



**Análisis desde un Enfoque de Género sobre la Autonomía Profesional  
de Enfermería Comunitaria.**

En un municipio de la Región Sanitaria V, Provincia de Buenos Aires, Argentina, desde el  
año 2020 a 2023.

**Programa Regional de Formación en Género y Políticas Públicas (PRIGEPP) de la  
Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO).**

**Dirección del programa:** Gloria Bonder.

**Posgrado:** Maestría en Género, Sociedad y Políticas.

**Tesista:** Lic. Severo Carla Jimena

**Directora de tesis:** Mg. Silvia Cárcamo.

**Argentina**

**Año 2024**

## Resumen

El presente trabajo de investigación se realiza en el marco de la Maestría en Género, Sociedad y Políticas del Programa Regional de Formación en Género y Políticas Públicas (PRIGEPP) de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO). Se buscó analizar las condiciones laborales de Enfermería Comunitaria en relación con la autonomía profesional desde un enfoque de género en un municipio del área metropolitana de Buenos Aires, Argentina, durante el período 2020-2023. El estudio se basa en un análisis cualitativo a partir de entrevistas a un número limitado de profesionales de Enfermería Comunitaria y la observación participante de un año de duración. Además de un análisis de fuentes secundarias que fueron documentaciones sobre las acciones de salud en el municipio y la incorporación de más de quince investigaciones relacionadas con el problema de la investigación. Se desarrolla a lo largo de este trabajo el recorrido histórico que presenta la profesión vinculada al campo comunitario y se centraliza la dimensión de condiciones laborales relacionada con la autonomía profesional desde los aspectos psicosociales. En esto, se desglosan desde un enfoque de género algunos resultados bajo las categorías: autonomía laboral en el PNA, reconocimiento de la labor en el periodo estudiado y desigualdades laborales desde un enfoque de género.

**Resultados:** en el reconocimiento de la labor bajo la percepción de autonomía por parte de Enfermería Comunitaria, se identifica un grado moderado de autonomía profesional temporal, con la posibilidad de gestionar horarios y distribuir la carga horaria. También se halló que la autonomía profesional decisional se encuentra en menor grado en cuanto a la elección de tareas y que el espacio propio de trabajo e identificado resulta ser un potenciador de la autonomía en este ámbito. En cuanto al reconocimiento de la labor en el periodo estudiado, por un lado, el reconocimiento de la labor en contexto de pandemia ayudó a reducir la subordinación y hubo un reconocimiento profesional con el costo que esto no se vio reflejado en las condiciones contractuales del municipio. En cuanto al reconocimiento de la labor en el contexto de PNA por parte de otras trabajadoras, se refleja que la identidad de Enfermería resulta aún difusa en relación a las competencias e incumbencias vinculando las labores de esta profesión solo con actos de cuidados generales de carácter no técnico ni científico. En cuanto a las desigualdades laborales desde un enfoque de género se observaron algunos indicios de que la pandemia generó cambios organizacionales que favorecieron la autonomía de Enfermería Comunitaria en áreas lideradas por mujeres aunque no hay una percepción por parte de las trabajadoras de que sus condiciones laborales se categoricen en desigualdad por

motivos de género. A su vez, se identifica que este mayor protagonismo no se vio reflejado en mejoras contractuales. En los cargos de gestión y docencia sí hay una mayor percepción de las desigualdades laborales por motivos de género en relación a los conceptos que se tienen de los cuidados.

**Conclusión:** Se recomienda fomentar la autonomía a través del reconocimiento, la formación continua y un ambiente laboral propicio para la toma de decisiones. Para esto, el estudio destaca la importancia de profundizar sobre las condiciones laborales desde la autonomía profesional de Enfermería Comunitaria para mejorar las mismas y fomentar nuevas políticas públicas en el sector. Dejando una descripción de algunos facilitadores y obstaculizadores que promuevan la autonomía profesional de Enfermería Comunitaria en el Primer Nivel de Atención del municipio.

## ÍNDICE

<b>Agradecimientos.....</b>	<b>6</b>
<b>Introducción.....</b>	<b>7</b>
<b>PRIMERA PARTE.....</b>	<b>9</b>
<b>Capítulo 1. Acerca de la elección de esta investigación.....</b>	<b>9</b>
1.1 Problema que da origen a esta investigación.....	9
1.2 Objetivos general y específicos.....	10
1.3 Estrategia metodológica y técnicas de investigación.....	11
<b>SEGUNDA PARTE.....</b>	<b>15</b>
<b>Capítulo 2. Conociendo a Enfermería.....</b>	<b>15</b>
2.1 Las raíces históricas de la profesión.....	15
2.2 Recorrido de la formación de Enfermería.....	19
2.3 El camino de la perspectiva disciplinar comunitaria.....	22
2.4 Enfermería comunitaria como modelo de atención disciplinar.....	28
<b>Capítulo 3. Bases teóricas para el análisis.....</b>	<b>29</b>
3.1 Sobre las condiciones laborales y la integración del enfoque de género.....	29
3.1.1 La retribución material y simbólica de las labores.....	32
3.1.2 Segregación ocupacional por género.....	33
3.1.3 El modelo de atención en salud y las labores de cuidado.....	34
3.2 La construcción de la identidad profesional y la autonomía de Enfermería.....	43
<b>TERCERA PARTE.....</b>	<b>45</b>
<b>Capítulo 4. APS y el subsector público de salud.....</b>	<b>45</b>
4.1 Organización laboral de Enfermería.....	45
4.1.1 Estrategia de APS en el Municipio donde se realizó el estudio.....	50
4.1.2 APS en tiempos de pandemia.....	52
<b>Capítulo 5. Descubriendo la autonomía de Enfermería Comunitaria.....</b>	<b>52</b>
5.1 Funciones de Enfermería comunitaria en el área de APS.....	52
5.2 Acerca de las percepciones sobre la autonomía profesional.....	55
5.2.1 Los equipos de salud y Enfermería. Una relación para la autonomía.....	59
5.2.2 Gestión, docencia y Enfermería. Una relación para la autonomía.....	60
<b>CUARTA PARTE.....</b>	<b>62</b>
Reflexiones finales y recapitulando los resultados.....	62
Recomendaciones de docencia y gestión a nivel local.....	68
<b>Referencias bibliográficas.....</b>	<b>70</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>75</b>

## Índice de tablas y figuras

---

<b>Tabla 1.</b>	Residencias de Enfermería Comunitaria en la Provincia de Buenos Aires, año 2023.	Pág. 27
<b>Tabla 2.</b>	Fuerza laboral de Enfermería a nivel nacional, año 2020.	Pág. 45
<b>Tabla 3.</b>	Fuerza laboral de Enfermería a nivel municipal, año 2023 en relación al año 2015.	Pág. 47
<b>Figura 1.</b>	Distribución de Enfermería por sexo/género en el municipio, año 2023.	Pág. 49
<b>Figura 2.</b>	Distribución de Enfermería por grupo etario del municipio, año 2023.	Pág. 49

## **Agradecimientos**

Principalmente agradecer a mi compañero de vida Roberto, quién en estos años se embarcó conmigo en mis aventuras formativas, realizando una compañía amorosa, gestionando cuidados con su paternidad presente que hace posible que las horas de mis días puedan dedicarse a la producción de conocimientos profesionales.

A mis hijos León y Tomás, que me construyen día a día y no sería lo mismo sin sus existencias.

A la dirección de esta tesis Mg. Cárcamo Silvia, por toda la dedicación que ha realizado en el seguimiento, donde sus intervenciones fueron fundamentales. Destacando que desde lo profesional me alojó con calidez, amorosidad y paciencia que me dieron mayor impulso a trabajar sobre esta investigación.

Al programa de la institución y todo su plantel docente que han acompañado en cada seminario desde una pedagogía crítica y abrigando el desafío de la interdisciplinariedad de cada seminario.

Al aliento de colegas, amigas y compañeras que son red- sostén en las decisiones que se toman y no sería lo mismo sin la contención social que necesitan estos temas tratados.

Al comité evaluador, la Dra. Marina Gabriela Zunino, la Dra. María José Luzuriaga y la Mg. Silveti Laurencia, que desde sus trayectoria han realizado una evaluación integral con aportes para futuras investigaciones y destacado la importancia que presenta este aporte para el campo de la salud en particular para las profesiones comunitarias.

## Introducción

Este proyecto de tesis se desarrolla en el marco de la Maestría en Género, Sociedad y Políticas del Programa Regional de Formación en Género y Políticas Públicas (PRIGEPP) de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO). Desde el recorrido profesional en la gestión, docencia y ex-residente en el ámbito de Atención Primaria de la Salud (en adelante: APS) como Licenciada en Enfermería, se propone analizar las condiciones laborales de la Enfermería Comunitaria (en adelante: EC) en relación a la autonomía profesional desde un enfoque de género. En esta línea, bajo el resultado de una búsqueda de investigaciones y producciones en torno al desarrollo de EC desde una perspectiva de género, resultó una vacancia en términos de hacer énfasis en la autonomía de la profesión en base a esta especialidad. En este sentido, la pregunta que guía esta investigación es: ¿Cuáles fueron las condiciones laborales de Enfermería Comunitaria en relación con la autonomía profesional desde un enfoque de género, en un municipio de la Región Sanitaria V, Prov. de Buenos Aires, Argentina, desde el año 2020 a 2023?

Para ello, la propuesta se basa en la elección de estas dos variables complejas: las condiciones laborales y la autonomía profesional ambas analizadas desde un enfoque de género. Con respecto a las condiciones laborales se partió desde las Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (CyMAT) principalmente haciendo foco en los factores de riesgo psicosociales del trabajo. Para esto se le suma el reconocimiento simbólico de la labor. Dentro de la autonomía, se pretende dar cuenta como la misma puede ser un indicador en sí mismo sobre las condiciones laborales que presenta la profesión y el sentido de emancipación que puede cobrar sí se lo analiza, presenta al menos la identificación de dos tipos de autonomías, temporal y decisional realizando una relación con la organización social del cuidado desde un enfoque de género. Por ello se propone como objetivo *analizar las condiciones laborales de Enfermería Comunitaria en relación con la autonomía profesional desde un enfoque de género, en un municipio de la Región Sanitaria V, Prov. de Buenos Aires, Argentina, desde el año 2020 a 2023.*

Con el presente proyecto se busca alcanzar resultados que sustenten iniciativas de políticas sociales locales contribuyendo a la equidad de género en el campo estudiando y haciendo además visible aspectos poco estudiados de esta área de trabajo de Enfermería. Con especial atención, por un lado, a que ese camino de profesionalización ha estado impregnado por un modelo social de género dado que el objeto de la Enfermería es la provisión de cuidados, categoría conceptual que se desarrolla primero para luego asociar con el lugar de

desvalorización que se le suele otorgar. Por el otro, se parte de la premisa que los procesos de cuidados de EC dentro de la prevención y promoción en APS realizados en pandemia fueron vehiculadores del trabajo en equipos de salud y han generado en algunos sectores un mayor desarrollo autónomo de la profesión con una mayor apropiación de actividades comunitarias. Motivo por el cual el análisis se centra en la labor realizada por parte de Enfermería en el Primer Nivel de Atención (en adelante: PNA) en el periodo desde el año 2020 a mediados del 2023. Se advierte que el hacer foco en las condiciones históricas y laborales actuales de la EC, no implica que se está ubicando al colectivo de Enfermería en un lugar pasivo o que se desconozcan los diversos trayectos formativos y el rol activo que fue necesario llevar a cabo en la construcción de su propia identidad profesional. Pero sí se pretende hacer visibles las condiciones laborales desde un enfoque de género, en un área escasamente estudiada.

Para esto, en cuanto a los aspectos de enfoque teórico-metodológico, el proyecto se realizará bajo una investigación predominantemente cualitativa, dado que se pretende tener en cuenta las percepciones y significados producidos de las experiencias vividas por quienes forman parte de la temática planteada. Implementando técnicas de relevamiento de datos como la observación participante en el área analizada; la realización de entrevistas en profundidad y análisis del trabajo de Enfermería en algunos centros de salud del municipio.

La configuración de este trabajo se presenta con una *primera parte* donde se describe el proyecto de investigación y las decisiones que le dan forma al encuadre metodológico de este trabajo. Este apartado cuenta solo con un capítulo dividido por las dimensiones que se presentaron para aplicar al proyecto de tesis.

Siguiendo con el recorrido, se encuentra una *segunda parte*, que se compone de dos capítulos, el primero, abocado a dar a conocer el recorrido de la profesión en cuestión y el segundo desarrollando el marco conceptual que se contempla y en el cual se respalda el análisis de esta investigación.

Luego se encuentra una *tercera parte* donde se desglosa todo el análisis realizado con los datos recaudados y los resultados en función de las categorías previstas para ello. Aquí se divide en dos capítulos, el primero referencia en términos generales el contexto de la APS para la labor de Enfermería desde la dimensión nacional llegando a la dimensión municipal estudiada. El segundo capítulo de este apartado retoma las voces de Enfermería para comenzar a ponerlo en análisis con el marco conceptual propuesto.

Por último, este trabajo cuenta con una *cuarta parte* donde se ordenan y categorizan los resultados obtenidos, en relación al cumplimiento de los objetivos propuestos por la investigación.

## **PRIMERA PARTE**

### **Capítulo 1. Acerca de la elección de esta investigación**

Como se introdujo anteriormente, esta iniciativa parte de la propia trayectoria laboral, donde se ha identificado que en el periodo de pandemia, la labor de Enfermería en algunos sectores del PNA, fortaleció la autonomía profesional y a su vez, la revalorización de la identidad profesional.

En cuanto a producciones de conocimiento, es un campo poco explorado en Argentina, no así en otras regiones, ya que son varios los estudios en Latinoamérica que han advertido la importancia de la autonomía profesional en las condiciones laborales de Enfermería, su promoción en el área de APS y la identidad profesional que se encuentra atravesada por constructos y representaciones sociales (Camargo y Caro, 2010; Tapp et al. 2005; Tosoli Gomes y de Oliveira, 2005; Samaniego et al. 2011).

Por lo tanto, esta investigación aportaría a la producción de conocimiento respecto al área de trabajo de EC, haciendo hincapié en conocer cómo perciben su labor profesional, si lo identifican como trabajo autónomo, el control que ejercen sobre su propia práctica/ejercicio, así como la autoridad y responsabilidad sobre las propias decisiones. Permitiendo a su vez generar mayor visibilización de la profesión, revalorización de su trabajo y el fortalecimiento de una actividad disciplinar que ha estado por años liderada por mujeres en todo el mundo. Se considera entonces que la producción analítica de este proyecto pueda ser un aporte más como insumo para generar políticas públicas en la labor de Enfermería en el PNA.

Esta propuesta también sigue los pronunciamientos de diversos organismos de salud, como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual plantea que la autonomía de Enfermería, lleva implícito enfrentar los retos y desafíos permanentemente en su práctica social. Su labor en Atención Primaria de la Salud permite contribuir a visualizar y reconocer el papel preponderante que tiene Enfermería en los equipos de salud, y augura la posibilidad de que en el futuro se pueda lograr el nivel de autonomía esperada para el desarrollo e implementación de los programas en el PNA (Camargo y Caro, 2010).

#### **1.1 Problema que da origen a esta investigación**

Históricamente la autonomía de esta profesión ha estado atravesada por una marcada desvalorización relacionada con su objeto de estudio “los cuidados”, dado que estos han sido una labor íntimamente relacionada con cualidades “innatas de las mujeres”. Molinier confirma la afirmación anterior, cuando expresa que el trabajo de cuidado sea poco visible lo

cual contribuye a que las enfermeras sean sub-evaluadas en el registro del hacer y sub-valoradas en el registro de ser (2005, citada en Wlosko y Ros, 2018). Particularmente, en contexto de pandemia se ha identificado desde la trayectoria laboral, que el desenvolvimiento y la participación en actividades comunitarias en el PNA en salud ha permitido mejorar la visibilización de la práctica de Enfermería y con ello repercutido en la autonomía profesional.

En relación a esto, se ha advertido una falta de análisis y conocimiento sobre las condiciones laborales de EC situada en este nivel de atención en contexto de pandemia en relación con las dimensiones de la autonomía profesional y las desigualdades laborales por motivos de género. Es por ello que a partir de este problema real planteado se formuló un interrogante principal que da origen a esta investigación: *¿Cuáles fueron las condiciones laborales de Enfermería Comunitaria en relación con la autonomía profesional desde un enfoque de género, en un municipio de la Región Sanitaria V, Prov. de Buenos Aires, Argentina, desde el año 2020 a 2023?*

A su vez, algunos de los interrogantes que se desprenden de la principal pregunta serían: *¿Cuáles fueron las funciones autónomas de Enfermería Comunitaria en el Primer Nivel de Atención durante 2020 a 2023? ¿Qué percepciones presenta Enfermería Comunitaria sobre la relación entre la autonomía profesional y sus condiciones laborales? ¿Cómo creen que impactaron las actividades realizadas en la pandemia en su autonomía profesional? ¿Cuáles son las representaciones que tienen los equipos de salud sobre el rol de Enfermería Comunitaria y su autonomía profesional? ¿Cuáles son las representaciones que tienen las personas en función de docencia y gestión del Primer Nivel de Atención sobre el rol de Enfermería Comunitaria y su autonomía profesional? ¿Qué percepciones presenta Enfermería Comunitaria sobre la relación entre sus condiciones laborales y desigualdades por motivos de género? ¿Qué facilitadores y obstaculizadores se identifican para promover la autonomía profesional de Enfermería Comunitaria en el Primer Nivel de Atención del municipio?*

## **1.2 Objetivos general y específicos**

Las preguntas que se formulan en el trabajo de investigación orientan los objetivos. Estos se configuran de forma correspondiente en un objetivo general y siete específicos:

### **General**

- Analizar cuáles fueron las condiciones laborales de Enfermería Comunitaria en relación con la autonomía profesional desde un enfoque de género, en un municipio de la Región Sanitaria V, Prov. de Buenos Aires, Argentina, desde el año 2020 a 2023.

**Específicos:**

- Describir cuáles fueron las funciones autónomas de Enfermería Comunitaria en el área del Primer Nivel de Atención en este municipio.
- Conocer las percepciones que presenta Enfermería Comunitaria sobre la relación entre la autonomía profesional y sus condiciones laborales.
- Describir cómo creen que impactaron las actividades realizadas en la pandemia en su autonomía profesional.
- Describir cuáles son las representaciones que tienen otras profesiones sobre el rol de Enfermería Comunitaria y su autonomía profesional.
- Describir cuáles son las representaciones que tienen las personas en función de docencia y gestión sobre el rol de Enfermería Comunitaria y su autonomía profesional.
- Conocer las percepciones que presenta Enfermería Comunitaria sobre la relación entre sus condiciones laborales y desigualdades por motivos de género.
- Identificar facilitadores y obstaculizadores que promuevan la autonomía profesional de Enfermería Comunitaria en el Primer Nivel de Atención del municipio.

**1.3 Estrategia metodológica y técnicas de investigación.**

El proyecto se plantea desde un enfoque teórico metodológico cualitativo principalmente porque como señala Bloj, se busca comprender y analizar las significaciones y los múltiples sentidos que encierran las realidades -de Enfermería-; construir teoría a escala de la realidad a estudiar y recuperar el saber -discursos y prácticas- de los actores sociales (Hipertexto PRIGEPP Taller de Tesis, 2022, 4.2). Para esto, como indica el objetivo principal, se propuso dar cuenta de las condiciones laborales de EC a partir de la relación con la variable “autonomía profesional” analizada desde un enfoque de género, lo que implica tener en cuenta los significados y experiencias que atraviesan esta disciplina en el periodo indicado.

A su vez, se ha identificado que el enfoque etnográfico es un respaldo metodológico importante dado que como afirma Guber (2001) es una concepción y práctica de conocimiento que busca comprender los fenómenos desde la perspectiva de sus miembros. La orientación y sobre todo las guías del enfoque etnográfico permitió la producción y descripción de los comportamientos apoyada en el trabajo de campo, en la riqueza de la interpretación y análisis al observar y conocer la actividad de Enfermería en APS.

En cuanto a lo normativo institucional, se contó con la aprobación mediante nota escrita del comité de ética del municipio en estudio, presentando el proyecto de investigación y acordando mantener informada al área de los resultados.

Se realizaron hallazgos usando técnicas como *la observación participante de la práctica de EC*, que busca la comprensión por parte quien investiga de todo el conjunto de elementos culturales que constituyen la racionalidad con que los actores y actrices sociales actúan, el sentido que dan a sus acciones, sus metas y sus anhelos personales y de grupo. Llegar a este nivel de implicación involucra proximidad, lo que presupone participar de las situaciones sociales que se estudian (i Muñoz et al., 2011). En esto existe no sólo un involucramiento explícito en el campo de la Enfermería comunitaria, sino también que se contó con la posibilidad de estar rotando en situación de pasantía en áreas de gestión y docencia por al menos un año, cumplido en el lugar donde se realiza el estudio. En este marco, se focalizó en registrar las dinámicas de trabajo en los centros de salud y recuperar alguna de las percepciones que presenta, otras trabajadoras del efector como el personal administrativo.

Asimismo, en el campo específico de la investigación social, resulta importante aclarar que se trata de describir procesos intersubjetivos de la realidad laboral, por ello, además de las técnicas utilizadas como soporte evidencial, se considera al *registro de campo* como una fuente imprescindible para el análisis. En este registro, además de la observación participante se realizó también distintos diálogos e intercambios con trabajadoras del Primer Nivel de Atención que presentan un involucramiento con la labor de Enfermería.

