Instituto de Investigaciones Gino Germani

VII Jornadas de Jóvenes Investigadores

6, 7 y 8 de noviembre de 2013

Autores: Nicolás Manuel Viñas y Nahuel Audisio

Pertenencia institucional: Centro de Estudios e Investigación en Ciencias Sociales (CEICS). Estudiantes de la carrera de Sociología, UBA.

Dirección de correo electrónico: vinasnicolasmanuel@hotmail.com; nahuelma_87@hotmail.com.

Eje 12: Desigualdades y Estructura Social: Producción, reproducción y cambio.

Título de la ponencia: Condiciones laborales de los trabajadores de la salud: la situación de los residentes, concurrentes y enfermeros en el sistema público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Introducción

La presente ponencia se propone analizar las condiciones laborales de los trabajadores de la salud en la Ciudad de Buenos Aires, en particular, la situación en la que se encuentran los enfermeros, concurrentes y residentes en el sistema de salud público. Esta ponencia se enmarca en un proyecto de investigación más general cuya hipótesis parte del supuesto de un proceso de deterioro y fragmentación de la clase obrera en general y de los trabajadores de la salud en particular. Esta fragmentación se ve reflejada en los modos de contratación laboral los cuales varían en su forma cuando refieren al mismo tipo de actividad. En este sentido, un trabajador de la salud contratado puede realizar el mismo tipo de trabajo que uno de planta permanente y, sin embargo, obtener un sueldo considerablemente menor. Esta fragmentación afecta las condiciones laborales de los trabajadores ya que la forma contractual de un integrante de planta permanente difiere de las condiciones laborales de un trabajador contratado. También afecta a los trabajadores en su proceso de obtención de mejoras en sus condiciones laborales puesto que los reclamos varían según la forma contractual, es decir, tiende a dificultar la unidad en la lucha.

Este proceso de fragmentación se produce en paralelo a una tendencia a la flexibilización laboral. Esta última es entendida como una estrategia de la burguesía argentina de largo plazo

que ataca las condiciones de trabajo conquistadas por la clase obrera. En términos generales, se asocia el avance de este tipo de políticas con la instauración de los llamados gobiernos neoliberales. En el caso argentino, se hace referencia a la década de 1990, es decir, a las presidencias de Carlos Menem y de Fernando De la Rúa. Bajo dichos gobiernos, se establece una legislación nacional que tiende a flexibilizar las condiciones de empleo y modifica las características generales de la negociación colectiva. Ejemplos de este proceso son la Primera Ley de Empleo (24.013/91), la ley de pymes (24.467/97) y la ley de formación y empleo (24.465/98). Por su parte, la ley 25.013/98, conocida como ley Banelco, completa la tarea flexibilizadora y, de algún modo, ordena el cuadro resultante de las distintas leyes y decretos anteriores. Estas leyes introducen la posibilidad de establecer contratos con modalidades promovidas por tiempo indeterminado y pasantías (que no se consideran una modalidad laboral). También introducen un período de prueba en los contratos de empleo permanente y pautan condiciones especiales para el empleo en las pequeñas empresas. Además, establecen que los convenios por empresa pueden modificar en cualquier sentido, a la suba o la baja, las condiciones pautadas en los convenios por rama los cuales, a su vez, pueden estipular peores condiciones que las establecidas en la Constitución Nacional. En este marco, se establece un predominio de la negociación por empresa. A su vez, en la mayoría de los convenios firmados en esta etapa se introducen cláusulas flexibilizatorias.

Por otra parte, la segunda hipótesis general que planteamos en esta investigación sostiene la existencia de un proceso de proletarización y pauperización de la pequeña burguesía. Dicho en otros términos, se observa una tendencia a la asalarización de capas de la burguesía que antiguamente se reproducían como una fracción menor del capital local. En este sentido, los profesionales médicos serían parte de este proceso. Anteriormente, los médicos desarrollaban su actividad en forma privada, en un consultorio donde invertían en la compra de instrumental y maquinaria para poder brindar un servicio integral a los pacientes, es decir, invertían en los medios de producción. Progresivamente, los consultorios médicos han tendido a perder peso en la atención de la población y los profesionales de la salud han pasado a ofrecer su fuerza de trabajo tanto en empresas privadas como en dependencias del Estado, a cambio de un salario.

Si bien las hipótesis formuladas ameritan un análisis histórico de nuestro objeto de estudio, esta ponencia intenta aproximarse al estudio de las condiciones laborales actuales de los trabajadores de la salud que se emplean en los hospitales públicos. En este sentido, las preguntas que guían este trabajo pueden formularse de la siguiente manera: ¿bajo qué condiciones trabajan los profesionales de la salud hoy? ¿Qué tareas realizan según el puesto

de trabajo que ocupan? ¿Qué aspectos del trabajo efectivamente realizado se encuentran regulados y cuáles no? Para responder a estos interrogantes, hemos relevado las leyes que regulan el empleo con el objetivo de caracterizar ciertos aspectos de las condiciones de trabajo en el sector. La legislación sobre un empleo determinado indica el conjunto de normas que regularizan formalmente las actividades laborales, dan cuenta de su contenido y las obligaciones del empleador respecto de sus empleados. Es decir, indican en qué grado se encuentra la relación de fuerza entre los dos actores. También revelan las obligaciones del obrero en tanto trabajador de la rama. En este sentido, nos proponemos analizar las condiciones formales bajo las cuales se debe desarrollar la actividad de los enfermeros, los residentes y concurrentes y contraponer aquello que dictamina la legislación con las condiciones de trabajo realmente existentes en el sector estudiado. Para aproximarnos a las condiciones reales en las cuales se desarrolla la labor de los trabajadores de la salud hemos realizado 23 entrevistas en profundidad a enfermeros, concurrentes, residentes, jefes de enfermeros y delegados gremiales, todos ellos se emplean en hospitales públicos.

