

Concurso Bicentenario de la Patria – 2009

**PERCEPCIÓN SOBRE LAS CONDICIONES Y
MEDIOAMBIENTE DE TRABAJO, SU IMPACTO SOBRE LA
SALUD Y LA PREVENCIÓN EN ENFERMERÍA.**

**EL CASO DE TRES HOSPITALES PROVINCIALES
INTERZONALES DEL GRAN LA PLATA**

AUTORES:

Horrac, Beatriz (coordinadora)

Disipio, Silvina

García, María Inés

Occhi, María José

Vadurro, Sandra

INSTITUCIÓN

Programa de Educación Permanente en Salud y Trabajo. Subsecretaría de Coordinación y Atención de la Salud. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires

AÑO 2010

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	04
Fundamentación.....	04
Reseña del contexto local en salud y seguridad en el trabajo.....	07
TEMA.....	09
PROBLEMA.....	09
OBJETIVOS.....	09
DEFINICIÓN DE VARIABLES.....	10
PROCEDIMIENTOS METODOLÓGICOS	
1. Tipo de estudio.....	13
2. Población estudiada.....	13
3. Fuentes de datos.....	14
4. Organización y análisis de los datos.....	14
5. Plan de trabajo.....	14
MARCO TEÓRICO	
1. Salud y Trabajo.....	16
2. Las Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (CyMAT).....	16
2.1. El proceso de Trabajo y los Factores de las CyMAT.....	16
2.2. La dimensión subjetiva de las CyMAT.....	17
3. Enfoque de Género.....	19
3.1. Enfoque de género y trabajo.....	19
3.2. Mujeres en el sector salud.....	21
DESARROLLO DEL ESTUDIO.....	26
CONCLUSIONES.....	26

PROPUESTAS.....

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....

ANEXOS.....

INTRODUCCIÓN

Esta investigación, encarada por el equipo interdisciplinario del Programa de Educación Permanente en Salud y Trabajo cuenta con el aval de la Dirección de Hospitales del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, dado que se enmarca en los ejes estratégicos definidos por la actual gestión ministerial.

Este informe se centra en la percepción que tienen las enfermeras acerca de las condiciones y medio ambiente de su propio trabajo, del impacto de estas sobre su salud y su participación en acciones preventivas.

Si bien existen en la literatura científica numerosos estudios que abordan la problemática de este colectivo de trabajo, con esta investigación se pretende aportar datos que derivan de una metodología cualitativa, poniendo el acento en el punto de vista de las trabajadoras y analizando los resultados a la luz del enfoque de género.

Este trabajo se apoya en la conceptualización de las condiciones y medio ambiente de trabajo desde su dimensión subjetiva y el enfoque de género como construcción cultural en relación a la equidad.

En función de la profundidad con la que se quiso abordar el tema se seleccionó una pequeña muestra constituida por auxiliares de enfermería, enfermeras profesionales y licenciadas que se desempeñan en hospitales interzonales de la Región Sanitaria XI (La Plata y Gran La Plata).

Se utilizó la técnica de entrevista semiestructurada por resultar pertinente los objetivos y coherente con la unidad de estudio.

Fundamentación

Desde la creación de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) en 1919, la no discriminación y la promoción de la igualdad constituyen principios fundamentales que sustentan la labor de la institución. Estos principios también forman parte integrante del Programa de Trabajo Decente de la OIT: Promover el trabajo decente y productivo en condiciones de libertad, igualdad, seguridad y dignidad de la persona humana. Todos los trabajadores tienen derecho a tener un trabajo digno, no son la excepción quienes trabajan en el área de la prestación de cuidados, área en la que predominan las mujeres.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) sostiene que todos los trabajadores deben poder disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental y de condiciones de trabajo acordes.

La República Argentina junto a los 193 países de la OMS, aprobó durante la 60 Asamblea Mundial de la Salud, a fines de mayo 2007, el Plan Mundial sobre la Salud de los trabajadores y trabajadoras para el período 2008-2017, que dirigirá sus esfuerzos a la

Establece la necesidad de fomentar la coordinación intersectorial y, en particular, el fortalecimiento de los Ministerios de Salud en el trabajo conjunto con otros ministerios competentes y partes interesadas desde un enfoque preventivo.

A través del relevamiento de las principales bases bibliográficas de América del Sur y el Caribe, el investigador chileno Parra Garrido concluye que son escasos los informes de investigación que aborden la salud de las trabajadoras con una óptica de género, y que muchos de ellos especialmente los realizados en colaboración con movimientos sindicales o feministas tampoco se publican, lo que hace muy difícil la realización de estudios sistemáticos.

El Ministerio de Salud de la Provincia de Bs. As. ha definido a la Salud de los Trabajadores como uno de sus ejes estratégicos, estableciendo una línea de acción orientada a la mejora de las condiciones de trabajo del personal hospitalario.

Dentro del sector de la salud existe amplio consenso acerca de que la enfermería constituye el colectivo en crisis de mayor importancia por su incidencia en la atención de salud de la población. Esta crisis esta caracterizada por: el déficit de la cantidad de enfermeros en la relación a las necesidades de la población (2,2 por mil habitantes en la república Argentina, contra 8,1 en la UE); la distribución según nivel de formación que marca la escasa profesionalización del sector (63% de auxiliares, 30% de enfermeras profesionales y solo 7% de licenciadas); la relación proporcional inadecuada médico-enfermero: en Argentina hay menos de 1 enfermera por médico, cuando la recomendación internacional es de 3; el deterioro de condiciones de trabajo del sector a lo largo de las últimas décadas.

La provincia de Bs. As. tiene casi el 75% del personal de enfermería del país con un 73% de auxiliares; La edad promedio de este personal es de 49 años, por lo que debe preverse un importante egreso en los próximos años; la sobrecarga de trabajo del sector se manifiesta en deserciones y ausentismo elevados (PROYECTO DE LEY S-2011/09)

En base a este diagnóstico y tomando en cuenta el faltante de personal y el creciente requerimiento de nuevas incorporaciones debido a la inauguración de nuevos hospitales en los próximos años, el Ministerio de Salud Provincial ha establecido el Programa Provincial de Desarrollo Integral de Enfermería Eva Perón.

Como antecedentes de investigación vinculados a la temática desde el Ministerio de Salud de la Provincia, el Programa de Mejora de Atención a la Comunidad en Hospitales Públicos realizó en 2007 una investigación sobre satisfacción laboral en personal de salud.

Para aportar al diagnóstico del sector y como otro antecedente de investigación en la temática, el Programa de Educación Permanente en Salud y Trabajo del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (RESOLUCIÓN 6820/07), ha coordinado la elaboración de los mapas de riesgo de más de 40 Sectores del hospital San Juan de Dios. Las numerosas entrevistas grupales realizadas dan cuenta de la heterogeneidad en cuanto a la percepción de peligros y evaluación de riesgos entre los distintos grupos de trabajadores así como de la particular situación laboral de las mujeres que ocupan puestos de enfermería. Los interrogantes que estos datos generaron en el equipo interdisciplinario del Programa, así como el diagnóstico sobre el sector, arriba mencionado, motivan el interés de esta investigación.

La misma se centra en la percepción que tienen las enfermeras acerca de las condiciones y medio ambiente de su propio trabajo, del impacto de estas sobre su salud y su participación en acciones preventivas.

El interés de abordar este estudio desde una perspectiva de género radica en que las mujeres constituyen la mayoría del personal de enfermería, en la escasez de informes de investigación que aborden la salud de las trabajadoras con una óptica de género, y en que este enfoque permite analizar las desigualdades innecesarias, en relación con el trabajo, favoreciendo la imprescindible participación para el desarrollo de la promoción de la salud y prevención de riesgos en el ámbito laboral.

En la Provincia de Buenos Aires, y según los datos obrantes en la oficina de Estructuras y Planteles Básicos de la Dirección Delegada de Personal del Ministerio de Salud, de los 4196 enfermeros encuadrados en la Ley 10430, 3435 son mujeres y 761 varones; entre los auxiliares de enfermería, sobre un total de 4514, 3558 son mujeres y 956 varones. En cuanto a los Licenciados en Enfermería, profesionales incorporados a la Ley de Carrera Hospitalaria hace 4 años, sobre un total de 406, 344 pertenecen al sexo femenino y 62 al sexo masculino, según datos obrantes en la misma Dirección.

Cabe mencionar que el investigador Parra Garrido (2002) repasa la producción académica de los últimos años referida a la salud laboral de las mujeres y devela un divorcio entre la investigación orientada hacia la acción y el mundo académico. Para sortear este obstáculo, consideramos de sumo interés para esta investigación tomar en cuenta la perspectiva de las propias trabajadoras.

La participación y el compromiso de las enfermeras en este estudio permitirán encontrar algunas pistas en cuanto a acciones preventivas y mejoras en la organización del trabajo del sector, con doble impacto: el cuidado de la salud de los trabajadores y la mejor atención a la comunidad.

La discusión de las conclusiones con distintos actores institucionales (representantes del empleador y gremiales) así como con representantes del colectivo Enfermería generará

el necesario intercambio de saberes para elaborar estrategias preventivas y reformular la organización del trabajo adecuadamente. Es así como este trabajo pretende aportar al diseño de políticas de promoción y prevención de la salud en el ámbito laboral, en particular referidas a la gestión de recursos humanos en el sector salud.

Al respecto, cabe señalar que, desde hace ya más de un año, el gobierno de la Provincia de Buenos Aires ha definido una política pública vinculada a la Gestión Participativa de Salud y Seguridad en el Trabajo. En este sentido, la creación de la Comisión Mixta de Salud y Seguridad en el Empleo Público a fines del 2008 ha puesto de manifiesto la importancia que, desde el Poder Ejecutivo Provincial, se da a la participación de los trabajadores en la gestión de Salud y Seguridad en el Trabajo en tanto reaseguro para el desarrollo de acciones preventivas eficaces. En este marco, el Ministro de Salud ha convocado a los gremios del sector a elegir representantes para integrar la Comisión Jurisdiccional Mixta, que ha iniciado sus reuniones preparatorias. Esta comisión mixta se plantea impulsar la participación de los trabajadores a nivel hospitalario para la mejora de las CyMAT.

Esta investigación podría constituir un aporte al diagnóstico participativo sobre las condiciones de trabajo del sector salud y sustento para alguna de las líneas del plan de trabajo de la Comisión y de los Comités Mixtos hospitalarios.

Reseña del contexto local en Salud y Seguridad en el Trabajo

Los años 90 se han visto signados por un aumento de la precarización y de la baja calidad del empleo, que a su vez devino en un empeoramiento en las condiciones de salud y seguridad en el trabajo y un crecimiento de la accidentabilidad (pese al subregistro). En ese contexto hubo un retroceso en las experiencias de participación de los trabajadores en cuanto a la defensa de su salud y mejora de las condiciones de trabajo.

Para superar la situación mencionada, la modernización de las relaciones laborales tiene que incluir entonces la mejora de las condiciones en que se prestan, y traer al centro de la escena la dimensión preventiva de los riesgos del trabajo. El cumplimiento de la jornada legal de trabajo, la promoción de comités mixtos de salud y seguridad en el trabajo, y de la figura del delegado de prevención, aparecen como puntos importantes en la agenda laboral del nuevo siglo XXI. (SAN JUAN, 2003)

Actualmente, nuestro país ha comenzado a dar señales de cambio. En el caso de la provincia de Buenos Aires se pueden citar algunos ejemplos en materia de política pública vinculada a la Gestión de Salud y Seguridad en el Trabajo, tales como la creación de la Comisión Mixta de Salud y Seguridad en el Empleo Público, la puesta en marcha del proceso de incorporación de trabajadores becados a la planta permanente de los hospitales, la formación abierta a nuevos profesionales de la enfermería a través del Programa

Provincial de Desarrollo Integral de Enfermería Eva Perón, para su incorporación futura al sistema público de salud.

De la misma forma, las organizaciones sindicales vienen presentando una creciente lucha por los derechos de los trabajadores, y es así que se han incrementado las denuncias por las centrales sindicales o por los sindicatos debido a causas relacionadas con la salud y seguridad del trabajador. Por otra parte, desde hace un tiempo han comenzado a formar a sus delegados y afiliados en temas específicos de salud y seguridad en el trabajo.

TEMA

Percepción sobre las Condiciones y Medioambiente de Trabajo, su impacto sobre la propia salud de las enfermeras y Prevención.

PROBLEMA

Como punto de partida de esta investigación surgen los siguientes interrogantes:

¿Cómo perciben las enfermeras las Condiciones y Medioambiente de su Trabajo, y cómo creen que impactan sobre su propia salud?

¿Qué acciones preventivas ponen en práctica o proponen para controlar o eliminar los riesgos que afectan su salud en el trabajo?

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Objetivo general

Describir las percepciones sobre las Condiciones y Medio ambiente de Trabajo y su impacto sobre la propia salud de las trabajadoras así como las acciones preventivas encaradas o propuestas desde el personal femenino del sector de enfermería.

Objetivos específicos

- Indagar acerca de las percepciones de las enfermeras respecto de Condiciones y Medioambiente de su Trabajo.
- Describir la percepción de las enfermeras acerca de la probabilidad de sufrir accidentes de trabajo o padecer enfermedades profesionales como consecuencia de la exposición de factores de riesgo derivados de las CyMAT.
- Describir la percepción que tienen las enfermeras acerca del impacto de las CyMAT sobre su salud.
- Reconocer las diferencias y similitudes de las percepciones sobre las CyMAT, entre las enfermeras según los diferentes niveles de formación, puestos y sectores de trabajo.
- Identificar las acciones de prevención desarrolladas en el ámbito de trabajo por parte de las enfermeras, y la percepción que tienen acerca de su capacidad para incidir en la prevención.

Definición de variables

- **Percepción sobre las condiciones y medio ambiente de trabajo:** El término percepción es utilizado para describir el proceso que ocurre cuando un evento físico es captado por los sentidos del ser humano y es procesado por el cerebro, donde se integra con anteriores experiencias, para darle un significado. Se debe considerar a la percepción como un producto sociocultural complejo y, por lo tanto, antes de ser un hecho aislado, en términos de sensaciones es en su totalidad una variedad de las características de la personalidad y de la conformación histórica de ésta última en relación a un determinado contexto ambiental, económico, político, social o cultural donde se plasma toda la vida humana. La percepción sobre las CyMAT se enfoca a examinar los juicios de los integrantes de un colectivo de trabajo cuando se les solicita que evalúen sus actividades y las condiciones y medioambiente donde trabajan.

- **Impacto sobre la propia salud de las trabajadoras:** Es el efecto biológico o psicológico que es perjudicial para la salud o el bienestar de las trabajadoras. Este efecto puede evidenciarse en cuatro grandes categorías:

a. **Accidente de trabajo:** Se considera accidente de trabajo a todo acontecimiento súbito y violento ocurrido por el hecho o en ocasión del trabajo, que provoca lesión. Incluye a los accidentes in itinere (acontecimiento súbito y violento que provoca lesión, ocurrido en el trayecto entre el domicilio del trabajador y el lugar de trabajo, siempre y cuando el damnificado no hubiere interrumpido o alterado dicho trayecto por causas ajenas al trabajo)

b. **Enfermedad profesional:** Se consideran enfermedades profesionales aquellas que se encuentran incluidas en el listado de enfermedades profesionales que elabora y revisa el Poder Ejecutivo anualmente, conforme al procedimiento del artículo 40 apartado 3 de la Ley de Riesgos del Trabajo, 24.557. El listado identifica agente de riesgo, cuadros clínicos y actividades.

c. **Enfermedad relacionada con el trabajo:** De acuerdo con la definición de la OMS las enfermedades relacionadas con el trabajo son procesos multifactoriales en los que la ocupación, el trabajo o las condiciones de trabajo pueden ser uno de los muchos factores etiológicos. Las enfermedades cuya etiología es ocupacional solo en un menor grado, e incluso aquellas enfermedades cuya etiología es mayormente no ocupacional, pero cuyas manifestaciones se agravan o se exarcean debido a factores ocupacionales, pueden considerarse como enfermedades relacionadas con el trabajo. Las enfermedades relacionadas con la ocupación, caracterizadas por un largo y silente período de latencia entre el inicio de la exposición al factor causal y la manifestación de la enfermedad están

d. **Padecimiento o dolencia:** enfermedad o alteración de la salud, que provoca malestar a quien la padece, y se diferencia de la enfermedad “objetiva” en que constituye un estado subjetivo percibido por el individuo.

- **Acciones preventivas:** Implementación de propuestas de mejora sobre las CyMAT, que permitan la eliminación o control de riesgos. Tales medidas deberían basarse en la identificación de peligros y evaluación de riesgos, y datos de la vigilancia de la salud de los trabajadores. Las acciones preventivas pueden agruparse en las siguientes categorías:

a. **Medidas técnicas:** se trata de medidas que permiten la eliminación del riesgo por medio de la sustitución de los productos o mediante cambios en el proceso productivo, o permiten controlar el riesgo por controles de ingeniería a través del rediseño de componentes, aislamiento, ventilación, instalación de sensores, alarmas, uso de elementos de protección personal, entre otras. También se incluyen en esta categoría la revisión técnica, reparación, reposición, mantenimiento, limpieza, etc.

b. **Medidas organizativas:** Estas medidas permiten controlar los riesgos mediante cambios en la organización del trabajo tales como reducción del tiempo de exposición, rotación de tareas, aumento del tiempo de las pausas, aumento de la frecuencia de las pausas, redistribución de las tareas, lay out, reuniones de equipo, reuniones de trabajo, cambios en el sistema de comunicación, sistemas de consulta, métodos de trabajo seguro y buenas prácticas, supervisión, actividad física, entre otras.

c. **Capacitación:** es toda actividad destinada a mejorar la actitud, conocimiento, habilidades o conductas de los trabajadores para el desempeño eficiente y seguro de las tareas del puesto que ocupa. Debe responder a las necesidades del trabajador (basarse en datos de identificación de peligros, evaluación de riesgos, siniestralidad y demandas de los trabajadores) y ser accesible a su nivel de comprensión. Toda capacitación debe formar parte de un plan, y contener un fundamento, objetivos claros, la temática que abordará, los

d. **Información en salud y seguridad en el trabajo:** Es un conjunto organizado de datos que constituye un mensaje sobre salud y seguridad en el trabajo, que permitiría resolver problemas y manejarse de manera segura en el lugar de trabajo. La información para que cumpla su objetivo debe ser accesible y comprensible para el trabajador. La misma se puede dar a conocer por medios escritos (cartelería, folletería, circulares, medios electrónicos) y orales (asambleas, reuniones). Las temáticas de salud y seguridad en el trabajo pueden incluir: implementación de nuevas tecnologías, cambios en la organización del trabajo, advertencia de peligros, riesgos, controles de riesgos, auditorías, informes o estadísticas sobre accidentes y enfermedades, procedimientos sobre como actuar frente a un accidente o enfermedad, evacuación y señalización de salidas de emergencia, entre otras.

PROCEDIMIENTOS METODOLÓGICOS

1. Tipo de estudio

Para esta investigación se ha utilizado la metodología cualitativa. El motivo es de pertinencia con los objetivos y coherencia con la unidad de estudio, ya que permite estudiar aspectos tales como, en este caso, las percepciones, visiones, opiniones y sentidos atribuidos por las enfermeras en torno de sus condiciones y medio ambiente de trabajo, posibilitando que hablen de sí, de lo que las rodea, de sus condiciones de vida, de lo que las oprime, amenaza y amedrenta, expresar sus opiniones sobre las instituciones y sobre la organización social en sus sustratos económico-político y cultural.

Se trata de un estudio de tipo exploratorio-descriptivo de corte transversal.

Asimismo es de interés señalar que desde este equipo de trabajo sostenemos que la motivación de desarrollar estudios de investigación, no se trata sólo de conocer una situación, sino de comprenderla en profundidad para poder transformarla, proceso en el cual se entrelazan fuertemente investigación e intervención. Por ello nos enmarcamos en el desarrollo del tipo II de investigación, propuesto por MARCEAU (1996) que en contraposición a la modalidad académica, propone la investigación flexibilizante y contextualizada que responde a problemas locales que requieren resolución.

2. Población estudiada

La muestra está conformada por 10 enfermeras, de las cuales 7 son auxiliares, 3 enfermeras profesionales y 1 Licenciada en Enfermería que se desempeñan en 3 hospitales provinciales interzonales de la Región Sanitaria XI (La Plata y Gran La Plata).

La constitución de la muestra fue intencional en función de poder abarcar la totalidad del problema investigado en sus múltiples dimensiones. Los criterios para la conformación de la muestra se establecieron por consenso de expertos en investigación de recursos humanos en Enfermería de la Provincia de Bs. As., en base a la distribución desigual dada por:

- 3 niveles de formación del personal de enfermería que se desempeña en los hospitales públicos de la Pcia. de Bs. As: auxiliar, enfermera profesional y licenciada en enfermería
- diferentes sectores de trabajo (servicios con diversos niveles de cuidados) en los hospitales públicos de la Pcia. de Bs. As.
- 4 turnos: mañana, tarde, vespertino y noche.
- antigüedad, como mínimo de 5 años.
- edad, entre 31 y 63 años.

3. Fuentes de datos

Los datos se extrajeron de fuentes primarias, a través de entrevistas semiestructuradas con preguntas abiertas, teniendo como eje las variables correspondientes a los objetivos de la investigación.

Para llevar a cabo las entrevistas se utilizó una guía de preguntas previamente formuladas (Ver Anexo 1). Dicha guía fue sometida a análisis por parte de un grupo de expertos en investigación de recursos humanos en Enfermería de la Provincia de Bs. As.

Las entrevistas fueron realizadas en los lugares y horario de trabajo, previa autorización por parte del personal directivo. La participación de las entrevistadas fue voluntaria y se estableció la confidencialidad de los datos de las participantes como acuerdo previo a la realización de las mismas.

Las entrevistas fueron grabadas y transcritas para su posterior análisis.

4. Organización y análisis de los datos

Una vez concluidas las entrevistas y completada la lectura minuciosa de la transcripción, los datos fueron organizados en base a las variables establecidas y en diálogo con el marco teórico y las preguntas que guían la investigación. Las unidades de registro fueron frases seleccionadas de acuerdo a la finalidad del estudio.

