

INFORME TÉCNICO

► COVID-19 y la situación de las trabajadoras de la salud en Argentina

Sol East
Tim Laurence
Elva López Mourelo



► Contenidos

1.	Introducción	3
2.	Las trabajadoras de la salud en Argentina	5
3.	Las condiciones laborales de las trabajadoras de la salud en Argentina	8
4.	La enfermería en Argentina: desafíos entre la precariedad y la falta de derechos	13
5.	Las licenciadas en obstetricia: del rol estratégico en la salud de la población a la falta de una ley acorde a su formación y derechos	18
6.	El impacto de la COVID-19 para las trabajadoras de la salud en Argentina	21
7.	Las medidas de apoyo a las trabajadoras de la salud implementadas en Argentina	24
8.	Buenas prácticas y recomendaciones de políticas públicas	26
9.	Reflexiones finales	32
10.	Bibliografía y fuentes	34

1. Introducción¹

Las implicancias de la pandemia muestran, una vez más, el mayor riesgo que asumen las mujeres, asociado a sus funciones en la primera línea de la atención sanitaria y social. Los principales sectores laborales que enfrentan este virus están altamente feminizados. Las mujeres desempeñan roles que a menudo las exponen a riesgos para sus vidas, su salud y la de sus familias, asumiendo además mayores costos físicos y emocionales debido a jornadas extendidas y extenuantes, alejadas de sus hogares (ONU Mujeres; IDLO; PNUD; UNODC; Pathfinders for Peaceful, 2020).

En Argentina, las mujeres constituyen el 70 por ciento del empleo en el sector de la salud, lo que a su vez representa un 9,8 por ciento del total de las mujeres ocupadas del país. Si bien son mayoría en prácticamente todas las ocupaciones del sector de la salud, el porcentaje de mujeres es significativamente mayor en las ocupaciones técnicas (enfermeras, parteras, etc.), las profesiones vinculadas a la gestión administrativa y en los servicios de limpieza y gastronomía. Por el contrario, la gran mayoría de varones del sector de la salud se dedica a ocupaciones profesionales (médicos, farmacéuticos, etc.) o de gerencia como, por ejemplo, jefes de servicio.

Esta segmentación explica la significativa brecha salarial de género que todavía persiste en el sector, así como la mayor incidencia de la informalidad entre las trabajadoras. En América Latina, los ingresos de las mujeres que trabajan en el sector salud son un 25 por ciento inferiores a los de los varones del mismo sector (ONU Mujeres, 2020). Ello conduce a una marcada diferencia entre mujeres y varones en el acceso a derechos laborales tales como las licencias por enfermedad, la cobertura por accidente o enfermedad profesional y el acceso a obra social. En comparación con sus colegas varones, las trabajadoras de la salud realizan en promedio más horas extras, son más vulnerables a episodios de violencia laboral, se encuentran más expuestas a agentes que pueden estar infectados y tienen menor acceso a elementos de protección para realizar su trabajo (MPyT; SRT, 2019).

Por otra parte, la pandemia provocada por la COVID-19 ha puesto de relieve la capacidad y resistencia de los sistemas de salud de la mayoría de los países, así como su preparación y respuesta ante emergencias sanitarias. La rápida

¹ Los autores desean agradecer los comentarios y sugerencias de Ximena Mazorra y Daniel Contartese (Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social); Paola Ayala (Asociación Trabajadores de la Sanidad Argentina, ATSA); y Emanuela Pozzan, Umberto Cattaneo, Christiane Wiskow y Maren Hopfe (OIT Ginebra). Asimismo, la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) prestó su colaboración técnica a la elaboración de esta publicación. Los puntos de vista u opiniones contenidos en ella son exclusivos de los autores y no representan necesariamente los de la OPS/OMS.

expansión de los contagios e infecciones asociados a este tipo de coronavirus enfatiza la urgente necesidad de contar con una fuerza laboral sólida, estable y bien remunerada en el sector de la salud, como parte integral de un sistema de salud eficaz y resistente.

A su vez, la pandemia ha provocado el cierre de escuelas y otros espacios de cuidado, aumentando así el tiempo que las familias dedican a este trabajo no remunerado, que recae históricamente sobre todo en las mujeres. Una situación que se agrava si tenemos en cuenta que una proporción muy alta de las trabajadoras de la salud son jefas de hogar con niños, niñas y adolescentes.

A pesar del importante trabajo que desempeñan en el día a día, las trabajadoras de la salud aún no reciben la valorización que merecen, ni al interior del sector sanitario ni en la sociedad en su conjunto. Adicionalmente, no existen políticas públicas que aborden de manera integral su situación y en numerosas ocasiones no se las incorpora en los espacios de decisión o consulta. A pesar de ser la columna vertebral del sistema de salud, las trabajadoras de la salud de Argentina se encuentran desarrollando su tarea en un contexto de alta vulnerabilidad sanitaria, social y económica.

En el marco de la emergencia sanitaria declarada por las Naciones Unidas, este informe propone un análisis de los efectos de la crisis de la COVID-19 sobre la situación de las trabajadoras de la salud en Argentina y destaca las razones por las cuales la actual crisis las coloca en una situación de agravada vulnerabilidad. En segundo lugar, el documento detalla las medidas implementadas en Argentina y propone recomendaciones y buenas prácticas para llevar adelante una respuesta integral destinada a las trabajadoras de la salud en esta situación de emergencia.

2. Las trabajadoras de la salud en Argentina

Según la última Encuesta Nacional a sobre Condiciones de Empleo, Trabajo, Salud y Seguridad (ECETSS),² en Argentina hay cerca de 760.000 trabajadoras de la salud.³ Esta fuerza de trabajo representa el 70 por ciento del empleo en el sector y el 9,8 por ciento de las mujeres ocupadas. En comparación, el sector de la salud emplea solo al 3,6 por ciento de los varones ocupados.

La mayoría de las trabajadoras de la salud tienen entre 35 y 44 años. Si bien la presencia de mujeres en el sector es mayoritaria para todas las franjas etarias, aumenta para los grupos de edad más avanzados. Esto se debe a que en estos grupos de edad se sitúan predominantemente profesionales de ocupaciones como auxiliares o actividades de cuidado de personas, donde la sobrerrepresentación de las mujeres es todavía mayor (Gráfico 1, Panel A).

El sector se caracteriza por contar con una fuerza de trabajo que presenta niveles educativos considerablemente superiores a la media, característica que también se observa en el caso de las mujeres ocupadas en el sector. De hecho, el 62 por ciento de las trabajadoras de la salud cuenta con estudios superiores (terciarios, universitarios o posgrado), mientras que este porcentaje se reduce a menos del 30 por ciento en el caso del resto de trabajadoras (Gráfico 1, Panel B).

Una proporción muy alta de las trabajadoras de la salud son jefas de hogar (el 48 por ciento, frente al 41 por ciento en el caso del resto de trabajadoras) y el 53,8 por ciento tiene a cargo menores de 18 años, de las cuales el 28,7 por ciento tiene hijas o hijos menores de 5 años (Gráfico 1, Panel C y D). Esta situación refleja la doble carga de cuidado que enfrentan las trabajadoras de la salud, quienes combinan su trabajo remunerado en tareas de cuidado con el cuidado no remunerado en sus hogares, muchas veces monomarentales y con presencia de niñas y niños. Concretamente, las trabajadoras de la salud realizan casi una hora más por día de trabajo doméstico no remunerado en comparación con sus colegas varones (Gráfico 1, Panel F). Si bien la brecha es inferior a lo que se observa para el resto de actividades laborales, resulta significativa si tenemos en cuenta las largas jornadas de trabajo que caracterizan al sector (Gráfico 3).

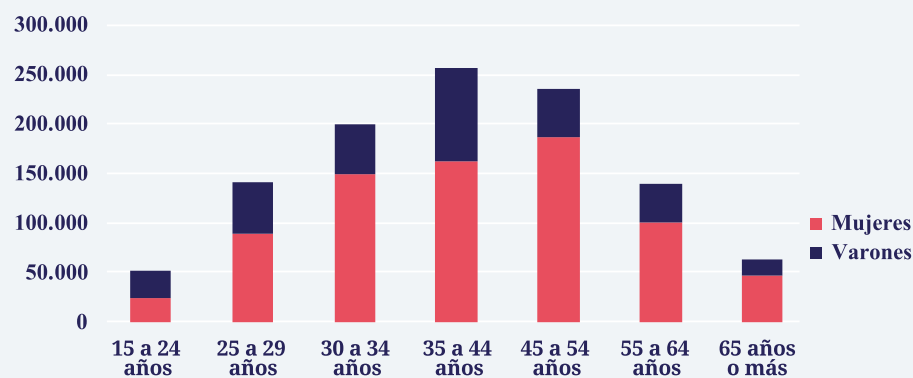
2 La ECETSS se realizó durante la segunda mitad de 2018 (MPyT; SRT, 2019). Aunque la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) ofrece datos más recientes sobre el volumen de trabajadoras de la salud, se utiliza esta encuesta porque cuenta con información más detallada sobre las condiciones de trabajo. Para más información sobre la ECETSS, consúltese la siguiente página web: <https://www.argentina.gob.ar/srt/observatorio-srt/encuestas-salud-trabajo/ECETSS-2018>

3 Se incluyen en esta categoría actividades de atención a la salud humana, asistencia social relacionada con la atención a la salud y servicios sociales sin alojamiento.

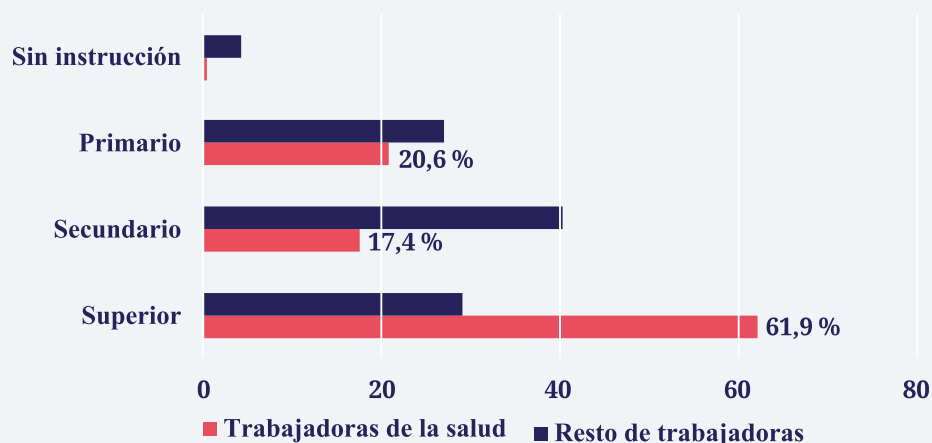
El hecho de que un porcentaje tan alto de trabajadoras esté económicamente a cargo de un hogar con presencia de niñas y niños introduce una vulnerabilidad adicional que no siempre está acompañada de altos ingresos. Si bien las trabajadoras de la salud presentan ingresos promedios superiores al resto de trabajadoras asalariadas, más de la mitad de las trabajadoras de la salud (53,9 por ciento) vive en hogares con ingresos mensuales inferiores a los ARS 30.000 (Gráfico 1, Panel E). Si se tienen en cuenta estos bajos ingresos y las cargas horarias que se detallan más adelante (Gráfico 3), muchas trabajadoras de la salud deben acudir a sus redes familiares para el cuidado de sus niñas y niños.

Gráfico 1. Características sociodemográficas de las trabajadoras de la salud en Argentina

► Panel A -
Sexo y edad

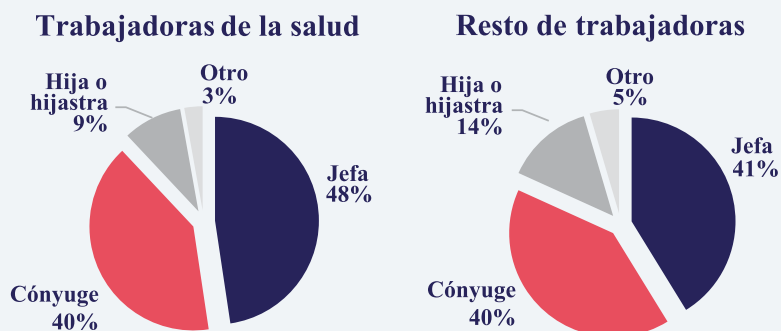


► Panel B -
Nivel educativo completo

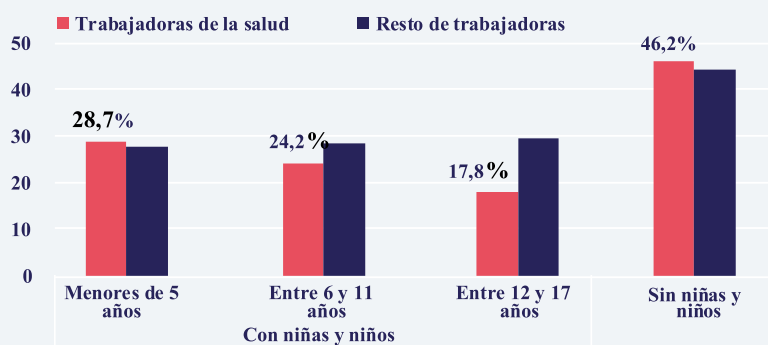


► Fuente: Elaboración propia a partir de la ECETSS - 2018.