En cuánto a las *entrevistas en profundidad*, la muestra principal se basó en siete participantes profesionales de Enfermería. La selección fue de acuerdo a los siguientes criterios: que presenten diferentes niveles de formación y sumar al menos dos personas en actividad de gestión y docencia. De este grupo, tener experiencia de mínimo cinco años en el sector público de salud y estar trabajando durante el periodo estudiado.

Como criterio de exclusión, por lo tanto, se usó principalmente la antigüedad, poseer una experiencia no menor a cinco años en el sector público relacionado y estar interiorizada la persona en cómo funciona el sector.

Cabe mencionar que el criterio sobre que llevará a cabo sus funciones profesionales en el transcurso de la pandemia por coronavirus en el PNA, pretendió analizar si la autonomía profesional que puede presentarse en los centros de salud ha tenido modificaciones debido a los acontecimientos generados por una situación de emergencia que hasta el día de hoy modificó las dinámicas organizacionales en el sector salud. Por último, se consideró que la

muestra sea heterogénea en términos formativos cuando se tratase de Enfermería. En cuanto a entrevistar a profesionales que no fueran de Enfermería, el criterio seleccionado fue que tuvieran algún rol de gestión o docencia en el municipio con mismo criterio de antigüedad, en esto coincidieron dos profesionales de Enfermería.

Se utilizó la entrevista, siguiendo a Spradley (1979), ya que es una estrategia para hacer que la gente hable sobre lo que sabe, piensa y cree y que implica la escucha activa en el proceso. Por lo tanto, en el terreno cualitativo, siguiendo a Bloj, la conjugación de las técnicas mencionadas fue nodal para acceder al universo de las representaciones y significaciones, a los sentidos que este proyecto se propuso (Hipertexto PRIGEPP Taller de Tesis, 2022, 4.3).

Las entrevistas fueron semi estructuradas priorizando los diálogos abiertos y conduciendo el espacio de manera flexible al no estar mediada en su totalidad por un guión de preguntas, tuvieron una duración de aproximadamente una hora cada una y se registró mediante grabación de audio y toma de notas. Las personas entrevistadas firmaron un consentimiento informado, en el cuál se explicaba detalladamente el objetivo de la entrevista, las características de anonimidad que se contempló, que su participación era voluntaria y los resultados de esta investigación serían presentados en las instituciones intervinientes, tanto académicas como organizacionales del Municipio. Con eventual posibilidad de publicar la misma en artículos académicos, jornadas/congresos científicas (Ver Anexo).

En cuanto a las entrevistas en profundidad como fuente primaria, se acuerda con Brenner (2006) cuando define la entrevista como procedimiento mediante el cual se “intenta comprender a los informantes en sus propios términos y cómo interpretan sus propias vidas, experiencias y procesos cognitivos” (p. 357).

Para analizar los resultados de las entrevistas, se realizó una transcripción de las mismas y posteriormente, en la sistematización, se desarrolló una matriz de fichaje según categorías conceptuales propuestas. Para identificar en el desarrollo escrito del trabajo a las personas entrevistadas, se eligió referenciarles respetando su rol formativo en el municipio, su edad y se agregaron seudónimos como nombres.

Se tuvo en cuenta además del marco conceptual, las investigaciones y antecedentes en materia estudiada para realizar un contraste entre las narrativas recogidas. Se incluyen de manera explícita fragmentos de las entrevistas que se consideran representativos de lo analizado en términos de resultados.

Para sumar al análisis se utilizan *fuentes del ámbito de salud donde se realizó el estudio* que recopilan datos y características de configuración del subsector público de salud

invitando a comprender el contexto desde la mirada de la gestión sanitaria y a su vez, permite verificar el crecimiento de la política en APS del sector municipal. Estas fuentes son informes de la subsecretaría de salud del municipio del año 2015 y del año 2020. Este último sobre un abordaje de la pandemia elevado al Ministerio de Salud de la Provincia. Por otro lado, se contó con dos libros de recopilación científica en el marco de las jornadas de APS que edita el municipio, allí numerosos equipos de APS a través de relatos de experiencias describen su labor y sus relaciones en términos laborales, incluyendo la dinámica de trabajo de Enfermería en el PNA. Se advierte en el uso de estas fuentes que no se referencian bibliográficamente para mantener el anonimato del lugar investigado.

En cuanto a las fuentes secundarias, el recorte temporal fue una propuesta de la última década, debido a que se pretende dejar registro de los avances realizados en materia de EC. Además, por último se aclara que existe una primera aproximación de investigación con descripción de actividades, de carácter exploratorio, desarrollado en el año 2023 donde se realizó un relevamiento de las actividades realizadas por Enfermería en el municipio en cuestión, a partir de cuyos resultados se realizó una propuesta y ejecución de delimitación protocolar y estandarización de algunas dimensiones de abordajes, desde las competencias e incumbencias de la profesión.

Por otro lado, para soportar este trabajo investigativo se utilizó un marco conceptual y antecedentes de quince investigaciones que tienen en común valorar y profundizar la situación de Enfermería en el sector salud en términos de género, condiciones laborales, relacionales y políticos. Estas investigaciones son nombradas a lo largo de todo el trabajo según se consideren los aportes con el marco propio de análisis.

Por último, cabe mencionar que este proyecto de investigación, estuvo planificado desde un enfoque estratégico, partiendo, como plantea Tamargo, de la explicación multidimensional y compleja realidad, de la comprensión de los nudos críticos que explican lo que acontece y que también está atravesado por sujetos en relaciones asimétricas, de poder y conflicto (Hipertexto PRIGEPP Planificación, 2021, 1.4.2).

## SEGUNDA PARTE

### Capítulo 2. Conociendo a Enfermería.

#### 2.1 Las raíces históricas de la profesión.

Se analiza brevemente el recorrido histórico de Enfermería, el cual es ampliamente estudiado en diversos trabajos de investigación. En esta trayectoria de construcción de la identidad de Enfermería se hace particularmente hincapié en la etapa de profesionalización para luego profundizar en el rol en el ámbito comunitario y así esbozar una referencia sobre esta profesión y su área de abordaje específica. A su vez, desarrollando brevemente las raíces históricas, se pretende dejar en evidencia la influencia del sistema patriarcal que marcó la estructuración de esta disciplina como las causas que dieron efecto a su caracterización altamente feminizada y desvalorizada.

A lo largo de la historia, encontramos el acto de cuidar como parte del desarrollo y supervivencia de la humanidad. En este sentido, Enfermería tiene una larga historia, donde se identifican al menos cuatro etapas en relación a los contextos en que se desarrolló. Sin ahondar profundamente, se nombran con el fin de analizar el factor común que presentan. Por un lado, una primer etapa denominada *Doméstica* y asociada al acto de cuidar como parte de la misma supervivencia, ubicada entre la Antigüedad hasta el Siglo V; otra segunda etapa llamada *Vocacional* asociada al acto de cuidar como un acto natural y relacionada con la etapa del auge del Cristianismo en la Edad Media donde había una relación directa con el rol de las mujeres; una tercera etapa denominada *Técnica* relacionada con el rol de cuidar en los ámbitos hospitalarios, ya existentes entre los Siglos XV – XVIII y finalmente, una cuarta etapa denominada *Profesional*, promovida principalmente a mediados del Siglo XIX relacionada al inicio de la profesionalización de Enfermería en cuanto a su introducción al mundo académico y la regulación con marcos normativos de las actividades que realiza, la cual forma parte de la actualidad. A destacar que todas las etapas históricas de Enfermería, presentan en común, el acto de cuidar como un rol asociado a características innatas de mujeres dada la configuración patriarcal de las comunidades.

Como se vió, desde sus inicios, se vincula cuidar a otras personas como parte “natural” de la reproducción, esto genera una configuración de la profesión como un saber que no se construye formativamente si no que se “da” como acto de supervivencia. Como afirma Colliere (1993) en su desarrollo histórico, los saberes de Enfermería están íntimamente vinculados a la “invisibilización” de la cultura de las mujeres por parte del

patriarcado, primero a través de la Iglesia y luego en la relación de auxiliaridad establecida con los médicos.

Si se analiza a nivel global el progreso de la profesionalización de Enfermería se encuentra una diversidad de experiencias, principalmente por las características socioeconómicas de cada región y las políticas sanitarias implementadas. Por nombrar una que fue tomada como parámetro en latinoamérica, en Londres para los años 1860 Florence Nightingale impulsó el inicio de la primera escuela de formación de Enfermería. Esta propuesta sumó al cuidado de Enfermería aspectos vinculados a la capacitación profesional para así poder quebrar la larga tradición asociada al empirismo, pero a su vez el modelo contribuyó con el estereotipo femenino, de sumisión y subordinación, dado que definió la profesión como auxiliar de la medicina, con vocación de servirles y una actividad exclusiva para mujeres, aunque marca el inicio de la profesionalización de Enfermería debido a que exige la formación específica mediante la utilización de conceptos y técnicas.

En cuanto a la etapa de profesionalización de Enfermería en la Argentina, partiendo desde las primeras experiencias de formación, se encuentra la propuesta de Cecilia Grierson (primera graduada en medicina de la Universidad de Buenos Aires en 1889). Grierson, desde 1886 organizaba cursos para Enfermería en el Hospital Dr. Ramos Mejía de la Ciudad de Buenos Aires. Luego para 1892, una parte de esta iniciativa se municipaliza y pasa a depender de la Asistencia Pública denominando a la Escuela de Enfermeros, Enfermeras y Masajistas (EEYM) dentro del ámbito oficial de salud que fue gratuita, laica y pública. En esencia, si bien Grierson tuvo la postura de generar estos espacios formativos sin discriminación por sexo para acceder y hasta considerando que en ese entonces eran más varones que mujeres quienes tenían roles de Enfermería en hospitales, la gestión de educación para esta profesión terminó marcando el proceso de feminización. Para explicar esto, se encuentran los aportes Wainerman y Binstock (1992), donde en la gestión de la educación para Enfermería al municipalizar la escuela se vio también organizada por las disposiciones que realizaba la Asistencia Pública de la Ciudad de Buenos Aires. Comenzando por la ordenanza en 1905 que dispuso que el personal del hospital debía formarse y con esto los directores de hospitales tenían la obligación de garantizar que roten por la escuela y se capaciten para diplomarse. La duración era de dos años para profesionales de Enfermería y 1 año para asistentes de Enfermería. En esto se generó una configuración en la organización de la escuela llamada estudiantes “internas” y estudiantes “externas” y como se nombró antes en cuanto a la configuración interna de los hospitales se encontraba más varones que mujeres, pero tuvieron diversos obstáculos desde las direcciones de hospitales para acceder a la

formación de la escuela, en cambio, para estudiantes externas fue una oportunidad de participar en el mercado laboral y acceder a educación, por lo que las egresadas terminaron siendo mayoritariamente mujeres.

Por otro lado, otra ordenanza en 1912 promovida por Horacio G. Piñero y Desiderio F. Davel, director y vicedirector respectivamente de la Asistencia Pública, terminó de definir que la Enfermería no sería una opción ocupacional para los varones en los hospitales municipales, en coincidencia con el alejamiento y posterior jubilación de su fundadora. Se limitó la inscripción solo a mujeres, se limitó para estudiantes externas caducando así la ordenanza de 1905 relativa a la obligatoriedad de los hospitales de hacer capacitar a su personal y se reformó el plan y la duración de los estudios. La decisión de limitar la escuela solo a mujeres fue justificada argumentando que eran preferidas a los varones por el público usuario y que el atributo natural femenino las hacía más apta:

La mujer es más apta que el hombre a esta clase de estudios, para esta tarea de abnegación sincera, que requiere un trato suave y labor paciente, algunos conocimientos generales, nociones de higiene, economía doméstica y cierta cultura más propia de la mujer y no del hombre de esa clase social. (Fragmento de la resolución dictada por la Dirección de la Asistencia Pública, citado en Wainerman y Binstock, 1992, p. 281).

Como afirman Ramacciotti y Valobra (2017), a partir de las políticas implementadas en los años '50, las escuelas creadas para la formación de Enfermería también reforzaron el proceso de feminización y subordinación. En 1950 el ministro de Salud Ramón Carrillo difundió el decálogo de ética profesional de Enfermería donde se explicitan los deberes de esta profesión y su inamovible carácter de auxiliar en la asistencia médica. Sumado a una descripción sobre las conductas morales, la necesidad de vocación y sensibilidad de este rol. En este periodo, que resulta de gran importancia para la configuración de la profesión en Argentina y su característica de feminización, también se le sumó las del ámbito no tan público, pero con presupuesto estatal, como las acciones de la Fundación Eva Perón (FEP) que impulsó escuelas de Enfermería.

Como lo estudiaron Biernat et al. (2015), estas acciones, al igual que como sucedió en 1905 con la EEYM, se presentaron como una oferta a la entrada en el mercado laboral ofreciendo un perfil de reconocimiento social para las mujeres y sobre todo para quienes vivían en contextos rurales o en situaciones de vulnerabilidad, a quienes se destinaban programas específicos de internado y cobertura. Por otro lado, sin embargo, se mantuvo el

legado de formación -solo para mujeres-, lo que continuó profundizando la feminización de la profesión. Una característica de esta época relevante desde el marco normativo, fue la Ley 17.132, sancionada en 1967, que estableció el régimen legal del ejercicio de la medicina, odontología y actividades auxiliares. A partir de esta ley la Enfermería (con título habilitante) pasaría formalmente y legalmente a ser una actividad auxiliar de medicina y odontología.

En cuanto a describir el contexto global para la profesionalización de Enfermería, un hito fue la creación del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), creada en 1899, en Ginebra- Suiza, por un pequeño grupo de mujeres visionarias en medio a enormes cambios sociales tales como la revolución industrial y la abolición de esclavitud, además de la lucha por los derechos de la mujer, el progresivismo social y la reforma de la salud (Oguisso, 2012). Desde su creación, el CIE acumula una historia de defensa de la profesión de Enfermería y promoción de la salud en todo el mundo. En sus inicios comenzó con cuatro asociaciones nacionales de Enfermería y actualmente representa a más de 130 países en todo el mundo. Ya para 1901 organizó la primera conferencia internacional de Enfermería en 1901, en 1948 fue reconocida como socio por parte de la OMS, en 1953 realizó su primer Código de ética de Enfermería, que se ha actualizado periódicamente y ha sido adoptado por organizaciones de Enfermería en todo el mundo.

Asimismo, para la década de 1960, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) impulsó la organización de los Congresos Argentinos de Enfermería, producto de los cuales se implementó reformas en los planes de estudio. También, la formación de Enfermería se vio influida por los organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y poco a poco, se fue excluyendo la exclusividad por sexo en la formación de Enfermería, aunque el proceso de feminización de la profesión ya estaba instalado.

En este proceso, otro punto de inflexión fue la creación de la Licenciatura en Enfermería, y la promulgación de la Ley Nacional N° 24.004 sancionada en 1991, que reconoció a la profesión como autónoma. Siguiendo a Faccia (2015), “la ley impulsó la profesionalización de la Enfermería y puso por escrito algo que en la práctica era muy difícil de cumplir: dejar de ser considerada como colaboradora del médico u odontólogo” (p. 322).

Por lo tanto, es el recorrido del reconocimiento de una profesión asociada a “cualidades” innatas de mujeres el que decantó en una configuración feminizada de la misma. Como se verá más adelante, esta identidad a su vez está íntimamente relacionada con las reglas de una división sexual del trabajo.

Aún así, se destaca, que en estos últimos años, la profesión se configuró en una disciplina y pudo dar un gran avance en términos de aportes científicos. De acuerdo con Durán De Villalobos (2000) la disciplina está conformada por dos componentes: la fundamentación profesional y la producción de un cuerpo de conocimientos científicos acumulativo. En cuanto al primer componente, se desglosan los valores de la profesión y los fundamentos históricos y filosóficos del actuar de Enfermería, abocando su actuar en lograr la promoción de salud, el mejoramiento de esta y el bienestar de los seres humanos. Con respecto al segundo componente, el cuerpo de producción ha conformado conocimientos teóricos propios de la Enfermería, donde sus avances en términos de ciencia se han podido aplicar en los sistemas de cuidado profesional (Citada en Barboza y Alvarado, 2011). Esto implica que la profesión se compone de un cuerpo de conocimientos con metodologías de abordajes sistematizadas y configuradas en lo que la ciencia cataloga como método científico. Siguiendo la línea de estas autoras, resulta significativo saber que en Enfermería los modelos y teorías han tratado de agrupar y ordenar los conocimientos de la profesión. Eso pone en evidencia la preocupación que han tenido las enfermeras por buscar un marco conceptual propio de Enfermería como profesión, para disminuir la dependencia de las otras ciencias de la salud; pero con el reto de lograr interactuar con ellas a partir de esa construcción propia. Es así que ha logrado construir su propia estructura científica que da respuesta a las decisiones independientes y autónomas que tiene la profesión. Pero si bien no será eje de este trabajo indagar, cabe mencionar que estos parámetros son métodos propios disciplinares no tan conocidos en el campo de la salud ni tampoco permean los sistemas informáticos ni las configuraciones de los efectores para que Enfermería haga uso en sus registros.

## **2.2 Recorrido de la formación de Enfermería**

Desde los años 90, Enfermería cuenta con un marco normativo que la regula como profesión de salud. El mismo, reglamentado bajo la Ley Nacional N° 24.004 (promulgada en 1991) y la Ley Provincial N° 12.245 (promulgada en 1999). Ambas, en su Artículo 2, establecen que el ejercicio de la Enfermería comprende las funciones de promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, así como la de 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 temas de su incumbencia y la

administración de servicios, cuando sean realizados por las personas autorizadas por la presente a ejercer la Enfermería.

Por otra parte, las incumbencias quedan detalladas (según los títulos habilitantes) en la reglamentación de la Ley Nacional, bajo el Decreto Nacional N° 2.497/93. A su vez, se reconocen en el Artículo N° 3, dos niveles para el ejercicio de la Enfermería, el 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. El 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.

La ley N°24.004 considera formación técnica o de pregrado al profesional (con una duración de 3 años) y formación de grado a la Licenciatura de Enfermería (con una duración mínima de 4 años). En relación a la formación de pregrado, en Argentina, al igual que en la mayor parte de latinoamérica, comenzó fuera del ámbito universitario (principalmente en ofertas de las escuelas) y progresivamente se fue incorporando con las reformas que acontecieron en lo que respecta a la Educación Superior.

En la actualidad, las instituciones de educación superior conocidas como “no universitarias”, dada su trayectoria histórica en la formación, continúan formando hasta el nivel de pre-grado o tecnicatura, al igual que lo hacen también las universidades, mientras se reservan a estas últimas la formación de grado. Los institutos de educación superior pueden ser de gestión estatal o privada y tener dependencia nacional, provincial o municipal (Asociación de Escuelas Universitarias de la República Argentina [AEUERA], 2020).

Por un lado, entonces, el tipo de formación que se desarrolla dentro del nivel técnico, principalmente se encuentra en las ofertas de los espacios “no universitarios”. En este sentido, se encuentra regulada por Ley de Educación Técnico Profesional n° 26.058/2005 que tiene por objeto ordenar la educación técnico-profesional en el nivel medio y superior no universitario del sistema educativo nacional y la formación profesional. Por otro lado, la oferta en universidades deben ser de primer y segundo ciclo, el primero agrupa los contenidos necesarios para la titulación de técnico profesional y en conjunto con el segundo ciclo la formación de nivel de grado, regulada por la Ley de Educación Superior N° 24.521, incorporada al artículo 43 por medio de la Resolución 2721/2015 del Ministerio de Educación de la Nación.

Asimismo, la educación superior se encuentra enmarcada en la Ley Federal de Educación N° 24.195 donde se consolidan las responsabilidades de la cartera educativa en la

formación de técnicos en salud, al incluir a las instituciones formadoras de los mismos dentro de la estructura del Sistema Educativo Nacional.

Para destacar, como fomento de la profesionalización de Enfermería, se impulsó una serie de políticas formativas tales como: desde el año 2011 el Ministerio de Educación, a través de la Resolución CFE 2083, establece para los auxiliares de Enfermería la adecuación gradual hacia trayectorias formativas que conduzcan a la obtención del título de técnicos superiores de acuerdo al perfil profesional establecido por Resolución CFE N° 7/07; por su parte, el Ministerio de Salud, dejó de otorgar matrículas nacionales a las/os auxiliares a partir de 2015 y finalmente, a destacarse, para el 2016, se creó el Programa Nacional de Formación de Enfermería (PRONAFE) a través del INET y la Secretaría de Políticas Universitarias del Ministerio de Educación en conjunto con el Ministerio de Salud de la Nación.

En el caso de las especialidades promovidas por el Ministerio de Salud a través de la Resolución MSAL 199/2011, se encuentran las de Enfermería en salud del anciano; Enfermería en salud materno-infantil y del adolescente; Enfermería en salud mental y psiquiatría; Enfermería en la atención del paciente crítico: neonatal, pediátrico y adulto y Enfermería en cuidados paliativos. También el sistema de residencias en salud, que se detalla más adelante, forma parte de la formación de posgrado en Enfermería. En relación a la formación de posgrado bajo titulación, se encuentran algunas ofertas de distintos ámbitos de especialización donde la participación de Enfermería según varios estudios arrojan que es más frecuente en Maestría y menos frecuentes en Doctorados.