El análisis de los datos requirió profundizar la relación entre la base teórica y los resultados obtenidos, incorporando nuevas categorías.

5. Plan de trabajo

Esta investigación se llevo a cabo durante los meses de octubre 2009 a abril 2010.

Durante el mes de octubre, se comenzó la revisión y análisis bibliográfico, construcción de los marcos teórico e histórico.

En el mes de noviembre, se formuló el proyecto de investigación y se solicitó la aprobación institucional del Director Provincial de Hospitales.

Entre diciembre y enero, se realizaron diversas reuniones de trabajo con expertos de referencia provincial en la temática que -además de una visión global sobre el estado actual de la situación en el sector estudiado-, colaboraron en la definición de los criterios de conformación de la muestra y en la revisión de la guía de entrevista.

En el mes de enero, se realizó una prueba piloto de la guía de entrevista y se procedió a los ajustes correspondientes.

Entre los meses de febrero y marzo, se gestionó la autorización ante los Directores de Hospitales y jefes de Enfermería para la realización de las entrevistas en el lugar y horario de trabajo de las enfermeras. Para ello, se presentó el proyecto de investigación y se estableció el compromiso de la discusión de las conclusiones con los distintos actores

hospitalarios.

Las entrevistas tuvieron lugar entre los meses de marzo y abril.

Durante el mes de abril, se procedió al análisis de los datos, la revisión del marco teórico y la elaboración del informe de investigación.

Durante los meses de mayo y junio, se procederá a la difusión y debate del informe de investigación con la diversidad de actores institucionales con interés en la problemática en cuestión: referentes de la jurisdicción, personal técnico-profesional vinculado a la gestión del personal de enfermería, áreas con responsabilidad en la formación y representantes gremiales y trabajadores del sector.

MARCO TEÓRICO

1. Salud y Trabajo

El concepto de salud formulado en la constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que define “la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente a la ausencia de afecciones o enfermedades”.

Dejours (1986) hace un análisis crítico del concepto, “desarrollando la idea de que la salud de las personas es un tema ligado a las propias personas”. Afirma que es imposible definir un completo estado de bienestar y que ese estado es imposible de alcanzar.

En el lugar de trabajo, la salud sufre las influencias del ambiente y de la manera cómo está organizado.

La salud laboral no se refiere sólo a mejoras de las condiciones de trabajo, sino también al grado de libertad que las personas tienen para organizarlo, de manera individual o colectiva, posibilitando el desarrollo pleno de sus habilidades.

A partir de esos parámetros, Dejours (1996) propone una nueva definición: “La salud para cada hombre, mujer o niño es tener medios de trazar un camino personal y original, orientado al bienestar físico, síquico y social”.

Siguiendo a de Souza Minayo (2004) la cuestión de la salud de los trabajadores sale del campo estrictamente médico y va para la arena del conjunto de las reivindicaciones por derechos sociales.

La representación de la salud de los trabajadores es una bandera de transformación de las condiciones de vida y de trabajo, y también de redefiniciones de la política pública.

2. Las Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (CyMAT)

2.1. El proceso de Trabajo y los Factores de las CyMAT

El proceso de trabajo es el acto específico donde la actividad del hombre efectúa, con la ayuda de sus medios de trabajo, una modificación voluntaria de los objetos de trabajo y las materias primas de acuerdo con un objetivo.

La tarea es el trabajo tal como es prescripto de manera exógena al trabajador, estableciendo entre otras cosas: objetivos generales y específicos del proceso de producción, medios de trabajo e instrumentos a utilizar, materias primas, insumos intermedios y demás objetos de trabajo, la organización del proceso de trabajo (división social y técnica), el sistema de jerarquías y de autoridad, procedimientos establecidos (normas codificadas o implícitas) para ejecutar la tarea, pautas u objetivos a lograr en materia de productividad, calidad y tiempos de ejecución.

Del proceso de trabajo derivan los dos conjuntos de factores de las CYMAT:

Condiciones de trabajo, que incluyen: la duración y configuración del tiempo de trabajo, la organización y contenido del trabajo, los sistemas de remuneración, la ergonomía, la transferencia de tecnologías, los modos de gestión de la fuerza de trabajo, los servicios sociales, asistenciales y de bienestar, y las posibilidades de participación. Estas variables contribuyen a conformar los llamados factores psicosociales de riesgo.

Medio Ambiente de Trabajo: en el que se encuentran riesgos del medio ambiente físico, químico, biológico, factores tecnológicos y de seguridad, las catástrofes naturales y desequilibrios ecológicos.

La interrelación de todas estas variables determina el contexto particular de cada puesto de trabajo.

Las Cymat cambian permanentemente a través del tiempo y por eso constantemente deben ser monitoreadas para su posterior evaluación y análisis.

La actividad implica la puesta en juego por parte del trabajador de su “fuerza de trabajo”, éste compromete y pone en acto, en mayor o menor medida, todas las dimensiones de su personalidad, incluyendo las psíquicas y mentales. Las características e intensidad de la actividad configuran la carga global de trabajo, que tiene un impacto particular sobre cada trabajador.

La carga de trabajo tiene tres dimensiones, que se pueden analizar por separado, pero que están interrelacionadas: la carga física (estática y dinámica), carga mental y carga psíquica.

De la carga global de trabajo generada por el proceso de trabajo, derivan los impactos sobre la salud de los trabajadores y los resultados sobre la eficiencia productiva. El impacto sobre la salud puede traducirse en accidentes de trabajo, enfermedades profesionales, enfermedades relacionadas con el trabajo y en las llamadas “dolencias”.

El cansancio permanente por el exceso de trabajo, la alimentación insuficiente, las restricciones obligadas provocadas por los bajos salarios, el desempleo, la incapacidad de lidiar con los esquemas burocráticos e impersonales condicionan un conjunto de manifestaciones que componen el campo de las “enfermedades sentidas” o “dolencias”. Estas son tal vez el cuestionamiento más locuaz y el desafío mayor al modelo biomédico.

2.2. La dimensión subjetiva de las CyMAT

Como ya se ha dicho, las CyMAT están constituidas por un conjunto de variables que influyen sobre la vida y la salud física y mental de cada trabajador de acuerdo a sus capacidades de adaptación y de resistencia a los factores de riesgo. En este sentido, existe una interrelación entre la percepción que al respecto tiene cada trabajador y sus propias estrategias de resistencia en el trabajo.

Entendemos que, tal como definió el Dr Neffa (1995), las condiciones y medio ambiente de trabajo deben ser analizadas tomando en cuenta sus dos dimensiones: objetiva y subjetiva.

Este estudio se centrará en la dimensión subjetiva considerándola fundamental al momento de pensar la mejora de las mismas dado que "nadie está en mejor situación para conocer de qué manera los riesgos profesionales afectan la vida y la salud de los trabajadores, que los mismos trabajadores directamente involucrados". (NEFFA, 1995). Por ende, también se abordarán a partir de la mirada de las enfermeras las repercusiones que, sobre la salud y la vida de cada una de ellas, tiene el trabajo en las condiciones en que efectivamente lo realiza.

El enfoque de la percepción de riesgos le da la posibilidad al trabajador de visualizar la existencia de factores de riesgos presentes en su ámbito laboral, en las relaciones que se establecen en su interior y el estado en que él mismo se encuentra.

Cabe señalar que la participación de los trabajadores es clave no solamente en la primera instancia de identificación de los riesgos derivados de las CyMAT, sino también en las etapas posteriores vinculadas a la actuación preventiva.

Se pone de relieve, entonces, el papel protagónico de los trabajadores en el cuidado de su propia salud, la de sus compañeros, y en las propuestas de mejoramiento de las condiciones y medio ambiente de trabajo a través del mecanismo de la participación.

Según el convenio 187 de la OIT sobre Participación de los Trabajadores en materia de Salud y Seguridad en el Trabajo en Argentina se entiende como participación de los trabajadores, a nivel de las organizaciones, al proceso de construcción colectiva de las acciones de información, formación, consulta y negociación, que permite el ejercicio de sus derechos en materia de salud y seguridad en el trabajo.

Ayorando esta premisa, las Directrices de la OIT (2002), y las Nacionales sobre los Sistemas de Gestión en Salud y Seguridad en el Trabajo (2007) plantea que la participación de los trabajadores es un elemento esencial del sistema de gestión de la SST en la organización. Y sostienen que el empleador debería asegurar que los trabajadores, y sus representantes en materia de SST, sean consultados, informados y capacitados en todos los aspectos de SST relacionados con su trabajo.

En cuanto a las formas de participación Pere Boix y Laurent Vogel (2003) proponen categorías de participación que se presentan en una escala progresiva:

a) Información: es el nivel mínimo indispensable (la desigualdad informativa hace imposible la participación) En este nivel incluimos también la capacitación.

b) Consulta: contar con el punto de vista de los trabajadores pero manteniendo el poder de decisión.

c) Negociación: acuerdos específicos sobre cuestiones que vinculan a las partes (por ejemplo, los convenios colectivos).

d) Codecisión: mediante estructuras paritarias de decisión (máxima implicación de los trabajadores). El Comité Mixto es la institución indicada que mejor recepta el ejercicio de los derechos del trabajador en materia de salud y seguridad en el trabajo.

3. Enfoque de Género

El enfoque de género surge a mediados del siglo XX en el campo de las ciencias sociales como una visión explicativa de la construcción de las relaciones entre hombres y mujeres en una determinada sociedad.

Se utiliza como una herramienta de análisis que permite identificar las diferencias entre hombres y mujeres, y como éstas se traducen en inequidades y desigualdades. Su objetivo es hacer visibles las inequidades y proponer mecanismos de intervención pública para lograr la igualdad de oportunidades y la justicia social.

La premisa básica de la perspectiva de género es considerar que el comportamiento de los seres humanos no está determinado por sus características biológicas, sino por aprendizaje de expectativas sociales respecto a la feminidad y masculinidad.

La llamada vulnerabilidad de género no es tal, en realidad se trata de la inequidad en el acceso a las oportunidades y no a la condición sexual. Esta situación de inequidad esta representada por ejemplo, en la preferencia de contratación de hombres, en la marginación femenina de la capacitación, en la oferta de trabajo inestable, eventual y temporario para las mujeres, la segregación ocupacional debido a estereotipos de actividades que se asocian a la condición de ser mujer, techos invisibles o barreras para progresar en el trabajo, sub-empleo por debajo de su capacidad, cargas múltiples que incluyen la doble y hasta triple jornada, violencia incidental o de control, falta de servicios asistenciales como guarderías infantiles en los lugares de trabajo, entre otras.

Estas inequidades no son privativas del ámbito laboral, y en muchos casos se extienden al ámbito socio-familiar, que a su vez afecta el desempeño laboral de quienes las padecen. Ejemplos de estas situaciones son: la distribución desigual de las labores domésticas y familiares, la labor doméstica no valorada, la labor comunitaria no valorada, la responsabilidad exclusiva de la crianza de los hijos y la violencia intrafamiliar, entre otras.

3.1. Enfoque de género y trabajo

La vida laboral tiene una gran importancia con relación al ordenamiento jerárquico de la sociedad desde el punto de vista de la riqueza, el poder y el prestigio. A su vez, estos generan desigualdades en la distribución de recursos, beneficios y responsabilidades. Puesto que la posición social se relaciona de manera estrecha con las oportunidades que se

presentan y las condiciones de vida, también tiene una fuerte influencia sobre la buena salud. La tajante división del trabajo por razón de género, que se observa a nivel mundial en la esfera doméstica y en la pública, contribuye de manera significativa a determinar la posición social de las mujeres y los hombres en la sociedad y explica su diferente exposición laboral a factores que promueven la salud y factores que la perjudican.

Partimos de definir al género como un modelo de conducta que se construye socialmente y que varía de una sociedad y de un tiempo a otro. A partir de estos modelos se van configurando corporalidades y subjetividades sexualmente diferenciadas y sexualmente diferenciadoras, de tal modo que al tiempo que se construye a “varones” y “mujeres”, se les asigna lugares y roles diferenciados. La productividad de esa construcción se puede ver en la relación entre género y empleo.

Este proceso, mediante el cual se reproducen los estereotipos culturales de género, opera de modo tal que resulta invisibilizado. Así, se tienden a naturalizar los roles de género, asociando a la mujer con características tales como la intuición, dulzura, sensibilidad, discreción, tolerancia, receptividad, contención, comprensión, ternura y altruismo. Como contrapartida, se sostiene la idea de los varones como naturalmente fuertes, agresivos, independientes, decididos, autónomos, con iniciativa, racionales, resolutivos, estables, ambiciosos y eficientes con el dinero. La eficacia de este proceso al momento de establecer una división sexual del trabajo, conlleva a que en general las mujeres se inserten en el mercado laboral mediante ocupaciones destinadas a la satisfacción de necesidades de otros, establecer vínculos muchas veces relacionados con la empatía o lo afectivo, poner orden u organizar la vida de otro.

Existe un vínculo muy estrecho entre las cuestiones ligadas a la igualdad y aquellas relacionadas con la salud en el trabajo. Una distribución desigual del trabajo implica riesgos diferenciados, un acceso desigual al poder supone una invisibilidad mayor de los riesgos de las trabajadoras. Por otra parte, la negación de los riesgos y perjuicios para la salud se apoya en gran medida en la división sexual del trabajo. En el caso de los trabajos femeninos, el recurso a estereotipos que le vienen asociados permite negar los riesgos para la salud de tareas “naturalmente femeninas”

La feminización del mercado laboral se acompaña en muchos casos de condiciones de precariedad. Se verifica segregación horizontal -en tanto la inserción se da bajo una división sexual del trabajo, incorporándose a sectores y tareas históricamente femeninos- que se conjuga con una importante segregación vertical ya que las mujeres suelen ser promovidas a cargos de jefatura en menor proporción que los varones. Por ende, la incorporación creciente de mujeres al mercado de trabajo no implica necesariamente un cambio en las relaciones entre géneros.

La precarización del trabajo, que tiende a invertir desde hace años la tendencia a la consolidación de derechos de los trabajadores, implica también una dimensión de género. Dejours (1990) sostiene que, a pesar de que las reformas y la precarización han afectado a los trabajadores en general, “la situación de las mujeres no se asemeja en nada a la de los hombres en lo que se refiere a sufrimiento psíquico y a los procesos defensivos que están en posición de poder elaborar (...) las defensas colectivas de oficio son molestas para llevar a cabo, a causa de las dificultades específicas que enfrentan las mujeres al querer constituir colectivos de trabajo”.

Todo ocurre como si para poder tener acceso al mercado de trabajo pese al incremento del desempleo, las mujeres se vieran obligadas a sacrificar cierto número de garantías y caer en una situación de sometimiento y adaptación. Las mujeres trabajadoras recurren entonces, para poder sostener la posición alcanzada, a numerosas estrategias defensivas que les permiten sobre-adaptarse al deterioro de las condiciones laborales, anteponiendo el cumplimiento de las tareas que impone el proceso de trabajo, al cuidado de su propia salud. Las trabajadoras quedan atrapadas

El enfoque de género trata de recuperar diversas dimensiones de la subjetividad y la interculturalidad teniendo en cuenta las relaciones de poder en juego en el trabajo; por ello, resulta clave para esta investigación sobre un sector mayoritariamente cubierto por mujeres.

3.2. Mujeres en el sector salud

Desde distintas miradas, diversos autores de la sociología de las profesiones reconocen que la medicina patriarcal tiene sus orígenes en los intentos de disciplinar un movimiento percibido como peligroso por las autoridades eclesiásticas, el de las mujeres sanadoras, que identificadas como “brujas buenas” eran perseguidas con igual saña que aquellas a las que se acusaba de hacer el mal. Los primeros desarrollos de la “medicina oficial” parecen haber ofrecido, queriéndolo o no, argumentos para la intervención de la Inquisición contra las sanadoras.

Otros autores traen a una época más reciente la fundación de la medicina moderna, especialmente en el caso de Inglaterra donde, a mitad del siglo XIX, la nueva corporación médica congrega a cirujanos, médicos generales y boticarios en una profesión conjunta de carácter netamente masculino, fundando la medicina tal como hoy la conocemos y dejando expresamente afuera a sanadoras y parteras que ya eran para la época una fuerza laboral extensa y calificada.

Siguiendo a Duré, Cosacov y Dursi (2009), concebimos al “sistema de Salud como un sistema de relaciones sociales que produce y (re) produce prácticas y discursos que suponen procesos de hegemonía/subalternidad e inclusión/exclusión”. Las pautas que se siguen en el mismo son aquellas derivadas del conocido “modelo médico hegemónico”,

definido por Eduardo Menéndez como el “conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como la medicina científica. Este modelo se caracterizó por una concepción de la salud de tipo biologicista, clínica e individual con un enfoque curativo centrado en la enfermedad, medicalización de los procesos, práctica "tecnologizada" y una cultura medicocentrista que relega al paciente del acto de diagnóstico, de la orientación y la toma de decisiones. El estudio realizado por este autor, muestra que la hegemonía de un modo de entender la medicina, la salud y la enfermedad implica la exclusión, mediante operaciones ideológicas de legitimación/deslegitimación, de otros saberes y prácticas. Aquellos saberes que resultan relegados son los que tradicionalmente se asociaron a las mujeres.

El sistema de salud opera como un marco normativo estructurador de prácticas y discursos que han construido a nivel simbólico, subjetivo e institucional las desigualdades entre mujeres y varones en el ámbito de actuación médica; reproduce dichas desigualdades, en la medida que sostiene y refuerza la construcción diferencial de roles de género en la incorporación de las mujeres en tanto trabajadoras.

Históricamente, podemos rastrear en el sector salud una fuerte presencia de fuerza de trabajo femenina, en comparación con otras actividades económicas.

Esto se debe muy fuertemente a su asociación con el trabajo reproductivo, específicamente de cuidado y atención, que se adjudica culturalmente a las mujeres.

Actualmente, los puestos más altos están ocupados por agentes de profesiones a las cuales las mujeres se han incorporado a partir de 1980 y de mayor edad, a causa de los propios mecanismos de selección. La confluencia de estos dos requisitos va en detrimento de la participación femenina.

El lugar central que ocupa la medicina tiene su expresión institucional en la organización de los hospitales, en los cuales prácticamente todos los cargos de conducción de la rama asistencial están ocupados por profesionales médicos. Recién en los últimos años se han registrado algunas designaciones de Licenciado/as en Enfermería en cargos directivos.

La profesión de enfermería resulta paradigmática para revelar el proceso de diferenciación sexual y asignación de roles de género mencionados anteriormente.

La enfermería: evolución de la profesión

En los antecedentes históricos del Programa Provincial de Desarrollo Integral de Enfermería se mencionan los orígenes de la profesionalización de la enfermería en Argentina a mediados del siglo pasado: el estratégico Plan Carrillo (1947) estructurado sobre la base de la medicina como “rama del Estado” contemplaba la necesidad de la formación de “enfermeras” (en femenino en el texto original). La incorporación de la Escuela

de Enfermería a la Fundación Eva Perón marca más la identificación de las enfermeras, mujeres, con Evita, mujer y líder política. Su participación en desfiles con sus uniformes y banderas jerarquizan este nuevo rol profesional de las mujeres, la disciplina y el respeto por el enfermo forman parte estructurante del perfil profesional buscado a través de la formación propuesta.

En el estudio sobre la construcción social de la Historia de la Enfermería, Siles González (2004) explica que las raíces biológicas que inciden en la división sexual del trabajo han mantenido a las cuidadoras dentro del límite del ámbito doméstico, obstaculizando su proceso de profesionalización; y que la construcción de nuevos significados para la actividad de cuidar ha chocado con sólidos impedimentos ideológicos y de género, dificultando la creación de una memoria colectiva liberada de estereotipos.

Resulta claro entonces que no es posible entender el proceso de profesionalización de la enfermería sin considerar su gran vinculación al mundo de la mujer y al papel de ésta en el sistema social y laboral.

Lejos de ser considerada una mera disciplina basada sobre el empirismo, la enfermería ha experimentado un largo proceso de profesionalización.

Actualmente, en el ejercicio de la profesión coexisten enfermeros con diferentes niveles de Formación, cuyas responsabilidades y funciones están diferenciadas y reglamentadas por la Ley 12.245 del Ejercicio de la Enfermería.

Según datos de la Delegación de Personal en el Ministerio de Salud de la Pcia. de Buenos Aires, en cuanto a la distribución del personal de enfermería según nivel de formación y sexo es la siguiente: Licenciados (ley 10471) 406 de los cuales 344 son de sexo femenino y 62 de sexo masculino; 4244 Enfermeros: (son profesionales y otros con otros estudios superiores a auxiliar) de los cuales 772 son de sexo masculino y 3472 de sexo femenino; 4487 Auxiliares, de los cuales 951 son de sexo masculino y 3536 de sexo femenino.

Lo propio de esta disciplina es el acto de cuidar. Y no se trata de un cuidado simplemente intuitivo, sino que "requiere de elementos complejos que abarcan conocimientos científicos específicos de la enfermería, capacidad de investigación, potencial de liderazgo y elevado sentido ético y moral" (DESMERY, 2004).

Los cuidados de enfermería constituyen una rica interacción entre lo humanístico y lo científico. La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, se evidencia en la utilización del método conocido como proceso de Atención Enfermería (NOGUERA ORTIZ, 2008). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática, y requiere que los profesionales acompañan al paciente, sepan lo que necesita y determinen los mejores cuidados.

DESARROLLO DEL ESTUDIO

En este apartado se hará la presentación de la información que da cuenta de la utilización de la metodología ya señalada, tanto para la recolección de datos como para el procesamiento de los mismos.

En primer lugar se realiza un breve comentario sobre la experiencia en torno a las entrevistas, para posteriormente presentar los resultados del estudio. Esta presentación sigue el orden en que fueron planteados los objetivos, en función de intentar dar respuesta a cada uno de ellos.

Experiencia en torno a las entrevistas

Como fue previsto, las entrevistas se llevaron a cabo en los lugares de trabajo de las enfermeras y fueron particularmente elegidos por ellas pretendiendo garantizar privacidad. Algunas se vieron interrumpidas repetidas veces por motivos vinculados al proceso de trabajo. En muy pocas situaciones estuvieron presentes compañeros de las entrevistadas.

La totalidad de las enfermeras entrevistadas mostró muy buena predisposición y apertura para la conversación y motivación para tratar los temas de nuestro estudio.

