los espacios de poder en los sindicatos del sector, salvo excepciones. En los modos de describir los avances logrados en términos de mayor participación, en las palabras utilizadas por parte de los dirigentes varones y en los discursos de las propias mujeres, siguen marcándose diferencias que posicionan a los varones como los dirigentes “naturales”, a la vez que niegan esa distinción (Aspiazu, 2014).

Incluso en un sector tan feminizado como el de salud, las figuras metafóricas de la fuerza y la dureza permean la masculinidad y operan a través de las más variadas formas de cultura del trabajo, influenciando profundamente los modos de la práctica sindical. Las estructuras masculinas (Acker, 1990; Ledwith, 2012), tanto conscientes como inconscientes, contribuyen a desarrollar una conciencia sindical característica (con un sesgo de género profundamente escondido), en la que la masculinidad emerge como un poder en sí mismo.

En ese contexto, las dificultades para acceder, hacerse oír e imponer demandas propias se agudiza en relación con las enfermeras porque cargan una “doble feminización”: la primera por ser mujeres – lo que las posiciona en desventaja frente a los varones-, y la segunda, por dedicarse a esta ocupación tan vinculada a aspectos considerados femeninos como el cuidado, la abnegación y la entrega emocional, que las posiciona en desventaja respecto de los representantes de las ocupaciones médicas más reconocidas.

Esas desventajas relativas colocan a la enfermería en una posición de profunda vulnerabilidad al interior del sector, tanto en el ámbito gremial como laboral, la cual se observa en distintos indicadores laborales que se desarrollan en el siguiente apartado.

### **3.3. La escasez de enfermeras/os, el pluriempleo, la declaración insalubridad de la ocupación y la profesionalización**

#### *La escasez de enfermeras/os y el pluriempleo*

La falta de personal es un problema grave en el sector salud, tanto para el ámbito público como para el privado, en todas las calificaciones y particularmente en la enfermería. El déficit de enfermeras y enfermeros en nuestro país representa uno de los principales problemas de la ocupación desde la década de 1980. Dicho déficit se manifiesta tanto en la escasez en el número de enfermeras/os en ejercicio como en la falta de profesionales (Wainerman y Geldstein, 1990; Maceira y Cejas, 2010; OPS, 2011). La relación con la población total del país es de 4,24 enfermeros/as cada mil habitantes, mientras que la relación entre médicos y población es de 3,94 médicos cada mil habitantes (Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud, 2015).

En las entrevistas realizadas, la enfermería es el segmento donde la falta de personal aparece como más preocupante, y cuya causa principal reside en que la demanda de personal es más alta que la oferta de personas que se dedican a esta profesión. ¿Por qué sucede esto? Muchos argumentan que se trata de una ocupación que requiere mucho esfuerzo y sacrificio, tanto físico como emocional, que no se corresponde con el ingreso monetario percibido.

“Nos faltan enfermeros. Cuando nosotros pedimos que reemplacen a las compañeras que salen de vacaciones para que el que queda no se recargue de trabajo, no podemos porque no hay. Y eso genera varios problemas, y contribuye a una mayor sobrecarga porque las que se quedan compensan todo el trabajo” (Enfermera, Referente de Sanidad CABA, 2014).

“Siempre sigue siendo un área crítica la Enfermería porque faltan designaciones. ¿Por qué? Porque es uno de los sectores más vulnerables porque está en contacto directo cotidianamente con toda la problemática de la atención directa, no cualquiera se la banca, y si lo hacés tiene que haber un fuerte componente de vocación porque el reconocimiento y el pago son muy pobres. (...) para mí sigue siendo el sector crítico porque se ve sobre cargado de tareas, bueno, el déficit en el área de salud, es nacional”(Enfermera, dirigente sindical de ATE)

“¿Tenemos la cantidad suficiente de enfermeras? No. Pero tampoco tenemos la cantidad suficiente de auxiliares. Ahora queremos ir por...que pongan auxiliares. Porque si bien las enfermeras en un piso, ponele, estamos, somos la cantidad suficiente de enfermeras, el trabajo nos excede. ¿Por qué? Porque no tenemos a la auxiliar. Entonces la enfermera tiene que hacer de enfermera y de auxiliar y no...” (Enfermera, Referente de Sanidad Bs. As, 2014).

