

Ariela Micha

Las condiciones de trabajo de la enfermería en Argentina: algunos determinantes político-institucionales¹

I. Introducción

61

Las y los trabajadores de la enfermería conforman una de las ocupaciones con mayor contenido de cuidado directo en sus tareas, a la vez que prestan un servicio social clave. La enfermería, además, constituye una actividad altamente feminizada,² aunque la proporción de varones estaría aumentando entre las cohortes más jóvenes (Abramzón, 2005: 38-39; Rovere, 2006). Al mismo tiempo, en nuestro país la ocupación enfrenta un déficit de trabajadores, el cual, en conjunto con las falencias en el sistema de información,³ conforma desde la década del '80 uno de los problemas fundamentales que afectan a la ocupación. Este déficit de trabajadores se manifiesta no solo por la escasez en el número de enfermeras/os en ejercicio sino también por la calificación de los mismos,

Ariela Micha: Doctoranda en Ciencias Sociales UNGS-IDES y becaria doctoral CONICET con lugar de trabajo en el Instituto de Ciencias de la Universidad Nacional de General Sarmiento. E-mail: amicha@ungs.edu.ar.

1 El presente artículo se enmarca dentro del proyecto de investigación "Las condiciones laborales de las y los trabajadores del cuidado. Procesos sociales y políticas públicas detrás de su configuración" (con sede en la Universidad Nacional de General Sarmiento y financiado por la Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica Argentina- PICT 2011-0622). La autora agradece los comentarios y sugerencias realizados por las doctoras Valeria Esquivel y Francisca Pereyra.

2 Según Wainerman y Geldstein (1990), con datos del Censo de 1980, el 83% del personal de enfermería son mujeres. Este dato fue actualizado parcialmente por Abramzón (2005), con datos del Censo 2001, mostrando que el 84% de quienes poseen un título de licenciatura en enfermería son mujeres.

3 Existen importantes falencias en el sistema de información de recursos humanos de enfermería,

dada la prevalencia de auxiliares sobre el resto de las titulaciones⁴ (Wainerman y Geldstein, 1990; Maceira y Cejas, 2010; OPS, 2011).

Asimismo, entre las problemáticas que enfrentan las y los trabajadores de la enfermería se encuentran también las deficientes condiciones laborales, caracterizadas por el pluriempleo, la sobrecarga laboral (tanto por horarios extremos como por trabajo nocturno y en fines de semana), los bajos salarios, la persistencia de precarización de las formas de contratación y la carencia de infraestructura e insumos (OPS, 2004; Aspiazu, 2010; Aspiazu, Baldi y Lanari, 2011; Novick *et al.*, 2012). Además, la enfermería se inscribe dentro de un sistema de salud altamente fragmentado, tanto desde el tipo de cobertura (entre los distintos subsectores y hacia el interior de cada uno de ellos también), como desde el punto de vista geográfico. Esta fragmentación se encuentra agravada por la falta de regulación y por la escasa participación del presupuesto nacional en el gasto en salud, lo que hace más complejos

rasgo distintivo de la ocupación que afecta significativamente la capacidad de intervención. 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; Abramzón *et al.*, 2010). De acuerdo al testimonio del funcionario entrevistado del área de recursos humanos de salud del Ministerio de Salud de la Nación, a fin del año 2014 estarían disponibles los datos actualizados de recursos humanos de enfermería como parte de la red federal de registro de profesionales de salud que se está consolidando en el marco del Sistema de Información Sanitario de Argentina (SISA) (<https://sisa.msar.gov.ar/sisa/>).

4 Según la escasa información disponible, los enfermeros de nivel técnico representan el 30% de la fuerza de trabajo de la ocupación a nivel nacional, los licenciados el 7% y los auxiliares el 63% restante (Maceira y Cejas, 2010: 6; OPS, 2011: 11). Los enfermeros y enfermeras de nivel técnico poseen tres años de estudios y son formados en instituciones de educación superior universitaria o escuelas técnicas, y las y los auxiliares de enfermería sólo cuentan con un año de instrucción. 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.

5 Nos referimos a las transferencias monetarias desde el nivel central de gobierno hacia el nivel provincial y/o municipal.

los niveles de coordinación entre subsectores y genera la insuficiencia de mecanismos de compensación⁵ (Tobar, Olaviaga y Solano, 2011, 2012; PNUD, 2011).

Ante este panorama laboral, este artículo se propone contribuir en la reflexión sobre los diferentes factores que estarían incidiendo en la configuración de las condiciones laborales de la enfermería en Argentina. Ciertamente, hay múltiples factores que interactúan entre sí para explicar esta situación, entre los que se destacan, por un lado, las variables relacionadas con el hecho de tratarse de una ocupación del cuidado de las personas y, por el otro, factores que tienen que ver con la estructura y la dinámica del mercado de trabajo específico. Dentro de este segundo grupo nos referimos a cuestiones relativas a la oferta y la demanda de personal pero también a elementos tales como el grado de feminización de la ocupación, los niveles de informalidad, las regulaciones laborales, el papel de la acción gremial y otros factores político-institucionales que pudieran incidir en el funcionamiento y las características que asume este mercado de trabajo.

Dentro del primer grupo de factores, Pereyra (2014) explora cómo el componente de cuidado inherente a esta ocupación, así como los estereotipos de género asociados al mismo, generan dificultades para construir una visión profesionalizada y jerarquizada de la ocupación (incluso entre quienes la desempeñan), situación que estaría abonando el terreno para perpetuar condiciones de trabajo desfavorables y remuneraciones relativamente bajas. Sin embargo, más allá de la sub-valoración social de las tareas de cuidado, la experiencia internacional estaría indicando que la intervención política estatal, a través de la regulación laboral así como también en su participación como empleador, puede atenuar las situaciones de penalización laboral y salarial de estas ocupaciones (Budig y Misra, 2010; Esquivel, 2010).

Sin desconocer la simultaneidad y retroalimentación entre estos determinantes, el presente artículo se enfocará en ciertos factores que se asocian a la estructura y la dinámica del mercado de trabajo y que conforman dimensiones particulares de la esfera político-institucional, con el fin de reflexionar sobre el desafío específico que estos factores imponen a las condiciones laborales de la ocupación. Con este objetivo, se explora la normativa que regula la ocupación y las características de la representación gremial, y dos fenómenos asociados y en buena medida determinados por ésta: la forma en que se negocian los salarios, y la configuración de la jornada laboral. Si bien la representación gremial no agota la esfera político-institucional, se demostrará que su análisis resulta fundamental para entender las (deficientes) condiciones laborales de la enfermería en nuestro país. A su vez, indudablemente la esfera gremial y los fenómenos asociados a ésta se encuentran íntimamente relacionados. En este sentido, se verá cómo los múltiples niveles de fragmentación gremial estarían generando una pérdida de fuerza de las demandas específicas de los trabajadores de enfermería, y cómo esto incide en la configuración de salarios bajos con altos niveles de dispersión, pluriempleo y largas jornadas laborales. A su vez, esta evaluación crítica prestará atención a proyectos de cambios normativos que buscan paliar las deficiencias de la actual situación, teniendo en cuenta también las tensiones y resistencias al cambio entre distintos actores involucrados.

II. Marco teórico

El presente artículo se inscribe dentro de un debate más amplio que reflexiona sobre las condiciones laborales de las y los trabajadores del cuidado, el cual ha cobrado creciente relevancia en la agenda feminista de los últimos años. Este interés se debe, por un lado, a que el aumento de la participación laboral femenina ha generado una creciente demanda por este tipo de servicios (Folbre, 2006),

y por el otro, al importante nivel de feminización de estas ocupaciones, el cual indica que las mismas constituyen un sector que genera oportunidades de empleo para muchas mujeres (Razavi y Staab, 2010). Este debate, a su vez, se inscribe dentro del marco conceptual de la *Economía del Cuidado*, el cual da cuenta de la modalidad que una sociedad adopta para organizar los temas relativos al cuidado y permite poner en cuestión los modos en los que se genera la distribución de los trabajos, los tiempos y los ingresos para poner la producción de bienestar en el centro del análisis (Esquivel, 2011). De esta forma, la *Economía del Cuidado* permite abarcar, junto con el trabajo doméstico y de cuidados no remunerado, a las actividades de este tipo que se realizan en la economía remunerada, es decir, al trabajo de las y los trabajadores del cuidado.