Una de estas investigaciones es la de Perez et al. (2022), arroja que del total de posgrados acreditados en la Argentina (n=3664) se distribuyen de la siguiente manera: doctorado 14%, maestrías 33% y especializaciones 53%, la mayor concentración de ofertas académicas acreditadas se encuentra en la región metropolitana. De esto, las especialidades multidisciplinares ocupan un 90% de la oferta académica y se destaca que de esas 3664 ofertas sólo 15 corresponden exclusivamente a Enfermería. Son especialidades disciplinares relacionadas a la atención directa al sujeto de cuidado, ocho son de cuidados críticos en adultos, pediátricos y neonatos; cuidados del adulto mayor, oncología, salud comunitaria; en cuanto a la Gestión y Administración se observan sólo dos ofertas. En este sentido, su investigación aporta la importancia de considerar que las actuaciones de las Enfermeras como especialistas se concentran en la atención compleja de los sujetos de cuidados y en la mejora de los sistemas sanitarios, contribuyendo a un cuidado más eficiente y seguro.

### **2.3 El camino de la perspectiva disciplinar comunitaria**

Se presenta el interés de abordar el campo disciplinar específico de Enfermería, denominado "comunitario" en cuanto a la influencia que se percibe en la autonomía profesional. Para ello, en principio, se desarrollan brevemente algunas particularidades que presenta su recorrido histórico mencionando algunos trabajos de investigación que han indagado al respecto. Se advierte que dentro de todo el colectivo de Enfermería, la "especialidad comunitaria" continúa actualmente en construcción (aunque resulta de mucha trayectoria histórica, como se mencionó desde el inicio de la profesionalización la actividad comunitaria estuvo presente), no viéndose reconocida aún formalmente por el Ministerio de Salud de la Nación como especialidad disciplinar, pero sí se encuentra dentro de las ofertas formativas que se establece en el sistema de residencias de salud o en ofertas de posgrados universitarios.

Su labor está centrada en la perspectiva de APS y presenta principalmente la característica de integralidad situada. Es decir, llevar adelante acciones de prevención, promoción y rehabilitación en los lugares donde viven/transitan las personas, grupos, familias o comunidades. En este sentido, se identifica que la Enfermería presentó una participación fundamental en actividades de prevención de enfermedades y divulgación de nociones ligadas a la salud pública desde fines del siglo XX. Uno de ellos fue durante el periodo de la Secretaría de Salud a cargo del Dr. Carrillo, donde las preocupaciones estaban conectadas con la necesidad de satisfacer las demandas en los centros hospitalarios y en las actividades de difusión sanitaria –tanto en campañas de vacunación, educativas, talleres, escuelas, etc-. Al respecto, los aspectos vinculados a las campañas de vacunación, la participación de Enfermería en las campañas de erradicación de epidemias y endemias ponía en otro rol a la profesión del que tradicionalmente ocupaba en los hospitales. Las acciones en el espacio público demandaban saberes específicos que deberían ser aprendidos. Según demostró Lina Faria (2006) para el estudio de las escuelas de Enfermería de Salud Pública en San Pablo y Río de Janeiro, fueron estos tipos de conocimientos los que delinearon un perfil particular y autónomo del saber médico hegemónico (Citada en Ramacciotti y Valobra, 2017).

Algunas otras autoras, plantean que podría identificarse la labor fuera del ámbito hospitalario desde mucho antes. Pero a fines de estudio, se parte de considerar que la EC comienza a ser reconocida formalmente por la OMS en 1974, al convocar el primer seminario llamado "Community Nursing" ( Harzheim et al.,2009). Asimismo, si bien puede reconocerse la presencia de actividades comunitarias antes de los años 70, éstas eran ejecutadas principalmente por agentes de salud, en algunas experiencias hasta supervisadas

por Enfermería pero no se relacionaba en ese contexto directamente como labor específica de la profesión (Álvarez et al., 2013).

Por lo tanto, partiendo de este periodo, hubo varias políticas internacionales que buscaron organizar los planes de estudio de Enfermería advirtiendo la múltiple fragmentación en cuanto la formación y la poca preparación de Enfermería ante un modelo de atención de salud comunitaria. Coincidiendo con el cambio global que se produce en materia de abordaje de la salud y la reconfiguración de los modelos de atención.

Si bien, luego desarrollamos más adelante las implicancias de los modelos de atención en las configuraciones laborales de la profesión se desarrolla aquí el contexto en el que la dimensión comunitaria permea con más fuerza el sistema de salud. Esto comienza con las políticas sanitarias desde el enfoque de APS promovida en 1978 por la Declaración de Alma Ata, allí se trató sobre todo de implementar una estrategia y un modelo de salud integral transversal a todos los niveles de atención. No obstante, como se menciona en varios trabajos al respecto, su implementación en América Latina se vio interferida por los contextos político gubernamentales y se obstaculizó en gran medida uno de sus pilares básicos, como es la participación social.

Desde este punto, fue la sucesión de dictaduras militares que obstaculizó el trabajo con la comunidad y la participación social integral que se propone en las políticas sanitarias internacionales. En consecuencia, se puede ubicar una mayor presencia de trabajo comunitario desde Enfermería a partir de la década de 1980. De este modo, con el retorno a la democracia, se incrementaron aunque de manera heterogénea, las actividades comunitarias en el ámbito de la Enfermería donde comenzaron a tener mayor protagonismo en la comunidad, generando un proceso de transformación en lo concerniente al modelo de atención.

Siguiendo a Rovere (2012), un aspecto crucial es que la estrategia de APS no fue implementada tal como se había concebido (centrada en la dimensión integral, fundamentado en los principios de igualdad, universalidad y el derecho a la salud), sino que para evitar cualquier alineación con agentes y fuerzas en conflicto fue de forma más selectiva: limitándose a una gama básica de servicios en el Primer Nivel de Atención (PNA), sin integración con niveles más complejos de asistencia. En Argentina esta desarticulación entre niveles de atención se vio reforzada por la descentralización sanitaria llevada adelante en la década del 90, donde el PNA quedó bajo la responsabilidad de los municipios y la mayoría de los hospitales a cargo de las provincias. Al respecto, el análisis realizado por Bursztyn et al. (2010) se afirma que además de los ajustes estructurales de las década de los 90, el enfoque

selectivo de la APS se hizo hegemónico y ha sido fuertemente aconsejado para América Latina por las agencias internacionales.

Y si bien este enfoque del hacer de Enfermería abordando la salud desde la mirada socio-antropológica, puede estar presente en cualquier nivel de atención, atentó contra esa perspectiva, no sólo lo expresado antes, sino que fue justamente la interpretación que se le hizo a la APS selectiva lo que promovió que estas acciones generalmente sólo fueran vinculadas en centros de salud, es decir, en el PNA. Esta vinculación principalmente se asocia a entenderlo cómo la puerta principal de entrada al sistema de salud ubicado al alcance de la comunidad y con acciones dentro de los territorios. Donde este grupo de efectores por política sanitaria se encuentra lo más cerca posible de donde las personas viven, trabajan o transitan.

A su vez, estas configuraciones sanitarias desde Alma Ata en adelante pueden verse reflejadas en el contexto nacional, poscrisis de los años 2000, con la implementación de políticas sanitarias en relación a mayores programas en los centros de salud y garantizando más efectores de salud en el PNA. La política de mayor jerarquización fue el Plan Federal de Salud del año 2004, que planteó como eje implementar las políticas de APS y se propuso priorizar la construcción de redes de atención.

En este sentido, desde lo normativo el sector del PNA se define bajo lo establecido en la Resolución 282/94 del entonces Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación (ampliada con Res. 900-E/2017) donde afirma que constituye la puerta de entrada a la red de servicios o sistemas en la mayor parte de los casos, conformado principalmente por instituciones sin internación. Donde se realiza acciones de promoción y educación de la salud, prevención de las enfermedades, y protección de la salud, así como el diagnóstico temprano de daño, atención de la demanda espontánea de morbilidad percibida, búsqueda de demanda oculta, control de la población e internación derivada para la atención de personas con bajo riesgo implementando mecanismos de referencia y contrarreferencia.

Según datos del Registro Federal de Establecimientos de Salud (REFES), al respecto de los efectores del PNA, son municipales el 94 % de los 2505 establecimientos públicos de salud que se encuentran registrados en la Provincia de Buenos Aires para agosto de 2019. A su vez, organiza su sistema sanitario agrupando los 134 municipios en 12 regiones. La división está vigente desde el año 1966 y permite desconcentrar la cartera de salud provincial en niveles intermedios de gestión. En este sentido, a fines de este estudio, es importante que quede reflejado que son muchos los antecedentes que destacan las grandes heterogeneidades territoriales en lo que respecta a la distribución y a los recursos humanos disponibles en el

PNA del sector público, más aún en la Provincia de Buenos Aires (Tobar et al., 2006; Maceira et al., 2010; entre otros, citado en Freidin et al., 2020).

Esto lleva a entender que esta caracterización abordada en la investigación presenta particularidades no atribuibles a otros espacios de trabajo de Enfermería dado que los centros de salud, como se viene diciendo, dependen de las heterogéneas políticas sanitarias de los municipios. Reconociendo en este proceso, que es de vacancia aún, realizar una investigación de los sistemas de salud referido a las competencias e incumbencias de la disciplina que se desarrolla en el PNA que permita caracterizarla y transversalizar sus ejes de abordajes a escalas más centrales como provincial o nacional.

Para la configuración y recorrido histórico que presenta la EC, también es importante resaltar la introducción de esta perspectiva de trabajo centrada en la comunidad en programas nacionales y en los planes de estudios de las distintas ofertas formativas de la disciplina. Contemplando el contexto descrito, desde comienzos del Siglo XXI, se sucedieron varios cambios curriculares en relación a que las ofertas formativas para la disciplina incluyan la unidad curricular de EC o la introducción a las perspectivas de abordaje en salud desde un enfoque socio-antropológico. Uno de los antecedentes, es la inclusión de la Licenciatura de Enfermería mediante la Resolución Ministerial N° 1724 de fecha 27 de agosto de 2013, en el régimen del artículo 43 de la Ley de Educación Superior.

Otro antecedente, a partir de ello, es la aprobación por parte del Ministerio de educación a través de la Resolución 2721/21 de los contenidos curriculares básicos, la carga horaria mínima, los criterios de intensidad de la formación práctica y los estándares para la acreditación de la carrera correspondiente al título de Licenciatura en Enfermería que es acreditada periódicamente por la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU).

En estos contenidos mínimos, se establece que la carrera de grado debe tener un total de carga horaria de 3200 hs de la cual en términos de Enfermería comunitaria como área de especialidad desde la enseñanza teórica se presenta al menos un 11% de todo el contenido propuesto (sin contar las horas de dedicación de práctica preprofesional que pueda darse en el área) que contiene categorías explícitamente de este modelo de atención integral. Aún así, es de público conocimiento que las carreras son implementadas por una diversidad de criterios docentes y no siempre ese cuerpo profesional presenta en su ejercicio una preparación específica en materia. Así, esto también ha podido contribuir a múltiples interpretaciones epistemológicas que pueda tener “Enfermería Comunitaria”.

Con relación a programas, el antecedente que implicó un cambio en cuanto a legitimar la formación específica de “comunitarias”, se destaca, al Programa Médicos Comunitarios (implementado desde septiembre del 2004), luego en 2016 pasó a denominarse Programa de Equipos Comunitario, donde se implementó becas directas financiadas por el Ministerio de Salud de la Nación y desde 2020, con un nuevo convenio de que los equipos formados pasen a la planta del recurso humano de cada jurisdicción provincial o municipal correspondiente. Tuvo como objetivo fortalecer la estrategia de APS como política de Estado en los sistemas locales de salud. Implicó la formación no sólo de medicina, si no que el programa incluyó a Enfermería, Odontología, Trabajo Social, Psicología y Agentes Sanitarios. Desde el año 2004 y hasta fines de 2014, según los aportes de Valdez (2015), esta formación implicó que 16.000 personas, entre profesionales de la salud y no profesionales se instruyeran en esta perspectiva de trabajo y para fines del año 2015, 11.000 se encontraban activas (citado en Freidin et al., 2020).

Con respecto a la formación de Enfermería, son varias las carreras universitarias en la Provincia de Buenos Aires que presentan horas curriculares específicas al campo disciplinar comunitario (en relación a la acreditación propuesta por la CONEAU antes mencionada): Universidad Nacional de Quilmes; Universidad Nacional de Lanús; Universidad Nacional Arturo Jauretche; Universidad Nacional de la Matanza; Universidad Nacional de San Martín; Universidad Nacional de Tres de Febrero; Universidad Nacional de Hurlingham; Universidad Nacional de General Sarmiento; Universidad Nacional de José C. Paz; Universidad Nacional de Moreno; Universidad Nacional del Oeste y Universidad Nacional de Luján. También es la oferta de la Tecnicatura Superior de Enfermería de la Provincia de Buenos Aires que considera en sus programas de estudios proveer de herramientas metodológicas y conceptuales para el actuar con enfoque comunitario y socio-antropológico.

Por otro lado, como se mencionó antes, desde hace varios años también se suma un conjunto de residencias específicas sobre EC en todo el territorio nacional. Los programas de residencia, y en especial las residencias multiprofesionales, afirma Harzheim et al. (2009), surgen en la América Latina como una estrategia de la política de educación en salud que necesita ser implementada para conversión del modelo de atención tradicional, clínico, hospitalo céntrico hacia un nuevo modelo donde la APS es la puerta de entrada y ordenadora del sistema. La propuesta tiene como uno de sus ejes estructurantes, la integración entre las instituciones de enseñanza y los servicios de salud, caracterizada por acciones que apuntan al cambio de las prácticas de formación y atención, del proceso de trabajo y de la construcción del conocimiento, a partir de las necesidades de la población.

En este sentido, las sedes permanentes de las Residencias de EC son principalmente Centros de Salud del PNA y en la Provincia de Buenos Aires cuenta con 9, distribuidas según Regiones Sanitarias como se refleja en Tabla 1. También, a nivel nacional hay ofertas de esta formación en varias provincias, tales como La Pampa, Mendoza, Tucumán, Neuquén, Río Negro, Córdoba y Corrientes.

**Tabla 1.**

**Residencias de Enfermería Comunitaria en la Provincia de Buenos Aires, año 2023.**

Región Sanitaria	Cantidad de Sedes	Financiamiento
I	1	Municipal
V	1	Provincial
VI	2	Provincial
VII	3	Provincial
VIII	1	Provincial
IX	1	Provincial

**Nota.** Elaboración propia en base a los cargos publicados para el concurso unificado de residencias 2023.

Considerando los datos publicados por el Observatorio Federal de Talento Humano en Salud (OFETHUS)<sup>1</sup>, en el 2022, adjudicaron en el concurso unificado de residencias un total de 109 profesionales de Enfermería, donde la especialidad de comunitarias ocupó el segundo lugar de ofertas elegidas con el 16.51%. En esta adjudicación, del total de profesionales, el 88% fueron mujeres. Si se parte de la diferenciación por registro de sexo, Enfermería Comunitaria pasa al primer lugar de las elegidas para la formación en servicios por parte de las mujeres.

A su vez, en base al análisis de las formaciones elegidas en las residencias, se registra un fuerte incremento de la feminización de Enfermería desde el año 2020. Según OFETHUS (2022), este dato habilita análisis minucioso respecto de la relación entre los efectos de la Pandemia por COVID19, la importancia que en ella cobraron las tareas de cuidado durante este escenario y la tradicional feminización que caracteriza a la disciplina.

<sup>1</sup> Base de datos disponible en [este enlace](#).

También se suma cómo antecedente histórico, en términos de formación en servicio, en el ámbito comunitario la Residencia Interdisciplinaria de Educación y Promoción de la Salud (RIEPS), vigente en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires desde 1987, a la cual pueden inscribirse los profesionales de Enfermería. Presentándose como una oportunidad para la profesión formarse en el marco del paradigma de la Salud Pública/ Colectiva. Dado que la RIEPS propone desarrollar el campo de la Educación y Promoción de la Salud, con los propósitos de formar profesionales con una visión integral y compleja de la salud-enfermedad, que puedan desenvolverse en diferentes niveles de gestión socio-sanitaria y articular acciones intra e intersectoriales, como también promover una formación que integre la perspectiva comunitaria e institucional en articulación con la clínica (Programa RIEPS, 2015).

#### **2.4 Enfermería comunitaria como modelo de atención disciplinar**

Analizando estos espacios formativos nombrados, sumando las normativas regionales y globales al respecto, se aproxima a una síntesis del perfil de EC. Para eso, primero, se destaca la reciente reconceptualización abordada por la Comisión Nacional Asesora Permanente en Enfermería (CNAPE) que define a la profesión del siglo XXI en Argentina como aquella que involucra los cuidados autónomos y compartidos en los equipos de los talentos humanos en salud, orientados a dar respuesta de calidad en todo el ciclo de vida a las personas, las familias, grupos y comunidades, en todos los niveles de atención y en todos los contextos. Incluye dentro de sus funciones, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la recuperación y rehabilitación en la lógica de los cuidados progresivos; de protección y defensa de los derechos humanos y diversidades. Además del fomento de un entorno seguro en una cultura de humanización, con la inclusión de las tecnologías de la información y comunicación para la mejora continua en la organización; el funcionamiento y gestión de los cuidados, la docencia, asesoramiento e investigación, con una mirada ética, integral e integradora y libre de discriminación alguna (CNAPE, 2021).

A esta conceptualización se le suma el aspecto de abordaje comunitario, que partiendo de la definición por la OMS (1974), describe a esta especialidad como el campo disciplinar que integra los conceptos y métodos de las ciencias de la salud pública con los de Enfermería para promover, mantener y restaurar la salud de la comunidad. Por ello, se entiende que la praxis de la EC toma como sujetos/as de cuidados a la comunidad y familias, entendiendo que no se trata de negar el cuidado individual, sino, que se trata de valorar las diversas situaciones en su contexto. Mirar el todo en conjunto permite gestionar una mirada más

compleja de las dinámicas e interacciones de las relaciones personales (Jacquier et al., 2014; Cárcamo y Ugon, 2013).

Por lo tanto, EC en sus acciones utiliza la epidemiología que le permite identificar las necesidades de atención de la población; a su vez, utiliza metodologías de los enfoques de planificación estratégica local para intervenir desde la promoción, prevención y educación incluyendo la atención primaria directa; también determina el impacto de las mismas a través de un seguimiento continuo trabajando en redes y en espacios interdisciplinarios, realiza abordajes asistenciales en los espacios de consultorías, donde se abordan las más diversas situaciones de salud, tales como orientación a las personas, familias, grupos y comunidad en general, consejerías, derivación a otrxs profesionales, curaciones, inmunizaciones, administración de tratamientos, entre otras; Gestiona servicios y programas de salud y con menos participación realiza investigación sobre el área de incumbencia.

Sí bien, el análisis de este trabajo pretende describir los roles de Enfermería en el PNA en base al análisis de las entrevistas realizadas y la observación participante, estas primeras aproximaciones de las características que presenta esta área de trabajo apunta a dejar descrito las diferencias que presenta con el abordaje en el segundo nivel de atención. Sobre todo, desde un modelo de atención, donde las bases teóricas que predominan en los efectores de salud hospital-céntricos distan mucho de las estrategias APS aquí nombradas. Por lo tanto, resulta imprescindible relacionar los modelos de atención con el nivel de complejidad en la atención y la labor de Enfermería, ya que esto condiciona sus actividades y por lo tanto su reconocimiento laboral.

### **Capítulo 3. Bases teóricas para el análisis.**

#### **3.1 Sobre las condiciones laborales y la integración del enfoque de género.**

Las condiciones laborales han sido ampliamente abordadas por distintas investigaciones e implementadas por distintas políticas en el ámbito, donde se han realizado varias categorías de análisis al respecto. En este trabajo, para considerar un recorte y una implementación específica del enfoque de género, se propone tomar dentro de las condiciones laborales las categorías *psicosociales*, es decir, las de impacto intersubjetivo.

Desde la década de 1970 comienzan a sistematizarse teorizaciones sobre estos factores psicosociales del trabajo. Los organismos internacionales que se ocupan de la salud y el trabajo definen que los factores psicosociales consisten en interacciones entre el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción en el trabajo y las condiciones de su organización. Como

también en las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo, todo lo cual, a través de percepciones y experiencias, pueden influir en la salud, en el rendimiento y la satisfacción en el trabajo (Comité Mixto OIT/OMS, 1984).

Los factores psicosociales en el trabajo forman parte de las Condiciones y Medioambiente de Trabajo (CyMAT). Un aporte que estructura y explica las dinámicas de funcionamiento es el recorrido de Neffa (2015) que enumera distintos factores, como ser la estructura de las organizaciones en términos de dimensión refiriéndose a los recursos humanos y materiales que las compone y en términos de estructura en tanto el grado de autonomía o subordinación de los empleados. Todos estos elementos van a condicionar el proceso de trabajo y las CYMAT, a lo cual este trabajo hace especial énfasis en los factores psicosociales que atañe a la autonomía.