La interrelación entre la falta de personal y las condiciones laborales se convierte en un círculo vicioso: no hay suficientes enfermeras/os porque la ocupación resulta poco atractiva debido a la enorme carga física y emocional que requiere, a la intensidad del trabajo y a los bajos salarios; a la vez que esa misma escasez de personal refuerza la intensidad del trabajo, impulsa el pluriempleo y contribuye al desgaste laboral. Entonces, el desgaste físico y el estrés laboral aparecen como efectos de esta situación, como identifican Pereyra y Micha (2015), las licencias por problemas de salud relacionados con el exceso de trabajo, y particularmente las licencias psiquiátricas, constituyen un problema acuciante que atraviesa a la ocupación, y que ha sostenido la idea de la enfermería como ocupación insalubre.

### *La declaración de insalubridad: un debate abierto*

La declaración de la ocupación como insalubre, ha sido una demanda histórica de las y los enfermeros. En la Provincia de Buenos Aires, recientemente se han declarado como “insalubres” las tareas de las y los trabajadores de la salud, lo cual implica entre otras cuestiones, la reducción de la jornada laboral de 8 a 6 horas diarias, la posibilidad de jubilación anticipada, así como la restricción de la cantidad de horas extra que pueden trabajarse. A partir del 2013 rige un régimen de insalubridad que estableció el pase de 48 horas semanales de trabajo a 36 horas sin pérdida de ingreso (Modificación del Art.26, Ley 10.430). En el año 2014 se agregó la posibilidad de jubilación anticipada a los 50 años de edad con 25 años de servicio. No obstante, la aplicación de este último beneficio no es automática sino que, a partir del 2014 se plantea la baja progresiva de la edad jubilatoria y los aportes exigidos hasta el 2018, año desde el que regirá de forma plena la nueva normativa (Pereyra y Micha, 2015: 12).

Pero más allá del acuerdo generalizado sobre el desgaste que genera la ocupación en las y los enfermeros y cómo ello se ve agravado por la falta de personal, no hay acuerdo unánime sobre la solución que brinda la declaración de insalubridad, en particular si ésta no es acompañada por una política de incentivo a la formación e incorporación de más técnicos/as y licenciados/as en enfermería a los planteles existentes.

Dentro del ámbito sindical existen posiciones contrapuestas al respecto. La gran mayoría apoya la declaración de insalubridad para la enfermería porque reconocen el desgaste físico y emocional que acarrea. No obstante, muchos señalan que puede tener efectos negativos, dado que implicaría para las trabajadoras de enfermería la imposibilidad de realizar horas extras (fundamentales para compensar los bajos salarios) y la compulsión a jubilarse en una edad que consideran temprana, además de tratarse de una medida insuficiente.

“e: Nosotros creemos que el tema del stress está muy vinculado con el tema de las tareas. El tipo de trabajo. Antiguamente, qué se hacía. En las áreas insalubres o te daban un poco más de plata. O se trabajaba menos horas. E: ¿Entonces vos estarías de acuerdo de declarar a la enfermería en su totalidad como actividad insalubre, justamente para reducir las horas? e: No, no tiene por qué ser precisamente así. Tienen que generarse las condiciones para que ellas trabajen mejor, que cada una tenga menos pacientes. Limitar las tareas. Bajar la intensidad. Y además las horas, pero por sí sola [la declaración de insalubridad] no resuelve” (Referente sindical de Sanidad, 2014).

A esta situación, se añaden mayores dificultades en algunas áreas con menos control y más precariedad, dentro de las cuales se identifican los geriátricos como los establecimientos más riesgosos, cuyas precarias condiciones laborales afectan principalmente a las enfermeras/os menos calificadas:

“Por ejemplo, en los geriátricos ellas son habitualmente compañeras que no tienen mucha formación. Asistentes, auxiliares. Entonces no tienen formación universitaria. Entonces de eso se abusan los empleadores. Las condiciones de trabajo son terribles. Porque les dan muchos pacientes para atender. Por ejemplo, es habitual que dejen a la noche una sola asistente con todos los abuelos. Mas la inseguridad de estar a cargo solas de un lugar con abuelos, con medicación...” (Enfermera, Sindicalista Sanidad, 2015).