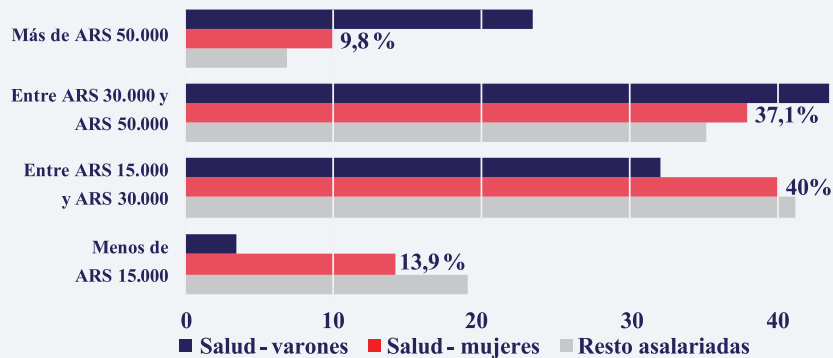
► Panel C -
Función en
el hogar



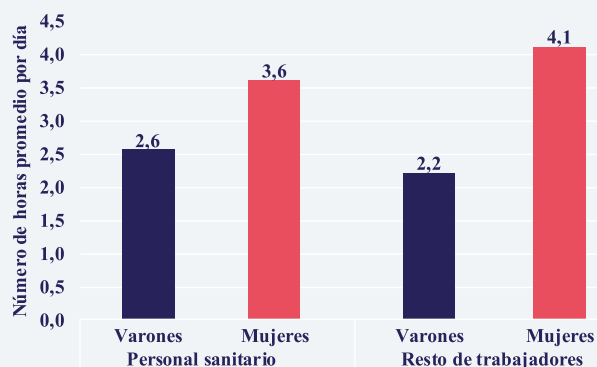
► Panel D -
Presencia de
infantes en el
hogar



► Panel E -
Ingresos del
hogar



► Panel F -
Trabajo doméstico
no remunerado



3. Las condiciones laborales de las trabajadoras de la salud en Argentina

En Argentina, las mujeres son mayoría en prácticamente todas las ocupaciones del sector de la salud. La segmentación dentro del sector que se observa en el caso de las mujeres no es percibida para los varones, siendo su estructura ocupacional considerablemente más homogénea. La gran mayoría de ellos se dedica a ocupaciones profesionales (médicos, por ejemplo) o son jefes de servicio. De este modo, el volumen y porcentaje de mujeres es mayor en ocupaciones como enfermería, obstetricia y profesiones de gestión, así como en los servicios de limpieza y gastronomía (Gráfico 2, Panel A).

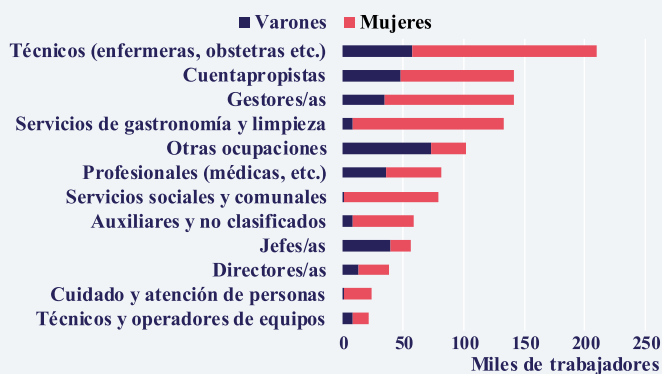
Esta composición también explicaría el mayor porcentaje relativo de trabajadoras asalariadas (83,5 por ciento) en comparación con sus colegas varones (77,5 por ciento) (Gráfico 2, Panel C). De hecho, aquellas profesiones del sector de la salud que se pueden realizar como cuentapropistas son normalmente las vinculadas a ocupaciones profesionales (medicina o psicología, por ejemplo).

Existen importantes diferencias en las condiciones de trabajo entre las distintas ocupaciones que se traducen, a su vez, en importantes desigualdades de género si tenemos en cuenta la representación disímil de mujeres y varones en cada una de las profesiones del sector salud. Por ejemplo, los salarios de las trabajadoras de la salud se sitúan significativamente por debajo de los percibidos por los varones del sector. Mientras ellas se sitúan en su mayoría en el percentil 25, considerando la distribución de ingresos laborales mensuales del país, los varones se encuentran mayoritariamente en la mitad de la distribución (Gráfico 2, Panel D). Además, las mayores brechas se ubican en los niveles de calificación más altos, dando muestra de una mayor presencia de varones en las estructuras jerárquicas asociadas a mejores remuneraciones.

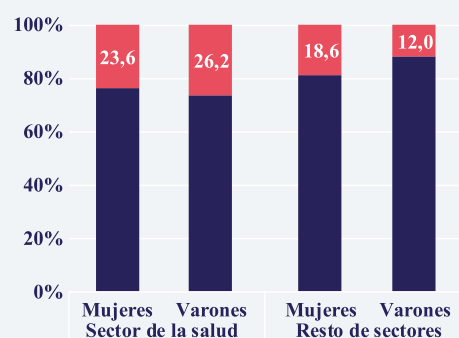
La segmentación dentro del sector también se traduce en que el 20,4 por ciento de las trabajadoras son informales, mientras que solo el 14,7 por ciento de los varones ocupados en el sector tienen empleos informales (Gráfico 2, Panel D). Esta mayor informalidad implica un menor acceso a mecanismos de protección esenciales en el actual contexto de pandemia. Concretamente, las trabajadoras de la salud no registradas presentan muy baja cobertura en derechos como la protección por accidente o enfermedad profesional (11,3 por ciento), obra social (25,7 por ciento) y licencia por enfermedad (22,8 por ciento). El acceso a estos derechos es considerablemente menor que en el caso de los varones no registrados (Gráfico 2, Panel E). Por ejemplo, en el acceso a la cobertura por ART o seguro de accidente, la brecha entre mujeres y varones no registrados alcanza los 26 puntos porcentuales.

Gráfico 2. Características laborales de las trabajadoras de la salud en Argentina

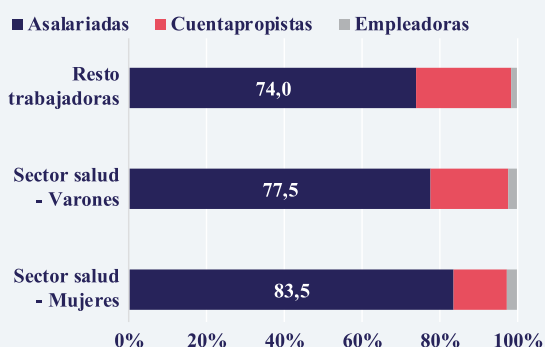
► **Panel A - Ocupación**



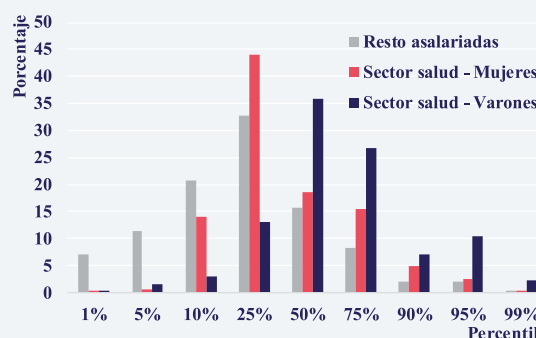
► **Panel B - Pluriempleo**



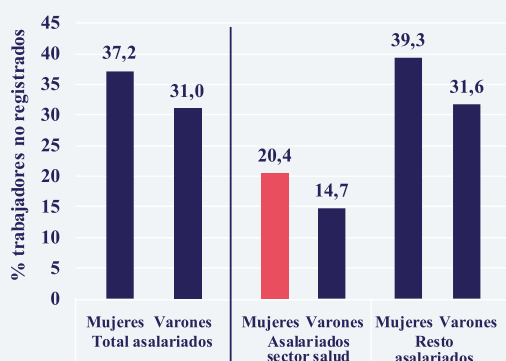
► **Panel C - Categoría ocupacional**



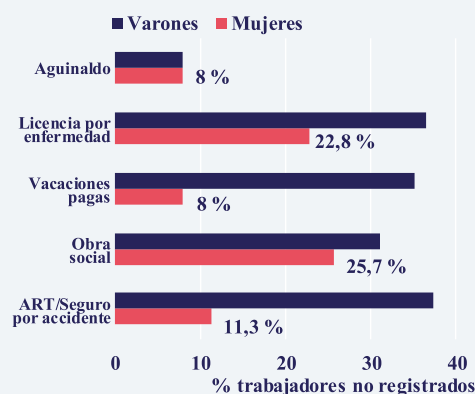
► **Panel D - Remuneración**



► **Panel E - Informalidad**



► **Panel F - Acceso a derechos**



► **Fuente:** Elaboración propia a partir de la ECETSS - 2018.

En lo referente a las condiciones de trabajo, existe una serie de particularidades que provocan que las trabajadoras de la salud estén más expuestas al riesgo de infección, al estrés y a otros riesgos laborales que se pueden exacerbar en el actual contexto de crisis sanitaria.

Por ejemplo, las trabajadoras de la salud destinan en promedio más tiempo que el resto de las trabajadoras en traslado de sus casas al trabajo. Utilizan el transporte público un porcentaje superior en 10 puntos porcentuales al de trabajadoras de otros sectores, y presentan mayor probabilidad de viajar en malas condiciones (Gráfico 3, Panel A). Los tiempos y las condiciones de los viajes tienen especial importancia, pues se trata de una instancia en la que las personas enfrentan posibles riesgos de contagio de coronavirus.

Uno de los principales peligros que acecha al personal sanitario durante esta pandemia es el fuerte aumento de la carga de trabajo y la realización de jornadas con un excesivo número de horas trabajadas. En este sentido, es importante tener en cuenta que, si bien las trabajadoras de la salud realizan más horas extras que sus colegas varones (una brecha superior a los 10 puntos porcentuales), la diferencia en la remuneración de estas horas no es tan amplia (Gráfico 3, Panel B). Esta brecha en las horas de trabajo se observa también cuando se considera el número de horas totales, es decir la suma del empleo principal y el resto de ocupaciones. Esto es importante si se tiene en cuenta la fuerte incidencia del pluriempleo en el sector. El 23,6 por ciento de las trabajadoras de la salud y el 26,2 por ciento de los varones tienen más de un empleo, mientras que este porcentaje baja al 15 por ciento en el resto de las actividades (Gráfico 2, Panel B).

Por otro lado, ante el posible riesgo de contagio que enfrenta el personal sanitario en la actual pandemia, es importante tener en cuenta que, incluso en condiciones normales, las trabajadoras de la salud están más expuestas a agentes que pueden estar infectados. En 2018, por ejemplo, el 55 por ciento de las trabajadoras declaraba manipular o estar en contacto con materiales o personas con posibilidades de estar infectadas al menos algunas veces, mientras que este porcentaje bajaba al 47 por ciento en el caso de los varones del sector (Gráfico 3, Panel C). Esta diferencia se explica por la mayor presencia de mujeres en aquellas ocupaciones del sector sanitario que están en primera línea de atención como, por ejemplo, enfermeras, auxiliares de enfermería, técnicas, asistentes o gerontológicas.

