

**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA**

Monografía final Licenciatura en Sociología

**Relaciones de reconocimiento en el trabajo de cuidado,
realizado por el personal de enfermería en Uruguay**

Yolanda Ugarte

Tutora: Mariela Quiñones

2025



Sociología
Facultad de Ciencias Sociales
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Monografía final de grado
Licenciatura de Sociología



Relaciones de reconocimiento en el trabajo de cuidado, realizado por el personal de enfermería en Uruguay

Tutora: Mariela Quiñones
Alumna: Yolanda Ugarte

Índice

Introducción.....	1
Capítulo 1: Presentación de la temática y su problematización	4
1.1 Problemática	4
1.2 Antecedentes de investigación	6
Capítulo 2: Marco teórico y conceptual; el sentido del trabajo como problemática sociológica	10
2.1.Reconocimiento y menosprecio	10
2.1 Trabajo emocional.....	12
2.1.2 Economía moral	13
Capítulo 3: Metodología.....	14
Capítulo 4: Contexto histórico y social del trabajo de enfermería en Uruguay	17
Capítulo 5: Relaciones de reconocimiento/menosprecio en el trabajo de enfermería en de la ciudad de Montevideo y zona metropolitana (Las Piedras)	22
5.1 Descripción del trabajo del personal de enfermería	23
5.1.1 Realización del trabajo del enfermero/a.....	23
5.1.2 Organización.....	27
5.1.3 Mediaciones mercantiles	28
5.1.4 Política	30
5.2 La experiencia subjetiva de las y los trabajadores, ante su tarea, desde la teoría del reconocimiento/menosprecio	33
5.2.1 Esfera del amor.....	34
5.2.2 Esfera del derecho	36
5.2.3 Esfera de la solidaridad.....	37
5.3 ¿La resistencia se traduce en demanda?.....	43
Reflexiones finales.....	53
Referencias bibliográficas	57
Anexos.....	61

Resumen

Durante la pandemia de COVID-19, el trabajo de enfermería en Uruguay adquirió una visibilidad inédita, evidenciando su esencialidad social y las tensiones estructurales históricas que lo atraviesan. Sin embargo, esta visibilidad no se tradujo en un reconocimiento sostenido: la desvalorización simbólica, institucional y económica del cuidado persiste, afectando la identidad profesional, la autoestima y las condiciones laborales del colectivo. La presente investigación busca comprender cómo el personal de enfermería construye el sentido de su trabajo en el marco de las relaciones de reconocimiento y menosprecio, articulando la teoría del reconocimiento de Axel Honneth con el concepto de trabajo ampliado (De la Garza), el trabajo emocional (Hochschild), la economía moral (Thompson) y la matriz de análisis de Gilbert De Terssac, sistematizada por Marcos Supervielle. Desde un enfoque cualitativo y comprensivista, se realizaron entrevistas a trabajadoras y trabajadores de instituciones públicas y privadas de Montevideo y la zona metropolitana (Las Piedras), analizadas mediante codificación temática en Atlas.ti. Los resultados muestran que el trabajo de enfermería integra dimensiones técnicas, emocionales, morales y políticas, sostenidas en una implicación afectiva que rara vez es reconocida institucionalmente. El estudio evidencia que la falta de reconocimiento se expresa en las tres esferas de Honneth, amor, derecho y solidaridad, y que las estrategias de resistencia emergen como formas de reconstrucción de la dignidad profesional. Reconocer el trabajo de enfermería desde una perspectiva ampliada implica visibilizar su aporte al bienestar colectivo y revalorizar las prácticas de cuidado como fundamento de justicia social.

Palabras claves: Enfermería, Menosprecio, Reconocimiento, Trabajo de cuidado.

Introducción

Durante la pandemia de Covid-19 (2020), el trabajo del personal de enfermería cobró mayor visibilidad, evidenciando su esencialidad, su carácter socialmente necesario y las tensiones estructurales históricas del sector en Uruguay. El cuidado en salud no solo atiende al paciente, sino que fortalece la cohesión social y sostiene el derecho a la salud como un bien común, en contextos estructuralmente vulnerables como Uruguay.

Sin embargo, a pesar de su papel esencial en la atención sanitaria, el trabajo de enfermería en Uruguay enfrenta un problema estructural: la falta de reconocimiento social, institucional y simbólico. Esta ausencia de reconocimiento se refleja en las condiciones laborales en las que se desarrolla el trabajo, con desigualdad salarial, sobrecarga de actividades, que repercute directamente en la identidad profesional, la autoestima y el bienestar psíquico de quienes ejercen la profesión.

