



Grupo Temático N°6: Género, mercado de trabajo y cuidado.

Coordinadores: Laura Pautassi, Pilar Arcidiácono y Mora Straschnoy.

Ocupaciones del cuidado y condiciones laborales: el caso de la enfermería en el área metropolitana de Buenos Aires.

Autor/es: Francisca Pereyra

E – mails: fpereyra@ungs.edu.ar

Pertenencia institucional: Investigadora Docente, Universidad Nacional General Sarmiento.

Autor/es: Ariela Micha

E – mails: amicha@ungs.edu.ar

Pertenencia institucional: Becaria doctoral CONICET - Universidad Nacional General Sarmiento.

Introducción

El análisis de la situación laboral de las y los trabajadores del cuidado ha cobrado creciente relevancia en la agenda feminista de los últimos años. Con el aumento de la participación laboral femenina, el tiempo disponible para el trabajo de cuidado no remunerado – tradicionalmente asignado a las mujeres – ha disminuido sensiblemente. Esta situación ha generado una creciente demanda por servicios remunerados de cuidado (Folbre, 2006).

A su vez, el importante nivel de feminización de estas ocupaciones indica que las mismas constituyen un sector que genera oportunidades de empleo para muchas mujeres (Razavi y Staab, 2010). ¿Quiénes son las y los trabajadores del cuidado? En general, se considera como tales a quienes desempeñan actividades que contribuyen a la salud, seguridad física, así como el desarrollo de habilidades cognitivas, físicas o emocionales de las personas, interactuando directamente con los recipientes del servicio en cuestión (England, Budig y Folbre, 2002). Típicamente, estas

ocupaciones incluyen docentes de todos los niveles, terapeutas, médicas/os y enfermeras/os, y se concentran en el sector salud y educación.

Los estudios existentes han abordado el tema desde el punto de vista de las condiciones laborales de las y los trabajadores del cuidado *vis a vis* las condiciones de trabajo de las ocupaciones no relacionadas con el cuidado, bajo la hipótesis de que, al tratarse de tareas socialmente poco valoradas - asociadas con aptitudes y habilidades supuestamente femeninas e innatas - podrían sufrir una potencial penalización en el mercado en términos de remuneraciones y condiciones de trabajo. Asimismo, se han explorado qué otras variables, combinadas con el cuidado, atenúan o incrementan la penalización que implica desempeñarse laboralmente en este tipo de ocupaciones.

Este trabajo se propone contribuir a este cúmulo de conocimiento en base al caso específico de la enfermería en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA). El ejercicio de la enfermería implica la prestación de un servicio social clave. Las y los enfermeros son quienes, en base a sus conocimientos y habilidades, proporcionan los cuidados necesarios para los procesos de recuperación, promoción y mantenimiento de la salud (Zabalegui Yárnoz, 2003). A diferencia de otras ocupaciones del cuidado, donde el mismo constituye un *componente* entre otros, la enfermería reviste la particularidad de definirse a sí misma en términos de su objetivo y misión de brindar cuidado. Asimismo, y en línea con lo señalado para las ocupaciones del cuidado en general, la enfermería constituye una ocupación altamente feminizada (OMS, 2013).

En términos generales, la literatura existente sobre el tema en nuestro país relata una serie de problemas “típicos” de esta ocupación que marcan un nivel significativo de precariedad: salarios bajos, pluriempleo, estrés laboral y falta de equipamiento e infraestructura adecuados, entre algunos de los más relevantes¹ (OPS, 2012; Aspiazu, Baldi y Lanari, 2011; Aspiazu, 2010; Lanari, 2006; OPS, 2005; OPS-MSAL 2005; Novick y Galín, 2003). Asimismo, la falta de recursos humanos conforma desde la década del ‘80 uno de los problemas fundamentales que afectan a la ocupación, y este déficit de trabajadores se manifiesta no solo por la escasez en el número de enfermeras/os en

¹ Otros problemas frecuentemente señalados tienen que ver con la permanente exposición a riesgos biológicos, químicos y físicos, con problemas osteomusculares y articulares producidos por esfuerzos físicos que demandan las tareas, así como también alteraciones del patrón de sueño y fatiga, sobre todo entre las mujeres que trabajan en horarios nocturnos y deben compatibilizar el trabajo con las responsabilidades domésticas (OPS, 2005).



ejercicio y la consecuente sobrecarga laboral que esto implica, sino también por la calificación de los mismos, conformando un déficit cuali-cuantitativo de recursos humanos (Wainerman y Geldstein, 1990; Maceira y Cejas, 2010; OPS, 2011).

El objetivo de esta ponencia, además de realizar un breve repaso en torno a las principales problemáticas que aquejan a la ocupación, es el de indagar sobre algunos de los principales determinantes de su endeble panorama laboral. En este sentido, nuestro análisis se centra en tres factores mutuamente interrelacionados que se presentaron relevantes en nuestra indagación: i) la fragmentación del sector salud que aparece diferenciando las experiencias laborales y obstaculizando posibilidades de articulación de los reclamos; ii) el perfil socio-demográfico y educativo de la enfermería que impacta sobre las posibilidades de valorización de la ocupación, al encontrarse sobre-representados los niveles más bajos de capacitación; y iii) el contenido de cuidado de esta ocupación, fuertemente asociado con imágenes tradicionales de género, que suele ser identificado con aptitudes y habilidades supuestamente inherentes a la condición femenina, dificultando así su percepción en tanto “auténtico trabajo”.

Abordaje metodológico

La metodología utilizada para este abordaje fue de tipo cualitativo. El trabajo de campo se desarrolló entre septiembre de 2013 y mayo de 2014.

Por un lado, se realizaron una serie de entrevistas en profundidad con referentes de la ocupación. Entre éstos se cuentan directoras de carreras de enfermería de universidades públicas y privadas, directoras de departamentos de enfermería (para el sector público se incluyeron referentes nacionales, provinciales y municipales) y referentes sindicales del sector. Las entrevistas se realizaron en el ámbito del Área Metropolitana de Buenos Aires.

Por otro lado, se realizaron dos entrevistas grupales con estudiantes avanzados de la licenciatura en enfermería que ya estuvieran ejerciendo la profesión. Una de las entrevistas se llevó adelante en una universidad privada de Capital Federal y la otra en una universidad pública del Gran Buenos Aires.



Participaron en estos encuentros 26 y 15 enfermeras y enfermeros respectivamente. Las edades oscilaron entre los 25 y los 56 años. De todos modos, predominaron en ambos casos las enfermeras mujeres (más del 90% del total de participantes entrevistados) y mayores de 40 años (más del 60% de los casos). Si bien la gran mayoría eran enfermeras/os que trabajaban directamente atendiendo pacientes, también participaron supervisoras de piso, coordinadores de área y una jefa de departamento. Las y los entrevistados se encontraban insertos en diversos ámbitos: hospitales nacionales, provinciales y municipales; así como también en clínicas, sanatorios y geriátricos privados.

Las condiciones laborales y los desafíos de la fragmentación

En este apartado se exploran las principales problemáticas relacionadas con las condiciones laborales de la ocupación, prestando particular atención a la forma en que las mismas se presentan, se gestionan e impactan sobre estas/os trabajadores según los diferentes ámbitos en los que puede desarrollarse la actividad. Asimismo, se reflexiona sobre cómo el desempeño de esta actividad en diferentes subsectores y jurisdicciones implica diferentes experiencias, desafíos y avances laborales y por ende, dificulta la capacidad de articular representaciones y aunar reclamos.

En efecto, el desempeño de la enfermería en nuestro país se produce en un universo fragmentado. Los datos estadísticos que podrían describir esta fragmentación (así como cualquier otro aspecto relevante de la enfermería, de otras ocupaciones de la salud, o del sector en general) son escasos y dispersos. Esta situación está íntimamente ligada a la propia fragmentación del sistema. Tal como señalan Maceira y Cejas (2010), el país no cuenta con un registro centralizado de información en relación a los recursos humanos del sector².

No obstante, desde el año 2007, el Ministerio de Salud de la Nación ha estado trabajando en el diseño e implementación del Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentina (SIISA). El

² Es importante prestar atención a la carencia de un sistema de monitoreo centralizado de recursos humanos en salud, dada su importancia para la formulación de políticas (Pautassi, 2006). La falta de fuentes de información específicas para analizar el empleo en la ocupación es señalada desde hace más de una década en numerosos trabajos (Wainerman y Geldstein, 1990; Novick y Galin, 2003; OPS-MSAL, 2005). Esta situación se corresponde con problemas de coordinación y articulación entre las distintas autoridades de control y matriculación, en el marco de un sistema descentralizado con una baja capacidad reguladora del Estado que falla en implementar un sistema de información integral. También tiene que ver con la ausencia de políticas de recursos humanos en salud y específicamente en enfermería (Abramzón *et al.*, 2010).



mismo se propone centralizar la información de indicadores de salud que remiten las distintas jurisdicciones del país. Al momento en que se escribía esta ponencia la recopilación de información sobre recursos humanos del sector (la Red Federal de Registros de Profesionales de Salud, que opera en el marco del SIISA), logró completarse e indicaba que a Diciembre de 2013 el país contaba con una dotación de 179.175 enfermeros y enfermeras³.