En general, se considera como trabajadores/as del cuidado a quienes desempeñan 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 citado en Esquivel, 2010). Típicamente estas ocupaciones incluyen trabajadoras/es de la educación y trabajadoras/es de la salud. Además, en contextos como el de nuestro país y de la región en general, se incluye también el trabajo doméstico remunerado debido a su relevancia tanto en cuanto a su peso en la estructura de empleo femenina como en su incidencia en la forma en que se organiza el cuidado de los hogares de mayores ingresos (Esquivel, 2011; Pereyra, 2013).⁶

64

En los últimos años se ha estudiado a las ocupaciones del cuidado y sus condiciones laborales prestando atención a su situación relativamente desventajosa en comparación con las condiciones de trabajo de las ocupaciones no relacionadas con el cuidado (Razavi y Staab, 2010). Una de las hipótesis para explicar esta desventaja relativa de las ocupaciones del cuidado sostiene que el componente de cuidado es una variable muy importante, ya que al tratarse de tareas socialmente subvaloradas asociadas a habilidades inherentes a la condición femenina, estas ocupaciones podrían sufrir una potencial penalización en el mercado en términos de remuneraciones y condiciones de trabajo (England, Budig y Folbre, 2002; Folbre y Nelson, 2000; Budig y Misra, 2010; Esquivel, 2010; Pereyra, 2013).

6 Desde el punto de vista conceptual, la inclusión de las empleadas domésticas en el análisis de las ocupaciones del cuidado se basa en la idea de que los cuidados abarcan tanto el cuidado directo (cuidado de personas) como el indirecto (por ejemplo la preparación de comidas, la limpieza, planchado y guardado de ropa, etc.) (Esquivel, 2010). Esto implica entender que el trabajo doméstico es un requisito previo para que el cuidado directo pueda prestarse (Folbre, 2006; Razavi, 2007).

A su vez, otros factores que hacen al funcionamiento de cada mercado de trabajo específico (marco regulatorio, nivel de sindicalización y otros factores político-institucionales, grado de formalidad, grado de feminización, (des)equilibrios entre la oferta y la demanda, etc.) y que

operan conjuntamente con el contenido de cuidado de las ocupaciones, estarían incidiendo en la explicación de sus condiciones de trabajo (Folbre, 2006; Pérez Orozco, 2009; Esquivel, 2010).

Este artículo se propone contribuir a esta línea de indagación abordando el tema específico de la incidencia de ciertos factores constitutivos de la esfera político-institucional en las condiciones laborales de los trabajadores de la enfermería en Argentina. Sin pretender agotar aquí el análisis de los factores que operan en la esfera político-institucional, se examina en este artículo la fragmentación de la representación gremial de enfermería y sus consecuencias en la configuración de salarios y jornadas laborales.

III. Abordaje metodológico

La metodología utilizada para este abordaje es de tipo cualitativo. El trabajo de campo se desarrolló entre septiembre de 2013 y septiembre de 2014, en el ámbito del Área Metropolitana de Buenos Aires. En primer lugar, se realizaron una serie de entrevistas en profundidad con referentes de la ocupación, tanto del ámbito público como del privado. Entre las y los referentes entrevistados encontramos directores de carrera de enfermería, directores de departamentos de enfermería, referentes sindicales y un funcionario público del Ministerio de Salud de la Nación.⁷ En el caso específico de los referentes sindicales, se entrevistó, por un lado, a miembros de la Asociación de Trabajadores de la Sanidad Argentina (ATSA), sindicato que representa a los trabajadores de la salud del subsector privado, excluyendo a los médicos. Por otro lado, se entrevistó a integrantes de la Asociación de Trabajadores del Estado (ATE), uno de los gremios con mayor presencia en el sector público para los trabajadores de la salud “no profesionales” (entre los que se encuentra la enfermería).

En segundo lugar, se realizaron entrevistas grupales con estudiantes de la licenciatura en enfermería tanto en universidades públicas como privadas, que ya estuvieran ejerciendo la profesión. Estos estudiantes se encuentran insertos en ámbitos del sector salud tanto públicos como privados y que corresponden a diversas jurisdicciones (nacional, provincial, municipal). Predominaron en los entrevistados las enfermeras mujeres (más del 90% del total de participantes entrevistados), en línea con lo que sucede en la enfermería a nivel país.

⁷ Se entrevistó a un funcionario del área de Recursos Humanos de salud del Ministerio de Salud de la Nación.

IV. Algunos determinantes político-institucionales

IV.1. La fragmentación del sector salud y su correlato en la representación gremial

En este apartado se analizan las características de la representación gremial para los trabajadores de enfermería con el fin de reflexionar sobre su incidencia en las condiciones laborales de la ocupación y sobre las limitaciones que esta configuración pudiera imponer a la capacidad de presión en pos de mejorar estas condiciones. La fragmentación del sector salud es clave para entender los debates en torno a la representación gremial de enfermería y analizar críticamente la posibilidad de cambio hacia espacios de representación propios de la profesión y/o a nivel nacional con el fin de generar mayor fuerza de negociación.

La enfermería, como el resto de las ocupaciones de la salud, se inscribe dentro de un sistema altamente fragmentado. Por un lado, existe la fragmentación desde el tipo de cobertura (entre los distintos subsectores -público, privado, seguridad social- y hacia el interior de cada uno de ellos también). Por otro lado, se suma la fragmentación desde el punto de vista geográfico, debido a la notable brecha de gasto en salud entre las provincias (Tobar, Olaviaga y Solano, 2011, 2012; PNUD, 2011). Esta situación se encuentra agravada por la falta de mecanismos de compensación, dada la escasa participación del presupuesto nacional en el gasto en salud. En efecto, según el último dato disponible correspondiente al año 2010, el Estado Nacional contribuye con el 5,4% del total del gasto en salud, y el mayor gasto lo realizan las provincias.⁸

66

Este proceso de descentralización fue parte de las reformas sectoriales que durante la década del noventa buscaron la desregulación del sector. Estas reformas no contemplaron medidas de coordinación y compensación entre regiones, dando como resultado la consolidación de un sistema en el que las provincias y los municipios incrementaron las funciones asumidas sin correlato en los recursos necesarios para afrontarlas (PNUD, 2011). El impacto negativo sobre las condiciones de empleo no tardó en verse y se agudizó durante la crisis de 2001, afectando tanto al subsector público como al privado. En efecto, durante el periodo 2006-2010 la conflictividad en el sector salud representó en promedio alrededor del 19% del total de conflictos con paro registrados en todas las actividades del país, y las demandas que primaron fueron las de incrementos salariales, con más del 50% de los casos (Aspiazu, Baldi y Lanari, 2011: 1-11). En la última década se implementaron políticas tendientes a paliar la crisis de la salud a nivel nacional a través de una serie de programas que

⁸ Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Análisis de Gasto Público y Programas Sociales, de la Organización Mundial de la Salud y de Tobar, Olaviaga y Solano (2012).

buscan reducir las brechas territoriales, sin embargo, no se ha logrado revertir la situación estructural del sistema de salud (PNUD, 2011).

Como es de esperar, la situación de la representación gremial en enfermería responde a los procesos de descentralización y desregulación del sector salud. Tal es el caso que la representación gremial de la ocupación se caracteriza por múltiples niveles de fragmentación. Las y los trabajadores de enfermería no cuentan con espacios de representación propios de su profesión, sino que según su calificación, sector y jurisdicción se afilian a asociaciones profesionales o a los sindicatos de trabajadores no profesionales existentes en el sector salud. Asimismo, la representación gremial no sólo se escinde entre el subsector privado y el público, sino que, dentro de este último, las entidades sindicales se multiplican incluso al interior de los distintos niveles jurisdiccionales. A este panorama se le suma el hecho de que la representación de las y los enfermeros se engloba dentro de la de los trabajadores “no profesionales” de la salud, lo que significa que el personal de enfermería negocia sus condiciones laborales en conjunto con el personal administrativo, de limpieza y mantenimiento, camilleros, etc. No obstante, en algunas jurisdicciones del ámbito público las y los pocos enfermeros que poseen título universitario pueden pasar a formar parte de la carrera hospitalaria y pasan a estar representados por las agrupaciones de profesionales médicos. En el ámbito privado, en cambio, las y los licenciados en enfermería, los cuales se encuentran escasamente sindicalizados, se aglutinan en colegios médicos.

67

Concretamente, en el ámbito privado los/as enfermeros/as están representados por seccionales regionales de la Federación de Asociaciones de Trabajadores de la Sanidad Argentina (FATSA). En el ámbito público existe una mayor dispersión debido a que las y los enfermeros pueden estar representados por grandes sindicatos estatales, tales como la Asociación de 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 del subsector público como el Sindicato de la Salud Pública, que reviste un peso significativo en la provincia de Buenos Aires. Por su parte, en algunas jurisdicciones las/os escasas/os licenciados en enfermería se asocian en múltiples entidades de representación de profesionales, como es el caso de la Asociación Sindical de Profesionales de la Salud de la Provincia de Buenos Aires (C.I.C.O.P), también con fuerte peso en la provincia de Buenos Aires.

