

## Los factores de riesgo psicosocial y su vinculación con la variable de género en el trabajo de enfermería

### *Psychosocial risk factors and their relation to the variable of gender in the nursing profession*

Ortega, Julián

---

#### **RESUMEN**

El tema de los riesgos psicosociales en el trabajo ha adquirido mayor atención entre especialistas e investigadores de Argentina en los últimos años, particularmente en el campo de la psicología y otras disciplinas vinculadas con la salud de los/as trabajadores/as. En este artículo se examina la relación entre la variable de género y los factores de riesgo psicosocial en el sector de enfermería, partiendo de las nociones de feminización y precarización de la fuerza de trabajo. Se trata de un estudio descriptivo, transversal, no experimental, de carácter cualitativo a partir del análisis de fuentes secundarias y de veinte entrevistas a profesionales de la enfermería que se desempeñan en organizaciones de salud públicas y privadas de la Ciudad de Buenos Aires. Los resultados indican que la atribución de las tareas de cuidados hacia las mujeres redundan en la doble presencia como factor de riesgo psicosocial que afecta específicamente al género femenino. Además, la sobrecarga de trabajo es otro riesgo psicosocial ocasionado por el pluriempleo y los bajos salarios, denominadores comunes en

enfermería. Se concluye que el Estado, los empresarios y los sindicatos son actores fundamentales para revertir las condiciones de vulnerabilidad de las mujeres en el ámbito laboral.

Palabras clave: Riesgos Psicosociales - Trabajo - Mujeres - Salud

#### **ABSTRACT**

The subject of psychosocial risk factors in the workplace has received attention from specialists and researchers in Argentina during recent decades, in particular in the field of psychology and other disciplines which are related to workers' health. In this article I examine the relationship between gender and psychosocial risk factors in the nursing sector, considering the processes of feminization and precarization in the workforce. The study offers a descriptive, transversal, non-experimental approach with qualitative methodology based on the analysis of secondary sources and twenty interviews with nursing professionals who work in private and public health organizations in the city of Buenos Aires. Findings indicate that the task of care is

socially assigned to women, creating a second shift that specifically impacts the female workforce. Moreover, work overload due to a lack of social and economic recognition of the value of nursing jobs is another psychosocial risk factor to be considered. I conclude that the state, business executives, company owners and trade unions all have a fundamental role to play in improving conditions of women's vulnerability in the workplace.

Key-words: Psychosocial risk factors - Work - Women - Health

---

Licenciado y Profesor en Psicología. Magíster en Ciencias Sociales del Trabajo por la Universidad de Buenos Aires. Docente de la asignatura "Teorías de la Educación y Sistema Educativo Argentino" en la Facultad de Psicología. Becario doctoral UBACyT con sede en el Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Integra el grupo de investigación UBACyT 2016–2019: "Las reformas en el gobierno del sistema educativo: el rol del Estado en la educación y la pluralidad de centros de regulación en las jurisdicciones. Período 2003 - 2015" – Director: Dr. Guillermo Ruiz (Código 20020150100045BA). Mail: julianortega.ar@gmail.com.

## 1.Introducción

El tema de los riesgos psicosociales en el trabajo (en adelante, RPST) ha adquirido mayor atención entre especialistas e investigadores de Argentina en los últimos años, particularmente en el campo de la psicología y otras disciplinas vinculadas con la salud de los trabajadores. En este artículo se analiza la relación entre la variable de género y los factores de riesgo psicosocial. De acuerdo con ciertos autores (Gollac, 2012, Coutrot, 2013, citados en Neffa, 2015) podemos definir a estos últimos como los riesgos para la salud mental, física y social de las y los trabajadores generados por las condiciones de empleo y los factores organizacionales y relacionales, susceptibles de interactuar con el funcionamiento psíquico y mental, que a su vez impacta sobre la organización o empresa donde se desempeñan. Por su parte, pueden distinguirse los *determinantes estructurales* de los RPST de los *determinantes individuales*. Los primeros están vinculados con las condiciones de empleo, la organización y contenido del proceso de trabajo como así también con las relaciones sociales mientras que los segundos se asocian a las características particulares de cada trabajador/a, que determinará el grado de afectación de dichos riesgos. Algunas de estas variables son el género, la edad, el nivel educativo y el estatus socio-laboral (Neffa, 2015).

En nuestro país se realizaron estudios

sobre el modo en que ciertos determinantes estructurales afectan de manera desigual a varones y mujeres, dando lugar a fenómenos tales como la segmentación horizontal y vertical del mercado de trabajo, las brechas salariales, la doble presencia o trabajo duplicado, entre otros (Rodríguez Enríquez, 2015; CIPPEC, 2016; MTEySSS, 2016; Messina, 2017). A su vez, ciertas investigaciones nacionales e internacionales analizaron la variable de género como un elemento modulador sobre los factores de riesgo psicosocial (Di Martino, 2003; Acevedo et. al., 2010; Salin y Hoel, 2013; Escartín, Salin y Rodríguez-Carballeira, 2013; Neffa, 2015; Salin, 2015; Cebey, 2015).

Este trabajo es parte de la investigación de maestría del autor, cuyos objetivos generales fueron: a) describir y analizar las situaciones de discriminación, violencia laboral y/o desigualdad contra enfermeros y enfermeras gays y lesbianas con pretexto de su orientación sexual, el género y su expresión en organizaciones públicas y privadas de la Ciudad de Buenos Aires y b) examinar cuáles son las percepciones de las y los enfermeros sobre sus condiciones de trabajo en organizaciones laborales de la CABA.

En este artículo se recupera el análisis sobre la situación de las y los profesionales de enfermería de la Ciudad de Buenos Aires para mostrar el vínculo existente entre la marcada feminización de la fuerza de trabajo y las condiciones de precarización en las que desarrollan su labor. Se considera a la variable de

género cómo un elemento sobre el cual se erigen procesos de desigualdad en la división socio-sexual del trabajo mediante la atribución de las tareas de cuidado a las mujeres. El supuesto según el cual las mujeres tienen cualidades o dotes “naturales” para el cuidado genera una infravaloración de dichas labores, lo cual redundaría en sobrecarga de trabajo con falta de reconocimiento social y económico hacia la tarea de la enfermería. Como contraparte, al final del escrito se hace alusión al modo en que la masculinidad hegemónica, en tanto que lugar de privilegio, opera como un factor protector ante ciertos riesgos psicosociales y procesos de desigualdad en el trabajo.