Micha (en prensa) indaga en el dilema que plantea si la declaración de la enfermería como insalubre podría agravar el déficit de trabajadores, dada la organización actual de la ocupación, preparada para el doble empleo y las dobles jornadas. La autora señala que, por un lado, un gran número de proyectos de ley apuntan a incrementar el número de profesionales de la enfermería a través de declarar la emergencia de recursos humanos. Por otro lado, la visión de muchos referentes de la ocupación es que el problema no radica (únicamente) en la cantidad de profesionales sino en la falta de compromiso político y presupuesto para incorporarlos en las plantas del personal de enfermería. “Estos señalamientos apuntan a las reformas

complementarias necesarias para que la declaración de insalubridad y la consecuente reducción de la jornada laboral constituyan objetivos alcanzables y se traduzcan efectivamente en mejores condiciones de trabajo para las y los enfermeros” (Micha, en prensa: 26).

La sobrecarga de trabajo vinculada con la falta de personal difiere según los niveles de calificación y según los ámbitos de inserción y su solución requeriría de un abanico amplio de medidas que exceden al sólo hecho de declarar la insalubridad de la ocupación sin mejoras salariales sustantivas, ya que por sí sola puede contribuir a agravar el círculo vicioso de la sobrecarga laboral.

### *La profesionalización de la ocupación*

Los déficits de calificación en la enfermería profundizan la problemática de la sobrecarga laboral, dado que la escasez de profesionales agrava la ya distorsionada relación entre médicos/as y trabajadores/as de enfermería (Abramzón, 2005). La relación general entre enfermeros/a y médicos es de 1,08 enfermeros/as por cada médico; mientras que si se consideran las y los enfermeros con calificación técnica o profesional, la relación desciende a 0,56 enfermeros por cada médico (Ministerio de Salud, 2015). Estos datos indican la distorsión en la constitución de los equipos de salud, sostenidos en torno al trabajo médico, con una bajísima participación de la enfermería en ese equipo, cuando la proporción debería ser más equitativa. Esta situación responde a las dificultades en el país para implementar programas destinados a estimular la formación en enfermería (Abramzón, 2005; OPS-MSAL, 2005; OPS, 2011).

La evolución de inscriptos y egresados de las carreras de enfermería entre 2007 y 2013 (según datos del Departamento de Información Universitaria, Ministerio de Educación de la Nación) muestra un aumento del 70% en la cantidad de inscriptos, que va de 11.420 en 2007 a 19.344 en 2013. Existe información que señala que los trabajadores de la enfermería comenzaron a volcarse hacia la formación de nivel universitario, pero no de manera constante ni estable ya que también se evidencia un decrecimiento en los egresados en los últimos dos años considerados (Observatorio RRHH en Salud, 2015). Es decir, puede afirmarse que se ha iniciado un proceso gradual de profesionalización del personal de enfermería, pero dicho proceso no es aún suficiente para revertir las tendencias de la falta de personal ni la necesidad de una mayor valorización de la ocupación en términos salariales y laborales.

Para analizar este cambio, Karina Faccia (2015) en un recorrido por la historia de la enfermería en Argentina marca como un punto de inflexión la creación de la Licenciatura en Enfermería, a principios de los años noventa, porque desplegó nuevos horizontes a los enfermeros que continuaron con su formación y se reabrió el debate en torno a las características de la profesionalización. Además, en ese contexto, la Ley Nacional N° 24.004 sancionada en 1991, reconoció a la profesión como autónoma, definió dos niveles para el ejercicio de la enfermería: el profesional y el auxiliar, y prohibió la práctica empírica como ejercicio ilegal. “La ley impulsó la profesionalización de la enfermería y puso por escrito algo que en la práctica era muy difícil de cumplir: dejar de ser considerada como colaboradora del médico u odontólogo” (Faccia, 2015: 322). Además, la autora llama a reflexionar sobre el concepto de *profesionalización* de la enfermería:

“...como parte de un proceso dinámico e histórico en el que se ha luchado, no sin contradicciones, por el reconocimiento del estatus profesional. Dentro de ese proceso se constituyó un espacio social de disputa por ‘ser reconocidos como profesionales’ en el interior del campo de la salud y en la sociedad. En ese espacio de lucha se establecieron relaciones sociales y de poder entre los actores involucrados, principalmente enfermeros, médicos y otros profesionales del equipo de salud. El “proceso de profesionalización” de la enfermería puede definirse en dos sentidos. Por un lado, se refiere al proceso de cambios y de transformaciones sociohistóricas que han contribuido al reconocimiento y a la legitimidad de la enfermería como profesión a lo largo del tiempo. Por otro lado, se refiere al proceso formativo que en la actualidad incluye los diferentes niveles de formación y desempeño profesional-laboral: auxiliares, profesionales, licenciados, posgrados y especializaciones. Ambos significados sobre el proceso de profesionalización se articulan para poder comprender de manera diacrónica y sincrónica a la enfermería dentro de un espacio de

luchas y reivindicaciones profesionales en los diferentes ámbitos de su desempeño laboral” (Faccia, 2015: 323).

La importancia de la formación de las y los enfermeros radica en el impacto de una mayor calificación, tanto sobre la calidad del servicio brindado, como sobre las condiciones laborales y salariales; así como también en la valorización y legitimación de la ocupación tanto hacia la sociedad como al interior de los equipos de salud, donde históricamente se vio subordinada frente al saber médico hegemónico. En este punto emerge la pregunta acerca de si esta *des-valorización* se vincula también al factor principal que define la ocupación: el componente de cuidado presente en todas las tareas de enfermería y los significados que a éste se adjudican.

### **3.4. El discurso sobre el cuidado y las percepciones sobre la ocupación**

El análisis sobre la valorización de la enfermería y la configuración de sus condiciones laborales requiere indagar el significado que adquiere el cuidado en los discursos y las percepciones acerca de esta ocupación, tanto de sus protagonistas como del imaginario social general; e identificar cómo opera el componente de cuidado como factor condicionante de las múltiples problemáticas laborales que fuimos identificando para la ocupación.

La enfermería es considerada una ocupación de cuidado, junto con la educación y el servicio doméstico, porque sus trabajadores/as realizan actividades que contribuyen a la salud, seguridad física, así como al desarrollo de habilidades cognitivas, físicas o emocionales de las personas, interactuando directamente con los recipientes del servicio en cuestión (England, Budig y Folbre, 2002). “El cuidado es un trabajo que, como todos, implica tiempo, conocimientos y relaciones sociales complejas. Su especificidad es la de estar basado en lo relacional, y su carácter, a la vez obligatorio y desinteresado, le otorga una dimensión moral y emocional que está marcado por la relación de servicio y asistencia” (Biernat, Cerdá y Ramacciotti, 2015: 14).

El cuidado en la enfermería comprende aspectos afectivos y humanistas relativos a la actitud y compromiso con los pacientes, y aspectos instrumentales o técnicos que no pueden separarse de los primeros. Muchas de las acciones de cuidado a menudo son invisibles (Collière, 1993, citado en OPS, 2005), ejemplos de estas acciones son las dirigidas a permitir que las personas recobren la esperanza, acompañarlos en momentos críticos de los procesos diagnósticos y terapéuticos. Estos momentos, invisibles para el sistema de salud, marcan la diferencia en la calidad de los cuidados profesionales enfermeros. Si se comprenden las características enunciadas de la práctica de la enfermería, entonces la discusión sobre la gestión del cuidado tiene que girar alrededor del saber enfermero (OPS, 2005: 1).

Valorizar ese saber profesional de la enfermería, a través de su jerarquización desde la formación, los salarios y la reestructuración de los equipos de salud, contribuiría a formar una definición de la ocupación más como profesión y menos como vocación. El carácter vocacional de una ocupación alude a la creencia de que es necesario “haber nacido para”, “tener el don” o “sentir el llamado” para ejercerla (Wainerman y Geldstein, 1990: 103). Y eso la aleja de los saberes adquiridos a través de la capacitación y la experiencia laboral.