Los enfermeros

El objeto de cuidado del enfermero fue variando a lo largo de la historia. En la actualidad, un enfermero se ocupa no solamente del cuidado de los enfermos, sino también de las personas sanas. Según la normativa vigente, el ejercicio de la enfermería comprende:

"el cuidado de la salud en todo el ciclo vital de la persona, familia y comunidad y su entorno, en las funciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, a través de intervenciones libres, autónomas, independientes, interdependientes en la modalidad de atención existente y de las que se habiliten en el área sectorial e intersectorial relacionada directa e indirectamente con la salud. La gestión, administración, docencia, investigación, auditoria y asesoramiento en el sistema de salud y en la del sistema formal educativo y en todos los demás sistemas, sobre temas de sus incumbencias. La dirección y administración de servicios de salud, la presidencia e integración de tribunales o jurados en los concursos para el ingreso y cobertura de cargos en el sistema asistencial y educativo, la realización de actividades jurídico-periciales, y la dirección de establecimientos educativos en el área de

incumbencia. La integración y participación en los organismos que regulen y controlen el ejercicio de la enfermería en todos sus niveles."[1]

A su vez, la normativa reconoce dos niveles para el ejercicio de la enfermería: el profesional y el auxiliar.[2] Por un lado, es competencia específica del profesional lo establecido en las incumbencias de los títulos habilitantes de licenciado en enfermería y enfermero[3], quienes se deben encargar del planeamiento, ejecución, dirección y supervisión de la atención de enfermería en la prevención, recuperación y rehabilitación de la salud. También deben dedicarse a la elaboración de programas de salud interdisciplinarios, participación en el desarrollo de la tecnología apropiada para la atención de la salud, realización de investigaciones y formación de futuros profesionales de la salud hasta la integración de los organismos competentes de los Ministerios de salud y acción social, de cultura y educación. Por otro lado, es competencia del auxiliar de enfermería la realización de procedimientos básicos en la internación y egresos de los pacientes en las instituciones de salud, preparación y acondicionamiento de los materiales y equipos de uso habitual para la atención de los pacientes, la ejecución de medidas de higiene y bienestar del paciente, la aplicación de inmunizaciones previa capacitación, la colaboración en la rehabilitación del paciente, la realización de curaciones simples, la participación en los procedimientos *postmortem* de acondicionamiento del cadáver, dentro de la unidad o sala.

No obstante esta distinción, observamos que en el sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires se desfiguran las responsabilidades del personal de enfermería. Por un lado, acapara tareas que corresponden a otras profesiones y oficios: el personal de enfermería realiza tareas propias de los camilleros (situación que atenta contra la salud del personal y le genera lesiones en la columna a lo largo de su trayectoria laboral) y modifica los manómetros de los tubos de oxígeno, los cuales son excesivamente pesados y su traslado resulta una tarea riesgosa. También colabora con el servicio de nutrición, con el servicio de vigilancia y con el administrativo. Por otra parte, los llamados telefónicos muchas veces deben ser atendidos por enfermeros en momentos en que, paralelamente, se encuentran asistiendo a pacientes. Además, los enfermeros brindan apoyo al servicio de esterilización y al sector de farmacia. En las ambulancias, se encargan de su limpieza junto con los médicos y choferes. Uno de los

[1]Fuente: Ley N°298/99, de ejercicio de la enfermería de la Ciudad de Buenos Aires, art. 3°.

[2]Fuente: Ley N°24.004, Régimen legal del ejercicio de la enfermería, art. 3°.

[3]Fuente: Decreto PEN 2497/1993, Decreto Reglamentario de la Ley 24.004.

enfermeros entrevistados menciona cómo dedica su tiempo a la limpieza de las ambulancias, aún sin poseer el conocimiento y el instrumental adecuados para dicha tarea:

"En un hospital, cuando un paciente desaloja una cama, viene un personal de limpieza con un montón de productos antisépticos, limpia todo, cambia la sábana, hace una descontaminación de la unidad. En los servicios de ambulancia no. Nosotros cambiamos las sábanas sin tener el conocimiento ni los instrumentos para realizarlo: limpiás con alcohol, con lavandina la pared, los pisos y seguís laburando. Debería haber un personal de limpieza capacitado, con los materiales de limpieza y con la protección de bioseguridad necesarios y descontaminar la ambulancia por lo menos una vez al día. Es más, la frazadita es la misma todo el invierno."[4]

Esta polifuncionalidad se expresa de algún modo en otras tareas que asumen los enfermeros como propias y que, en los hechos, debieran ser efectuadas por otro personal específico. Uno de los licenciados en enfermería entrevistado menciona cuál es el *modus operandi* en los hechos y cuál es el que debiera suceder:

"El timbre suena nada más que para enfermería, no pusieron un timbre específico para el médico ni para la mucama. Enfermería quedó de sereno del resto del personal del hospital: el paciente que necesita una mucama le toca timbre a la enfermera; el médico se va a dormir a la noche y nos dice 'si pasa algo me despertás', pero yo tengo que estar con los pacientes, no tengo que despertar al médico".[5]

Por otra parte, el personal de enfermería y personal ajeno a la enfermería realizan tareas para las cuales no poseen la capacitación requerida y por las cuales no reciben remuneración ni beneficios extra. Esta situación se presenta, en el primer caso, en las tareas que realizan los auxiliares, las cuales exceden ampliamente su capacitación y terminan confundiéndose con las de los enfermeros, provocando accidentes. El auxiliar puede, por ejemplo, colocar mal un suero sin tener el conocimiento suficiente del riesgo al que expone a los pacientes. Estos riesgos son relatados por otra licenciada en enfermería que entrevistamos:

---

[4]Entrevista de los autores a Lalo, enfermero de ambulancias de PAMI, realizada el 13/04/12.

[5]Entrevista de los autores a Iván Sotomayor, jefe de enfermeros del Hospital Álvarez, secretario gremial de la Asociación de Licenciados en Enfermería (ALE), realizada el 17/01/13.