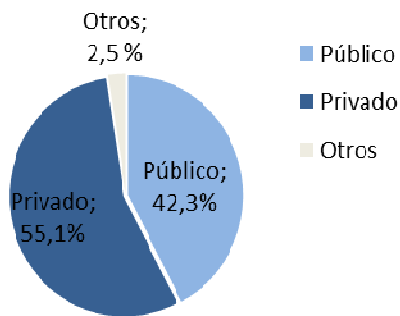
Más allá de estas estimaciones preliminares agregadas sobre el número de trabajadoras/es de la ocupación, no existen datos que nos permitan cuantificar su distribución en los distintos subsectores del sistema de salud. En vista de las limitaciones comentadas podemos aproximarnos a este fenómeno a través de algunos indicadores indirectos.

Por un lado, aunque no permite aislar a la enfermería como ocupación específica, la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) sí proporciona datos sobre la distribución total de los recursos humanos en salud según sector público o privado. Tal como muestra el Gráfico 1, de acuerdo a los últimos datos disponibles del año 2014, el 42,3% del personal de salud declaraba que su ocupación principal tenía lugar en la esfera pública, mientras que el 55,1% declaró estar inserto en establecimientos privados⁴.

³Fuente:http://www.msal.gov.ar/observatorio/images/stories/documentos_fuerza_trabajo/15_06_2015_enfermeria_willa_ms.pdf. Cabe aclarar que el sistema registra las matrículas de los profesionales, que luego son depuradas por el número de documento de los trabajadores para eliminar las duplicaciones.

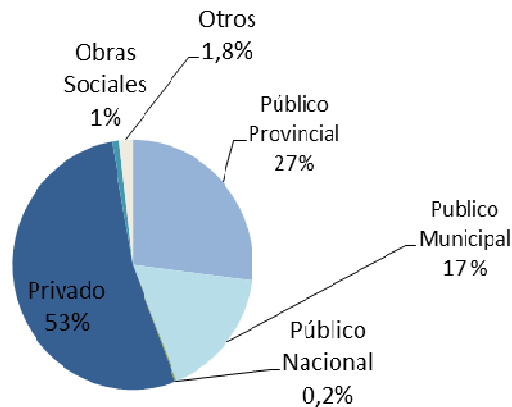
⁴ Es necesario señalar que un 2,5% de los encuestados declaró trabajar en “otro tipo de instituciones”. Si bien este último dato podría corresponderse con el subsector de obras sociales, la falta de consignación explícita en el diseño de la encuesta no permite afirmarlo con certeza.

Gráfico 1: Distribución de ocupados en el sector salud según subsector (público/ privado) Principales aglomerados urbanos, 2014



Fuente: Encuesta Permanente de Hogares, II Trimestre 2014.

Gráfico 2: Distribución de establecimientos de salud según subsector y jurisdicción, Total país, 2014



Fuente: Registro Federal de Establecimientos (REFES) Ministerio de Salud de la Nación.

Por otro lado, un indicador *proxy* adicional para aproximarse a los diferentes tipos de inserción de los recursos humanos del sector es la distribución de establecimientos de salud por subsector. Sin duda, esta aproximación implica la lógica distorsión que acarrea el tamaño diferencial de los establecimientos y por ende, la cantidad variable de recursos humanos que cada uno pueda emplear. No obstante, frente a la ausencia de fuentes de información respecto a un fenómeno tan relevante cuando se analiza al personal de salud de nuestro país, se presentan estos datos a fin de generar un primer acercamiento al tema. De acuerdo al Registro Federal de Establecimientos de Salud⁵ que cuenta con información actualizada, los establecimientos⁶ dependientes del sector público representan al 45% del total. Un desglose más detallado según la jurisdicción de dependencia indica que la mayoría de estos establecimientos son provinciales (un 27% del total de establecimientos en el país), seguidos por los municipales (que aglutinan al 17% del conjunto), mientras que los nacionales representan un porcentaje ínfimo (apenas el 0,2% del total). Por su parte, el sector privado concentra a más de la mitad de los establecimientos de salud del país (el 53%). Por último, la tendencia de las Obras Sociales a subcontratar prestaciones tanto en el sector público como

⁵ Fuente: Base de datos del Registro Federal de Establecimientos de Salud (REFES), en el marco del Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentina (SIISA) - <https://sisa.msal.gov.ar/sisa>.

⁶ Incluye todos los establecimientos asistenciales de los Subsectores Oficial, Obras Sociales y Privado cuya actividad consista exclusivamente en el cuidado y la atención de la salud en cualquiera de sus modalidades: Atención Ambulatoria, Internación, Hospital de Día, Atención Domiciliaria Programada, Diagnóstico, Tratamiento, Medicina Preventiva, Emergencias y Traslados, y cualquiera de las combinaciones entre las mismas.

privado se refleja en una baja proporción (de tan sólo el 1%) de establecimientos de salud administrados en forma directa por estas entidades⁷ (Gráfico 2).

Si bien los datos arriba expuestos impiden afirmaciones precisas respecto a la distribución del personal de enfermería por sector, sí dejan en claro que la inserción de las y los enfermeros en nuestro país – así como la de los trabajadores de la salud en general – tiene lugar en escenarios disímiles. La primera división que aparece como más visible es la que tiene que ver con las esferas pública y privada. No obstante, como veremos a continuación, al interior de las mismas el panorama también presenta una fragmentación marcada. En el caso del sector público, la misma está preponderantemente signada por el nivel jurisdiccional de los establecimientos. En el sector privado, las diferencias encuentran su anclaje en un amplio espectro de empresas que difieren en el capital y la escala que manejan, el costo de sus servicios y la calidad de sus prestaciones.

¿Cómo se refleja esta heterogeneidad imperante en la esfera del trabajo de enfermeras y enfermeros de acuerdo a sus propias percepciones?

En primer lugar, surgen comparaciones generales respecto a la inserción público/privada. Una primera cuestión que suelen mencionar las y los entrevistados es la mayor estabilidad que garantizaría la inserción en el sector público.

“La sensación de un enfermero que ingresa al sector público es ‘de acá no me van a echar nunca’ (...) y sí, hay una mayor estabilidad, por más que digan...hay una mayor estabilidad” (Directora carrera enfermería, universidad privada)

La idea de que la inserción en el sector público implica un trabajo “para siempre” está instalada entre las y los entrevistados que ejercen la ocupación (“*es para toda la vida*”, “*tenés que matar a alguien para que te echen*”). En este sentido, no resulta sorprendente que las y los entrevistados relaten que el ingreso al sector público es menos permeable que el del sector privado (“*cuesta muchísimo entrar*”, “*tenés que tener la suerte de que abra una vacante*”).

⁷ No se enumeran en esta descripción a un conjunto reducido de otros establecimientos que dependen, por ejemplo, de entidades tales como Universidades públicas y privadas, Fuerzas Armadas, Servicios Penitenciarios y Mutuales, entre otros.



En general, el tipo de inserción en el sector público aparece vinculado a la estabilidad y la formalidad. En efecto, la problemática de la precariedad contractual surge con más fuerza en el sector privado, especialmente en empresas pequeñas, y vinculada al trabajo no registrado¹¹.

“Depende del tipo de establecimiento (...) hay de todo (...) desde grandes grupos de excelencia a pequeños geriátricos, empresas chiquitas de cuidados domiciliarios (...) a veces con condiciones laborales terroríficas. (...) A veces viene gente en negro y les digo ‘pero Ud. está en negro, lo primero que tenemos que hacer es regularizar su situación’. Y ellos, ‘no, no el patrón, no me puede poner [“en blanco”]...’ y dicen ‘no, no, no’ y se van” (Referente sindical, ATSA Buenos Aires).

Otro de los temas problemáticos que remarcan frecuentemente las y los entrevistados es la sobrecarga de pacientes y la consiguiente necesidad de *“hacer un millón de cosas”/“estar en todo”*. Si bien el tema atraviesa tanto al sector público como al privado, la situación parece presentar algunas heterogeneidades al interior de este último.

“- Para los que trabajan en el público ¿Qué es lo que les falta y por qué creen que falta?

-Personal (Enfermero 10)

-Recursos humanos (Enfermera 11)

-(...) Hay personal de todo, pero enfermería concretamente no, tenés que estar en todo (Enfermera 2)

- Estamos lidiando con un millón de cosas, tenés que tener vocación si no, no durás (Enfermera 4)

-(...) ¿Y en el sector privado?