Para eso también, es importante aclarar el contexto de análisis y el recorte que presenta, mencionando en línea con los aportes de este autor que existen muchas formas de abordar las condiciones laborales desde la perspectiva de factores de riesgo psicosociales. En esto, por ejemplo, lo que dice Neffa es que para los epidemiólogos los factores de riesgo son aquellos que han demostrado un efecto sobre la salud a partir de estudios etiológicos, esa es la base de los modelos de Karasek-Johnson Theorell y de Siegrist; Para psiquiatras define los riesgos psicosociales bajo síndromes psiquiátricos establecidos en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIM versión 10) o en el Manual DSM-IV que se utilizan para la investigación en psiquiatría o para los ergónomos por el contrario, ellos buscan conocer el trabajo humano para transformar las situaciones de trabajo con el objetivo de adaptarlo al ser humano, reducir los riesgos y aumentar la seguridad, preservar la salud de los trabajadores y al mismo tiempo mejorar la eficiencia productiva de las organizaciones. Desde esta última postura, se acomoda esta investigación coincidiendo en que el trabajo humano implica personas en un rol activo que toman iniciativas en el transcurso de la actividad para tratar de conciliar los objetivos del trabajo prescripto con las características de su fuerza de trabajo, sus calificaciones, competencias y su creatividad para innovar y tratar de resolver.

Retomando la categoría de autonomía y siguiendo con la misma línea de desarrollo conceptual, describir las capacidades y potencialidades de cómo se movilizan los conocimientos resulta de un instrumento para la construcción de sentido y de identidad, en este caso, profesional. De manera tal que se ha considerado en estos factores que existe sufrimiento cuando se percibe un desequilibrio entre la magnitud e intensidad de las demandas del puesto de trabajo y el grado de autonomía para realizar la actividad, o si considera que el reconocimiento y la recompensa (monetaria, moral o simbólica) recibida

están por debajo de las exigencias. La autonomía en el trabajo entonces consiste en la posibilidad de ser actor, conducir su propia vida profesional y tener la posibilidad de progresar, de intervenir en la producción de servicios para usar y desarrollar sus competencias profesionales y para seguir aprendiendo. De estas posibilidades dependen en gran medida que se viva el trabajo como algo positivo, se le encuentre un sentido y se sienta placer y, finalmente, sea fuente de felicidad (Neffa, 2015).

Para enriquecer estas categorías, en consonancia con este aspecto de las condiciones laborales se destaca el trabajo de Serge Paugam (2000), que sumó como indicador de las condiciones laborales la insatisfacción del trabajador ante la falta de reconocimiento y/o simbólico de sus tareas. Para el autor, la precariedad puede verse intrincada en las desprotecciones contractuales y del trabajo, como también a partir de la falta de reconocimiento de la tarea, la sensación de falta de valoración expresada de forma material y simbólica en diferentes circunstancias: bajos salarios, asignación de tareas sin interés, relaciones tensas o de subordinación continua con colegas, etc.

Dentro de este recorte, se pretende vincular este reconocimiento simbólico de la labor con el abordaje socio histórico que presenta Enfermería (vistas desde una división sexual del trabajo) como un indicador para la variable estudiada de la autonomía profesional en este campo específico de accionar que es el ámbito “comunitario”: Para llegar a este entreteje conceptual, primero se desarrollan estas categorías conceptuales y luego son el soporte analítico de las realidades reveladas en el sector donde se realizó el estudio.

Uno de los principales aspectos para comenzar a desglosar la interconexión de categorías conceptuales, es posicionarse en términos de definir qué se entiende por atravesar el concepto de género en las relaciones sociales y su impacto en las condiciones laborales.

En este sentido, reconoce a la categoría género como una concepto polisémico que atraviesa la singularidad de analizar el conjunto de prácticas, símbolos, representaciones normas y valores en torno a la diferencia sexual que organiza las relaciones sociales de manera jerárquica. Así como también, estas representaciones que establecen un conjunto objetivo de referencias estructuran la percepción y la organización concreta y simbólica de toda la vida social . Por ello, es necesario incluir esta mirada para dar cuenta del establecimiento de un control diferencial sobre los recursos materiales y simbólicos en el campo laboral (Lamas, 1999).

### 3.1.1 La retribución material y simbólica de las labores.

Como se mencionó, los aportes de Paugam resultan pertinentes en cuanto a que resaltó la necesidad de analizar otras dimensiones que conforman la integración laboral: la retribución material y simbólica de las tareas, y el interés que provoca en quienes las realizan:

Paugman (2015), expresa una negación del reconocimiento, una falla en la identidad que sobreviene cuando nada más en el mundo laboral puede estimular al individuo y darle la prueba de su utilidad, de su valoración por la mirada del otro o de los otros. (p. 29)

Esto subraya que las condiciones laborales no solo se pueden describir desde rasgos económicos, sino también, cómo las relaciones sociales entre grupos de trabajo, determina la integración o no en el campo y su consecuente identidad profesional. Con la advertencia, que si bien se referencia que la valoración de las condiciones de laborales de Enfermería serán desde los aportes del reconocimiento simbólico de las tareas se opta por posicionarse desde el término labor para dar cuenta de la una movilización subjetiva, es decir mental y psíquica del/la trabajador/a. Dado que no se trata solo de lo prescrito sino también de lo que se espera obtener, en contrapartida de su actividad, su realización personal y un reconocimiento social de su identidad.

Al respecto de lo que sucede con Enfermería, las autoras Beliera y Malleville (2019), retoman la cuestión de la (in)visibilidad de las labores de Enfermería donde han marcado cómo influye en su desempeño cotidiano y su desarrollo profesional. La discusión en torno a la relación entre (in)visibilidad y precariedad en el trabajo de Enfermería involucra la pregunta por el reconocimiento. En sus investigaciones, resaltan que es notorio los diversos procesos de precarización en el trabajo relacionados con la posición subordinada que ocupa esta profesión en el entramado laboral. Lo relacionan con su proceso histórico, desde las diversas complejidades de la profesionalización nombradas en la organización del sistema formativo para la profesión hasta advertir que esta subordinación también responde a construcciones sociales sobre los roles de género en el mundo laboral.

Dado que la Enfermería es un trabajo desarrollado principalmente por mujeres, se han asociado las labores de cuidado como una “extensión” de cualidades supuestamente femeninas, cuestión que invisibiliza la formación y capacitación requerida para ejercerla. En este marco, Bareiro (2021) citando a Fraser (1996), nos provee dos tipos de paradigmas de justicia: uno socioeconómico y otro cultural/simbólico, dentro de la primera, ubica a políticas

de redistribución y dentro de lo cultural/simbólico las políticas de reconocimiento (Hipertexto PRIGEPP Democracias, 2021, 2.3.2).

En este caso, se identifica como la situación de Enfermería se ubica en medio de ambas y requieren políticas que combinen los dos tipos. Las políticas ya implementadas en las mejoras de formación de Enfermería, mejorando el egreso y la participación de estudiantes en todos sus niveles, pero aún no mejora el déficit cualitativo de la profesión. Por lo tanto, un cambio que implique una mejora real en las condiciones de Enfermería requiere abordaje de acciones políticas, sindicales y de cambios culturales, dado el carácter pluridimensional de la problemática.

Por lo tanto, la relación aquí expuesta sobre el reconocimiento de la labor profesional con el valor productivo del trabajo, se implica en el análisis de la realidad de EC del municipio, para aproximarse en una descripción de las condiciones laborales de la profesión en el periodo 2020-2023. Para ello, el análisis se relaciona con reconocimiento de la labor del profesional en términos generales, se indaga sobre las relaciones con otros equipos de salud incluida la gestión del recurso humano y se vincula con la posibilidad de toma de decisiones de Enfermería que hace a su autonomía.

### **3.1.2 Segregación ocupacional por género**

Por otro lado, las condiciones laborales también se analizan desde desigualdades por motivos de género asociadas al concepto de segregación ocupacional, el cual es ampliamente abordado, Reskin (1984) denomina segregación por género en el mercado laboral a la concentración por sexo/género en diferentes trabajos desde la construcción estereotipada de roles. Esto recuerda que hace mucho tiempo que Enfermería se encuentra atravesada por tensiones ligadas a la subordinación y a la falta de prestigio laboral y profesional/disciplinar, tramas ancladas en condicionantes socioculturales preexistentes construidas a partir de prácticas y políticas, discursos y modelos de organización que identificaron la ocupación con roles domésticos y de cuidado, atribuidos como propios al sexo femenino (Martín, 2015, citado en Johnson et al., 2022).

En lo que refiere a la segregación ocupacional se encuentran algunos aspectos de diferenciación al interior como ser la interpretación desde la segregación horizontal y la que corresponde a una segregación vertical. Cuando se refiere a segregación horizontal se hace alusión a la distribución entre sectores de la actividad, como la que se puede encontrar en la ocupación altamente feminizada de Enfermería por su relación con la actividad de cuidados. En cambio, la segregación vertical, alude a la distribución entre posiciones jerárquicas dentro

de un mismo sector, es decir, por ejemplo la concentración feminizada de Enfermería en niveles inferiores y en niveles superiores de un mismo sector de actividad encontrar a varones en puestos jerárquicos, por ejemplo en jefaturas de centros de salud.

Otro tipo de segregación desde una perspectiva de género es la discriminación salarial, situación que se presenta con las mismas calificaciones pero con diferente identidad de género se diferencia la valoración y remuneración de su trabajo. Es decir, no se respeta el principio de “a igual trabajo, igual salario”, situación que puede deberse según los aportes de Wainerman (1996), se puede fundamentar en la creencia que el salario de las mujeres es complementario al de los “maridos” y por lo tanto ellas pueden aceptar una remuneración menor. Investigaciones como esta pueden mostrar que la representación de la labor en términos simbólicos tiene un impacto en sus valores de mercado y quienes realizan tareas de mayor cuidado y menos reconocido en profesionalidad presentan menor salario, esto se desarrolla en el siguiente punto.

### **3.1.3 El modelo de atención en salud y las labores de cuidado.**

Desde el análisis de múltiples investigaciones de carácter cualitativas sobre las condiciones laborales de Enfermería se entrecruzan múltiples factores incluyendo el modelo de atención que organiza la fuerza de trabajo en el campo de la salud y la infravaloración de las labores de cuidado. En base a estas investigaciones, es posible categorizar parte de las condiciones laborales que son afectadas por cuestiones de género. Estas categorías serían: organización del sistema de salud y sus modelos de atención; la organización del sistema de formación de la disciplina; la organización social de los cuidados y el recorrido de investigaciones específicas de condiciones laborales de EC.

Dentro de la *organización del sistema de salud*, se pueden encontrar algunas dimensiones que contribuyen a la fragmentación y desfavorece la labor de Enfermería: en términos de regulación, en términos de contratación y en términos de representación gremial.

En cuanto a la fragmentación en *términos de regulación*, se recupera lo desarrollado ampliamente en párrafos previos, en este caso con nuevos fundamentos y bajo otra "lupa". Siguiendo a Pereyra y Esquivel (2017), el sistema de salud argentino se trata de un sistema fuertemente fragmentado que ya desde la década del '40 se presenta estratificado en tres capas: el subsector público, el subsector de la “seguridad social” y el subsector privado. En efecto, para el personal de salud, esto influyó en una cartera muy heterogénea de contratación. Así, estos procesos tendieron al deterioro de los servicios públicos y al crecimiento de los privados en un marco crecientemente excluyente, que no ha sido revertido

en los últimos años, las formas de contratación se tornaron cada vez más flexibles y precarizadas. Por otro lado, en general los magros ingresos experimentaron una profunda dispersión según la jurisdicción de pertenencia, en el caso del subsector público, se encuentran salarios por debajo de la canasta básica, en cambio, en la escala de las empresas, en el subsector privado se diferencian los mismos alentando a que el personal de salud aspire a estos espacios de trabajo (Pereyra y Micha, 2015; Tobar, Olaviaga y Solano, 2012 citado en Pereyra y Esquivel, 2017).

En suma, como afirman Novick y Galin, (2003), las reformas estructurales en el sector tuvieron repercusiones en la gestión de los recursos humanos y en las condiciones contractuales del personal. Al calor de las exigencias de calidad, productividad y reducción de costos, se extendieron diversas formas de flexibilización y contratación precarias, se aumentó la intensidad laboral fruto de la reducción del personal y, debido a las bajas remuneraciones, numerosos trabajadores/as, en especial Enfermería comenzaron a realizar horas extras o a contar con más de un empleo (Citado en Beliera y Malleville, 2020).

*En términos de contratación*, siguiendo esta línea, se identifica que la heterogeneidad de convenios de trabajo no favorece a Enfermería. Tal es así que en el PNA del municipio que se realizó el estudio, Enfermería es el grupo profesional con mayor carga horaria (40 hs semanales), con una gran carga de tareas que cubren la mayoría de servicios de los centros de salud pero presenta un salario tres veces menor que el de personal de medicina con especialidad. En este sentido, se pudo observar que las categorías que presentan en el convenio colectivo de trabajo para organizar el recurso humano en salud no favorece a Enfermería. Hay al menos 8 categorías diferentes que incluye a Enfermería, donde la más baja es la de menor número e integra a auxiliares de Enfermería con tareas mínimas, luego va escalando, pero su techo llega en “profesionales de Enfermería avanzados”, quedando dos posiciones más abajo de la categoría máxima que dan que es para “médicos avanzados”. No hay categoría para licenciaturas de Enfermería ni para personal con especialización. Es decir que a per sé no podría Enfermería reconocerse en igualdad de tareas y formación ya que no se encuentra incluida en las categorías profesionales de posgrado o formación avanzada de la contratación municipal.

A este análisis, resulta interesante nombrar un antecedente jurídico “el caso Fernandez” que dió discusión para Enfermería sobre la interpretación del artículo 14 bis de la Constitución Nacional que consagra el principio de *“igual remuneración por igual tarea”* Tratado por la Corte Suprema de Justicia, el Fallo de 1988 deja en materia la afirmación que además de los motivos de desigualdades laborales sobre discriminaciones de sexo, etnia u

otro condicionante sociocultural quedan incluidos los motivos de bien común, como las de comprobación de mayor eficacia, laboriosidad y contracción al trabajo debe estar en una expresión de remuneración justa. Aquí se reforzó además, que el principio constitucional de igual remuneración por igual tarea ha sido establecido en consonancia con preceptos consagrados universalmente desde la creación de la Organización Internacional del Trabajo en 1919, el convenio número 100 de la Organización Internacional del Trabajo del año 1951 sobre igualdad de remuneración, en su artículo tercero, dispuso que se deberían adoptar medidas para promover la evaluación objetiva del empleo, tomando como base los trabajos que éste entrañe, y que las diferencias que resulten de dicha evaluación objetiva no podrán considerarse contrarias al principio de igualdad. Si bien originariamente dirigido a la regulación de la mano de obra masculina y femenina, el principio de igualdad de remuneración por un trabajo de igual valor corresponde, actualmente, al criterio más amplio de la equidad en los métodos de fijación de los salarios, al que no es ajeno el concepto de que las diferencias deben fundarse en circunstancias objetivas y demostrables de calificaciones y aptitudes (Corte Suprema de Justicia, Fernández c/ Sanatorio Güemes S.A).

Siguiendo este antecedente, puede afirmarse la necesidad de revisión que requieren las contrataciones del personal de Enfermería para arribar en una reparación histórica necesaria sobre la valoración de sus labores. Dado que los trabajos que requieran igual habilidad o capacitación, esfuerzo y responsabilidad, y son desempeñados bajo similares condiciones de trabajo, deben ser pagados igual sin perjuicio de la demostración de que las diferencias, de existir, se justifiquen en una de esas circunstancias, mediante premios al mérito basados en sistemas de evaluación que los aprecien por razones distintas a las prohibidas por la ley. En este sentido, se viene demostrando y en este trabajo queda descrito que la profesión consiste en una formación de al menos 5 años cuando se habla de licenciatura, y con profesionales especialistas que tienen al menos tres años más de formación intensiva. Sin contar con todo lo que incluye la formación permanente en salud.

Por otro lado, en *términos de fragmentación* de las representaciones gremiales, la misma justamente se encuentra para Enfermería bajo un entramado complejo de múltiples organizaciones. En efecto, su posicionamiento relativamente más débil aparece estrechamente relacionado con la escisión fundante que se produce en el sector salud entre el personal “profesional” (fundamentalmente medicina) y “no profesional” (que abarca, entre otras ocupaciones, a la mayoría de Enfermería). Más allá de los matices, cuando desde Enfermería llevan sus planteos relativos a la ocupación y al funcionamiento del sector en general lo hacen, o bien en el marco de gremios de trabajadores estatales en general, o bien junto a un

heterogéneo conjunto de personal de la salud de menor jerarquía, que van desde distintos tipos de personal técnicos hasta personal administrativo.

Teniendo en cuenta estos tres términos desarrollados, es importante mencionar que las condiciones laborales han de estar esperando políticas concretas para la mejora y reconocimiento de la profesión de cuidados. Como antecedente se encuentra el Convenio 149 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), realizado en 1977 y rectificado en varias oportunidades, allí se reconoce el papel crucial que desempeña el personal de Enfermería y otras categorías de trabajadores de la salud en beneficio de la salud y el bienestar de la población. Establece normas laborales mínimas que hacen hincapié en las particulares condiciones en que se realiza la atención de Enfermería, tales como mejoramiento en su formación, la participación activa de la profesión en la planificación de servicios, se mejora en términos contractuales y de seguridad social, entre otros. Este convenio a la luz de la identificación del escaso personal de Enfermería a nivel global pretendió comprometer a los gobiernos y las políticas locales como empleador de personal de Enfermería, debería desempeñar un papel particularmente activo en el mejoramiento de las condiciones de empleo y de trabajo del personal de Enfermería. A pesar de este antecedente, vale aclarar que hasta el momento la Argentina no ha ratificado dicho convenio sólo se han encontrado algunas iniciativas desde el 2020 de proyectos ley para dar cumplimiento a lo establecido por la OIT. Un ejemplo de lo antedicho se encuentra en el fundamento del proyecto ley presentado bajo el expediente n° 0317-D-2022 retomando el presentado bajo el expediente n° 4862-D-2020, refiere:

En estos tiempos tan aciagos provocados por la pandemia por COVID-19, es preciso que nuestro país otorgue un reconocimiento amplio y efectivo al personal de Enfermería, ratificado este convenio que contempla una serie de disposiciones que permiten abordar muchos de los problemas con los que se enfrentan los enfermeros y las enfermeras de nuestro país. Se trata, especialmente, de establecer normas de trabajo decente, elevando el perfil profesional y el peso político del personal de Enfermería, proporcionando incentivos a estos profesionales para que sigan desempeñando sus funciones. (Exp. n° 0317, 2022)

Por último, y con mucha relevancia para este estudio, se hace referencia a *los modelos de atención* que estructuran las prácticas en salud. Partiendo de considerar al Sistema de Salud que 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 este sentido en el ámbito de actuación médica, se destaca la labor del antropólogo Menendez (1988) con lo que ha denominado Modelo Médico Hegemónico. Este fue caracterizado por el autor, como el conjunto de prácticas, saberes y teorías con concepción de la salud de tipo biologicista, clínica e individual. Generando una medicalización de los procesos, práctica "tecnologizada" y una cultura medicocentrista. El estudio realizado por este autor, muestra que la hegemonía de un modo de entender la medicina, la salud y la enfermedad, implicaba 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, en este caso, afectando a Enfermería de manera directa. En este sentido, es que el Sistema de Salud funciona como reproductor de dichas desigualdades, en la medida que sostiene y refuerza la construcción diferencial de roles de género en la incorporación de las mujeres en tanto trabajadoras (Duré y Cosacov, 2009).

Siguiendo con Astelarra (2002) al respecto plantea, que el ámbito de la política siempre ha sido por excelencia el lugar de lo público. Esto según la autora, ha tenido impacto en las sociedades democráticas, dado que ha excluido a las mujeres, pero también a los proyectos sociales que se derivan de las actividades privadas, generando así, "Voces públicas y silencios privados" (p.5). Además, la autora afirma que el acceso que ha generado el Estado de Bienestar a puestos laborales no fue hecho en condiciones de igualdad. Los puestos de trabajo en el sector de servicios sociales tienen mucho menos valor tanto laboral como salarial para las mujeres. Esta afirmación puede verse reflejada en el recorrido histórico de inclusión a la profesionalidad que ha tenido Enfermería con las políticas públicas implementadas en el marco de un modelo de salud que opera bajo una estructura hegemónica y patriarcal.

Por otro lado, se moldean otros modelos integrales para abordar y acompañar los cuidados profesionales en salud con la posibilidad de romper con características de biopoder que genera las prácticas del MMH y que sin duda posibilitan otra integración en las condiciones laborales. Esto se puede observar desde la experiencia en el PNA, donde el vínculo intersectorial es parte de la estrategia de trabajo de muchos equipos interdisciplinarios o intradisciplinarios que sostienen, planifican y colocan sus compromisos por fuera de los muros de un consultorio. Bajo programas y estrategias políticas ya nombradas se plantea que en el PNA se realicen actividades de prevención, promoción y educación para la salud que viene a romper con las lógicas de trabajo asistencialistas, centradas en la enfermedad o en el individualismo que genera el MMH. Los contratos de

trabajo según la jurisdicciones a veces especifican qué carga horaria deben tener las labores realizadas, por ejemplo en la Ciudad de Buenos Aires se detalla que se debe realizar una cierta cantidad de horas (entre 60 y 80%) de asistencia y el resto de horas se le puede dedicar a “actividades comunitarias”. En el municipio que se realizó este estudio no se especifica en los contratos laborales la distribución de horas para las actividades, esto puede generar mayor autonomía en la distribución de las tareas o un obstáculo en términos de interpretación de los modelos de atención al no incluir la perspectiva comunitaria. A su vez, se identifica que existen en los espacios laborales del PNA diversas interpretaciones de lo “comunitario” en la labor. Por nombrar alguna, hay quienes registran las actividades comunitarias como espacios “grupales” que incluya un intercambio de varias personas y haciendo algo diferente a la práctica individual de la asistencia en un consultorio. Puede que se encuentre quienes interpretan que la actividad comunitaria es cubrir atención en salud en la salita del barrio, allí cerca de la comunidad y hay quienes salen a recorrer el barrio armando equipos de salud plurales que no incluye solo personas con carreras en la universidad. De este último modelo, es donde se identifica que Enfermería tiene un gran valor de gestión y organización. Es por acá, que se piensa que también los modelos de atención en salud le dan significancias a las condiciones laborales en términos de reconocimiento.