“Yo siempre digo que son los reyes del empirismo: nosotros sabemos que sobre prueba y error se aprende, pero vos no podés exponer a alguien a un error, yo no le daría un avión a un tipo que no es piloto porque seguramente algo va a suceder. Y, generalmente, suceden cosas pero que no se comprueban como tales, porque no se hacen las verificaciones debidas. Un auxiliar no tiene los conocimientos para detectar con claridad una amnea y a lo mejor el paciente entra en una amnea profunda y un paro respiratorio y llega tarde el aviso al médico, que actúa sin el conocimiento requerido: él no tiene forma de verificar qué sucedió porque el auxiliar lo que le manifiestó es ‘ay, sonó la alarma’. Si a un paciente le duele la boca yo puedo detectar una leucoplasia vellosa, pero un auxiliar te puede mandar a hacer un buche.”[6]

El segundo caso es el de aquellas personas ajenas a la enfermería que realizan tareas que no le son propias. Esta situación se observa, por ejemplo, en los geriátricos y en el sistema de emergencias. Según los entrevistados, en los geriátricos, los ancianos están cuidados por personas que en la mayoría de los casos no están debidamente capacitadas. Se trata de los cuidadores o asistentes. En efecto, uno de los accidentes más comunes en los geriátricos es el paso de la alimentación que se administra vía sonda, a través del suero que se dirige a la vena. Esta praxis ocasiona la muerte. Otros riesgos mencionados por los entrevistados por la realización de tareas ejecutadas por un personal no capacitado suceden en las ambulancias del SAME. Al parecer, hay choferes que reemplazan a los enfermeros luego de haber realizado un curso de primeros auxilios (o sin él), a pesar de que la reglamentación establece que las ambulancias deben ser tripuladas por un enfermero, un médico y el chofer, siendo optativo contar con camillero. Esto se encuentra regulado por la ley 1.850 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Sin embargo, desde la perspectiva de los enfermeros, esto no se cumpliría. Como mencionan los entrevistados:

“el objeto del chofer es manejar, nada más. Sin embargo, los han ido convirtiendo poco a poco en camilleros, colaboradores, pseudoenfermeros, pseudotécnicos. Si un paciente tiene un paro cardiorespiratorio y el equipo de salud que llega a auxiliarlo está incompleto sus probabilidades de sobrevivir se reducen de un 80% a un 54%, esto en un RCP, que es lo que más se ve (…). En una situación de tensión, mientras el médico atiende al paciente, el enfermero puede calmar a los parientes e indagar ciertos antecedentes. Por ejemplo, si fue

[6]Entrevista de los autores a Zulma Lovay, jefa de enfermeros del Hospital Fernández, realizada el 11/01/13.

internado hace poco tiempo, si toma medicamentos, etc. Con estos datos, el médico sabe si hay que llevar al paciente de manera urgente o no. Un equipo completo no sólo refiere a la parte técnica sino también a la contención del auxilio. Y un chofer, por más buena voluntad que tenga, no tiene el conocimiento suficiente".[7]

Siguiendo con esta línea argumentativa, otra entrevistada, la presidenta de la Asociación de Licenciados en Enfermería, nos mencionó ciertos procesos de inoperancia en los sucesos de Cromañón y el choque del tren de Once ocurridos en 2004 y 2012, respectivamente:

"Cuando ocurrió lo de Cromañón y el choque del tren en Once, nosotros tendríamos que haber estado trabajando ahí. Nosotros hacemos cursos de triage para determinar la posibilidad de salvarse que tiene cada paciente en caso de catástrofe. Un enfermero puede ahí mismo poner una vía o un suero para que el paciente no llegue al shock. También puede hacer una reanimación si está el oxígeno. En Cromañón, por ejemplo, no había oxígeno. Todo el personal que estuvo allí actuó de manera improvisada. Los bomberos no tienen idea de lo que tienen que hacer, salvo primeros auxilios".[8]

Esta situación según la cual un auxiliar de enfermería realiza tareas que son propias de los profesionales se encuentra reglamentada en las disposiciones transitorias de las leyes que reglamentan la actividad. La normativa que regula el ejercicio de la enfermería en la Ciudad de Buenos Aires avala esta situación, como mencionan las siguientes cláusulas de las leyes 298 y 24.004:

"Cláusula 1º. Por única vez, a las personas que a la fecha de publicación de la presente acrediten un mínimo de dos años ininterrumpidos en la jurisdicción de la Ciudad de Buenos Aires en el desempeño de actividades de auxiliares de enfermería, sin poseer ninguno de los títulos o certificados habilitantes previstos en el artículo 10º, se les otorga un plazo máximo de dos años, a partir de la promulgación de la presente, para obtener el certificado de auxiliar de enfermería. Cláusula 2º. Los auxiliares de enfermería que a la fecha de publicación de la presente estuvieran cumpliendo funciones y actividades propias del nivel profesional,

[7]Entrevista de los autores a Iván Sotomayor, op. cit.

[8]Entrevista de los autores a Viviana Ramírez, presidenta de la Asociación de Licenciados en Enfermería (ALE), realizada el 25/10/12.

contratados o designados en instituciones del sistema de salud, sin poseer título habilitante de conformidad con lo establecido en el Artículo 9º, podrán continuar en ese ejercicio con sujeción a las siguientes disposiciones: Deberán inscribirse en un registro especial que a tal efecto habilitará la autoridad de aplicación dentro de los 180 (ciento ochenta) días de la publicación de la presente Ley. Vencido el término a que hace referencia el inciso anterior, tendrán un plazo de hasta 10 (diez) años a partir del ciclo lectivo siguiente para obtener el título de Enfermera/o. Para la realización de los estudios respectivos, tendrán derecho al uso de las licencias y franquicias horarias establecidas en los regímenes vigentes en cada Subsector o los que se dicten por los respectivos Convenios Colectivos de Trabajo. Estarán sujetas a las demás obligaciones y régimen disciplinario de la presente. En todos los casos se les respetarán sus remuneraciones, situación de revista escalafonaria y la posibilidad de presentarse a concurso. Cláusula 3º. Por única vez, para mantener el título de especialista de acuerdo con las normas vigentes, los enfermeros/as tienen un plazo de 10 (diez) años para obtener el título de grado."[9]

Finalmente, se observa una sobrecarga de tareas dentro de la propia actividad, que atenta contra las condiciones laborales del personal de enfermería. Una resolución de la Defensoría del Pueblo contrasta lo que señala el convenio colectivo del sector privado y lo que sucede efectivamente en la realidad, tanto de ese sector, como en el público:

"Por convenio colectivo del sector privado (CC 122/75) se establece que a cada enfermera debe asignársele hasta doce camas para su atención y si es sala de terapia intensiva hasta cuatro camas por enfermera. En los hechos, tanto para el sector público como privado se señala que las salas comunes atienden más de 20 camas por enfermera, mientras que las de terapia intensiva más de diez camas por enfermera".[10]

---

[9]Fuente: Ley N°298/99, de ejercicio de la enfermería de la Ciudad de Buenos Aires, disposiciones transitorias, cláusulas 1°, 2° y 3°. En la Ley N°24.004, Régimen legal del ejercicio de la enfermería, se puede observar similar disposición en su artículo 23°.