-En el privado también pero no es homogéneo, depende donde trabajes” (Enfermera 12)

En efecto, dentro de la esfera privada, surge una clara distinción entre la “categoría” de los establecimientos. En palabras de una referente sindical de este sector:

“Hay lugares en los que se trabaja muy bien, con condiciones...no te voy a decir óptimas porque no existe lo óptimo pero con muy buenas condiciones laborales y otras que es terrible, con mucha sobrecarga de pacientes. Lo que más prima es la sobrecarga de pacientes (...) en las clínicas que te venden el servicio, ahí tenés una muy buena relación médico-paciente (...) te diría todo el grupo Galeno (...) todo el grupo Swiss Medical que venden el servicio y, obviamente tienen un cliente, que ellos consideran sumamente exigente, entonces tratan de no sobrecargar a la enfermera (...) después tenés un degradé (...) hay clínicas te diría de medio pelo. Mutualidades que tienen convenios con Obras Sociales, dependientes del PAMI...los geriátricos en general [gesto de desaprobación]...los dueños, digo, son patronos de estancia, entonces se trabaja en muy malas condiciones” (Referente sindical, ATSA Capital Federal)

Más allá de estos matices, las y los entrevistados, independientemente de su lugar de inserción, coinciden en señalar que los salarios de la ocupación son “bajísimos”.

-[la remuneración] “es pésima” (Enfermera 6)

¹¹ Si bien ha sido observado que en el sector público existen formas precarizadas de contratación– como por ejemplo, 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) – las mismas impactarían con más fuerza a los profesionales médicos (Aspiazu, 2010).



- “Por eso no se puede tener un solo trabajo” (Enfermera 8)
- (...) “No se valora lo que hacemos” (Enfermera 9)
- “La paga es totalmente mínima, [tanto] que uno no llega [a fin de mes]” (Enfermero 22)

Al momento de la entrevista los testimonios recogidos coincidieron en señalar, que, con excepción de los establecimientos públicos de la Ciudad de Buenos Aires, las remuneraciones del sector privado eran superiores a las del público¹². No obstante, las diferencias salariales entre uno y otro sector se presentan como una situación coyuntural, sujeta a vaivenes presupuestarios:

“Hubo durante mucho tiempo migración del privado al público, te hablo de unos 4 o 5 años atrás, cuando el sector público abrió sus puertas para cubrir vacantes, en ese momento los salarios [del sector público] eran mejores que los del privado (...) ahora los salarios del sector privado están más altos que el público, bastante más altos te diría” (Referente sindical, ATSA Capital Federal)

Asimismo, y siempre en el marco de referencias generales a salarios bajos, dentro del sector público las comparaciones que realizaron las y los entrevistados entre salarios de distintas jurisdicciones reflejan lo heterogéneo de la situación. Más allá de la dispersión de los relatos, la situación subyacente parece ser la esperable: un escenario donde las jurisdicciones con mayor presupuesto pueden ofrecer remuneraciones algo mejores.

“Yo del [hospital] municipal cuando pude me fui. Pasé al provincial, porque paga mejor. Y eso que el municipal me quedaba re cerca de casa, pero igual no conviene. Todo el mundo se quiere pasar [del nivel municipal al provincial]...” (Enfermera 32)

“Acá todos aspiran a entrar al nivel provincial [se refiere a la provincia de Buenos Aires]. Es que el sueldo de los municipales es bajísimo, mucho más bajo que el provincial. Te puedo nombrar casos concretos, en 25 de Mayo, Coronel Suárez... los sueldos básicos son vergonzosos. Ahora, si te vas al Gobierno de la Ciudad [de Buenos Aires] los sueldos están muy por encima del provincial.” (Coordinador de Carrera, Universidad Pública)

“Nosotros por ahí vemos cómo la gente va adquiriendo experiencia, se van perfeccionando, algunos inclusive estudian, tratamos de que estudien, pero por ahí cuando ya están formados consiguen un puesto en Ciudad [se refiere a la Ciudad de Buenos Aires] y se van” (Directora de Departamento de Enfermería, Hospital Municipal)

¹² Un análisis comparativo de las escalas salariales en diferentes subsectores y jurisdicciones resulta una tarea compleja que requiere un trabajo de investigación en sí mismo. La escasez de información disponible, su dispersión, la existencia en el sector público de numerosas categorías en las que puede ser ubicado el personal de enfermería (que suelen no resultar equiparables con otros subsectores ni entre distintas jurisdicciones nacionales) impiden comparaciones lineales. De todas maneras, y a modo de ejemplo orientativo, podemos señalar que el salario básico bruto para la enfermería en Clínicas y Sanatorios privados de todo el país en Febrero de 2015 era de \$8422. En el caso de los establecimientos dependientes de Capital Federal y Provincia de Buenos Aires, las retribuciones mínimas que figuran en las grillas salariales parecen ser, a primera vista, superiores a los del sector privado (\$9036 en Diciembre de 2014 para la Ciudad de Buenos Aires, y \$9200 en Enero de 2015 para la provincia). No obstante, en ambas jurisdicciones, estas retribuciones incluyen un salario básico muy inferior a los montos mencionados (en la provincia de Buenos Aires de \$ 2468, en Capital Federal de \$1814) que “se complementa” con diversos adicionales que pueden o no ser remunerativos



Por último, y completando el panorama de dispersión salarial, las y los trabajadores del diferentes empresas del sector privado – dependiendo de su envergadura – pueden negociar salarios por sobre el mínimo acordado por el sector.

“Después, por ejemplo, vos decís Galeno es una empresa que gana mucho más y se consiguen extra-paritarias por encima del básico firmado en convenio. Swiss Medical pasa lo mismo, IADT pasa lo mismo, Medicus pasa lo mismo...los negocia el sindicato con los delegados del establecimiento y la patronal específica del caso...tienen buenos sueldos, dentro de todo ¿no?” (Referente sindical, ATSA Capital Federal)

La situación descrita hasta aquí se encuentra íntimamente entrelazada con la significativa dispersión de la representación gremial de la ocupación.

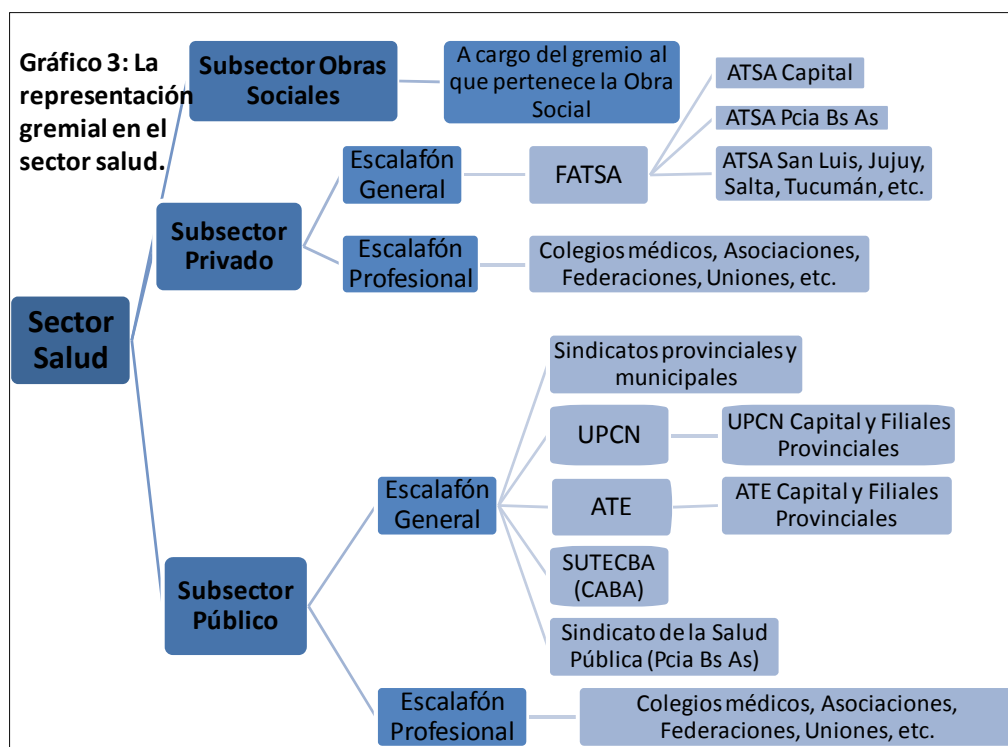
Por un lado, existen escisiones sindicales al interior del universo de los trabajadores de la salud según sus funciones y calificación. Así, la representación de las y los enfermeros suele englobarse dentro de la de los “trabajadores no profesionales” de la salud¹³. Esto significa que las y los trabajadores de enfermería negocian sus condiciones laborales en conjunto con el personal administrativo, de limpieza y mantenimiento, camilleros, etc. La situación se refleja en escalafones laborales-salariales, donde existe una escisión fundamental entre el personal no-médico (“no profesional”) y el médico (“profesional”), y en la que este último es el que en general tiene mayor poder de negociación.