Dentro de la *organización del sistema de formación*, cómo se ha descrito anteriormente, presenta larga data en la historia, desde la conformación de una tarea encasillada como extensión de cuidados domésticos a la de profesionalización en el sector público. Como afirman Wainerman y Binstock (1992) la feminización de la Enfermería se construyó a través de argumentos sexistas que asignan rasgos femeninos a la ocupación: “La Enfermería en la Ciudad de Buenos Aires no nació sino que se constituyó como femenina, entre 1912 y 1916. Su actual marca genérica no es, por ende, natural; obedece a representaciones culturales y a necesidades sociales” (p.284).

Las escuelas creadas a partir de entonces tuvieron la misma particularidad, en las décadas del ‘40 y ‘50, durante el gobierno de J. D. Perón, la evaluación del estado de situación respecto de la Enfermería junto con la ampliación Hospitalaria, da inicio a programas más contundentes respecto de la profesionalización en sanidad. Así, se crearon escuelas de Enfermería como la de Fundación Eva Perón (FEP), que por un lado se presentó como una oferta a la entrada en el mercado laboral ofreciendo un perfil de reconocimiento social para las mujeres y sobre todo para quienes vivían en contextos rurales o en situaciones de vulnerabilidad, a quienes se destinaban programas específicos de internado y cobertura.

Por el otro, sin embargo, se mantuvo el legado de formación solo para mujeres, a lo que se continuó profundizando la feminización de la profesión.

En la década de 1960, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) impulsó la organización de los Congresos Argentinos de Enfermería, producto de los cuales se implementó reformas en los planes de estudio. Asimismo, la formación de Enfermería se vio influida por los organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Poco a poco, se fue excluyendo la exclusividad por sexo en la formación de Enfermería, aunque el proceso de feminización de la profesión ya estaba instaurado.

En este proceso, Faccia (2015) marca como punto de inflexión la creación de la Licenciatura en Enfermería, y la promulgación de la Ley Nacional N° 24.004 sancionada en 1991, que reconoció a la profesión como autónoma: “La ley impulsó la profesionalización de la Enfermería y puso por escrito algo que en la práctica era muy difícil de cumplir: dejar de ser considerada como colaboradora del médico u odontólogo” (p. 322).

En primer lugar, por razones históricas relativas a la propia conformación de la Enfermería, esta se desarrolló como una práctica subordinada a la medicina —primero como un oficio empírico y luego profesionalizado—. El proceso de profesionalización de la Enfermería no fue lineal ni armónico, e implicó luchas por el reconocimiento del estatus profesional (Faccia, 2015) que generó diversas resistencias de otros grupos de trabajadores, fundamentalmente de los médicos (Ramacciotti y Valobra, 2017; Wainerman y Binstock, 1992). El hecho de que en un comienzo la Enfermería haya sido una práctica de personas formadas empíricamente en los hospitales, se modificó a partir de las décadas del 40 y el 50 en nuestro país, cuando se promovieron procesos de formación a cargo del Estado para el personal auxiliar de Enfermería (Ramacciotti y Valobra, 2017).

El ingreso al sistema universitario, acontecido en los 60, constituyó un salto cualitativo en la formación de Enfermería, puesto que se crearon tres niveles de ejercicio (auxiliares, técnicos, profesionales). A partir de la década del noventa se impulsó un plan nacional de profesionalización en la búsqueda por reconvertir al personal “empírico” y también auxiliar en profesional, y en 1991 se sancionó la Ley Nacional N°24.004 de Ejercicio de la Enfermería donde se reconoció a la profesión como autónoma y se definieron dos niveles: el auxiliar y el profesional. De esta forma se prohibió el ejercicio a quienes no estuvieran comprendidas en dichas categorías. Finalmente, en el año 2015, como se nombró anteriormente el Ministerio de Salud, dejó de otorgar matrículas nacionales a las/os auxiliares.

Sin duda, en este breve repaso por la conformación disciplinar se vislumbra que la misma también está supeditada a una cualidad de subordinación y a las sombras de forma continua de un saber mejor calificado como el de medicina.

En cuanto a la implicación de la *organización social de los cuidados*, cuando se habla de invisibilidad de la labor en relación al reconocimiento de la producción de Enfermería desde una profesión y labor no se puede desconocer su asociación directa con la organización social que presentan ciertas actividades, como los cuidados. En este caso, los cuidados son parte constitutiva de la Enfermería, forman parte de su objeto de estudio, de su construcción en términos científicos.

Para desarrollar al respecto, se parte en principio de reconocer que el concepto de cuidados no es unívoco, tal como afirman Rico y Pautassi (2022), si no que en América Latina y el mundo, hay innumerables estudios que abordan uno o varios aspectos empíricos relacionados con las actividades de cuidado, ya sea en los hogares o en el espacio público, remunerado o no remunerado, directo o indirecto, otorgado por distintos agentes, o según los grupos receptores, entre otras alternativas. A pesar de la diversidad de miradas, es posible afirmar que, en los últimos años, los estudios en torno al cuidado adquirieron una fisonomía propia y está relacionado a entender a los cuidados como la constituyente a la reproducción social, al bienestar de la población, la economía de los países, el ejercicio de la ciudadanía y fundamentalmente a la sostenibilidad de la vida. En el ámbito público, el cuidado puede realizarse y proveerse de manera formal por medio de instituciones ya sean estatales, de mercado o de la sociedad civil.

Tan imprescindible e importante, que los cuidados forman parte de sostener la matriz de cualquier sistema económico, social y productivo, pero sin embargo, son las acciones menos reconocidas como tal. Siglos enteros asociando el rol de cuidados a cualidades innatas de mujeres, madres y abuelas, de tal forma que no se puede desconocer el componente patriarcal que estructura estas actividades. En consecuencia, el cuidado entonces se produce en un sistema social definido culturalmente bajo relaciones de poder donde el principal componente de la desigualdad es la injusta división sexual del trabajo.

Por otra parte, se ha estudiado esta categoría llegando a entenderse, como lo afirman Rico y Pautassi, que la organización social del cuidado (OSC) da cuenta de la manera en que interrelacionadamente las familias, el Estado, el mercado y las organizaciones comunitarias, producen y distribuyen cuidado (Hipertexto PRIGEPP Cuidados, 2022, 2.1).

Tradicionalmente las esferas de provisión de bienestar estuvieron centradas en Estado, Mercado y Familias y recién en los últimos años se integra la cuarta esfera del ámbito

comunitario, definiéndolo como el “diamante de bienestar” (Razavi, 2007). Esta estructura de cuatro agentes brinda la posibilidad de interconectar sus roles y estudiar cómo se configura cada esfera en los territorios.

Como se afirmó, en el caso de la profesión de Enfermería, entonces, sus cuidados están estructurados desde lo profesional. Son cuidados que requieren saberes específicos de distintos aspectos que atraviesan el proceso de salud- enfermedad-atención, requiere entrenamiento y horas de dedicación en formación. Por lo que, dentro de las categorías propuestas por el seminario de cuidados, encontramos que Enfermería realiza *cuidados formales, remunerados y dentro de distintas instituciones que lo representan*.

En 2020, con la declaración de la crisis sanitaria por covid las recomendaciones de los organismos de protección de derechos humanos avanzaron. La consideración del cuidado como derecho humano, es un resultado de varios años y frentes de lucha. Reconocerlo pone en foco tener que garantizar y asumir obligaciones que deben ser cumplidas a través de políticas públicas con presupuestos regulares e implementados con enfoque de género.

En consecuencia, para el análisis de provisión de cuidados que realiza esta profesión aquí estudiada, es importante considerar que la misma está inserta en un proceso cuya función social y política está definida culturalmente, específicamente en relaciones de poder donde se producen y reproducen múltiples asimetrías entre quienes cuidan y las personas que son cuidadas, todo ello con base en patrones determinados por el orden patriarcal dominante.

Por último, *en cuanto a investigaciones específicas de condiciones laborales de EC*, con estrategia metodológica cualitativa, que construyen la importancia del trabajo autónomo de Enfermería en el área de APS, se halló por un lado, la realizada por Orlando (2015) la cuál buscó indagar sobre el ejercicio de la Enfermería en Centros de Salud de APS. Presentando como conclusiones que para el desarrollo autónomo de Enfermería el lugar de “colaboración” que se le asigna conforma un obstáculo e iría en detrimento de este.

A su vez, una investigación realizada en la Provincia de Córdoba, por Johnson et al. (2022), revelaron que desde la experiencia de los servicios de APS durante la pandemia se relatan estrategias de atención territorial que para Enfermería permitieron reconocer cierta revalorización de la profesión. En suma, recientemente ha sido publicada una investigación que indaga sobre la conformación profesional de EC en Argentina, por Pochintesta et al. (2022) , donde se advierte también que en las condiciones laborales de Enfermería la autonomía de la profesión juega un rol clave en relación con la profesionalización de esta especialidad.

Por tanto, dentro de todas estas características aquí nombradas, tales como el pluriempleo, la precarización laboral, la heterogeneidad normativa tanto de contratación como de formación, la fragmentación de la representación sindical y la desvalorización de la ocupación vinculada al componente de cuidado actúan como determinantes y condicionantes de la configuración laboral de la Enfermería.

### **3.2 La construcción de la identidad profesional y la autonomía de Enfermería**

Asimismo para el análisis de la autonomía profesional en las condiciones laborales de Enfermería resulta necesario tener en cuenta la construcción de su identidad y lo que se define en el entrecruzamiento de la valorización simbólica y política. Como dicen Esquivel y Pereyra (2017), esto ha acompañado a Enfermería en todo su desarrollo profesional, donde su lugar de subordinación y la realización de cuidados asociada a actividades innatas de mujeres ha dado paso a que sea un servicio que opere bajo desigualdades laborales por motivos de género. Entonces, hablar del concepto autonomía con respecto a Enfermería es recordar la crisis de identidad que a nivel mundial vive la profesión, la cual obliga a delimitar su campo de acción en el trabajo independiente, cuya debilidad mayor está en la realización de actividades bajo la dependencia médica y tareas externas a las propias del rol (Camargo y Caro, 2010).

Cuando hablamos de *autonomía en Enfermería* vamos a tomar también las líneas de Tapp et al. (2005) que han identificado a esta categoría como un indicador de la profesionalización de la disciplina, aquí tomada como una variable importante que afecta la percepción de Enfermería en relación con su satisfacción en el trabajo, su práctica profesional, su relación con otros profesionales de la salud y la calidad del cuidado de Enfermería. A su vez, es el mismo marco normativo, la Ley Nacional de Enfermería n° 24.004 (1991), que reconoce a la profesión como autónoma e impulsó la profesionalización de la disciplina explicitando que la misma debe dejar de ser considerada como una actividad colaborativa del médico u odontólogo.

En el marco de las CYMAT, puntualmente en lo que respecta a los factores psicosociales, la autonomía resulta de indicador que permite identificar la posibilidad de la persona trabajadora para gestionar distintos aspectos de su trabajo dentro de la organización. La autonomía y el control tienen una relación directa con la libertad para el ejercicio del trabajo. En esto, se encuentra promovido por la Superintendencia de Riesgos del Trabajo del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social (2022) al menos dos tipos de autonomías:

- La autonomía temporal: se refiere a la posibilidad que la persona trabajadora dispone para tomar decisiones, tanto sobre la organización de la carga de trabajo, como sobre la distribución, en tiempo, por ejemplo, de tiempos libres y descanso. Nuevamente el tiempo del trabajo aparece como un factor relevante y transversal al resto de los factores.

- La autonomía decisional: se refiere a la posibilidad que tiene la persona trabajadora para decidir sobre las tareas a realizar, su distribución, elección de procedimientos, herramientas y materiales. Se toman en este trabajo estas dos definiciones para organizar el análisis de lo que ocurre en Enfermería en el municipio donde se hizo el estudio y generar algún resultado al respecto.

Para eso, también el contexto de trabajo fue elegido con intención de visibilizar la potencialidad que pueden tener otros modelos de atención en salud que se diferencian de los hegemónicos. Como afirman Camargo y Caro (2010) el concepto de autonomía vinculado con la APS se relaciona con el reconocimiento de la capacidad de usar el saber de Enfermería efectiva y creativamente como elemento fundamental para superar la duda de ser profesional, dar un cuidado con indicadores de excelencia y dar visibilidad a los resultados de su trabajo apoyado en fuertes pilares como las leyes de Enfermería. Estas autoras, destacan el surgimiento de la autonomía de la Enfermería en las consultas de atención primaria, centrándose en la progresión de la profesión hacia la independencia. Promoviendo que las mismas sean basadas en el conocimiento y el pensamiento crítico. Explorar el concepto de autonomía de la Enfermería en los entornos de APS es crucial para adaptarse a las políticas y prácticas de salud en evolución. La narrativa enfatiza el papel de la Enfermería en la prestación de cuidados esenciales en todos los niveles, pero sin duda, el espacio que se constituye como *consulta de Enfermería* en el PNA desempeña un papel fundamental en la promoción de la autonomía y la innovación dentro de la profesión. Al ofrecer una atención integral adaptada a las necesidades individuales, es un espacio profesional autónomo donde se pueden mejorar los resultados de salud y la satisfacción de la persona usuaria. Pero por sobre todo, termina siendo un espacio de consulta donde el profesional de Enfermería se ve en la situación de tomar decisiones de manera independiente.

## TERCERA PARTE

### Capítulo 4. APS y el subsector público de salud

#### 4.1 Organización laboral de Enfermería.

##### *Del Subsector Público de Salud desde nivel Nacional al Municipal.*

Para analizar las características laborales de Enfermería bajo el enfoque de los indicadores: sobre el reconocimiento simbólico de la tarea y la autonomía profesional, es necesario repasar cómo se encuentra conformado este campo disciplinar. Para ello, en base a varios estudios estadísticos, sumado al relevamiento de esta investigación se opta por desarrollar dos ejes que hacen a su configuración en el ámbito laboral comenzando desde el nivel Nacional y culminando con el nivel Municipal donde se realizó el estudio.

##### *Primer eje. Dotación de Enfermería por niveles formativos.*

**Tabla 2.**

##### *Fuerza laboral de Enfermería a nivel nacional, año 2020.*

<b>Profesión</b>	<b>Año 2013</b>	<b>Representa del total (2013)</b>	<b>Año 2020</b>	<b>Representa del total (2020)</b>	<b>Diferencia %</b>
Enfermería Auxiliar	Cantidad 86.073	48,1%	Cantidad 70.371	29,4%	-18,7%
Enfermería Técnica	Cantidad 73.373	40,9%	Cantidad 126.662	52,9%	+12%
Enfermería Licenciada	Cantidad 19.729	11%	Cantidad 42.389	17,7%	+6,7%
<b>TOTAL</b>	<b>179.175</b>	<b>100%</b>	<b>239.422</b>	<b>100%</b>	<b>33,6%</b>

**Nota.** Elaboración propia en base a los datos publicados por OFERHUS y OFETHUS tomados de la REFEPS (2020).

En Argentina se cuenta con la Red Federal de Registro de Profesionales de la Salud (REFEPS), donde lo que respecta al análisis de Enfermería en los últimos datos publicados y analizados son por un lado del año 2019 por Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud (OFERHUS) y en el año 2020 actualizado por OFETHUS. Actualmente la Enfermería continúa conformándose por tres niveles formativos desde el punto de vista académico y regulatorio. Cómo se refleja en la Tabla 2 se compone para el año 2020 de 70.371 auxiliares de Enfermería, 126.662 técnicas/os de Enfermería y 42.389 Licenciadas/os de Enfermería.

Siendo el personal de nivel técnico de estudio quién predomina en la configuración del cuerpo disciplinar desde el punto de vista nacional. Esto, a su vez, está analizado en comparativa con lo registrado para el año 2013, donde puede verse que hubo un crecimiento cualitativo en términos de niveles de estudio, donde se ha incrementado el número de Enfermería con formación profesional, en detrimento de quienes presentan formación de auxiliares, lo cual constituye un avance en términos de la calidad de la atención. Estos cambios se relacionan con las políticas de formación anteriormente mencionadas.

A nivel provincial, el Informe del Observatorio de Fuerza Laboral de Enfermería y Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo realizado en 2021, refleja a partir los datos remitidos por 69 instituciones, representando el 75% del total de instituciones asistenciales dependientes del Ministerio provincial de Salud, la distribución de Enfermería según nivel de formación: Correspondiendo el 14 % a Auxiliares de Enfermería (1779), 66 % a Enfermeros/as (8720), 19 % a Licenciados/as (2337).

A esto último, si tomamos lo relevado por la REFEPS sin distinguir subsector de salud, se registra en Buenos Aires un total de 30554 auxiliares (33,5%), 43780 (48%) profesionales nivel técnico y 16875 (18,5%) en situación de licenciatura. Si se desagregan los Licenciados/as con Especializaciones representan sólo el 1 %. Lo que resulta que en comparación con la distribución nacional, se asemeja ya que la mayoría de la dotación es Enfermería técnico profesional y se distingue en cuanto a que hay más licenciadas/os que auxiliares en la provincia.

Como también, comparados estos datos, el análisis refleja que en la Provincia de Buenos Aires hay un 58% de todo el personal de Enfermería del país. Cabe destacar que no se han encontrado datos específicos de la distribución de Enfermería por nivel de atención ni en Provincia de Buenos Aires, ni en el nivel nacional.

En cuanto a cómo se compone la fuerza laboral en el PNA donde se realiza el estudio en relación a la distribución de profesionales, para diciembre de 2023, nos encontramos que Enfermería representa el 15.5% de todo el personal profesional. Se compone de un total de 88 profesionales para fines del 2023.

**Tabla 3.***Fuerza laboral de Enfermería a nivel municipal, año 2023 en relación al año 2015.*

<b>Profesión</b>	<b>Cantidad total (2015)</b>	<b>Representa del total (2015)</b>	<b>Cantidad total (2023)</b>	<b>Representa del total (2023)</b>	<b>Diferencia %*</b>
Enfermería Auxiliar	33	45,2%	19	21,59%	-23,6%
Enfermería Técnica	34	46,6%	39	44,32%	-2,3%
Enfermería Licenciada	6	8,2%	30	34,09%	+25,8%
<b>TOTAL</b>	<b>73</b>	<b>100%</b>	<b>88</b>	<b>100%</b>	<b>21%</b>

**Nota.** Elaboración propia en base a los datos relevados en el municipio. \*La comparativa es con datos disponibles de informes del municipio 2015.

Análisis local: dentro de este colectivo según nivel formativo el 44,32% presenta nivel técnico profesional, el 34,09% presenta la licenciatura y sólo el 21,59% es auxiliar (ver Tabla 3). Si se suman los cargos en gestión, se cuenta sólo con 2 profesionales con residencia en salud finalizada. *Con estos datos se concluye que el municipio analizado cuenta con mayor cantidad de profesionales con licenciatura que el promedio de la nación y Provincia de Buenos Aires.*

Para analizar en perspectiva de las transformaciones que se dieron en el PNA del municipio, se recupera que en el informe del año 2015 de la secretaría de salud Enfermería representa el 14,7% de todo el recurso humano relevado. Esto considerando tanto auxiliares como profesionales de Enfermería, donde desagregado del total de 73 profesionales que había en ese entonces, el 54,8% presentaba nivel técnico profesional y el 45,2% era auxiliar de Enfermería. Se destaca que para ese año no se contaba con el antecedente en ese informe de licenciados/as en Enfermería dentro del personal relevado, es decir, les incluyeron en la categoría “profesional”. Pero en la matriz de Enfermería interna se revela que para el año 2015 sólo había 6 Licenciadas en Enfermería en todo el PNA. Aquí se destacan al menos dos resultados de crecimiento, uno con respecto a la FTE según formación y otro en cuanto a su relación con la FTM. En el primero, se refleja un crecimiento formativo donde creció la cantidad de profesionales con licenciatura y decreció quienes tenían nivel de auxiliar (ver Tabla 3).