[10]Ver, Pautassi, Laura y Rico, María Nieves. "*¿Un Mercado en Retracción?* El empleo en el Sector Salud en Argentina desde la perspectiva de Género". Serie Seminarios Salud y Política Pública. Seminario VIII-Diciembre 2003. Citado en Defensoría del pueblo, resolución 910, 14 de abril de 2011, p.15. [en línea]. [consulta 2 de agosto 2013] www.defensoria.org.ar/institucional/resoluciones/r0910-11.doc.

La sobrecarga de tareas y la elevada cantidad de camas y pacientes que atiende el personal de enfermería se refleja en que, para poder cumplimentar mejor su labor, en numerosas oportunidades los enfermeros son ayudados por las familias de los pacientes. Por ejemplo, los familiares avisan si se terminó un suero. También existe un personal voluntario que presta servicios (gratuitos) en la alimentación de las personas con internación. O bien, el mismo hospital terceriza este servicio en un personal que, muchas veces, la misma institución sugiere a familiares de pacientes para que éstos contraten, a cambio del pago por jornal. Se trata de un costo que debiera ser absorbido por el Estado y que, en los hechos, lo garantizan los familiares del paciente.

Esta sobrecarga de tareas por la elevada cantidad de pacientes por cada enfermero se agrava aún más en ciertos hospitales, debido a la unificación de salas donde se atendían pacientes con diferentes enfermedades o patologías. Por ejemplo, en el Hospital Garrahan se unificó la atención de pacientes con patologías infecciosas y pacientes inmunosuprimidos. Esto ocurrió debido a la eliminación de la UAC-CIM 74 (unidad de administración de citostáticos), que era la sala donde se internaban exclusivamente los niños con enfermedades oncológicas para recibir su tratamiento. De este modo, se transformó a una sala monovalente (internación de un solo tipo de paciente) en polivalente, aumentando las probabilidades de que se produzcan infecciones cruzadas. Por este motivo, los enfermeros deben atender a pacientes con enfermedades diferentes. Esta situación no solo atenta contra las condiciones laborales de los enfermeros, también perjudica notoriamente a los pacientes de los hospitales. Uno de los delegados del Hospital Garrahan que entrevistamos describe esta problemática según la cual, por incrementarse el ritmo de trabajo de los enfermeros y racionalizar sus tareas, se crea un riesgo para los pacientes:

"En el Garrahan tenemos mezclados a pacientes que en un hospital común serían ubicados en una terapia, con alto riesgo de descompensación, junto con otros pacientes dentro de cuidados intermedios. Para un paciente con un catéter epidural tiene que haber una sola enfermera para controlarlo, porque ese paciente puede pararse a nivel central, ese catéter va al sistema nervioso central y el paciente puede padecer un paro respiratorio, entonces necesita sí o sí controles estrictos. Y si vos aceptás atender 5 pacientes más un paciente de esos, el paciente se te puede ir y no darte cuenta, corre peligro tu matrícula."[11]

[11]Entrevista de los autores a Luisa, enfermera delegada del Hospital Garrahan, realizada el 17/04/13.

En sintonía con lo dicho anteriormente, una delegada del mismo hospital menciona cómo la falta de personal, por orden de la conducción de la institución, ha tendido a incrementar el contagio de enfermedades a un número elevado de pacientes:

"Hay un microorganismo que es el Enterococo Vancomicina Resistente que es de infección intrahospitalaria. Había un solo paciente de EVR que se lo había contagiado en EEUU y en el hospital se lo trataba con atención personalizada de enfermería. Con la falta de personal de enfermería, muchas veces por orden de la conducción, no se garantiza la atención personalizada y esto, entre otras cosas, ha contribuido a que hoy haya más de 300 pacientes con EVR."[12]

A la sobrecarga de tareas en el trabajo debemos sumarle la existencia de un segundo empleo. Como consecuencia de los bajos salarios, con un gran porcentaje en negro, el personal de enfermería cubre generalmente dos puestos, o bien, realiza una abultada cantidad de horas extras bajo la forma de módulos. Estos bloques de horas extras, que equivalen a un turno, se pagan por debajo del valor de la hora normal. Por otra parte, en el caso de los franqueros, su labor se vio afectada con la sanción de los feriados turísticos por Decreto del Poder Ejecutivo Nacional n° 1584/10. Como menciona uno de los entrevistados:

"Hasta hace 8 ó 9 años atrás, el único fin de semana largo era el de Semana Santa, que eran 4 días corridos y los franqueros trabajaban 14 horas todos los días. Eran más de 48 horas seguidas, quedaban destruidos. Pero, desde hace un par de años, se fueron incorporando más feriados, se fueron haciendo puentes. Entonces, estos feriados que caían miércoles o jueves, ahora los pasan al lunes. De este modo, se trabajan 3 días corridos y, cuando llega el martes, el personal está agotado. Luego llega el sábado para volver a trabajar y aún ese personal no está del todo repuesto".[13]

La excesiva cantidad de horas de trabajo de los enfermeros tiene consecuencias en su propia salud. Es sintomático que todos los entrevistados respondieron con énfasis que, predominantemente, los afectaba el denominado Síndrome de Burnout (o "quemarse" por el

[12]Entrevista de los autores a Gustavo Lerer, delegado del Hospital Garrahan, realizada el 17/04/13.