Por otro lado, la propia fragmentación del sector salud comentada más arriba, encuentra su correlato en la configuración de las agrupaciones que representan, en este caso, a los trabajadores “no profesionales”. De esta manera, en el ámbito privado las y los enfermeros están representados por seccionales regionales de la Federación de Asociaciones de Trabajadores de la Sanidad Argentina (FATSA). Mientras que en este subsector los convenios se firman a nivel nacional y en todos interviene FATSA, lo que varía es la representación de los empleadores intervinientes (agrupados de todas maneras en grandes colectivos como por ejemplo, las instituciones médicas privadas con y sin internación, las mutualidades, las empresas de emergencias médicas, laboratorios, droguerías, entre otros). En el ámbito público el panorama es mucho más complejo. Allí las y los trabajadores pueden estar representados por grandes sindicatos estatales, tales como la Asociación de

y/o bonificables. Asimismo, estos complementos adicionales pueden o no corresponderle a cada trabajador individual según su lugar de trabajo, sus funciones, etc. (Ver referencias de las Grillas Salariales en la sección Bibliográfica).

¹³ Los profesionales de la salud, por su parte (en su gran mayoría médicos, pero también éste suele ser el caso de las/os escasas/os licenciados en enfermería), se asocian en múltiples entidades conformando un mapa aún más complejo, ya que cuentan con numerosas entidades jurídicas de representación como ser colegios médicos, asociaciones, federaciones, uniones, etc.

Trabajadores del Estado (ATE) o la Unión de Personal Civil de la Nación (UPCN) (Aspiazu, 2010), y/o por sindicatos de empleados públicos provinciales y municipales. Asimismo, existen algunos sindicatos específicos de los trabajadores no profesionales de la salud pública, como el Sindicato de la Salud Pública, que reviste un peso significativo en la provincia de Buenos Aires.



Fuente: elaboración propia.

La importante dispersión de la representación gremial de la ocupación resta, sin duda, capacidad de negociación a estas/os trabajadoras/es. Desde este punto de vista, no resulta sorprendente que – más allá de los matices – las y los entrevistados enfatizan una y otra vez el predominio de remuneraciones bajas. Esta situación ayuda a comprender y poner en contexto problemas como el de la extensión sistemática de las jornadas laborales (a través de la incorporación de horas extra), así como el del pluriempleo generalizado en la ocupación.

En efecto, uno de los mecanismos “compensadores” de salarios bajos lo constituye la extensión de las jornadas laborales en un mismo establecimiento a través de las horas extras. Si bien se trata de una práctica generalizada, existen algunos matices. Un caso extremo lo constituye el de la Ciudad de Buenos Aires, donde el personal de enfermería puede llegar a duplicar la cantidad de horas de la jornada laboral a través de los llamados “módulos”, que son el equivalente a las horas extra, y se



pautan en forma de bloques horarios de 6 horas cada uno. Según los testimonios recabados, este componente precarizado de la remuneración a través de las horas extra sistemáticas (no es estable, genera jornadas interminables) se encuentra naturalizado entre quienes desempeñan la ocupación.

“Está tan instalado el tema del módulo (...) es como una legitimación de un doble sueldo. (...) Por otra parte de los módulos come todo el mundo, no solo la enfermera, digo los módulos se reparten, (...) es un recurso de poder” (Funcionario del Área de Recursos Humanos, Ministerio de Salud)

Mientras que en el sector privado la modalidad de las horas extra también se encuentra ampliamente extendida, el caso de los trabajadores hospitalarios no médicos¹⁴ dependientes de la provincia de Buenos Aires ha experimentado un cambio significativo que ha despertado expectativas de réplica entre muchos trabajadores de otros subsectores y jurisdicciones. En este ámbito las tareas de las y los trabajadores han sido recientemente declaradas como “insalubres”. Esta decisión ha implicado, 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 trabajarse¹⁵.

Independientemente de las distintas regulaciones en torno a la cantidad y la forma en que pueden agregarse horas adicionales a la jornada laboral en un mismo establecimiento, existe otra modalidad que asume la sobre-explotación sistémica de esta fuerza de trabajo. Nos referimos a la situación generalizada de pluriempleo, problemática que ya ha sido observada en trabajos sobre el sector salud en general (OPS, 2013; Pautassi, 2006; Novick y Galín, 2003) y al que hacen referencia de manera reiterada las y los entrevistados para el caso de la enfermería en particular:

“La mayoría de los enfermeros del país tienen doble empleo, es muy raro que encuentres un enfermero con un solo empleo (...) están los que trabajan de lunes a viernes y después sábados, domingos y feriados, se llaman “franqueros” [es decir, el segundo empleo se realiza en los “francos” o días libres del primero] y los que trabajan de noche tienen que trabajar noche por medio. Pero vos podés tener un enfermero que trabaja noche por medio en una institución y sale de esa guardia y va a trabajar a otro hospital a la mañana. Después vos me decís ¿cómo queda ese enfermero, cómo puede cuidar ese enfermero?” (Directora de Carrera de Enfermería, universidad privada)

Aquí, la fragmentación del sector salud opera incluso facilitando esta situación, puesto que el desempeño simultáneo en diferentes subsectores o jurisdicciones disminuye potenciales

¹⁴ Nos referimos a los denominados trabajadores “no profesionales” ya que el personal médico regido por la ley 10.471 (carrera hospitalaria) queda por fuera de esta reglamentación.

¹⁵ 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 agrega 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



incompatibilidades a la vez que habilita y legitima jornadas el trabajo a destajo. Tal como señala a modo de ejemplo un funcionario del Ministerio de Salud:

“El sistema está preparado para el pluriempleo, es así, y el doble empleo existe en todos lados y hasta es estructural... [Un patrón común es el de] la enfermera que tiene por un lado un laburo que es el laburo estable, que en general es en el sector público, con todos los beneficios que te da el sector público respecto de licencias, y un empleo que es en el sector privado, (...) en donde ellas manejan los francos y las ausencias que usan en el otro. Los francos y las ausencias que las pueden usar a veces para trabajar en otro lado y otras veces los usan porque están destruidas” (Funcionario del Área de Recursos Humanos, Ministerio de Salud)

Uno de los efectos más salientes de esta situación tiene que ver con el desgaste físico y el estrés laboral. Tal como señalan las y los entrevistados, especialmente aquellos que se encuentran en puestos de gestión, las licencias por problemas de salud relacionados con el exceso de trabajo, y particularmente las licencias psiquiátricas, constituyen un problema acuciante que atraviesa todos los ámbitos de trabajo explorados. Esta situación agrava además, el problema mencionado más arriba respecto a la escasez de personal.

“Hablás con jefes de departamento [de enfermería] y te dicen que la problemática más grave que tienen es el ausentismo. Que la mayoría de las veces tiene que ver con situaciones de estrés, que quedan plasmadas en situaciones de carpeta médica psiquiátrica. Hay ataques de pánico, desgaste emocional, hay un montón de maneras de llamarla (...) pero tiene que ver con el doble empleo sostenido ¿por cuánto tiempo? (...) Pero esa es la realidad, en general las estructuras, las organizaciones de horarios de trabajo pareciera que están hechas para permitir el doble empleo” (Directora de Carrera de Enfermería, universidad privada)

“(...) lo más importante, el tema de los pacientes y la cantidad de horas que se trabaja sin dudas (...) no tenés idea de la cantidad de partes psiquiátricos en todas las áreas” (...) “No sé pero yo estoy en un hospital general de agudos (...) para la persona que gestiona, más en enfermería, es muy feo quedarte, qué se yo, tenés tres enfermeros a la noche y va uno, tenés que hacer malabarismos” (Directora de Departamento, Hospital Provincial)

En suma, las y los entrevistados coinciden en señalar que existen ciertas problemáticas clave, comunes y persistentes de la ocupación. No obstante, los relatos dejan claro que las mismas suelen manifestarse con diferente intensidad y gestionarse de diferente manera según el lugar de inserción de las y los trabajadores. Se trata no sólo de experiencias laborales matizadas, sino también diferencias en términos de los marcos normativos de referencia, 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. Pensar en mejoras contundentes y extensibles a la ocupación como colectivo laboral implica el lógico desafío de generar – desde la política

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.



gubernamental pero también desde la acción gremial – instancias superadoras de este panorama fragmentado.

El perfil socio-educativo de la enfermería como expresión de la devaluación de la labor de cuidado

¿Quiénes son las y los enfermeros en nuestro país? ¿Cuál es su perfil demográfico, socio-económico y educativo? Estas son preguntas cuyas respuestas contribuirían a entender el posicionamiento laboral de las y los enfermeros en instituciones del sector salud.