Este mapa complejo de representación gremial incide en las condiciones laborales de las y los enfermeros a través de diferentes vías. En primer lugar, desde el punto de vista de los referentes sindicales, surge el señalamiento respecto a los escalafones salariales que dividen a los enfermeros/as y demás trabajado-

res no profesionales de los médicos. Las profesiones médicas se ubican en escalafones salariales que ofrecen remuneraciones relativamente más altas que para el resto de las ocupaciones de la salud. Estas últimas se insertan en grillas salariales denominadas “no profesionales”, dentro de las cuales se incluye al grueso de la enfermería. Esta sería entonces una primera vía a través de la cual las características de la representación sindical estarían afectando el poder de negociación de esta ocupación. Tal como observa en forma crítica un referente sindical respecto a la situación del subsector público de salud:

-“Lo que nosotros proponemos es un escalafón socio-sanitario global (...) que abarque desde los médicos hasta el personal de limpieza, a todos los que trabajamos para la salud. Porque ahora lo que tenés es un sistema jerárquico y elitista, lo que pasa ahora es que tenés a los médicos en lo que se llama la “carrera hospitalaria” que es el escalafón salarial en el que entrás si sos médico y el resto va todo al escalafón general. (...) Ya desde el vamos la enfermería no se considera parte de la carrera hospitalaria, ese no es un dato menor, ya te pone en un lugar desvalorizado social, y lógico, en lo económico también. (...) En las paritarias discuten los médicos y el resto firma. [Enfermería] está subsumida a la dirección médica” (Referente sindical, varón, ATE Capital Federal)

68

En segundo lugar, desde una mirada alternativa, otros referentes de la ocupación sostienen una postura crítica respecto al hecho de que las y los enfermeros negocien sus condiciones laborales con otros trabajadores del sector, tales como personal de limpieza, camilleros, administrativos, etc. Por un lado, entre los relatos de muchas/os de las y los entrevistados se apunta a que este arreglo sindical los estaría haciendo perder fuerza en relación a los reclamos específicos de su ocupación. En este sentido, reflexionan sobre la posibilidad de espacios de representación propios de su profesión y si esto sería beneficioso en pos de luchar por mejores condiciones laborales.

-“Enfermería está metido en un rejunte, (...) no tenemos que estar en ese grupo nosotros, nosotros tenemos que estar solos” (Enfermero entrevistado n° 1)

-“A mí a veces me ha pasado de estar con la jefa de enfermería y por equis situación hablé con ella y me dijo ‘el sindicato a mí me revienta, yo no hablo más con el sindicato porque vienen camilleros, que no saben nada de la problemática del enfermero’” (Enfermera entrevistada n° 24)

-¿Sería bueno que haya una representación unificada de la enfermería?

-“Sí, yo creo que sí” (Enfermera entrevistada n° 13)

-“Sería bueno tener la experiencia, a ver qué pasa” (Enfermera entrevistada n° 16)

-“Eso es lo que digo, a una representación pública y otra privada, como hacen los docentes, una pública y otra privada pero es una. No sé, estoy pensando en voz alta” (Enfermera entrevistada n° 13)

-“Ha pasado, una chica que vino de Australia y nos decía que la única forma que se respetaban los derechos de enfermería fue que hicieron un sindicato de enfermeros, hicieron un paro nacional y de ahí se le fueron dando, el gobierno, derechos” (Enfermera entrevistada n° 17)

No obstante, encontramos en los referentes de la ocupación una postura crítica con respecto a la propuesta de una representación única y separada para enfermería. Estos entrevistados subrayan la importancia de una mayor cantidad de afiliados a la hora de negociar condiciones laborales, masa crítica que a su juicio no puede garantizar la ocupación de enfermería por sí sola.

-“Cada sindicato va a pelear por tener mayor cantidad de afiliados. Los enfermeros que piensan que necesitan un sindicato único de enfermeros no han tenido todavía la posibilidad de juntar la cantidad de gente que necesitan. Esa es la realidad. Ahora enfermería participa muy poco. Esa es otra realidad” (Directora de carrera, universidad privada)

69

Al mismo tiempo, si bien su peso no le alcanzaría para negociar por sí sola, entre los testimonios de los referentes también se enfatiza el lugar importante que ocupa la enfermería dentro del colectivo sindical del que participan, ya que resaltan que los trabajadores de enfermería constituyen un peso importante dentro del escalafón general:

-“Las enfermeras son como un territorio cautivo de los gremios del escalafón general (...), las licenciadas en enfermería, que cada vez empezaba a haber más, aparecían presionando porque querían pasar a la carrera profesional [se refiere a la carrera hospitalaria]⁹ y los gremios no las dejaban (...) siempre hay toda una tensión alrededor de la enfermería, porque la enfermería es una de las profesiones que aporta mayor cantidad de afiliados a los sindicatos, les da poder” (Funcionario MSAL)

Consecuentemente, desde estos referentes se señala la fuerza que le daría a este colectivo laboral no sólo mantener la representación con los demás trabajadores no profesionales del sector sino también el sentarse a negociar junto con los médi-

9 Tal como se desarrolló en el inicio de este apartado, en algunas jurisdicciones del ámbito público las y los enfermeros que poseen título universitario pueden pasar a formar parte de la carrera hospitalaria y ser representados por las agrupaciones de profesionales médicos.

cos en el marco de un escalafón único de la salud. Esto significaría desconfigurar la división escalafonaria que actualmente reproduce el modelo médico-hegemónico (separando a los “profesionales” de los “no profesionales”), tal como señalan los referentes:

-“No creo en un sindicato único, creo que los que trabajamos en salud podemos estar todos juntos. (...) yo quisiera que los médicos se nuclearan con nosotros. Claro, porque yo siento que todos somos trabajadores de la sanidad” (Directora de carrera, universidad privada)

-“Esa es una artimaña del ejecutivo para fragmentar, entonces tu poder de negociación es mínimo. ATE está en desacuerdo con esta manera de fragmentar el proceso de negociación colectivo. Nuestro sindicato propone una visión más integradora, que es un escalafón único, con un equipo de salud trabajando mancomunadamente” -¿Que incluye también a los médicos? -“todos” (Referente sindical, varón, ATE Capital Federal)

70

En relación a esto, surge con frecuencia en los testimonios recogidos la comparación con el sector educativo—el otro gran sector del cuidado—en relación a la posibilidad de negociar las condiciones laborales a nivel nacional. Según los referentes, lo que estaría obstaculizando esta posibilidad es justamente la fragmentación al interior del sistema de salud, médicos por un lado y el escalafón general por el otro, ya que si bien en educación también hubo un importante proceso de descentralización de todos sus niveles, la división escalafonaria es menos fragmentada y el grueso del colectivo trabajador son los docentes. En cambio, la fragmentación en salud se da no sólo entre jurisdicciones sino también entre escalafones, 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.

-“Sería bárbaro si los legisladores hicieran una ley sobre las profesiones sanitarias como tienen España en donde generan un ordenamiento global para todas las profesiones sanitarias y a partir de ahí se va trabajando. A mí me parece que estaría muy bien poder regular, digo esta es una opinión mía, yo ya la he dado en otros ámbitos, yo creo que nosotros deberíamos a nivel nacional tener algo para hacer similar a lo de educación” -¿Por qué no pasa eso? -“Los sistemas de salud son mucho más heterogéneos que educación. En salud tenés una diversidad de figuras [contractuales] terribles, está muy estratificado” (Funcionario MSAL)

-“Yo creo que tiene que ver con el diseño que se hizo de los escalafones, que no es menor, vos tenés un escalafón, la Carrera Hospitalaria, que la dirige una de

las profesiones que es la hegemónica, que son los médicos. En el caso de los docentes ellos son el escalafón” (Referente sindical, varón, ATE Capital Federal)

En suma, los testimonios aquí recabados sugieren que los desafíos para pensar en las condiciones laborales de la enfermería se relacionan en buena medida con el reposicionamiento de la ocupación a nivel gremial. En este sentido, se pudo observar cómo la configuración actual (representación separada de los médicos y dividida entre subsectores y entre jurisdicciones) genera restricciones respecto a la posibilidad de negociación y consecuentemente estaría impactando en las condiciones laborales de las y los enfermeros. La vulnerabilidad de la representación gremial es un hecho reconocido por la mayoría de las y los entrevistados. Por un lado, entre muchas/os de las y los enfermeros entrevistados surge la demanda de una representación exclusiva de la ocupación que pueda enfocarse en sus necesidades específicas como colectivo laboral. No obstante, los referentes de la ocupación – sobre todo los referentes gremiales – entienden que esta estrategia debilitaría aún más a la ocupación, ya que disminuiría la cantidad de afiliados. Lo que estos actores suelen señalar y criticar es la separación escalafonaria que genera una escisión fundamental entre el personal no-médico y el médico, y en la que estos últimos son los que en general tienen mayor poder de negociación. Consecuentemente, surge la necesidad de crear instancias superadoras de esta fragmentación, o bien hacia un modelo centrado en la representación exclusiva de la ocupación o bien hacia un modelo de escalafón sanitario unificado, con el fin de fortalecer el poder de negociación de este colectivo laboral.