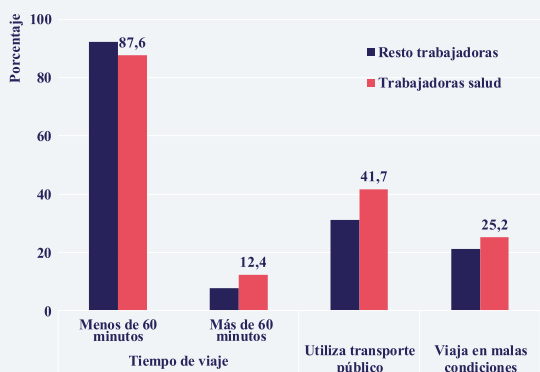
A pesar de esta mayor exposición al riesgo de infección, solo el 40,2 por ciento de las trabajadoras de la salud dispone de los elementos de protección personal necesarios para la realización de su trabajo, mientras que en el caso de los varones ese porcentaje sube al 57,1 por ciento (Gráfico 3, Panel D). En virtud de la información del año 2018 mencionada más arriba, surge el interrogante sobre si se mantiene esta tendencia en el actual contexto de confrontación de la pandemia, con el consecuente impacto negativo que podría tener en las mujeres

del sector. Una brecha que se estima desprotege al personal de menor jerarquía dentro del sector sanitario.

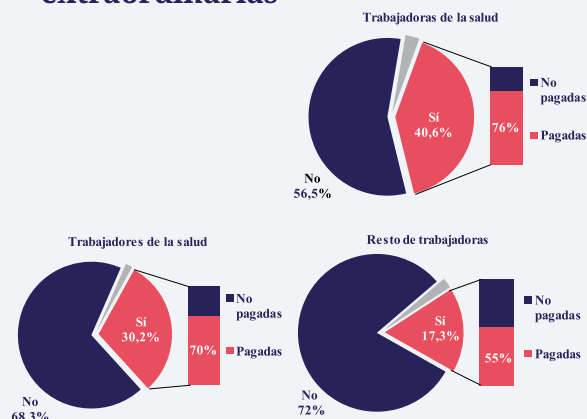
Por último, otro aspecto de las condiciones de trabajo del sector a tener en cuenta es la mayor prevalencia de episodios de violencia y acoso laboral. Por las características de la actividad que realiza, todo el personal sanitario está mayormente expuesto a situaciones de agresión o acoso –especialmente por parte de pacientes o clientes–, en comparación con el resto de actividades (Gráfico 3, Panel E). Este fenómeno observado en Argentina es común a la mayoría de los países, donde el personal sanitario registra los niveles de violencia más elevados. Por ejemplo, en la Unión Europea el sector de la salud ocupó el lugar más alto en materia de exposición a la violencia y el acoso (OIT, 2019). En Argentina, el riesgo dentro del sector es significativamente mayor en las mujeres que en los varones (Gráfico 3, Panel E). En este contexto de pandemia, las trabajadoras de la salud están expuestas a múltiples formas de violencia (por ejemplo, acoso moral, hostigamiento y/o maltrato psicológico, entre otras). Esta se produce en los lugares de trabajo y en la vía pública, pero también en sus hogares, como consecuencia de la estigmatización y reacciones poco solidarias ante el temor a sufrir un contagio por parte de la vecindad (ONU Mujeres, 2020).

Gráfico 3. Condiciones laborales de las trabajadoras de la salud en Argentina

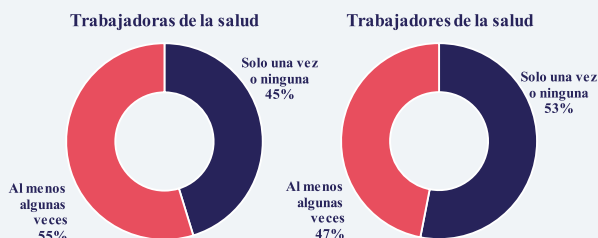
▶ **Panel A - Traslado de casa al trabajo**



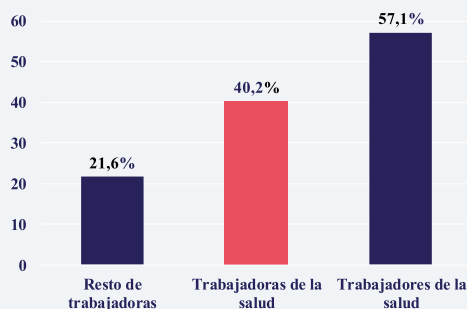
▶ **Panel B - Horas extraordinarias**



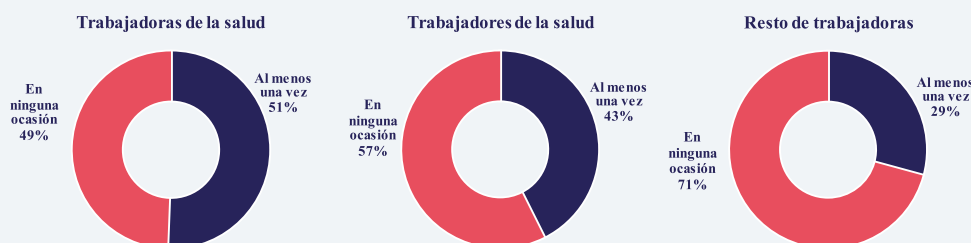
▶ **Panel C - Exposición a materiales o personas que pueden estar infectadas**



▶ **Panel D - Disponibilidad de elementos de protección**



▶ **Panel E - Episodios de violencia y acoso laboral***



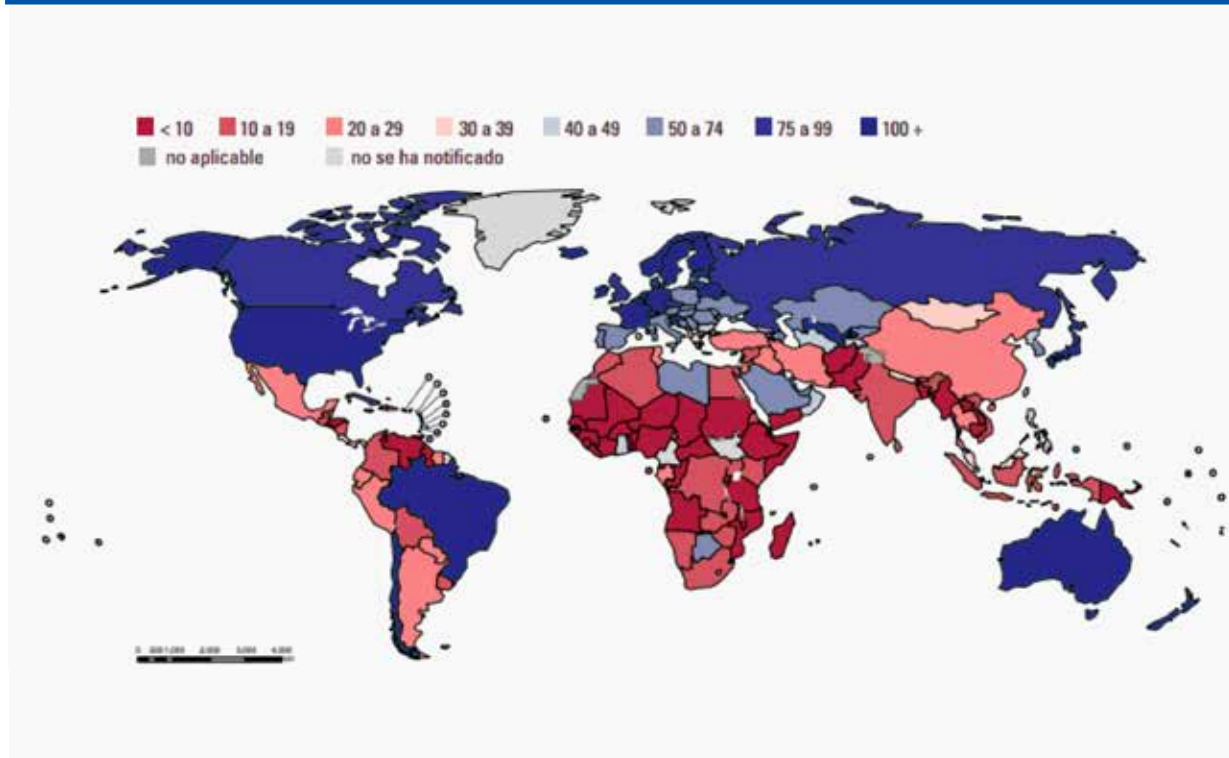
▶ **Nota:** *En el gráfico se recoge el porcentaje de trabajadores o trabajadoras que, en el último año, han contestado haber sido objeto, al menos una vez, de situaciones de agresión por parte de sus jefes o empleadores, de sus compañeros o de personas externas (clientes, pacientes, alumnos, público, etc.). El relevo incluye situaciones de acoso sexual, acoso moral, hostigamiento y/o maltrato psicológico, así como situaciones de amenazas de despido y/o interrupción del trabajo.

▶ **Fuente:** Elaboración propia a partir de la ECETSS - 2018.

4. La enfermería en Argentina: desafíos entre la precariedad y la falta de derechos

La enfermería es una de las profesiones dentro del amplio abanico de ocupaciones que conforman el sector de la salud. Las enfermeras enfrentan muchas de las situaciones descritas en las secciones anteriores, pero además presentan ciertas particularidades que las colocan en una posición de mayor vulnerabilidad. La escasez de enfermeras, los déficits en los niveles de calificación y/o en su reconocimiento, el pluriempleo, la relativa situación de desventaja y desvalorización de la enfermería dentro de los equipos de salud, agregan problemáticas a los desafíos comunes de todas las trabajadoras de la salud (Aspiazu, 2017), (Pereyra F. , 2014), (Pereyra & Micha, 2015).

Gráfico 4. Densidad del personal de enfermería por cada 10.000 habitantes en 2018



► **Fuente:** Cuentas nacionales del personal de salud, Organización Mundial de la Salud, 2020.

En su informe sobre la situación de la enfermería en el mundo (2020), la Organización Mundial de la Salud destacó las desigualdades internacionales en el sector a la hora de enfrentar la COVID-19. Mientras Europa y las Américas promedian alrededor de 81 enfermeras por cada 10.000 personas, en África hay solo 8,7 enfermeras por cada 10.000 personas. Con una densidad entre 20 y 29 enfermeras y enfermeros por cada 10.000 habitantes, Argentina se ubica en un puesto medio-bajo en América Latina, junto con Paraguay, Perú y Ecuador (OMS, 2020).

Al respecto, hay que tener en cuenta la gran heterogeneidad territorial en cuanto a la densidad del personal técnico de enfermería y con título de grado entre provincias, que oscila entre las bajas densidades de Santiago del Estero, Catamarca y Corrientes (5,1, 10,8 y 17,5 por cada 10.000 habitantes respectivamente) y los valores netamente mayores de Neuquén, Entre Ríos y CABA (49,9, 50,3 y 61,2 respectivamente) (OFERHUS, 2020).⁴

La enfermería es el grupo ocupacional más numeroso del sector de la salud, ya que representa aproximadamente el 59 por ciento de las profesiones sanitarias (OMS, 2020). Según datos oficiales del Sistema de Información Sanitario Argentino, en 2018 se matricularon 179.175 personas en el campo de la enfermería y la tendencia sigue en aumento, según datos de la Red Federal de Registros de Profesionales de la Salud. (OFERHUS, 2020). De acuerdo a un estudio del Observatorio Sindical de la Salud Argentina (OSINSA) realizado en 2018, el 74 por ciento de quienes trabajan en el área de enfermería son mujeres. Este sector tiene la particularidad de ser la actividad con mayor nivel de feminización.

El empleo en el sector se organiza en ocupaciones profesionales, técnicas y operativas; y está caracterizado por una gran heterogeneidad. La fuerza de trabajo con menor calificación representa un porcentaje elevado en la profesión. Concretamente, el 34,7 por ciento son auxiliares en enfermería, el 49 por ciento tiene formación técnica y el 16,2 por ciento posee licenciatura en Enfermería (OFERHUS, 2020).

En el país esta carrera se estudia en 53 universidades y 250 escuelas técnicas, sumando casi 30.000 nuevas inscripciones por año. El total aproximado de estudiantes que cursan la carrera en estos centros es de 107.000 personas (Costa & Marcó del Pont, 2017).