La guía de preguntas diseñadas y el clima que acompañó a las conversaciones coadyuvaron para desarrollar en las enfermeras una profunda reflexión sobre los temas abordados.

Al finalizar la entrevista hay alguna expresión de parte de las enfermeras de confianza sobre la posibilidad de que se generen cambios tendientes a la mejora de sus condiciones de trabajo, el deseo de que “alguien se acuerde de nosotros”.

Caracterización de la Población

El grupo de enfermeras está conformado por una Licenciada en Enfermería, dos Enfermeras Profesionales y siete auxiliares de Enfermería. De estas últimas son dos las que se encuentran en este momento estudiando la Licenciatura y una para el título de Profesional.

Las trayectorias laborales de este grupo de mujeres en general están marcadas por la precarización laboral cristalizada en años de trabajo ad honorem como enfermeras en los mismos hospitales donde se desempeñan actualmente y en años de trabajo bajo la modalidad de becas y planes sociales. Por otro lado, dos de ellas trabajan como enfermeras, además de hacerlo en los hospitales respectivos, en clínicas privadas, tratándose estos casos del máximo y el mínimo nivel de formación contemplados en la muestra.

En cuanto a la antigüedad en el hospital, cuatro de ellas tienen veinte años o más años, cinco tienen diez o más años y una de ellas cinco años.

Respecto de los sectores de trabajo, dos de ellas se desempeñan en servicios de cuidados críticos y el resto en servicios de cuidados no críticos. Los diferentes tipos de cuidados se distinguen por las necesidades de atención de los pacientes, los índices de horas de atención de la enfermería y las unidades de producción de la enfermería. (RESOLUCIÓN 194, 1995). Sólo una de ellas, la Licenciada, se desempeña en el cargo de Jefatura de piso.

En cuanto a los turnos tres de ellas desempeñan su trabajo en el turno mañana, cuatro en el de tarde, dos en el de noche y una en el vespertino.

RESULTADOS

Sobre la visión de las enfermeras sobre los requisitos en cuanto a las características que debe tener una enfermera, se mencionan la disponibilidad al servicio del paciente como rasgos saliente, sentido de la tarea que desempeñan:

“Tener sensibilidad, tener ganas de aprender y ser humilde”

“es muy especial ser enfermera”

“te tiene que gustar atender pacientes, cuidarlos con todo lo que conlleva” “

“ser responsable, llevarlo en el alma... ser humana para servir al prójimo”

“una buena sonrisa ya le cambia la actitud al paciente, es fundamental” (...)

“lo único es que te guste, si no es preferible cambiar de profesión”

Existe un acento particular puesto en la vocación que aparece en relación con la elección de esta actividad laboral como posibilidad de inserción en el mercado laboral en un lapso comparativamente más corto que en otros sectores y con notas de estabilidad. En todos los casos, enuncian que el gusto por la profesión apareció o se confirmó con el inicio del contacto con los pacientes:

“Me gustó enfermería, ví como trabajaba una enfermera cuando estuve internada para tener a mi primer hija”

“sabía que era una salida laboral más fácil” “Era una carrera corta y me gustó después”

“ya sabía que era mi profesión”

“yo no tenía vocación de enfermera y metí en enfermería porque necesitaba trabajar

“mi vocación siempre fue la enfermería, lo digo y me emociono” “si vos no tenés vocación, no trabajes como enfermera, si vas a trabajar por el sueldo quedate en tu casa”

“empecé a hacer las prácticas y me gustó”

“siempre me gustó poder ayudar, estar cerca de la persona padeciente... amar lo que hago”

Es de subrayar la coincidencia de las entrevistadas en cuanto a las posibilidades de desarrollo en el trabajo, asociado en todos los casos a la formación, los aprendizajes y el reconocimiento a través de la contratación como personal de planta permanente. Así mismo, la identificación con la institución hace que su mejora sea vivida como parte del progreso personal.

“se me reconoció lo que yo aprendí, si!”

“yo veo que hay progreso... en este piso sobretodo hubo un cambio de casi todos los enfermeros, hubo un buen progreso en la atención del paciente, organización de lo que es el servicio”

“voy progresando, voy estudiando... me gusta aprender... cada día aprende una enfermera, soy curiosa” “me llevo muchas satisfacciones porque no pensaba que iba a llegar adonde llegué”

“uno aprende todos los días con los compañeros nuevos que tenés”

“soy muy responsable, jamás dije “no vengo más”... recién ahora que pasase a planta, ya estás completa... es mi hospital”

Como elementos que refuerzan la motivación y aportan al bienestar en el trabajo, aparecen tanto el alcanzar resultados positivos en la atención del paciente, en tanto vinculada al correcto desempeño laboral, así como el sentido de integración al grupo de compañeros.

“estar con mis compañeros, y ver que primero el paciente que se va bien o medianamente bien, y estar con mis compañeros trabajando armónicamente y tener los medios” “Alguien tendría que escribir algo sobre las anécdotas que vivimos, cosas muy lindas y cosas tristes también”

“Sacar a un paciente de un paro me satisface mucho, trabajar ahí con los médicos o detectar en el momento la urgencia... Esas cosas te llenan”

“cuando el paciente se va de alta y bien... cuando te agradecen.... Y cuando uno hace el trabajo y lo hace bien, como tiene que ser... eso me pone contenta... “

“paquetes con flores, regalos, lo que más me pone contenta es que te agradezcan”

“la satisfacción de atender a los viejos”

“antes me encantaba venir a la mañana, éramos muchísimos y éramos muy compañeros. Ahora entró gente nueva y se perdió un poco, hubo gente que se jubiló ero igual me gusta venir a trabajar porque ha conseguido otros compañeros, de otros servicios. ..”

Todas las entrevistadas coincidieron en un rotundo “sí” cuando se les preguntó si les gustaba su trabajo y expresaron su voluntad de seguir trabajando en su sector a pesar de reconocer deficiencias. Sólo en caso de la protección de su salud, optarían por pasar a otro servicio con menos requerimientos de carga física.

“quisiera cambiar la organización de acá adentro”

“sí, sí, el sector, yo lo llevo adentro”

“el servicio de nosotros es una maternidad, es como que traemos una vida”

“por mi salud, me gustaría estar en un lugar más tranqui y más alejada del paciente”

Ante la demanda de identificar aquello que les desagradaba de las tareas que realizan, manifestaron:

“hay cosas que no tengo por qué hacer pero bueno... las tuve que hacer...”

“me gustan todas, higiene y confort... las que no me corresponden también”

“trabajo me gusta con todo lo que hay”

Coinciden en sostener la elección profesional hecha años antes y en condiciones distintas, la experiencia del trabajo ha fortalecido esta elección que se mantiene. Descartan la posibilidad de cambiar de tarea y desempeñarse fuera del sector salud aunque algunas aspiran a cambiar de servicio, como parte del desarrollo profesional

“estoy bien con lo que hago”

“me gustaría estar siempre como estoy”

“enfermería quirúrgica, siempre dentro de salud”

Este orgullo del trabajo se manifiesta en relación con el modo en que asumen sus tareas, ya sea como docentes o en el servicio

“Yo tengo alumnos que vienen a hacer sus prácticas y trato de transmitirles todo lo bueno que me pasó a mí

“Yo amo mi profesión, soy una enfermera de alma... por eso discuto tanto, peleo tanto”

La visión del propio rol se construye en interrelación con la mirada que otros tienen del trabajo realizado, en este sentido las entrevistadas describen con detalle la heterogeneidad de visiones que distintos actores sociales tienen de la enfermería hoy.

Aparecen entonces comentarios sobre lo que piensan y sienten los enfermeros sobre la situación actual de su profesión, el desgaste de muchos y la exigencia de profesionalización desde el mercado laboral, la importancia de la formación y de su reconocimiento de ésta en la asignación de distintos roles en el desempeño laboral:

“un poco ingrata, por el sueldo”

“vienen a cobrar el sueldito, buscan el trabajo en lo estatal, que nadie te echa...”

“hay muchos enfermeros que están cansados, no quieren seguir trabajando”

“esto no tenés que tomarlo como una fuente de trabajo, sin vocación no sirve...”

“todos te van a decir que falta gente... yo creo que todos los enfermeros valoran el trabajo, si no te gusta la enfermería no durás...”

“Cada vez es más difícil conseguir trabajo... hay muchos lugares donde se demanda, no ya auxiliar, se demanda el título... tenés que ser profesional, licenciado, por eso

hay muchos que estudian.. los licenciados terminan haciendo docencias, trabajos de investigación”

“que se tiene que profesionalizar más: el auxiliar de enfermería coas de auxiliar, el Licenciado que haga lo que tiene que hacer, cada uno en su rol”

La falta de reconocimiento por parte de la comunidad de la importancia que las mismas enfermeras asignan a su rol constituye un elemento de malestar. Esta desvalorización e invisibilización está asociada a otros roles tradicionalmente femeninos vinculados al servicio a otras personas. Es de subrayar que la enfermería como profesión –y por ende quienes la ejercen- son víctimas, desde el punto de vista de las entrevistadas, de maltrato.

“el médico es un semidios... nosotros somos tan importantes como los médicos o más, conocemos más al enfermo, estamos cerca de él” “La prensa a veces ni siquiera se acuerda de nosotros, la vez pasada nos dieron con un hacha cuando se murieron esos bebés (se refiere al caso del accidente mortal en el San Martín de marzo 2010), siempre al culpa es de la enfermera... estamos mal vistas...”

“no ven que en enfermería también se puede investigar, enseñar...” “desde la chata al papagayo”

“como sirvientas, algunos...”

“Vos decís: “Soy enfermera, llevo más años estudiando que un abogado...” y te dicen: “Ah, enfermera? Qué hiciste, un cursito de enfermería?”

“yo les digo: el médico cumple otra función que no es estar al lado del paciente, es una tarea completamente diferente pero no es menos que un médico”

“yo creo que la ven mal, porque faltan muchos enfermeros... la gente ve que no se controló al familiar, y no se da cuenta que por ahí vos estás sola...”

“la enfermería siempre fue una profesión muy castigada...”

Las enfermeras que participaron de este estudio reconocen diferencias entre hombres y mujeres en el desempeño laboral y lo asocian a la construcción del género que en este contexto han hecho hombres y mujeres. Sin embargo, ninguna de sus manifestaciones connotaron negativamente estas diferencias, por el contrario, manifestaron la importancia de compartir el trabajo con hombres en este sector mayoritariamente femenino y reconocieron los aportes que sus compañeros varones hacen cotidianamente.

Merece especial atención el hecho de que al hablar de sí mismas, utilizan palabras con connotación negativa que al avanzar el relato, aparecen como rasgos valiosos en la relación con el paciente y la iniciativa para generar mejoras. La imagen del varón machista no parece corresponder desde el punto de vista de las entrevistadas a sus compañeros varones.

“la única diferencia es la fuerza.”

“hay muy buenos enfermeros hombres... son menos puntillosos en algunas cosas, nosotras somos más “vuelteras”, la mujer le busca más la vuelta para que esté mejor, es más hincha como quien dice... como en la casa, viste, que es más “hincha” la mujer. Las mujeres somos más sensibles, es distinta la manera de sentir o de pensar, es distinta ante la persona que tenés adelante, a quien vas a atender, ante un chico es distinto, una mamá lo siente de otra forma... quizás tienen la misma manera de pensar que nosotras, la misma sensibilidad pero a mí se me hace que es un poquito distinta”

“debiéramos estar hombre y mujer, uno y uno, la mujer si es chiquita no va a poder mover al paciente, hacés lo posible, gastás un montón de energía y quedás mal”.

“la misma responsabilidad. El hombre es un poco más tímido pero si le gusta no influye en nada”

“las características que tiene que tener un enfermero es la tolerancia, la paciencia, son más de la mujer... acá adentro no existe un macho, digamos, no el hombre predominante, elegir la profesión de enfermería es tener otro tipo de características, más humanas... no es sobrepasar a otro, acá el que más sabe es más admirado por el que menos sabe, porque todos queremos trabajar bien con el paciente,, tenemos un compañero que es un excelente enfermero y sabe hacer cosas que nosotras no hacemos en el piso porque estuvo en terapia.. te provoca ese sentimiento de admiración, de querer aprender, te estimula, a él no le sale ese machismo, de hombría de demostrarte que él sabe más que vos, te dice “querés venir a ver, que te enseñe”.

La historia laboral de la mayoría de las entrevistadas da cuenta de un recorrido que va desde su inserción en el mundo laboral en tareas asignadas tradicionalmente a las mujeres y del sector informal (empresas de limpieza, artesanías, trabajo en servicio doméstico, cocinera, cuidadora de discapacitados y pacientes en su domicilio), el trabajo ad honorem en el sector salud como etapa necesaria para conseguir luego la beca y finalmente el “pase a planta”. En este contexto, indican la adjudicación de un “plan social” como modalidad de ingreso al mundo del trabajo ya que la contraprestación correspondió a la asignación de tareas de mucamas o auxiliares en hospitales.

“empecé a trabajar como personal de limpieza en la municipalidad con un Plan Trabajar. Tejía y vendía mis productos. Me recibí en el 2003. Hace cinco años que trabajo en el mismo hospital, pasé por varios servicios”.

“trabajé diez años en servicios de limpieza, siempre estaba atenta a como trabajaban las enfermeras”

“he dado mucho por el hospital, ad honorem”.

“yo estaba estudiando y cuidaba un paciente y entraba un poco de dinero”

“este es mi primer trabajo... en el puesto estoy desde el 96, becada hasta el 99 que pasé a planta, antes en otros servicios (de este hospital)”

“Trabajaba como enfermera pero cobraba un plan social. Hice otros trabajos en simultáneo hasta que obtuve una beca para trabajar en un hospital, el año pasado firmé el pase a planta.”

“empecé en el hospital con un contrato de 12 horas diarias de labor. 20 años de antigüedad en el hospital.”

“Cuidaba chicos, ese fue su primer trabajo Ingresé al hospital en el 91. Durante dos años trabajaba en el hospital y en una clínica, cuando me salió el nombramiento... Mi madre trabajaba en el hospital y me sugirió hacer el curso de enfermería”

“A los 23 años entré ad honorem a un hospital en su provincia, tuvo otros trabajos: empleada de limpieza durante 18 años. 10 años de antigüedad en el hospital, 7 cobrando un Plan social con tareas de mucama mientras hice el curso de auxiliar, desde hace 3 años trabajo como auxiliar con una beca. Tengo el trámite por el pase a planta permanente.”

“Desde los 17 años como mucama en clínicas y geriátricos...20 años de antigüedad en el hospital”

El impacto del trabajo sobre la vida familiar y social se evidencia en los dichos de las entrevistadas, que reconocen aspectos negativos y positivos en esta influencia- Se refieren en particular en lo referido al rol de cuidadoras, tradicionalmente atribuido a las mujeres y que ellas asumen como propio.

“estar lejos, estar muchas horas... comparto más con mis compañeros que con mi familia, porque yo tengo dos trabajos... decí que no tengo marido porque soy viuda”

“no me arrepiento porque me gusta”

“vos tenés que dividir tu tiempo, ser buena administradora de tu tiempo”

“para no tener problemas en mi casa, salir del hospital y el hospital quedó atrás, me mentalicé desde cuando estudiaba ni problemas de casa al trabajo ni al revés”

“quisiera cenar con mi familia que no lo puedo hacer” “de 18 a 24 es un horario que me mata”

“mi profesión me ayudó a ser buena persona, yo abro los ojos todos los días y agradezco a Dios estar bien, al estar en contacto con gente anciana y a veces gente joven, ves la vida con otra perspectiva, vivir el día a día con mucho amor, mucho cariño, sin tratar de descuidar lo más importante que son los afectos...”

“las veo como positivas: he podido atender yo a mis hijas cuando se enfermaban y a mi nieto, ahora”

El cuidado de los hijos está a cargo de familiares, la mayoría mujeres (madre, suegra, cuñada, hermana, amigas, vecinas) de la entrevistada y en algunos casos el marido. Desde el punto de vista de las entrevistadas, el grupo familiar colabora con las tareas domésticas aunque algunos requerimientos vinculados al cuidado de niños pequeños son asumidos principalmente por sus madres.

En los dichos de las entrevistadas, aparece reiteradamente la alusión a la organización propia y familiar para sostener las actividades domésticas y los requerimientos del trabajo, sin afectar la educación y el cuidado de los hijos y el desempeño laboral de los padres y madres.

Resulta de interés la reflexión que sobre la construcción social del género manifestada en las diferencias entre hombres y mujeres en el modo de concretar el cuidado de los hijos hacen estas trabajadoras.

“ cuando mis nenas eran chicas, tuvieron que ir a pasar la navidad conmigo en el trabajo alguna vez... yo tuve la suerte de que mi madre las cuidaba y podía pedir días cuando se enfermaban”

“ hay cosas que las tiene que hacer mamá y no papá... yo salgo a las seis, pido por favor que lleguen a las seis para poder preparar a mi chiquita para ir a la escuela” (mientras ella está en la escuela) aprovecho para descansar y poder estar de pie a la noche”

“mi esposo es muy paciente pero hay cosas que él no puede resolver... las necesitan a la mamá... (los hijos varones) son más atropellados, se ponen la camiseta al revés, el papá les dice está bien. Nosotras las mujeres somos más detallistas, nos fijamos que tengan el pelo limpio, que estén bien peinadas, que tengan su ropa en condiciones... yo me fijo en esos detalles, él no.” “(mis hijos) a veces se quedan solos o están con la abuela que los mira, ella vive adelante”

“en mi casa están todos contentos, me incentivan mis hijos...” “me organizo, los acostumbé a dejarlos solos, también los cuidaban amigas, parientes y el papá”

“Me organicé y no tuve que faltar por las chicas... Hice cursos”

“mi familia me comprende”... “mi esposo siempre fue responsable en su trabajo y me dice que sea responsable” “yo empecé cuando los chicos tenían doce y trece años, y ellos sabían lo que yo estaba queriendo... ellos me ayudaron mucho para la casa, somos un equipo, nos ayudamos mutuamente... jamás mi esposo me dijo “no vayas”...

La contradicción en cuanto a las responsabilidades como madre y las de trabajadora, sumando a la doble carga de trabajo, la doble presencia – exigencias del trabajo familiar asignado a las mujeres tradicionalmente en simultáneo con las propias del rol como trabajadoras- se refleja en los reclamos del marido, calificado por ello “machista” por una de las entrevistadas y aceptado con resignación en el segundo relato.

“He discutido con mi marido por problemas de acá, me decía: “No vayas más, que sé yo, ahora estoy separada” “el nunca quiso que yo trabaje, machista, viste tipo de antes? La mujer en la casa, los hijos, la limpieza... yo por ahí, como tenía problemas con él, sacaba carpeta para estar con él un tiempo pero en mi casa, extrañaba... (el trabajo)” “Estábamos bien económicamente, pero yo quería trabajar”
“tironeada, sí... cuando los chicos están enfermos. A veces uno piensa: llamo o qué hago? Y le delegás a tu marido la responsabilidad de la fiebre de tu hijo... que no sabe qué hacer, porque – viste? - ellos no... por teléfono explicándole eso, y viene: por qué no te quedaste?”... “entonces pedía el día o sacaba franco, a veces me venía después de pelear con mi esposo, qué va a hacer? No podía dejar el chico así...”

El apoyo social en el trabajo, por parte de compañeras y jefes, varones y mujeres, les permite dar respuesta a sus tareas relacionadas al cuidado de los hijos.

“he tenido supervisores que se han quedado cubriéndome para que yo fuera a la reunión de padres en la escuela, que es en horario de trabajo... no puedo quejarme, jamás, de nadie... mi esposo es policía y maneja horarios discontinuos, la mayor parte del tiempo estoy yo.”
“cuesta pero yo tengo un grupo de compañeras que me ayudan mucho a mí y si mi hijo está enfermo cambiamos los francos... me dejan salir diez minutos antes para ir a buscar a mi hijo a la guardería, son muy accesibles con respecto a ser madre y tener tu hijo... mi hijo está en la guardería cuando yo estoy acá trabajando”

El rol de cuidadora en la familia se extiende no sólo a los niños sino también a los ancianos (padre, madre, suegro, suegra) que conviven con las entrevistadas o a los que acompañan y asisten en otro domicilio.

“atiendo a mi padre, otro paciente más 88 años, usa pañales...”
“sigo con la casa y con mi suegra, que está conmigo... pde por mí”

El rol de cuidadora se extiende al ámbito comunitario en el que asumen espontáneamente tareas de promoción de la salud y de militancia social, en algunos casos. Aportan desde su mirada particular al diagnóstico sobre problemáticas de salud en sus barrios.

“en la salita, en los barrios, me van a buscar a la casa para una inyección a domicilio, que no la cobrás... hay mucha ignorancia, mucha mala información, la gente no sabe qué hacer, entonces vos en el barrio la incentivás, le decís que vaya al hospital... hacen falta muchas campañas afuera, de modo de orientar a la gente, repartir preservativos como hacían antes... ahora nada, desde que sacaron los proyectos de planes sociales... es de terror, ver cosas todo el tiempo: las chicas no se cuidan”

“hacer un trabajo social afuera, lo llevo en el alma, adentro... yo recorro los barrios, no me gustan los chicos descalzos, sucios. Voy y doy charlas, no me preguntes si hago la tarea de Teresa de Calcuta... les llevo ropa, les llevo zapatillas pero trabajo así como a escondidas... lo hago de corazón.. no figuro en nada”

“yo trabajo en mi barrio, soy militante, trabajo en la parte social, veo muchos abuelos golpeados, tuve una copa de leche, un comedor y veo esto... se va perdiendo mucha cosa de familia, es muy lamentable, se pierde la confianza, el respeto más de todo... sigo trabajando como militante política... no tengo sueldo, no tengo nada... y no soy militante para conseguir un puesto sino por convicción política...”

El descanso y las actividades de esparcimiento están interferidas por las demandas familiares y el trabajo doméstico. Un dato de interés es el tiempo de sueño, que oscila entre 5 y 8 horas por día.

“descanso y si tengo franco, salgo con mi hija y mi nieto a pasear” “durante la semana, duermo unas horas, arreglo mis plantas, eso es una terapia para mí, voy a hacer alguna compra para mis nietos –que es lo que más me gusta-, a la peluquería”

“busco a mi hijo en la guardería, me tomo el micro, voy a mi casa, me dedico a estar con mi bebé en mi casa, a limpiar y cocinar, todo lo que demanda un bebé y ahora empecé a correr con mi marido a la noche...”