[13]Entrevista de los autores a Ivan Sotomayor, op. cit.

trabajo). Se trata, básicamente, de un estrés laboral crónico, producto de la sobrecarga laboral y el trato directo con las enfermedades, el dolor y la muerte, entre otros factores. También se mencionan lesiones musculares, lumbalgias y desgarros. Son frecuentes, a su vez, los pinchazos y los accidentes con humores (sangre, orina, pus y otras secreciones).

Los residentes y concurrentes

Los residentes y concurrentes son profesionales médicos o no médicos (trabajadores sociales, kinesiólogos, bioquímicos, enfermeros, psicólogos, etc.) que se insertan en el sistema de salud a través de una capacitación en servicio, lo que les permite especializarse en un área determinada. Para el ingreso a la residencia o concurrencia, todos los años se llama a un concurso para cubrir las vacantes: se toma un examen de 100 preguntas con un valor de 0,5 cada una, cuya nota se suma al promedio de la carrera. En base al puntaje final se elabora un ranking. Quienes obtengan un mayor puntaje, podrán acceder a las residencias y quienes tengan menor puntaje deberán conformarse con ser concurrentes. Ahora bien, no todas las especialidades poseen concurrencias (por ejemplo, enfermería no las tiene) a la vez que algunas se caracterizan por poseer un peso relativo mayor de las concurrencias por sobre las residencias (psicología, por ejemplo).

Veamos, primero, qué es un residente y qué ideas se construyen sobre la base de su condición profesional. La ley 2.445 de la Ciudad de Buenos Aires, sancionada en 2007, denomina al residente como un agente contratado por el tiempo estipulado para cada residencia (de 3 a 5 años), siendo su trabajo de tiempo completo con dedicación exclusiva.[14] Si bien la normativa establece que las residencias son una forma de capacitación en servicio y la palabra “trabajo” aparece en la descripción de las tareas, el gobierno y la burocracia sindical describen a estas personas no como trabajadores sino como “profesionales en formación”. Diversos son los oficios donde se realiza capacitación de la mano de obra en el transcurso del contrato y dentro del horario laboral. Ahora bien, que la capacitación de los residentes y concurrentes no sea una cuestión de días, sino de años, no los hace abandonar su condición de trabajadores, sino que los convierte, en todo caso, en trabajadores calificados. Toda esta construcción ideológica que tiende a ocultar el carácter de “trabajador” y defiende la idea de personal “en formación” atenta contra las condiciones laborales de los residentes y permite que éstos no accedan a los

[14]Fuente: Ley 2.445/07 (G.C.B.A.), Artículo 3°.

derechos laborales reconocidos para otros obreros del sector. Uno de los entrevistados menciona las consecuencias de esta construcción ideológica y cómo esto afecta las condiciones de trabajo:

"El año pasado [se refiere a 2011], Médicos Municipales convino en la paritaria la licencia por estrés, que abarca solamente a los profesionales de planta y no a los residentes y concurrentes. Ante las quejas, nos respondieron que nosotros no éramos trabajadores, sino 'profesionales en formación'. Es decir, que el sector de trabajadores más expuesto al estrés cotidiano, el que más horas y más intensamente trabaja, que además es el que menor salario percibe y que tiene una serie de responsabilidades por fuera del horario laboral, como preparar exámenes, no puede gozar de licencia por estrés".[15]

La cita expuesta más arriba abona en el sentido de la fragmentación que mencionamos en la introducción de esta ponencia. Se trata de una división que ataca las condiciones laborales de la clase obrera. En el caso de los profesionales de la salud, este fraccionamiento, que se presenta en las normativas y que se construye en términos ideológicos, se expresa en una situación de hecho que perjudica a los concurrentes y residentes y que atenta contra sus condiciones de trabajo. A su vez, tiende a atomizar y a disminuir la capacidad de reacción del conjunto de los trabajadores contra su empleador.

Por otra parte, la construcción ideológica del "profesional en formación" permite una mayor regimentación e intensidad en el uso de la fuerza de trabajo. En las especialidades quirúrgicas es una práctica establecida que los residentes y concurrentes realicen más guardias que las correspondientes. En este sentido, los profesionales tienen más posibilidades de intervenir quirúrgicamente y, por lo tanto, de "formarse". Este argumento es utilizado como una instancia para incrementar el uso de la fuerza de trabajo de concurrentes y residentes, es decir, de una mano de obra barata puesto que, todas estas guardias realizadas más allá de lo estipulado, son, lógicamente, impagas.

El incremento en la intensidad de las tareas se realiza con mayor fuerza en las urgencias que en las operaciones programadas, situación que facilita un mayor uso de la fuerza de trabajo. Es decir, se aumenta la cantidad de intervenciones en una misma jornada de trabajo. Otra práctica muy extendida en estas especialidades es la *guardia castigo*. En este sentido, uno de

[15]Entrevista de los autores a Sebastián Crespo, residente del Hospital Piñero, miembro de Marea Popular, realizada el 23/11/12.

los residentes entrevistados nos cuenta en qué consisten este tipo de guardias y qué consecuencias tiene para los trabajadores médicos:

“es común en estas especialidades que los residentes y concurrentes no gocen de sus francos post-guardia, debido a que pueden sufrir represalias (como el cierre de los quirófanos), o bien, porque, de hacerlo, sus compañeros no tendrían la posibilidad de acaparar todo el trabajo pendiente. Y hacer guardia implica entrar a las 8 de la mañana de un lunes y salir a las 10 de la noche de un martes habiendo pegado un ojo durante 30 ó 40 minutos”.[16]

De la entrevista se desprende que estas guardias pueden llegar a ser de 38 horas corridas, prácticamente sin descanso. Estas elevadas jornadas atentan no solo contra las condiciones laborales, también tiene una consecuencia en la organización política de los residentes y concurrentes. En este sentido, los trabajadores que se ocupan en estas especialidades quirúrgicas son los que menos concurren a las reuniones y manifestaciones organizadas por el colectivo de residentes puesto que, para ello, debieran cancelar las operaciones. Nuevamente, las guardias castigo y la intensidad en las tareas de estas especializaciones terminan convirtiéndose en obstáculos para la organización política, aspecto que es utilizado en su contra.