4 En el país, la Ley de Ejercicio de la Enfermería (N° 24.004, 1991) distingue dos niveles en el ejercicio de la enfermería: auxiliar (formado a nivel preuniversitario) y profesional (estos últimos pueden tener formación de tecnicatura o licenciatura universitaria). El ejercicio profesional se define como “consistente en la aplicación de un cuerpo sistemático de conocimientos para la identificación y resolución de las situaciones de salud enfermedad sometidas al ámbito de su competencia”, y el auxiliar como “consistente en la práctica de técnicas y conocimientos que contribuyen al cuidado de enfermería, planificados y dispuestos por el nivel profesional y ejecutados bajo su supervisión” (art.3).

La Organización Mundial de la Salud pone de relieve que el 70 por ciento de las acciones en salud son competencia de enfermería y la reconoce como unos de los pilares en la conformación y estructuración del sistema de salud en Argentina.

A nivel sindical, las enfermeras tienen afiliaciones diferenciadas según su calificación y el ámbito de trabajo. En la provincia de Buenos Aires, por ejemplo, aquellas con calificación auxiliar o técnica que trabajan en la salud pública son, entre otras, representadas por la Asociación de Trabajadores del Estado (ATE), la Unión de Personal Civil de la Nación (UPCN) o el Sindicato de Salud Pública (SSP). Otras enfermeras con formación profesional están agrupadas en la Asociación de Profesionales de la Salud de la Provincia de Buenos Aires (CICOP). En cambio, en el ámbito privado, la gran mayoría de las enfermeras del país (sean licenciadas, técnicas o auxiliares) se agremian en la Asociación de Trabajadores de la Sanidad Argentina (ATSA), que reúne distintas categorías de trabajadoras (Aspiazu, 2017).

Por otra parte, más allá de la vulnerabilidad estructural y coyuntural de las enfermeras en Argentina, el sector se caracteriza por tener vacíos normativos y heterogeneidad en cuanto a calificación, categorización salarial, representación sindical y jurisdicción de pertenencia, lo cual afecta el efectivo cumplimiento de sus derechos.

Desde 2013, la licenciatura en Enfermería está incluida en el régimen de Educación Superior. En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la profesión está reglamentada por la Ley 298⁵, que la enmarca en la categoría de personal general. En noviembre de 2018, la Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires sancionó la Ley 6035, que establece un marco normativo para profesionales de la salud en el sector público. Si bien la Ley abarca más de treinta profesiones, sigue sin incluir entre profesionales de la salud a las personas licenciadas en enfermería, bioimágenes e instrumentación quirúrgica.⁶ Esta exclusión significa categorizar al personal de enfermería de los 33 hospitales públicos de CABA como personal administrativo, bloqueando su capacidad de concursar por cargos, participar de capacitaciones internas al sector y acceder a salarios acorde a su profesión (Domínguez Cossio, 2020).

Cabe destacar que en febrero de 2019, el jefe de gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, junto con representantes gremiales (Sindicato Único de Trabajadores del Estado de la Ciudad de Buenos Aires, SUTECBA), elaboraron un acta de Negociación Colectiva (N° 3/19 – Comisión Paritaria Central) para llevar adelante una nueva carrera de enfermería y especialidades técnico-profesionales de la salud, que comprendiese a las y los auxiliares, profesionales

5 <http://www2.cedom.gob.ar/es/legislacion/normas/leyes/anexos/drl298.html>

6 Ley N°6035, Cap. II, Del ámbito de aplicación, artículo 6, Profesionales incluidos, 1 de noviembre de 2018, Boletín Oficial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires – Núm. 5508 – 28 de noviembre de 2018.

Recuadro 1

► Marco normativo y políticas públicas en relación con la enfermería en Argentina

El ejercicio de enfermería en el ámbito de la salud cuenta con una ley de ejercicio profesional (Ley N° 24004) aprobada en el año 1991 a nivel nacional, que sirve también como marco jurídico para orientar a las provincias que carecen de legislación o quieren compatibilizar sus leyes existentes. El artículo 1° de su modificatorio, N° 2330, con fecha el 4 de diciembre de 1992, incorpora a los y las licenciadas de Enfermería a la Carrera de Profesionales de la Salud de la Nación. Las especialidades de Enfermería están establecidas y reconocidas en la Ley 24004/91 de ejercicio de la Enfermería y en el Decreto 2497/93. En este sentido, existen las siguientes especialidades: “Enfermería en Salud del Adulto, Enfermería en Salud del Anciano, Enfermería en Salud Materno Infantil y del Adolescente, Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría, Enfermería en la Atención del Paciente Crítico (neonatal, pediátrico y adulto) y Enfermería en Cuidados Paliativos”.

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la Ley 6035 del 1 de noviembre de 2018 define la lista de profesionales de salud en la Ciudad. El personal de enfermería está excluido de la lista. Un proyecto de ley del 7 de abril de 2020 propuesto por la legisladora Victoria Montenegro (Expte 712-D-2020) propone modificar la Ley 6035, incluyéndose a los y las licenciadas en enfermería en el texto ordenado de la carrera de Profesionales de la Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

El Gobierno argentino lanzó en 2016 y 2017 un plan para promover la carrera de enfermería. Así, con la Resolución 209, Argentina cuenta con el Programa de Formación de Enfermería (PRONAFE) elaborado junto a la Secretaría de Políticas Universitarias del Ministerio de Educación y Deportes de la Nación y al Ministerio de Salud de la Nación. El objetivo del programa consiste en promover y formar enfermeras y enfermeros que aporten a la resolución de los problemas de salud y cooperen en la transformación de los servicios, ofreciendo cuidados de calidad. La meta final es la mejora del estado de salud de la población y la contribución al desarrollo humano.

Fuente: Aspiazu (2017) y Ministerio de Educación y Deporte; INET; y Ministerio de Salud (2017).

y quienes se hayan licenciado en enfermería, así como a especialidades técnicas. No obstante, no contempla la inclusión del personal de enfermería del sector público a la Ley de Profesionales de la Salud, a la par con las demás profesiones con título universitario, lo cual fue propuesto mediante un proyecto de Ley en 2020 (Recuadro 1). Una cuestión especialmente relevante si se tiene en cuenta el elevado número del personal de enfermería que se desempeña en CABA y su área metropolitana.

Por último, es importante mencionar que Argentina todavía no ha ratificado el Convenio N° 149 de la OIT sobre el personal de enfermería. Este Convenio reconoce la labor esencial del personal de enfermería en beneficio de la salud y el bienestar de la población. Además, establece normas laborales mínimas que regulan aspectos como las condiciones de trabajo, la adaptación de las normas que rigen la seguridad y la salud en el trabajo y el establecimiento de mecanismos de resolución de conflictos, entre otros.

5. Las licenciadas en obstetricia: del rol estratégico en la salud de la población a la falta de una ley acorde a su formación y derechos

Las licenciadas en obstetricia, parteras profesionales y matronas (o *midwives*) son profesionales de la salud cuya práctica consiste en: “la atención capacitada, experta y compasiva de las mujeres en edad fértil, personas recién nacidas y las familias en todo el proceso continuo del embarazo, el parto, el postparto y las primeras semanas de vida. Las características principales de este modelo incluyen la optimización de los procesos biológicos, psicológicos, sociales y culturales normales de la reproducción y la vida temprana; la prevención y el manejo oportuno de las complicaciones; la consulta y derivación a otros servicios; el respeto a las circunstancias y opiniones individuales de las mujeres; y el fortalecimiento de las capacidades de las mujeres para cuidarse a sí mismas y a sus familias” (Renfrew, et al., 2014).

El informe Estado de la Partería en el Mundo correspondiente al año 2014 mostró brechas graves a nivel global en el acceso a los cuidados por personal de salud calificados, incluyendo el de partería (United Nations, 2015). En los países donde ocurren el 92 por ciento de todas las muertes maternas y neonatales, solo el 42 por ciento del personal de partería, medicina y enfermería estuvieron disponibles para la atención de las mujeres y personas recién nacidas. En lo referente a la salud materna, la mayoría de estas muertes es evitable y, por lo tanto, cada una es un claro ejemplo de las profundas desigualdades de la región, así como de la necesidad de fortalecer políticas públicas y aumentar la inversión en el número y disponibilidad de recursos humanos calificados para la atención pregestacional, prenatal, durante el parto, el puerperio y la atención inmediata de la persona recién nacida en entornos de atención obstétrica de urgencia y básicos como objetivo principal para la mejora en la salud de estas mujeres (UNICEF, 2016).

En Argentina, además, la mayor parte de las muertes maternas y de personas recién nacidas ocurre en áreas pobres, rurales y con poblaciones minoritarias, donde los promedios regionales y nacionales del personal que presta servicios de salud sexual y reproductiva se encuentran enmascarados por las enormes diferencias en los resultados de salud dentro del país y entre las provincias. Mientras la razón de mortalidad materna (RMM)⁷ es de 3,7 muertes por cada 10.000 personas recién nacidas, este ratio asciende a 14,4 en la provincia de Formosa, 12,2 en Santiago del Estero y 7,3 en Chaco. Se trata de cifras que contrastan con las observadas en provincias

⁷ Número anual de mujeres fallecidas por causas relacionadas con el embarazo y el parto por cada 10.000 nacidos vivos. Se utiliza como denominador el número de nacimientos como una aproximación al número de mujeres expuestas a morir por causas relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio.

como Rio Negro, La Pampa y Jujuy, cuya RMM se sitúa por debajo de 1 (MSAL, 2020). Cabe destacar que en las provincias con los valores más altos de la RMM, además de tener los PIB más bajos del país, se encuentran poblaciones indígenas extensas (Tobas-Wichís, Mocovís y Guaraníes) que, además, viven en zonas remotas, distantes de los centros urbanos o de difícil acceso a servicios de salud.⁸ Si bien la evidencia muestra que la inversión en el desarrollo de las capacidades de los equipos de salud se traduce en resultados positivos de salud, las mujeres aun enfrentan violencias y barreras económicas, geográficas, sociales, legales y actitudinales que les impiden el acceso a servicios de calidad.

En relación a la fuerza de trabajo, la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de la Nación (MSAL) informa, en un reporte demográfico correspondiente al año 2014, un número de 1,2 licenciadas en obstetricia cada 10.000 habitantes⁹ en Argentina.¹⁰ Sin embargo la OMS ha establecido un punto de corte de 23 médicos, enfermeros y parteras por cada 10.000 habitantes para prestar servicios esenciales de salud materna e infantil (MECCyT; MSDS; Presidencia de la Nación, 2019). En Argentina existen 13 universidades, entre públicas y privadas, que dictan la carrera. Son entre cuatro y cinco años de formación superior, más residencias y prácticas hospitalarias.

Cabe destacar que es difícil contar con un número certero sobre la cantidad de licenciadas en obstetricia en ejercicio en el país, ya que no todas las provincias cuentan con colegios o asociaciones que nucleen y matriculen a dichas profesionales, y una misma persona puede estar dada de alta en varias jurisdicciones, o no estar activa, pero seguir matriculada. El reporte más cercano al respecto fue generado por la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia del anterior Ministerio de Salud y Desarrollo Social, actualmente Dirección Nacional de Salud Perinatal y Niñez, a partir de una encuesta realizada a referentes provinciales de maternidad e infancia en el año 2017¹¹, reportando un total de 6.667 agentes que cumplen función de “obstétricas”. Puesto que solo en cuatro jurisdicciones esta función estuvo cubierta por profesionales que no poseen título de grado en obstetricia (es decir, técnicas en obstetricia, enfermeras y empíricas), lo que representa un 15 por ciento del total de la muestra, se puede inferir que existen en la actualidad alrededor de 5.500 licenciadas en obstetricia en ejercicio en el país, de las cuales 2.200 se encuentran matriculadas en la provincia de Buenos Aires (MECCyT; MSDS; Presidencia de la Nación, 2019).

A pesar de las dificultades y la falta de mecanismos oficiales para conocer el número real de profesionales de esta disciplina en el país, la deuda más grande está vinculada con la regulación de su profesión. Actualmente el ejercicio

8 Por ejemplo, la impenetrable selva misionera o el bosque nativo de Chaco y Formosa.

9 Las provincias de Buenos Aires, Córdoba, Tucumán y Santa Fe no informaron datos. El último dato disponible para Entre Ríos, Formosa y la Pampa correspondía al año 2013, y el de Mendoza al año 2012.

10 En el año 2019, el Plan Nacional de Prevención del Embarazo no Intencional en la Adolescencia publicó un documento técnico sobre el rol estratégico de las licenciadas en obstetricia en el acceso a la salud sexual y reproductiva. El documento describe el estado de situación del personal y analiza fuentes sobre la cantidad de personal disponible (MECCyT; MSDS; Presidencia de la Nación, 2019).