### **Feminización y precarización de las condiciones de trabajo**

Ciertos autores (Neffa, 2010; Barrancos, 2011) coinciden en afirmar que determinados sectores sociales son particularmente vulnerables a la precarización: jóvenes, mujeres, migrantes, desocupados, jubilados, entre otros. Aquí se entiende que el trabajo precario está signado por la inseguridad y la inestabilidad de la relación salarial, que puede ocurrir tanto en los empleos formales como informales y en los trabajadores que se encuentran registrados como en aquellos que no lo están. Desde esta perspectiva, el trabajo precario es conceptualizado como una desviación del empleo típico, es decir, asalariado de tiempo completo, en relación de dependencia a un único

empleador, en un espacio físico bien delimitado, protegido por la legislación laboral y la negociación colectiva (Fernández Massi, 2014; Neffa, 2010). En la misma línea en que ciertos autores teorizan sobre la precariedad como una desviación de la norma o tipicidad, otras autoras (Pok, 1992) la han definido como una inserción endeble en el sistema productivo caracterizado por las intermitencias en la actividad laboral, el empleo clandestino o desprotegido, los empleos a tiempo parcial o eventuales y el empleo asalariado fraudulento o encubierto (Pok y Lorenzetti, 2007; Feldman y Galín, 1990; Fernández Massi, 2014).

El modo diferencial en que la precarización afecta mayoritariamente a las mujeres -entre otros clivajes de subordinación, como por ejemplo la etnicidad o la edad- puede explicarse en parte desde la perspectiva de la teoría de segmentación del mercado de trabajo (Fernández Huerga, 2010). Desde una concepción tradicional del dualismo de los mercados (Piore, 1969) se entiende que el mercado de trabajo está dividido en un mercado primario – con mejores salarios, estabilidad, oportunidades de crecimientos - y un mercado secundario, con peores salarios, inestabilidad y escasas posibilidades de promoción. El mercado secundario sería aquel que presenta mayores índices de trabajo precario y en el cual se encuentran los grupos sociales más vulnerables antes mencionados.

De acuerdo con estos

desarrollos, podría afirmarse que el género puede constituirse como un factor de riesgo psicosocial en lo que se refiere a las condiciones de trabajo (Ferrari, Filippi y Cebey, 2010; Neffa, 2015). Específicamente en el caso de las mujeres, la segmentación del mercado de trabajo en función del género es uno de los principales problemas que ellas enfrentan aún hoy para desarrollar actividades económicas “de transformación” (Barrancos, 2011: 46). Existe una división tajante entre actividades típicamente masculinas y otras femeninas, con parcelas y puestos de trabajo bien delimitados según el género, principalmente en las ramas de la industria pesada en las cuales la presencia de mujeres es nula. De acuerdo con Scott, esta división se remonta al siglo XIX:

Las mujeres se asociaban a la fuerza de trabajo barata, pero no todo trabajo de ese tipo se consideraba adecuado a las mujeres. Si bien se las consideraba apropiadas para el trabajo en las fábricas textiles, de vestimenta, calzado, tabaco, alimentos y cuero, era raro encontrarlas en la minería, la construcción, la manufactura mecánica o los astilleros, aún cuando en estos sectores hacía falta la mano de obra que se conocía como «no cualificada» (Scott, 1993: 341).

Asimismo cabe destacar la profunda brecha salarial<sup>1</sup> que se abre

entre hombres y mujeres (Antunes, 2009; Barrancos, 2011; Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación, en adelante MTEySS, 2014; 2016), como así también el fenómeno conocido “techo de cristal” (Burin, 2008) o segmentación vertical (MTEySS, 2014), que da cuenta del modo en que las trayectorias laborales ascendentes de las mujeres se ven detenidas al interior de determinadas organizaciones por restricciones de género. Estas situaciones de desigualdad en los espacios de trabajo se sostienen en una matriz heterosexista y binaria de carácter socio-cultural que privilegia la posición del varón blanco, adulto, educado y capaz por sobre otras posibilidades de existencia (Barrancos 2011; Dobarro 2012; Maffia 2012).

En efecto, la convergencia de imaginarios sociales, empresariales y políticos han contribuido a la creación de un entramado de representaciones sobre la relación entre mujeres, cuidado y trabajo que las ubicaría como una *fuerza de trabajo secundaria* (Ábramo, 2004; Scott, 1993). Según tal concepción, las mujeres entrarían al mercado de trabajo de manera eventual, intermitente e inestable, sólo cuando existiese una falla en el rol del hombre como único proveedor y jefe del hogar (por razones de desempleo, enfermedad, incapacidad, divorcio, muerte, entre otros motivos). Las mujeres, de acuerdo con esta perspectiva, ocuparían el rol supuestamente natural y complementario al del hombre en lo que al trabajo

respecta, sin opción a que puedan realizarlo como parte de un proyecto personal o bien como el ejercicio de un derecho. La inserción laboral de las mujeres sería entonces secundaria, mientras que su tarea principal y lugar de gerencia serían el hogar y las tareas de cuidado. De acuerdo con Ábramo (2004) estos imaginarios, profundamente enraizados en la teoría neoclásica, se sostienen en:

a) una organización social jerarquizada de los roles de género que endilga una mayor responsabilidad del cuidado familiar a las mujeres. Esto ha sido analizado por la corriente de la economía feminista desde la noción crítica de la “organización social del cuidado” (Rodríguez Enríquez, 2015: 30) para poner de manifiesto la distribución desigual de las tareas vinculadas con la reproducción de la vida<sup>2</sup>. Esta segunda jornada (Hochschild y Machung, 2012) o el “trabajo duplicado” (Pollert, 1996 en Antunes, 2009: 38) dio lugar a la inclusión de la doble presencia en los estudios sobre factores de riesgo psicosocial, como un factor específico que puede tener efectos negativos sobre la salud de las mujeres, a consecuencia de la sobrecarga de trabajo (Moreno, Moncada, Llorens y Carrasquer, 2010).

b) Además, la idea de una fuerza de trabajo secundaria se asienta en las teorizaciones y modelos económicos actuales que excluyen al trabajo reproductivo no remunerado de la categoría de actividad económica. De esta manera las mujeres deben pagar el

costo de la reproducción social con sobre-trabajo, trayectorias laborales menos satisfactorias y peores remuneraciones en comparación con los hombres. Las brechas salariales entre los géneros son promovidas por quienes defienden la postura neoclásica en economía según la cual las mujeres están dispuestas a ganar menos que los hombres porque no serían las principales proveedoras y por lo tanto, les correspondería una remuneración menor (Ábramo, 2004). En efecto, a pesar de las diferencias entre el modelo económico-político chileno y el argentino, cabe mencionar una investigación realizada en Chile por Virginia Guzmán, Amalia Mauro y Kathya Araujo (1999) en la que analizaron las trayectorias laborales de tres grupos etarios de mujeres y los motivos por los cuales se retiraban del mercado laboral: sólo un 6% se correspondía con embarazos, nacimiento de los hijos y problemas familiares mientras que el 45% adujo malas condiciones de trabajo.