“me pego un baño y me duermo... yo me voy cansada (del hospital) pero no con la cabeza ocupada... cuando llego a casa me cuesta salir... No es un peso, llego cansado porque es poco personal, el trabajo no me pesa para nada... después cuido a mi nieto” “Yo quiero mi trabajo y mi familia”

“si tengo trabajo pendiente de la carrera de enfermería, me siento en la computadora, a veces son las dos o las tres de la mañana y sigo levantada, a veces no me acuesto... preparás los chicos para la escuela para el otro día...” “ a las dos o tres de la tarde, si puedo, me acuesto un ratito”

“la tarea con los chicos, los mandados, los baño, la cena y a la cama, la rutina diaria... yo no puedo dejar a los chicos, quieren estar con mamá cuando llego de trabajar, los llevo a la plaza, a los juegos, voy con ellos... no tengo la posibilidad de hacer una actividad que me guste o que necesite...tengo dos chiquitos que están en

una edad en la que me necesitan.. cuando tengo franco hago más trabajo en casa que acá: el fin de semana guardé la pileta, corté el pasto, la verdad es que no hago mucho para descansar, me acuesto todos los días a la una o dos de la mañana, y me levanto a las nueve”

“vamos a caminar con mi mamá, charlamos... miro películas”

“no, no tengo tiempo... siempre digo que voy a hacer y no lo hago. Quiero ir al gimnasio con mi hija pero estoy tan cansada que no puedo. Quiero dormir. Por ahí voy a casa de mi mamá, de mi hermano, cuando no trabajo. Te despejás. Por ahí tenés otros familiares pero no importa.

“tengo los martes que me encuentro con mi amiga, nos enteramos de las cosas de las dos, somos amigas que hicimos la carrera profesional con ella, me ayuda a estudiar, para preparar las materias que me faltan... ella ya termino” “

“algo para mí? No, lo único que pido es cama”

“estamos haciendo ocho francos por mes, yo los uso para ir a Buenos Aires para mi tratamiento para adelgazar”

“yo necesito un domingo para salir con mi familia y a veces no lo puedo tomar, un cumpleaños... el de mi viejo... el de mi vieja... me ha pasado que no lo he podido arreglar”

“el tiempo libre en la semana, lo uso para trabajar en casa, no soy capaz de tirarme un rato a leer un libro, tengo que hacer cosas”

En diversas oportunidades, se puso de manifiesto la intención de las entrevistadas de proteger la vida familiar del impacto negativo que las consecuencias de su trabajo pudiera tener sobre sus emociones.

“Antes me iba a mi casa, lloraba, me ponía mal, ahora ya no, ya no. No, porque te ponés mal y no querés venir más... y no!... Tenés que seguir en tu casa, tu marido, tus hijos, todos los problemas de tu casa, los chicos, la escuela... los problemas de mi trabajo, los dejo afuera... y bueno”

En cuanto a las condiciones de trabajo, todas las entrevistadas manifestaron su inquietud por la “falta de personal”. Valoraron la colaboración que en la atención de pacientes prestan las estudiantes de enfermería cuando realizan sus prácticas.

“me gustaría tener 2 enfermeros más, no es que falten pero están desvirtuadas las tareas: tengo una enfermera del servicio que está con tarea pasiva por carpeta psiquiátrica entonces ella no puede hacer la parte de enfermería, hace la mensajería... para el Ministerio es una enfermera más” “son 6 en el turno,

generalmente hay uno o dos de franco... entonces, tendría que haber 8 para que 6 estén si o si y se trabajaría rebien” “ a veces vienen a ayudar de otros pisos”

“nos sacan una porque demandan en otro piso...”

“en mi servicio debiera haber por lo menos 4 por turno porque son 30 pacientes... ahora somos dos y a veces una por vacaciones o por carpetas imprevistas”

“somos una sola, es una locura, es una locura, trabajar de a una es una locura, no podés”

“no quisiera estar en el pellejo de mis compañeros que están allí, uno solo con 30 o 32 pacientes, es inhumano”

“tendríamos que estar de a dos porque son 32 pacientes más o menos.. de mañana las chicas que hacen las prácticas son una ayuda porque hacen higiene, control de signos vitales, van a farmacia...”

“cuando las estudiantes empiezan en esta época a estudiar, ellas hacen higiene y confort y miran la medicación, a veces hasta hacen medicación cuando están en el último año...”

En cuanto a los recursos materiales, reconocen algunos faltantes como ropa de cama y mantenimiento e insumos. El aprovisionamiento de la medicación los fines de semana es analizado como un problema derivado del funcionamiento de la Farmacia hospitalaria. Resulta de sumo interés identificar las iniciativas de las enfermeras para resolver estos imprevistos y faltantes y evitar que impacten negativamente sobre la debida atención a los pacientes.

“bastantes materiales tenemos, nos arreglamos con lo que tenemos...”

“te dicen que tenés que cuidar lo que hay”

“se restringió mucho con la cuestión del gasto, todo depende de vos... si falta algo solucionamos entre nosotros, hay lo necesario, si, dentro de todo hay”

“algún día puede no haber lo suficiente pero al otro día se repone seguro”

“hay cosas pequeñas, de fácil resolución que te faltan en el momento, por ejemplo los pies de suero... son pequeñeces que facilitarían mucha la estadía del paciente y a nosotras, que vamos de un lado al otro, buscando cosas... un suero, una almohada... es un constante revoleo y te la pasás haciendo kilómetros y kilómetros por nada, son pequeñeces que te llevan tiempo” “ son pocas las veces que nos llega a faltar algo, entonces se reemplaza por otra cosa... con un poco de ingenio sustituís una cosa por otra, acá hay que ser Mac Giver a veces... tenés que dar la solución, hay que hacer conexiones, hay que solucionar lo que el paciente necesita, hay que inventar algo, entonces... se inventa! (risas)”

“a veces falta material, ropa de cama, los fines de semana... farmacia tenés hasta las diez o las doce, después el domingo se termina la medicación, tenés que ir servicio por servicio buscando medicación. Las sábanas se las pedimos al paciente, que traiga de la casa cuando el depósito de ropería está cerrado. .. con la medicación, es otra cosa, tendría que haber farmacia el domingo hasta las dos de la tarde par proveer a todos”

Es importante identificar aquellas tareas en las que asumen individualmente la responsabilidad, como la medicación, y aquellas en las que deben contar con la colaboración de otras compañeras o de un varón, como la manipulación de carga que implica la higiene y confort. Cabe indicar que en la actividad asistencial descrita por las entrevistadas, no hemos detectado diferencias entre las actividades realizadas por nivel de formación (entre enfermeras profesionales y auxiliares).

“cuando estoy con otros, siempre trabajamos en equipo: cambiar un paciente se hace de a dos... además por problemas de columna, yo necesito ayuda”

“higiene y confort, si estoy con otro, lo hacemos juntos... muchas veces estoy sola...”

“la medicación se hace sola, la que prepara la medicación, la administra... en el momento de darla no estamos en el detalle de cada rotulito... es una cuestión de responsabilidad del que la prepara, por eso el que la prepara, la da”

“Yo no tomo decisiones sin consultar... no hacés nada fuera de lo que te indique el médico, salvo ante una urgencia y si estoy sola...”

“si veo mal un paciente corro a Dios y María Santísima para que no se me muera””Acá no anda el teléfono, yo me voy abajo corriendo a buscar a la doctora”

La autonomía que ponen en juego para asegurar el cumplimiento de su tarea está directamente relacionada al hecho de trabajar aisladas y al modo de supervisión establecido.

“tratamos de pedir en otros pisos aunque sea una sábana o poner la de arriba abajo y poner pañales a los pacientes para no tener que lavar tanto”

“otra los tubos de oxígeno porque a veces faltan... manómetros...” “si no hay tubo, tenés que llamar al camillero, él a enfermería... si no hay manómetro, es un lío... no hay central de oxígeno sino tubos, eso dificulta... el camillero busca en otro piso... se soluciona...”

“la farmacia es algo que no se puede resolver a no ser que busques medicación en otros pisos... los médicos lo están hablando... no sé en qué quedó”

“a veces no nos da tiempo de acomodar los materiales... cuando vienen las practicantes, organizamos los materiales, nos ayudan”

“con mucho ingenio, a veces tenés que armar un respirador de urgencia... tenés que inventar en el momento, empezás a abrir todos los cajones, sacás lo que tenés y pensar dos minutos... (risas)”

La articulación que en el marco del proceso de trabajo se requiere entre el puesto de enfermería y el de los médicos plantea, es tema de reflexión para las entrevistadas. Al respecto indican las diferencias entre los turnos (mañana, tarde y noche)

“a la mañana es distinto... hay mucho más movimiento... es otro turno, hay más enfermeros, más médicos circulando, el office está con más gente... es un turno más complicado... son otras situaciones... los médicos te están pidiendo que hagas cosas... en cambio a la tarde, los médicos se van al comedor, hacen pasaje de sala, te modifican algún tratamiento y se van... el piso es más caótico a la mañana”

“los médicos de guardia... están en el segundo piso y no hay teléfono... a las 2 o 3 de la mañana, los tenés que llamar.. tenés que dejar tu servicio, salir para buscar al médico... si sabés el número de su celular, lo llamás de tu celular pero por ahí no tenés crédito, entonces tenés que ir corriendo al segundo piso... se pierde ese tiempo que para el paciente es muy valioso... yo voy y si hay otro más veloz, lo mando...”

Las enfermeras utilizan el término “sobrecarga” para identificar aquellos momentos donde el proceso de trabajo está marcado por las exigencias de realizar tareas en simultáneo y en tiempos más cortos que lo habitual). Las interrupciones a procesos que requieren atención o la atención a diversas fuentes de información aumentan las exigencias cognitivas. Establecer prioridades, dar continuidad a los procesos de trabajo, gestionar el tiempo adecuadamente son los desafíos que enfrentan las enfermeras.

“a la mañana cuando pasan sala los médicos y los residentes, uno te pide la caja, otro que lo vayas a asistir y vos no terminaste de medicar... vienen a las ocho y vos estás haciendo los controles de signos vitales y de glucemia, dar medicación e higiene y confort... y servir el desayuno... no te lo perdonan, hacen muchas notas”
“en general cuando higienizás al paciente, antes del cambio de guardia... tenemos momentos “Light” y momentos pesados... son esporádicos, no todos los días... vamos por prioridades... se trata de respetar los horarios de los antibióticos... se puede dejar de cambiar una sábana o higienizar un paciente... no la medicación”
“cuando ingresan a un paciente de la guardia... hay una sola enfermera... vos dejás lo que estás haciendo para atenderlo porque viene el médico y te demanda, a ellos

no les interesa si vos estás dando la medicación, tenés que dejar todo y atender a ese paciente”

“ cuando hay muchos pacientes, querés terminar, yo me he quedado fuera de horario para dejar el servicio como corresponde”

La gestión del tiempo se enmarca en la organización del trabajo hospitalario que define “la guardia” (24 horas) como unidad de trabajo en cuanto a los ciclos de trabajo y resultados esperados. Esto permite compensar las tareas pendientes con la colaboración del turno siguiente. La buena comunicación entre turnos es un elemento clave al respecto.

“con buena organización, el tiempo lo tenés...” “yo tengo todo friamente calculado”

“a veces quedan sin hacer, para la otra guardia... es bastante habitual porque no somos muchas”

“sigue el turno que viene, siempre se habla que la guardia es de 24 horas, lo que yo no puedo hacer, lo sigue el otro”

“hacemos lo que podemos con el paciente... con comunicación con el otro turno, ellos continúan y se arreglan”

La actividad que desarrollan las enfermeras está definida por las necesidades de la atención del paciente y las condiciones en las que desempeñan su labor.

“para mí, es el paciente lo más importante acá... si no le llegamos a pasar la medicación, nos ponemos mal”

“la importancia de mi tarea en el servicio? ... atender al paciente en sus necesidades, su medicación hasta prenderle la tele cuando no se puede levantar”

“El paciente depende mucho del enfermero, todos los que trabajamos en terapia, miramos al paciente y sabemos la necesidad que tiene, no tiene a la familia”

“si tengo insumos trabajo y si no pidieron en depósito, no tengo para trabajar, no puedo trabajar, otra no me queda... salvo... pedir en algún servicio, salir como loca corriendo, eso hago”

“hablo con el paciente para saber cómo pasó el día, si está dolorido, veo la necesidad, si necesita cambiar una sábana... no es sólo mirar el report y marcar horarios, el enfermero tiene que pasar sala... esa es la importancia”

Esta definición de la prioridad en el resultado del proceso de trabajo a su cargo y su fuerte implicación hace que asuman concientemente actividades que no corresponden a su puesto. Esta decisión es común tanto para quienes desempeñan tareas de jefatura, por ser Licenciados en enfermería, como para enfermeros profesionales y auxiliares. La

responsabilidad del ejercicio del rol de cuidadoras se impone en el trabajo tanto como en el hogar. Sus relatos son por demás elocuentes al respecto.

“voy al lavadero, voy a farmacia, voy a todos lados porque hay que tener elementos para trabajar.. a mí no se me cae el título por hacerlo” “tendría que tener una mensajera o alguien que haga estas tarea, porque si no pierdo tiempo y no hago lo que tengo que hacer... pero bueno”

“alimentar al paciente y limpiar las mesitas de los pacientes”

“a veces tengo que hacer de camillera y sé que está mal, pero a veces lo hago porque si no el paciente pierde el turno de ecografía... lo hago para que no pierda el turno” “a veces, si tengo que tirar lavandina, lo tiro, no me incomoda”

“tendría que haber un camillero dentro del quirófano”...”en realidad siempre se hacen cosas que uno no tiene que hacer, es así, ya es así, viste?

“ir a traer los sueros y dejar el piso, bajar un paciente, llevar un paciente es abandonar el piso y que los otros si se te caen de la cama, se te rompen la cabeza, fabricar barandas, trasladar los tubos de oxígeno como una cuadra y media los fines de semana”

“a veces los pacientes se quedan sin mediación, no me correspondería buscarla, yo voy al médico, le digo que el paciente se quedó sin medicación, espero que me haga la receta, voy a la farmacia...”

“Como enfermera auxiliar, hay cosas que no me corresponderían, medicación, colocar un suero porque el auxiliar está, supuestamente, para confort e higiene, entre comillas, control de signos vitales y asistir a la enfermera profesional, pero acá los auxiliares tenemos que hacer lo mismo que un profesional, por falta de personal... no quiere decir que no estemos capacitadas, yo me siento capacitada y soy responsable...”

“sí... a veces no podés estar esperando que venga otro... a mí no me corresponde limpiar el piso pero ha sucedido... que un paciente ha vomitado al costado de la cama a la noche... yo lo limpié”

El reconocimiento de su labor por parte de los pacientes es piedra angular que sostiene su compromiso con el trabajo asistencial. Las enfermeras lamentan cuando este refuerzo no aparece.

“algunos te maltratan... algunos lo agradecen, algunos te dicen que a vos te pagan para que lo atiendas y tenés que hacer lo que ellos te digan...” “algunos dicen que vos sos sirvienta de ellos, lo he escuchado” “

“sí, porque día a día los encuentro acá, te saludan, una sonrisa, un abrazo, te reconocen”

“a veces son duros, te tratan bien o mal... los enfermeros estamos preparados para eso”

“vos te das cuenta por el trato cuando se van”

“yo doy mucho... y recibo mucho, muchísimo, muchísimo cariño...”

En cuanto al trato con los familiares, las enfermeras establecen concientemente la modalidad de comunicación con ellos en base al análisis que hacen de sus necesidades de tener información y del respeto por sus sentimientos. Así mismo, reflexionan sobre sus propias necesidades como trabajadoras en cuanto a garantizar adecuadamente su tarea y protegerse emocional y físicamente. La sensación de no poder hacer nada genera preocupación en alguna de las entrevistadas.

“Los familiares son un tema”

“la mayoría sí... saludan y agradecen... te traen regalos o te hacen una nota de agradecimiento”

“pequeños obsequios, una flor, una planta..”

“otros no porque te dicen “Para eso te pagan””

“todas las ligás vos, tanto las tuyas como las de los médicos... el médico está allá arriba, viste?.. vos sos la enfermera”

“Yo trato de estar bien con el paciente, con el familiar y conmigo misma porque yo le tengo que ver la cara todos los días”

“vos tenés que respetar al familiar y al paciente, me gusta el trato con los familiares, tenés que tener modales con la gente, yo he estado del otro lado, no pasa que el médico salga y te hable, él da el informe... el familiar está desesperado, vos le explicás se queda tranquilo no te va a venir a golpear la puerta, es limitarte a darle las explicaciones de los pasos, no les estás mintiendo. Hay maneras y maneras, hay compañeros que esquivan todo eso, no quieren comprometerse... es demostrarle que estás al lado del paciente: “ahora vas a pasar, lo vas a er, está estable, no quiere decir que está bien ni que está mal... Si no le decís nada, te rompen, golpeando la puerta horas. Yo ni loca les diría un paciente se va a morir, las evoluciones son muy diferentes... el trato cordial es muy importante... depende cómo vos le hablés, la gente te va a entender, yo estoy conforme con mi manera...”

“yo estoy adentro, atendiendo un bebé y te tocan el timbre... la gente no espera, entonces te maltrata... a veces llamo a la vigilancia para que venga, me saque toda la gente, que no entre nadie”

“tengo compañeras que hasta la han empujado, le han pegado familiares, maridos, parientes de paciente, eso pasó muchas veces... Y qué vas a

hacer? No podés hacer nada,...hay casos de familiares que han venido a esperar a la enfermera, afuera, en la calle, a agredirla también”

En cuanto a la integración de la enfermería en el equipo de salud y al reconocimiento de su rol, hay sensaciones contradictorias que manifiesta la complejidad propia de las relaciones interpersonales en el trabajo: desde el sentimiento de grupo y el refuerzo producto del reconocimiento explícito de sus saberes hasta el maltrato por desconocimiento de la importancia del puesto en el proceso de atención. Estas reflexiones ponen el acento en la relación con los médicos:

“... sos un número para muchos en realidad...” “hay falta de incentivación al sector de enfermería y no hay manifestación de reconocimiento”...

“hay buena onda con todos los médicos y el personal de enfermería” “nos llevamos bien entre todos y trabajamos por el equipo”

“los médicos vienen y te agradecen cuando controlás... son buenos los que están en este servicio” “no sé si todos”

“está el médico que se preocupa por la enfermera y viene y te dice “Ojo, tal paciente tiene HIV y otro no te avisa...”

“Yo lo que noto es que el médico de haora, el médico más nuevo, más joven no valora tu trabajo, vos sos la “pichi” de ellos, sos el “che pibe”, sos de ellos” “los médicos más viejos valoraban un poco, un poquito más, ellos decían: “si vos queurés aprender algo, pegate a una enfermera” “Antes estábamos menos preparadas en conocimiento científico y sin embargo éramos mejor vistas, más queridas por los médicos... y había muchas enfermeras de años que te daban vuelta como a una media”

No existen, según la opinión de las entrevistadas, conflictos de poder en el trabajo relacionados con el hecho de ser hombres y mujeres aunque se reconoce la existencia del “techo invisible” que algunas enfermeras han logrado romper accediendo a los equipos de dirección en algunos hospitales.

“son compañeros”

“las mujeres son más competitivas, el varón es más colaborador con la mujer:

“Vamos, vamos, no hagás fuerzas”

“antes yo trabajaba con dos compañeros varones y me sentía bien porque yo daba la medicación y ellos los rotaban y los cambiaban... yo me siento más segura con un compañero hombre para hacer higiene y confort”

“cuando tuve el accidente me sentí muy cobijada por mis compañeros varones”

“no hay conflictos en el trabajo, cada uno se mantiene en su lugar”

“el machismo es nato en el hombre... Por ejemplo, cómo una mujer va a ser directora del hospital, que de hecho hay enfermeros licenciados que son directores y hay mujeres también ahora, como en el San Martín... lo veo pero no con nuestros compañeros, que somos pares”

En cambio, los conflictos de poder se vinculan a los niveles de formación entre enfermeros y con los médicos:

“entre los enfermeros, a veces viene un licenciado o un profesional, pero no tiene la práctica del que tiene años, que ya pasó por todas las salas y conoce los tejes y manejes de todo... está el poder del título como yo lo llamo... no tiene que ver con ser hombre o mujer, pasa por el hecho del título”

“con los médicos, que a veces se equivocan... los enfermeros de muchos años a veces tenemos estrategias que pueden solucionar en minutos algo cuando a lo mejor los médicos pierden horas... vos sabés que el paciente se acomoda enseguida.”

“tenés que lidiar con los médicos porque quieren una cosa, vos les explicás que no es así... una vez en la sala, una médica le dio al familiar todo anotado lo que la enfermera le tenía que dar... eso es pasar por sobre un enfermero.... No puede hacer una cosa de esas! Enfermeros, médicos, somos compañeros de trabajo, primero y principal y no pueda pasar sobre mi persona haciendo eso”

Con respecto a la duración del tiempo de trabajo, las mayoría de las entrevistadas informan que “por acuerdos internos” sus jornadas son de 6 horas de labor, en un caso de 7 y en otro de 8 horas en el turno nocturno. No realizan horas extras, salvo una becaria que en caso de necesidad reconoce exceder su jornada para completar tareas pendientes y rotar los turnos cuando se lo demandan.

En cuanto a la configuración del tiempo de trabajo y el manejo de las pausas, todas reconocieron poder regularlas con autonomía respetando la dinámica del trabajo de cada servicio. “Me encontrás siempre con las patitas para arriba” explica la necesidad de reponerse del cansancio de la postura de pie y la exigencia de caminar para desarrollar su tarea.

Los francos varían desde uno por semana hasta dos por semana, la duración de las vacaciones entre 14 días y 35 incluyendo en estos totales los días que corresponden “por estrés”. Esta variabilidad está determinada por el tipo de contrato laboral y la antigüedad en el puesto. Las entrevistadas manifestaron que pueden elegir y/o acordar con sus jefes y

compañeros cuándo tomar estos descansos y que para hacerlo se toma como criterio garantizar la continuidad y calidad de la atención.