En consonancia con esta mirada, varias de las enfermeras entrevistadas definen su trabajo como una vocación y la caracterizan a través de ciertos rasgos o condiciones necesarias para ejercerla:

“Sensibilidad”, “llevarlo en el alma”, “ganas de aprender”, “vocación de cuidado del otro”, “ser humanitario”, “ser consciente que el paciente necesita que sepas atenderlo y que lo entiendas, comprendas por lo que está pasando”, [la enfermería] “es poner el cuerpo y el alma” (Enfermeras, referentes sindicales de CICOP y Sanidad).

La concepción de la enfermería como vocación, vinculada al cuidado del otro como un “rol natural” (principalmente adjudicado a las mujeres) entra en contradicción con la enfermería como profesión, como trabajo calificado, que puede ser ejercido por cualquier persona capacitada para hacerlo con independencia de su género. 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.

“El modo médico se diferencia del modo enfermero por la firmeza con que reivindican la exigencia de retribuciones económicas que reconozcan su estatus profesional, con argumentos que enlazan la vocación de servicio con las capacidades laborales específicas. Este modo [el médico] se caracteriza también por distanciarse emocionalmente de los pacientes y por adoptar una posición de desafiante paridad ante los médicos. En cuanto al género, reproduce el modelo de dominación/subordinación entre médicos y enfermeras en las relaciones internas de la Enfermería” (Arakaki, 2013: 163). .

El contenido de cuidado de la enfermería, fuertemente asociado con imágenes tradicionales de género, suele ser identificado con aptitudes y habilidades supuestamente inherentes a la condición femenina, dificultando así su percepción en tanto “auténtico trabajo” (Pereyra y Micha, 2015: 3). El personal de enfermería higieniza, alimenta, cuida, conforta a sus pacientes, todas tareas que en la mayoría de las sociedades son definidas como femeninas hasta el extremo de presuponer que para desempeñarlas se requieren características y rasgos femeninos (Wainerman y Geldstein, 1990: 103).

“Acá somos muchas mujeres, la mayoría por enfermería. Y la enfermería es una vocación que se presenta más en la mujer que en el hombre. Tenés que tener algo muy especial para dedicarte a la enfermería. El hombre sí, trabaja, lo atiende, pero tiene su límite. Por eso digo que pienso que la vocación pasa en la mujer por una cuestión de sentimiento, de vibra” (Enfermera, referente de SSP, 2014).

“La diferencia es bastante, en enfermería son muchas más mujeres. Incluso ahora que se ha profesionalizado también. Igual ahí hay mucho también del cuidado directo, por eso siguen siendo mayoría las mujeres. Los hombres empiezan a ser más, pero es una profesión de mujeres” (Médico, referente de CICOP, 2014).

“Bueno, claramente éste es un sector bastante feminizado. ¡Por suerte! Capaz que ahora te encontrás un poco más de enfermeros pero la mujer tiene un 80% de la actividad. Además, muchos de los hombres que se incorporan son gays, o sea tienen también algo femenino (...) Desde que nació la actividad siempre las mujeres fueron mayoría, con lo cual diferencias no puede haber” (Secretario general, ATSA regional, 2014).

Del propio testimonio de las y los trabajadores del sector se desprende la naturalización del rol de cuidadoras de las mujeres y, en consecuencia, la construcción de un estereotipo de enfermera, mujer, con vocación y abnegación por las tareas de cuidado de los otros. Más allá de los cambios en la composición demográfica de la ocupación, que año a año muestra la incorporación de más varones, la vocación de enfermería no deja de ser femenina. Ellas aparecen como las más adecuadas, las más preparadas, y paradójicamente, las más fuertes para enfrentar la ardua tarea de cuidar y asistir a un paciente en su pasaje por el proceso de enfermedad. Y si bien la tarea es ardua, las credenciales exigidas para poder llevarla a cabo no se asocian tanto con la formación profesional como con la capacidad “innata”, física y emocional, de saber cuidar.