71

En los próximos apartados se exploran dos fenómenos asociados a este mapa de representación gremial, los cuales muestran cómo incide esta configuración en las condiciones laborales de las y los enfermeros.

IV.2. Dispersión salarial

En esta sección se indaga sobre las condiciones salariales de la ocupación atendiendo a la influencia de la fragmentación sindical en su configuración. Se prestará especial atención a la propuesta de fijar un salario base a nivel nacional, análisis que permite poner en cuestión los desafíos que plantean la capacidad de financiamiento en las distintas provincias y jurisdicciones y el rol de los sindicatos en la negociación de las condiciones laborales.

En paralelo a la fragmentación sectorial y de representación gremial ya exploradas, encontramos que la normativa reproduce estas brechas entre regiones, entre subsectores y entre jurisdicciones. Específicamente, la normativa que

regula el ejercicio de la enfermería se compone de una ley nacional (Ley N° 24.004/91) que sirve como marco jurídico para orientar a las provincias. Aunque la mayoría sigue los lineamientos de la ley nacional y no se aleja demasiado de los alcances de ésta, hay provincias que adhirieron al régimen nacional mientras otras mantienen su propia normativa. Ahora bien, tanto la ley nacional como todas las leyes provinciales carecen de reglamentos sobre remuneraciones. Las mismas, en cambio, se determinan a través de los convenios colectivos de trabajo para los trabajadores de la salud, dentro de los cuales se incluye a las y los trabajadores de enfermería. Consecuentemente, los convenios colectivos de trabajo reflejan los múltiples niveles de fragmentación de la representación gremial de la ocupación. Los convenios se suscriben de forma separada para el personal que trabaja en el sector público y el que trabaja en el sector privado. También hay convenios colectivos específicos para obras sociales, sin embargo, este subsector representa una porción marginal dentro del sector salud.¹⁰ A su vez, los trabajadores de enfermería en el subsector público se encuentran representados por diferentes convenios colectivos según la jurisdicción que contiene a su lugar de trabajo (nacional, provincial o municipal).

72

Asimismo, en el caso de la representación gremial del sector privado, si bien la cobertura es de alcance nacional, los convenios se firman separadamente con diferentes grupos de instituciones privadas (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, en el que se incluye al personal de enfermería. En todos interviene FATSA como representante sindical y lo que varía es la representación de los empleadores intervinientes. Lo que vemos, entonces, es una profunda fragmentación, tanto en la estructura como en la

normativa, que estaría incidiendo en las condiciones salariales de la enfermería.

10 Si bien no existen datos que nos permitan cuantificar directamente la distribución de estos recursos humanos en los distintos subsectores, un indicador proxy que puede utilizarse es la distribución de establecimientos de salud según este mismo criterio. Según los datos actualizados del Reporte General de Establecimientos de Salud del MSAL, consolidado por el SISA, los establecimientos de la salud dependientes del subsector público representan el 45% del total, el subsector privado concentra más de la mitad de los establecimientos de salud del país (el 53%) y los establecimientos gestionados directamente por obras sociales resultan minoritarios, aglutinando tan sólo al 2% del total. Cabe resaltar que este indicador no corrige la distorsión que genera el tamaño diferencial de los establecimientos y la consecuente cantidad de recursos humanos empleados en cada caso.

En términos generales, las y los entrevistados coinciden en señalar que las remuneraciones difieren entre el subsector público y el privado y entre las distintas jurisdicciones del sector público, especialmente entre regiones. Estos testimonios resaltan la heterogeneidad de situaciones que en general se corresponden con las distintas capacidades de financiamiento en cada jurisdicción, lo que remite al proceso de descentralización del sector salud explorado en el

apartado anterior, el cual generó una notable brecha de gasto dada la insuficiencia de mecanismos de compensación.

-“*En términos generales en el privado [el salario] está más alto que en el público, y te diría bastante más alto*” (Referente sindical, mujer, ATSA Buenos Aires)

-“*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 entrevistada n° 11)

-“*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. (...) Ahora, si te vas al Gobierno de la Ciudad [de Buenos Aires] los sueldos están muy por encima del provincial*” (Enfermera entrevistada n° 12)

-“*El privado ahora está más alto (...) igual creo que un poco más bajo que los hospitales del gobierno de la ciudad [de Buenos Aires], pero en el resto del país... Ahora por ejemplo, Santiago del Estero tiene los sueldos de enfermeros más bajo del país, los enfermeros de Santiago del Estero ganan poquísimo*” (Directora de Carrera, universidad privada)

73

Los testimonios evidencian la existencia de una dispersión salarial, que se agudiza al contemplar las diferencias salariales al interior del subsector privado, ya que los trabajadores pueden negociar extra-paritarias y conseguir remuneraciones por encima del básico pactado en el convenio colectivo, en función del peso de la institución en la que se encuentran:

-“*Según qué privado sacan más o menos [ingresos]*” (Enfermero entrevistado n° 1)

-“*Después, por ejemplo, vos decís, Galeno es una empresa en que se gana mucho más y se consiguen [negociaciones] extra-paritarias por encima del básico firmado en convenio. Swiss Medical pasa lo mismo, IADT pasa lo mismo, Medicus pasa lo mismo. (...) Las negocian, sí, el sindicato con los delegados del establecimiento y la patronal específica [se refiere a las negociaciones extra-paritarias]*” (Referente sindical, mujer, ATSA Buenos Aires)

Asimismo, según los testimonios recogidos, esta heterogeneidad se da en el marco de un nivel salarial considerado bajo:

-“*Realmente (...) el personal de enfermería es un personal que tiene un trabajo arduo, trabaja muchas horas, no está bien pago, tiene que tener varios empleos*”

(Funcionario MSAL)

-¿Consideran que la paga está bien, es justa?

-“No, es pésima” (Enfermera entrevistada n° 6)

-“Por eso no se puede tener un solo trabajo” (Enfermera entrevistada n° 8)

-“Desde el momento en que una persona del subte le pagan más que a un enfermero me parece que es injusto porque uno está en contacto con sangre, con enfermedades. No se valora lo que hacemos” (Enfermera entrevistada n° 9)

-“La paga es totalmente mínima, [tanto] que uno no llega [a fin de mes]” (Enfermero entrevistado n° 2)

74 Frente a esta situación, y como parte de una serie de proyectos de ley que apuntan a aliviar el déficit cuali-cuantitativo de recursos humanos y a mejorar las condiciones de trabajo de la ocupación,¹¹ uno de estos proyectos propone establecer un sueldo básico para cada nivel de ejercicio según el Salario Mínimo Vital y Móvil (SMVM): para los/as Licenciados/as en Enfermería 4 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). Este proyecto estaría apuntando a una de las vulnerabilidades de la representación gremial de enfermería analizadas en el apartado anterior, ya que se dirige hacia la posibilidad de establecer salarios a nivel nacional y en este sentido propone una solución (parcial) a la fragmentación salarial.

Resulta compleja la evaluación de si estas escalas significarían una mejora en las remuneraciones para todos y cada uno de los diferentes convenios colectivos

11 Son en total 12 proyectos con vigencia legislativa, 8 en la Cámara de Diputados y 4 en la Cámara de Senadores. También hay un proyecto de ley presentado en la Legislatura Porteña.