Comprender cómo las y los trabajadores de enfermería experimentan y dan sentido a esta situación puede ser importante desde varios puntos de vista, para visibilizar su labor y fundamentar estrategias que reconozcan y valoren su contribución para mejorar las condiciones de trabajo, las políticas públicas, la gestión de recursos humanos, entre otros.

El trabajo de la enfermería ha sido históricamente desvalorizado y feminizado. A pesar de que cuenta con una regulación legal, sigue asociada a una extensión del trabajo doméstico, lo que limita su reconocimiento social, profesional y económico. Este trabajo no se reduce a tareas clínicas y asistenciales directas, involucra también una dimensión emocional, organizativa y de cuidado relacional. Esta complejidad, que exige un alto nivel de compromiso y adaptabilidad, rara vez se refleja en los marcos institucionales.

En Uruguay, las restricciones presupuestarias impactan el sistema de salud, generando una evaluación mercantil del trabajo de enfermería. Esto se traduce en menor contratación de personal y sobrecarga laboral, donde la lógica del mercado prevalece sobre el valor social y moral del cuidado. La desvalorización en términos económicos provoca tensiones en la percepción y resistencia de los trabajadores del sector.

Estudios como el de Píriz y Rodríguez (2019), evidencian la brecha entre las condiciones laborales reales y lo previsto en la normativa.

Si bien la inscripción en la carrera ha experimentado un crecimiento significativo, según datos de la Facultad de Enfermería de la Udelar (2021), en parte impulsado por ese mayor

reconocimiento social, persiste la participación subordinada del personal de enfermería en la toma de decisiones clínicas.

Las formas de desvalorización hacia el trabajo de enfermería están arraigadas y sostenidas por las estructuras institucionales, normativas y culturales. El impacto estructural de la falta de reconocimiento se expresa en la persistencia de lógicas mercantilizadas que subordinan el valor del cuidado a criterios de rentabilidad. A ello se suma la naturalización del sacrificio, como atributo inherente al trabajo de enfermería, aspectos que trascienden la experiencia individual, limitando la construcción de la identidad profesional plenamente reconocida y que reproduce formas de exclusión dentro del sistema.

Frente a esta situación, es relevante una investigación que analice los mecanismos institucionales que validan el trabajo de enfermería y el equilibrio entre esfuerzo y recompensa. La investigación propone un diagnóstico que permita comprender las dimensiones del reconocimiento en el sector y las estrategias que las y los enfermeros utilizan para obtenerlo.

Para el abordaje del objeto de estudio se adopta el paradigma comprensivista y el enfoque metodológico cualitativo, utilizando la entrevista como técnica para recolectar los datos. La investigación se dirigió a trabajadores de enfermería y disciplinas afines que desempeñan su labor en instituciones de salud públicas y privadas de Montevideo y de la ciudad de Las Piedras (Área Metropolitana de Uruguay).

Este enfoque permite abrir nuevos caminos de investigación y ampliar la discusión a partir de los hallazgos emergentes. Responder a dichos cuestionamientos implica visibilizar el trabajo real del personal de enfermería, comprender cómo construyen su subjetividad y el valor que otorgan a su labor. Se busca articular el reconocimiento con la experiencia subjetiva, integrando (la perspectiva del reconocimiento de Axel Honneth y de este como articulador de conflictos y demandas), abordando tanto las tensiones como las posibilidades de resistencia que configuran su lucha por el reconocimiento. Se opta por articular la teoría del reconocimiento de Honneth con el trabajo ampliado de De La Garza, el trabajo emocional de Hochschild y la economía moral de Thompson, lo que constituye cierta originalidad y pertinencia del estudio, al permitir vincular la experiencia de los trabajadores con las condiciones institucionales y sociales que regulan su labor.

Esta investigación busca comprender cómo, en un contexto post pandémico de precariedad e invisibilización, el personal de enfermería construye el sentido de su trabajo dentro de las relaciones de reconocimiento. El objetivo general es explorar cómo las y los trabajadores

elaboran ese sentido considerando tanto las dimensiones objetivas de la tarea como sus vivencias y vínculos, identificando las tensiones entre reconocimiento y menospicio que atraviesan su práctica. Esta comprensión resulta clave para orientar a instituciones y decisores en el diseño de políticas laborales, formativas y de dotación que mejoren las condiciones de trabajo y, con ello, la calidad del cuidado.