Una caracterización estadística actualizada de esta índole está lejos de ser posible en vistas de los serios problemas de información que se mencionaran más arriba. La única información disponible sobre el tema la constituye el trabajo de Wainerman y Geldstein (1990) que utiliza tabulaciones inéditas del Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPV) de 1980, en un momento en que la forma de recolección de la información ocupacional permitía la desagregación de la enfermería como ocupación, posibilidad con la que no se cuenta en la actualidad¹⁶. Asimismo, el CNPV de 2001 recabó información para los profesionales de la salud, situación que permitió la publicación por parte de Abramzón (2005) sobre algunas de las características de las y los enfermeros profesionales.

Tanto los análisis de la totalidad de las y los enfermeros de 1980, como la de las y los enfermeros profesionales de 2001, describían una ocupación altamente feminizada que era desempeñada por mujeres en el 83% y 84% de los casos, respectivamente. Sin embargo, el análisis de la enfermería profesional realizado en base a los datos del 2001 indica que la proporción de mujeres disminuye entre las cohortes más jóvenes (Abramzón, 2005; Róvere, 2006). Los testimonios recogidos en el trabajo de campo hacen eco de esta situación observada en años anteriores:

“Claro, las que llegan a estudiar son en su gran mayoría mujeres (...) en el 80% de los casos te diría (...) De todas maneras, nosotros tuvimos masivamente un incremento de varones (...) lo tengo más claro a partir de la crisis del

¹⁶ El actual Clasificador Nacional de Ocupaciones (CNO-2001) asigna un código a la enfermería – que es el que se vuelca a las bases de datos - que aglutina a estas/os trabajadoras/es con una multiplicidad de ocupaciones técnicas de la salud, situación que hace imposible, tanto en el caso del CNPV como en la EPH aislar a la enfermería para su análisis. Asimismo, el CNO 2001 sólo considera a la ocupación en la categoría “técnica” impidiendo la posibilidad de clasificar correctamente a las y los licenciados en enfermería en la categoría “profesional”.



2001. *Cuando de verdad no había trabajo, se empezaron a volcar muchos jóvenes [varones] (...) por eso que te decía: que es una salida laboral rápida (...) pero sigue siendo mayoritariamente femenino el cupo. Y porque está vinculado con el tema del maternaje y del cuidado, me parece que está vinculado con algo más femenino todavía. En la medida que vayamos mostrando otra imagen de la profesión creo que se van a acercar más varones*” (Directora de carrera, universidad privada)

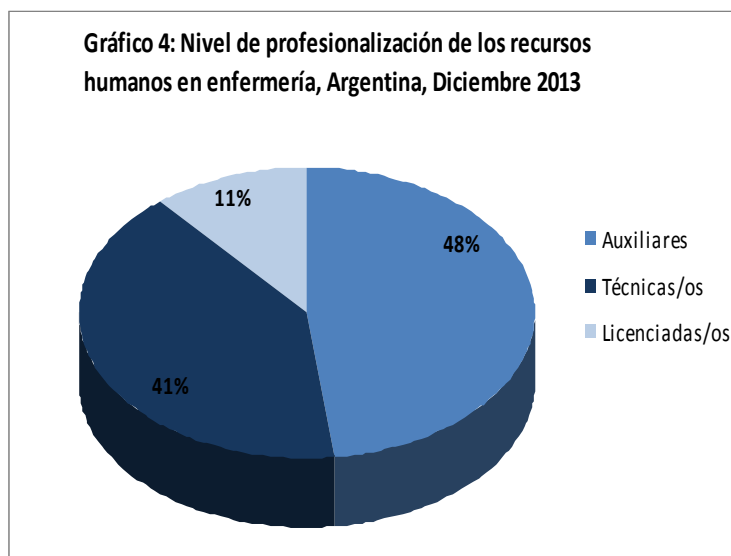
En el estudio global de la ocupación realizado por Wainerman y Geldstein (1990), las autoras constataron – a través de la clasificación ocupacional de los jefes de los hogares en los que habitaban las y los enfermeras/os – que se trataba de una población del sector socio-económico medio-bajo. En el caso específico de las enfermeras mujeres (la gran mayoría dentro de la ocupación), se señalaban una serie de diferencias respecto al resto de la Población Económicamente Activa Femenina (PEAF). Los datos mostraron que estas trabajadoras eran, en promedio, de mayor edad, más educadas y con menos hijos que el resto de la PEAF. Asimismo, comparándolas con el resto de las trabajadoras, estas mujeres vivían más frecuentemente sin compañero y presentaban una tasa más alta de jefatura de hogar. Sus hogares exhibían también de forma más asidua patrones típicos de los hogares populares urbanos: hogares numerosos y extendidos que permiten afrontar con mayor facilidad tanto los gastos de mantener la vivienda como cargas domésticas y de cuidado, especialmente de niños y niñas pequeños (Wainerman y Geldstein, 1990).

Nuevamente, los relatos vertidos en el transcurso del trabajo de campo, dejan entrever una congruencia significativa con el panorama que describen los datos estadísticos relevados hace más de 30 años:

“El nivel [socioeconómico] es medio a bajo. Primero porque es una salida laboral rápida, entonces viene gente con un nivel socioeconómico bajo. Esto lo conozco y te digo más, por la escuela nuestra de enfermería...vienen a estudiar de barrios con necesidades básicas insatisfechas (...) muchos cuyos padres pertenecen ya al sector sanidad (...) hijos de enfermeras, mucamas (...) muchas jefas de hogar (...) muchas que viven cerca de la madre o de la hermana, o alguien de la familia se ocupa del cuidado de los hijos” (Referente Sindical ATSA Capital Federal)

¿Qué sucede entonces con el nivel de formación de estas/os trabajadoras/es? El acceso a credenciales educativas resulta un elemento clave para pensar en un mejor posicionamiento laboral y por ende en una nivelación “hacia arriba” de su situación socio-económica. Si bien en principio las y los enfermeros se encontrarían relativamente bien posicionados frente al conjunto de las y los trabajadores - puesto que el desempeño de sus actividades exige una preparación formal específica en instituciones educativas -, una mirada en detalle al tipo de formación que detentan estas/os trabajadoras/es invita a relativizar esta situación. En efecto, la enfermería puede comenzar a ejercerse con una preparación básica: de acuerdo a los últimos datos disponibles, casi la mitad de

los recursos humanos de esta ocupación (el 48%) detenta el título de “auxiliar”, que sólo requiere de un año de instrucción en cuidados de baja complejidad. Cabe aclarar que, hasta 2006, a la formación en auxiliar de enfermería se podía acceder con educación primaria completa. A partir de la sanción de la Ley Nacional de Educación se comenzó a exigir la educación secundaria. El subgrupo que le sigue en términos de su peso relativo es el de las y los enfermeros que detentan



Fuente: Red Federal de Registros de Profesionales de Salud - Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentina (SIISA). Ministerio de Salud de la Nación.

formación técnica (el 41% de esta fuerza de trabajo). La misma implica tres años de formación en instituciones terciarias o universitarias. Por último, tan sólo un 11% se desempeña con una licenciatura en la ocupación (Gráfico 4).

La situación descrita reviste, por un lado, consecuencias importantes en términos del posicionamiento de este colectivo ocupacional y sus condiciones laborales: tal como se señaló más arriba,

el escaso acceso a la titulación de la licenciatura confina a la gran mayoría de las y los enfermeros a la categoría de trabajadores “no profesionales”, grupo que negocia grillas salariales distintas (y más bajas) que las del personal “profesional”. En los hospitales públicos, esta distinción también deja a la gran mayoría del personal de enfermería por fuera de la “carrera hospitalaria”, situación que afecta sus posibilidades de movilidad y progreso laboral.

Por otro lado, los bajos niveles educativos alcanzados por esta fuerza laboral también influyen en el plano simbólico, devaluando sus habilidades y saberes frente a los actores con los que interactúan cotidianamente. Las y los enfermeros entrevistados manifestaron ser frecuentemente posicionados en roles subordinados, que si bien se encuentran fuertemente asociados a la baja calificación, también conjugan simultáneamente otros estereotipos asociados al origen socio-económico bajo, al género femenino que predomina en la ocupación, así como también a la devaluación social del cuidado como trabajo. Por ejemplo, los testimonios señalan que con frecuencia las y los enfermeros



son tratados como mucamas (por pacientes y sus familiares, especialmente en el sector privado) o como “asistentes” (por algunos médicos).