A partir de la década del setenta ocurrió una inserción masiva de las mujeres en el mercado de trabajo mundial. Hacia finales de los años noventa las mujeres representaban el 40% de la población económicamente activa de América Latina (Ábramo, Valenzuela y Pollack, 2000). Estos hechos han puesto en crisis el modelo tradicional de hombre proveedor / mujer cuidadora que se articulaba con la llamada relación salarial típica, para dar lugar a modelos alternativos desarrollados en ciertos países

centrales, principalmente de Europa, a saber: doble proveedor / doble cuidador, en el cual tanto hombres como mujeres se encargan de las tareas productivas y reproductivas, o bien el caso de países escandinavos como Finlandia, que ha implementado un sistema basado en los roles de doble proveedor / Estado cuidador (Todaro y Yañez, 2004; Esping-Andersen, 1994). Sin embargo, la distribución y responsabilidad de las tareas de cuidado en Argentina y en el mundo continúan principalmente a cargo de las mujeres.

### **La enfermería como tarea de mujeres**

El concepto de feminización hace referencia al “incremento de la participación de las mujeres en el mercado de trabajo” (Ramacciotti y Valobra, 2015: 287). En línea con los desarrollos de la inserción de mujeres entendida como una fuerza de trabajo secundaria, Ramacciotti y Valobra (2015) refieren que el empleo femenino históricamente fue una excepción justificada sólo en casos de soltería, viudez, orfandad o ingresos insuficientes del marido o del padre en tanto que cuestionaba el ideal patriarcal sobre las mujeres, destinadas al ámbito doméstico-privado (Martin, 2015; Ramacciotti y Valobra, 2015).

De acuerdo con Martin (2015) el ejercicio de la enfermería por parte de las mujeres resulta de una asociación históricamente naturalizada, con la exclusión de los varones de dicha actividad desde principios del siglo XX y la casi total feminización de las tareas

de cuidados en salud. La autora afirma que el género femenino, vinculado siempre con lo maternal como un hecho natural, se erigió en contraposición con la imagen de la mujer trabajadora, aunque su presencia en distintos espacios de trabajo fue constante. En este panorama, la enfermería se constituyó como una amalgama entre lo doméstico y lo maternal, convirtiéndose en una opción ocupacional favorable para conciliar el mundo del trabajo con las tareas socialmente asignadas a las mujeres. Entrado el siglo XX la enfermería fue ampliándose como una posibilidad laboral segmentada en torno al género y a la división sexual del trabajo, característica que se mantuvo prácticamente sin mayores modificaciones hasta la década de 1970, cuando se readmitieron varones en las escuelas de enfermería de la Ciudad de Buenos Aires en el contexto de la crisis económica internacional que se profundizó en aquellos años (Wainerman y Bisntock, 1994).

La segmentación horizontal manifiesta en la participación diferencial de hombres y mujeres en las distintas ramas y sectores de la estructura productiva es una consecuencia de las desigualdades sociales entre los géneros que se reproduce y sostiene en y desde otros espacios de la vida social, preexistentes a la inserción en el mercado de trabajo (Ramacciotti y Valobra, 2015; MTEySS, 2014). En un estudio ya clásico sobre la enfermería en Buenos Aires, Wainerman y Binstock

(1992: 284) formulaban la siguiente pregunta: “¿cómo se constituyen como ‘naturalmente’ femeninas o masculinas las ocupaciones marcadas por el género?” Según las autoras, la enfermería en la Ciudad de Buenos Aires no nació sino que se constituyó como femenina entre 1912 y 1916, a raíz de una ordenanza de la Asistencia Pública que produjo una reforma profunda en la Escuela de Enfermeras, Enfermeros y Masajistas fundada por Cecilia Grierson<sup>3</sup>, al limitar la inscripción únicamente a alumnas mujeres (Wainerman y Bisstock, 1992; Martín, 2015). Además, los pacientes internados en los hospitales eran atendidos por personal de enfermería de su mismo sexo hasta que en 1914 las enfermeras también comenzaron a atender a los enfermos internados en las salas de varones. Este hecho cristalizó la feminización de la enfermería a principios de siglo, sumado al antecedente de una ordenanza municipal de 1816 que establecía que “el personal hospitalario, fuera del médico y religioso, se comprenderá de: 1° El encargado del cuidado de enfermos, ocupado exclusivamente por mujeres, con excepción de de los servicios de venereología y genitourinarias masculinas” (Wainerman y Binstock, 1992: 283). La escuela fundada por Grierson tuvo alumnado exclusivo de mujeres hasta 1969, cuando volvió a incorporar alumnos varones (Wainerman y Bisstock, 1992).

La feminización de la enfermería se reforzó mediante la atribución de

supuestas dotes naturales de las mujeres para las tareas vinculadas con los cuidados, el amor, la abnegación, la vocación y el servicio, que en teoría se vinculaban con el espacio doméstico. Incluso ciertas instituciones como la escuela de enfermería de la Fundación Eva Perón establecían como requisito para el ingreso ser joven, soltera o viuda sin hijos porque se consideraba que al no destinar ese *instinto materno* a la crianza de los niños podían reconducir esa energía al cuidado de los pacientes y enfermos (Ramacciotti y Valobra, 2015).

La enfermería se asemejaba más a una extensión de las tareas domésticas y del hogar que a una disciplina con conocimientos, procedimientos y técnicas necesarios para la correcta atención de los pacientes (Martín, 2015). Ello redundó en una temprana feminización y consecuente precarización de dichas tareas en tanto que al considerar esas intervenciones como propias de supuestas habilidades naturales se produjo una desvalorización de las labores en enfermería, y por lo tanto, un menosprecio hacia la capacitación y de sus derechos laborales. Los imaginarios en torno al trabajo de las mujeres como complemento al presupuesto familiar sostenido por los varones también reforzaron el mantenimiento de salarios inferiores para las actividades ejercidas por las mujeres en general, y para las tareas de cuidado en particular (Ramacciotti y Valobra, 2015). Como puede observarse, esto se vincula con

lo desarrollado anteriormente sobre la teoría neoclásica para entender a la inserción de las mujeres como una fuerza de trabajo secundaria (Ábramo, 2004). En esta línea, Aspiazu afirma:

La concepción de la enfermería como vocación, vinculada al cuidado del otro como un “rol natural” (principalmente adjudicado a las mujeres) entra en contradicción con la enfermería como profesión, como trabajo calificado, que puede ser ejercido por cualquier persona capacitada para hacerlo con independencia de su género. La vocación de servicio sólo exige como retribución el reconocimiento social de las tareas realizadas, mientras que la capacitación laboral implica una retribución económica acorde al status profesional (Aspiazu, 2017: 31).