El proceso de paulatino pase a planta permanente se manifiesta en las expresiones de las enfermeras que no sienten inestabilidad laboral alguna.

La comunicación tiene diversas modalidades en cada institución. Los relatos de las enfermeras las describen como fluidas dentro del sector enfermería y con quien está en contacto directo con la cotidianeidad de los servicios según el turno. Lo mismo sucede con los médicos y residentes. Es marcada la diferencia entre el turno mañana y los de la tarde y la noche. Sólo las jefas de enfermería participan de reuniones de trabajo con los médicos.

“con la jefa de enfermería me llevo muy bien, ella recorre los pisos y viene a veces a la tarde y pasa por el servicio... arreglamos con los supervisores de cada turno, nos comunicamos directo a su celular”

“Mi jefa pide todo, es una jefa que es muy conciente de esas cosas, pide y pide, hace notas... si tenés un jefe al que le decís que falta esto y no hace nada... a nosotras nos escucha y pide lo que necesitamos... Eso es muy importante para nosotros como grupo... y se resuelve no sé si rápido pero se resuelve”

“La jefa de servicio está a la mañana, no pasa la guardia. Es muy buena persona. Hablamos las cosas al entrar y si justo no está vengo otro día y lo hablo...”

“al jefe de servicio, no lo veo, a la jefa de enfermería tampoco... la llamo si tengo alguna inquietud, hablo con la coordinadora, con ella sí”

“...la coordinadora es la persona a la que accedo más rápidamente cuando necesito algo. Es una sola para todo el hospital. La jefa no sube al piso, es muy poca relación. Con los jefes médicos, no tenemos mucha relación porque están de 8 y se van a las once, once y media y quedan los residentes, con ellos tenemos relación, recibimos indicaciones de los residentes.”

“con el Jefe de Médicos la relación es buena, hablamos las cosas, las mejoras que hay que hacer las pedimos en conjunto...”

Según la opinión de las entrevistadas, el modo de gestión en los hospitales en los que se desempeñan las entrevistadas no contempla instancias de participación tales como reuniones de trabajo del equipo de salud para discutir su organización o evaluar el desempeño del equipo de cada servicio o de la institución. Reconocen sin embargo que pueden dar su opinión a sus jefes y que son escuchadas.

“se han tomado en cuenta mis opiniones”

“cuando entran enfermeras, cuando pasamos a seis horas, ahí sí nos reunimos todas”...

“yo no puedo venir a las nueve de la mañana a escuchar lo que hablan que es más de lo mismo”

“reuniones no hay... charlas sobre el Dengue...”

“asambleas, jornadas de capacitación, no voy porque son a las diez de la mañana... cuando se discutió el pase planta, participé... es cuestión de interés, que se cumpla la ley como corresponde... todos queremos eso...”

“no hacemos reuniones nunca”

“se hacen reuniones... se algún sindicato llama...” “sobre temas de trabajo, no, no se hacen”

Dado el horario que cumplen efectivamente, la mayoría de las entrevistadas hace sus comidas en su domicilio y durante el trabajo “unos mates y galletitas”. Los hospitales en los que trabajan no cuentan con servicio de comedor para el personal de enfermería.

El aprovisionamiento de ropa de trabajo se cumple parcialmente y en forma discontinua, las entrevistadas lamentan este hecho tanto por el impacto que tiene sobre sí mismas -algunas resuelven comprar sus ambos- como sobre la calidad de atención percibida por el paciente y las consecuencias sobre la cultura organizacional.

“una vez por año nos dan, nosotras nos compramos porque una sola no alcanza”

“te dan dos en un año y después no te dan...”

“nos dieron un solo ambo, hace tres años, todo nos compramos nosotros”

“últimamente se ha puesto de moda el comprarte... yo miro y digo: Qué lindo ese uniforme, te queda precioso... pero te gastás 100 pesos, cuando yo entré éramos todos blancos, ahora tenés violeta, fucsia, rosa, verde, amarillo... cada uno hace lo que quiere... yo no me lo compro, me parece un disparate gastar la plata en comprarme el uniforme... antes, cuando yo entré, los enfermeros eran blancos, los camilleros celeste y quirófano rojo, por área eran los colores... ahora es un pot pourri... parece un desfile de modas, chaquetas cruzadas, con botones, con cuellos... a mí me parece mejor como era antes, se a perdiendo algo,, el ambo es una identificación para el paciente...”

“yo me compro a veces dos al año”

El salario constituye una de las formas de reconocimiento en el trabajo. La percepción de una inadecuada relación entre la remuneración y la tarea realizada genera sentimientos de injusticia con posibles repercusiones a nivel de la calidad de vida y la salud mental. El recurso a otro trabajo complementario es reconocido como un modo de resolver la necesidad de un mayor ingreso pero el impacto de la carga de trabajo que conlleva (12

horas de trabajo al día) tenga fuertes consecuencias sobre la salud las desalienta al respecto.

“es poco, porque si vos te ponés a mirar toda la gente que tengo a cargo y la responsabilidad de un piso, es poco

“mínimo, no te alcanza”

“no sé si es acorde al trabajo, los de planta permanente ganan el triple que nosotros”

“con la antigüedad sube pero no hay mucha diferencia”

“soy becaria, no tengo ningún beneficio, solo la obra social... no te alcanza el sueldo, por eso tenés que salir a buscar otros trabajos” “no estaría tan recargada con otros trabajos...”

“Si pudiera salir a buscar otro trabajo, lo haría... no puedo por problemas de columna, para estar mejor económicamente, para no estar tirante con el tema plata... lo hice durante muchos años pero lo dejé hace 4 años porque ya no podía...”

En cuanto a los riesgos por falta de ergonomía del puesto, reconocen el impacto que sobre su salud tienen las posturas incómodas, el levantamiento y manipulación de carga, en particular durante las maniobras de higiene y confort de los pacientes y los movimientos repetitivos. La dificultad de usar las técnicas aprendidas durante la formación, se explica según las entrevistadas por la exigencia de tiempo y el hecho de estar solas.

“No hay un solo enfermero que no tenga una hernia de disco o várices...”

“Tratamos de usar las técnicas pero a veces no se puede... tratamos de trabajar en conjunto...”

“a futuro pienso que nos vamos a hacer pomada la columna, por ahora tratamos de no hacer fuerza y de ayudarnos entre compañeros y si estoy sola para mover un paciente obeso, no lo hago a no ser con ayuda de un familiar”

“uno se pone a trabajar y se olvida, es una rutina que a veces no te recordás y te olvidás de hacerlo como corresponde, cuando estás cargada de trabajo... el servicio es largo y si estás sola... no tenés tiempo de hacer el report sentada, lo hacés parada, no podés hacerlo solo y tranquila en el office”

“la mayoría tiene hernia de disco por levantar pacientes pesados... aunque tomes una medida, te puede pasar igual... en el quinto piso trajeron un aparato para levantar pacientes... nadie lo usa porque no es práctico, igual hacés fuerza aunque menos...”

“higienizar al paciente... levantarlo, rotarlo, sostenerlo, para acomodarle el pañal... esto me afecta la columna... lo sigo haciendo... aunque me afecte porque no puedo dejar a un compañero solo...”

Sobre el medioambiente de trabajo, reconocen el ruido como molestia en algunos sectores tales como los que están en reparación o en terapia por los respiradores y lo aceptan como necesario, no así el que generan el público cuando hay consultorio.

“el ruido del aires, las máquinas, el monitor cardíaco... ya te acostumbraste... pero se siente cuando lo apagás...”

“el ruido de los respiradores” ... pensó en usar tampones pero “no escuchaba nada y los tenés que escuchar”... “tenemos los respiradores que tenemos, por suerte!”

“como hay consultorio, se junta demasiada gente y estás trabajando entre la gente y te incomoda, uno tiene que estar concentrado”

La ventilación inadecuada así como, en algunos casos la iluminación insuficiente en algunas salas o de equipos para mantener temperatura adecuada se asocian a problemas de organización y de mantenimiento y son “naturalizados”. No es el caso de la exposición a radiaciones que genera inquietud.

“Yo no puedo hacer nada, puedo decir: miren... arreglen esto pero hasta ahí llegó mi hacer” “No tenemos un encargado que pida”

“Refaccionar los ventiladores, mantenimiento? ... no sé”

“el ventilador se rompió y nunca lo arreglaron”

“... es un servicio muy grande para poner aire acondicionado, no sé si se podrá... ojala pudiera ser... el Director, el Gobernador, no sé...”

La falta de información y capacitación sobre riesgo químico parece clave para resolver la preocupación que surge durante la entrevista.

“hay de todo, vapores anestésicos por ejemplo... pero no podés andar con una máscara continuamente acá adentro, no sé si están funcionando (los sistemas extractores)...” “esto es tema de gente especializada en lo que es seguridad y trabajo...yo creo, una vez vinieron de afuera del hospital, no volvieron”

“Tratamos de protegernos, no sabemos si es eso lo que nos está protegiendo... tratamos de creer que sí...” “a la larga... uno no sabe.... Hay compañeros que se murieron de cáncer”...

“y no, pero ya uno lo hace por inercia, lo tenés que hacer, otra no te queda... lo que pasa es que quizás técnicamente no sabemos cómo cuidarnos; ellos, gente idónea, con nosotros, lo consensuaríamos... no sabemos de qué manera protegernos...”

El uso de los elementos de protección personal y los procedimientos de trabajo seguro en cuanto a riesgo biológico es el modo de cuidarse, que las enfermeras asumen como su responsabilidad.

“nos protegemos con doble par de guantes, barbijos, camisolines, botas” “cada cosa tiene su lugar y ese es un modo de cuidarse: descartadores, bolsas, cajas” “Por ahora estamos bien, tenemos todo”

*“se ponen bolsas rojas y está bien dividido, lo que es contaminante y lo que no... le ponemos bolsas rojas y rótulos... los punzantes también. Con los pacientes, los guantes es algo muy especial, tenés tu descartador, para eso uno estudia y otra cosas es el sentido común... la limpieza está muy bien, tiran mucha lavandina”
“el cuidado depende de nosotras”*

Las entrevistadas desconocen si el agua que ingieren en el hospital es apta para consumo y comentan con inquietud su desconocimiento sobre la limpieza de tanques.

“no sé si lavan los tanques como deberían”

“no, sale naranja, son cisternas, uno la toma... ponés el agua en una botella y al ratito la vas a mirar y abajo es todo óxido, lo movés y se diluye en el agua... todos la tomamos igual... de hecho, los pacientes también la están consumiendo, es el agua que se usa para cocinar..... no sé qué es lo que esta sucio y hace que el agua salga así...”

Los baños presentan en algunos casos problemas debido a la falta de mantenimiento y esto causa malestar en el personal entrevistado porque si bien conocen la importancia de tomar un baño y cambiar su ropa antes de salir del hospital.

“más o menos limpios... no tenemos lugar para cambiarnos, lo hacemos en ese baño que es chiquito...”

“un solo baño para todos los servicios” “nos bañamos en los baños de los pacientes”

“cuando hice las prácticas, vi que tendríamos que bañarnos antes de salir... yo llego y pongo un tacho con lavandina y pongo mi ropa”

“porque están adentro de la unidad, y el agua sale por debajo de la puerta... si te bañás inundás un paciente” “el baño está dentro de la unidad de terapia y está mal hecho”... “yo me cambio en un estar chiquito, pero si se te ocurre ir al baño, te contaminás toda”

Los accidentes relatados durante las entrevistas presenta la variedad y gravedad de los riesgos a los que están expuestas. En todos los casos, han generado aprendizajes en cuanto a la necesidad de la prevención en las trabajadoras que los han sufrido y en sus compañeros cercanos.

“me esguince por una caída bajando la escalera, caminando apurada, me pasó, seguí laburando porque estaba sola... hernias de disco ante un mal esfuerzo ... o que las camas están rotas, van pasando y te enganchás, dos por tres hay un golpe o te caés,

me ha pasado... romper las pipetas, se te revientan en la mano y te cortás el tendón, le pasó a una compañera”

“Me pinché con una aguja y me pesqué Hepatitis B. Estuve tres meses, casi me voy y también al tacho, porque no sabía que había una aguja que habían sacado (eso es negligencia), la dejó arriba de la bandeja y yo por limpiar todo, me la clavé hasta el alma. El paciente falleció. Tengo secuelas en el hígado. No conté con la cobertura de ART porque no estaba informada sobre cómo actuar, sucedió en el privado. En esa época, no se usaba cuidarse tanto, los enfermeros que hacían tratamientos con drogas se cuidaban menos”

“una, tratamos de cuidarnos y si nos pasa, tenemos la ART... una vez me pinché con la aguja, hice la denuncia y por suerte, estaba todo bien,,, poniendo una subcutáneo fue, se zafó un poquito y me pincho... pero ya es una advertencia...”

“accidentes, continuamente... desde que te pegue un paciente hasta que te sienta en una camilla y te zamarre... cuando se están despertando de la anestesia, nos ha pasado... también caídas por desnivel de las baldosas... las cialíticas son tan viejas que un día se nos van a venir encima...”

“Nadie está exento que se te caiga algo, nadie está libre de caerse o darse vuelta y que se te enganche algo... me ha pasado de todo pero no pinchazos... en una urgencia te puede pasar... en un apuro alguien deja una aguja ahí... ha pasado en otros sectores, a nosotros todavía no...”

El existencia de plan de respuesta a la emergencia así como procedimientos para la utilización y control del estado de los matafuegos no son conocidos por el personal entrevistado, las salidas de emergencia están señalizadas en algunos hospitales; en algunos casos no existe posibilidades de generarlas debido a las características edilicias.

“No tenemos salida de emergencia en quirófano, ni siquiera una ventana...no creo que haya plan de evacuación “

“ la escalerita figura como puerta de emergencia pero no podés pasar los pacientes por ahí, hay señalización de puerta pero no es una puerta...”

Con respecto a la atención de la ART, sólo una entrevistada manifestó su disconformismo e indicó que se refería a una situación sucedida hace unos años:

“accidentes podés tener de la manera más tonta... el mío fue una pavada, por un golpe tonto... de la manera más estúpida...” “maldigo la hora que me operé en la ART, me atendió, me operó, me dejó... me había dado los puntos y no me los había sacado, yo creo que perdí el ojo porque me dejaron los puntos... el médico había tenido problemas con la ART y no me quería atender después de tres años me sacó

los puntos... ni pagándole... yo no le deseo a nadie andar lo que yo anduve con la ART..." "yo tengo la discapacidad por el ojo, si no me gustara, ya me hubiera jubilado por discapacidad"

Las enfermeras se vinculan directamente con el personal a cargo de la limpieza para paliar lo que entienden un déficit de la organización del servicio. Hacen propuestas de mejora pero desconocen cómo son las responsabilidades al respecto.

" la limpieza no es buena"

"estamos todo el día hinchando, limpien acá, repasame esto y aquello" "como no tienen lugar donde guardar las cosas de limpieza, usan una habitación" "el encargado es como que no existe, dice: "si no nos dan, con qué quieren que limpiemos"... y tienen razón" Plantea que la Dirección tendría que evaluar la empresa sirve o no caminando el hospital.

" si está muy sucio, llamamos, tienen muy buena predisposición, no hay acumulación de residuos"

"el azulejado tiene muchos recovecos... tendría que haber un plan de trabajo y que se desinfecte cada tanto..."

"en otros hospitales brillan, baños, habitaciones, azulejos, techos... es un foco de infección hospitalaria,, habría que limpiarlos una vez al mes... no sé quién maneja el sector de limpieza... mirá las paletas del ventilador, las arañas en el consultorio... tal vez sea de Mantenimiento, no sé"

Las enfermeras que participaron en las entrevistas reflexionan sobre el impacto que para su salud tiene este trabajo.

"la falta de descanso obviamente y que me hago problema por algo que no tiene que ser... que tendría que dejar..." "las hernias me han afectado hasta para caminar"

"el estrés, no hasta ahora, más adelante!"

"los olores de los químicos que tiran para la limpieza, a mí me afecta la garganta, me da como alergia, yo pido que lo hagan cuando yo no estoy"

"cansancio en las piernas... podría ser las várices, tengo y sí, puede ser por el trabajo, porque caminás, caminás... no podés prevenirlo... te aparecen..."

"tengo várices y me las estoy tratando, de ir y venir..."

"estoy sola, aparte de lo físico, el estrés del estar sola y de no poder abarcar con todo. Tenés los tres quirófanos llenos, los cuatro y esto estresa un poco. Decir "Ay, no puedo con todo", eso te vuelve loco." "La espalda, las piernas, seguro que a la larga tengo algo lumbar" "La fuerza que tengo que hacer para empujar y calzar la camilla"

me mata la cintura"... (sobre los gases anestésicos) no sé qué problema traen pero sé que son tóxicos, son contaminantes para el ambiente. "

"psicológicamente... cuando se excita un paciente en la cama... el otro día grité "cuidado la cara... quedé shockeada con lo que me pasó con el ojo" (fue golpeada por un paciente involuntariamente y se desprendió la retina) "Yo ahora me involucro pero estoy más a la defensiva..." (con relación a efectos del accidente) "tengo hernias de disco, me cuido, me hago masajes, tengo muchas consecuencias, cuando me ataca el dolor tomo corticoides, siempre por indicación médica.. hace años que las hice...antes estaba sola, me ayudaba la familia a mover los pacientes, son pacientes con yeso, me encantaba... una no se da cuenta de las consecuencias... se da cuenta después, con los años"

"por ahí emocionalmente pero ya no, ya lo tomo con pinzas. Creo que ya no me afecta la salud. Cuando era joven y no entendía por qué pasaban las cosas, me hacía recontramal. Ver sufrir es lo peor. ""Una doctora me dijo que no podía llorar por cada bebé. Te ponés fría y te acostumbrás. Para mi cambia mucho si se muere en tu guardia que en otra"

"no puedo hacer nada de fuerza porque tengo un problema de columna, tengo que estar un rato parada, un rato sentada para no cansarme y no provocar dolor en la espalda. Sería como una tarea liviana en enfermería, que no existe... yo tengo que llamar a alguien para levantar pacientes." "tengo dañada la parte sacra y desplazadas la cuarta y la quinta vértebra, esto fue hace cuatro años" "me atacó la parte psicológica""vos estás acostumbrada a un paciente, lo conocés, te asociás mucho y cuando sucede lo que tiene que suceder , te afecta..." "yo no puedo correr, te corro si surge una emergencia pero me puedo caer... me siento impotente, sé cómo hacerlo pero hay algo que me dice, si vos lo hacés sos vos boleta... me siento impotente"

"No sé si todos se lavan bien las manos, te podés contaminar con algún bichito... es muy fácil en un hospital" "veo que hace falta una charla informativa para saber cómo manejarse..."

La condición de mujeres las hace, en palabras de las entrevistadas, estar más propensas a sufrir ciertas consecuencias:

"algunas situaciones que te llegan más emocionalmente, la mujer es mucho más sensible que el hombre... cuando se nos muere gente joven, lo sentimos más"

"algún mal esfuerzo"

“las várices, la fuerza...no sé si afectan más a las mujeres... muchas compañeras grandes se operaron acá de prolapso pero me parece que estas cosas pasan en otros trabajos... como las hernias”

“el tema psicológico afecta mucho a las mujeres que están en la parte asistencial... yo creo que más que a los hombres... también la lumbalgia, como tenemos menos fuerza que los hombres, nos esforzamos más y quizás no hacemos la técnica..”

“Problema de las mujeres? Várices y columna. Nos afecta más a las mujeres porque andamos más que los varones. Ellos aunque muchos son buenos enfermeros, no andan tanto. Otra cosa que afecta más a las mujeres: infecciones urinarias. Querés ir al baño, hago esto y voy, hago esto y voy... y vas en tu casa. Le prestás atención a que esté todo en orden en el lugar.

“yo pienso que las mujeres somos más... distintas al varón, que es más ahí, al límite, no cruza, las mujeres cruzamos y vamos del otro lado... tenemos más contacto con el paciente y por ahí lo entendemos más que un varón que es más secote... las mujeres buscan más la vuelta, son más detallistas, cosas que el varón no. El enfermero varón va, hace, le pregunta dos o tres cosas... pero no... no ... una cosa de decir: Bueno, mira... me meto y hago un vínculo con la persona”

La relación cotidiana con personas padecientes genera exigencias particulares que afrontan y de las que perciben posibles consecuencias en el futuro por el desgaste que este tipo de trabajo en estas condiciones podría ocasionarles.

“a mí me gustaría no ser tan técnica, sería bueno poder mantener relaciones humanas pero el tiempo no te lo permite... a veces mi compañera me llama a los gritos, yo me entretengo y conozco la vida de los pacientes... estamos trabajando con seres humanos, esto no es una fotocopiadora: tac, tac, tac, tac.. Cuando entrás, lo mirás y le decís: Qué pasa hoy? Le ves la mirada, tenés el teléfono que te suena... tenés que seguir...”

“hay pacientes que creen que están solos en el piso... pero hay que tener mucha psicología para saber tratar al paciente... yo todavía puedo, no sé a los 40 años de sala, como tiene mi compañera, yo voy a lograr hacerlo de la misma manera... yo llego con una sonrisa y me voy sonriente, me gusta lo que hago... capaz llega un momento que la tolerancia con tantos años se vaya perdiendo... a mí no me pasa, tengo una disposición positiva... tal vez con el tiempo se agota...”

Las situaciones de violencia social que se manifiestan en el trato con los pacientes y familiares, el hacer frente a la muerte como inexorable, los niños y jóvenes padecientes a los que asocian con sus familiares generan miedo y angustia. Bronca es el sentimiento que

describen cuando no pueden responder a las exigencias de la atención y se ven al límite de sus fuerzas o cuando sienten que las autoridades no se comprometen.

“los pacientes agresivos, los que están con custodia policial, porque a veces maltratan al personal y siendo hombres, más todavía... eso me da más miedo...hay pacientes que tendrían que estar en psiquiatría o en otro hospital... me da miedo porque no hay un manejo adecuado de este tipo de pacientes, no hay psiquiatras de guardia, hay que llamar al clínico que está igual que nosotros” “Nos han querido pegar desde su enfermedad...”

“Bronca las injusticias o ver al familiar que maltrata al propio paciente... o a mi y a mis compañeras... lo manejo con tranquilidad, si es muy agresivo se llama al policía.”