-“*Que te desvalorizan. Los médicos quizá no reconocen, pero bueno, tiene que nacer de nosotros de ‘plantarse’ por decirlo de alguna manera más vulgar, plantarse frente al médico con lo que aprendimos, eso es fundamental* (Enfermera 32)

-*Claro, que no sos una ayudante...*” (Enfermera 31)

-“*En el [sector] privado... los pacientes y las familias... hay de todo... el que te trata como una sirvienta, también hay gente que te confunde, que te manda a limpiar el piso* (Enfermera 28)

-*Se confunden el rol* (Enfermera 31)

-*‘Yo tengo un plan plus’, es lo primero que te dicen* (Enfermera 28)

-*Cuando vienen te dicen ‘traeme un vaso de agua’, bueno, le digo ‘ahora llamamos a la mucama, a la camarera, no me corresponde a mí’*” (Enfermera 33)

El testimonio de una directora de carrera resume la imagen social desvalorizada que se construye sobre este colectivo laboral, en base a los bajos niveles de calificación predominantes:

“Te voy a contar un ejemplo, estaba participando de un taller de educación para pacientes diabéticos (...) y en un momento me tocaba conversar a mí en ese grupo y me decían todo el tiempo ‘doctora’, ‘doctora’. Entonces yo decía ‘no, soy enfermera’ y una mujer muy sincera me dijo ‘no, ¿sabe por qué? Porque usted habla muy bien’. Por eso te digo, ese es el imaginario. El enfermero es “corto”, sabe un poquito, no se expresa bien, entonces claro... (...) porque el 60% del recurso humano enfermero es auxiliar de enfermería y es gente que tiene el nivel primario y hace un curso de un año y por supuesto se encarga de todo” (Directora de Carrera, universidad privada)

Así, desde el punto de vista de la influencia que ejerce el perfil socio-educativo de quienes ejercen la enfermería, la situación subordinada que señalan las y los entrevistados respecto a su ocupación aparece vinculada a un doble condicionamiento. Por un lado, resulta claro que el amplio predominio del personal auxiliar opera nivelando hacia abajo la imagen social y las condiciones materiales asociadas a este trabajo. No obstante, por otro lado, también es importante señalar que un sistema de salud que permite el ejercicio de la ocupación con un nivel mínimo de formación también señala *a priori* el arraigo institucional de una visión subalterna de esta ocupación y las tareas de cuidado que implica.

Explorando la incidencia del cuidado en la desvalorización social y económica de la enfermería

Los testimonios expuestos hasta aquí dejan entrever una fuerte desvalorización social del rol de la enfermería. En esta sección nos proponemos ahondar sobre el papel que juega en esta desvalorización de la ocupación su contenido de cuidado. Analizaremos aquí las implicancias de



una visión social del cuidado que, si bien con matices, se encuentra ampliamente extendida entre las y los propios entrevistados que están relacionados con el desempeño de la ocupación. Se trata de la concepción del cuidado en clave de una misión cuasi “sacra” y también estrechamente asociada a supuestas habilidades e inclinaciones inherentes a la condición femenina. En este sentido, exploraremos dos desafíos relevantes que implica esta visión en términos del posicionamiento social y económico de la ocupación. Por un lado, indagamos sobre las dificultades que el cuidado implica para la construcción de un discurso profesionalizado sobre la ocupación. Y, por otro lado, exploramos los obstáculos que conllevan las labores de cuidado de esta ocupación para la participación y la acción sindical que podrían mejorar su situación.

Tal como señaláramos más arriba, la enfermería tiene la peculiaridad de definirse casi exclusivamente en términos de su misión y objetivo de brindar cuidado. De hecho, entre las y los entrevistados, el contenido de cuidado de la ocupación es realzado para definir su especificidad y especialidad frente a otras profesiones de la salud, sobre todo la médica:

“Tengo que estar asentada en mi rol, cuando sé cómo puedo participar porque yo tengo bien claro que mi tarea es diferente a la del médico. El médico diagnostica, yo soy especialista en cuidado, entonces puedo hablar desde ahí. Pero tengo que estar segura, y eso me lo tiene que dar el sustento del conocimiento” (Directora de Carrera, universidad pública)

- *“Nos pagan para brindar cuidado* (Enfermera 2)
- *No sos un ayudante sino parte del equipo de salud* (Enfermera 17)
- *Parte del equipo interdisciplinario para tomar decisiones en el tratamiento de cuidado del paciente, no sólo acatar órdenes”* (Enfermera 6)

No obstante, este discurso que apunta a construir el trabajo de cuidado como una especialización que requiere de saberes específicos, suele aparecer matizado con otras concepciones del mismo. Así, las imágenes de género que asocian la capacidad y la habilidad de brindar cuidado a habilidades e inclinaciones “inherentes” a la condición femenina adquieren una fuerte presencia en las reflexiones de las enfermeras mujeres entrevistadas. En este sentido, abundan las referencias a cualidades supuestamente propias de las mujeres que las habilitarían a brindar un mejor cuidado, tales como “la intuición” (que permitiría captar mejor lo que le sucede al paciente), la tendencia “innata” a proteger y/o el entrenamiento que brinda la maternidad, entre otras.

- *“Está el sentido de la intuición. Una por ahí ve o percibe que algo le pasa la paciente y eso es de mujer...”* (Enfermera 1)
- *El instinto que tenemos”* (Enfermera 9)



-“También bueno, tal vez la mujer tiene esa... como decirlo... qué difícil... esa capacidad de proteger, de cuidar, tal vez a nosotras nos sale naturalmente cuidar (Enfermera 34)

-Ya con los hijos...” (Enfermera 35)

“La enfermera mujer es como más protectora del paciente. No quiere decir que no labore el enfermero [varón] pero la enfermera mujer es más protectora en los cuidados, yo creo que por la esencia misma de ser mujer (...) tiene que ver con... conmoverte, conmoverte por la situación del paciente, la situación familiar, la situación social, si lo acompañan, si está solo, conmoverte por todo” (Referente sindical, mujer, ATE Buenos Aires)

Otra manifestación de la concepción del ejercicio de la profesión en tanto extensión de roles tradicionales de género se encuentra en la referencia de varias entrevistadas al lugar de trabajo (el hospital, la clínica, etc.) como el “segundo hogar”. Sin duda, esta asociación se encuentra íntimamente relacionada con los bajos salarios y por ende, con el fenómeno de las largas jornadas de trabajo. El pluriempleo así como la posibilidad de trabajar de manera sistemática haciendo horas extra son todos factores que operan confinando a las y los enfermeros a largos periodos dentro de los establecimientos laborales. Si bien la alusión a un “segundo hogar” también puede relacionarse con sentimientos de fuerte pertenencia institucional, la comparación no deja de presentar aristas complejas/problemáticas en tanto permite trazar un paralelismo entre la ocupación y el trabajo de cuidado que se realiza en la esfera del hogar de manera no remunerada.

“Te la pasás ahí adentro...en cuanto podés agarrar unas horas extras las agarrás porque todo suma. Y al final, sentís como que es tu segundo hogar (...) digo segundo hogar porque entrás y como que estás en tu casa: todos te conocen, te saludan, te quieren y te necesitan (...) por eso, en tu casa pasa lo mismo, ¿no?” (Enfermera 41)

Ahora bien, además de las dificultades para definir esta ocupación en términos profesionales, otro de los retos que implica el contenido de cuidado de esta ocupación tiene que ver con el involucramiento y la participación en actividades sindicales que pudieran mejorar el status social y económico de la misma. Más allá de los desafíos que implica el contexto fragmentado en el que se desarrolla la actividad sindical – que se comentaran más arriba – las y los referentes gremiales coinciden en señalar que “la realidad es que la enfermera no participa”. Sin duda, una ocupación altamente feminizada en la que predomina el pluriempleo no configura un panorama amigable en términos de disponibilidad de tiempo y energía para este tipo de involucramiento.

Pero el cuidado no sólo opera marcando dificultades de participación sindical en términos de tiempo. Las imágenes del cuidado a las que suelen apelar las propias enfermeras – esto es, la referencia a cuestiones como la abnegación, la vocación y la situación de dependencia del paciente



– suelen entrar en tensión con la posibilidad de visualizar, enunciar y denunciar la vulneración de derechos que experimentan estas/os trabajadoras/es. La presentación del propio yo y de la ocupación en clave de sacrificio – muchas veces equiparándolos al sacrificio maternal – es una situación relativamente común entre las entrevistadas mujeres y escasamente cuestionada:

“Sí, a todos nos mueve la vocación, cuidar al paciente, que esté bien. A veces no doy más de las piernas [la entrevistada tiene dos empleos], horas parada o corriendo de un lado a otro, o no tuve tiempo de comer, pero los ves a ahí a todos que dependen de vos y eso te da una fuerza....(...) O faltaron muchos compañeros y ves que se te viene un turno fatal... es como que te tiene que gustar esto porque es muy sacrificado... muchos [estudiantes] dejan en las prácticas, no aguantan, por eso te digo que tenés que tener vocación (...) pero la satisfacción de ver que estás ayudando, que estás cuidado al otro y que el paciente te necesita es muy fuerte, te hace fuerte” (Enfermera 37)

Quizá la situación de conflicto gremial y la medida de fuerza – particularmente el paro de actividades – es la que más claramente evidencia las dificultades que implica posicionarse en un lugar de reclamo en el marco de una ocupación del cuidado. En estos contextos, queda claramente expuesta la tensión de derechos entre quienes cuidan y quienes son cuidados. En nuestras entrevistas grupales, si bien existen quienes reivindican el derecho a brindar una atención mínima durante las medidas de fuerza, son muchas las entrevistadas (mujeres fundamentalmente) que manifiestan que *“no se puede dejar de cuidar”*.