En este apartado se destacó que la feminización de la enfermería en Argentina se debió a decisiones políticas que excluyeron a los varones de dicha actividad durante décadas. Además, la atribución de supuestas cualidades naturales de las mujeres vinculadas con el amor, el servicio y la abnegación reforzaron la amalgama entre las tareas de cuidado de pacientes y el género femenino, que además promovió una

precarización de dicho trabajo.

A continuación, se describen los lineamientos metodológicos que se utilizaron para el trabajo de campo y el análisis del material recabado. Luego se presentan fragmentos de entrevistas a enfermeras y enfermeros para mostrar cuáles son sus percepciones sobre la mayor prevalencia de mujeres y cómo es significada la presencia de varones en dicho en ese sector.

#### **Apartado metodológico**

En este escrito se discuten parte de los resultados de un estudio más amplio, descriptivo, transversal, no experimental, de carácter cualitativo. Se prestó especial atención a las condiciones de trabajo en enfermería como variables que pueden precipitar o sostener factores de riesgo psicosocial en el trabajo, con particular interés en a las variables de género, expresión de género y orientación sexual.

Para el trabajo de campo se realizaron veintisiete entrevistas a enfermeros y enfermeras, activistas, referentes sindicales y funcionarios públicos vinculados con la enfermería, el mundo del trabajo y la diversidad sexual. Además, se analizaron fuentes secundarias tales como informes de organismos nacionales e internacionales, notas periodísticas, entre otras. En este artículo se exponen los hallazgos vinculados con uno de los supuestos que ordenó el trabajo de campo y el análisis de las entrevistas, a saber:

*Las condiciones de trabajo en enfermería serían percibidas como desfavorables y la marcada feminización de la profesión explicaría, en parte, dicha situación*

Esto supone un análisis de las categorías *género y expresión de género* como pretextos sobre los cuales se pueden erigir procesos de violencia y desigualdad en el trabajo.

Para la conformación de la muestra se realizó un muestreo teórico mediante una selección intencional, por conveniencia, en la que el investigador eligió casos según su potencial para profundizar o refinar las ideas o teorías formuladas (Soneira, 2007). Se analizaron las veinte entrevistas realizadas a enfermeras y enfermeros, dejando de lado las siete entrevistas a informantes-clave, según la siguiente distribución:

8 (ocho) entrevistas a enfermeros que se autoidentifiquen como gays y trabajen en el sector público o privado de la CABA, con al menos seis meses de antigüedad en el puesto.

8 (ocho) entrevistas a enfermeras que se autoidentifiquen como lesbianas y trabajen en el sector público o privado de la CABA, con al menos seis meses de antigüedad en el puesto.

2 (dos) entrevistas a enfermeros que se autoidentifiquen como heterosexuales y trabajen en el sector público o privado de la CABA, con al menos seis meses de antigüedad en el puesto.

2 (dos) entrevistas a enfermeras que se

autoidentifiquen como heterosexuales y trabajen en el sector público o privado de la CABA, con al menos seis meses de antigüedad en el puesto.

Todas las personas entrevistadas participaron de la investigación manifestando de manera expresa y por escrito su consentimiento informado, con la garantía de confidencialidad sobre su identidad personal y de todas las personas o instituciones que se mencionaran durante las entrevistas.

El material recolectado fue analizado de acuerdo con los lineamientos de la teoría fundamentada en datos (Strauss y Corbin, 1990). A continuación, se presentan los hallazgos relativos a la feminización de la tarea de enfermería y al lugar de la masculinidad como posición de privilegio.

#### **Feminización de la fuerza de trabajo en enfermería: “si sos mujer, cuidás mejor”**

A continuación, se exponen distintos fragmentos que aluden a uno de los supuestos ordenadores de la investigación, a saber: que las condiciones de trabajo serían percibidas como desfavorables y la marcada feminización de la profesión explicaría, en parte, dicha situación. Si bien se consideraron otras variables de importancia relativas a las condiciones de trabajo tales como el pluriempleo y la heterogeneidad de la formación, se considera que la feminización de la fuerza de trabajo es un elemento fundamental para comprender la desvalorización

social y económica de la enfermería. Las formulaciones teóricas que sustentan este supuesto fueron desarrolladas anteriormente desde la crítica a las concepciones sobre la inserción laboral de las mujeres entendida como una fuerza de trabajo secundaria. Como puede observarse en los siguientes fragmentos de entrevistas, la falta de reconocimiento hacia las tareas de enfermería se remontaría a un devenir histórico de la labor, que en un primer momento fue realizado por las monjas y luego de varios años se convertiría en una opción profesional para las mujeres:

*“E<sup>4</sup>- ¿Por qué crees que a pesar de que falta personal en enfermería no se valoriza el trabajo que realizan?”*

Y eso es histórico. La idea de la entrega y el tema de la mujer como enfermera. La ciencia avanzaba, el médico ya no podía controlar todo el sistema de salud. Necesitaba una mano auxiliar competente. Qué mejor que la enfermería que ya se venía gestando desde hace tiempo, pero empezó a ser formal su instrucción a partir del 1800. Con los avances científicos se buscó que el médico tenga un auxiliar que le sea útil y, a la vez, que a la sociedad le sea rentable y económico. Porque obviamente, el mejor pago iba

a ser para el médico ¿Y qué mejor que sea mujer y generarle todo un halo religioso, de amor al prójimo? ¿Por qué no es valorado algo que escasea? Porque históricamente nunca fue valorada porque la siguen ejerciendo, si bien hay cada vez más varones, pero sigue habiendo una mayor estructura de participación de mujeres. Porque el discurso que se sigue sosteniendo es ese, que el trabajo de enfermería no es un trabajo sino más bien una cuestión de entrega. Entonces ¿Cómo le vas a pagar? Uno no le paga al cura por escuchar su confesión” (Entrevistado N° 6: enfermero profesional, asistencial, 26 años, heterosexual).