12 Además, la base usuaria de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) no permite identificar las condiciones laborales y salariales de las y los trabajadores de enfermería ya que la codificación de la ocupación utilizada en la encuesta engloba a otras ocupaciones adicionales que exigen un nivel de calificación similar dentro del mismo sector de actividad. Asimismo, tampoco se puede obtener esta información actualizada a través de datos censales ya que el Censo 2010 no provee información sobre ocupación por rama

que se firman por subsectores y jurisdicciones, debido a la ya mencionada escasez de información sobre la ocupación, a las numerosas categorías salariales existentes en el sector público, y a los distintos regímenes horarios, además de las negociaciones extra-paritarias que logran algunos trabajadores en el sector privado.¹² Pese a esto, podemos aproximarnos a este análisis a través de la comparación entre los salarios base por categoría pactados por el sector privado a nivel nacional para octubre de 2014 con lo

que propone el proyecto de ley, teniendo en cuenta el SMVM vigente a partir del primero de septiembre del mismo año.¹³ Esta comparación da como resultado que las remuneraciones que propone el proyecto de ley superan en todas y cada una de las categorías a lo pactado por los convenios en el sector privado. Por lo tanto, y teniendo en cuenta que según los testimonios los salarios en el sector privado son relativamente altos, es esperable que este sueldo base que fija el proyecto de ley por categoría signifique un piso más alto que el que actualmente cobran las y los enfermeros en algunas provincias y jurisdicciones, dada la ya mencionada brecha presupuestaria. Tal como señala una entrevistada:

-“Acá nosotros cobramos re bien pero en la provincia los enfermeros cobran 2 pesos y acá nomás cruzando la General Paz...En Marcos Paz mi hermano trabajaba y cobraba 3 veces menos que yo porque era enfermero municipal. Por eso es bueno que haya una ley diga que un enfermero tiene ganar tanto... Que la gente tenga un sueldo digno... (...) Al no haber una ley nacional cada uno se agarra donde le conviene” (Enfermera entrevistada n° 1)

Al mismo tiempo, esta propuesta pone en juego dos cuestiones clave en la determinación de los salarios de las y los enfermeros: la capacidad de financiamiento en las distintas provincias y jurisdicciones para poder cumplir con el mínimo propuesto y el rol de los sindicatos en la negociación. Por un lado, encontramos que desde el discurso de los referentes de la ocupación se duda sobre la capacidad de fijar un salario base a nivel nacional dado el lógico desafío de su financiamiento en un contexto de descentralización presupuestaria del sector y profunda fragmentación. En el caso del subsector privado los referentes hacen alusión a las resistencias que puede encontrar este proyecto:

-“En el privado nos va a costar muchísimo más que pueda pasar como en el público. Porque hay cuestiones económicas. No es lo mismo un empresario que el gobierno. -¿Pero vos pensás que un empresario no puede pagar eso? -No quiere, va a tratar de no hacerlo” (Enfermero entrevistado n° 3, delegado de ATSA)

Desde el subsector público también se hace hincapié en el desafío de financiamiento de esta propuesta:

de actividad y por categoría; tampoco sobre jerarquías, registro, modalidad de contratos, etc. El último análisis sobre el empleo en enfermería fue realizado por Abramzón en el año 2005, financiado por la OPS, utilizando datos del Censo 2001, que sí contiene información sobre ocupación por rama de actividad y por categoría, y otros datos que le fueron proporcionados especialmente para ese estudio. Sin embargo, Abramzón (2005) sólo proporciona datos para la categoría de licenciadas/os.

13 Convención Colectiva de Trabajo N° 122/75 ratificada el 26/06/2014, Convención Colectiva de Trabajo N° 107/75 ratificada el 03/07/2014, Convención Colectiva de Trabajo N° 103/75 ratificada el 30/05/2014. Resolución 3/2014 Salario Mínimo, Vital y Móvil, Consejo Nacional del Empleo, la Productividad y el Salario Mínimo, Vital y Móvil, Buenos Aires 01/09/2014.

-“Es tan complicado el sistema de salud que hay que mirar provincia por provincia. Pero bueno sí, la verdad es que sería deseable poder contar con una garantía como tienen los docentes, eso implicaría una ley de financiamiento sanitario, digo eso implicaría un montón de cosas que son complejas, implicaría que la paritaria la negocie el Estado Nacional y no los estados provinciales, digo después de la experiencia que hay con educación yo no sé cuantos tienen ganas de meterse... no es menor eso, al momento de la decisión política no es menor, es nacionalizar los conflictos” (Funcionario MSAL)

76

Ahora bien, las palabras del funcionario del Ministerio de Salud van más allá de las restricciones presupuestarias que puede encontrar esta propuesta de establecer salarios base a nivel nacional. Su relato hace referencia nuevamente a la experiencia en el sector educativo (el otro gran sector del cuidado), en el cual, si bien los salarios se negocian a nivel nacional, cada año se generan conflictos a la hora de la negociación y el paro al comienzo de clases resulta un recurso constante. Dadas las frecuentes comparaciones con el sector educativo por parte de los actores, queda en evidencia que la mirada desde el cuidado resulta crucial para entender las tensiones que se generan entre las necesidades y derechos de quienes requieren cuidado con los de las y los trabajadores. En efecto, Pereyra (2014) muestra que la apelación a cuestiones como la abnegación y el sacrificio es común entre las enfermeras mujeres entrevistadas, y que el recurso de paro de actividades como forma de reclamo es la situación que más claramente evidencia el dilema que se plantea en ocupaciones del cuidado. Este dilema es el que Folbre (2008) ha denominado como “prisioneras/os del amor”, en referencia a que quienes se desempeñan en ocupaciones del cuidado no pueden dejar de cuidar a quienes lo necesitan.

Por otro lado, una cuestión clave que aparece con fuerza en los relatos de los referentes consultados es si a partir de esta propuesta de sueldo básico según el SMVM se pondría en juego el rol de los sindicatos en la negociación:

-[Sobre la fijación de salarios mínimos por categoría] “Eso se lo van a poner todos los sindicatos de punta si sale esta ley. Los sindicatos no están de acuerdo, ni UPCN, ni ATE, ni ATSA con ese punto. (...) porque se le va el enfermero del sindicato” (Directora de carrera, universidad privada)

-“Creo que tiene que haber una instancia de convenios colectivos y ahí poder negociar condiciones laborales, no creo que todo pase por una ley que después tenés que derogar este artículo porque la tecnología va cambiando... todo está metido dentro de la ley. Creo que tenés que tener la posibilidad de negociación con el otro. (...) Yo creo que tiene que haber una instancia de negociación. Eso digo. Y que me tiene que permitir sentar con mi oponente a discutir condiciones laborales, condiciones

salariales. Porque ya te digo, mañana el Salario Mínimo Vital y Móvil queda [estancado] y vos quedaste que te lo marca la ley” (Referente sindical, mujer, ATSA Buenos Aires)

-“El tema es que la discusión del Salario Mínimo Vital y Móvil no está formalizado. El presidente convoca con algunos, todavía la libertad sindical no está expresada, (...) si ese escenario se hubiera dado con libertad sindical y por ahí yo te digo que sí. Hoy te digo que no. Un Salario Mínimo Vital y Móvil que se discutiría solamente a nivel nacional. ‘A igual tarea igual remuneración’, esto sería lo rescatable de este proyecto, (...) pero me parece que la negociación colectiva tiene que estar garantizada” (Referente sindical, varón, ATE Capital Federal)

Estos testimonios subrayan, por un lado, las resistencias que esta propuesta puede encontrar desde los sindicatos ya que se estaría poniendo en juego su rol en la negociación salarial. Por otro lado, los referentes también apuntan a la serie de políticas complementarias que se requerirían como para que la instauración de un salario mínimo a nivel nacional en base al SMVM sea posible, entre las que prima una ley de financiamiento sanitario. Además, si bien dadas las condiciones actuales es esperable que el sueldo base que fija el proyecto de ley implique un aumento, no es menor el señalamiento de los referentes sobre el riesgo de que la negociación del SMVM deje de ser operativa (en caso de quedar el mismo rezagado), tal como ha ocurrido en otros momentos en la historia argentina.

77

Teniendo en cuenta todas estas cuestiones, se puede apreciar cómo las condiciones salariales de enfermeros y enfermeras están íntimamente ligadas a la descentralizada y fragmentada estructura del sector y su correlato en la representación gremial, y a la heterogénea y desarticulada normativa. En base a los testimonios recogidos se pudo observar que esto genera disparidades salariales entre subsectores y dentro de cada subsector, en el marco de un nivel salarial que en general es considerado bajo. No obstante, como dejan entrever estos últimos testimonios y en especial los de los referentes sindicales, cabe preguntarse si, dada la estructura sectorial actual, funcionaría el establecimiento de condiciones de trabajo de manera centralizada. Este cuestionamiento tiene que ver no sólo con la capacidad de financiamiento de cada provincia y jurisdicción, sino también con la pregunta acerca de cuáles serían los espacios de representación más favorables para las y los trabajadores de enfermería, cuestión que remite a los desafíos del reposicionamiento de la representación gremial explorados anteriormente.