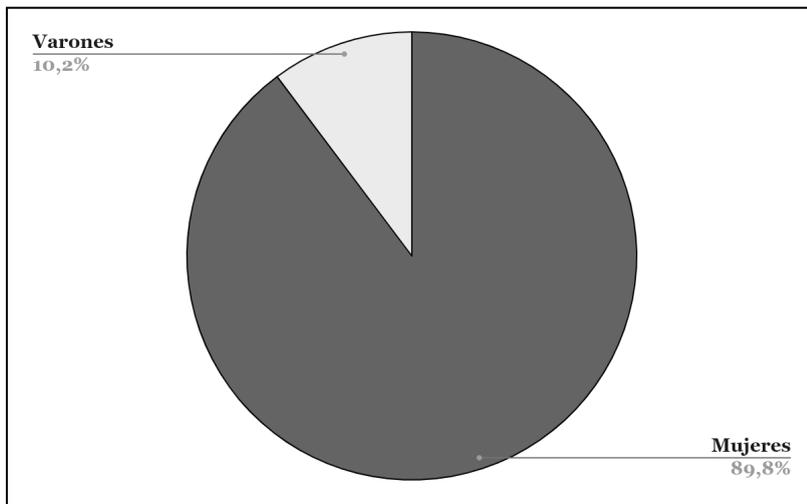
Si se analiza la Fuerza de Trabajo de Enfermería (FTE) en comparación con la Fuerza de Trabajo de Medicina (FTM), se encuentra que a nivel nacional se compone de 0.90 E por M, es decir, hay 0,90 profesionales de Enfermería por cada 1 de Medicina y a nivel de región pampeana 0.83 E por M, esto sin contar el personal auxiliar (OFETHUS, 2020). Esta comparación presenta relevancia existiendo recomendaciones internacionales que ha realizado la OMS y OPS al respecto, de al menos contar con 1 E por M. El análisis local realizado arroja por lo tanto que se presenta un relación inferior a la recomendada de 0.50 FTE por cada 1 FTM. Por otro lado, en relación a la FTE analizado en comparación con la FTM, el crecimiento de Enfermería fue de 0.1, ya que para el año 2015 había una relación de 0.40 FTE por cada 1 FTM. Estos datos reflejan un crecimiento cualitativo tanto en la formación de Enfermería como en la cantidad de profesionales.

***Segundo eje. Composición en relación sexo-género y grupo etario:***

A nivel global, el análisis de la feminización de Enfermería se presenta en el último informe realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), con 191 países participantes, donde arroja que es el grupo ocupacional más numeroso del sector de la salud. Dado que, representa aproximadamente el 59 % de las profesiones sanitarias. Asimismo, aproximadamente el 90% del personal de Enfermería son mujeres, pero muy pocos puestos directivos están ocupados por profesionales de la Enfermería o por mujeres (OMS, 2020).

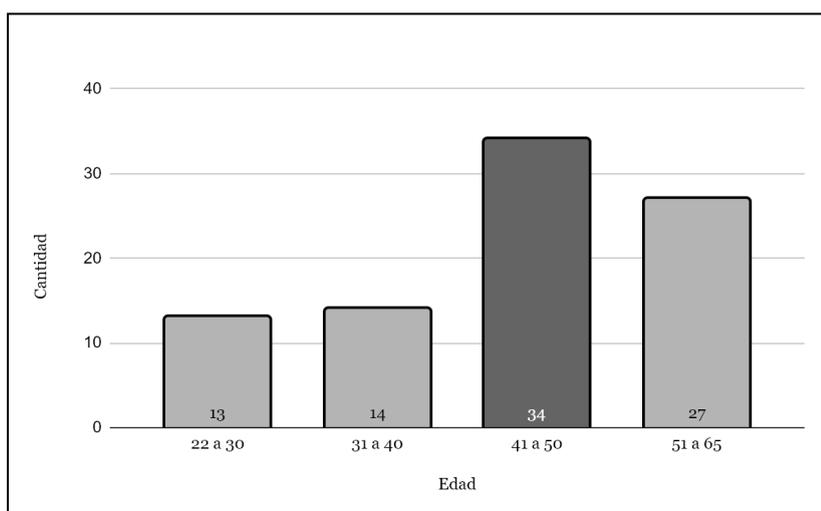
En cuanto a poner en datos la feminización de la fuerza laboral a nivel nacional en Argentina, desde OFETHUS se analiza la distribución por género, advirtiendo que no se cuenta con información sobre personal que se perciba de forma no binaria debido a que los datos cargados en la REFEPS se han tomado desde el parámetro varón/mujer. Bajo esto, se releva que el 80% de los profesionales de Enfermería a nivel nacional son mujeres. A su vez, de acuerdo a un estudio del Observatorio Sindical de la Salud Argentina (OSINSA) en el 2018, basado en la labor que se realiza tanto en ámbito público y privado de efectores del segundo nivel de atención, el 74 % de quienes trabajan en el área de Enfermería son mujeres.

En cuanto a la Provincia de Buenos Aires, el Informe del Observatorio de Fuerza Laboral de Enfermería y Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo, expresa que representan el 75% de instituciones asistenciales de la provincia y de estas, el 10% corresponde a APS, se relevó que de 10.832 profesionales, el 86. 5% es de género femenino (Álvarez et al., 2021)

**Figura 1.*****Distribución de Enfermería por sexo/género en el municipio, año 2023.***

**Nota.** Elaboración propia en base a la matriz año 2023 del recurso humano del municipio donde se realizó el estudio.

Análisis local: a nivel del municipio se releva que el 89,7 % de las profesionales de Enfermería son mujeres y sólo un 10,2 % son varones (ver Figura 1). *Con estos datos se concluye que este municipio cuenta con el personal de Enfermería con más índice de feminidad que el promedio de la Argentina y Provincia de Buenos Aires.*

**Figura 2.*****Distribución de Enfermería por grupo etario del municipio, año 2023.***

**Nota.** Elaboración propia en base a la matriz año 2023 del recurso humano del municipio donde se realizó el estudio.

Análisis: en cuanto a la distribución por grupo etario, siguiendo con el análisis del OFETHUS en 2020, en cuanto a la franja etaria del personal de Enfermería, a nivel nacional, con mayor porcentaje de licenciatura son las personas de 35 a 44 años de edad (14.240); con nivel técnico son las personas de hasta 34 años de edad (45.091) y con nivel auxiliar el mayor porcentaje se encuentra en el grupo de las personas mayores a 54 años de edad (23.353). En lo que respecta al municipio, el grupo etario más predominante es el de 41 a 50 años con nivel técnico profesional en su mayoría, seguido del personal de 51 a 65 años de edad con nivel técnico profesional y donde se encuentra el mayor porcentaje de auxiliares.

#### **4.1.1 Estrategia de APS en el Municipio donde se realizó el estudio.**

Como se mencionó anteriormente, en lo que respecta al sector público de salud, en la Provincia de Buenos Aires se encuentran divididas las áreas para la gestión intermedia, en “Regiones Sanitarias”. En lo que respecta al municipio, se encuentra dentro de la Región Sanitaria V ubicada en el Noroeste de la Provincia de Buenos Aires, Región que está conformada por trece municipios. Es la segunda Región Sanitaria de la Provincia con mayor densidad de población y crecimiento, la población total estimada por el INDEC para 2022 es de 3.561.342. El subsector estatal de salud cuenta con 9 hospitales provinciales, 42 hospitales municipales y más de 250 centros de salud distribuidos en los 13 municipios. A este último dato, se agrega que el municipio donde se realizó el estudio presenta cerca de un 10% de ese total de centros de salud del PNA.

Al respecto refiere Laura, Directora de Medicina Preventiva, médica generalista, se estima que el municipio *“cuenta con al menos más de 20 años de antecedentes en políticas sanitarias de APS”*.

Cuenta bajo su jurisdicción con diversos efectores sanitarios, el PNA se encuentra integrado actualmente por veintidós centros de salud, con uno especializado en salud mental y otro en nutrición. A su vez, estos efectores articulan con un segundo nivel de atención, donde se encuentran tres Hospitales de especialidad, un Centro de Zoonosis, tres Hospitales de Diagnóstico Inmediato y dos centros de rehabilitación. A su vez, en el territorio municipal se encuentra un hospital general de agudos de gestión provincial.

La configuración de la gestión sanitaria se encuentra comandada por la Secretaría de Salud del municipio, con dos direcciones principales, una de ellas, es la Dirección General de Medicina asistencial de quien depende la Coordinación de Enfermería, la cual gestiona y organiza bajo esta, el resto del personal de Enfermería que tiene funciones en el PNA.

También se integra por una Dirección General de Medicina Preventiva que tiene a cargo todos los programas de acciones preventivas y los protocolos de actuación en situaciones de exposición.

La figura de coordinación de Enfermería tiene al menos más de 15 años en el municipio. Se reconoce que en términos de recursos humanos y profesionalidad de la disciplina han prosperado con mejoras contrastables en los últimos 6 años. Uno de los antecedentes con los que se cuenta mediante el *informe de la subsecretaría de políticas sanitarias*, es que para el año 2015, para una población total estimada en el municipio de 420.000 personas, la estructura de recursos humanos se componía de la siguiente manera: PNA 20 Centros de salud. Presentando como Equipo básico de salud, definido por las autoridades de Política Sanitaria del municipio: Medicina General, Pediatría; Obstetricia; Odontología; Psicología; Trabajo Social; Agente Sanitario y Enfermería. A su vez, se suman otras especialidades que acompañan la Atención Primaria: Tocoginecología, Fonoaudiología, Traumatología, Psiquiatría, Estimulación Temprana (aunque las mismas no se encuentran en todos los Centros de salud, se trabaja en el sistema de referencia y contrarreferencia, a través de las interconsultas). Por otro lado, es oportuno destacar que dentro de los antecedentes de la configuración del colectivo de Enfermería y su caracterización no hay datos estadísticos informados, es decir, de manera formal sobre las prestaciones directas que realiza la profesión.

Al respecto de los datos actuales, para fines de 2023, el PNA se encuentra integrado por veintidós Centros de salud basados en la Atención Primaria, entre los cuales se incluyen un Centro de Salud Mental y un Centro de Apoyo a la Nutrición. Se realizan a su vez, actividades para la salud integral de la población, en todas sus franjas etarias, de forma itinerante por los barrios del municipio. Estos espacios del PNA articulan con los efectores del segundo nivel de atención: Hospital Materno Infantil, Hospital Odontológico, Hospital Oftalmológico, Centro para Adolescentes, Centro de Zoonosis, tres Hospitales de Diagnóstico Inmediato y dos Centros de Rehabilitación. A su vez, en el territorio municipal se encuentra un Hospital Provincial Zonal Gral. de Agudos. Los datos del 2023 dan cuenta que en comparativa en estos últimos 10 años el municipio presentó grandes crecimientos en las políticas sanitarias del PNA. Como afirma su Secretaría de Salud (2020) en otro de los informes relevados, se continúa planificando la cobertura en áreas programáticas contribuyendo así al propósito de la promoción de la salud, y garantizando la accesibilidad y equidad del sistema, descentralizando la determinación de las necesidades y demandas de las

distintas localidades del partido, teniendo conocimiento de las problemáticas del territorio específico que cada una posee.

#### **4.1.2 APS en tiempos de pandemia.**

Esta investigación se abocó a relevar las experiencias de profesionales de Enfermería del PNA durante el periodo 2020-2023. Este periodo está relacionado al antecedente socio histórico mundial de la pandemia COVID-19. Coincidiendo con (Freidin et al., 2021) este acontecimiento significó la ruptura de rutinas y formas habituales de división del trabajo en los establecimientos de salud y la refuncionalización de los espacios según las nuevas prioridades sanitarias. Se vieron afectadas modalidades habituales de trabajo, de comunicación e interacción entre trabajadores. Las lógicas institucionales de trabajo en el primer nivel de atención resultaron en gran parte trastocadas, en tanto constelaciones interrelacionadas de sujetos, prácticas y objetos (Hallet y Venstreca, 2006; Friedland, 2017 citado en Freidin et al., 2021).

Desde estos lineamientos teóricos, algunas investigaciones han arrojado aspectos negativos de este contexto, tales como la sobrecarga laboral, el aumento de estrés laboral por miedos y situaciones de riesgo para la salud, entre otros (Freidin et al., 2021). Desde esta línea, por supuesto no se pretende desconocer estos hallazgos que han sido parte de lo que tuvo que enfrentar la población mundial ante esta catástrofe epidemiológica y en particular el personal de salud. Aún así, tomando estas bases de la desconfiguración que implicó en términos de atención y lógicas institucionales, se propone pensar que implicó para la Enfermería comunitaria en función de su organización y participación autónoma en salud. De aquí surgen algunos aspectos que pueden considerarse contributivos a visibilizar la profesión y sus áreas de incumbencias.

### **Capítulo 5. Descubriendo la autonomía de Enfermería Comunitaria**

#### **5.1 Funciones de Enfermería comunitaria en el área de APS.**

Se pretende analizar las funciones en el área donde la APS se hace presente para interconectar las dimensiones laborales desde una perspectiva de género con la organización que se presenta en esta tipología de atención. Dado que se considera a luz de lo referido anteriormente, que es un espacio donde han permeado con mayor fuerza los modelos de atención integral de la salud y donde el MMH se expresa con menor intensidad.

En base a más de 20 visitas realizadas en los distintos centros de salud (Cubriendo un 60% del total- 13 centros de salud), se relevó que en el 100% de estos se encuentra en un espacio definido de vacunación que Enfermería gestiona.

A su vez, en cuanto a este espacio de labor profesional autónoma en el primer nivel de atención, se comprueba que ha sido el protagonista en tiempos de pandemia, al respecto José, entrevistado Licenciado en Enfermería de 44 años que trabaja en un centro de salud, comenta:

- *“lo más popular, a lo más, lo que tenía más demanda fue la vacunación...”*
- *“En los centros de vacunación yo solo atendí 440 personas en 8 horas...”*
- *“En las jornadas de vacunación hemos estado solos cubriendo sin médico en ellas...”*

Una vez disponible este material sanitario, las vacunas, que permite generar una cierta inmunidad para combatir las expresiones fisiopatológicas más graves en la salud, fue Enfermería la que posibilitó la reversión de los efectos de la pandemia por covid 19 aplicando las vacunas en un gran porcentaje de la comunidad.

Además, es importante aclarar que el acto de vacunación integra una serie de labores frecuentemente invisibilizadas, tales como el mantenimiento, control y cadena de frío de vacunas; formación y actualización del curso PAI; registro en diversas plataformas y planillas de la administración de vacunas; entre otras:

- *“No deja de ser fundamental y básico para la salud de la población del territorio que conlleva esto, viste, los registros en planillas, la carga .. en sistemas base de datos, etc”...(José, Licenciado en Enfermería)*

Siguiendo con el recorrido de las funciones actuales en un 40% de todos los centros de salud del área hay espacio de Enfermería definido como consultorio. De estos la mayoría presenta la definición física del espacio y en otros es simbólica pero presente en el discurso de Enfermería. Simbólica porque el consultorio no se presenta en términos de espacio físico a ocupar sino porque es el equipo de Enfermería quien lo define en un espacio destinado para otras tareas también.

Con respecto al otro 60% lo que sucede es que en gran mayoría no tienen el espacio físico definido y esto de alguna manera también impacta en el equipo de Enfermería, ya que no está construido como lugar laboral que tiene que ocupar la profesión. Al respecto en una de las entrevistas, Sonia, de 58 años, profesional de Enfermería de un centro de salud

comenta: *“acá solo tenemos vacunación con horarios definidos, porque este espacio es de demanda espontánea y de todo el equipo, no hay un consultorio de Enfermería en sí...”*

En términos de construcción simbólica de un espacio propio para trabajar profesionalmente, esto remite a que no existe un espacio físico designado exclusivamente para los servicios generales que Enfermería puede brindar en el centro de salud a excepción de la vacunación. Esto puede significar que funciones que serán nombradas se llevan a cabo en un área más general o que no hay una infraestructura específica para la atención de Enfermería.

Sin duda comienza a ser un indicio de los lugares que ocupa la profesión en términos estructurales, sugiriendo la necesidad de establecer un entorno más adecuado y especializado para la dedicación profesional de Enfermería. Esto podría mejorar la eficiencia y la calidad del servicio prestado, al tiempo que proporciona un ambiente de trabajo más autónomo y con poder de decisión, como es el caso de muchos otros centros de salud de la misma área, donde se define el consultorio de Enfermería y hasta tienen horarios definidos de servicios a la comunidad:

- *“Tenemos de lunes a jueves en el consultorio de Enfermería por la mañana registro de glucemias y control en general de personas con crónicas y luego por la tarde consejerías de salud sexual”...(Claudia, 45 años, Auxiliar de Enfermería de un centro de salud).*

Otros equipos de Enfermería refirieron como funciones autónomas los siguientes servicios: Control de Signos Vitales, Curaciones de heridas, Control y seguimientos de personas con enfermedades crónicas no transmisibles, administración de medicación según prescripción médica; atención de urgencias y primeros auxilios. En cuanto a los servicios con menos frecuencia en centros de salud, pero presentes y organizados por Enfermería fueron: educación y promoción de la salud en la consulta, consejerías de salud sexual, entrega de métodos anticonceptivos, vacunación fuera del centro de salud y gestionar campañas, intervenciones comunitarias fuera del centro de salud y testeos rápidos:

- *“Sí, hacía esto quizás en la parte del consultorio de Enfermería, era una de las personas ... más comprometida con la consejerías asesorías y garantía, digamos también en colocación de métodos...” (Daniel, Licenciado en Enfermería, coordinador actualmente en el municipio)*

Todas estas funciones autónomas de Enfermería se vieron modificadas el inicio de la pandemia, dado que en un primer momento se cerró la actividad de los centros de salud, dejando una mínima guardia para urgencias, así lo transmite José, Licenciado en Enfermería:

- *“no venía nadie, la gente no circulaba por la calle, cada tanto te aparecía una mordedura o una situación de control de embarazo después todo era con sintomatología y para derivar a aislamiento”..*

Refieren que recién a mediados del 2022 comenzó a recuperar el centro de salud sus actividades frecuentes, pero que algunas quedaron a raíz de la pandemia como la visita domiciliaria y el seguimiento de paciente en domicilio.

Desde esta experiencia, se retoma con mayor fuerza que las prácticas de EC de los centros de salud no solo deben desarrollarse desde tareas asistenciales y preventivas, se destaca que la mayoría de equipos coincide en la importancia que reviste en pos pandemia, la incorporación de visitas domiciliarias o trabajos comunitarios, que incluye involucramiento de la comunidad. Al respecto surgió que es necesario seguir profundizando la formación en términos de elaboración e implementación de proyectos locales que surjan de Programación Local Participativa. Se había proyectado que para el inicio del 2024 se trabaje fuertemente la elaboración de proyectos comunitarios para la intervención y labor intersectorial.

## **5.2 Acerca de las percepciones sobre la autonomía profesional.**

- *“no quiero decir la palabra carta blanca para hacer lo que quiera porque no es así, pero siento que tengo bastante poder de decisión a veces, pero con los recaudos en donde no me podría meter..” (José, Licenciado en Enfermería).*

Iniciar con estas palabras permite dar cuenta de los aspectos que presenta la Enfermería en términos de percepciones sobre la toma de decisiones, hay un nivel significativo de poder hacerlo en ocasiones. Esto se relaciona con la autonomía profesional, ya que implica tener cierto grado de control sobre sus acciones y decisiones dentro del entorno laboral.