“Primero no fue una profesión. Al principio era un oficio que lo ejercían las personas menos interesadas en el cuidado de la salud. Era ‘¿Qué hago de mi vida? Bueno, hacé esto’, y eso era hacer enfermería. Entonces desde el nacimiento de la historia de la enfermería nunca fue integrada por personas que realmente estuvieran interesadas en el ejercicio de la profesión. Estaban interesadas, por objetivos propios, en algo que no era una profesión sino un



oficio. Nosotros recién desde el año 1992 tenemos una ley de ejercicio propio. Antes no la tuvimos, estábamos supeditadas y supeditados al régimen médico. Éramos tres artículos dentro de la Ley 17132 del Ejercicio Médico, entonces desde los orígenes las personas no instruidas ejercían una tarea que la hacían como querían o podían. Eso generó todo un modelo o paradigma que sube al imaginario social diciendo 'el enfermero generalmente es una persona pobre, que viene de un estrato social bajo y para colmo, en su momento, eran mayoritariamente mujeres'. Entonces cumplía con un montón de requisitos como para minar el ejercicio en pro de un reconocimiento social importante. Pobre y mujer era ya suficiente. Y para colmo no estaba instruida, era peor todavía, entonces estaba circunscripta a una discriminación perpetua." (Entrevistado N° 13: enfermero magister, docente, 44 años, gay)

Los fragmentos anteriores condensan varios sentidos: por una parte, la imagen de la enfermería como una disciplina auxiliar de la medicina. Tal subordinación estaba incluso formalmente regulada mediante la

legislación anterior a la ley vigente de ejercicio de la enfermería, en donde se la entendía como una tarea de asistencia y colaboración con el quehacer del médico. En segundo lugar, las demarcaciones de las tareas en función del género visibilizan una relación de poder asimétrica entre varones y mujeres: la medicina estaba reservada exclusivamente al género masculino, quienes ganaban más y tomaban las decisiones unilateralmente sobre el tratamiento de los pacientes. Por su parte, las enfermeras sólo obedecían las prescripciones médicas relativas al cuidado de los enfermos. La remuneración económica, si existía, era menor que la de los médicos, tal como ocurre en la actualidad. Podemos observar entonces que la segmentación horizontal y las brechas salariales no son fenómenos recientes o una consecuencia de la inserción masiva de las mujeres al mercado de trabajo en las últimas décadas sino más bien un modo en que se expresa la desigualdad estructural de género en el ámbito laboral. Por su parte, una de las entrevistadas introduce el sentido de la entrega y la gratuidad asociado con la enfermería como algo constitutivo de la profesión:

"A mí me parece que tiene que ver con la forma que nos cuentan la historia, nosotros creamos representaciones acerca de nuestro rol basadas en eso.

E- ¿Y cómo es esa historia?

Bueno, primero que es desde

una perspectiva a-geográfica. 'El enfermero sacrificado, vocacional que va gratis y que da todo', muy relacionada a lo femenino, al género.

Florence Nightingale es como nuestra representante, con una labor altamente meritoria en un contexto masculino. Relacionada a símbolos de pureza, luz, 'la lámpara de Florence Nightingale', el guardapolvo blanco, la cofia. Que si uno hace un poco de historiografía se da cuenta que no siempre fue así" (Entrevistada N° 8: enfermera especialista, 35 años, docente, lesbiana).

Además, tal como se desarrolló en el apartado teórico, otra enfermera destacó la relación histórica y naturalizada entre los quehaceres del hogar y las tareas de cuidado como una cualidad o capacidad específicamente femenina, vinculada con la existencia de un supuesto instinto materno:

"Creo que es porque está muy arraigado en nuestra profesión, por eso somos todas madres, la mayoría mujeres. Hay lugares en los que no hay hombres.

E- ¿Creés que tiene que ver con la feminización?

Claro, tiene que ver con un estigma, así como 'si sos

mujer, entonces cuidás mejor', sos enfermera entonces tenés que cuidar, tengas que hacer lo que tengas que hacer. Nos olvidamos que en el medio te piden que mientras más extenso sea tu currículum, mejor" (Entrevistada N° 19: enfermera especialista, asistencial, 38 años, lesbiana).

"Cecilia Grierson trae ese modelo europeo [de Florence Nightingale] a la Argentina.

Obviamente no lo puede aplicar acá porque es distinta la situación comparada con Inglaterra. No pudiendo ejercer como médica, viviendo en carne propia esa marginalidad que existía dentro del sistema de salud, porque la medicina obviamente era para los varones, la mujer no podía ser médica. La mujer estaba de alguna forma condenada a las tareas del hogar y a desempeñarse en tareas que sean similares a eso. Por eso la enfermería le cayó tan bien a la mujer, porque ¿Quién mejor para hacer tareas de higiene, de tratamiento, de cuidado con el paciente que una mujer?, Si nació para eso. En realidad, no hay mucho que pensar. La mujer está en el hogar y, sino, vamos a darle una tarea que sea similar a la del hogar.

Vamos a poner a cuidar al paciente. Al principio esto llevó a que se acepten mujeres en un rango etario, que era de los 17 a los 35 años. Preferentemente que no tengan hijos, porque se suponía que el amor no lo tenían porque ya se lo habían dado a los hijos (se ríe)” (Entrevistado N° 6: enfermero profesional, asistencial, 26 años, heterosexual).

“Aún va a seguir la tradición de que la carrera de enfermería sea de mujeres. Porque, de hecho, hasta en las titulaciones universitarias decía ‘te damos el título de enfermera’, así fueras varón. Entonces ya estaba, incluso, tipificado socialmente, institucionalizado el concepto de enfermera como una profesión para la femeneidad” (Entrevistado N° 13: enfermero magister, docente, 44 años, gay)

“Creo que sí tiene que ver con que es una profesión prioritariamente femenina, y dentro de la sociedad el peso laboral de lo femenino y masculino sigue pesando también. El varón tiene un respeto y una inserción distinta en cualquier profesión comparado con la mujer, entonces, aunque uno piense

que no, sigue pesando.” (Entrevistada N° 15: licenciada en enfermería, jefa de servicio, 46 años, lesbiana)

A su vez, la feminización de la enfermería como campo profesional genera significaciones distintas sobre los varones que deciden estudiarla. Si ese varón es heterosexual, suele cuestionársele la elección de dicha profesión en lugar de haber optado por medicina. En cambio, si el enfermero es gay pareciera ser más común que elija enfermería en tanto que, según las y los entrevistados, la mayoría de los enfermeros son gays u “homosexuales”. Este hecho también puede resultar problemático en ciertos lugares del interior de país en términos de discriminación y violencia contra la orientación sexual, en los cuales elegir la carrera de enfermería equivale a “ponerse el sello de puto”:

“El hecho de ser hombre y estudiar una carrera que se supone que es de la mujer te cataloga o genera cierta visión de la sociedad de ‘¿Por qué no estudiaste medicina?’” (Entrevistado N° 6: enfermero profesional, asistencial, 26 años, heterosexual).

“Es muy poca la cantidad [de hombres] que hay y también es muy poco el porcentaje de hombres que elige esta carrera.

*E- ¿Por qué crees que pasa eso?*  
Y yo creo que, no sé (se ríe). También vayamos a la parte que hay muchos enfermeros que... casi la mayoría que conozco son homosexuales también. Y no sé por qué eligen” (Entrevistado N° 3: enfermero profesional, asistencial, 24 años, heterosexual).

“Pero también está cambiando la tendencia de qué tipo de hombres elegimos la enfermería. Y sí, te “podes” dar cuenta como docente que los estudiantes varones que eligen la carrera de enfermería, no hice un estudio científico para determinar el número, pero hay una tendencia a que tengan deseos o que su identidad sexual sea la homosexualidad (...). Sí estamos teniendo un crecimiento de la población masculina pero que en su identidad sexual elige ser homosexual” (Entrevistado N° 7: licenciado en enfermería, coordinador docente, 31 años, gay).