“cuando el paciente muere y es un paciente muy querido o ver al familiar que está sufriendo”

“Angustia cuando no puedo ayudar en nada para que ese paciente salga, asocio esto y lo traslado a mi familia. Yo veo un chico golpeado en la calle, me he metido yo, un poco más la ligo yo... y veía al chico... y veía a mi nieto de 16 años”

“son pacientes que me dan angustia porque siento que ya se van, se va la vida de los pacientes, es la naturaleza, angustia y bronca... por qué tan joven? Es el destino, la vida... nunca tuve miedo, soy corajuda, en el momento actúo, después me estreso un poco.”

“cuando estoy sola y o me dan las manos ni las piernas, me da bronca, mucha bronca, no sé si angustia, me da bronca. Veo que los pies me laten, que no me dan más, estar sola cuando hay mucho trabajo, me molesta”

“a mí no me gusta dejar todo, que no tengan nada, por ahí muchas veces me ha pasado que llegué a mi casa y “ay, me olvidé de hacer algo a un bebé, entonces llamo a mi compañera... “ vos llegás a tu casa y te ponés a ver lo que hiciste, lo que no hiciste y como hubo tanto laburo... muchas veces le he mandado mensajes a mi compañera... siempre aviso: “Mirá no hice tal cos porque se me pasó, por todo el lío” “tendríamos que ser tres...”

“Bronca me da la desidia de los que pueden ayudar y no lo hacen, los directores y la gente de poder que tienen el poder para poder de mejorar la situación nuestra y no lo hacen”

Como hecho que las marcó a lo largo del tiempo, coinciden en relatar el impacto emocional sufrido ante la primera muerte.

“el primer paciente que falleció, me sirvió para endurecerme, para decir “si voy a seguir así, no sirvo para ayudar a nadie”... te endurecés pero no te dejás no ser sensibles porque no servirías.

“tuve pacientes muy mal, estuve hasta lo último al lado de él... me mentalizo, yo hice lo que pude, es la vida... en salud te passsa eso... yo me siento satisfecha porque hice todo lo que pude.. uno es humano también, no es tan de fierro...”

“me cuesta mucho la muerte de los pacientes, la gente joven, hay gente con enfermedades crónicas muy joven, me puede todavía, es como con los chicos. La enfermedades mentales también me dan mucha... mucha... quizá hay algo que me marcó y no me di cuenta

“la primera muerte, me acuerdo, estaba trabajando y vine al balo, me encerré a llorar! La primera persona que se te muere, no la podés sacar del paro... para mí es chocante”

“una chiquita que la mordió un perro, me marco la situación y la falta de cosas que había... la chiquita se murió... igual se iba a morir... pero bueno, había cosas que no estban... si yo hubiera estado ahí no me lo hubiera perdonado...lo que más me marcó con esa nena, es que no sabían lo que hacían”

(la muerte de una nena) “era el día d ela enfermera, un día negro... esas coas te quedan, no podían ponerle la vía, me llamaron a mi... la nena convulsionaba, le salía sangre... te marcan esas cosas... vos comentás como para desahogarte porque fue horrible todo...”

“tuve un chiquito en mal estado en pediatría y no se encontraba medicación para ese bebé, un día hizo dos o tres paros y me afectó emocionalmente, psíquicamente, estuve mal un largo tiempo y cambié el turno por eso, a la noche y no a pediatría...”

Atender a pacientes que han atentado contra la vida de otra persona, les genera conflictos profundos de carácter ético entre su obligación profesional y sus valores personales. Los sentimientos van desde la tristeza hasta impotencia.

“el día que juramos, juramos atender a todos, no queda otra... tuve pacientes presos, pacientes que han violado y matado a sus propios hijos... sentís un rechazo pero lo tenés que atender igual porque es un paciente que necesita de nuestra ayuda”

“cómo solucionamos eso? Tendrían que existir planes para eso, en una época había planes... yo trabajé en una salita donde se trataba el tema de madres golpeadas... pero lamentablemente se perdió porque no te manda los recursos, era municipal y ad honorem...”

“intentos de suicidios... tenés que poner la cara y tratar de buscar la solución...”

“personas golpeadas por la barra brava... mujeres golpeadas por los propios maridos y los chicos quemados o golpeados por los propios padres... y esto te daña la cabeza... esto te bajonea, vos decís: por qué?”

(embarazada golpeada por el ex marido) “No es que no me importa nada, me causa pero no la podés ayudar en nada... hasta acá les han pegado...por ahí avisamos a vigilancia, más que eso no podemos hacer”

En cuanto a su involucramiento en la acción preventiva, coinciden en indicar que la experiencia recogida a lo largo del tiempo las ha llevado a cuidarse más.

“cuando sos joven, hacés un montón de esfuerzos, con los estudios te vas perfeccionando”

“antes ... no teníamos camilleros y teníamos que levantarlos con las sábanas y subirlos a la camilla y llevarlos y eso a veces lo hacía sola y me dañó”

“algo que pese 5 kilos no lo puedo levantar, tengo aconsejado un kilo y medio,... levanto cosas pero me cuido...”

“los jóvenes se cuidan más, porque están más concientizados de que hay que cuidarse, a nosotros nadie nos cuidaba y nadie nos decía nada... los más viejos... la formación también incide, no hay diferencias entre hombres y mujeres...”

“para mí es igual, en general mucho no se cuidan” “no deberían fumar en el hospital”

“el hombre enfermero que fuma se aleja, tiene un poco más de respeto...entre mujeres no”

“la jefa le da tareas más livianas a las que tienen más años: pediatría, cirugía... eso está muy bien de parte de la enfermería, de las jefas... (con respecto a los hombres) la diferencia es la fuerza, se cuidan igual...”

“cuando yo me accidenté tenía veinte y pico de años, no me importaba nada... tenía que pasar un paciente de cama, sola y lo hacía... ahora lo pienso, sé que me hace mal, que me va a doler... nos venimos más mañosos de grandes”

“los cuidados convencionales son iguales entre hombres o mujeres” “si hay un varón, la mujer le pide que haga fuerza él”

“la formación influye, cuanto más estudio tenemos, mejor queremos hacer las cosas, pero a veces el sistema no te deja”..

“son iguales... los estudios no tienen nada que ver,,, “me tengo que cuidar yo porque si no me cuido, llevo el virus a mi casa, contagio a mi familia”

La necesidad del cambio ha sido explicitada a lo largo de las entrevistas por todas las enfermeras sin embargo carecen de información e influencia en la institución para impulsar estos cambios. En algunos casos, la complejidad y cantidad de problemas percibidos bloquean la posibilidad de pensar soluciones.

“siempre les digo que pidan las cosas, siempre repito lo mismo como un loro. Pero bueno, yo no tengo el poder de hacer el cambio ni para pedirlo... qué va a hacer, me lo tengo que bancar... te acomodás a los problemas”

“No vamos a pedir cosas estrambóticas como una camilla cuando falta gente” “No van a comprar sillas cuando faltan un montón de cosas”

“No sé quién se ocupa de estos temas, mucho no pregunto”

“Todo lo que sea dinero, no es tan fácil...”

Ubican la responsabilidad de la generación del cambio en niveles jerárquicos de la institución hospitalaria aunque también reconocen la necesidad de que intervengan niveles medios de la gestión hospitalaria para que se concreten.

“hay un par de cosas que tendrían que estar de otra forma, otras que faltan... a veces tenés que estar corriendo con un alargue para un lado, para el otro. Faltan algunas cosas. Y algunas cosas están muy venidas abajo... no hay una cabeza acá que se ocupe de ver todo esto”

“si el pedido no sale de acá nadie lo va a hacer”

Su intervención parece más centrada en paliar con su trabajo, sus propias medidas de protección y en algunos casos cierto voluntarismo la compleja situación que enfrentan en el trabajo cotidiano.

“Tratamos de solucionar los problemas, cubrimos todos los servicios, que no salga mucho de acá para afuera, se busca la solución pero tarda en llegar”

“hay medidas que podés tomar vos mismo, acomodarte si estás con el tronco inclinado... pero si lo tenés que mover, no hay otra forma...”

“a veces si tenemos tiempo, baldeamos nosotras, ahora hay pocas mucamas, los feriados o fines de semana, una sola muchaza para todo el hospital...”

“vos atendés al paciente como a cualquier persona, después surge que tiene una HIV o Hepatitis B o neumonía, otra pulmonar... que es algo contagioso, cuando te enterás ya le pusiste la vía, lo medicaste, limpiaste la habitación...”

Los exámenes preocupacionales y la vacunación se cumplen parcialmente según informan estas trabajadoras que asumen por decisión personal la vigilancia de su salud a través de chequeos periódicos por entenderlos necesarios debido a los riesgos a los que se saben expuestas.

“Examen preocupacional si, periódicos no, vacunas de gripe A y la Hepatitis”

“Me van a hacer el preocupacional ahora, hace cinco que entré, hace un año que estoy efectiva... Yo me hago laboratorio cada 6 meses o cada año.. Vacunación recién ahora para la gripe. Me vacuno afuera porque acá no me gustó”

“yo creo que se deben ocupar... no sé si lo hacen... tendrían que estar más encima de las cosas, más personalizado tendría que ser...” “exámenes periódicos, nunca”

“las campañas de vacunación, sí, porque las manda el Ministerio”

“lo que te preocupe de tu salud, te lo hacés vos, vacunación sí nos han dado, de la gripe, del sarampión...”

Coinciden en el interés por la formación en general y en particular sobre el cuidado de la propia salud.

“es importante que te den posibilidades de hacer cursos... esto debiera ser obligatorio y debiera impulsarlo el Ministerio... pero mis compañeros que trabajan en dos lugares, no tienen tiempo de nada... habría que dar un incentivo, no sé si económico... así la gente lo hace y esto el viene bien al paciente”

“habría que organizar charlas sobre estos temas... no sabemos muchas cosas”

Algunas están afiliadas a algún gremio del sector aunque no participan activamente en la acción gremial y dicen desconocer si el gremio aborda la temática.

“no sé mucho cómo se manejan... sería bueno que ayuden en algo, no?”

“que luchen por mis derechos, yo trabajo como enfermera profesional, quiero tener mi derecho para eso estudié tanto... me va a cambiar a nivel monetario, en el trabajo no porque hago lo mismo... ahora tengo la misma responsabilidad igual, como somos pocos hacemos todo... me costó mucho estudiar, ya no estoy en edad de estudiar, soy muy exigente conmigo misma, no podría... no cambio mi forma de trabajar pero quiero lo monetario, tengo una familia, tengo que vivir, tengo mis papeles en orden... somos muchos en esta situación”

“yo pienso que las propuestas las tienen, lo que no sé si alguna vez se van a llevar a cabo”

“no sé nunca hemos tratado este tema con el gremio... “

Manifiestan su deseo de participar para aportar al cambio de las condiciones de trabajo.

“Jornadas de enfermería, vamos a presentar un trabajo, hasta ahora fuimos a otras pero no presentamos nuestros trabajos... Nos hemos reunido a veces para tratar un tema que nos preocupa, con supervisores y directores... a veces cuando se trata un tema puntual de un enfermero con una problemática, entre todos nos reunimos...”

“Me gustaría participar en el Area Legal”

“yo ahora por mi hijo mucho no participo pero cuando empecé enfermería sí, hacíamos jornadas... acá es medio difícil juntar... de congresos me gustaría participar y en los cambios de acá con respecto al hospital y la atención del paciente, implementar cosas nuevas, estaría bueno” “en el sindicato no”

“es bueno tener opinión y que la gente hable al momento de estar ante las autoridades, las personas que pueden mejorar la situación, si ellos no conocen lo que nosotros percibimos y sentimos, con qué nos chocamos todos los días, no hay relación”

El desafío de poder tener iniciativa e incidir en el cambio, lo planteó una de las entrevistadas

“es toda una seguidilla de cosas, que si vos sos un pasivo quietito, no molestás y venis tus ocho horas o tus seis horas y no jodés, está todo bien ..., no está bien para vos no, porque vos estás siempre en el mismo pozo, la enfermería seguimos siendo lo mismo y la atención del paciente, la calidad de atención?”

CONCLUSIONES

Como conclusión de este estudio podemos señalar que el análisis de las percepciones de las enfermeras nos permitió reconocer la existencia de una identidad de este colectivo de trabajo, que se vincula fuertemente con la prolongación de los roles y estereotipos culturales asociados con la condición de “ser mujer”.

La percepción de las enfermeras acerca de sus condiciones y medio ambiente de trabajo es resultante, en muchos casos, de una sobre-adaptación a situaciones de inequidad, determinadas, no en este caso por la división sexual en el trabajo, sino por una desvalorización de la profesión por parte del resto del personal sanitario, como de la sociedad que, en apariencia, traduce las concepciones del modelo médico hegemónico.

En tal sentido el contexto político de las últimas décadas, como ya se ha mencionado, colaboró ampliamente en el deterioro de las CyMAT y la pérdida de los beneficios y derechos que había alcanzado la clase trabajadora. Es así que el acceso al puesto de trabajo en el sector de salud estatal, aún en condiciones de precariedad en cuanto a la modalidad de contratación, resultó una oportunidad para muchas de las enfermeras entrevistadas, que venían golpeadas por la inequidad social. Esta situación de acceso al trabajo configuró la antesala de un proceso de sometimiento y adaptación, de invisibilización de derechos y de naturalización de los riesgos que se ponen en evidencia con el análisis de las entrevistas.

Esta investigación nos ha permitido develar el impacto de las CyMAT y especialmente de las formas de organización del trabajo sobre la salud, que se traduce en problemas físicos, psíquicos y emocionales que sufren día a día las enfermeras y que la legislación en materia de salud laboral de nuestro país no contempla. Esta situación analizada, desde la perspectiva de género, pone en evidencia nuevamente la inequidad, en tanto estos problemas de salud son el resultado de la asociación de múltiples factores que trascienden la sobreexigencia del puesto del trabajo y se vinculan con factores de sobreexigencia en el área social y familiar. Estos elementos, potencian los efectos de los riesgos del trabajo configurando problemas de salud, que al estar incluidos en la categoría de “multicausales” o “psicosociales” no son reconocidos.

En la medida que esta problemática aparece invisibilizada por las propias trabajadoras y se refuerza por la falta de políticas que incorporen la cuestión de género en el ámbito laboral, se evidencia una ausencia de participación, falta de reclamo de derechos en salud y seguridad al empleador y escaso desarrollo de acciones preventivas, así como mínima confianza en su capacidad para incidir en la prevención.

Sin embargo, es importante resaltar que, a esta aparente actitud de sometimiento subyace una postura de resistencia que se lee en el discurso de estas mujeres como "...tomemos la iniciativa" y "...confianza en la posibilidad del cambio".

Si bien durante las últimas décadas se han realizado progresos para promover la igualdad de género en el mundo del trabajo, sabemos que falta todavía un largo camino para que el mundo del trabajo incorpore el cambio de paradigma que asume a la igualdad entre hombres y mujeres como base fundamental para el logro de la equidad social y el desarrollo humano.

PROPUESTAS

Dada la complejidad de la problemática y las limitaciones que al respecto presenta este estudio consideramos tres ejes claves de desarrollo de la política pública para el sector salud: innovación en gestión a nivel ministerial y hospitalaria para impulsar acciones preventivas y la participación de los trabajadores, necesarios protagonistas comprometidos en la defensa de su derecho a la salud en el trabajo.

Algunas posibles líneas de acción al respecto:

- Difundir las conclusiones de este estudio y recoger aportes de los actores involucrados en particular en cuanto a las mejoras de las condiciones de trabajo y la vigilancia de la salud del sector de enfermería
- Sensibilizar a las autoridades hospitalarias en cuanto a la importancia de la implementación de los SGSST y la participación de los trabajadores
- Desarrollar planes de capacitación para favorecer la participación de los trabajadores en la mejora de las condiciones y medio ambiente de trabajo
- Favorecer las condiciones de implementación de los CM a nivel hospitalario y acompañar a los ya implementados desde la CJM
- Realizar estudios sistemáticos sobre condiciones y medioambiente de trabajo y su impacto sobre la salud de los trabajadores de los hospitales provinciales
- Incorporar los resultados de las investigaciones realizadas sobre la temática como fundamento para la toma de decisiones en política pública en Salud y Trabajo
- Incorporar el enfoque de género para el análisis diagnóstico de la problemática del sector y para la elaboración de las políticas públicas

- ANTUNES, RICARDO. (2003) ¿Adiós al trabajo? Ensayo sobre la metamorfosis y el rol central del mundo del trabajo. Ed. Herramienta. Buenos Aires.
- BOIX, PERE Y VOGEL, LAURENT. (2003) Participación de los Trabajadores. Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (Comisiones Obreras), Bureau Technique Syndical Européen pour la Santé et la Sécurité.
- DESSORS, DOMINIQUE Y GUIHO-BAILY, MARIE-PIERRE. (1998) De la psicopatología a la psicodinámica del trabajo. Trabajo y Sociedad - PIETTE/CONICET - Lumen/Humanitas. Buenos Aires.
- DEJOURS, CHRISTOPHE (1990) Trabajo y desgaste mental. Ed. Humanitas. Bs. As.
- DE SOUZA MINAYO, MARÍA CECILIA. (2004) El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud. Ed. Lugar. Buenos Aires.
- DURÉ, MARÍA ISABEL, COSACOV, NATALIA Y DURSI, CAROLINA. (2009) La situación de las trabajadoras del sistema público de salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Una aproximación Cuantitativa, Revista de la Maestría en Salud Pública, Año 7- Nº 13. Argentina.
- GUBER, ROSANA. (2001). La etnografía. Método, campo y reflexividad. Grupo Editorial Norma. Bogotá.
- ILO-OSH (2001) Directrices relativas a los sistemas de gestión de la seguridad y la salud en el trabajo.
- LAVILLE, ANTOINE. (2000). Envejecimiento y trabajo. Trabajo y Sociedad, CEIL-PIETTE CONICET, Lumen-Humanitas. Buenos Aires.
- LAURELL, ANA CRISTINA. (1993) Para la investigación sobre la salud de los trabajadores. Serie Paltex, Salud y Sociedad 2000. OPS.
- LEY DEL EJERCICIO DE ENFERMERÍA Nº 12.245. Pcia. Buenos Aires (1999)
- LEY DE RIESGOS DEL TRABAJO 24.557 (1996)
- MARCEAU, JEAN (1996) En Investigaciones en Salud Ocupacional en Cuba. Actualidad y Proyecciones. Almirall Hernandez, P. y del Castillo Martín, N. Exposición en el III Congreso de Salud y Trabajo 2010. La Habana, Cuba.
- MARRADI, A; ARCHENTI, N. Y PIOVANI, J. (2007) Metodología de las ciencias sociales. Ed. Emecé. Buenos Aires.
- MESSING, KAREN. (2002). El trabajo de las mujeres. Comprender para transformar. Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud-Bureau Technique Syndical Européen pour la Santé et la Sécurité. Editorial Catarata. Madrid.

- NEFFA, JULIO CÉSAR. (1995) Las Condiciones y Medioambiente de Trabajo (CyMAT) Presentación de la concepción dominante y de una visión alternativa. CEIL – PIETTE. Buenos Aires.
- NOGUERA ORTIZ, NORMA (2008) resumen de la ponencia “Proceso de atención de enfermería una herramienta para la garantía del cuidado”, presentada en el Primer encuentro de enfermeras red hospitalaria Hospital Universitario Clínica San Rafael, en Bogotá, Colombia.
- ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. (2006) Igualdad de género y trabajo decente. Convenios y recomendaciones claves para la igualdad de género. Oficina para la Igualdad de Género y Departamento de Normas Internacionales del Trabajo.
- PARRA GARRIDO, MANUEL (2002) América Latina. Centro de Estudios de la Mujer de Chile-Universidad de Carabobo, Venezuela, en MESSING, KAREN. (2002). El trabajo de las mujeres. Comprender para transformar. Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud-Bureau Technique Syndical Européen pour la Santé et la Sécurité. Editorial Catarata. Madrid.
- PIROSKA ÖSTLIN. (2001) Desigualdades por razón de género en la salud ocupacional. PAHO/OPS.
- POCCIONI, MARÍA TERESA. (2007) Hospitales públicos: la mirada de usuarios y trabajadores. Estudios Preliminares. Programa de mejora de atención a la comunidad en hospitales públicos. La Plata.
- PROGRAMA PROVINCIAL DE DESARROLLO INTEGRAL DE ENFERMERÍA “EVA PERÓN”. (2009) Resolución 640/09 Ministerio de Salud de la Pcia. de Buenos Aires
- PROYECTO DE LEY S-2011/09.
- RICO, MARIA NIEVES y MARCO, FLAVIO (2006). Mujer y empleo. La reforma de la salud y la salud de la reforma en Argentina. Ed. Siglo XXI. Argentina.
- RODRÍGUEZ, CARLOS. (1993). Acerca de la salud de los trabajadores. Confederación sindical de Comisiones Obreras. Departamento de Salud Laboral. Madrid.
- SALVADOR MONCADA, LUIS. (2005) II Semana Argentina de la Salud más seguridad en el trabajo. Superintendencia de Riesgos del Trabajo. Argentina.
- SALVADOR MONCADA LUIS, LLORENS CLARA y SÁNCHEZ ESTHER. (1998) Factores psicosociales: la importancia de la organización del trabajo para la salud de las personas. Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
- SAN JUAN, CLAUDIO. (2003) Participación de los Trabajadores en materia de Salud y Seguridad en el Trabajo en Argentina. OIT 187. Oficina de la OIT en Argentina. Proyecto OIT Bue/ARG/Colext/61. Argentina.
- SILES GONZALES, J (2004) La construcción social de la Historia de la Enfermería. Index de Enfermería. Mar del Plata.