Es clave para la sociedad en general, al reconocer el valor del cuidado, cuestionando las jerarquías tradicionales del saber y del poder, que han colocado a la enfermería en un lugar subordinado frente a otras profesiones de la salud. Por sobre todo es significativa para la propia enfermería, comprender su propio trabajo desde una perspectiva ampliada, permite resignificar su rol laboral, potenciar la construcción colectiva de sentido y habilitar formas de resistencia frente al menospicio.

A partir de estos enfoques, el trabajo se organiza en cinco capítulos principales, además de la introducción y las reflexiones finales. En la introducción se presenta la problemática general, la pregunta de investigación y los objetivos que orientan el estudio. El Capítulo 1 desarrolla la problemática, los objetivos y los antecedentes de investigación, tanto a nivel nacional como internacional, que permiten situar el tema en un campo de estudio más amplio y reconocer los vacíos existentes. El Capítulo 2 expone el marco teórico y conceptual, abordando las nociones de reconocimiento y menospicio desde Axel Honneth, el trabajo emocional y la economía moral, así como la matriz analítica de De Terssac, que orienta la interpretación del trabajo de campo. El Capítulo 3 describe el enfoque metodológico, las técnicas de recolección de datos y los criterios de selección aplicados. El Capítulo 4 reconstruye el contexto histórico y social del trabajo de enfermería en Uruguay, desde sus antecedentes hasta los procesos de institucionalización y las estrategias colectivas de visibilización. Finalmente, el Capítulo 5 presenta el análisis de los resultados, organizados en torno a la descripción del trabajo cotidiano, la experiencia subjetiva de las y los trabajadores desde las tres esferas del reconocimiento y las formas de resistencia que emergen frente a la falta de reconocimiento. Las reflexiones finales retoman los hallazgos más relevantes y los aportes del estudio, señalando posibles líneas futuras de investigación.

Capítulo 1: Presentación de la temática y su problematización

1.1 Problemática

El trabajo de enfermería en Uruguay se desarrolla en un contexto atravesado por una persistente falta de reconocimiento social, institucional y simbólico, que condiciona tanto el valor atribuido a la profesión como la manera en que los propios trabajadores significan su labor. Aunque la enfermería constituye un pilar básico del sistema de salud y es responsable de un trabajo que implica una amplia gama de tareas asistenciales, técnicas y relacionales, su aporte continúa siendo subestimado en comparación con otras profesiones sanitarias. Esta desvalorización no solo se vincula a aspectos materiales, como la distribución de remuneraciones, jerarquías y responsabilidades, sino también a la forma en que la sociedad concibe el cuidado, muchas veces asociado a obligaciones morales, vocacionales o de entrega desinteresada.

En este escenario, la falta de reconocimiento se expresa en dimensiones múltiples. Por un lado, en la organización del trabajo cotidiano, donde persisten sobrecargas sistemáticas, fragmentación de tareas, intensificación de ritmos laborales y una creciente demanda emocional que frecuentemente queda invisibilizada. Por otro lado, se refleja en la experiencia subjetiva del sector, que enfrenta tensiones permanentes entre las expectativas normativas del rol, las condiciones reales de desempeño y la valoración que reciben de pacientes, jerarquías y equipos de salud. Estas tensiones afectan la vivencia del trabajo, generando malestar, desgaste emocional y sentimientos de injusticia, pero también impulsando estrategias de resistencia, negociación y búsqueda de dignificación del quehacer profesional.

A pesar de la relevancia de estas problemáticas, existen investigaciones que aportan miradas importantes sobre distintos aspectos del trabajo de enfermería. Sin embargo, al centrarse en dimensiones específicas, todavía queda espacio para un análisis que integre estas miradas y explore cómo se relacionan en la experiencia de reconocimiento y menosprecio. Ese es el lugar desde el que se posiciona esta investigación. Para analizar estas experiencias, la investigación se centra en la categoría principal de reconocimiento y en las dinámicas de reconocimiento y menosprecio en el trabajo, utilizando el marco conceptual de la teoría social del reconocimiento recíproco del filósofo y sociólogo alemán Axel Honneth, inscrita en la tradición de la Teoría Crítica de la Escuela de Frankfurt.