“Siempre la profesión de enfermería se dice que es para las mujeres. Y es cierto porque no hay muchos hombres.

*E- ¿Por qué crees que es así, que se dice que es de mujeres?*  
La verdad que no se, si yo pudiese explicarlo no hubiese

estudiado enfermería hace diez años.

*E- ¿Por qué no?*

Porque si hubiese sabido que solo lo hacen las chicas... en Santiago [del Estero] no hubiese estudiado enfermería porque era ponerme el sello de que era puto. Pero yo honestamente disfruto de la profesión” (Entrevistado N° 10: enfermero profesional, asistencial, 30 años, gay).

En los fragmentos anteriores se puede observar la estrecha vinculación entre la enfermería y la feminización de la fuerza de trabajo. Esto tiene consecuencias diferenciales en función del género: en el caso de las enfermeras, la práctica de la profesión se asocia con supuestas dotes naturales para el cuidado y el servicio que, anudadas al imaginario del amor y la entrega abnegada, dificultan el posicionamiento como trabajadoras con derechos que pueden ser reclamados. Por su parte, en el caso de los varones, la elección de la enfermería cuestionaría el imaginario social extendido que vincula a los hombres con el ejercicio de la medicina e incluso puede ser un pretexto para ponerles el sello de puto, con la estigmatización concomitante que eso implica en ciertas organizaciones laborales.

**La masculinidad como posición de privilegio y factor protector contra la discriminación, la violencia y la desigualdad**



Otro aspecto destacable que surgió del trabajo de campo es la cantidad creciente de varones en el ámbito de la enfermería y el incremento de las mujeres que eligen la carrera de medicina. A propósito del género, la masculinidad es significada por las y los entrevistados como una posición de privilegio dentro del mercado de trabajo en general, e incluso en el ámbito de la enfermería en particular, a pesar de tratarse de una profesión con marcada feminización. Los privilegios que señala uno de los entrevistados se vinculan con el fenómeno conocido como segmentación vertical por género o techo de cristal, que implica mayores obstáculos en las carreras ascendentes de las mujeres:

*E- ¿Crees que en el trabajo tiene alguna incidencia el género? ¿Que pesa más ser varón o mujer en el trabajo de enfermería?*

Si. Creo que tienen muchas más posibilidades el hombre que la mujer.

*E- ¿Por qué?*

Por esta misma cuestión del hombre dentro de la sociedad, de las posibilidades que se le da al hombre, de las facilidades que se le da al hombre por sobre la mujer. El hombre se puede posicionar, si bien al haber más mujeres en los puestos jerárquicos vas a encontrar mujeres, creo que para un hombre es mucho más fácil.

Si se desempeña un hombre y una mujer de la misma forma, el hombre tiene muchas más posibilidades de acceder a un puesto jerárquico que la mujer” (Entrevistado N° 6: enfermero profesional, asistencial, 26 años, heterosexual).

Además, desde la perspectiva del entrevistado, el género masculino, heterosexual, sumado a la juventud como posición de ventaja también establece diferenciaciones entre lo que puede o no puede enunciarse en el trabajo:

“La verdad es que yo considero que soy un tanto privilegiado dentro de lo que es la enfermería. Por dos condiciones: el hecho de ser varón y por ser joven. Entonces me pone en un lugar privilegiado en el cual puedo decir ciertas cosas, tomarme ciertos atrevimientos sin ser castigado. Por ejemplo, al darle ciertas respuestas a la jefa, ciertas respuestas un tanto pedantes.

*E- ¿Creés que sería distinto en el caso de una mujer?*

Sí, sí. Pensá que soy el único varón. Ahora se sumó un chico más en planta, pero soy el único varón. El más chico y el único varón dentro de un personal de aproximadamente diez mujeres de enfermería.

¡Entonces, digo cada cosa que da para que me digan ‘pibe, tranquilizate!’, pero sin embargo suena gracioso. Y eso me posiciona por encima, de alguna forma, del resto de mis compañeras” (Entrevistado N° 6: enfermero profesional, asistencial, 26 años, heterosexual).

Por su parte, las jerarquizaciones también ocurren tanto dentro del colectivo de varones heterosexuales (Palermo, 2017), como así también entre varones gays (Braz, 2012). En el caso de uno de los enfermeros gays entrevistados, las (des)valorizaciones se vincularían con la expresión de género, es decir, con la cercanía o la distancia al modelo de la masculinidad tradicional, hegemónica, como así también por el rol ejercido en las prácticas sexuales:

“Los enfermeros del turno anterior, que es de 18 a 24 hs, son todos hombres, cuatro hombres. Y la forma a veces de hablarse, a veces se tratan en femenino, en general no me gusta, o sea, si lo vas a hablar entre amigos, sí, vaya y pase, pero cuando no hay tanta confianza y te hablan en femenino es chocante para mí porque lo usan en tono de burla. Es distinto cuando vos hablás entre amigos, cuando hay confianza, que sabés que

el otro está hablando y es así, pero en este caso sabés que lo hacen en tono de burla (...) Lo peor de todo, según la concepción que tienen, hacer enojar o insultar a alguien es tratarle en femenino, de puto y de pasivo” (Entrevistado N° 1: licenciado en enfermería, asistencial, 35 años, gay)

Este último fragmento muestra que no sólo las mujeres se encuentran en situación de desigualdad o desventaja respecto de los varones sino también aquellos que no se ajustan al modelo de la masculinidad hegemónica, heterosexual. En este sentido, la masculinidad puede ser entendida como un factor protector ante ciertos factores psicosociales si y sólo si se cumplen con los parámetros sociales de la masculinidad hegemónica. Sin embargo, algunos autores (Palermo, 2017; Dejours; 1994) han señalado el modo en que la necesidad de pertenencia al grupo de *los machos* puede atentar incluso contra la propia salud y seguridad de los trabajadores en sus ámbitos laborales.

## Conclusiones

En este artículo se analizó el género, y en menor medida la expresión de género y la orientación sexual como variables que pueden precipitar factores de riesgo psicosocial en el trabajo de enfermería. Particularmente se atendió a la feminización de la profesión y a la precarización de las tareas de cuidado,

lo cual redundaría en sobrecarga de trabajo y la doble jornada. Se ha argumentado en favor de lo afirmado por Neffa (2015: 404), a saber, que “la necesidad de responder a las demandas conjuntas del trabajo asalariado y del trabajo doméstico-familiar puede afectar negativamente la salud” de las y los trabajadores.