Pero a su vez, teniendo en cuenta lo expresado en esta categoría conceptual donde la autonomía profesional se refiere a la capacidad de los profesionales de Enfermería para tomar decisiones independientes en su práctica clínica, basadas en su conocimiento y juicio profesional. En el contexto de la “posibilidad” se pueden incrementar las cargas simbólicas de la no definición de la labor que ejerce Enfermería, es fundamental considerar cómo esto

puede afectar su autonomía profesional. Las cargas subjetivas de interpretación que reposen en la confianza o en el efecto de un vínculo, o la capacidad de Enfermería para ejercer su profesión, termina limitando la autonomía y obligando a tomar decisiones de manera independiente:

- *“Cómo fui mostrándome profesionalmente armé un buen vínculo con la jefatura del centro y por eso a veces estoy coordinando las actividades acá cuando no está...” (José, Licenciado en Enfermería).*
- *“Yo lo que le proponga ella lo aceptó y eso es lo que me gusta, trabajar en esa gestión donde tenés la autonomía de decidir qué es lo que vas a hacer entonces a veces..” (Sonia, Profesional de Enfermería).*
- *“acá podemos hacer bastante...me encanta la verdad que lo que es atención primaria y de tener la autonomía de decidir y de ser aceptada es muy lindo y el año pasado tuve la suerte de hacer un trabajo que veníamos pensando de la pandemia”..(Claudia, Auxiliar de Enfermería)*

Desde la iniciativa principal de este trabajo, sin duda se puede verificar que en el Primer Nivel de Atención y Enfermería comunitaria como profesión, se pueden tener mayores posibilidades de desempeñarse en un entorno laboral que impacte significativamente en la autonomía profesional, lo que a su vez, puede generar un sentido de empoderamiento y menor subordinación en el trabajo. Asimismo, se identifica que las personas que han podido ejercer en funciones de gestión presentan mayor reconocimiento de la autonomía de la profesión:

- *“Cómo coordinación del eje adolescencia del municipio y desde ahí, por ejemplo, donde se proponen hacer equipos territoriales de adolescencia en cada centro de salud, cada sector de primaria, consultorios interdisciplinarios abiertos a que haya cualquier profesional de cualquier disciplina a que participe y garantice su consultorio ...ahí Enfermería sigue teniendo injerencia vocación voluntad en poder habitar esos espacios porque vuelvo a repetir, yo creo que es parte de la esencia de la profesión y de la disciplina pero tiene que estar acompañada más por su posicionamientos políticos sanitario...”(Daniel, Licenciado en Enfermería, coordinador actualmente en el municipio)*

Esto también se relaciona con la importancia de fortalecer la identidad profesional de las Enfermería, sobre todo de quienes ocupan espacios de gestión, más a nivel centro de salud, ya que resulta ser una constante en términos de la interpretación que se realiza sobre la profesión:

- *“Yo creo que nosotras, Enfermería, primero que todavía cuesta ser reconocidas muchísimo, pero sí creo que somos las que salvamos todas las papas en atención primaria en hospitales, clínicas, sanatorios”...(Sonia, Profesional de Enfermería).*

Hay una construcción de identidad significativa en términos de reconocerse en el rol y saber que la profesión tiene un lugar de no reconocimiento pero a la vez fundamental para el mejoramiento de las condiciones de salud y vida de los individuos, familias y comunidades. Esta construcción es interna y a su vez se reconoce en el impacto de las intervenciones que se realizan con la comunidad:

- *“de las personas usuarias, sabemos que por más que no tengan muy en claro muchas veces que hacen Enfermería, siempre nos reconocen el trabajo de alguna manera”...(Sonia, profesional de Enfermería)*

Aún así, en términos de identidad profesional definida que impacta significativamente a la autonomía profesional, sigue siendo difusa y poco clara para otras profesiones en especial la de medicina. En este sentido, se ha podido comprobar que queda sujeta a voluntades y relaciones institucionales, la construcción de un rol profesional. La investigación de Tapp et al. (2005) también advirtió que el sentido de autonomía estaba claramente disminuido en situaciones en las cuales el conocimiento de Enfermería se ignoraba, o no era valorado. Al respecto, Claudia, Auxiliar de Enfermería con más de 25 años en el PNA del municipio dice:

- *“Tiene dos opciones, o se deja persuadir, o la misma realidad lo hace ver de que nosotras, más allá de no tener el título de medicina, estamos con el paciente, vemos los cambios que tiene el paciente, le vemos la piel. O sea cosas que ellos por ahí se le pasan por arriba, pero porque bueno, están en otras cosas también ellos. No es que ellos no lo ven porque no quieren ver al paciente, simplemente porque tienen otros roles..”*

Es relevante mencionar que la presencia de la subordinación se da además por discursos y actuación en los equipos que construyen la imagen de Enfermería en el ámbito laboral, de modo que se puede arribar a que esa superioridad presente, genera que no se tengan en consideración las capacidades, intereses, preparación académica y la competencia de Enfermería. Asimismo, la desautorización de las decisiones de Enfermería por parte de otras profesiones también estuvieron presentes en las observaciones y entrevistas:

- *“Hay una desautorización del discurso, muchas veces lo que se le dice al usuario después lo cambia el personal de medicina pero termina siendo el mismo objetivo de cuidado..” (Florencia, Licenciada en Enfermería).*

En términos de roles esperados aparece también el sesgo de asociar a la profesión sólo con tareas asistenciales o relaciones directas con las personas usuarias del centro de salud, por lo que hay un factor de asombro cuando se verifica que Enfermería ocupa un lugar de gestión o administración en las unidades de trabajo:

- *“Si estoy en el lugar de cargo en la coordinación del centro de salud...Viene por ejemplo una médica de otro centro y se sorprende cuando un enfermero o Licenciado está a cargo de un Centro de Salud...” (José, Licenciado en Enfermería).*

Esto a su vez, al interior de la construcción de roles de la profesión desde las incumbencias y competencias se vio reflejado en la Enfermería entrevistada, ya que tenía en claro que podía ejercer actividades de gestión o docencia, pero sus cuestionamientos dejan ver que se presenta con obstáculos:

- *“Hay mucho... ¿Una trabajadora social puede ser jefe de un centro y como una enfermera que estudió los mismos años que ellos, no? (Sonia. Profesional de Enfermería).*

Se identifica en la percepción de la autonomía, que hay una interpretación de roles de la Enfermería ligado al cuidado sin liderazgo, lo que sugiere que se espera que los cargos de conducción estén ocupados por médicos/as o personal no médico pero considerados altamente calificados, excluyendo a Enfermería. Esto refleja una desigualdad laboral, donde se subestima la capacidad de Enfermería para ocupar roles de liderazgo en el campo de la salud, lo cual se analiza al final de este trabajo. Acá se recupera una de las voces de las entrevistadas que los refleja:

- *“Creo que también, digo, está muy asociado al quehacer de Enfermería, no como algo no profesional como algo que no se estudia, sino que se practica y venimos de esas raíces y hay mucho todavía por construir en relación a esa persona más allá de que quizás digo la mayoría...” (Florencia, Licenciada en Enfermería).*

### **5.2.1 Los equipos de salud y Enfermería. Una relación para la autonomía.**

- *“Bueno, yo la verdad que trabajo con un equipo que trabajamos a la par, yo siempre digo que nosotros somos como una gran familia, porque en todo sentido estamos todo el día juntos. Yo estoy más tiempo con ellos, que con mi familia...” (Sonia, Profesional de Enfermería).*

El compañerismo y el trabajo en equipo empoderan a Enfermería, en el sentido de generar mayor sentido de pertenencia y confianza en su labor. Se observó que cuando los equipos de Enfermería se sienten respaldados por sus propios colegas, tienen un papel más activo en la toma de decisiones. También se destaca que en el ámbito comunitario resulta fundamental la construcción de equipos que discutan proyectos, elaboren estrategias de abordaje en la comunidad o hasta establezcan acuerdos para brindar servicios de atención en el efector más integrales. En este sentido, si bien se observó que Enfermería presenta una gran participación de la labor en equipo, construye acuerdos en el interior de los centros de salud y elabora en algunos casos dispositivos de cuidados desde la autonomía de planificar, también se destaca que muchas veces sus participación se ajusta a su tarea asistencial, aportando al equipo multidisciplinario la parte de procedimientos.

Otra de las dimensiones que se destacan es la construcción del vínculo entre colegas, se percibe que la competitividad entre pares es un factor que no contribuye a la actividad autónoma ni a la valoración de las tareas que realiza Enfermería:

- *“.. no ver a tu compañera como competencia, sino como amparo, como par, como que podemos hacer cosas juntas... Ahí te das cuenta la diferencia, entender que va a ser muy difícil que alguien de Enfermería ocupe otros cargos o tenga voz si no nos acompañamos entre nosotras”... (Sonia, Auxiliar de Enfermería).*

Se destaca que la labor en equipo que contribuya a dar a conocer las actividades profesionales así como tener una participación activa en propuestas de gestión, docencia, abordajes comunitarios resultan claves para fomentar mejoras en los impactos intersubjetivos del reconocimiento simbólico de la tarea:

- *“En el abanico de todo lo que hace Enfermería, cómo ves el reconocimiento de los equipos en el centro de salud, tienen en claro que hace Enfermería, pero sentís que a veces hay que reforzar cosas”... (Florencia, Licenciada en Enfermería)*

### **5.2.2 Gestión, docencia y Enfermería. Una relación para la autonomía.**

A su vez, en cuanto a la participación y el rol de una Coordinación de Enfermería se reconoció que termina siendo un factor positivo, no sólo desde lo que se construye como horizonte posible, es decir, que los equipos de Enfermería reconozcan que hay referencia en actividades de gestión y docencia, sino que además se observó que es una gestión que apunta a la autonomía de Enfermería realizando distintas actividades que contribuyan a la toma de decisiones con criterio profesional, la formación continua en función de las necesidades y la elaboración de estrategias innovadoras en las áreas de gestión sectorial e intersectorial. En esto último, el enfoque de educación permanente con productos específicos de relevamiento de las actividades de Enfermería, la estandarización en términos de dar a conocer el marco de trabajo que presenta la profesión en el ámbito comunitario y la puesta en marcha de la difusión de esto, todo a través de la elaboración de un manual de Enfermería comunitaria propio del sector. Resulta importante remarcar que desde la gestión de Enfermería se prioriza este perfil comunitario y se enfatiza en tener los espacios cuidados de educación permanente en salud, a respecto Eli, 60 años, Licenciada y coordinadora general de Enfermería, comenta:

- *“Es importante seguir acompañando construyendo con las capacitación para dar seguridad en lo que podemos hacer y qué rol importante podemos cubrir. Creo que en APS por todas las capacidades que están aprendiendo y siguen estudiando las enfermeras, pueden tener un rol de gestión en cada centro..”*

Asimismo, desde la mirada de otras profesiones, se reconoce a Enfermería como una profesión referente, de la cual se aprende, sobre esto desde el cargo de gestión, Laura, médica generalista, directora preventivas, comenta:

- *“De Enfermería yo aprendí mucho, cuando empecé fueron ellas las que me enseñaron todo lo respecto a lo comunitario, el cómo moverme en el ámbito”..*

También resulta pertinente resaltar que desde la gestión la educación permanente es un facilitador para la autonomía de Enfermería, y en el contexto local donde se hizo el estudio se trabajó también para fortalecer estos espacios:

- *“facilitador de la autonomía...para mí la la formación, el poder reconocer su marco normativo, su marco teórico, reconocerlo y auto validarlos eso es fundamental para que pueda avanzar en lo que es la formación digamos profesional, posgrado, la educación permanente y reconocer la importancia de las residencias.. está eso de que al médico cuando no hicieron la residencia digamos, se reciben y no saben hacer nada.. pero por qué Enfermería tiene que saber hacer todo cuando se recibe? no, no sabe digamos, sabe muy poco entonces hay que validar la necesidad de hacer residencias, entonces digo, eh? Esto es lo que te digo la verdad que para mí que Enfermería pueda reconocerse que continúa formándose, que tiene un marco profesional y un marco legislativo reglamentario que lo avala..”(Daniel, Licenciado en Enfermería, coordinador actualmente en el municipio).*

De acuerdo al modelo integral de Atención Primaria que se utilizó como analizador en esta investigación, se puede entrever, como permite ampliar las competencias de EC que pasan de realizar únicamente funciones técnicas a trabajar con programas y protocolos de intervención social, donde han alcanzado un mayor protagonismo profesional mediante la promoción, educación para la salud o atención precoz tanto al interior como fuera del centro de salud:

- *“Después de que pasó el miedo en términos de contagio, resultó fundamental no descuidar las acciones que realizamos en los barrios. Enfermería fue el personal que más estuvo en contacto con la comunidad, desde los hisopados, luego la vacunación y después escuchar las secuelas que se necesitaban trabajar con actividades comunitarias”... (Florencia, Licenciada en Enfermería).*

En este sentido, retomando la labor fundamental que presenta EC en este ámbito de desempeño, se releva como facilitador que haya equipos de Enfermería abocados a la educación permanente en salud y la gestión de recursos para que puedan implementarse proyectos diseñados por Enfermería. Sin duda se arriba a que es la propia Enfermería la que puede generar algunas condiciones favorables para la profesión, el reconocimiento y la participación en toma de decisiones en el PNA.

## CUARTA PARTE

### Reflexiones finales y recapitulando los resultados

“Trabajar con autonomía es generalmente fuente de placer. El placer y la satisfacción de hacer un trabajo con autonomía y “latitud de decisión” está a su vez condicionado a que el mismo sea percibido por el propio trabajador y reconocido por los colegas como algo socialmente útil para los demás y para la sociedad”. (Bonde, 2008 citado en Neffa, 2015).

Finalmente, para categorizar el recorrido analítico de la situación estudiada sobre las condiciones laborales de Enfermería Comunitaria con foco en la autonomía profesional se concluyen con algunos resultados. Que si bien no son representativos de todo el colectivo de Enfermería, estos hallazgos hacen que se consideren aspectos que pueden mejorar las decisiones políticas de la labor de la profesión, teniendo en cuenta los hechos percibidos, que influyen en el reconocimiento y mejoría de las condiciones laborales en miras de un enfoque de género.

En esta síntesis de cierre, se pretende dar cuenta del cumplimiento de los objetivos propuestos y los resultados que ello arrojó. Así, el objetivo general que se propuso: Analizar cuáles fueron las condiciones laborales de Enfermería Comunitaria en relación con la autonomía profesional desde un enfoque de género, en un municipio de la Región Sanitaria V, Prov. de Buenos Aires, Argentina, desde el año 2020 a 2023, pudo ser alcanzado a partir de lograr cumplir con los objetivos específicos que a continuación se señalan.

Se logró *describir cuáles fueron las funciones autónomas de Enfermería Comunitaria en el área del Primer Nivel de Atención en este municipio*, considerándose dos tipos: temporal y decisional. Para comenzar se trabajó primero la descripción de las funciones autónomas que presenta Enfermería en el PNA, luego se indagó sobre la percepción de esa autonomía a la luz de sus condiciones laborales y se trabajó sobre varios ejes para analizarla.

En cuanto a las funciones autónomas los equipos de Enfermería reconocen que su labor es independiente en los siguientes servicios (describiendo desde mayor a menor grado de independencia percibida): Vacunación, control de signos vitales, controles antropométricos, curaciones de heridas, control y seguimientos de personas con enfermedades crónicas no transmisibles, implementación de técnicas específicas para la

administración de medicación según prescripción médica; atención de urgencias y primeros auxilios; testeos de infecciones de transmisión sexual, entrega de métodos anticonceptivos, consejerías en salud sexual, elaboración de proyectos comunitarios y actividades de educación, promoción y prevención. En estas últimas actividades se identificó que si bien realizan las acciones en el territorio no hay un hábito de hacerlo bajo planificación ni cuentan en su gran mayoría con las herramientas metodológicas para redactar estos proyectos. Se identificó la *autonomía temporal* en el PNA del municipio, ya que la EC reconoce que gestiona sus espacios interprofesionales desde el aspecto técnico y sobre la distribución de la carga horaria en el sentido que en ocasiones hubo casos donde el equipo de Enfermería propone sus horarios de atención y los da a conocer a la población usuaria a través de la comunicación institucional de los servicios.

Por otro lado se identificó la *autonomía decisional*, en este tipo de autonomía se identifica un menor grado de ejercicio pleno, dado que las decisiones sobre las tareas a realizar en cuanto a su distribución, es en ocasiones, bajo subordinación. Se observó que por un lado hay un gran componente de tarea prescripta, no sólo desde la programación y planificación de las actividades en un centro de salud, sino que se identifica que EC también opera en el PNA bajo la voz de medicina y/o otras disciplinas que “derivan” atención y solicitan a Enfermería resuelve acciones de controles, administración de medicación, tareas administrativas. En cambio si, hay un componente decisional, desde la elección de procedimientos, herramientas y materiales a utilizar en los espacios propios de Enfermería como son el consultorio y el vacunatorio.

Se logró ***conocer las percepciones que presenta Enfermería Comunitaria sobre la relación entre la autonomía profesional y sus condiciones laborales.*** Esto permite ser expresado como las *condiciones laborales* bajo la dimensión de reconocimiento propuestas por Paugam (2015), para lo que hay varios indicadores que caracterizan la situación. Estos fueron, *el reconocimiento de la labor bajo la percepción de autonomía por parte de EC, el reconocimiento de la labor bajo la contratación municipal, el reconocimiento de la labor en el contexto de PNA y el reconocimiento de la labor en contexto de pandemia.*

En el *reconocimiento de la labor bajo la percepción de autonomía*, retomando las voces de EC, se identificó principalmente en función de *la definición de un espacio propio de trabajo* y en la autonomía relacionada con la actividad comunitaria del PNA.

La *definición de un espacio propio* de trabajo resultó ser un indicador importante en la percepción de la autonomía de Enfermería, reconociendo sobre todo las personas que han

tenido experiencias laborales en otros niveles de atención, que en el marco del PNA, era una posibilidad tener espacios propios y absolutamente gestionados por la profesión como el vacunatorio o menor medida los consultorios de Enfermería.

Al respecto de *la actividad comunitaria del PNA*, el modelo de atención de perspectiva integral que se posibilita en este ámbito resulta ser un aliado para las acciones autónomas dado que se permite ampliar las competencias de EC que pasan de realizar únicamente funciones procedimentales, a trabajar con programas y protocolos de intervención social, donde han alcanzado un mayor protagonismo profesional mediante la promoción, educación para la salud o atención precoz tanto al interior como fuera del centro de salud. Este relevamiento se relaciona además con lo descrito acerca de los paradigmas de atención en salud y que evidentemente, cuanto más se separe el modelo de atención del paradigma biologicista y asistencialista, más se reconocen las acciones de abordaje integrales como las que lleva adelante Enfermería.

Se pudo *describir cómo cree la Enfermería Comunitaria del PNA, que impactaron las actividades realizadas en la pandemia, en su autonomía profesional* a partir de relevar que en el periodo estudiado el actuar profesional de Enfermería resultó fundamental para atravesar la emergencia sanitaria desde la cobertura en las medidas de prevención y detección (seguimiento de casos sospechosos, pesquisas e hisopados, continuidad de tratamientos en domicilios) como también en la implementación de la vacunación contra el COVID 19. Fueron varios los sectores gubernamentales tanto locales como provinciales que realizaron este reconocimiento de la actividad de Enfermería. Sin embargo, esto no se ve reflejado en el reconocimiento salarial en línea con el análisis del anterior eje.

Los procesos de cuidados de EC dentro de la prevención y promoción en APS realizados en pandemia fueron vehiculizadores del trabajo en equipos de salud y han generado en algunos sectores un mayor desarrollo autónomo de la profesión con una mayor apropiación de actividades comunitarias. Aún así este reconocimiento de la labor profesional por parte de los equipos de salud no llegó a ser lo suficiente para generar cambios en cuanto a las condiciones laborales contractuales. Una de las dimensiones inmediatamente observables para ponderar la carga laboral refiere a las horas trabajadas del personal de Enfermería, quienes presentan 40 horas semanales llegando a más carga horaria en plena pandemia de covid-19, mientras que el resto de profesionales tienen una carga de al menos 20% menor, con igual o mejor paga salarial.

Sin embargo, bajo este análisis se pudo relacionar que algunos cambios organizacionales producidos en el contexto de pandemia generaron cambios en la gestión de los espacios que ayudó a reducir la subordinación. Por ejemplo, la gestión y sostenimiento de actividades de prevención que Enfermería estuvo en el liderazgo de la organización. Desde ese lugar, la opinión del área de Enfermería fue tomada más en cuenta, lo que argumentan de diversas formas cuando relataron sobre la organización de las campañas de vacunación, el sostenimiento de los centros de aislamiento y el seguimiento de casos sospechosos. Enfermería pudo demostrar sus saberes en torno a los cuidados necesarios para la contención y control del virus, como lo son el uso de los elementos de protección personal, los protocolos de bioseguridad, protocolo de aislamiento, manipulación de material, reconocimiento de sintomatología, etc. De este modo, se percibe que hubo mayor protagonismo desde un lugar de reconocimiento profesional con el costo que esto no se vio reflejado, como se dijo, en las condiciones contractuales.

Se logró alcanzar el objetivo de ***describir cuáles son las representaciones que tienen otras profesiones sobre el rol de Enfermería Comunitaria y su autonomía profesional.*** Así, se identifica que desde el personal de medicina hay reconocimiento de actividad autónoma de Enfermería, como también resultan ser referencias para tomar ciertas decisiones sobre todo a lo que respecta en lo técnico procedimental de un acto asistencial. Sin embargo, como se relevó en las entrevistas la identidad de Enfermería resulta difusa para algunos/as profesionales en relación a las competencias e incumbencias y esto se identifica también en las percepciones del personal administrativo, vinculando las labores de esta profesión solo con actos de cuidados generales destacando que hay una cualidad técnica pero no relacionado con un saber científico específico para ejercerlos.

Se logró alcanzar el objetivo de ***describir cuáles son las representaciones que tienen las personas en función de docencia y gestión sobre el rol de Enfermería Comunitaria y su autonomía profesional.*** Así, se reconoce que hay una mayor percepción de autonomía, cuando se logra por parte de Enfermería ocupar cargos de coordinación o liderazgo. En este sentido, las personas que fueron entrevistadas y tenían estas labores reconocerían que Enfermería podía tomar decisiones siempre y cuando posea fundamentos profesionales para las mismas. Asimismo, se identificó que en la percepción de la autonomía hay una interpretación de roles de la Enfermería ligado al cuidado sin liderazgo, lo que sugiere que se espera que los cargos de conducción estén ocupados por médicos/as o personal no médico

pero considerados altamente calificados, excluyendo a Enfermería. Las personas entrevistadas que se encuentran con algún cargo de coordinación pudieron ver con mayor claridad la autonomía que Enfermería presenta y hasta destacan que tiene muchas posibilidades de proponer y participar si así lo quisieran.

Se pudieron *conocer las percepciones que presenta Enfermería Comunitaria del PNA, sobre la relación entre sus condiciones laborales y desigualdades por motivos de género*. Esto es, no se encontró que las personas entrevistadas realicen una relación directa con esta categoría. Si bien reconocen sus situaciones de desigualdad laboral en todos los ítems desarrollados, cuando se consultaba sobre si creían que presentaba alguna relación con motivos de géneros contestaron que no. Sin embargo en cuanto al *reconocimiento de la labor en la contratación* municipal, se identifica que si bien se incluye la categoría de profesionales en Enfermería en el convenio de trabajo local, esta presenta un techo en cuanto a crecimiento y reconocimiento al no considerarse las características formativas de grado y posgrado que puede presentar la profesión. Por lo que se genera una situación de mucha diferencia salarial con profesionales que presentan carga formativa similar o hasta actividad de servicios. Esta característica se la relaciona con las desigualdades en términos laborales por motivos de género que se han desarrollado en el presente trabajo. No sólo porque se trata de una profesión altamente feminizada, sino porque además, el techo que encuentra en su reconocimiento contractual tiene una relación directa con la valoración que se le realiza a la profesión, es decir, su escasa legitimación en términos de profesionalización y los obstáculos que aún encuentra en que se la reconozca como tal generan límites en términos de reconocimiento “igual tarea igual remuneración”.