El rótulo de “profesional en formación” también se presta para que en muchas especialidades (sobre todo en las quirúrgicas) las jornadas laborales sean extensas y a destajo, según la directiva de cada jefe de residentes. Como menciona uno de los residentes entrevistados:

“Nosotros deberíamos entrar a trabajar a las 8 de la mañana y retirarnos a las 5 de la tarde y, en muchos casos, esto no se cumple y trabajamos hasta finalizar las actividades asignadas. Tenemos compañeros que entran a las 5 de la mañana y se van a las 11 de la noche del hospital, con lo cual no sólo no se cumple el horario de trabajo, sino que va en contra de nuestras condiciones de atención. Y estas horas no se pagan”.[17]

Esto también se ve reflejado en la legislación con respecto a la cantidad de guardias a realizar y con la cantidad de días a trabajar anualmente:

[16]Entrevista de los autores a Jeremías Benavente, residente del Hospital Piñero, realizada el 29/08/12.

[17]Entrevista de los autores a Sebastián Crespo, op. cit.

“Los residentes realizarán como mínimo una guardia por semana y como máximo una cada cuatro días. En la medida que los objetivos docentes del programa lo justifiquen, la Subcomisión de Residentes aprobará todo programa con más de una guardia cada cuatro días. Las mismas serán de 24 horas (…). A los efectos de la promoción la asistencia mínima anual será de 200 firmas. Las ausencias por licencias ordinarias y/o por maternidad no serán consideradas como tales a los efectos del total de firmas anuales. En caso de ausencia más prolongada y debidamente justificada el Subcomité de Residencias asesorará a la Dirección de Capacitación Profesional y Técnica sobre la conveniencia que el residente pueda permanecer en el programa, estableciendo el momento y nivel del mismo, a efectos de posibilitar su mejor capacitación.”[18]

Sin embargo, allí donde más se siente el peso de esta construcción ideológica es en el caso de los concurrentes, quienes realizan las mismas tareas que los residentes, pero sin percibir un salario, sin acceso a ART, seguro médico (si son médicos), alimentación, tratamiento psicológico, obra social, aportes, ni beneficios por su trabajo. Estos trabajadores *ad honorem* predominan en las especialidades de salud mental y psicología. Además, su formación tiende a ser peor que la de los residentes: muchas veces no se supervisa su tarea, no se los invita a clases, cursos y otras actividades académicas y se los excluye de jornadas. Por eso, las concurrencias son casi en su totalidad a medio tiempo (de 8 a 13), para permitir que los concurrentes accedan a otro trabajo, generalmente en guardias, en ambulancias, en lo médico laboral de alguna empresa, en el ámbito privado, como franqueros o fuera del ámbito sanitario. Un estudio señala la situación de los concurrentes en el ámbito de la profesión psicológica que sintetiza cómo organizan su vida los profesionales mencionados:

“Hacia el año 2003, en la Ciudad de Buenos Aires existían 2.368 psicólogos trabajando en organismos públicos, de los cuales el 58% (1.364) eran concurrentes. Es decir, que el sistema de salud mental se sostiene gracias a que más de la mitad de sus empleados trabajan gratis. A falta de un salario que sustente dicha práctica, los profesionales deben realizar, paralelamente, tareas que en más de un caso nada tienen que ver con su profesión. Como señala uno de ello:

[18]Fuente: Ordenanza n° 40.997/85 (G.C.B.A.), artículo 26.

‘la perspectiva laboral consiste en lo siguiente, a la mañana dar la Concurrencia y, a la tarde, trabajar en Mc Donalds, o como telemarketer, o lo que sea’.”[19]

En el caso de las residencias de enfermería, donde por lo general se respeta el horario laboral (de 8 a 16 horas), es común que los residentes tengan también otra ocupación. Esta situación hace que los enfermeros dediquen una elevada cantidad de horas a diversos tipos de trabajo, como menciona uno de nuestros entrevistados:

“la mayoría de los residentes trabajan también de franqueros o en el turno noche de algún privado, entonces hay muchos que trabajan a la noche y al otro día van sin dormir a la residencia. Sucede en la enfermería: el que trabaja en un privado, trabaja en un público, o trabajan en dos privados o si trabajan sólo en el público hacen un montón de módulos. No existe un enfermero que trabaje 7 horas”.[20]

Como las residencias son trabajos con dedicación exclusiva, es una práctica difundida que se hagan horas extras en negro o no reconocidas. Esta práctica también la realizan los concurrentes e incluso aquellos que ya cuentan con el título de especialista pero que no han podido ingresar en el sistema. Un residente señala la existencia de un sistema de reemplazos que no es reconocido y que tiende a crear contrataciones precarias en el seno mismo de los profesionales de la salud:

“Muchos ingresan haciendo reemplazos de guardia a nombre de otro, utilizando la matrícula de otro, hacen un reemplazo en negro. Es un contrato de persona a persona. Esto ha hecho que en muchas guardias prácticamente existan plantas que nunca vayan a trabajar, lo que habla un poco de la descomposición del sistema, y siempre entregan su matrícula a alguien que los reemplaza y se quedan con alguna diferencia. Lo cierto es que después de hacer eso un tiempo el próximo cargo que se abre es para vos.”[21]

---

[19]Agustina Desalvo. (2008, enero/febrero). Explotación ad honorem. Acerca de las concurrencias de los psicólogos en la Ciudad de Buenos Aires. *El Aromo*. 23.

[20]Entrevista de los autores a Dolores Corujo, residente de enfermería, realizada el 27/11/12.

[21]Entrevista de los autores a Matías De Iullis, residente de pediatría en el Hospital de Niños de La Plata, miembro de Tribuna de Salud, realizada el 31/05/13.