A partir del análisis del material se ha encontrado sustento para confirmar el supuesto según el cual el trabajo precario en enfermería se explicaría, al menos en parte, por la feminización de la fuerza de trabajo y la infravaloración de las tareas de cuidado como productoras de valor económico. La falta de reconocimiento en términos materiales y simbólicos se asentaría sobre los imaginarios que conciben al trabajo femenino como una fuerza de trabajo secundaria, y por lo tanto, más permeable a los efectos de la precarización.

Como resultado de tal coyuntura se destacaron dos factores de riesgo psicosocial ante los cuales las mujeres se encuentran particularmente expuestas: por una parte, la doble presencia o segunda jornada, en el caso de aquellas trabajadoras que por fuera de su horario laboral realizan tareas domésticas vinculadas con el cuidado de terceros. Además, la sobrecarga de trabajo es otro factor de riesgo cuya ocurrencia se explicaría por las remuneraciones escasas que empujan al personal de enfermería a la situación de pluriempleo. Si bien este último

fenómeno alcanza tanto a enfermeras como a enfermeros, la adición de las horas de trabajo no remunerado en el hogar configuraría una situación de mayor riesgo psicosocial para el caso de las mujeres. La posición de privilegio del género masculino en el ámbito laboral también fue destacada por las y los entrevistados, incluso al interior de una profesión como enfermería con mayor presencia femenina en comparación con otras profesiones que conforman el sistema de salud.

En este sentido, consideramos que principalmente los empresarios y el Estado, pero también los sindicatos, tienen un rol primordial en lo que atañe a la construcción y promoción de políticas públicas que garanticen la igualdad y la paridad salarial. Resulta imperioso cuestionar el modo en que las instituciones y el propio Estado reproducen las condiciones de vulnerabilidad y subordinación en que son ubicadas las mujeres, pero también quienes no se ajustan a los parámetros normativos de la masculinidad hegemónica y patriarcal. Por lo tanto, invitamos a repensar y revisar a las variables de género, expresión de género y la orientación sexual, frecuentemente entendidas como meras categorías individuales para develar los resortes socio-culturales y políticos de carácter estructural sobre las cuales se erigen y son utilizadas como pretextos para reproducir las jerarquizaciones y la desigualdad que afectan a la salud de las y los trabajadores.

## Referencias Bibliográficas

Ábramo, L. (2004) ¿Inserción laboral de las mujeres en América Latina: una fuerza de trabajo secundaria? *Estudios Feministas*, 12(2), 224-235. <https://doi.org/10.1590/s0104-026x2004000200013>

Ábramo, L., Valenzuela, M. E. y Pollack, M. (2000). Equidad de género en el mundo del trabajo en América Latina: Avances y desafíos cinco años después de Beijing. Ginebra: OIT. Recuperado de: <http://www.ilo.org/public/spanish/region/ampro/cinterfor/temas/gender/doc/cinter/equidad/pres/index.htm>

Antunes, R. (2009). Diez tesis sobre el trabajo del presente (y el futuro del trabajo). En Neffa, Julio César, De la Garza Toledo, Enrique y Muñoz Terra, Leticia (Comps.), *Trabajo, empleo, calificaciones profesionales, relaciones de trabajo e identidades laborales*, 29-44. Recuperado de: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20100625114604/neffa1.pdf>

Aspiazu, E. (2017). Las condiciones laborales de las y los enfermeros en Argentina: entre la profesionalización y la precariedad del cuidado en la salud. *Trabajo y sociedad*, 28, 11-35.

Ayres, J. R., Paiva, V. y Franca, I. Jr. (2012). Conceitos e praticas de prevençao: Da historia natural da doenca ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. En V. Paiva, J. R. Ayres, y M. C. Buchalla (Coords.), *Vulnerabilidade e direitos humanos. Prevenção e promoção da saúde: Vol. I. Da doença a cidadania*. (pp. 71-94) San Pablo: Jurúa.

Barrancos, D. (2011). El mercado sexista. *Voces en el Fénix*, (6), 44-48.

Binda, M. D. C., Silveira, R. y Krämer, C. (2010). Cecilia Grierson, la primera médica argentina. *Revista argentina de radiología*, 74(4), 361-365.

Braz, C. (2012). *À meia-luz...: uma etnografia em clubes de sexo masculinos*. Goiania: UFG Editora.

Burin, M. (2008). Las “fronteras de cristal” en la carrera laboral de las mujeres. Género, subjetividad y globalización. *Anuario de psicología/The UB Journal of psychology*, 39(1), 75-86.

Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Igualdad y el Crecimiento (2016). *Hace falta mucho más para #niunamenos*. Recuperado de: <http://cippec.org/priorizarlaequidad/hace-falta-muchomas-para-niunamenos/>.

Dejours, C. (1994). Trabajo y desgaste mental. Buenos Aires: Humanitas.

Dobarro, V. M. (2012). Implicancias prácticas en el ámbito laboral de la ley de Identidad de Género. En *Compendio Jurídico. Doctrina, Jurisprudencia, Legislación*. Erreius N° 67. Buenos Aires: Errepar. Recuperado de: <ftp://ftp.errepar.com.ar/mkt/CompJuridico-DOBARRO.pdf>

Esping-Andersen, G. (1994). El Estado del bienestar en la sociedad posindustrial. *Debats*, 49, 57-62.