- SCHVARSTEIN, LEONARDO y LEOPOLD, LUIS. (2005) Trabajo y subjetividad. Entre lo existente y lo necesario. Ed. Paidós. Argentina
- SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DE TRABAJO, SUBGERENCIA DE ESTUDIOS, FORMACIÓN Y DESARROLLO, DEPARTAMENTO DE DESARROLLO TÉCNICO. (2004). Estudio exploratorio sobre Conocimiento del Sistema de Riesgos del Trabajo y Percepción de Riesgos en la población trabajadora. Presentación Preliminar. Buenos Aires.
- SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DE TRABAJO - ILO OSH 2001. (2007) Directrices Nacionales sobre los sistemas de gestión de la Seguridad y la Salud en el Trabajo. (Res. S.R.T. N° 103/05). Argentina.
- SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DE TRABAJO. (2007) Aportes para el Debate de la Reforma de la Ley de Riesgos del Trabajo. La participación como instrumento de promoción al diálogo social. FERROGRAF. La Plata.
- SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DE TRABAJO. (2007) Directrices Nacionales para los sistemas de gestión de la Seguridad y la Salud en el Trabajo. Subgerencia de Prevención. Grupo de Trabajo SRT-ILO OSH 2001. Resolución 523/2007.
- TENNASSEE LUZ MARITZA Y PADILLA MÓNICA. (2005) Salud y seguridad de los Trabajadores del sector salud. OPS.
- ZALDÚA, GABRIELA Y OTROS. (2006) La hegemonía neoliberal y las condiciones de producción de los actos de salud en hospitales públicos. IIFCS, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Buenos Aires, Argentina.
- http://www.aecba.org/08_Anales-de-la-Enfermeria/Actualidad2.htm. (Entrevista a la Licenciada Gretel Desmery, Directora Académica de la Escuela de Enfermería de la Universidad Austral) 02/04/10
- <http://www.eumed.net/libros/2007a/235/27.htm> 24/07/09
- <http://books.google.com.ar> 15/02/10
- <http://www.genero.bvsalud.org> 10/12/09
- <http://www.icohweb.org> 15/02/10
- <http://www.ila.org.pe> 09/01/10
- <http://www.ms.gba.gov.ar> 24/07/09
- <http://www.paho.org/spanish/hdp/hdw/gensalud.htm> 24/02/10
- http://www.trabajo.gov.ar/downloads/ctio/090603_ctio-oit-ginebra-proyecto.pdf 05/02/10

ANEXO 1

Proyecto de Investigación PERCEPCIÓN SOBRE LAS CYMAT DE LAS ENFERMERAS Y PREVENCIÓN

Esta entrevista se realiza para recolectar datos para una investigación que realiza el Programa de Salud y Trabajo del Ministerio de Salud de la Pcia. de Bs. As. El objetivo de es estudiar las condiciones de trabajo de las enfermeras mujeres tomando en cuenta su propio punto de vista, en los hospitales públicos. Toda la información que nos aportes se utilizará sólo para esta investigación, y se sumará a la información que nos den otras enfermeras. Finalmente se realizará un informe en el que no figura ningún dato personal, ya que toda la información que nos aportes es confidencial.

Esta investigación tiene el aval del Dtor. Pcial. de Hospitales, Dr. Claudio Ortiz, y su intención es la de generar conocimientos de utilidad para la mejora de la salud de los trabajadores.

Toda la información que nos aportes es muy valiosa y será de suma utilidad para esta investigación. Una vez terminada la misma nos volveremos a contactar con vos y otras compañeras que hayan aportado datos, para hacerles la devolución de los resultados y entregarles una constancia de participación en la investigación.

Dado que es mucha la información a registrar por escrito necesitaría grabar la entrevista.

GUÍA DE ENTREVISTA

Datos personales

1. Apellido y nombre:
2. Edad:
3. Núcleo familiar conviviente:
4. Número de hijos y edades:
5. Nivel de instrucción alcanzado:

Puesto de Trabajo

1. ¿Cuál es tu puesto de trabajo?
 - a. ¿En qué servicio estás? ¿Estás siempre en el mismo servicio? ¿En qué otros servicios trabajás? ¿Por qué?
 - b. En el servicio en el que trabajás (servicio de base), ¿tenés compañeros varones? ¿y en los otros?
2. ¿Cómo fue que te dedicaste a este trabajo? (indagar si hubo elección, motivación, vocación, cuestión de clase)
3. Historia laboral: antigüedad en el puesto, en la institución, trabajos anteriores. (¿A qué edad empezaste a trabajar y de ahí en mas como fue tu vida laboral?)
4. ¿Sentís que fuiste progresando en el trabajo?
5. ¿Vos crees que es necesario reunir determinadas cualidades personales para trabajar en la enfermería?
6. ¿Para vos hay alguna diferencia entre ser hombre o mujer en la enfermería? ¿Cuáles?
7. ¿Hay actitudes machistas en tu lugar de trabajo?
8. ¿Alguna vez te sentiste molesta por expresiones o actitudes de tus compañeros, pacientes y familiares de los pacientes, varones?
9. ¿Cuáles son para vos las consecuencias de este trabajo sobre tu vida personal y familiar?
10. ¿En algún momento te sentiste tironeada entre el trabajo y las demandas como madre? (Ver si el cuidado de los niños le generan algún trastorno, y cómo resuelve o resolvió el cuidado de los niños)

Condiciones de Trabajo**Organización del Trabajo**

1. De las tareas que realizas, ¿cuáles resolvés sola y cuáles acordás con otros?
2. De acuerdo a tu experiencia, ¿el servicio cuenta con los recursos materiales necesarios?
3. ¿Qué situaciones dificultan el cumplimiento de las tareas previstas, las tareas que tenés que hacer, y cómo las resolvés / enfrentás? ... ¿Considerás que tienen que ver con la forma de organizar del trabajo? ¿Por qué?
4. ¿Durante la jornada de trabajo, hay momentos de sobrecarga? ¿Cuáles y debido a qué?
5. ¿Normalmente sentís que te alcanza el tiempo para realizar las tareas previstas? Si no es así, cómo te las arreglas?
6. ¿A vos te parece que el personal del servicio/unidad es suficiente? ¿Por qué?... ¿Y para vos, cuántos debieran ser?
7. ¿Estas conforme con el lugar de trabajo?

Contenido del Trabajo

8. ¿Cuál es la importancia del trabajo que realizas en el servicio/unidad?
9. ¿Consideras que todas las tareas que realizas te corresponden?
10. ¿Te gusta lo que haces?
11. ¿Hay tareas que preferirías no hacer?
12. Te gustaría hacer un trabajo diferente?
13. ¿Vos crees que los pacientes valoran tu trabajo? ¿Y los familiares de los pacientes? ¿Y el resto del equipo de salud?
14. ¿Cómo crees que ve la sociedad a la enfermería?
15. ¿Y los propios enfermeros, como la ven?
16. ¿Has tenido alguna experiencia que te haya marcado/afectado en el trabajo? (aclarar que puede ser positiva o negativamente)
17. ¿Has atendido a personas vinculadas con hechos de violencia? ¿Y qué te produjo?
18. ¿Hay algo que te afecte en la relación con ...
 - a. Tus compañeros?
 - b. Con los pacientes?
 - c. Con los familiares?
19. ¿Te parece que hay conflictos de poder entre hombres y mujeres en tu lugar de trabajo? (Repregunta: ¿Hay problemas, tironeos, competencia entre hombres y mujeres en este trabajo?... ¿Vos viviste una situación así alguna vez?

Duración y Configuración del tiempo de trabajo

20. ¿A qué hora entras y a que hora salís de este trabajo?
21. ¿Trabajas horas extras? ¿Cuántas horas? ¿Cuántas veces por semana? (si es sí, afecta tu vida, como?)
22. ¿Haces turnos rotativos? ¿Cómo incide en tu vida? ¿Podes elegir los turnos? (si es sí, en que te beneficia? Si no, como te afecta?)
23. ¿Realizas trabajo nocturno? ¿Cómo incide en tu vida?
24. ¿Podes administrar las pausas durante tus tareas? ¿Te alcanzan para descansar?
25. ¿Cómo haces para comer, en el trabajo?
26. ¿Qué haces después del trabajo? ¿Y haces algo para vos? ¿Qué haces para descansar y recomponerte?
27. ¿Cuánto tiempo dormís por día?

28. ¿Tenés días de descanso semanal? ¿Te permiten reponerte para afrontar el trabajo de la siguiente semana? ¿Elegís el franco? (si es sí, en que te beneficia? Si no, como te afecta?)
29. ¿Cuántos días de vacaciones tenés al año, y qué haces? ¿Elegís cuando tomarte las vacaciones?

Remuneración

30. ¿Cómo considerás que es el sueldo que percibís en relación al trabajo que haces?

Modo de gestión de la fuerza de trabajo

31. ¿Sentís inestabilidad laboral? ¿Por qué?
32. ¿Cómo sentís que es la relación con tus jefes (de Enfermería y de Servicio)? (Profundizar: ¿cómo es la comunicación con ellos? ¿A través de que medios se comunican?, con la idea de detectar inconveniente)

Servicios sociales

33. ¿Utilizas el servicio de comedor del hospital? ¿Qué opinas del servicio?
34. ¿Te dan la ropa de trabajo?

Posibilidad de participación

35. ¿Tus jefes te dan la posibilidad de participar en reuniones de trabajo y emitir tus opiniones? En caso positivo, ¿Tienen en cuenta tus opiniones?
36. ¿En qué espacios has participado y en cuales te gustaría participar?
37. ¿Qué cambios te gustaría proponer?

Ergonomía

38. ¿Tu trabajo requiere que utilices posturas incómodas o que te ocasionen molestias? (Ej. tronco inclinado 45°, estar arrodillada, rotar el cuerpo, estar de pie toda la jornada, sentarte en una silla incómoda) ¿Cuáles, y en que situación?
39. ¿Manipulás carga pesada, que sentís que excede tus límites? ¿Qué tipo de carga y en que condiciones?
40. ¿La distribución del mobiliario y equipamiento en tu lugar de trabajo, dificulta que hagas algunas tareas? ¿Qué tareas y por qué?
41. ¿Algunas tareas te exigen que realices movimientos repetitivos, que sientas que puedan afectar alguna zona de tu cuerpo? (Explicitar)

Medioambiente de Trabajo

Riesgos Físicos

42. ¿Existe ruido en el ambiente de trabajo que te moleste?
43. ¿Cuenta tu lugar de trabajo con ventilación y/o extracción suficiente?
44. ¿Cómo consideras que es la iluminación de tu lugar de trabajo para desarrollar las tareas adecuadamente?
45. ¿Cómo consideras que es la temperatura y humedad en tu lugar de trabajo?
46. ¿Estás expuesta a radiaciones? ¿Cuál es la fuente? (repregunta: me refiero a Rayos, cuando toman radiografías...)

Riesgos Químicos

47. ¿Existen contaminantes químicos en tu ambiente de trabajo? (Polvos, gases, vapores, líquidos)
48. Estas sustancias, ¿llevan una etiqueta informando de su peligrosidad?
49. ¿Te sentís protegida cuando estas en contacto con ellas?

Riesgos Biológicos

50. ¿Estas en contacto con contaminantes biológicos en tu ambiente de trabajo? ¿Cuáles?

51. ¿En tu lugar de trabajo hay hacinamiento?
52. ¿El agua de red es apta para el consumo?
53. ¿Consideras que los baños para el personal son suficientes y son aptos higiénicamente?
54. ¿Dispones de un sector apto higiénicamente para tomar o comer algo? ¿Que tomas y que comes?

Riesgos Tecnológicos y de Seguridad

55. ¿Pensás que puedes sufrir accidentes o incidentes (aclarar que el incidente no tiene consecuencias sobre la salud del trabajador) en tu trabajo? ... Luego de que contesta, ir preguntando puntualmente: resbalones y/o caídas por superficies resbaladizas o desperejas; golpes, choques y proyecciones de objetos; cortes o pinchazos; uso de equipos mecánicos o eléctricos; incendio o explosiones; dificultades ante situaciones de emergencia (disponibilidad de matafuegos, desconocimiento de plan de evacuación, falta de señalización de salidas de emergencia, espacios de circulación obstruidos, etc)? / En el caso de que diga que ya pasó: Contame qué pasó... ¿Hiciste la denuncia?, ¿cómo?
56. ¿Considerás que hay falta de limpieza en el espacio de trabajo? (ej. Acumulación de residuos)
57. ¿Pensás que hay situaciones en las que estas expuesta a ciertos riesgos por no contar con EPP? ¿Y en caso de contar con esos elementos, tenés problemas para usarlo/s?

SALUD-ENFERMEDAD / IMPACTO SOBRE LA SALUD
--

1. ¿Padeces alguna enfermedad crónica?
2. ¿Te hacés controles de salud anualmente? ¿Qué opinás del servicio de la obra social?
3. ¿Qué situaciones de trabajo crees que afectan tu salud? ... ¿Has sentido o sentís algún malestar, molestias, dolencias que pensás que se asocian a tu trabajo?
4. *SI YA SE PREGUNTÓ O SALIO EN CADA RIESGO, SALTEAR ESTA PREGUNTA: ¿Consideras que "los factores que mencionaste antes" de tu puesto y lugar de trabajo influyen en la probabilidad de que sufras un accidente o enfermedad? (Retomar los riesgos antes mencionados, si no hace mención en la pregunta anterior)*
5. ¿Crees que hay situaciones que afectan de manera particular la salud de las enfermeras mujeres?
6. ¿Consideras que las autoridades se ocupan de tu salud? (Indagar vigilancia de la salud: exámenes preocupacionales, periódicos, campañas de vacunación, chequeos...)
7. ¿Qué situaciones de trabajo te generan miedo, angustia, bronca? (Contame alguna situación...)
8. ¿Qué cosas te ponen contenta o te hacen sentir bien en tu trabajo? (Tenés alguna anécdota, algo que recuerdes en particular...)
9. ¿Pensás que hay accidentes o enfermedades propios de la enfermería a los que ustedes se acostumbran? ... ¿y a veces no toman las medidas de prevención que corresponden?
10. ¿En cuanto al cuidado de la salud, te parece que hay diferencias en cuanto a la edad, formación o entre hombres y mujeres?

ACCIÓN PREVENTIVA

1. *SI YA SE PREGUNTÓ EN CADA RIESGO, SALTEAR ESTA PREGUNTA: Retomando los riesgos de los que ya hablamos, ¿Qué medida tomas en forma individual o con tus compañeros para evitar que afecten tu salud?*
2. *SI YA SE PREGUNTÓ EN CADA RIESGO, SALTEAR ESTA PREGUNTA: ¿Qué medidas deberían tomar otros? ¿Quiénes?*

3. ¿Realizaste alguna capacitación en prevención de riesgos? ¿Cuál/es?
4. ¿Participás en algún gremio?
5. ¿Esperás algo de los gremios del sector en este tema? ¿Y de las autoridades?

¿Querés agregar algo más?

ANOTACIONES DEL ENTREVISTADOR

Lugar de la entrevista:

Observaciones sobre el entrevistado y su actitud:

Reflexiones del entrevistador:

ANEXO 2

LEY 12.245 DEL EJERCICIO DE LA ENFERMERÍA (Pcia. Bs. As.)

CAPITULO I. CONCEPTO Y ALCANCES

Art. 1º - En la Provincia de Buenos Aires, el ejercicio de la enfermería, libre o en relación de dependencia, queda sujeto a las disposiciones de la presente Ley y de la reglamentación que en su consecuencia se dicte.

Art. 2º - El ejercicio de la enfermería comprende las funciones de promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, así como la prevención de enfermedades, realizadas en forma autónoma dentro de los límites de competencia que deriva de las incumbencias de los respectivos títulos habilitantes.

Asimismo, será considerado ejercicio de la enfermería, la docencia, investigación y asesoramiento sobre los temas de su incumbencia y la administración de servicios, cuando sean realizados por las personas autorizadas por la presente a ejercer la Enfermería.

Art. 3º - Reconócese dos niveles para el ejercicio de la enfermería:

a) Profesional: consistente en la aplicación de un cuerpo sistemático de conocimientos para la identificación y resolución de las situaciones de salud-enfermedad, sometidas al ámbito de su competencia.

b) Auxiliar: consistente en la práctica de técnicas y conocimientos que contribuyan al cuidado de enfermería, planificados y dispuestos por el nivel profesional y ejecutados bajo su supervisión.

Por vía reglamentaria se determinará la competencia específica de cada uno de los dos niveles, sin perjuicio de la que se comparta con otros profesionales del ámbito de la salud. A esos efectos se tendrá en cuenta que corresponde al nivel profesional presidir o integrar tribunales que entiendan en concursos para la cobertura de cargos del personal de enfermería.

Art. 4º - Queda prohibido a toda persona que no esté comprendida en la presente Ley, participar de actividades o realizar las acciones propias de la enfermería.

Los que actuaren fuera de cada uno de los niveles a que se refiere el artículo 3º de la presente Ley serán pasibles de las sanciones que correspondan, sin perjuicio de las que surgieren por aplicación de las disposiciones legales vigentes.

Asimismo, las Instituciones y los responsables de la dirección, administración o conducción de las mismas, que contrataren para realizar las tareas propias de la enfermería a personas que no reúnan los requisitos exigidos por la presente Ley, o que directa o indirectamente los obligaren a realizar tareas fuera de los límites de cada uno de los niveles antes mencionados, será pasibles de las sanciones que correspondan, sin perjuicio de la responsabilidad civil, penal o administrativa que pudiera imputarse a las mencionadas instituciones y responsables.

CAPITULO II.-DE LAS PERSONAS COMPRENDIDAS

Art. 5º - El ejercicio de la enfermería en el nivel profesional está reservado a aquellas personas que posean:

a) Título habilitante otorgado por Universidades Nacionales, Provinciales o Privadas, reconocidas por autoridad competente.

b) Título de Enfermero otorgado por Centros de Formación de nivel terciario no universitario, dependientes de organismos nacionales, provinciales o municipales, e instituciones privadas reconocidas por autoridad competente.

c) Título, diploma o certificado equivalente expedido por países extranjeros, el que deberá ser revalidado de conformidad con la legislación vigente en la materia o los respectivos convenios de reciprocidad.

Art. 6º - El ejercicio de la enfermería en el nivel auxiliar está reservado a aquellas personas que poseen el certificado de Auxiliar de Enfermería otorgado por Instituciones nacionales, provinciales, municipales o privadas reconocidas a tal efecto por autoridad competente.

Asimismo podrán ejercer como Auxiliares de Enfermería quienes tengan certificado equivalente otorgado por países extranjeros el que deberá ser reconocido o revalidado de conformidad con la legislación vigente en la materia.

Art. 7º - Para emplear el título de especialista o anunciarse como tales, los enfermeros profesionales deberán acreditar capacitación especializada de conformidad con lo que se determine por vía reglamentaria.

Art. 8º - Los enfermeros profesionales de tránsito por el país contratados por Instituciones públicas o privadas, con finalidades de investigación, asesoramiento o docencia, durante la vigencia de sus contratos estarán habilitados para el ejercicio de la profesión a tales fines, sin necesidad de realizar la inscripción a que se refiere el artículo 12 de la presente.

CAPITULO III.-DE LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES

Art. 9º - Son derechos de los profesionales y auxiliares de la enfermería: a) Ejercer su profesión o actividad de conformidad con lo establecido por la presente Ley y su reglamentación. b) Asumir responsabilidades acordes con la capacitación recibida, en las condiciones que determine la reglamentación. c) Negarse a realizar o colaborar en la ejecución de prácticas que entren en conflicto con sus convicciones religiosas, morales o éticas, en las condiciones que determine la reglamentación, y siempre que de ello no resulte un daño inmediato o mediato en el paciente sometido a esa práctica. d) Contar, cuando ejerzan su profesión bajo relación de dependencia laboral o en la función pública, con adecuadas garantías que aseguren y faciliten el cabal cumplimiento de la obligación de actualización permanente a que se refiere el inciso e) del artículo siguiente.

Art. 10 - Son obligaciones de los profesionales o auxiliares de la enfermería: a) Respetar en todas sus acciones la dignidad de la persona humana sin distinción de ninguna naturaleza. b) Respetar en las personas el derecho a la vida y a su integridad desde la concepción hasta la muerte. c) Prestar la colaboración que le sea requerida por las autoridades sanitarias en caso de epidemias, desastres u otras emergencias. d) Ejercer las actividades de la enfermería dentro de los límites de competencia determinados por esta Ley y su reglamentación. e) Mantener la idoneidad profesional mediante la actualización permanente, de conformidad con lo que al respecto determine la reglamentación. f) Mantener el secreto profesional con sujeción a lo establecido por la legislación vigente en la materia. g) Promover la donación de órganos mediante la correcta información y el incentivo de la solidaridad social.

Art. 11 - Les está prohibido a los profesionales y auxiliares de la enfermería: a) Someter a las personas a procedimientos o técnicas que se aparten de las prácticas autorizadas y que entrañen peligro para la salud. b) Realizar, propiciar, inducir o colaborar directa o indirectamente en prácticas que signifiquen menoscabo de la dignidad humana. c) Delegar en personal no habilitado facultades, funciones o atribuciones privativas de su profesión o actividad. d) Ejercer su profesión o actividad mientras padezcan enfermedades infecto-contagiosas o cualquier otra enfermedad inhabilitante, de conformidad con la legislación vigente, situación que deberá ser fehacientemente comprobada por la autoridad sanitaria. e) Publicar anuncios que induzcan a engaños del público. Particularmente, les está prohibido a los profesionales enfermeros actuar bajo relación de

dependencia técnica o profesional de quienes sólo estén habilitados para ejercer la enfermería en el nivel auxiliar.

CAPITULO IV DEL REGISTRO Y MATRICULACION

Art. 12 - Para el ejercicio de la enfermería, tanto en el nivel profesional como en el auxiliar, se deberán inscribir previamente los títulos, diplomas o certificados habilitantes en el Ministerio de Salud, el que autoriza el ejercicio de la respectiva actividad, otorgando la matrícula y extendiendo la correspondiente credencial.

Art. 13 - La matriculación en el Ministerio de Salud implicará para el mismo el ejercicio del poder disciplinario sobre el matriculado y el acatamiento de éste al cumplimiento de los deberes y obligaciones fijados por esta Ley y su reglamentación.

b) Art. 14 - Son causas de la suspensión de la matrícula: a) Petición del interesado. b) Sanción del Ministerio de Salud que implique inhabilitación transitoria.

c) Art. 15 - Son causas de cancelación de la matrícula: a) Petición del interesado. b) Anulación del título, diploma o certificación habilitante. c) Sanción del Ministerio de Salud que inhabilite definitivamente para el ejercicio de la profesión o actividad. d) Fallecimiento.