El sueldo de un residente es el equivalente al de un médico de planta de 24 horas modificado por un coeficiente que varía según la especialidad y el año de la residencia.[22] Su monto varía de esta forma entre los 6.500 y 8.600 pesos, con la diferencia de que el residente trabaja (en la mayoría de las especialidades) como mínimo 45 horas. Por su parte, los residentes de primer año y los jefes de residentes, es decir, aquellos que recién ingresaron al sistema de residencias, padecen una demora que se repite año a año de entre 3 y 4 meses para empezar a cobrar, siendo esto un motivo de alza en la movilización del colectivo de residentes.

Por otra parte, según la ordenanza 40.997/85 (G.C.B.A), las funciones del residente consisten en registrar por escrito sus actividades de acuerdo a los objetivos y modalidades de cada residencia (historia clínica, parte quirúrgico, protocolos de laboratorio, informe psicológico, etc.); confeccionar, conjuntamente con el profesional de planta responsable, la epicrisis o el resumen final de la historia clínica, protocolo o informe correspondiente; asistir a las necropsias de los enfermos que hayan estado bajo su cuidado y a las actividades científicas y docentes que fijen los planes formativos correspondientes. Sin embargo, hemos observado que su labor se extiende mucho más allá de lo estipulado: los residentes y concurrentes realizan tareas propias de otros oficios y profesiones, como ser camilleros, extraccionistas, labores de tipo administrativo, de enfermería. Uno de los residentes entrevistados menciona qué tipo de tareas realiza y señala que su labor no difiere de la de un médico de planta:

"los residentes son los que sostienen los engranajes del sistema, o sea, los que van a acompañar a los pacientes a hacerse los estudios, los que se encargan de gestionarlos, los que se encargan de que eso se realice, los que hacen las órdenes para hacerlo. En general, los médicos de planta tienen como una actitud como más indicativa de decir 'che, hay que hacer esto', y el residente más que nada de cumplirlo (…) y eso atendiendo a los pacientes (…). Ahora vengo de atender dos pacientes programados, que ya tenían turno durante la tarde, y son pacientes que ya voy conociendo y los atiendo y veo qué les pasa, cómo andan y que se tomen las medidas que haya que tomar. Y por ahí en otro consultorio había otro médico de planta haciendo lo mismo que estaba haciendo yo."[23]

[22]Fuente: Ordenanza 40.997/85, op. cit.

[23]Entrevista de los autores a Sebastián Crespo, op. cit.

Incluso, a pesar de que debieran ser supervisados en su labor, es frecuente que residentes y concurrentes queden a cargo de puestos para los cuales no poseen formación suficiente, como una guardia o el área de trabajo durante el turno noche. Como señala uno de ellos:

"Muchas veces, queda uno de primer año a cargo de una sala de internación con 15 ó 20 pacientes y no debería ser su responsabilidad. En mi centro de salud, al mediodía, desaparecen todos los médicos de planta, entonces si cae alguna urgencia, si hay que hacer alguna intercurrencia con algún paciente nos encargamos nosotros. También suele ocurrir que en sus primeros tres meses el residente esté supervisado, pero después tiene que atender pacientes como pueda".[24]

Al parecer de los residentes y concurrentes, la precariedad en las condiciones laborales es un elemento que atenta contra la organización política. A su vez, su condición de concurrente o residente se encuentra determinada por un tiempo específico. Por ello, podemos encontrar ciertas semejanzas con el movimiento estudiantil secundario. Como los contratos de los profesionales de la salud, sean éstos residentes o concurrentes, tienen una durabilidad de 3 a 5 años, su recambio es permanente, lo que implica que los cuadros formados en la lucha se retiran y son reemplazados por nuevas camadas. Probablemente, esta situación torne dificultosa su trascendencia en el tiempo y el espacio y, paralelamente, atente contra la posibilidad de transmitir los aprendizajes de las luchas pasadas. Esto, a su vez, plantea constantemente el problema de la organización política ante la falta de respaldo de las conducciones gremiales. Como mencionó uno de los entrevistados:

"hay todo un debate en el interior del movimiento de residentes en torno a qué organización afiliarse y dónde dar la pelea por recuperar ese espacio de representación sindical. En el caso de los médicos uno se puede afiliar a Médicos Municipales por ejemplo, pero el sindicato no promueve esa afiliación porque sabe perfectamente que es un sector que ve con malos ojos a una burocracia que está enquistada hace como 20 años, o sea que ni siquiera desde el sindicato se promueve la afiliación porque sabe perfectamente que no es un espectro de votación que lo pueda llegar a apoyar." [25]

---

[24]Ídem.

[25]Entrevista de los autores a Fernando, residente de odontología, Hospital José Dueñas, miembro de Tribuna de Salud, realizada el 09/08/13.

Como se puede observar, las condiciones de trabajo de los concurrentes y residentes son precarias. Estos profesionales efectúan las mismas labores que los médicos de planta y, sin embargo, no se encuentran amparados por los mismos beneficios y derechos. Se trata de una fuerza de trabajo que es explotada de manera intensa y que percibe salarios que se encuentran por debajo de la remuneración de los médicos (los residentes), o bien, que directamente efectúa una labor de manera gratuita (los concurrentes). Es por ello que tanto residentes como concurrentes han hilvanado una consigna que tiende a igualar sus condiciones laborales con la de cualquier trabajador de planta.

Aproximaciones

Como hemos intentado esbozar, la fragmentación de la fuerza laboral dificulta la organización de los trabajadores en la lucha contra el capital. En el caso de los profesionales de la salud, este fraccionamiento se expresa en las diferencias vinculadas con las condiciones de trabajo en las cuales se desarrolla su labor. Probablemente, ciertos aspectos de la precariedad en las condiciones de trabajo también atenten contra la situación de los médicos de planta. No obstante, en esta ponencia hemos priorizado el análisis de la situación de los enfermeros, los concurrentes y los residentes de hospitales públicos. Es decir, allí donde concurre la mayor parte de la población.