Muchas veces esa capacidad se sobredimensiona y se ubica por encima de la dimensión laboral y la condiciona. Como plantea Nancy Folbre (2001), las enfermeras tienen una capacidad limitada para declararse en huelga, porque las acciones laborales pueden amenazar el bienestar de sus pacientes y, por lo tanto, son “prisioneras del amor” y miran desde atrás de las rejas sus derechos laborales, lo que representa una dicotomía difícil de resolver.

#### 4. Reflexiones finales

La enfermería tiene un gran peso dentro del sector salud - en términos cuantitativos y de su relevancia en el proceso de cuidado de la salud – pero la valorización que recibe, tanto al interior de la actividad como en la sociedad en su conjunto, no refleja dicha importancia ni se traduce en condiciones laborales y salariales justas.

Independientemente de las características propias de las personas que ejercen la enfermería o de los aspectos vocacionales que las llevan a hacerlo, el reconocimiento de un saber profesional de la enfermería, como una cualificación que se adquiere mediante la formación y la práctica, se podría sostener y profundizar con mejores condiciones de trabajo para todos aquellos que la ejercen, de manera equitativa.

La falta de personal calificado, el pluriempleo, la intensidad y el desgaste físico y emocional de las tareas, la heterogeneidad normativa, la fragmentación de la representación sindical y la desvalorización de la ocupación vinculada al componente de cuidado y a su definición en términos vocacionales, son aspectos distintos pero interrelacionados que actúan como determinantes de la mayor vulnerabilidad laboral de la enfermería.

La multiplicidad de problemáticas sectoriales traba la posibilidad de un desarrollo de políticas que compensen los déficits laborales de la enfermería. Y esa situación se evidencia en los discursos de las enfermeras, enfermeros, médicas y médicos que trabajan en el sector y que, además, son referentes sindicales. Los testimonios no muestran como urgente, o al menos como un problema prioritario, la necesidad de jerarquizar la ocupación y dar respuesta a las múltiples desigualdades que generan una mayor vulnerabilidad a la enfermería. Son tantas las dificultades que afectan al sector salud en su conjunto que la cuestión puntual de esta ocupación aparece como un problema más a resolver, que se aborda casi exclusivamente desde lo salarial, invisibilizando las dimensiones y problemáticas propias de la ocupación.

Por otra parte, las iniciativas sindicales orientadas exclusivamente a las y los enfermeros quedan supeditadas a la resolución de conflictos inherentes al sector y dada la fragmentación de la estructura sindical, el peso de los enfermeros/as dentro de cada sindicato es minoritario. A eso se suman las disputas internas entre los miembros de los equipos de salud, donde la enfermería tiene una posición de subordinación frente a los equipos médicos. Además de la dificultad adicional de las mujeres, mayoritarias en la ocupación, de imponer sus propias demandas dentro del ámbito sindical y de enfrentar los prejuicios y estereotipos que las colocan en una situación de debilidad frente a los varones.

En las últimas décadas se dio impulso a un proceso de “profesionalización” de la enfermería, cuyo efecto fue positivo en la composición por calificación de la ocupación, por el aumento de las licenciaturas, y tuvo su impulso tanto desde la esfera estatal como sindical. No obstante, su impacto aún dista de modificar la estructura de calificaciones del sector y dar mayor peso a las y los profesionales, que siguen siendo minoría entre las enfermeras/os.

Asimismo, existen múltiples proyectos legislativos que apuntan a mejorar las condiciones laborales de la enfermería, pero su impulso y sostenimiento requiere que los actores intervinientes valoricen las tareas, la formación, la dedicación y sobre todo la profesionalidad que exige el trabajo de cuidar la salud de los demás. Más allá de iniciativas de algunos sectores políticos, y de algunos gremios, muchos de esos proyectos no llegaron a tener tratamiento parlamentario, indicador de la falta de trascendencia y valoración otorgada a las múltiples problemáticas de la ocupación, lo que reproduce su invisibilidad dentro del entramado de situaciones complejas y precariedades que atraviesan al sector salud en nuestro país.