Asimismo, desde el aspecto más limitado que todavía se encuentra en este sector es que Enfermería no es tenida en cuenta para la gestión de centros de salud ya que no se abren concursos públicos para ello y tampoco están claros los parámetros que solicitan para cubrir esos cargos, principalmente deriva de la falta de adhesión que se presenta a la Ley de Carrera Hospitalaria de la Provincia de Buenos Aires. Asimismo, no se puede desconocer en el recorrido realizado en este estudio, que la categoría género termina permeando la propia estructura subordinada que presenta la Enfermería por tratarse de una profesión con actividades de cuidados y construida como profesión que obedece órdenes. En conclusión, los hallazgos destacaron la importancia de apoyar la autonomía a través del reconocimiento, la formación continua y un ambiente laboral que fomente la toma de decisiones de esta profesión atravesada por condiciones de socialización del género.

Se logró *identificar facilitadores y obstaculizadores que promuevan la autonomía profesional de Enfermería Comunitaria en el Primer Nivel de Atención del municipio*, se definió en cuanto al reconocimiento de la labor en el contexto de PNA, que efectivamente es un contexto más propicio para que Enfermería pueda tener intervenciones con más protagonismo y pueda gestionar parte de sus servicios. Esto está principalmente reflejado en que tienen espacios propios delimitados y nombrados en los efectores del PNA como ser el consultorio de Enfermería o el vacunatorio. En este sentido, se observó que hay centros de salud donde Enfermería presenta un liderazgo activo, quedando hasta a cargo, en ocasiones, de la coordinación general del efector, cuando la dirección titular no se encuentra. Aquí también se reconoce la importancia que presenta Enfermería para un centro de salud, relevando con frecuencia la frase *“si no hay personal de medicina el centro de salud sigue con sus servicios pero si no hay personal de Enfermería el centro de salud cierra”*.

Sin duda, el contexto laboral que se eligió para estudiar sobre el reconocimiento de EC resultó ser un facilitador para el crecimiento de la autonomía de la profesión. Se identificaron por parte de las personas entrevistadas que el PNA es un ámbito en pleno crecimiento en cuanto a las acciones que se realizan y la instalación en la comunidad del centro de salud como efector de atención. En esto, Enfermería también se encuentra procesando el crecimiento y dando cuenta de las características particulares que tiene trabajar en centros de salud, fueron varias las personas que pueden asociar la profesión en el PNA con la especialidad comunitaria. Describieron características propias de esta rama profesional, y hasta delinearon estrategias de acción con metodologías propias. A lo largo de todo el trabajo de campo se han podido destacar algunos facilitadores y obstaculizadores que hacen a la dimensión estudiada, considerando y no descuidando que se trató de describir cómo impacta en la autonomía profesional la categoría de género, cuidados en la salud y el reconocimiento simbólico de la labor.

**En términos de facilitadores, los que se identificaron fueron:**

- Conocimiento de marcos normativos e interpretación profesional de los mismos.
- Vínculos de confianza con el equipo de conducción del centro de salud.
- Formación continua en el ámbito laboral.
- Buena relación entre el equipo de Enfermería.
- Reconocimiento por parte de la comunidad de la labor de Enfermería.

- Ámbito de mayor acercamiento con la población y relación directa en espacios autónomos de ejercicio profesional (consultorio de Enfermería).
- Referentes colegas disciplinares en la gestión y docencia del municipio.
- Disfrute de las actividades que realizan en el centro de salud.

**Algunos de los obstaculizadores que se identificaron fueron:**

- Interpretación del quehacer profesional por parte de otras profesiones.
- Dependencia de los vínculos de confianza con el equipo de conducción del centro de salud.
- Dificultades en el acceso al estudio por falta de oferta y carga laboral.
- Desvirtuación de la labor cuando hay un vínculo de familiaridad más que profesional.
- Carga horaria extensa y con tareas predefinidas de asistencia por parte de algunas gestiones de efectores.
- Falta de reconocimiento propio sobre las incumbencias y competencias de Enfermería

**Recomendaciones de docencia y gestión a nivel local.**

En vistas de todo lo abordado en este estudio, se dejan algunas propuestas según categorías a intervenir desde la mirada de políticas sociales que contribuyan a una profesión altamente feminizada y estructurada de tal forma por la representaciones de géneros de su actividad principal- los cuidados-, en consonancia con las palabras de Daniel, Licenciado en Enfermería entrevistado:

- *“para poder crecer y alimentar algo tenés que darle recursos, para que un árbol crezca además de plantar las semillas vas a tener que regar todos los días, con lo cual, eso que tenés que dar para que lo otro te dé después un fruto. Nosotros digamos el municipio, la provincia, la nación tiene que poder empezar a dárselo a Enfermería...”*

A continuación se describen propuestas en términos de políticas necesarias para fortalecer algunos ámbitos que contribuirán a la autonomía de la profesión y la mejora en condiciones laborales:

<b>Ámbitos para fortalecer</b>	<b>Propuestas</b>
Espacios definidos de la profesión	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Protocolizar las dimensiones de abordaje de Enfermería Comunitaria, describiendo sus áreas de incumbencias y competencias.</li> <li>● Reconocimiento mediante cartelería de los espacios gestionados por Enfermería: Enfermería de Vacunatorio; Consultorio de Enfermería.</li> <li>● Referencias en el sistema informático de salud sobre los cuidados autónomos de Enfermería para el registro en Historias Clínicas.</li> </ul>
Educación permanente en salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Espacios de formación en servicio sistemáticos y con reconocimiento del proceso formativo.</li> <li>● Sistema de Residencias como espacios privilegiados para nuevos ingresos al municipio.</li> <li>● Reconocimientos por presentaciones en congresos o jornadas académicas de la labor en el territorio.</li> </ul>
Contractuales	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Reconocimiento de la categoría licenciatura en Enfermería en convenios de trabajo y de especialistas con residencia.</li> <li>● Incentivos en función de la formación continua del personal.</li> <li>● Adhesión e incorporación a la Carrera Hospitalaria de la Provincia de Buenos Aires el convenio municipal.</li> </ul>
Liderazgo y participación	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Concursos con criterios definidos para cargos de jefaturas de efectores abiertos de manera interdisciplinaria (Carrera Hospitalaria).</li> <li>● Gestión de relevamientos y sistematización de trabajos específicos de Enfermería en informes de la secretaría de salud.</li> <li>● Liderazgo en la gestión disciplinar con la conformación de la Dirección de Enfermería del PNA.</li> </ul>

## Referencias bibliográficas

- Asociación de Escuelas Universitarias de la República Argentina. (2020, 09 de marzo). Líneas de Acción para el desarrollo y fortalecimiento de la educación en enfermería, con calidad, inclusión y pertinencia social. [Documento de posición].  
<https://www.aeuera.org.ar/index.php/noticias/documento-de-posicionamiento-para-la-formacion-de-enfermeria-en-argentina>
- Álvarez, R; Cárcamo, S. y Gaona, T. (2013). Una experiencia de atención primaria en red, previa y paralela a Alma Ata en Río Negro, Argentina en Cárcamo, S. y Alvarez, R. (eds.), *Enfermería familiar y comunitaria. Conceptos, métodos y casos* (pp. 201-211). EDUNLa.
- Álvarez, R., Morrone, B. y Barragán, A. (2021). *Fuerza laboral de Enfermería de la provincia de Buenos Aires*. Territorios del cuidado, 2(2), 58-73. Disponible en <http://ridaa.unq.edu.ar/handle/20.500.11807/3543>
- Astelarra, J. (2002). “Democracia, ciudadanía y sistema político de género. En el Seminario PRIGEPP Democracias. Programa Regional de Formación en Género y Políticas Públicas (PRIGEPP). <http://prigepp.org>
- Barboza, V. V., y Alvarado, O. S. (2011). Enfermería: una disciplina social. *Enfermería en Costa Rica*, 32(1), 81-88.
- Bareiro, L. (2021). Democracia/s, ciudadanía y estado en América latina en el siglo xxi. Análisis de género de los caminos recorridos desde la década de los `80 y futuros posibles. [Hipertexto]. Programa Regional de Formación en Género y Políticas Públicas (PRIGEPP). <http://prigepp.org>
- Biernat, C., Cerdá, J. M., & Ramacciotti, K. I. (2015). *La salud pública y la Enfermería en la Argentina*. Universidad Nacional de Quilmes.
- Bloj, C. (2022). Taller metodológico y de preparación de tesis. [Hipertexto]. Programa Regional de Formación en Género y Políticas Públicas (PRIGEPP). <http://prigepp.org>
- Brenner, M. E. (2006). Interviewing in Educational Research en J. L. Green; G. Camilli; P. B Elmore (ed.), *Handbook of Complementary Methods in Education Research* (pág. 357-369). Mahwah (NJ): Lawrence Erlbaum Associates.
- Bursztyrn, I., Kushnir, R., Giovanella, L., Stolkiner, A., Sterman-Heimann, L., Riveros, M. I., & Sollazzo, A. (2010). Notas para el estudio de la Atención Primaria en contextos de sistemas de salud segmentados. *Revista de Salud Pública*, 12, 77-88.
- Camargo, I y Caro, C. (2010). El papel autónomo de Enfermería en las consultas. *Avances en Enfermería*, 28(1), 143-150

- Cárcamo, S. y Ugon, E. (2013). Enfoques y perspectivas. Asignatura “ Enfermería en Salud Comunitaria” en Cárcamo, S. y Alvarez, R. (eds.), *Enfermería familiar y comunitaria. Conceptos, métodos y casos* (pp. 119-138). EDUNLa.
- Collière, M. F. (1993). *Promover la vida*. Interamericana-McGraw-Hill.
- Convenio de la Organización Internacional del Trabajo. Sobre el personal de Enfermería: reconocer su aporte, considerar sus necesidades. núm 149. Ginebra, 2007.
- Corte Suprema de Justicia. Sala de la Cámara Nacional de Apelaciones del Trabajo. id SAIJ FA88000795, Fernández c/ Sanatorio Güemes S.A.; 23 de Agosto de 1988.  
<http://www.saij.gob.ar/corte-suprema-justicia-nacion-federal-ciudad-autonoma-buenos-aires-fernandez-estrella-sanatorio-guemes-sa-recurso-hecho-fa88000795-1988-08-23/123456789-597-0008-8ots-eupmocsollaf>
- Decreto Nacional 2497 de 1993 [Ministerio de Salud de la Nación]. Reglamentación del Ejercicio de la Enfermería creado por Ley N° 24.004. 09 de diciembre de 1993.
- Duré, M. I., Cosacov, N., y Dursi, C. (2009). La situación de las trabajadoras del sistema público de salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Una aproximación cuantitativa. *Revista de la Maestría en Salud Pública*, 7(13), 1-30.
- Esquivel, V. y Pereyra, F. (2017). Las condiciones laborales de las y los trabajadores del cuidado en Argentina. Reflexiones en base al análisis de tres ocupaciones seleccionadas. *Trabajo y sociedad*, (28)
- Faccia, K.A. (2015). Continuidades y rupturas del proceso de profesionalización de la Enfermería (1955-2011) en: Biernat, C; Cerdá, J.M y Ramacciotti, K (Ed.), *La salud pública y la Enfermería en la Argentina*. Universidad Nacional de Quilmes.
- Freidin, B., Ballesteros, M. S., Krause, M., Wilner, A. D., & Vinistky, A. (2020). Atención primaria de la salud en tiempos de crisis: experiencias de un equipo de salud en el conurbano de Buenos Aires.
- Guber, R. (2001). La etnografía. Método, campo y reflexividad. *Grupo Editorial Norma*.
- Harzheim, E., Casado Vicente, V. y Bonal Pitz, P. (2009). La formación de profesionales de salud para la APS y Salud Familiar y Comunitaria en América Latina y Europa. *Actividad incluida en la Línea de Intercambio*, 3 , 2-1.
- I Muñoz, J. J. P., d'Argemir, D. C., & i Girona, J. R. (2011). *Etnografía*. Editorial UOC.
- Jacquier, N. (2014). *Introducción a la Enfermería Comunitaria: Una contribución a la Salud Colectiva*. 2da ed. Posadas, el autor.

- Johnson, M., Saletti-Cuesta, L. y Aizenberg, L. (2022). La Enfermería en tiempos de crisis sanitaria. La asistencia y el cuidado en la pandemia por la covid-19 en la provincia de Córdoba. *Cuadernos de H ideas*, 16(16).
- Lamas, M. (1999). Usos, dificultades y posibilidades de la categoría género. *Papeles de población*, 5(21), 147-178.
- Ley 24.004 de 1991. Ley de ejercicio de la Enfermería. 23 de octubre de 1991. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-24004-403/texto>
- Ley 24.195 de 1993. Ley Federal de Educación. 29 de abril de 1993. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-24195-17009/texto>
- Ley 24.521 de 1995 . Ley de Educación Superior Agosto. 07 de agosto de 1995. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-24521-1995-25394>
- Ley 12.245 de 1999. Ley provincial del ejercicio de la Enfermería. 14 de enero de 1999. <https://normas.gba.gob.ar/documentos/VmRmvUI0.html>
- Ley 26.058 de 2005. Ley de Educacion Tecnico Profesional. 08 de septiembre de 2005. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26058-109525/texto>
- Malleville, S., & Beliera, A. (2020). El lugar del reconocimiento en el trabajo de Enfermería. Repensando el concepto de precarización laboral. *Estudios del trabajo*, (59), 49-51.
- Menéndez, E. (1988). *Modelo médico hegemónico y atención primaria*. Segundas jornadas de atención primaria de la salud (30), 451-464.
- Neffa, J. C. (2015). Los riesgos psicosociales en el trabajo: contribución a su estudio.
- Observatorio sindical de la Salud Argentina (OSINSA). (2018). *Informe anual 2018*. <https://www.osinsa.org/2018/11/08/informe-anual-osinsa-2018/>
- Oguisso, T. (2012) La incidencia del Consejo Internacional de Enfermeras en la historia y socialización de la Enfermería. *Cultura de los Cuidados*. 16, 32.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1974). Enfermería y salud de la comunidad: informe de un Comité de Expertos de la OMS [se reunió en Ginebra del 30 de julio al 5 de agosto de 1974].
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020). *Situación de la Enfermería en el mundo 2020: invertir en educación, empleo y liderazgo*. <http://apps.who.int/iris>.
- Orlando, M. (2015). *El ejercicio de la Enfermería en Centros de Salud y Acción Comunitaria de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires*. [Tesis de Maestría]. Universidad de Buenos Aires. <http://www.ceil-conicet.gov.ar/wp-content/uploads/2012/07/2015-Orlando.pdf>

- Paugam, S. (2015). *El trabajador de la precariedad: las nuevas formas de precariedad laboral*. Buenos Aires: Fundación de Educación y Capacitación para los Trabajadores de la Construcción.
- Pereyra, F. y Micha, A. (2015). *Ocupaciones del cuidado y condiciones laborales: el caso de la Enfermería en el área metropolitana de Buenos Aires*. 12° Congreso Nacional de Estudios del Trabajo. Buenos Aires: ASET
- Pereyra, F., & Esquivel, V. (2017). Trabajadoras y trabajadores del cuidado en Argentina. *Trabajo y sociedad*, (28), 5-10.
- Pérez, S. G., de los Ángeles Galarza, V., Salinas, E., y Saravia, S. D. (2022). Estado actual de especialidades de Enfermería en Argentina: realidad y desafío. *CuidArte*, 11(22), 44-56.
- Pochintesta, P., Bel, M., Bergés, P., Maiola, F., Paradela, L. y Raggi, M. (2022). *Análisis socio-histórico de la construcción profesional de la EC en la Argentina*. Edunlu.
- Ramacciotti, K. I., y Valobra, A. M. (2017). El dilema Nightingale: controversias sobre la profesionalización de la Enfermería en Argentina 1949-1967. *Dynamis*, 37(2), 367-387.
- Reskin, B. (1984). *Sex Segregation in the workplace*. Washington: National Academy Press.
- Resolución 199 del 2011 [Ministerio de Salud de la Nación]. Aprobación del Listado de Especialidades de Licenciados en Enfermería. 25 de febrero del 2011.  
<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-199-2011-17983>
- 1
- Resolución CFE 2083 del 2011 [Ministerio de Educación de la Nación]. Otorgase validez nacional a los títulos y certificaciones que emitan instituciones reconocidas por las autoridades educativas. 17 de noviembre del 2011.  
<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-2083-2011-190466/texto>
- Resolución 1724 del 2013 [Ministerio de Educación de la Nación]. Inclusión de la Licenciatura de Enfermería a la ley de educación superior. 27 de agosto de 2013,  
<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-1724-2013-219268/texto>
- Resolución E 900 del 2017 [Ministerio de Salud de la Nación]. Aprobación de Tipologías de Establecimientos de Salud. 17 de julio del 2017.  
<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-900-2017-27704>

Resolución 2721 de 2021 [Ministerio de Educación de la Nación]. Aprobar los estándares para la acreditación de la carrera correspondiente al título de Licenciatura en Enfermería de los contenidos curriculares básicos. 30 de octubre de 2015.

<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-2721-2015-254741/texto>

Rico, M. N. y Pautassi, L. (2022). Los cuidados en la agenda. Igualdad, derechos y políticas públicas. [Hipertexto]. Programa Regional de Formación en Género y Políticas Públicas (PRIGEPP). <http://prigepp.org>

Rovere, M. (2012). Atención primaria de la salud en debate. *Saúde em Debate*, 36, 327-342.

Samaniego, C., Cárcamo, S. y Frankel, D. (2011). La imagen profesional de Enfermería en su contexto de trabajo. *Hologramatica*, 1(14), 59-92

Spradley, J. P. (1979). The Ethnographic Interview New York Holt. *Rinehart & Winston*.

Tamargo, M C. (2021). Programación estratégica, análisis prospectivo y tecnologías para el cambio organizacional. la gestión y la evaluación de políticas de equidad de género [Hipertexto]. Programa Regional de Formación en Género y Políticas Públicas (PRIGEPP). <http://prigepp.org>

Tapp, D., Stansfield, K. y Stewart, J. (2005). La autonomía en la práctica de Enfermería. *Aquichan*, 5(1), 114-127

Tosoli Gomes, A y de Oliveira, D. (2005). A auto e heteroimagem profissional do enfermeiro em saúde pública: um estudo de representações sociais. *Latino-Americana de Enfermagem*, 13(6), 1011-1018

Valobra, A., & Ramacciotti, K. (2015). Feminización y profesionalización de la Enfermería (1940-1955). *La salud pública y la Enfermería en la Argentina*, 287-314.

Wainerman, C. H., & Binstock, G. (1992). El nacimiento de una ocupación femenina: La Enfermería en Buenos Aires. *Desarrollo económico*, 271-284.

Wainerman, C. (1996). ¿Segregación o discriminación? El mito de la igualdad de oportunidades. *En Boletín Techint* 285.

Wlosko, M., y Ros, C. (2018). La profesión enfermera y el trabajo de cuidado. Puntuaciones de investigación a la luz de la Psicodinámica del Trabajo y la teoría del care. En N. Borgeaud-Garciandía (comps.), *El trabajo del cuidado* (pp.181-186). Fundación Medifé Edita.

## ANEXOS

**Consentimiento Informado para participantes de Investigación para tesis de posgrado.**

**Proyecto de investigación para tesis de posgrado:** Maestría en Género, Sociedad y Políticas del Programa Regional de Formación en Género y Políticas Públicas (PRIGEPP) de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO).

**Dirección del programa:** Gloria Bonder.

**Tesista:** Severo Carla Jimena

**Profesión de grado:** Licenciada en Enfermería.

**Directora de tesis:** Mg. Silvia Cárcamo.

**Tema de la tesis:** *Análisis desde un enfoque de género sobre la autonomía profesional de Enfermería Comunitaria. En un municipio de la Región Sanitaria V, Provincia de Buenos Aires, Argentina, desde el año 2020 a 2023.*

**DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Manifiesto que me han informado sobre los fines de la investigación y que he hecho las preguntas que me surgieron al respecto. La presente participación presenta un riesgo bajo-nulo en cuanto a la divulgación de mis datos. Comprendo que mi participación es totalmente voluntaria, que puedo retirarme de las entrevistas cuando quiera sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mi persona. Tomó conocimiento de que las entrevistas serán grabadas en formato audio a fines de análisis más detallado y dicho material de audio no será publicado.

He sido también informado/a de que mis datos personales no serán publicados en el presente estudio y serán protegidos bajo confidencialidad ética. Asimismo se me informa que la referencia que aparecerá en la publicación de la tesis será relacionada con la profesión/rol que declare en la entrevista. (ejemplo: Licenciada/o en Enfermería en Centro de salud, Docente de Enfermería, Coordinadora de Enfermería, etc), no pudiendo ser ubicable y/o referenciable los datos aportados con mi persona.

Además, se me informa que los resultados de esta investigación serán presentados en las instituciones intervinientes, tanto académicas como organizacionales del Municipio. Con eventual posibilidad de publicar la misma en artículos académicos, jornadas/congresos científicas.

El día.....del mes de.....año....., en la ciudad de..... Provincia de Buenos Aires, Argentina, ..... con DNI n°

..... presta su conformidad y consentimiento libre/voluntario de llevar a cabo la presente entrevista la cual será utilizada como insumo para elaborar la tesis con los fines ut supra mencionados.

-----  
Firma del Participante