CAPITULO V.- DE LA AUTORIDAD DE APLICACIÓN

Art. 16 - El Ministerio de Salud será la autoridad de aplicación de la presente Ley, y en tal carácter deberá:

a) Llevar la matrícula de los profesionales y auxiliares de la enfermería comprendidos en la presente Ley.

b) Ejercer el poder disciplinario sobre los matriculados.

c) Vigilar y controlar que la enfermería, tanto en su nivel profesional como en el auxiliar, no sea ejercida por personas que no se encontraren matriculados.

d) Ejercer todas las demás funciones y atribuciones que la presente Ley le otorga.

Art. 17 - El Ministerio de Salud, en su calidad de autoridad de aplicación de la presente, podrá ser asistido por una comisión permanente de asesoramiento y colaboración sobre el ejercicio de la Enfermería de carácter honorario, la que se integrará con los matriculados que designen los centros de formación y las asociaciones gremiales y profesionales que los representan, de conformidad con lo que se establezca por vía reglamentaria.

CAPITULO VI .- REGIMEN DISCIPLINARIO

Art. 18 - El Ministro de Salud ejercerá el poder disciplinario a que se refiere el inciso b) del artículo 16 con independencia de la responsabilidad civil, penal o administrativa que pueda imputarse a los matriculados.

Art. 19 - Las sanciones serán: a) Llamado de atención. b) Apercibimiento c) Suspensión de la matrícula. d) Cancelación de la matrícula.

Art. 20 - Los profesionales y auxiliares de enfermería quedarán sujetos a las sanciones disciplinarias que correspondan, por las siguientes causas: a) Condena Judicial que comporte inhabilitación profesional. b) Contravención a las disposiciones de esta Ley y su reglamentación. c) Negligencia frecuente o ineptitud manifiesta, u omisiones graves en el cumplimiento de sus deberes profesionales.

Art. 21 - Las medidas disciplinarias de que habla la presente Ley se aplicarán graduándolas en proporción a la gravedad de la falta o incumplimiento en que hubiere incurrido el matriculado. El procedimiento aplicable será el que establezca la reglamentación de la presente.

Art. 22 - En ningún caso será imputable al profesional o auxiliar de enfermería que trabaje en relación de dependencia el daño o perjuicio que pudieren provocar los accidentes o prestaciones insuficientes que reconozcan como causa la falta de elementos indispensables para la atención de pacientes, o la falta de personal adecuado en cantidad y/o calidad o inadecuadas condiciones de los establecimientos (*) Lo subrayado esta observado por decreto de promulgación.

CAPITULO VII DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Art. 23 - Las personas que, a la fecha de entrada en vigencia de la presente, estuvieren ejerciendo funciones propias de la enfermería, acreditando tal circunstancia conforme lo establezca la reglamentación de la presente, tanto en el nivel profesional como en el auxiliar, contratadas o designadas en instituciones públicas o privadas sin poseer título, diploma o certificado habilitante que en cada caso corresponda, de conformidad con lo establecido en los artículos 5º y 6º, podrán continuar con el ejercicio de esas funciones con sujeción a las siguientes disposiciones:

a) Deberán inscribirse dentro de los trescientos sesenta (360) días de la entrada en vigencia de la presente, en un registro especial que, a tal efecto, abrirá el Ministerio de Salud.

b) Tendrán un plazo de hasta dos (2) años para obtener el certificado de auxiliar de enfermería, y de hasta seis (6) años para obtener el título profesional habilitante, según sea el caso, contados a partir del vencimiento del plazo establecido en el inciso anterior.

Para la realización de los estudios respectivos tendrán derecho al uso de licencia y franquicias horarias, de acuerdo con lo que estipule la reglamentación correspondiente.

c) Estarán sometidas a especial supervisión y control del Ministerio de Salud, el que estará facultado, en cada caso, para limitar y reglamentar sus funciones, si fuere necesario, en resguardo de la salud de los pacientes.

d) Estarán sujetas a las demás obligaciones y régimen disciplinario de la presente.

e) Se les respetarán sus remuneraciones y situaciones de revista y escalafonaria, aún cuando la autoridad de aplicación les limitare sus funciones de conformidad con lo establecido en el inciso c).

f) Estarán eximidas de la obligación de cumplimentar lo exigido en el inciso b) de presente artículo, por única vez, aquellas personas mayores de cincuenta (50) años de edad que acrediten mediante la certificación de autoridad competente de un establecimiento de la órbita provincial o municipal, la práctica de la enfermería o de auxiliar de enfermería, según sea el caso, durante un mínimo de diez (10) años anteriores a la fecha de entrada en vigencia de la presente.

CAPITULO VIII ,- DISPOSICIONES VARIAS

Art. 24 - A los efectos de la aplicación de normas vigentes que, para resguardo de la salud física o psíquica, establecen especiales regímenes de reducción horaria, licencias, jubilación, condiciones de trabajo y/o provisión de elementos de protección, considéranse insalubres las siguientes tareas de enfermería: a) Las que se realizan en Unidades de Cuidados Intensivos.

b) Las que se realizan en Unidades Neurosiquiátricas.

c) Las que conllevan riesgo permanente de contraer enfermedades infecto-contagiosas.

d) Las que se realizan en áreas afectadas por radiaciones, sean estas ionizantes o no.

e) La atención de pacientes quemados.

La autoridad de aplicación queda facultada para solicitar, de oficio o a pedido de parte interesada, ante la Subsecretaría de Trabajo de la Provincia de Buenos Aires, la ampliación de este listado.

Art. 25 - La autoridad de Aplicación , al determinar la competencia específica de cada uno de los niveles a que se refiere el artículo 3º, podrá también autorizar para el nivel profesional la ejecución excepcional de determinadas prácticas, cuando especiales condiciones de trabajo o de emergencia así lo hagan aconsejable, estableciendo al mismo tiempo las correspondientes condiciones de habilitación especial.

Art. 26 - El Poder Ejecutivo reglamentará la presente Ley en un plazo de ciento ochenta (180) días, contados a partir de su promulgación.

Art. 27 - Derógase toda otra norma legal, reglamentaria o dispositiva, que se oponga a la presente.

Art. 28 - Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Dada en la Sala de Sesiones de la Honorable Legislatura de la Provincia de Buenos Aires, en la ciudad de La Plata a los nueve días del mes de diciembre del año mil novecientos noventa y ocho.

RAFAEL EDGARDO ROMA Presidente H. Senado

José Luis Ennis Secretario Legislativo H. Senado

FRANCISCO J. FERRO Presidente H. Cámara Diputados

Juan Carlos López Secretario Legislativo H. Cámara Diputados

REGISTRADA bajo el número DOCE MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y CINCO (12.245) E. M. Reimondi

DECRETO 18 La Plata, 14 de enero de 1999. EL GOBERNADOR DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES DECRETA: Art. 1º - Vétase el Art. 22 del proyecto de Ley sancionado por la Honorable Legislatura con fecha 9 de diciembre de 1998, al que hace referencia el Visto del presente. Art. 2º - Promúlgase el texto aprobado, con excepción de la observación dispuesta en el artículo precedente. Art. 3º - Comuníquese a la Honorable Legislatura. Art 4º - Este Decreto será refrendado por el señor Ministro Secretario en el Departamento de Gobierno. Art. 5º - Regístrese, comuníquese, publíquese, dese al "Boletín Oficial" y Archívese. DUHALDE J. M. Díaz Bancalari
REGLAMENTO LEY 12.245

LEY DE EJERCICIO DE ENFERMERIA DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

CAPITULO I.- CONCEPTOS Y ALCANCES

Artículo 1º: El ejercicio libre y autónomo de la enfermería queda reservado al nivel profesional establecido en el artículo 3º, inciso a) de la Ley 12.245 pudiendo desarrollarse en gabinetes privados, en el domicilio de las personas, en locales, instituciones o establecimientos públicos o privados y en todos aquellos ámbitos donde se autorice el desempeño de sus competencias, exigiéndose en todos los casos habilitación de los lugares y la pertinente autorización para ejercer.

Los locales o establecimientos dedicados a las actividades de enfermería, deberán contar con un enfermero profesional a cargo, debidamente matriculado, cuyo diploma o certificado será exhibido convenientemente.

Son deberes de dicho profesional, los siguientes:

- a) Controlar que los que se desempeñen como profesionales o auxiliares, estén matriculados, autorizados para ejercer por la autoridad sanitaria de aplicación y que realicen sus actividades dentro de los límites de su autorización.
- b) Velar por que los pacientes reciban el más correcto, adecuado y eficaz tratamiento, garantizando por parte del personal, actitudes de respeto y consideración hacia la personalidad del paciente y sus creencias.
- c) Adoptar las medidas necesarias a fin que el establecimiento reúna los requisitos exigidos por las autoridades, controlando las condiciones de higiene y limpieza de cada dependencia.
- d) Adoptar los recaudos necesarios para que se confeccionen los registros adecuados para la documentación de las prestaciones.
- e) Denunciar hechos que pudiesen tener carácter delictuoso, accidentes de trabajo, enfermedades o cualquier circunstancia que, según normas vigentes, pudieran comprometer la salud de la población, adoptando las medidas necesarias para evitar su propagación.

La responsabilidad del profesional a cargo de locales o establecimientos no excluye la de los demás profesionales o auxiliares ni de las personas físicas o ideales, propietarias de los mismos.

La habilitación de locales o establecimientos y la aprobación de su denominación, deberá estar sujeta a: condiciones de planta física, higiénico-sanitarias y de seguridad, contar con equipos, materiales y sistemas de registros adecuados a las prestaciones que se realicen y en general se ajustará a las normas mínimas del organismo de aplicación.

Artículo 2º: La docencia, la investigación, el asesoramiento y la administración de servicios, estarán a cargo de los profesionales incluidos en el nivel establecido en el inciso a) del artículo 3º de la Ley 12.245.

Artículo 3º: Es de competencia específica del nivel profesional lo establecido en las incumbencias de los títulos habilitantes de Licenciado en Enfermería y Enfermero. A todos les está permitido:

- 1) Planear, implementar, ejecutar, dirigir, supervisar y evaluar la atención de enfermería en la prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.
- 2) Brindar cuidados de enfermería a las personas con problemas de salud de mayor complejidad, asignando al personal a su cargo acciones de enfermería de acuerdo a la situación de la personas y al nivel de preparación y experiencia del personal.
- 3) Realizar la consulta de enfermería y la prescripción de la atención de enfermería.
- 4) Administrar servicios de enfermería en los diferentes niveles del sistema de servicios de salud, utilizando criterios tendientes a garantizar la atención de enfermería personalizada y libre de riesgos.
- 5) Organizar y controlar sistemas de informes o registros pertinentes a enfermería.
- 6) Establecer normas de provisión y control de materiales y equipos para la atención de enfermería.
- 7) Planificar, implementar y evaluar programas de salud con el equipo interdisciplinario e intersectorial en los niveles nacional, provincial y local, participando en la toma de decisiones que determinan su competencia.

- 8) Participar en la programación de actividades de educación para la salud, tendientes a mantener y mejorar la salud del individuo, la familia y la comunidad.
- 9) Participar en los programas de higiene y seguridad en el trabajo, en la prevención de accidentes laborales, enfermedades profesionales y del trabajo.
- 10) Participar en el desarrollo de la tecnología apropiada para la atención de la salud.
- 11) Planificar, organizar, coordinar, desarrollar y evaluar los programas educacionales de formación de enfermería en sus distintos niveles y modalidades.
- 12) Participar en la formación y actualización de otros profesionales de la salud en áreas de su competencia.
- 13) Realizar y/o participar en investigaciones sobre temas de enfermería y de salud.
- 14) Asesorar sobre aspectos de su competencia en el área de la asistencia, docencia, administración e investigación en enfermería.
- 15) Participar en comisiones examinadoras en materias específicas de enfermería, para concursos en la cobertura de puestos a nivel profesional.
- 16) Elaborar las normas de funcionamiento de los servicios de enfermería en sus distintas modalidades de atención y auditar su cumplimiento.
- 17) Integrar las áreas competentes del Ministerio de Salud y de la Dirección General de Cultura y Educación, relacionados con la formación y utilización de los recursos humanos de enfermería.
- 18) Realizar todos los cuidados de enfermería encaminados a satisfacer las necesidades de las personas en las distintas etapas del ciclo vital. Entre otros:
 - a) Valorar el estado de salud del individuo sano o enfermo y diagnosticar sus necesidades o problemas en el área de su competencia e implementar acciones tendientes a satisfacerlas.
 - b) Participar en la supervisión de las condiciones del medio ambiente que requieren los pacientes de acuerdo a su condición.
 - c) Controlar las condiciones de uso de los recursos materiales y equipos para la prestación de cuidados de enfermería.
 - d) Supervisar y realizar las acciones que favorezcan el bienestar de los pacientes.
 - e) Colocar sondas y controlar su funcionamiento.
 - f) Controlar drenajes.
 - g) Realizar control de signos vitales.
 - h) Observar, evaluar y registrar signos y síntomas que presentan los pacientes, decidiendo las acciones de enfermería a seguir.
 - i) Colaborar en los procedimientos especiales de diagnóstico y tratamiento.

- j) Planificar, preparar, administrar y registrar la administración de medicamentos por vía enteral, parenteral, mucosa, cutánea y respiratoria, natural y artificial, de acuerdo con la orden médica escrita, completa, firmada y actualizada.
- k) Realizar curaciones simples y complejas que no demanden tratamiento quirúrgico.
- l) Realizar punciones venosas periféricas.
- m) Controlar a los pacientes con respiración y alimentación asistida, catéteres centrales y otros.
- n) Participar en los tratamientos quimioterápicos, en diálisis peritoneal y hemodiálisis.
- o) Brindar cuidados de enfermería a pacientes en estado crítico con o sin aislamiento.
- p) Realizar y participar en actividades relacionadas con el control de infecciones.
- q) Realizar el control y el registro de ingresos y egresos del paciente.
- r) Realizar el control de pacientes conectados a equipos mecánicos o electrónicos.
- s) Participar en la planificación, organización y ejecución de acciones de enfermería en situaciones de emergencias y catástrofes.
- t) Participar con el médico en el traslado de pacientes por vía aérea, terrestre, fluvial y marítima.
- u) Realizar el registro de evolución de paciente y de prestaciones de enfermería del individuo y la familia, consignando: fecha, firma y número de matrícula.

Es de competencia del nivel de Auxiliar de Enfermería, de acuerdo a lo dispuesto en el inciso b) del Artículo 3º de la Ley 12.245

- 1) Realizar procedimientos básicos en la internación y egresos de los pacientes en las instituciones de salud.
- 2) Preparar y acondicionar los materiales y equipos de uso habitual para la atención de los pacientes.
- 3) Ejecutar medidas de higiene y bienestar de los pacientes.
- 4) Apoyar las actividades de nutrición de la personas.
- 5) Aplicar las acciones que favorezcan la eliminación vesical e intestinal espontánea en los pacientes.
- 6) Administrar enemas evacuantes, según prescripción médica.
- 7) Realizar los controles y llevar el registro de pulso, respiración, tensión arterial, temperatura, peso y talla.
- 8) Informar al enfermero y/o médico acerca de las condiciones de los pacientes.

- 9) Aplicar inmunizaciones previa capacitación.
- 10) Preparar al paciente para exámenes de diagnóstico y tratamiento.
- 11) Colaborar en la rehabilitación del paciente.
- 12) Participar en programas de salud comunitaria.
- 13) Realizar curaciones simples.
- 14) Colaborar con el enfermero en procedimientos especiales.
- 15) Participar en los procedimientos "post-mortem" de acondicionamiento del cadáver, dentro de la unidad o sala.
- 16) Informar y registrar las actividades realizadas, consignando nombre, apellido, número de matrícula o registro.
- 17) Aplicar procedimientos indicados para el control de infecciones.

Artículo 4º: Sin reglamentar.

CAPITULO II.- DE LAS PERSONAS COMPRENDIDAS

Artículo 5º Inciso a): Los títulos habilitantes son Licenciado en Enfermería, Enfermero Universitario y los que en el futuro se obtengan a partir del título de grado.

Inciso c): La reválida del título estará a cargo del estado

- 1) Los títulos universitarios serán revalidados por universidades nacionales.
- 2) Los títulos profesionales no universitarios serán revalidados por la Dirección General de Cultura y Educación
- 3) Los organismos pertinentes establecerán las condiciones de reválida en un plazo no mayor de CIENTO OCHENTA días (180) a partir de la aprobación de la reglamentación. Dicha reválida deberá ajustarse a las normas, planes y programas vigentes y/o convenios de reciprocidad.

Artículo 6º: La reválida de los certificados de auxiliares de enfermería será realizada por la Dirección General de Cultura y Educación, de acuerdo a las condiciones que establezcan en un plazo no mayor de CIENTO OCHENTA días (180) a partir de la aprobación de la reglamentación. La reválida deberá ajustarse a las normas, planes y programas vigentes y/o convenios de reciprocidad.

Artículo 7º: Serán considerados especialistas los enfermeros que acrediten: a) Título de postgrado en áreas específicas de la salud o propias de la enfermería, expedidos por institución formadora competente, pública o privada. Los títulos otorgados por organismos extranjeros se convalidarán de acuerdo a lo especificado en el artículo 5º inciso c).

Artículo 8º: Los profesionales comprendidos en el presente artículo:

- a) Limitarán sus actividades para las que hayan sido especialmente requeridos, no pudiendo ejercer la profesión libre o en relación de dependencia en otras funciones.
- b) Los contratos no podrán exceder el término de UN (1) año, pudiendo ser renovados por igual período y por única vez.

c) Las instituciones deberán comunicar al Ministerio de Salud y a la Organización Profesional de Enfermería la identidad del contratado y acreditar su idoneidad.

d) Deberán inscribirse en un registro especialmente habilitado para tal fin en el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (Dirección de Fiscalización Sanitaria). La inscripción caducará automáticamente con la finalización del contrato.

CAPITULO III .- DE LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES

Artículo 9º : Inciso c): Para gozar del derecho, el profesional o auxiliar de enfermería deberá justificar su negativa e informar al superior jerárquico con la adecuada anticipación, para que éste adopte las medidas de sustitución para que la asistencia de enfermería no resulte afectada.

Artículo 10º Inciso e): El personal de enfermería deberá realizar periódicamente actividades o cursos de actualización, de acuerdo a los avances científicos técnicos de la medicina en general y de su profesión en particular. Para ello deberán las Instituciones garantizar el cumplimiento del artículo 9º, inciso d) de la Ley 12.245 Artículo 11º: sin reglamentar

CAPITULO IV.- DEL REGISTRO Y MATRICULACIÓN

Artículo 12º: Matriculación: el personal dependiente de instituciones públicas o privadas tanto en el nivel profesional como auxiliar, que, a la fecha de entrada en vigencia la presente reglamentación no hubiera cumplido con el requisito de matriculación, tendrá un plazo improrrogable de NOVENTA (90) días para regularizar la situación.

Artículo 13º: El poder disciplinario será ejercido por el Ministerio de Salud. A tales fines éste deberá en el plazo de TREINTA (30) días desde la vigencia de esta reglamentación, constituir una comisión que se integrará con CUATRO (4) profesionales de enfermería de reconocida trayectoria profesional y ética.

Artículo 14º: Sin reglamentar.

Artículo 15º: Sin reglamentar.

CAPITULO V .- DE LA AUTORIDAD DE APLICACIÓN

Artículo 16º: Sin reglamentar

Artículo 17º: El Ministerio de Salud procederá a designar la comisión permanente de asesoramiento y colaboración establecida por el artículo 17 de la Ley en un plazo de TREINTA (30) días, a partir de la publicación en el Boletín Oficial de la presente reglamentación, la que tendrá las siguientes funciones: a) Evaluar periódicamente el cumplimiento de la ley y su reglamentación, promoviendo las modificaciones que considere pertinentes. b) Asesorar sobre la interpretación en cuanto a derechos, deberes y obligaciones enunciados y las eventuales transgresiones. c) Promover la actualización de las competencias de los niveles del artículo 3 de la ley. d) Elaborar estándares y normas sobre el ejercicio individual e institucional de la actividad. e) Elaborar sus propias normas de funcionamiento y promover la creación de subcomisiones. f) Controlar la aplicación de las disposiciones relativas a la protección de la salud y de la seguridad del personal de enfermería.

CAPITULO VI.- REGIMEN DISCIPLINARIO

Artículo 18º: sin reglamentar.

Artículo 19º: sin reglamentar.

Artículo 20º : sin reglamentar.

Artículo 21º : La comisión del artículo 13 deberá proponer el procedimiento para la aplicación de las sanciones disciplinarias, dentro del plazo de TREINTA (30) días de constituida dicha comisión.

CAPITULO VII.- DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Artículo 23º: Para continuar en el ejercicio de sus funciones por los plazos que fija el artículo 23º de la ley 12.245, el interesado deberá: a) Inscribirse por medio de declaración jurada, que a ese efecto elaborará la autoridad de aplicación. b) Las personas comprendidas en el presente inciso, deberán presentar certificado de servicios que acredite su desempeño en el nivel profesional o auxiliar según corresponda . A los SEIS (6) años de entrada en vigencia de la presente reglamentación el organismo de aplicación, a través de la comisión creada por el Artículo 17º de la ley, evaluará el cumplimiento de los plazos a fin de determinar las modificaciones pertinentes. Los plazos comenzarán a tener vigencia a partir del inicio del ciclo lectivo posterior a la vigencia plena de la presente ley. Inciso c): Las instituciones públicas o privadas que cuenten con personal comprendido en el artículo 23 de la ley 12.245 , deberán solicitar al Ministerio autorización para que dicho personal pueda continuar desempeñando las tareas que venía realizando hasta la fecha de entrada en vigor de la presente reglamentación; a cuyo fin deberá fundamentarse debidamente la petición. Con carácter de excepción y hasta el vencimiento de los plazos de DOS (2) o SEIS (6) años, según se trate de funciones del nivel auxiliar o profesional, respectivamente, el Ministerio podrá autorizar lo peticionado, siempre que se asegure el resguardo de la salud de los pacientes.

CAPITULO VIII.- DISPOSICIONES VARIAS

Artículo 24º: sin reglamentar Artículo 25º: sin reglamentar La Reglamentación salió publicada en el Boletín Oficial de la Pcia. De Buenos Aires el 19 de septiembre del 2001 año, el Nº de decreto es 2225.