Parafraseando a Guerra Arrau y Stecher (2020), esta teoría permite analizar el mundo del trabajo desde la perspectiva cuyo foco principal no son las condiciones objetivas de trabajo o la productividad económica, eficiencia organizacional, sino las expectativas morales de reconocimiento y autorrealización de los sujetos que la experiencia laboral satisfacen o bloquean: “*se trata de un marco teórico que permite conceptualizar e indagar empíricamente el modo en que, en contextos socioculturales específicos y bajo formas concretas de organización productiva y gestión del trabajo, los sujetos que trabajan son reconocidos y valorados, o, por el contrario, el modo en que están sometidos a experiencias cotidianas y sistemáticas de desprecio y agravio moral*” (p. 76) .

Además, la persistencia de imaginarios que conciben la enfermería como un rol de servicio o de vocación naturalizada genera una tensión entre el valor social esperado y el valor realmente atribuido. Esta brecha impacta en la identidad profesional, en el sentimiento de pertenencia y en la forma de habitar el rol. La desalineación entre lo que se espera de la enfermería y lo que se reconoce material y simbólicamente no solo afecta el bienestar de quienes trabajan, sino también la calidad del cuidado brindado y la sostenibilidad del sistema de salud.

Frente a este panorama, se vuelve necesario problematizar el lugar que ocupa la enfermería en la sociedad uruguaya y explorar cómo la falta de reconocimiento se manifiesta en el trabajo real, en la organización de los servicios y en la experiencia subjetiva de sus protagonistas. La presente investigación asume esta tarea articulando enfoques que permiten abordar la complejidad del problema, como el reconocimiento, el trabajo emocional, la economía moral y el trabajo ampliado. Sin desarrollar aquí sus aspectos teóricos, que se presentan en el marco conceptual, esta integración busca comprender cómo los trabajadores significan su labor en un contexto de tensiones estructurales, qué sentidos construyen frente a la desvalorización, qué formas de resistencia elaboran y cómo estas experiencias inciden en la posibilidad de obtener mayor dignidad, visibilidad y justicia para la profesión.

En base a esta problematización, del trabajo de enfermería en Uruguay, marcado por tensiones entre reconocimiento y menosprecio, fragilidad laboral y vocación, conduce a formular interrogantes que servirán como guía para analizar y profundizar en la experiencia del personal de enfermería en Uruguay, se definen la pregunta central y los objetivos de la investigación, que guían el desarrollo del estudio:

Pregunta de investigación

Cómo construye el personal de enfermería de instituciones públicas como privadas, de la ciudad de Montevideo y zona metropolitana (Las Piedras) el sentido de su trabajo en el marco de las relaciones de reconocimiento?

Objetivo general

Explorar la construcción del sentido de trabajo del personal de enfermería, proveniente de instituciones públicas como privadas de Montevideo y zona metropolitana (Las Piedras), durante el período posterior a la pandemia (2020).

Objetivos específicos

- 1 Describir las características y dimensiones del trabajo de enfermería en instituciones públicas y privadas del área metropolitana de Uruguay, desde una perspectiva amplia que considere no sólo los aspectos formales sino también los aspectos subjetivos y relacionales que lo componen.
- 2 Analizar las experiencias laborales del personal de enfermería en relación con su trabajo, a partir de la teoría del reconocimiento de Honneth (1997).
- 3 Explorar las demandas y luchas por el reconocimiento en tanto estrategias de reafirmación del sentido del trabajo que desarrolla el personal de enfermería, en función de la búsqueda de reconocimiento.

1.2 Antecedentes de investigación

Esta sección aborda el estado del conocimiento sobre el reconocimiento en la enfermería. Se analizan estudios internacionales y nacionales que contextualizan la tensión entre la alta implicación subjetiva en el cuidado profesional y la persistente falta de valoración.

La historia de la enfermería está profundamente marcada por el género. Esta profesión, asociada a lo femenino, ha sido considerada un trabajo “natural” para mujeres y, por ende, menos profesional. Diversos estudios han demostrado que profesiones vinculadas al cuidado, la atención y la docencia, tienden a ser subvaloradas en términos salariales y de reconocimiento social (England, 2010).

En Irán, un estudio basado en teoría fundamentada analiza la intención de las enfermeras de abandonar la profesión debido a la falta de reconocimiento (Alilu et al., 2017). La investigación identifica una carencia de empoderamiento, naturalización de la vulnerabilidad laboral y un impacto negativo sobre el bienestar del personal.

En España, el estudio *La relación terapéutica con la familia del paciente crítico* (Metas de Enfermería, 2016), destaca la carga emocional del vínculo con las familias. Si bien los agradecimientos pueden generar gratificación, no siempre se reconoce el rol fundamental de la enfermería como nexo entre pacientes aislados y sus vínculos personales.