IV.3. *Pluriempleo e insalubridad*

En este apartado se indaga sobre cómo incide la estructura descripta y la normativa (o la falta de ésta) en las condiciones de trabajo de enfermería en lo que respecta al pluriempleo y las extensas jornadas de trabajo que se registran en la ocupación. En línea con reiteradas propuestas incluidas en distintos proyectos de ley,¹⁴ se discute la conveniencia de declarar a la ocupación como insalubre con el fin de establecer regímenes especiales de reducción horaria, licencias y jubilación.

En primer lugar, es importante señalar que así como la ley nacional de enfermería y todas las leyes provinciales carecen de reglamentos sobre remuneraciones, tampoco incluyen regulaciones sobre tareas y responsabilidades por categoría y sobre la extensión de la jornada laboral. Además, existe un artículo en la ley nacional que declara insalubres ciertas tareas de la enfermería con el fin de establecer regímenes especiales de reducción horaria, licencias, jubilación y provisión de elementos de protección, y sin embargo, este artículo no fue reglamentado. La falta de normativa sobre la jornada laboral y la no reglamentación del artículo de insalubridad son dos cuestiones clave para entender una de las problemáticas más importantes que enfrenta la ocupación que es el pluriempleo y las largas jornadas laborales. Como veremos, estas problemáticas se encuentran íntimamente relacionadas con el déficit cuali-cuantitativo de trabajadores y con el bajo nivel de remuneraciones, que impulsa a obtener ingresos de distintas fuentes. Esta situación se explica, en primer lugar, por la práctica extendida entre las y los enfermeros de realizar horas extra de manera sistemática, trabajar sábados y domingos y alternar con guardias. Incluso, en la Ciudad de Buenos Aires pueden 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. En segundo lugar, muchos de las y los trabajadores de enfermería trabajan simultáneamente para el sector público y el privado.

Ante esta problemática, surgieron en los últimos años una serie de proyectos de ley que apuntan a la cuestión de la insalubridad con el fin de aminorar tanto la existencia del pluriempleo y las largas jornadas laborales, como sus costos (estrés, cansancio, desgaste físico, etc.). Estos proyectos proponen licencias especiales con el fin de prevenir el estrés laboral, un régimen previsional diferen-

14 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. de actividad y por categoría; tampoco sobre jerarquías, registro, modalidad de contratos, etc. El último análisis sobre el empleo en enfermería fue realizado por Abramzón en el año 2005, financiado por la OPS, utilizando datos del Censo 2001, que sí contiene información sobre ocupación por rama de actividad y por categoría, y otros datos que le fueron proporcionados especialmente para ese estudio. Sin embargo, Abramzón (2005) sólo proporciona datos para la categoría de licenciadas/os.

cial 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.¹⁵

Los testimonios resultan ilustrativos para entender por qué se discute la cuestión de la insalubridad. En primer lugar, las y los entrevistados relacionan las largas jornadas y el pluriempleo con el ausentismo, y este último con la sobrecarga de pacientes (debido en gran parte a la falta de recursos humanos).¹⁶ Así, señalan los costos que esta estructura tiene no solo en términos de la calidad con la que se puede cuidar en estas condiciones sino también los costos a la salud mental y física de las y los trabajadores de enfermería:

-“*Materiales tenemos, todo lo que quieras. Pero personal no*” -¿**Sienten que los sobrecargan de tareas?** -“*Sí*” (Enfermera entrevistada n° 3)

-“*Fundamentalmente lo que más prima es el tema de la sobrecarga de pacientes. Y eso por el déficit de enfermeros que hay, porque ese mismo déficit de enfermeros produce un nivel alto de ausentismo, como total tienen doble empleo, la hora extra, aunque le pongas el plus por presentismo, le permiten obtenerlo igual. Entonces es como un círculo cerrado, la sobrecarga de pacientes*” (Referente sindical, mujer, ATSA Buenos Aires)

-“*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, (...) y los que trabajan de noche trabajan noche por medio, pero vos podés tener un enfermero que trabaja noche por medio en una institución y sale de esa guardia y entra a otro hospital a trabajar a la mañana. Después vos me decís ¿cómo cuida ese enfermero? Y, claro... en qué condiciones. Pero esa es la realidad, en general las estructuras, las organizaciones de horarios de trabajo pareciera que están hechas en función a permitir que tengan doble empleo. Y el ausentismo muchas veces, la mayoría de las veces, tiene que ver con esta situación de estrés, que están planteadas como situaciones de carpeta médica psiquiátrica. Porque es así en algunos lugares, hay ataques de pánico, desgaste emocional, hay un montón de maneras de llamarla pero se refleja en el ausentismo, en el elevado ausentismo*” (Directora de carrera, universidad privada)

15 *Ibidem.*

-“*La enfermera 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, (...)*

16 Esta relación se corresponde con la evidencia de la investigación realizada por Novick *et al.* (2012) sobre la imagen que los trabajadores de la salud tienen de sus condiciones de trabajo. Los autores encontraron que en el caso del personal de enfermería un principal factor de riesgo señalado es la intensidad de trabajo por ausencias de personal (Novick *et al.*, 2012: 41-44).

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 MSAL)

Al mismo tiempo, según las y los entrevistados, las situaciones de pluriempleo se asocian a los bajos salarios:

-“La mayoría [tiene doble trabajo]” (Enfermera entrevistada nº 2)

-“Realmente (...) el personal de enfermería es un personal que tiene un trabajado arduo, trabaja muchas horas, no está bien pago, tiene que tener varios empleos” (Funcionario MSAL)

-“[El pluriempleo] se atribuye a (...) que el sueldo no alcanza, un trabajo solo no alcanza” (Enfermero 1 entrevistado)

Ahora bien, resulta interesante que en los testimonios de los referentes de la ocupación surge la cuestión de que la estructura del sector está preparada para el doble empleo y lo promueve, tal como expresó arriba la directora de carrera de enfermería. De la misma forma, otros referentes entrevistados subrayaron el carácter estructural de esta configuración:

80

-“El sistema está preparado para el pluriempleo, es así, y el doble empleo existe en todos lados y hasta es estructural. (...) 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 MSAL)

En este sentido, además de la falta de normativa, encontramos la incidencia de la organización de la ocupación para explicar el pluriempleo y las largas jornadas laborales. Cuando consultamos sobre la propuesta de declarar a la ocupación como insalubre, cuya principal consecuencia sería la reducción de la jornada laboral y entonces la imposibilidad de realizar horas extra en forma de módulos, varias de estas cuestiones estructurales salieron a la luz, mostrando los focos de resistencia tanto desde las estructuras de poder como desde los propios enfermeros/as para producir cambios:

-“Los enfermeros no entienden que es mejor un mejor salario que las horas módulo. No pelean por un mejor salario, quieren pelear por los módulos. Cuentan con esa plata” (Referente sindical, mujer, ATE Capital Federal)

-¿O sea el problema sería también que los enfermeros no estarían de acuerdo con

esto? [declarar insalubre la ocupación y trabajar menos horas] - *“En las condiciones actuales no, porque vos tenés que hacer una inversión de duplicar la planta de enfermería. Para implementar estas leyes tenés que ver la masa salarial, cuánto costaría la implementación de estas leyes; sacar una caja presupuestaria que de alguna manera te financie este proceso”* (Referente sindical, varón, ATE Capital Federal)

- *“Tendría que sumarle un sueldo digno para poder vivir con un trabajo de 6 horas. Pero el Estado tiene que hacer esos números y tiene que contratar el personal para cubrir”* (Referente sindical, mujer, ATE Capital Federal)

-¿Y si está la plata para pagar módulos por qué no contratar más gente?

- *“[Porque es] más barato. Son \$3000 [lo que pagan por módulos por enfermero], [contratar] un enfermero vale \$7000”* (Referente sindical, mujer, ATE Capital Federal).