Un cambio que implique una mejora real en las condiciones de trabajo de enfermeras y enfermeros requiere abarcar un amplio abanico de acciones políticas, sindicales y de cambios culturales, dado el carácter multidimensional de la problemática. En ese sentido, visibilizar los déficits en las condiciones de trabajo y valorizar el saber enfermero y la práctica profesional de la enfermería, puede ser la base para

elaborar políticas públicas que contribuyan a disminuir la vulnerabilidad de las y los enfermeros al interior del sector de la salud.

Fomentar la inclusión de más enfermeros/as, a través de políticas laborales y educativas y de incentivos a la formación profesional técnica y universitaria, puede ser un primer paso para disminuir la intensidad laboral y mejorar la calidad de atención. Además, promover las demandas propias de este colectivo de trabajadores/as en los sindicatos que los/as representan, propiciando una mayor visibilidad de sus reivindicaciones con el fin de mejorar sus derechos laborales también es un paso importante en ese camino.

Finalmente, la transversalidad de la perspectiva de género también emerge como un eje clave para las acciones estatales y gremiales, dado que se trata de una actividad mayormente femenina, vinculada al cuidado y marcada por los diversos significados y estereotipos adjudicados al mismo. Dar un tratamiento a los problemas que afectan a la enfermería desde un enfoque de género, es un paso fundamental para visibilizar las múltiples inequidades y discriminaciones que afectan el desarrollo laboral de las mujeres, propiciar la equidad y enfrentar la invisibilidad y la desvalorización económica y social de la enfermería y de las tareas de cuidado asociadas a esta ocupación.

## 5. Bibliografía

- Abramzón, M. (2005). *Argentina: recursos humanos en salud en 2004*. Buenos Aires: OPS/OMS.
- Acker, J. (1992). "Gendering Organizational Theory". En: A.J. Mills y P. Tancred (eds). *Gendering Organizational Analysis*. Londres: Sage, pp.248–260.
- Acuña, C. y Chudnovsky, M. (2002). *El sistema de salud en Argentina*. Documento 60. Buenos Aires: Universidad de San Andrés-CEDI.
- Arakaki, J. (2013). "Significados y concepciones de la Enfermería: el punto de vista de estudiantes de la carrera de la Universidad Nacional de Lanús, 2008-2010". En: *Salud Colectiva*, 9 (2), Mayo – Agosto pp. 151-167.
- Aspiazú, E. (2014). *La incorporación de la problemática de género en el ámbito sindical: aspectos institucionales y subjetivos. Estudio de casos en asociaciones gremiales del sector salud*. Tesis de Doctorado, Universidad Nacional de Quilmes.
- Aspiazú, E. (2010). "Los conflictos laborales en la salud pública en Argentina". En: *Trabajo, ocupación y empleo. Una mirada a sectores económicos desde las relaciones laborales y la innovación*. Serie Estudios N° 9, Buenos Aires, MTEySS.
- Belmartino, S. (2005). "Una década de reforma de la atención médica en argentina". En: *Salud Colectiva*, 1(2), mayo – agosto, pp. 155-171.
- Biernat, C., Cerdá, J.M. y Ramacciotti, K. (2015) *La salud pública y la enfermería en la Argentina*. Universidad Nacional de Quilmes.
- Duré, M. I., Cosacov, N. y Dursi C. (2009). "La situación de las trabajadoras del sistema público de salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Una aproximación cuantitativa". En: *Revista de la Maestría en Salud Pública*. Año 7- N° 13. Agosto.
- England, P., Budig, M., y Folbre, N. (2002). "Wages of Virtue: The Relative Pay of Care Work". En: *Social Problems* No.49: 455-473.
- Esquivel, V. (2010). "Care workers in Argentina: At the crossroads of labour market institutions and care services". En: *International Labour Review*, ILO, Vol. 149, No. 4.
- Faccia, K.A. (2015). "Continuidades y rupturas del proceso de profesionalización de la enfermería (1955-2011)". En: C. Biernat, J.M. Cerdá y K. Ramacciotti, *La salud pública y la enfermería en la Argentina*. Universidad Nacional de Quilmes.
- Folbre, N. (2001). *The Invisible Heart. Economics and Family Values*, Nueva York, The New York Press.