- Fernández-Huerga, E. (2010). La teoría de la segmentación del mercado de trabajo: enfoques, situación actual y perspectivas de futuro. *Investigación económica*, 69(273), 115-150.
- Fernández Massi, M. (2014). Dimensiones de la precariedad laboral: un mapa de las características del empleo sectorial en la Argentina. *Cuadernos de Economía*, 33(62), 231-257. <https://doi.org/10.15446/cuad.econ.v33n62.43675>
- Ferrari, L., Filippi, G., y Cebey, M. C. (2010). Riesgos psicosociales de los trabajadores. Efectos subjetivos e intersubjetivos de la precarización laboral. *Revista Electrónica Gestión de las Personas y Tecnología*, 7, 20-27.
- Guzmán, V., Mauro, A. y Araujo, K. (1997). *Las mujeres en el mercado de trabajo: desde e género hacia la formulación de políticas*. Santiago de Chile: Centro de Estudios de la Mujer (CEM).
- Hochschild, A. y Machung, A. (1989 / 2012). *The second shift: working families and the revolution at home*. Nueva York: Penguin.
- Maffia, D. (2012). Hacia un lenguaje inclusivo ¿Es posible? Mesa redonda en las Jornadas de actualización profesional sobre traducción, análisis del discurso, género y lenguaje inclusivo. Universidad de Belgrano, 2 y 3 de agosto de 2012. Recuperado de: <http://dianamaffia.com.ar/archivos/Traducci%C3%B3n-y-lenguaje-inclusivo.pdf>
- Martin, A. L. (2015). Mujeres y enfermería: una asociación temprana y estable (1886-1940). En Biernat, Carolina, Cerdá, Juan Manuel y Ramacciotti, Karina Ines (Dir), *La salud pública y la enfermería en la Argentina* (pp. 257-286). Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmes Editorial.
- Messina, G. (2017). Trabajo, uso del tiempo y Estado de bienestar: desigualdades de género en la Argentina. *Laboratorio*, (27), 11-32.
- Ministerio de Trabajo, Empleo y de la Seguridad Social de la Nación (2016). *Documento de trabajo para el debate en el marco de la CTIO - Género*. Buenos Aires: MTEySS. Recuperado de: [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/informe\\_ctio\\_documentodetrabajo\\_1.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/informe_ctio_documentodetrabajo_1.pdf)
- (2014). *Indicadores más relevantes de la inserción de mujeres y de los varones en el mercado de trabajo*. Recuperado de: [http://www.trabajo.gov.ar/downloads/cegiot/140703\\_brochure.pdf](http://www.trabajo.gov.ar/downloads/cegiot/140703_brochure.pdf)
- Moreno, N., Moncada, S., Llorens, C. y Carrasquer, P. (2010). Doble presencia, trabajo doméstico-familiar y asalariado: espacios sociales y tiempos. *New Solutions*, 20(4), 23-41.
- Naciones Unidas (2016). *Igualdad de género*. Departamento de asuntos económicos y sociales. División de estadísticas. Nueva York: Naciones Unidas. Recuperado de: <http://unstats.un.org/sdgs/report/2016/goal-05/>
- Neffa, J. C. (2010). Naturaleza y significación del trabajo/empleo precario. En Busso, Mariana y Pérez, Pablo (Coords.), *La corrosión del trabajo. Estudios sobre informalidad y precariedad laboral* (pp. 17- 50). Buenos Aires: Miño y Dávila.
- (2015). *Los riesgos psicosociales en el trabajo: contribución a su estudio*. Buenos Aires: CEIL-CONICET.
- Palermo, H. (2017). *La producción de la masculinidad en el trabajo petrolero*. Buenos Aires: Biblos.
- Pecheny, M. (2016). Diversidad social: una propuesta para pensar la discriminación y el estigma en términos de estructura. En G. Kessler (Comp.), *La sociedad Argentina hoy: radiografía de una nueva estructura* (pp. 257-280). Buenos Aires: Siglo XXI.
- Piore, M. (1969). On-the-job training in dual labor markets. En Weber, A., Cassell, F. y Woodrow, G. (eds.), *Public-private Manpower Policies*. Madison: Industrial Relations Research Association.
- Pok, C. (1992). *Precariedad laboral: personificaciones sociales en la frontera de la estructura del empleo*. Documento presentado en el Seminario Interamericano de Medición del Sector Informal. COM/ CIE OEA/INEI.
- Pok, C. y Lorenzetti, A. (2007). El abordaje conceptual-metodológico de la informalidad. *Laboratorio*, (20), 5-15.
- Ramacciotti, K. y Valobra, A. (2015). Feminización y profesionalización de la enfermería (1940-1955). En Biernat, Caroina, Cerdá, Juan Manuel, & Ramacciotti, Karina Inés (Dir), *La salud pública y la enfermería en la Argentina* (287-313). Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmes Editorial.
- Rodríguez Enríquez, C. (2015). Economía feminista y economía del cuidado. Aportes conceptuales para el estudio de la desigualdad. *Nueva Sociedad*, 256, 30-44.
- Scott, J. (1993). La mujer trabajadora en el siglo XIX. En Duby, G. y Perrot, M. (Cords.), *Historia de las mujeres en Occidente, Volumen 4: el siglo XIX* (430-480). Madrid: Taurus.
- Soneira, A. J. (2007). La “teoría fundamentada en los datos” (Grounded Theory) de Glaser y Strauss. En Vasilachis de Gialdino, I. (Coord.), *Estrategias de investigación cualitativa* (pp. 153-173). Buenos Aires: Gedisa.
- Strauss, A. y Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques*. Londres: Sage.
- Todaro, R. y Yáñez, S. (2004). *El trabajo se transforma. Relaciones de producción y relaciones de género*. Santiago de Chile: Ediciones Centro de Estudios de la Mujer.
- Wainerman, C. y Binstock, G. (1992). El nacimiento de una ocupación femenina: la enfermería en Buenos Aires. *Desarrollo económico* 32 (126), 271-284. <https://doi.org/10.2307/3467331>
- (1994). Género y Calificación en el sector enfermería. *Estudios del Trabajo* (7), 43-65.

## Notas

<sup>1</sup> Según un informe del CIPPEC sobre datos de la Encuesta Permanente de Hogares de 2015, las mujeres ganan 27% menos que los varones en iguales puestos de trabajo (Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Igualdad y el Crecimiento, 2016).

<sup>2</sup> Según cifras del Ministerio de trabajo, empleo y de la seguridad social (2014) las mujeres dedican en promedio tres horas diarias más que los hombres a estas actividades. A su vez, de acuerdo con estadísticas de Naciones Unidas (2016) las mujeres dedican 19% de su tiempo diario a tareas no remuneradas mientras que entre los varones el porcentaje desciende a un 8%. El porcentaje de tiempo diario dedicado a tareas remuneradas en mujeres y varones es el 10% y 19% respectivamente. Esta información se basa en las encuestas de uso del tiempo de 59 países durante el período 2000-2014.

<sup>3</sup> Cecilia Grierson nació en 1859 en Buenos Aires. Hija de inmigrantes escoceses e irlandeses. Se graduó como Maestra de Grado Primario de la Escuela Normal de Señoritas de Buenos Aires en 1878. Luego realizó el ingreso a la carrera de medicina en la Universidad de Buenos Aires con múltiples obstáculos porque estaba reservada para los varones. Una vez recibida tuvo que dedicarse a la ginecología y la obstetricia porque le fue negada la posibilidad de trabajar como cirujana por su condición de mujer. Fue la primea médica argentina y además fundó la primera escuela de enfermería de América Latina, basada en el modelo inglés de Florence Nightingale.

Dirigió la institución hasta el año 1913. En 1926 se produjo una reforma del código civil que incorporó algunas de sus demandas, tales como la posibilidad de que las mujeres puedan disponer de su propia ganancia o de formar parte de sociedades civiles o mercantiles. Ese mismo año fundó una escuela técnica y de labores domésticas para mejorar la inserción laboral de las mujeres. Experimentó la exclusión y la discriminación a causa de su condición femenina y fue una luchadora incansable por los derechos de las mujeres. Falleció en 1934 por un cuadro de tuberculosis (Binda, Silveira y Kramer, 2010).

<sup>4</sup> La letra “E” y la fuente en itálica indica las preguntas e intervenciones del entrevistador.