A su vez, la precariedad en las condiciones de empleo de los trabajadores de la salud se expresa en el ámbito ideológico. En este sentido, no sólo tiene un peso sustantivo la construcción ideológica del "profesional en formación", donde se resalta más el aspecto estamental de estudiante que el aspecto de clase, sino que la fragmentación dificulta la unidad de los reclamos de los distintos sectores. La lucha que emprenden los residentes por sus condiciones de formación tiende a alejarse de las luchas sindicales que realizan los trabajadores de planta. Algo semejante ocurre entre los trabajadores pertenecientes a distintas categorías: los contratados, los de planta, los monotributistas, los que trabajan en negro, los profesionales y no profesionales.

Sin embargo, los avances organizativos muestran una construcción de identidad obrera dentro del sector que se expresa no sólo en los reclamos, las medidas y la organización, sino en una tendencia a la unidad de los profesionales con sectores históricamente obreros (como por ejemplo, los enfermeros) con los cuales, en otras épocas, hubiera resultado difícil imaginar

que se realizaran luchas de conjunto. Esto podría tener una relación con la profundización del proceso de proletarización de los médicos, lo cual, de algún modo, puede observarse en la composición etaria de las movilizaciones. Vale la pena destacar dos extractos de entrevistas realizadas a residentes que se encuentran organizados políticamente:

"gran componente de la marcha de ayer [se refiere a la marcha del 06/08/13 con presencia de 4.500 asistentes] era la juventud. Vos no viste muchos médicos de avanzada edad, que hay un montón en los hospitales, no es que no hay médicos de 60-70 años, sino que al revés, están tomando la posta esos jóvenes que eran residentes y que, al incorporarse a la planta de los hospitales, son los que están saliendo a defender los hospitales públicos."[26]

El otro residente entrevistado, que es miembro de un movimiento más general, sintetiza una experiencia de solidaridad entre profesionales de la salud, aspecto que, en sus términos, crearía mayor conciencia y unidad:

"en el Hospital de Niños [de La Plata], el movimiento de residentes juntó donaciones [luego de las inundaciones en 2013] que primero se las dimos al personal del hospital que había sido afectado (…). Fue importante porque los afectados dijeron: 'ah, mirá, los residentes están luchando también para juntar donaciones por nosotros, que nos quedamos sin nada'. Y que un residente esté preocupado por el estado de la inundación y de la salud de un camillero, de un ambulanciero, de un trabajador de maestranza, no es habitual en el sistema de salud, eso genera una conciencia entre los compañeros. Lo mismo se hizo en el Hospital de San Martín."[27]

En otro orden, podemos observar que el aumento en la explotación de la fuerza de trabajo incide con mayor crudeza en aquellos sectores que no poseen medios de producción alternativos para garantizar su reproducción. Puesto que dependen entera o mayoritariamente de la venta de su fuerza de trabajo, la fracción más joven de los médicos tiende a organizarse de manera más sistemática y a luchar por la defensa de su valor. Esto se ve reflejado en el reclamo por la absorción laboral post-residencia, como señala uno de los entrevistados:

[26]Entrevista de los autores a Fernando, op. cit.

[27]Entrevista de los autores a Matías De Iuliis, op. cit.

“La amplia mayoría de los residentes que se forman en la ciudad de Buenos Aires no son tomados por el sistema, son muy pocos y los que son tomados en general hacen horas de guardia y muchos ni siquiera legalmente porque les prestan fichas los trabajadores de planta para trabajar. Si vos tenés una continuidad con esa suplencia que hacés seguramente después te pueda quedar para vos ese lugar. Lo que termina sucediendo es que muchos trabajadores empiezan a laburar en el sistema privado antes de terminar la residencia y ya cuando terminan empiezan a laburar en esos lugares. Un poco también porque es la forma que tienen de vender su fuerza de trabajo, de ir ya buscando algo porque si no lo hicieran, corren riesgo de quedar sin trabajo, una vez finalizada su residencia. Y otro poco también porque el sistema no te ofrece posibilidades para que te quedes en el lugar donde te formaste.”[28]

Esta situación no implica, necesariamente, que la totalidad de los médicos haya visto empeorar sus condiciones de vida ni que hayan asumido una identidad obrera. La pauperización de los profesionales es una tendencia que afecta de forma desigual al conjunto de los trabajadores en general y de la salud en particular. Se trata de un proceso que se ha venido acelerando y funciona como un caudal que arrastra a nuevos elementos a la ya nutrida clase obrera argentina.

Por otra parte, el hecho de reconocer la pertenencia de clase de estos sectores de la clase obrera nos permite desnudar los mecanismos ideológicos que utiliza la burguesía para aumentar la explotación. En este sentido, es preciso combatir la muy difundida noción que sugiere que por una cuestión vocacional el enfermero no puede abandonar su puesto de trabajo, ya que en su desempeño individual se jugaría la salud de las personas. De este modo, se observa cómo se presiona a los enfermeros a trabajar doble jornada cuando se pretende que, finalizado su horario laboral, incurren en abandono de paciente en caso de que no haya quién los reemplace durante el siguiente turno. Pero, ni es tarea del enfermero la organización del trabajo, ni es su responsabilidad de la falta de personal, aspecto que deriva de las pésimas condiciones laborales. La represión de la identidad clasista es una necesidad imperiosa para el capital: profesionales en formación sí, trabajadores, no. En el mejor de los casos, se los califica como trabajadores de la salud al cuidado de personas, pero, trabajadores a secas, jamás.

[28]Entrevista de los autores a Sebastián Crespo, op. cit.

Para finalizar, observamos que la contratación de residentes (en el caso de los médicos y de algunas profesiones no médicas, aunque no todos, como ser el caso de los enfermeros) en el sistema público de salud es una política de abaratamiento de la mano de obra, puesto que cumple el mismo rol que un trabajador de planta con la diferencia de que tiene el sueldo inferior y una jornada con la doble carga horaria. De esta forma, el Estado busca suplir de alguna manera la falta de personal y el reemplazo de los trabajadores de planta por otros sometidos a un contrato precario. Esta hipótesis surge del análisis precedente y será constatada a futuro en próximas investigaciones. También indagaremos el crecimiento de las corrientes de izquierda en el seno de las organizaciones sindicales de los trabajadores de la salud, situación que podría estar mostrando algunos indicios de su tendencia a la proletarización.