11 La encuesta fue realizada en 22 de las 24 jurisdicciones, con la única excepción de CABA y Santa Cruz.

profesional de la obstetricia se enmarca en una ley nacional que tiene 52 años (Ley Nacional N° 17132 de Ejercicio de la medicina, odontología y “actividades de colaboración”). Esta ley plantea que las obstétricas son colaboradoras de la medicina, y solo hace referencia a la atención del embarazo, parto y puerperio, sin considerar la salud sexual y acceso a métodos anticonceptivos, detección de enfermedades, entre otras incumbencias fundamentales y que en muchos casos ya realizan.

La Confederación Internacional de Matronas (ICM, en inglés) considera que todos los países deberían disponer de una legislación adecuada sobre la partería, y que pueda ser reconocida como profesión autónoma. En abril de 2019 se presentó y aprobó en la Cámara de Diputados el proyecto de ley “Ejercicio Profesional de las Licenciadas en Obstetricia” con el objetivo de regular el ejercicio de dicha profesión, acorde a la formación que reciben en las universidades y las competencias con las que cuentan para trabajar.¹² Dicho proyecto aguarda a ser tratado por parte del Senado. Se debe destacar que es el séptimo intento en 13 años de sincerar las funciones, dentro de los equipos de salud, de quienes se han licenciado en obstetricia. (ICM, 2011).

Asimismo, el 20 de noviembre de 2019, el Ministerio de Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología sumó a la licenciatura en Obstetricia al artículo 43 de la Ley de Educación Superior. De esta manera, a partir de 2020, todas las carreras de licenciatura en Obstetricia deberán acreditar su calidad ante la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU), lo que impactará en una unificación de criterios en el diseño curricular, formación y competencias, entre otros beneficios. Con esta aprobación se cierra un ciclo de inclusión de titulaciones del área de salud al art. 43, lo cual es muy relevante porque están vinculadas con la vida y la salud de toda la población.¹³

12 Este proyecto de ley con media sanción de Diputados establece que podrán asesorar e indicar, colocar y retirar métodos anticonceptivos, prescribir medicamentos de uso obstétrico, solicitar estudios de laboratorio y por imágenes, indicar las vacunas recomendadas según la edad y durante el embarazo, pesquisar las infecciones de transmisión sexual y el cáncer de cuello uterino para la derivación oportuna a los especialistas, atender los embarazos de bajo riesgo durante toda la gestación y promover la lactancia materna, entre otras incumbencias. Proyecto de Ley con media sanción de Cámara de Diputados: 2070 y 4364-D-18 OD 1051. Expediente 17/19.

13 <https://www.argentina.gob.ar/noticias/nuevas-carreras-de-interes-publico-y-nuevos-estandares-de-acreditacion>

6. El impacto de la COVID-19 para las trabajadoras de la salud en Argentina

La sobrecarga laboral, la falta de equipamiento, los riesgos laborales, los bajos salarios y la falta de acceso a derechos laborales de las trabajadoras de la salud son condiciones que forman parte de su día a día. Este nivel de precariedad se ve notablemente incrementado ante la crisis sanitaria de la COVID-19. Médicas, enfermeras, licenciadas en obstetricia, cuidadoras y demás personal sanitario enfrentan en Argentina, al igual que en el resto de países afectados por la pandemia, una carga de trabajo sin precedentes en sistemas sanitarios llevados a sus límites, y donde la perspectiva acerca del final de la crisis es todavía incierta. Además, su perfil sociodemográfico, caracterizado por una alta presencia de mujeres jefas de hogar de bajos ingresos con niñas, niños y adolescentes a cargo, hace que el impacto social sobre las trabajadoras de la salud y sus convivientes sea también notable.

A continuación, se detallan algunos de los efectos que la crisis de la COVID-19 tiene sobre ellas:

■ **Déficits en la seguridad y la salud en el trabajo, incluyendo la exposición al riesgo de contagio.** En Argentina, 3.652 profesionales de la salud dieron positivo en el test de la COVID-19 al día 24 de junio de 2020, lo cual representa el 7,3 por ciento de las 2.49.851 personas infectadas que se registraban en el país hasta esa fecha. Estas cifras ponen de manifiesto el alto riesgo que enfrenta todo el personal sanitario. No obstante, por su mayor presencia en las ocupaciones de mayor cercanía con pacientes, como es el caso de la enfermería, las mujeres están más expuestas. El riesgo de contagio se puede ver exacerbado ante la insuficiencia de equipos de protección adecuados en las instalaciones sanitarias o las dificultades en el acceso a las pruebas diagnósticas. Esta combinación de un mayor número de personas enfermas con una reducción del personal disponible para su atención contribuye notablemente a poner en peligro la capacidad del sistema sanitario.

■ **Jornadas más largas y mayor volumen de trabajo.** En contextos de emergencia, el personal de salud tiene que trabajar en situaciones irregulares y atípicas. En el marco de la respuesta a la pandemia, las trabajadoras de la salud están afrontando una inmensa carga de trabajo adicional, horas de trabajo prolongadas y falta de periodos de descanso. Recientemente, los medios de comunicación se han hecho eco de la situación en varios hospitales. Esta situación está caracterizada por “extensas jornadas para organizar unidades de internación y de terapia,

reformular espacios de circulación, ubicar nuevas camas, distribuir insumos, brindar capacitación a sus compañeros y unificar criterios para utilizar los elementos del equipo de protección de bioseguridad” (Gioberchio, 2020). Una situación que se agrava si se tiene en cuenta que, en condiciones normales, el 24 por ciento del más del 40,6 por ciento de las trabajadoras que realizan horas extras, no recibe ningún tipo de remuneración por estas horas adicionales (Gráfico 3, Panel B). Además, cabe recordar que, ante el cierre de las escuelas y demás espacios de cuidado, las trabajadoras de la salud tienen que organizar su vida privada y cuidar de personas a cargo. Esta precariedad y falta de descanso no solo es perjudicial para las propias trabajadoras y sus familias, sino también para la calidad de la atención.

■ **Aumento del estrés y mayores riesgos psicosociales.** La pandemia sitúa al personal sanitario en situaciones de exigencia excepcional. Las trabajadoras de la salud se encuentran en la primera línea de la respuesta sanitaria, asumiendo mayores costos físicos y emocionales. Están sometidas a un enorme volumen de trabajo y en ocasiones se ven envueltas en situaciones traumáticas y frente a decisiones difíciles. En estos casos también aplica lo mencionado en el punto anterior sobre la organización del ámbito de la vida privada de las trabajadoras. Por otro lado, las largas jornadas de trabajo y el tiempo aisladas de sus familias puede generar estrés y provocar una vulnerabilidad emocional todavía mayor. A esto hay que sumar el nivel de estrés provocado por el temor a enfermarse ellas y sus familias; y las situaciones de discriminación, violencia y exclusión que pueden enfrentar en sus comunidades, edificios y/o medios de transporte.¹⁴

■ **Incremento de la carga de cuidado.** A raíz de la pandemia, las trabajadoras de la salud deben hacer frente, no solo a jornadas más largas de trabajo, sino también a una mayor carga de trabajo no remunerado en el hogar. Los costos de la provisión de cuidados recaen desproporcionadamente sobre las mujeres y las niñas, que asumen la inmensa mayoría del trabajo de cuidados no remunerado (ONU Mujeres, 2016). En circunstancias normales, las trabajadoras de la salud realizan casi una hora más por día de trabajo doméstico no remunerado en comparación con sus colegas varones (Gráfico 1, Panel F). La pandemia, que

14 En una reciente encuesta realizada por UNFPA y aplicada a 971 parteras profesionales de 9 países de la Región (entre ellos Argentina), un 58 por ciento declaró no sentirse segura al prestar atención, principalmente por carencia de EPP. Adicionalmente, un 58,6 por ciento señala no contar con material, equipo ni infraestructura básica para otorgar atención segura. En la misma encuesta se reportó que un 63,4 por ciento de las parteras profesionales tienen temor al contagio y el 82,9 por ciento señaló sentir temor de contagiar a usuarias, colegas y familiares, por no contar con dichos elementos. Lo anterior refleja graves inequidades, ya que la mayoría de las parteras profesionales son mujeres que, en una emergencia como la COVID-19, continúan atendiendo a otras mujeres gestantes y no gestantes, en quienes se pueden ver vulnerados sus derechos ya sea por falta de métodos anticonceptivos, carencia de continuidad de cuidados e incluso violencia sexual y de género en contextos de confinamiento (UNFPA, 2020).

ha provocado el cierre de escuelas y guarderías, así como de otros centros de cuidados, ha aumentado sustancialmente el tiempo que se dedica a diario a este tipo de trabajo no remunerado. La situación se agrava en el caso de las trabajadoras sanitarias jefas de hogar y únicas responsables del cuidado familiar. La falta de alternativas para cuidar a sus hijas e hijos o a las personas mayores, aumenta el riesgo de infección (por ejemplo, al recurrir a familiares que pueden integrar grupos de riesgo) y exacerba los altos niveles de estrés y desgaste emocional que enfrentan.

■ **Pérdida de empleo e ingresos.** Si bien el Decreto 297/20 (19 de marzo de 2020) que reguló el aislamiento social preventivo y obligatorio declaró a todo el sector de la salud como actividad esencial, el sistema sanitario argentino, al igual que el del resto de países, ha centrado su prioridad en la respuesta a la pandemia. Como consecuencia, profesionales de la salud que realizan actividades menos vinculadas con la respuesta inmediata a la pandemia (como, por ejemplo, la oftalmología o la odontología) han visto reducido su número de consultas y, por lo tanto, sus ingresos. Debido a la alta feminización de estas profesiones, esto puede tener un impacto significativo en los ingresos de un porcentaje notable de trabajadoras.

■ **Discriminación.** La extensión de la pandemia de la COVID-19 puede empeorar prácticas discriminatorias hacia las trabajadoras de la salud, al igual que entre sus colegas varones. La experiencia de crisis sanitarias anteriores, como la epidemia de ébola en África Occidental en 2014, muestra que el personal sanitario puede ser víctima de prácticas discriminatorias y estigmatización, debido al temor del público a contraer la enfermedad. De hecho, recientemente los medios de comunicación en Argentina han mostrado episodios de ataques a trabajadoras de la salud (Piscetta, 2020).

■ **Falta de protección laboral.** Con el objetivo de hacer frente a la pandemia, es posible que se recurra a la contratación de personal sanitario bajo contratos temporales, así como a personal voluntario, estudiantes en prácticas o a jubiladas y jubilados del sector sanitario. Es probable que las mujeres también estén sobrerrepresentadas en estas contrataciones atípicas. Si bien estas medidas pueden ser clave para asegurar la asistencia necesaria, es probable que estas trabajadoras no cuenten con la misma protección laboral y social que el resto, lo que las sitúa en una condición de especial vulnerabilidad ante los impactos anteriormente descritos.

7. Las medidas de apoyo a las trabajadoras de la salud implementadas en Argentina

Argentina es uno de los países que reaccionó más rápido ante los efectos económicos y los problemas de empleo provocados por la crisis sanitaria de la pandemia de COVID-19. A continuación, se describen las medidas que tienen un impacto directo en el personal sanitario y, por lo tanto, en las trabajadoras de la salud:

- ▶ **Refuerzo del sistema sanitario.** El fortalecimiento del sistema sanitario es clave para aliviar la carga del personal de la salud, que recae mayoritariamente sobre las mujeres. En este sentido, el Ministerio de Desarrollo Productivo puso a disposición instrumentos de financiamiento para quienes desarrollen soluciones productivas y tecnológicas, principalmente del sector médico-sanitario, que contribuyan al abordaje, contención, tratamiento y mitigación de la COVID-19.¹⁵
- ▶ **Compensación económica.** El Gobierno argentino ha otorgado un pago extraordinario de carácter remunerativo al personal sanitario. El pago asciende a ARS 5.000 durante los meses de abril, mayo, junio y julio para los trabajadores y trabajadoras de salud del ámbito público, privado y de la seguridad social que hayan prestado efectivamente servicios durante esos meses.¹⁶
- ▶ **Incorporación de la COVID-19 como enfermedad profesional.** La Superintendencia de Riesgos del Trabajo estableció a mediados de abril la consideración de la enfermedad COVID-19 presuntivamente como enfermedad de carácter profesional para el personal dependiente que realiza actividades esenciales.¹⁷ Se trata de una medida que beneficia a todo el personal sanitario y, por lo tanto, al elevado porcentaje de mujeres del sector.
- ▶ **Programa de Protección al Personal de la Salud (Ley Silvio).** Esta ley, sancionada en el Senado el 21 de mayo y que lleva el nombre del primer trabajador de la salud argentino que murió a causa de la COVID-19, recoge una serie de medidas encaminadas a la protección del personal sanitario que cumple con actividades y servicios esenciales durante la actual emergencia sanitaria. Las principales acciones recogidas por esta norma incluyen: i) garantizar medidas de bioseguridad en las áreas dedicadas a la atención y toma de muestras de casos de COVID-19; ii) establecer protocolos de protección y capacitaciones para la prevención del contagio de personal de la salud expuesto al

15 Resolución 132/2020 del 31 de marzo de 2020.

16 Decreto 315/2020 del 27 de marzo de 2020.

17 Decreto 367/2020 del 13 de abril de 2020.

contagio de COVID-19; iii) establecer un equipo permanente de asesoramiento digital en materia de protección del personal de salud; iv) crear un Registro Único de Personal de Salud contagiado por COVID-19.¹⁸ Esta ley regirá hasta el 30 de septiembre de 2020, si bien podrá prorrogarse mientras dure la emergencia sanitaria.