- *“Dos cuestiones para analizar. Primero que está flexibilizado y el día que yo quiero recortar recorto por ahí [se refiere al Estado como empleador]. Y después la parte de los aportes patronales se ve reducida [porque los módulos son horas extra que no cuentan para el cálculo de los aportes patronales]. Ahora, si eso se produjera, mañana tenés que aumentar al doble a las enfermeras, porque ya lo toman como un modelo de vida, sus ingresos están con 20 módulos adentro. Si mañana vos decís vamos a tomar el doble de enfermeras, porque ese sería el escenario que te encontrás hoy, rápidamente tenés una crisis con esto porque lo tienen que incorporar al salario”* (Referente sindical, varón, ATE Capital Federal)

-¿Qué implicaría declarar insalubre a esta ocupación? - *“Sería adecuar toda la estrategia, la cama [se refiere a la cantidad de camas disponibles para internación], los protocolos de trato hacia los pacientes, (...) los horarios, (...) no se arregla ni con guita ni con licencia”* (Referente sindical, varón, ATE Capital Federal)

De hecho, en la provincia de Buenos Aires en agosto de 2013 se declaró insalubre el trabajo del personal no profesional de los hospitales bonaerenses (técnicos, administrativos, enfermeros, camilleros, vigilancia, etc.) reduciendo en consecuencia la edad jubilatoria y la carga horaria semanal, quedando sin posibilidad de generar ingresos por horas extra. Consultada sobre los efectos de esta medida, una de las enfermeras entrevistadas señaló:

- *“Fue solamente reducción horaria. No hubo un incremento [de sueldo]. (...) Entonces fue consensuado con todo el plantel de enfermería si queríamos quedarnos como estábamos o a las seis horas. (...) Pero parece ser que la ley nos va a obligar en estos últimos meses a pasar a las 6 horas”* (Enfermera entrevistada n° 10)

Cuando consultamos sobre qué sucedería si se declara insalubre a la ocupación con el fin de reducir la jornada laboral encontramos en todos los testimonios la referencia a la problemática del déficit cuali-cuantitativo de recursos humanos. En este sentido, cabe preguntarse si declarar a la enfermería como tarea insalubre podría agravar el déficit de trabajadores, dada la organización actual de la ocupación, preparada para el doble empleo y las dobles jornadas. 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.¹⁷ Por otro lado, muchos referentes de la ocupación manifiestan 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.

V. Reflexiones finales

82 Este artículo ha indagado sobre la incidencia de ciertos factores político-institucionales en la configuración de las condiciones laborales y salariales de la enfermería en nuestro país. Manifestando la multiplicidad de factores que explican esta situación y su interrelación, se examinaron los mecanismos a través de los cuales los múltiples niveles de fragmentación del sector, de la representación gremial y de la normativa, estarían incidiendo en la presencia de altos niveles de dispersión salarial, en el marco de niveles salariales bajos, pluriempleo y largas jornadas laborales. Por lo tanto, si bien no agotan la dimensión político-institucional, estas características de la representación gremial resultan fundamentales para entender las (deficientes) condiciones laborales de la enfermería en nuestro país.

17 Proyecto de ley diputada Ocaña (Expediente 3208-D-2012, 21/05/2012), Proyecto de ley diputado De Narváez (Expediente 2558-D-2012, 26/04/2012), Proyecto de ley diputada Regazzoli (Expediente 1566-D-2011, 06/04/2011), Proyecto de ley senadora Díaz y Senador Martínez (Expediente 1041/11, 10/05/2011), Proyecto de Ley senadora Giménez (Expediente 1894/12, 22/06/2012), 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).

En consecuencia, revertir esta situación requiere no sólo reestructurar la normativa de la ocupación sino que resulta imprescindible aplicar medidas tendientes al fortalecimiento de la representación sindical de este colectivo laboral. El objetivo sería mejorar el poder de negociación de sus demandas específicas, en pos de alcanzar pisos salariales más elevados que reduzcan, a su vez, la necesidad de duplicar las jornadas laborales y de recurrir al doble empleo.

Diferentes intentos de reforma reciente, analizados en este artículo a través de varias propuestas presentadas en los últimos años como parte de proyectos de ley, son pasos en el sentido correcto de un sendero de reformas que deberán combinarse para que tengan efectos en las condiciones laborales de las y los enfermeros. Sin embargo, los testimonios recabados también ponen de manifiesto los desafíos que enfrentan este tipo de propuestas normativas. En este sentido, se observa la existencia de múltiples tensiones, que deben ser tenidas en cuenta al momento del diseño e implementación de políticas públicas. Por un lado, encontramos la tensión entre la propuesta de centralizar la negociación salarial y la fragmentación presupuestaria, la cual fue señalada por los referentes en reiteradas oportunidades aludiendo a la experiencia en el sector educativo. En esta tensión es donde más claramente se puede observar la influencia del componente de cuidado para pensar en los desafíos específicos de este tipo de ocupaciones. Otra de las tensiones identificadas refiere a la propuesta de restringir la jornada de trabajo mediante la declaración de la insalubridad. Dificilmente se pueda atacar el pluriempleo sin modificar las condiciones que generan la necesidad de recurrir a este: salarios bajos y déficit de personal en ejercicio.

Así, el re-diseño de la normativa deberá tener en consideración el diseño y aplicación de otras medidas, en especial aquellas que tiendan a paliar el déficit cuali-cuantitativo del personal de enfermería, tales como políticas de capacitación y contratación de personal, de fortalecimiento de la capacidad de financiamiento en las distintas provincias y jurisdicciones, y de consolidación de un sistema de información integral, entre otras estrategias que resultan necesarias en función de las características específicas que se detectan para el caso de este colectivo laboral.

Sin duda, todas estas cuestiones enfrentan el gran desafío de tratarse de políticas dirigidas hacia una ocupación que está inmersa en un sistema de salud complejo y fragmentado. Por lo tanto, difícilmente puedan lograrse avances sustantivos en la medida en que no se priorice la necesidad de fortalecer la presencia estatal en la regulación, coordinación y provisión de servicios de salud y el fortalecimiento del componente nacional del gasto público en el total del gasto en salud (PNUD, 2011; Tobar, Olaviaga y Solano, 2012).

En lo que hace al campo concreto de la enfermería, el contar con personal bien remunerado y con jornadas laborales adecuadas constituye, no sólo una reparación justa y necesaria respecto a los propios trabajadores, sino también uno de los pilares necesarios para poder garantizar una provisión de servicios de cuidado de calidad.

Bibliografía

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

ABRAMZÓN, Mónica C. *et al.* (2010), “Aportes para el desarrollo de un sistema de información integral de recursos humanos en salud en Argentina”, en *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 nro 9, Buenos Aires, Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social (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”, trabajo presentado en *10° Congreso Nacional de Estudios del Trabajo*, organizado por Asociación de Especialistas de Estudios del Trabajo (ASET), 3 al 5 de agosto de 2011, Buenos Aires, Argentina.

BUDIG, Michelle J. y MISRA, Joya (2010), “How care-work employment shapes earnings in cross-national perspectives”, en *International Labour Review*, vol. 149, nro. 4.

ENGLAND, Paula, BUDIG, Michelle J. y FOLBRE, Nancy (2002), “Wages of virtue: The relative pay of care work”, en *Social Problems*, vol. 49, nro. 4.

ESQUIVEL, Valeria (2010), “Trabajadores del cuidado en la Argentina. En el cruce entre el orden laboral y los servicios de cuidado”, en *Revista Internacional del Trabajo*, vol. 129, nro. 4.

ESQUIVEL, Valeria (2011), “La economía del cuidado en América Latina: Poniendo a los cuidados en el centro de la agenda”, en Serie Atando cabos, deshaciendo nudos, Panamá, Programa Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

FOLBRE, Nancy (2006), “Measuring care: Gender, empowerment, and the care economy”, en *Journal of Human Development*, vol. 7, nro. 2.

FOLBRE, Nancy (2008), “Reforming Care”, en *Politics and Society*, vol. 36, nro. 3.

FOLBRE, Nancy y NELSON, Julie (2000), “For love or money – or both?”, en *Journal of Economic Perspectives*, vol. 14, nro. 4.

MACEIRA, Daniel y CEJAS, Cintia (2010), “Recursos humanos en salud. Una agenda para el gobierno nacional”, Documento de Políticas Públicas, Recomendación nro 82, Programa de Salud, Área de Desarrollo Social, Buenos Aires, Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento (CIPPEC).

NOVICK, Marta *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., Organización Panamericana de la Salud (OPS)*.

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, Organización Panamericana de la Salud (OPS) - Organización Mundial de la Salud (OMS).

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS) (2004), Servicios de enfermería y partería para contribuir al logro de la equidad, el acceso, la calidad y la sostenibilidad de los servicios de salud, Documento de la Organización de Servicios de Salud, Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud (OPS).

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS) (2011), Regulación de la enfermería en América Latina, Serie Recursos Humanos para la Salud nro° 56, Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud (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.

PEREYRA, Francisca (2013), “El acceso desigual a los derechos laborales en el servicio doméstico argentino: una aproximación desde la óptica de las empleadoras”, en *Revista de Estudios Sociales*, nro. 45.