- Galín, P. (2002). “Dependencia y precarización laboral: los profesionales de la salud en la Argentina”. En: *Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo*. Año 8, Nro.15.
- Lanari, M.E. (2006). *Trabajo decente: un aporte metodológico para su estimación. Aplicación en la determinación del actual déficit de trabajo decente entre los profesionales de la salud del sector público y privado de Mar del Plata*. Tesis doctoral. FLACSO.
- Lanari, M.E. (2010). “Realidad y percepción del déficit de trabajo decente. El caso de los médicos que desempeñan sus tareas en hospitales de Mar del Plata”. En: Aguirre, Andreoni, Armendáriz y Arocena (eds.) *Concurso bicentenario de la patria. El estado de la clase trabajadora en la provincia de Buenos Aires*. Ministerio de Trabajo de la Provincia de Buenos Aires.
- Ledwith, S. (2012). “Gender politics in trade unions. The representation of women between exclusion and inclusion”. En: *Transfer*. Volume 18, Issue 2, Oxford.
- Maceira, D. y Cejas, C. (2010). *Recursos humanos en salud. Una agenda para el gobierno nacional*. Documento de Políticas Públicas, Recomendación N° 82, Programa de Salud, Área de Desarrollo Social, Buenos Aires: CIPPEC.
- Micha, A. (en prensa). “Las condiciones de trabajo de la enfermería en Argentina: algunos determinantes político-institucionales”. En: *Revista Estudios del Trabajo* (en prensa).
- MTEySS (2014). *Situación ocupacional de los trabajadores del sector Salud. Sobre datos de EPH y SIPA*. Documento de trabajo. Ministerio de Trabajo Empleo y Seguridad Social de la Nación.
- Novick, M. et al. (2012). *Estudio comparativo de las condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud en: Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú*. Washington, D.C.: OPS.
- Novick, M. y Galín, P. (2003). *Flexibilidad del mercado de trabajo y precarización del empleo. El caso del sector salud*. Observatorio de RRHH en Salud en Argentina. Información estratégica para la toma de decisiones, Buenos Aires: OPS/OMS.
- Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud (2015) *Los recursos humanos de salud en Argentina*, Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2005). “Panorama de la fuerza de trabajo en enfermería en América Latina”, OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2007). *Salud en las Américas, 2007*. Volumen I–Regional.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2011). *Regulación de la enfermería en América Latina*, Serie Recursos Humanos para la Salud N° 56, Washington, D.C.: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) – Ministerio de Salud de la Nación (MSAL) (2005). *Bases para un plan de desarrollo de recursos humanos en salud. Informe final*. Buenos Aires: OPS-MSAL.
- Pautassi, L. (2006). “El empleo en salud en la Argentina. La sinergia entre calidad del empleo y calidad de la atención”. En Rico y Marco (coord.): *Mujer y Empleo. La Reforma de la Salud y la Salud de la Reforma en Argentina*. Buenos Aires: CEPAL/GTZ/Siglo XXI.
- Pautassi, L. (2001). *Equidad de género y calidad en el empleo: Las trabajadoras y los trabajadores en salud en Argentina*. Santiago de Chile: Serie Mujer y Desarrollo/ CEPAL.
- Pereyra, F. y Micha, A. (2015). *Ocupaciones del cuidado y condiciones laborales: el caso de la enfermería en el área metropolitana de Buenos Aires*. 12° Congreso Nacional de Estudios del Trabajo. Buenos Aires: ASET.
- Pereyra, F. (2014) *Los desafíos del trabajo de cuidado en la configuración de las condiciones laborales de la enfermería*. Trabajo presentado en II Simposio Pensar los Afectos. Ciencias Sociales y Humanidades ante un desafío común, FLACSO-UNGS\_IIS, Buenos Aires, 22 y 23 de octubre.
- PNUD (2011). *El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros*. Buenos Aires: PNUD.
- Tobar, F., Olaviaga, S. y Solano, R. (2011). *Retos postergados y nuevos desafíos del sistema de salud argentino*. Documento de Políticas Públicas, Análisis N° 99, Programa de Salud, Área de Desarrollo Social. Buenos Aires: CIPPEC.