- ▶ **Plan Nacional de Cuidados de Trabajadores y Trabajadoras de la Salud.** El Ministerio de Salud desarrolló un plan cuyo objetivo es prevenir las infecciones por COVID-19 y sus consecuencias en la salud del personal. El plan incluye acciones de coordinación entre el Ministerio de Salud y las jurisdicciones; medidas de capacitación y supervisión de los procesos de trabajo; y la puesta en marcha de una estrategia para la identificación de escenarios de riesgo y para el acompañamiento del personal de salud y sus familias.¹⁹
- ▶ **Acuerdos en base al diálogo social.** En Argentina se alcanzó un acuerdo entre la federación de asociaciones de trabajadores y trabajadoras de la salud y el Gobierno para garantizar que todo el personal de la salud continuará ganando salarios completos mientras dure el aislamiento social preventivo y obligatorio. Además, también se acordó que el personal de la salud sea habilitado para el transporte gratuito, subsidiado por el Gobierno, durante el tiempo que dure la pandemia.
- ▶ **Campañas de sensibilización.** Desde que se empezaron a sentir los primeros efectos de la crisis de la COVID-19 en Argentina, se percibió la importancia de visibilizar el trabajo que hacen las mujeres del sector de la salud. En este sentido, el Sistema de Naciones Unidas apoyó la campaña de la ONU, Mujeres #CuidarEsTrabajo, impulsada a su vez en el marco de la Campaña por la Socialización de los Cuidados. Esta iniciativa tiene como principal objetivo recuperar la voz de las trabajadoras sanitarias, cuidadoras y referentes comunitarias en el contexto de la pandemia y reforzar el mensaje de que las labores que desarrollan constituyen un trabajo socialmente útil, que debe ser valorado y remunerado.

18 <https://www.parlamentario.com/2020/05/21/el-senado-sanciona-virtualmente-la-ley-silvio-de-proteccion-al-personal-de-salud-durante-la-pandemia/>

19 Resolución 987/2020 del 4 de junio de 2020.

8. Buenas prácticas y recomendaciones de políticas públicas

La respuesta política para mejorar la situación de las trabajadoras de la salud durante y después de la crisis de la COVID-19 debe seguir un enfoque integral y multidimensional que permita abordar los impactos descritos anteriormente. Además de asegurar la protección, seguridad y salud de las trabajadoras sanitarias en el actual contexto, es necesario adoptar acciones coordinadas adecuadas para mejorar su situación de mediano y largo plazo.²⁰

- ▶ **Garantizar la seguridad, salud y las necesidades inmediatas de las trabajadoras de la salud.** Cada trabajadora o trabajador infectado por la COVID-19, además de ser una persona que necesitará atención médica, es un agente menos en la lucha contra la pandemia. Por lo tanto, es de suma importancia garantizar su salud y seguridad, al igual que la del personal de apoyo (por ejemplo, quienes se ocupan de la lavandería, el personal a cargo de la limpieza y de la eliminación de los desechos sanitarios), también mayoritariamente conformado por mujeres. La protección y la seguridad del personal sanitario, en particular de trabajadoras y trabajadores de primera línea quienes son predominantemente mujeres, debe ser garantizada (ONU Mujeres; PNUD; OCHA, 2020). Para ello, es necesario que la información sobre la transmisión de la enfermedad, así como las medidas para prevenir el contagio, se difundan amplia y rápidamente. Asimismo, es crucial la disposición de equipos de protección personal, acompañados de instrucciones y formación sobre cómo colocarlos, quitarlos y desecharlos correctamente.²¹ En este sentido, la OIT dispone de guías que detallan las herramientas necesarias para la protección de las trabajadoras de la salud.²²
- ▶ **Establecer límites máximos de horas de trabajo y promover modalidades de trabajo flexibles.** En la actualidad, buena parte de las trabajadoras de la salud está afrontando una inmensa carga de trabajo adicional, horas de trabajo prolongadas y falta de periodos de descanso. Deberían adoptarse disposiciones apropiadas con respecto al horario de trabajo, para que las trabajadoras de la salud puedan equilibrar las exigencias del servicio sanitario con su vida familiar y su propio bienestar. La guía

20 Esta sección adapta al contexto de Argentina las recomendaciones recogidas en el documento “COVID-19 and the health sector” (OIT, 2020).

21 Además de los equipos de protección, la OMS señala la importancia de otras estrategias para prevenir o limitar la diseminación de la COVID-19. Entre estas destacan: aplicar las medidas de precaución estándares para todos los pacientes; asegurar triage, reconocimiento temprano y control de la fuente; implementación de medidas de precauciones adicionales para los casos de COVID 19; implementar los controles administrativos; y usar controles ambientales y de ingeniería. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/q-a-on-infection-prevention-and-control-for-health-care-workers-caring-for-patients-with-suspected-or-confirmed-2019-ncov>

22 El documento de la OIT “COVID-19 and the health sector” (OIT, 2020) presenta un listado de estas herramientas.

de la OIT sobre trabajo decente en los servicios públicos de emergencia (OIT, 2018) recoge los principios para definir las modalidades de tiempo de trabajo durante una emergencia. El Convenio sobre el personal de enfermería (N° 149) y su Recomendación (N° 157) establecen estándares para la fijación de jornadas laborales decentes en el sector de la enfermería.

- ▶ **Recompensar el trabajo realizado como respuesta a la crisis.** Las trabajadoras de la salud, al igual que el resto del personal sanitario, asumen la mayor carga física y emocional de la respuesta a la pandemia. Esto, sumado a las condiciones precarias que enfrentan especialmente las trabajadoras del sector, la sitúan en situación de particular vulnerabilidad. En este sentido, algunos países han implementado medidas destinadas a recompensar el trabajo realizado por quienes están en primera línea de acción. Por ejemplo, Francia anunció el 15 de abril de 2020 que el personal sanitario de las zonas más afectadas por la COVID-19 recibirá un pago excepcional de 1.500 euros, mientras que quienes trabajan en zonas donde la incidencia de la COVID-19 ha sido menor recibirán una paga de 500 euros. Bélgica también anunció una prima salarial de 1.450 euros para el personal de salud, que se asignará a unas 10.000 personas e implicará una inversión de unos 14,5 millones de euros.
- ▶ **Establecer una política regulatoria coherente.** Una armonización coherente de la normativa laboral que afecta a las trabajadoras de salud es necesaria. A modo de ejemplo, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, se ha observado un proceso de exclusión de las enfermeras del sistema público de salud en la Ley N° 6035/2018 que define la lista de profesionales de salud (véase la sección 4). Si bien se ha firmado un acta de Negociación Colectiva (N° 3/19) entre los sindicatos y el gobierno de la ciudad de Buenos Aires, es crucial incorporar a los licenciados y licenciadas en Enfermería dentro de la lista de los profesionales de salud.
- ▶ **Asegurar una legislación acorde a las competencias de las trabajadoras.** En el caso de las licenciadas en Obstetricia, aguardan desde hace 13 años la sanción de una ley acorde a su formación. Esa ley traería protección y reconocimiento de su rol fundamental en la mejora de indicadores de salud sexual y reproductiva para la población. Para ello es esencial aumentar las inversiones en licenciadas en Obstetricia y la calidad de la atención de partería. Tienen la capacidad de brindar el 87 por ciento de los servicios esenciales de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal que necesitan las mujeres y personas recién nacidas en cualquier entorno. Además, previenen el 83 por ciento de todas las muertes maternas, los mortinatos y las muertes neonatales. Asimismo, brindan consejería y servicios de prevención de la transmisión del VIH de la persona gestante a su descendiente, malaria gestacional, fístula, infecciones de transmisión sexual y sífilis congénita, entre otras enfermedades. Por último, mejoran el acceso de adolescentes a los servicios de salud y contribuyen a la calidad de la atención y el alcance de una cobertura anticonceptiva efectiva.

- ▶ **Avanzar en la homogenización de las condiciones de trabajo.** Aún se observa una alta heterogeneidad entre los convenios para el sector privado y público y una desarticulación de los convenios que abarcan a trabajadoras y trabajadores de las distintas jurisdicciones municipales, provinciales y nacional, así como a quienes se incluyen entre el escalafón general o entre los profesionales (Aspiazu, 2017). Por ejemplo, el Convenio FATSA 122/75 para Clínicas y Sanatorios con Internación²³ establece una regulación del horario de trabajo con bandas horarias de entre 6 y 8 horas, y 12 horas para los fines de semana y días no laborables. Esta regulación del trabajo con bandas horarias que no superen ciertas horas parecería ser más acorde a las necesidades de las trabajadoras, beneficiaría tanto a varones como a mujeres y facilitaría la organización familiar (PNUD, 2018).
- ▶ **Aumentar la inversión en el sector de la salud.** De acuerdo a las estimaciones de la OIT, aumentar las inversiones en salud²⁴ en Argentina para lograr los ODS generaría 1,6 millones de empleos en el país para 2030 (1,45 millones en el sector de la salud y 155 mil empleos indirectos en otros sectores no vinculados directamente al cuidado). Esto es equivalente a más de 886 mil empleos en comparación con 2015 (un aumento del 122 por ciento). A su vez, esta inversión implicaría un gasto total público y privado en salud de 46,2 mil millones de dólares para 2030, un aumento del 56,8 por ciento con respecto a los niveles de 2015. Como mínimo, el 17,3 por ciento de cualquier gasto público adicional se recuperaría en el corto plazo a través de los ingresos fiscales.^{25 26}
- ▶ **Contratar y formar a más personal de salud.** La pandemia causada por la COVID-19 vuelve a poner de manifiesto la acuciante necesidad de una fuerza de trabajo sanitaria fuerte, como elemento de todo sistema de salud resiliente. Esto representaría un aspecto esencial para la recuperación de nuestras sociedades y economías y también para la preparación para futuras emergencias sanitarias. Es preciso invertir en todos los sistemas de salud, para que puedan contratar, desplegar y mantener a un número suficiente de trabajadoras bien formadas y con el equipamiento y los recursos necesarios. La introducción y la ampliación de las tecnologías digitales para informar, capacitar y guiar al personal de la salud, especialmente en lugares remotos, puede mejorar la transparencia, la calidad de los servicios prestados y la gestión durante la pandemia. En los Países Bajos, por ejemplo, emplean estudiantes de medicina en un centro de atención telefónica que brinda orientación a pacientes que experimentan síntomas graves.²⁷

23 Ver el convenio colectivo de trabajo vigente C.C.T. 122/75 de la Federación de Asociaciones de Trabajadores de la Sanidad Argentina (FATSA): sanidad.org.ar/acciongremial/cct/c122.aspx

24 Incluye inversiones en el sector salud y en trabajo social.

25 Para obtener más información sobre la metodología utilizada para estas estimaciones, véase (OIT, 2019) y (Ilkcaracan & Kim, 2019).

26 En este sentido, es fundamental no sólo aumentar las inversiones sino mantener la jerarquía ministerial y relevancia en el presupuesto público de esta materia.

27 Se trata de un ejemplo de cómo se pueden redistribuir los recursos humanos con los que cuenta el sistema sanitario. De este modo, el personal de salud jubilado o con factores de riesgo podría hacer, por ejemplo, tareas administrativas o de atención por telemedicina.