-“Yo les cuento mi experiencia. Llego a tomar la guardia y mi compañera me dice ‘mirá que hoy no hacemos nada. Se pasó la medicación, no controlamos signos vitales, no cambiamos pañales’. Yo llegué, vi a mis pacientes y me puse a trabajar (Enfermera 17)

-Es que no podés... (Enfermera 9)

-Mis compañeros me juzgaron porque yo no los apoyé, fui mala. Pero como persona no puedo hacer paro. Yo tuve que hacer mi trabajo y el trabajo del turno mañana, las dos cosas tuve que hacer” (Enfermera 17)

-“Yo por ejemplo trabajo en emergencias ¿cómo hago un paro? ¿qué hago? Las salidas se marcan por categorías, van desde el azul hasta el rojo. Una clave verde es un dolor de cabeza, un poco de tos. Pero un dolor de cabeza ¿cómo sabés que no está teniendo otra cuestión que no sea solamente un dolor de cabeza? Tenés que salir (Enfermera 38)

-Yo lo que creo es que el paciente no tiene la culpa (Enfermera 33)

-No, claro (Enfermera 9)

-Pero es que en todos los paros hay un perjudicado” (Enfermera 40)

Tal como señala Folbre (2008), quienes se desempeñan en ocupaciones del cuidado, enfrentan el dilema de ser “prisioneras/os del amor”, puesto que el cuidado – ya sea por consideraciones afectivas, éticas e incluso legales – no puede dejar de brindarse a quienes lo necesitan. Si alguien deja de hacerlo (momentánea o permanentemente, total o parcialmente), como evidencian nuestros testimonios, alguien más tenderá a ocupar ese rol. De allí, la encrucijada que plantea el cuidado cuando forma parte de las labores remuneradas (y en el caso de la enfermería en particular, se trata



de la tarea central que la define como ocupación), ya que en términos generales no es algo que pueda suspenderse sin generar tensiones importantes con las necesidades y derechos de quienes requieren de la asistencia. Si bien esta percepción no es uniforme, y muchas enfermeras y enfermeros reivindican la posibilidad de una atención mínima durante las situaciones de paro, también son numerosas las voces de quienes sienten que “no pueden dejar de cuidar”.

El recuerdo de una situación de paro entre tres entrevistadas que trabajan juntas refleja también la tensión que impone el reclamo frente a la profunda imbricación de la personalidad con concepciones abnegadas de la misión de cuidar:

-“Cuando nosotros hicimos paro, éramos 3 enfermeros por piso. Se quedaban 2 y uno quedaba medicando y controlando, eso no se puede dejar de hacer (...) Ella [se refiere a una entrevistada presente, compañera de trabajo], como la conozco, es de las que fue y los bañó a todos [los pacientes] (Enfermera 36)

-¡Y los afeitó también! (Enfermera 40) (risas)

-(...) Está bien, pero son mis pacientes, algunas lo vemos así. Los veo como míos, mi responsabilidad. Los ves tirados ahí y no podés, qué culpa tienen (...) Está bien que los beneficios [obtenidos como resultado de la medida de fuerza] después yo los obtuve. Entiendo eso. Pero mis compañeros me acusaron de que yo no hice paro y estuvo mal, pero yo no puedo, son mis pacientes, qué querés...” (Enfermera 34)

Así, muchas veces en el mismo discurso de quienes reclaman mejoras laborales y un posicionamiento profesional de la enfermería, se permean representaciones del cuidado que se provee en el marco de la ocupación, frecuentemente asociadas a imágenes culturales prevalentes sobre lo “instintivo” y lo “maternal” (y en consecuencia, entendido en clave de entrega y vocación femenina). Los testimonios presentados evidencian cómo estas imágenes en danza operan no sólo obstaculizando la posibilidad de hacer efectivo el derecho al reclamo y la protesta gremial sino también, muchas veces, dificultando las posibilidades de visualizar en forma crítica las propias deficiencias de las condiciones laborales.

Algunas reflexiones finales

A lo largo de este trabajo hemos buscado brindar un panorama sobre las condiciones laborales de la enfermería así como examinar algunos de sus determinantes. Sin duda, uno de los obstáculos más

salientes tiene que ver con la falta de información agregada¹⁷ sobre condiciones laborales, tanto para la enfermería en particular como para las ocupaciones de la salud en general. Dado que los relevamientos estadístico-poblacionales más relevantes a nivel nacional (como la EPH o el CNPV) no permiten analizar en forma separada ni a la enfermería ni a las distintas profesiones del sector salud, resulta imperativa la necesidad de contar con un sistema de información sobre los recursos humanos de salud en general, a fin de poder planificar políticas de recursos humanos para el sector (Novick y Galin, 2003; OPS-MSAL, 2005; Abramzón *et al.*, 2010)¹⁸.

No obstante estas falencias, nuestro abordaje cualitativo arroja una serie de problemáticas sobre las que existe amplio consenso entre las y los entrevistados. Si bien las condiciones de trabajo pueden variar según el lugar de inserción, en términos generales la enfermería es recurrentemente caracterizada como una ocupación con bajos niveles salariales, situación que deriva en una alta incidencia del pluriempleo. El pluriempleo, a su vez, combinado con una alta sobrecarga de pacientes, genera importantes niveles de desgaste físico y mental para quienes ejercen este trabajo. Las posibilidades de progreso y movilidad laboral ascendente de las y los enfermeros se encuentran restringidas, situación que en el ámbito público se evidencia con mayor claridad, al estar generalmente excluidos de la carrera hospitalaria. Si bien el nivel de contrataciones precarias en la enfermería sería sustancialmente inferior al que exhiben los médicos, en los establecimientos privados de menor escala la problemática del trabajo no registrado adquiere relevancia, fenómeno que requiere de mayores niveles de control por parte de la política pública.

Asimismo, este abordaje también apunta a exhibir el carácter multidimensional de los determinantes de estas condiciones laborales. Como hemos visto, en concordancia con lo que plantea la literatura sobre este tipo de ocupaciones, el cuidado efectivamente plantea desafíos en términos de la jerarquización laboral y económica de la enfermería. No obstante, en nuestra indagación aparecen otros factores que operan intensificando este efecto, tales como los escasos niveles de formación que

¹⁷ Nos referimos a los subsectores y niveles del sistema de salud en los que se insertan las y los trabajadores, los niveles salariales promedio por subsector y nivel de calificación, la cantidad total promedio de horas trabajadas y distribución de las mismas en diferentes subsectores, entre algunos de los datos más importantes.

¹⁸ Cabe señalar, no obstante, que desde el año 2007, el Ministerio de Salud de la Nación ha estado trabajando en el diseño e implementación del Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentina (SIISA). El mismo se propone centralizar la información de indicadores de salud que remiten las distintas jurisdicciones del país. Dentro de este sistema existe un módulo de recopilación de información sobre recursos humanos del sector (la Red Federal de



son exigidos para ejercer la ocupación, la diferenciación de las experiencias laborales en función de la fragmentación del sistema de salud y su correlato en términos de la representación sindical de sus trabajadores, entre los más importantes.

En el marco del análisis de las ocupaciones del cuidado, un contrapunto interesante para evaluar la situación de las y los enfermeros puede encontrarse en la docencia¹⁹. Se trata, como en el caso de la enfermería, de una ocupación fuertemente atravesada por el cuidado y también sujeta al proceso de descentralización administrativa y financiera que tuvo lugar en nuestro país en las últimas décadas. No obstante, la docencia exhibe marcos regulatorios más homogéneos que los del sector salud; se trata de Estatutos superadores incluso de los niveles de protección que garantiza la Ley General de Contrato de Trabajo para el común de los asalariados (Esquivel, 2010). También, a diferencia de sus pares enfermeras/os, las y los docentes negocian “pisos” salariales a nivel nacional y provincial. Esta situación se encuentra estrechamente asociada al mayor nivel de articulación de los reclamos²⁰ y por ende, la capacidad superior de negociación del colectivo docente respecto a sus pares enfermeras/os. Una posible interpretación de este fenómeno tiene que ver con la mayor homogeneidad formativa de las y los trabajadores de la educación frente a sus pares de la salud - escindidos entre los “profesionales” y los “no profesionales”²¹ - que facilitaría a los docentes concebirse y organizarse como colectivo laboral unificado para movilizar sus demandas. En este sentido, los estudios comparativos entre distintas ocupaciones del cuidado que puedan encararse a futuro aparecen promisorios en términos de generar aportes que permitan sopesar el efecto “penalizador” del cuidado con el impacto de otros factores.

Registros de Profesionales de Salud) pero que, en principio, solo ofrecerá datos sobre cantidad de profesionales matriculados por jurisdicción.

¹⁹ Nos referimos a los niveles Inicial, Primario y Medio.