PEREYRA, Francisca (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.

PÉREZ OROZCO, Amaia (2009), Global perspectives on the social organization of care in times of crisis: Assessing the situation, Gender, Migration and Development Series, Working Paper nro 5, Santo Domingo, Instituto Internacional de Investigaciones y Capacitación para la Promoción de la Mujer (INSTRAW), de ONU Mujeres.

PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO (PNUD) (2011), El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros, Buenos Aires, Programa Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

RAZAVI, Shahra (2007), The political and social economy of care in a development context: Conceptual issues, research questions and policy options, Gender and Development Programme Paper nro 3, Ginebra, Instituto de Investigaciones de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social (UNRISD).

RAZAVI, Shahra y STAAB, Silke (2010), “Mucho trabajo y poco salario. Perspectiva internacional de los trabajadores del cuidado”, en *Revista Internacional del Trabajo*, vol. 129, nro. 4.

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

TOBAR, Federico, OLAVIAGA, Sofía y SOLANO, Romina (2011), “Retos postergados y nuevos desafíos del sistema de salud argentino”, Documento de Políticas Públicas, Análisis nro 99, Programa de Salud, Área de Desarrollo Social, Buenos Aires, Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento (CIPPEC).

TOBAR, Federico, OLAVIAGA, Sofía y SOLANO, Romina (2012), “Complejidad y fragmentación: las mayores enfermedades del sistema sanitario argentino”, *Documento de Políticas Públicas*, Análisis nro 108, Buenos Aires, Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento (CIPPEC).

WAINERMAN, Catalina H. y GELDSTEIN, Rosa N. (1990), “Condiciones de vida y trabajo de las enfermeras en Argentina”, en *Cuadernos del CENEP* nro 44, Buenos Aires, Centro de Estudios de Población (CENEP).

86

Normativa citada (por tipo y fecha)

Convención Colectiva de Trabajo N° 107/75, 24 de junio de 1975, y sus reformas: Acta del 26/01/90 - Resol. DNRT N° 670 - Acta del 16/12/1991- Resol. DNRT nro 299. Dirección Nacional de Relaciones del Trabajo (DNRT) del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS).

Convención Colectiva de Trabajo nro 122/75, 24 de junio de 1975, y sus reformas: 30/01/90 - Resol. DNRT N° 760/90; 24/05/90 - Resol. DNRT 2141/90; 30/03/92 - Resol. DNRT N° 1007. Dirección Nacional de Relaciones del Trabajo (DNRT) del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS).

Convención Colectiva de Trabajo nro 103/75, 25 de junio de 1975, y sus reformas: 24/01/90 - Resol. DNRT N° 667. Dirección Nacional de Relaciones del Trabajo (DNRT) del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS).

Expediente 1566-D-2011, publicado en Trámite Parlamentario nro. 23, fecha: 06/04/2011. Plan nacional de desarrollo de la Enfermería. Declarar la emergencia nacional de los recursos humanos en Enfermería. Promover su inclusión en el artículo 43 de la ley 24521 de educación superior. Diputada Regazzoli.

Expediente 888/11, fecha: 28/04/2011. Proyecto de ley declarando la emergencia nacional de los recursos humanos en Enfermería. Senadora Parrilli y otros.

Expediente 1032/11, fecha: 09/05/2011. Proyecto de ley declarando la emergencia nacional de los recursos humanos en Enfermería. Senadora Osuna y Senadora Rojkes de Alperovich.

Expediente 1041/11, fecha: 10/05/2011. Proyecto de ley declarando la emergencia nacional del personal en enfermería y estableciendo una política de Estado para su superación. Senadora Díaz y Senador Martínez.

Expediente 2020-D-2012, publicado en Trámite Parlamentario nro. 26, fecha: 11/04/2012. Régimen previsional especial para los trabajadores que ejercen la Enfermería: modificación de la ley 24004. Diputada Regazzoli.

Expediente 2411-D-2012, publicado en Trámite Parlamentario nro. 33, fecha: 20/04/2012. Ratificación del convenio sobre empleo y condiciones de trabajo y de vida del personal de Enfermería N° 149 adoptado por la organización internacional del trabajo en su conferencia general nro 63 con fecha 21 de junio de 1977. Diputada Argumedo.

Expediente 2558-D-2012, publicado en Trámite Parlamentario nro. 37, fecha: 26/04/2012. Creación del plan federal de formación y empleo de enfermeros. Diputado De Narváez.

Expediente 2947-D-2012, publicado en Trámite Parlamentario nro. 45, fecha: 10/05/2012. Ley de incentivos para los trabajadores de la salud en zonas rurales. Diputado Fiad.

Expediente 3208-D-2012, publicado en Trámite Parlamentario nro. 52, fecha: 21/05/2012. Declarar la emergencia nacional de los recursos humanos de Enfermería; promover su inclusión en el artículo 43 de la ley 24521, de educación superior y modificación de la ley 24004. Diputada Ocaña.

Expediente 1894/12, fecha: 22/06/2012. Proyecto de ley creando el plan nacional de desarrollo de la Enfermería. Senadora Giménez.

Expediente 5486-D-2012, publicado en Trámite Parlamentario nro. 100, fecha: 10/08/2012. Licencia especial paliativa preventiva del estrés laboral de 10 días hábiles a trabajadores no profesionales y trabajadores del área de Enfermería del sector estatal de salud mental. Diputado Harispe.

Expediente 7323-D-2012, publicado en Trámite Parlamentario nro. 145, fecha: 16/10/2012. Ejercicio de la Enfermería. Régimen para el Ejercicio de la Enfermería Reforma de la ley 24.004. Diputado Rivas.

Ley N° 24.004/91. Ley de Ejercicio de la Enfermería. Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina. 23 de octubre de 1991.

Proyecto de ley “Trabajo insalubre y 6 horas para enfermería”. Diputado Ramal. Disponible en <http://www.tribunadesalud.com.ar/node/653>.

Resolución 3/2014 Salario Mínimo, Vital y Móvil, Consejo Nacional del Empleo, la Productividad y el Salario Mínimo, Vital y Móvil, Buenos Aires 01/09/2014.

Resumen

Las condiciones de trabajo de la enfermería en Argentina: algunos determinantes político-institucionales

Ariela Micha

Las y los trabajadores de la enfermería conforman una ocupación altamente feminizada y con alto contenido de cuidado directo en sus tareas. En Argentina, el panorama laboral de la enfermería se caracteriza por los bajos salarios, la persistencia de precarización de las formas de contratación, el pluriempleo, la sobrecarga laboral y la carencia en infraestructura e insumos. Ante esta problemática, este artículo se propone contribuir en la reflexión sobre algunos factores político-institucionales que estarían incidiendo en la configuración de estas deficientes condiciones laborales. Sin pretender agotar el espectro de determinantes de la situación laboral de esta ocupación, el

artículo busca dar cuenta del importante rol que cumple la representación gremial y las características que adquiere en nuestro contexto nacional. Así, el trabajo explora la forma en que los múltiples niveles de fragmentación gremial estarían generando una pérdida de fuerza de las demandas específicas de los trabajadores de enfermería, y cómo esto incide en la configuración de salarios bajos con altos niveles de dispersión, pluriempleo y largas jornadas laborales. A su vez, se presta atención a proyectos de cambios normativos que buscan paliar las deficiencias de la actual situación, teniendo en cuenta las tensiones y resistencias al cambio por parte de los diferentes actores involucrados.

89

Palabras clave:

(enfermería)
(condiciones laborales)
(trabajadores del cuidado)

Abstract

Working conditions of nursing in Argentina: a reflection on selected political and institutional factors

Ariela Micha

90

Nursing is a highly feminized occupation, which involves a high level of direct care. In Argentina, the job outlook for nursing is characterized by low wages, the persistence of precarious forms of contracting, multiple job-holding, work overload, and lack of infrastructure and inputs. Given these issues, this article aims to contribute to the reflection on how some political and institutional factors are affecting the configuration of these poor working conditions. Without claiming to address the full spectrum of determinants of the employment status of this occupation, the article seeks to explain the

important role of union representation and the characteristics it acquires in our national context. In this way, the multiple levels of union fragmentation and its consequences in terms of a loss of bargaining power for the specific demands of workers in nursing are explored, and how this affects the configuration of low wages with high levels of dispersion, multiple job-holding, and extensive working hours. In turn, attention is given to projects seeking regulatory changes to address the shortcomings of the current situation, taking into account the multiple resistances to change.

Keywords:

(nursing)
(labor conditions)
(care workers)