- ▶ **Proteger a quienes tienen contratos atípicos.** Los sistemas de salud sostenibles dependen de la planificación prospectiva de su fuerza laboral. La contratación *ad hoc* debe tener en cuenta cuestiones no solo logísticas y financieras, sino también factores como la seguridad y salud en el trabajo, la protección social, la remuneración, los periodos de descanso y las disposiciones con respecto a las horas de trabajo del personal contratado. Los gobiernos deberían celebrar consultas con los sindicatos y referentes sociales sobre la supervisión y regulación de esas contrataciones especiales, fortalecer el sistema de denuncia, tomar medidas efectivas contra la discriminación laboral (ONU Mujeres, 2017), especialmente en sectores más vulnerables y expuestos a la informalidad (por ejemplo en el cuidado de personas mayores y con discapacidad) y asegurar que el personal contratado esté adecuadamente formado y cuente con las capacidades necesarias para responder a la pandemia.

- ▶ **Acceso a servicios de cuidado.** Las mujeres realizan la gran mayoría del trabajo de cuidado no remunerado en los hogares. El aumento de la carga de cuidado, ante el cierre de escuelas y otros espacios de cuidado, hace todavía más necesario fomentar medidas para apoyar a las trabajadoras sanitarias, de tal modo que puedan combinar su labor en el contexto de pandemia y el cuidado de su familia. Para contrarrestar la sobrecarga de cuidado en las mujeres del hogar, es importante fortalecer la red de otros actores e instituciones públicos, privados y el mercado laboral que puedan brindar esos servicios de cuidado infantil, de personas mayores, con discapacidad o enfermas. Asimismo, es recomendable implementar licencias remuneradas por maternidad, licencias parentales, prestaciones monetarias para personas que están al cuidado de niñas y niños pequeños, de personas adultas mayores o con discapacidad en el hogar. Por ejemplo, Italia ha establecido una bonificación para el cuidado de infantes de hasta 1.000 euros, con el objetivo de que el personal sanitario pueda sufragar el costo de servicios de atención infantil en el hogar. En Alemania, Austria, Francia y Países Bajos, lugares en los que la mayoría de guarderías y escuelas se ha cerrado, algunas instalaciones permanecen abiertas con personal mínimo, a fin de atender a los hijos e hijas del personal que presta servicios esenciales.

- ▶ **Transversalizar la perspectiva de género e involucrar a las mujeres en todas las fases de respuesta y en la toma de decisiones.** Esta pandemia ha demostrado la importancia de integrar una perspectiva de género en la preparación y respuesta ante emergencias de salud pública, ya que las mujeres desempeñan un papel predominante como trabajadoras de salud de primera línea y cuidadoras. Dar un tratamiento a los problemas que afectan al personal de la salud desde un enfoque de género permite visibilizar las diversas discriminaciones y la desvalorización económica y social de ciertas profesiones más feminizadas, como la enfermería, que afectan el desarrollo laboral de las mujeres. La transversalización de la perspectiva de género en las políticas de mercado de trabajo y en los sistemas de protección social²⁸, así como la inclusión de grupos de mujeres más afectados por la crisis (incluyendo migrantes, mujeres de

28 Garantizando, entre otros, licencias por maternidad; licencias parentales remuneradas; transferencias monetarias para las familias con niñas y niños que prevean contribuciones adicionales para las madres y padres que están solos; y pensiones adecuadas, a través de una combinación de regímenes contributivos y no contributivos con perspectiva de género (ONU Mujeres, 2019).

comunidades indígenas, entre otros grupos) en los procesos decisionales, permitirá construir soluciones sostenibles a largo plazo (ONU Mujeres, 2020). Un ejemplo en este sentido fue la presentación reciente de un proyecto de ley, apoyado por ONU Mujeres, para la inclusión de la perspectiva de género en los comités de crisis. El proyecto prevé la composición paritaria de los comités y la necesidad de consultas a mujeres y niñas para pensar estrategias de respuesta a emergencias, con el objetivo de promover el liderazgo de las mujeres en estas acciones.²⁹

- ▶ **Valorizar a las trabajadoras de la salud.** En muchas ocasiones se observa, en las profesiones de la salud, la naturalización de la función de cuidadora por parte de las mujeres y la persistencia de un estereotipo femenino con vocación y abnegación por las tareas de cuidado de otras personas. (Pereyra & Micha, 2015). Las trabajadoras sanitarias fueron consideradas durante mucho tiempo como “auxiliares” de la medicina y, en consecuencia, subordinadas a esta profesión (Ramacciotti, 2019). Para deconstruir estos estereotipos y roles de género, es necesario valorizar a las trabajadoras de la salud y contribuir así a formar una definición de las ocupaciones de la salud fundada en la profesionalización y no tanto en la vocación. El lanzamiento de campañas de sensibilización y visibilización de las condiciones del sector contribuiría a valorizar el trabajo de las profesionales de la salud dentro del propio sector sanitario y en el conjunto de la sociedad argentina.
- ▶ **Proteger la salud mental y ofrecer apoyo psicológico.** La pandemia sitúa a las trabajadoras de la salud en situaciones de exigencia excepcional. Están sometidas a un enorme volumen de trabajo y en ocasiones se ven envueltas en situaciones traumáticas y frente a decisiones difíciles, además de convivir con el temor a contraer la enfermedad o propagarla entre sus familiares. Por todo ello, la prestación de asistencia social y asesoramiento psicológico debe formar parte de la respuesta integral a la pandemia (ONU Mujeres, 2020). De este modo, la respuesta debe prever la prestación de asistencia social a las trabajadoras y sus familias, además de información y orientaciones sobre cómo gestionar el estrés, incluyendo el estrés postraumático. Por ejemplo, las enfermeras del Reino Unido pueden contactar al *Royal College of Nursing Counselling Service* gratuitamente para obtener asistencia psicológica para enfrentar dificultades relacionadas con el trabajo.³⁰
- ▶ **Adoptar medidas encaminadas a erradicar la violencia y el acoso laboral.** Las trabajadoras de la salud y sus familias pueden ser víctimas de episodios de violencia y acoso, discriminación y estigma. Por este motivo, es importante adoptar medidas destinadas a erradicar la violencia y el acoso laboral. En este sentido, la ratificación del Convenio N° 190 de la OIT sobre la violencia y el acoso, y la aplicación de la Recomendación N° 206 que lo suplementa, es un paso esencial. Estos instrumentos requieren que los Estados tomen medidas para identificar a los sectores donde hay más exposición a la violencia y el acoso, y que protejan a quienes están en estas situaciones,

29 <https://www4.hcdn.gob.ar/dependencias/dsecretaria/Periodo2020/PDF2020/TP2020/1449-D-2020.pdf>

30 Royal College of Nursing: COVID-19 (Coronavirus) and your mental wellbeing, <https://www.rcn.org.uk/get-help/member-support-services/counselling-service/covid-19-and-your-mental-wellbeing> [consultado el 1 de junio 2020].

en coordinación con el sector privado (Artículo 8(b) y 8(c)). La Recomendación expresa que se pueda incluir el sector de la salud (Párrafo 9). Además, la pandemia de la COVID-19 ha requerido la revisión de las políticas de SST, lo que da una oportunidad para incluir medidas de evaluación y prevención de los riesgos relacionados con la violencia y el acoso.

- ▶ **Fortalecer las organizaciones de trabajadoras y fomentar el diálogo social.** Fortalecer la voz y participación de las trabajadoras de la salud es fundamental para permitir que desempeñen un papel activo en la respuesta a la COVID-19. La libertad de expresar inquietudes, por ejemplo, en torno a los temas de seguridad y salud en el trabajo o rechazar las actividades que las pongan en peligro, así como su derecho a organizarse y participar libremente en el diálogo, son principios importantes que deben mantenerse incluso en situaciones de emergencia como la actual. El diálogo social es importante no solo para garantizar la preparación previa ante futuras emergencias, sino también para mejorar la respuesta y la coordinación durante esas situaciones. Por ejemplo, en Italia, el Gobierno y referentes sociales y sindicales han concluido un nuevo convenio colectivo sobre seguridad y salud en el trabajo para el personal de la salud.
- ▶ **Asegurar un seguimiento y monitoreo de las medidas adoptadas.** Finalmente, las medidas de seguimiento y monitoreo son requisitos indispensables para que las soluciones propuestas resulten efectivas. Se propone así nombrar un punto focal en los distintos gobiernos nacionales, provinciales y municipales con el objetivo de mejorar concretamente las condiciones laborales y salariales de las trabajadoras de la salud en Argentina, y, a su vez, introducir la transversalidad de la perspectiva de género en todas las esferas del sector de la salud.

Recuadro 2

▶ La mejora de la situación de las trabajadoras de la salud en Argentina es fundamental para el **cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)** de las Naciones Unidas, especialmente los siguientes:

ODS 3:

Garantizar **una vida sana** y promover el bienestar para personas de todas las edades.

ODS 5:

Lograr la **igualdad entre los géneros** y empoderar a todas las mujeres y las niñas.

ODS 8:

Promover el crecimiento económico sostenido, **inclusivo** y sostenible, el empleo pleno y productivo y el **trabajo decente para todas las personas**.

ODS 10:

Reducir la desigualdad en y entre los países.

9. Reflexiones finales

La crisis del coronavirus afecta particularmente varias dimensiones del trabajo de las trabajadoras de la salud en Argentina que van más allá de los aspectos sanitarios. Al igual que en la mayoría de los países de la región, las mujeres son mayoría en el sector de la salud en Argentina. Además, un porcentaje muy alto de estas mujeres está económicamente a cargo de un hogar con presencia de niñas y niños. Esto introduce una vulnerabilidad que se ve reforzada por los relativamente bajos salarios que reciben y la precariedad laboral que enfrentan. Como recoge el informe, los salarios de las trabajadoras de la salud se sitúan significativamente por debajo de los percibidos por los varones del sector, y la incidencia de la informalidad laboral es considerablemente más alta entre ellas, lo que limita su acceso a mecanismos de protección esenciales en el actual contexto, como la cobertura por enfermedad profesional, la licencia por enfermedad o la obra social.

Las trabajadoras de la salud realizan más horas extras que sus colegas varones. Asimismo, ellas enfrentan una combinación de mayor exposición y menor protección, que multiplica los riesgos ante la actual pandemia. En comparación con los trabajadores varones, las mujeres sufren más situaciones de violencia o acoso, especialmente por parte de pacientes, clientes o público.

La valorización actual en tiempo de crisis a favor de las trabajadoras de la salud, tanto al interior del sector como en la sociedad en su conjunto, aún no se traduce en condiciones laborales y salariales equitativas. Resulta fundamental que la valoración positiva que están recibiendo las trabajadoras de la salud ante la crisis sea acompañada de un marco normativo y de políticas públicas que reconozcan y garanticen el acceso efectivo a sus derechos laborales, sobre todo para aquellas que se desempeñan bajo contratos atípicos o en la informalidad. Se necesita garantizar la seguridad y la salud de las trabajadoras, establecer límites máximos a las horas de trabajo y recompensar el trabajo realizado como respuesta a la crisis.

Considerar a las trabajadoras de la salud no solamente como cuidadoras sino como personal especializado es un paso necesario e importante para reducir las desigualdades. Además, la incorporación de la perspectiva de género en el sector de la salud constituye un avance fundamental hacia un mejor reconocimiento social para las trabajadoras del sector en Argentina. En este sentido, el fortalecimiento de las organizaciones de trabajadoras y el fomento del diálogo social resultan clave, pues permitirán visibilizar, valorizar y tener en cuenta los intereses y necesidades de las trabajadoras de la salud.

En estas condiciones, un marco coherente de políticas públicas activas durante y después de la crisis es crucial para llegar a este objetivo, en vínculo con la Agenda 2030 de Desarrollo Sostenible. En este sentido, el acompañamiento institucional y de los medios de comunicación a través de acciones de información y el lanzamiento de campañas masivas pueden contribuir al cumplimiento de los ODS y a deconstruir estereotipos y normas de género con respecto a las profesiones del sector.

El reconocimiento público y las políticas implementadas como respuesta al actual contexto han prestado mayor atención al personal de la salud que en crisis pasadas. Lo deseable sería que esto fuese la base de futuras decisiones y políticas encaminadas a mejorar los desafíos que todavía enfrentan las trabajadoras de la salud y a reconocer su aporte en todo el territorio nacional, incluyendo en comunidades rurales e indígenas.