²⁰ En este sentido, es importante destacar el papel y el peso de organizaciones sindicales como Confederación de Trabajadores de la Educación de la República Argentina (CTERA) en el ámbito de la representación de los docentes públicos, que actúa a nivel nacional nucleando a un sindicato por provincia (incluyendo también a la Capital Federal). Si bien el funcionamiento de esta entidad que intenta constantemente “reagrupar” a los docentes nacionales no está exento de tensiones - entre los distintos sindicatos que la componen, entre nacional y lo local, entre lo sindical y lo político - se constituye sin duda en una instancia que apunta a superar la fragmentación del sector educativo (ver Perazza y Legarralde, 2007).

²¹ Si bien en el ámbito de la educación también existe la división entre los trabajadores “docentes” y “no docentes”, en el caso de la salud, los trabajadores “no profesionales”, además del personal de apoyo al funcionamiento de los establecimientos, engloba a un importante conjunto de ocupaciones con conocimientos técnicos y tareas asociadas a la salud (el grueso de la enfermería, pero también otras ocupaciones técnicas como obstétricas, kinesiólogos, técnicos en hemoterapia, en fisioterapia, en laboratorio, entre muchos otros). Se genera de esta forma una división entre el personal que atiende la salud de los pacientes, situación que no se observa en el caso de la docencia, donde quienes están a cargo de las tareas educativas se encuentran en los mismos niveles de representación sindical.



La unificación política del colectivo de los trabajadores de la enfermería en particular, pero también de la salud en general, permitiría también darle apoyo e impulso a un conjunto de iniciativas legislativas que han surgido desde el poder político en los últimos años. En el caso particular de la enfermería, los proyectos de ley²² apuntan a aliviar el déficit cuali-cuantitativo de recursos humanos y a mejorar las condiciones de trabajo de la ocupación. Entre los puntos más salientes del conjunto de las propuestas se destaca, por un lado, la necesidad de declarar la emergencia nacional de los recursos humanos de enfermería e implementar un plan nacional de formación, y por otro lado, la proposición de licencias especiales con el fin de prevenir el estrés laboral, un régimen previsional diferencial anticipado y declarar insalubre la actividad de enfermería en todas las áreas donde se desarrolle con el fin de establecer un máximo de jornada laboral. Además, se propone establecer un piso de sueldo básico para cada nivel de ejercicio según el Salario Mínimo Vital y Móvil²³, una solicitud que estaría apuntando a la vulnerabilidad de la representación gremial de enfermería, ya que se dirige hacia la posibilidad de establecer salarios básicos a nivel nacional y en este sentido estaría proponiendo una solución (parcial) a la fragmentación salarial. Si bien estos proyectos requieren de voluntad política para su tratamiento e implementación, también necesitan de la solidaridad y el respaldo del colectivo de trabajadores del sector, a través de instancias que logren superar y desafiar las divisiones – en términos de subsectores, jurisdicciones, escalafones – que plantea la actual estructuración del sistema de salud.

Bibliografía

Abramzón, Mónica (2005) *Argentina: recursos humanos en salud en 2004*, Buenos Aires, Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Organización Mundial de la Salud (OMS).

²² Proyecto de ley diputado Harispe (Expediente 5486-D-2012, 10/08/2012), Proyecto de ley diputada Regazzoli (Expediente 2020-D-2012, 11/04/2012), Proyecto de ley diputado Rivas (Expediente 7323-D-2012, 16/10/2012), Proyecto de ley diputado Ramal, presentado en la legislatura porteña en agosto de 2014. Proyecto de ley diputada Ocaña (Expediente 3208-D-2012, 21/05/2012), Proyecto de ley diputada Regazzoli (Expediente 1566-D-2011, 06/04/2011), Proyecto de ley senadora Osuna y senadora Rojkes de Alperovich (Expediente 1032/11, 09/05/2011), Proyecto de ley senadora Parrilli y otros (Expediente 888/11, 28/04/2011), Proyecto de ley diputado De Narváez (Expediente 2558-D-2012, 26/04/2012), Proyecto de ley senadora Diaz y Senador Martínez (Expediente 1041/11, 10/05/2011), Proyecto de Ley senadora Giménez (Expediente 1894/12, 22/06/2012).

²³ Para los/as Licenciados/as en Enfermería se establece un piso de 4 Salarios Mínimo Vital y Móvil (SMVM), para los/as Enfermeros/as de nivel técnico 3 SMVM, y para los/as Auxiliares de Enfermería 2 SMVM (Proyecto de ley diputado Rivas, Expediente 7323-D-2012, 16/10/2012).



- Abramzón, Mónica *et al.* (2010) “Aportes para el desarrollo de un sistema de información integral de recursos humanos en salud en Argentina”, *Revista Argentina de Salud Pública*, vol. 1, nro. 4.
- Aspiazu, Eliana (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.
- Aspiazu, Eliana; Baldi, Lucila y Lanari, María Estela (2011) “Prestadores, prestatarios y pacientes: un análisis de las voces y silencios de los reclamos de los profesionales de la salud”, ponencia presentada en el 10° Congreso Nacional de Estudios del Trabajo, Asociación de Especialistas de Estudios del Trabajo (ASET), 3 al 5 de Agosto 2011, Buenos Aires, Argentina.
- England, Paula; Budig, Michelle; Folbre, Nancy (2002) “Wages of Virtue: The Relative Pay of Care Work”, *Social Problems* nro. 49, pp. 455-473.
- Esquivel, Valeria (2010) “Care workers in Argentina: At the crossroads of labour market institutions and care services”, *International Labour Review*, vol. 149, nro. 4, pp. 477-493.
- Folbre, Nancy (2006) “Measuring care: Gender, empowerment, and the care economy”, *Journal of Human Development*, vol. 7, nro. 2.
- Folbre, Nancy (2008) “Reforming Care”, *Politics and Society*, vol. 36, nro. 3, pp. 373-387.
- Lanari, María Estela (2006) “El sistema de salud en Argentina”, en *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.
- Maceira, Daniel y Cejas, Cintia (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.
- Novick, Marta y Galín, Pedro (2003) “Flexibilidad del mercado de trabajo y precarización del empleo. El caso del sector salud”, en *Observatorio de RRHH en Salud en Argentina. Información estratégica para la toma de decisiones*, Buenos Aires, OPS/OMS.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2013) *Nursing and Midwifery Progress Report 2008-2012*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2005) “Overview of the Nursing Workforce in Latin America”, *The Global Nursing Review Initiative*, vol. 6, Washington D.C., OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (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.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2013) *La salud de los trabajadores de la salud. Trabajo, empleo, organización y vida institucional en hospitales públicos del aglomerado Gran Buenos Aires, 2010-2012*, Buenos Aires, OPS.
- OPS-MSAL (2005) *Bases para un plan de desarrollo de recursos humanos en salud*, Informe final, Buenos Aires, OPS-Ministerio de Salud de la Nación.
- Pautassi, Laura (2006) “El empleo en salud en la Argentina. La sinergia entre calidad del empleo y calidad de la atención”, en Rico, María Nieves y Marco, Flavia (Coord.) *Mujer y empleo. La*



reforma de la salud y la salud de la reforma en la Argentina, Buenos Aires, Siglo XXI Editores Argentina.

Perazza, Roxana y Larragalde, Martín (2007) *El sindicalismo docente en la Argentina*, Buenos Aires, Fundación Adenauer.

Razavi, Shara; Staab, Silke (2010) “Underpaid and Overworked: A Cross-national Perspective on Care Workers”, *International Labour Review*, vol. 149, nro. 4, pp. 407-422.

Róvere, Mario (2006) “Los nuevos y renovados debates en torno de los recursos humanos en salud”, en Rico, María Nieves y Marco, Flavia (Coord.) *Mujer y empleo. La reforma de la salud y la salud de la reforma en la Argentina*, Buenos Aires, Siglo XXI Editores Argentina.

Wainerman, Catalina y Geldstein, Rosa (1990) *Condiciones de vida y trabajo de las enfermeras en Argentina*, Cuadernos del CENEP N°44, Buenos Aires, CENEP.

Zabalegui Yáñez, Adelaida (2003) “El rol profesional en enfermería”, *Aquichán*, vol. 3, nro. 3, pp. 16-20.

Referencias Grillas Salariales:

FATSA (trabajadores de la salud no profesionales, sector privado) Convenio Colectivo de Trabajo 122/74 (2014). <http://www.sanidad.org.ar/acciongremial/cct/convenios.html>

SSP (trabajadores de la salud no profesionales, sector público de la provincia de Buenos Aires) Acta Paritaria entre trabajadores estatales y gobierno provincial del 6 de Enero 2015. http://www.ssp.org.ar/wordpress/?page_id=186

SUTECBA (trabajadores del sector público de la Ciudad de Buenos Aires) Negociación Colectiva, Comisión Central, Acta N°3 (2014). <http://www.sutecba.org.ar/CONVENIOSALARIAL2014.html>