Mientras esta pandemia dure, las trabajadoras de la salud en Argentina seguirán siendo responsables del cuidado de la salud de la sociedad, con respecto a la prevención y atención de la COVID-19, así como al resto de las patologías y atención primaria. Su salud, seguridad y estabilidad económica tienen que ser protegidas y garantizadas como parte de los esfuerzos imprescindibles para asegurar el bienestar de toda la población durante la pandemia de la COVID-19.

10. Bibliografía y fuentes

- 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*, Núm. 28.
- Costa, J., y Marcó del Pont, T. (26 de octubre de 2017). Faltan enfermeros en todo el país y lanzan un plan para promover la carrera. *La Nación*.
- Domínguez Cossio, C. (3 de abril de 2020). La lucha de las enfermeras de CABA, entre los aplausos y la precarización. *Feminacida*.
- Gioberchio, G. (5 de abril de 2020). Los enfermeros, el recurso humano imprescindible para la lucha contra el coronavirus. *Infobae*.
- ICM. (2011). *Global Standards for Midwifery Regulation*. Países Bajos: International Confederation of Midwives.
- Ilkcaracan, I., & Kim, K. (2019). *The employment generation impact of meeting SDG Targets in early childhood care, education, health and long-term care in 45 countries*. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo.
- INDEC. (2014). *Encuesta sobre trabajo no remunerado y uso del tiempo*. Buenos Aires: Instituto Nacional De Estadísticas y Censos.
- MECCyT; MSDS; Presidencia de la Nación. (2019). *Las obstétricas en la salud sexual y reproductiva. Un agente estratégico*. Buenos Aires: Ministerio de Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología, Ministerio de Salud y Desarrollo Social y Presidencia de la Nación.
- Ministerio de Educación y Deporte; INET; Ministerio de Salud. (2017). *PRONAFE. Programa Nacional de Formación de Enfermería*. Buenos Aires: Presidencia de la Nación.
- MPyT; SRT. (2019). *Encuesta Nacional a trabajadores sobre Condiciones de Empleo, Trabajo, Salud y Seguridad*. Buenos Aires: Ministerio de Producción y Trabajo; Superintendencia de Riesgos del Trabajo.
- MSAL. (2020). *Estadísticas vitales. Información básica. Argentina. Año 2018*. Buenos Aires: Ministerio de Salud.

- OFERHUS. (2020). *Registro de datos. Repartición de enfermeros según título obtenido. Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud*. Buenos Aires: Ministerio de Salud.
- OIT. (2018). *Directrices sobre el trabajo decente en los servicios públicos de emergencia*. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo.
- OIT. (2019). *El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado para un futuro con trabajo decente*. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo.
- OIT. (2020). *COVID-19 and the health sector*. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo.
- OMS. (2020). *State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- ONU Mujeres. (2016). *Redistribuir el cuidado no remunerado y prestar servicios de cuidados de calidad: un requisito previo para la igualdad de género. Documento de políticas N°5*. Nueva York: ONU Mujeres.
- ONU Mujeres. (2017). *El progreso de las mujeres en América Latina y el Caribe 2017. Transformar las economías para realizar los derechos*. Panamá: ONU Mujeres.
- ONU Mujeres. (2020). *COVID-19 and ending violence against women and girls*. Buenos Aires: ONU Mujeres.
- ONU Mujeres. (2020). *COVID-19 en América Latina y el Caribe: cómo incorporar a las mujeres y la igualdad de género en la gestión de la respuesta a la crisis. Brief ONU Mujeres Regional v.1.1*. Panamá: ONU Mujeres.
- ONU Mujeres. (2020). *El impacto del COVID-19 en las mujeres con enfoque en América Latina y el Caribe*. Panamá: Oficina Regional para las Américas y el Caribe.
- ONU Mujeres; IDLO; PNUD; UNODC; Pathfinders for Peaceful. (2020). *Justice for women amidst COVID-19*. Buenos Aires: ONU Mujeres.
- ONU Mujeres; PNUD; OCHA. (2020). *Claves de género para la respuesta ante emergencias sanitarias*. (s.l.): Mesa de género en Acción Humanitaria de REDLAC.
- Pereyra, F. (2014). Los desafíos del trabajo de cuidado en la configuración de las condiciones laborales de la enfermería. *II Simposio Pensar los Afectos. Ciencias Sociales y Humanidades ante un desafío común*. Buenos Aires: FLACSO-UNGS_IIS.

- Pereyra, F., y Micha, A. (2015). Ocupaciones del cuidado y condiciones laborales: el caso de la enfermería en el área metropolitana de Buenos Aires. 12^o Congreso Nacional de Estudios del Trabajo. Buenos Aires: ASET.
- Piscetta, J. (21 de abril de 2020). Coronavirus en Argentina: le incendiaron el auto a una médica con COVID-19 en La Rioja. *Infobae*.
- PNUD. (2018). *Género en el sector salud: feminización y brechas laborales*. Buenos Aires: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- Ramacciotti, K. (2019). La profesionalización del cuidado sanitario. La enfermería en la historia argentina. *Trabajos y Comunicaciones, 2da. Época, Núm. 49*.
- Renfrew, M., McFadden, A., Bastos, M., Campbell, J., Channon, A., Cheung, N., et al. (2014). Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *Lancet, Núm. 384*, 1129-1145.
- UNFPA. (2020). *Informe sobre necesidades de parteras profesionales en América Latina en el contexto de pandemia COVID-19*. Ciudad de Panamá: UNFPA.
- UNICEF. (2016). *Informe sobre Equidad en Salud 2016: un análisis de las inequidades en salud reproductiva, materna, neonatal, de la niñez y de la adolescencia en América Latina y el Caribe para guiar la formulación de políticas*. Ciudad de Panamá: UNICEF.
- United Nations. (2015). *Every Women, Every Child. Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health, 2016-2030*. New York: United Nations.

COVID-19 y la situación de las trabajadoras de la salud en Argentina.

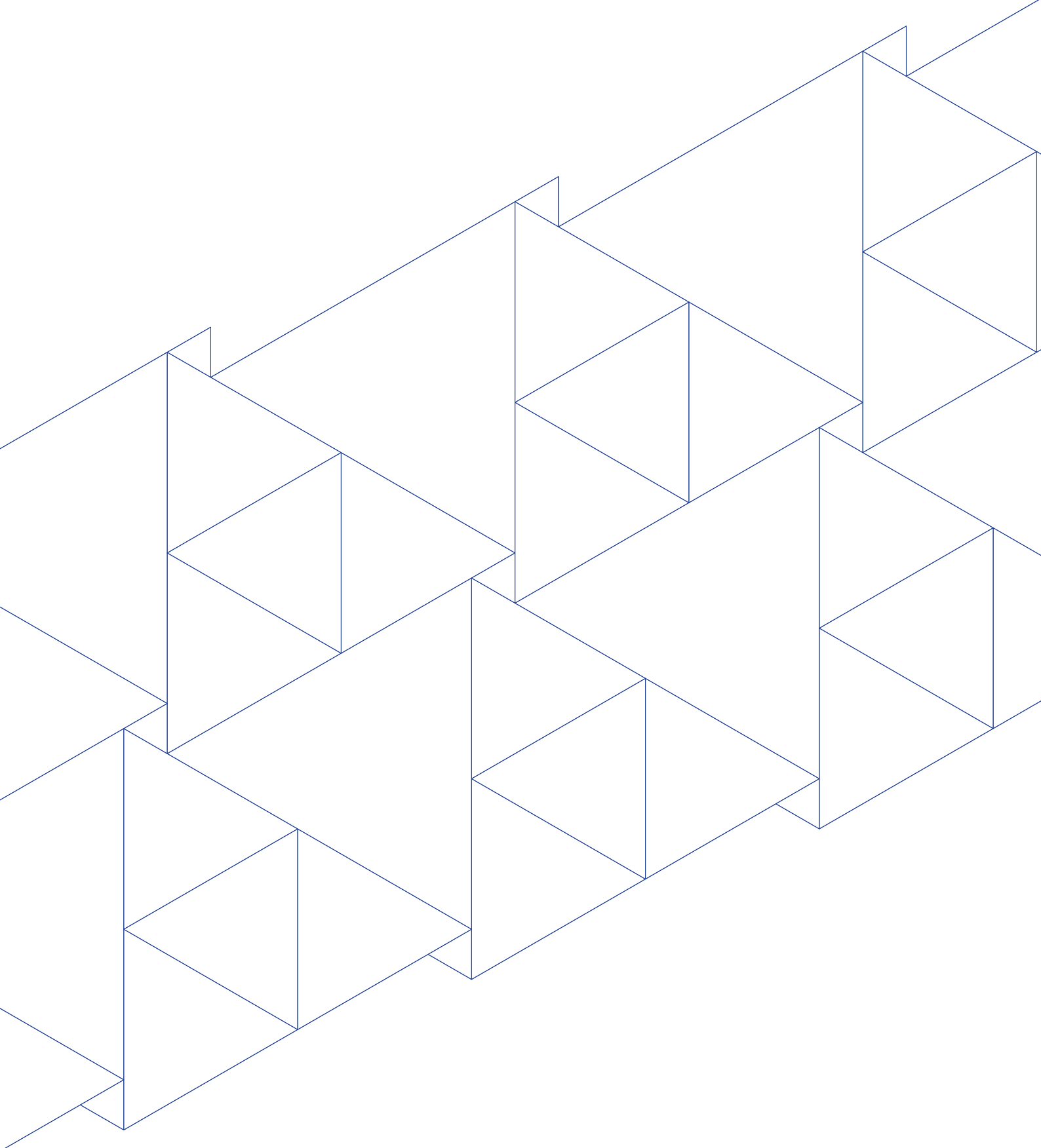
Copyright © OIT ARGENTINA, ONU MUJERES ARGENTINA y UNFPA ARGENTINA, 2020

OIT: Única agencia tripartita de la ONU, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) reúne a gobiernos, empleadores y trabajadores de 187 Estados miembros para establecer las normas del trabajo, formular políticas y elaborar programas promoviendo el trabajo decente de todos, mujeres y hombres. Los objetivos principales de la OIT son promover los derechos laborales, fomentar oportunidades de trabajo decente, mejorar la protección social y fortalecer el diálogo al abordar los temas relacionados con el trabajo. La estructura tripartita de la OIT, en la cual trabajadores y empleadores tienen el mismo derecho a voto que los gobiernos durante las deliberaciones de los órganos principales de la OIT, garantiza que las opiniones de los interlocutores sociales queden fielmente reflejadas en las normas, políticas y programas de la OIT.

ONU Mujeres: La Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres, ONU Mujeres, basándose en la visión de igualdad consagrada en la Carta de las Naciones Unidas, trabaja para la eliminación de la discriminación contra las mujeres y las niñas; el empoderamiento de las mujeres; y el logro de la igualdad entre los géneros. Cuenta con un triple mandato: de coordinación y transversalización de la perspectiva de género al interior del sistema de las Naciones Unidas; programático, a través de la implementación de proyectos y programas en áreas prioritarias; y de apoyo normativo. Con respecto a su tercer mandato, ONU Mujeres apoya la adopción y fortalecimiento de marcos normativos respetuosos de los estándares internacionales en relación con la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres. Trabaja también con los gobiernos y la sociedad civil en la formulación de leyes, políticas, programas y servicios para garantizar que dichos estándares se implementen con eficacia y redunden en verdadero beneficio de las mujeres y las niñas en todo el mundo.

UNFPA: El UNFPA se denomina oficialmente Fondo de Población de las Naciones Unidas y es el organismo de las Naciones Unidas encargado de promover el acceso universal a la salud y los derechos sexuales y reproductivos de la población. Se guía por el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (Cairo, 1994) y colabora con gobiernos; la sociedad civil y otros organismos, con el propósito de mejorar la vida de las mujeres, adolescentes y jóvenes. Se centra en estos grupos poblacionales porque son los grupos cuya posibilidad para ejercer su derecho a la salud sexual y reproductiva a menudo se ve comprometida. Trabaja para el cumplimiento de la Agenda 2030 de Desarrollo Sostenible y, en consonancia con esta Agenda, se propone de aquí a 2030 organizar su trabajo en torno a tres resultados transformadores centrados en las personas, a saber: a) poner fin a las muertes maternas evitables; b) poner fin a las necesidades de planificación familiar insatisfechas; y c) poner fin a la violencia de género.





Organización
Internacional
del Trabajo