Desde Colombia, Velásquez y Cacante (2020), abordan el reconocimiento como herramienta para comprender la exclusión simbólica e institucional que afecta a la enfermería. A pesar de los avances en profesionalización, persisten obstáculos para su legitimación social y acceso a condiciones laborales equitativas, lo que refuerza la necesidad de medidas estructurales más allá del discurso.

La falta de reconocimiento institucional atraviesa a la enfermería en toda la región, algunas investigaciones recientes en América Latina evidencian cómo esa falta de reconocimiento impacta en la identidad y autonomía de las trabajadoras. En un estudio cualitativo realizado en Brasil durante 2023, se analizó la percepción de enfermeras obstétricas en hospitales públicos, identificándose que la carencia de reconocimiento institucional debilita su identidad social y limita su autonomía profesional, generando una sensación de desresponsabilización y vacío simbólico en su rol dentro del equipo de salud (Ferreira et al., 2024, p. 7).

Por su parte, un estudio desarrollado en varios países latinoamericanos durante la pandemia mostró que la falta de independencia y la presión constante derivaron en una fuerte disminución de la satisfacción laboral, al punto que muchos profesionales no recomendarían la enfermería como opción vocacional (Tiga-Loza et al., 2024, p. 3). Esta desvalorización estructural representa una forma de violencia simbólica que niega la legitimidad del saber experto de la enfermería.

La sobrecarga emocional del trabajo de enfermería no solo afecta el bienestar de las y los trabajadores, sino que tiene consecuencias clínicas y organizacionales. Un estudio realizado en la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital público de Montevideo, reveló que el 24% del personal de enfermería presentaba síntomas del síndrome de burnout, mientras que el 33% mostraba niveles altos de agotamiento emocional (Benítez & Rodríguez, 2014). Estos datos

evidencian la magnitud del impacto psicoemocional del trabajo de cuidado, especialmente en contextos críticos.

En Uruguay, Carrasco et al. (2016), señalan que el trabajo de cuidado se realiza en condiciones laborales precarias y con escasez de personal, lo que limita la consolidación de la identidad profesional. Asimismo, los mecanismos institucionales de reconocimiento no alcanzan el nivel de los aplicados a otras profesiones de la salud.

La evidencia más reciente confirma estas tendencias, Carpintero (2020), reporta que más de la mitad de las respuestas evaluaron negativamente el entorno de práctica, calificándolo como “desfavorable” (p. 93). Por su parte, Delorrio Fernández (2018), evidencia que la percepción social del rol de la licenciada en enfermería sigue subordinada al modelo médico hegemónico, siendo mayoritariamente vista como colaboradora del médico y proveedora de cuidados asistenciales (p. 22).

En el trabajo de Balzano (2018), se aborda la cuestión de la profesionalización en la enfermería en salud mental, destacando la importancia del compromiso y la formación del personal. En el contexto de la Colonia Montes de Oca, se señala que, a pesar de la falta de personal de enfermería con formación profesional, el colectivo de enfermeras mantiene una identidad laboral sólida, fundamentada en su compromiso con la dignidad del paciente y en la construcción de una cultura organizacional que los distingue de otros profesionales no enfermeros.

Este enfoque resalta la necesidad de una formación adecuada y continua para el personal de enfermería en salud mental, con el fin de fortalecer su profesionalización y mejorar la calidad del cuidado brindado.

Diversas instituciones nacionales han documentado la sobrecarga emocional y la escasa remuneración del personal de enfermería en Uruguay. Un estudio de la Udelar (2019), subraya que la carga emocional no es reconocida ni remunerada, y que la feminización de la profesión aún incide en su valoración. Las enfermeras sostienen vínculos con pacientes, enfrentan sufrimiento y contienen a familias. Esta concentración refuerza la idea de que el cuidado es una extensión del trabajo doméstico, lo que subestima las habilidades técnicas y emocionales de la profesión. Cabe recordar, tal como lo evidencia el informe de Estadísticas de Género (MIDES & INE, 2023), el 75,9% del personal ocupado en salud y servicios sociales son mujeres.

Los estudios muestran patrones comunes: precarización, desigualdad de género, invisibilización del trabajo emocional y escasez de mecanismos institucionales de

reconocimiento. A la vez, ofrecen marcos conceptuales útiles para comprender el sentido del trabajo desde la perspectiva de quienes lo ejercen, insumos clave para el abordaje cualitativo de esta investigación.

En resumen, los antecedentes reafirman que el sentido del trabajo en enfermería se ve atravesado por tensiones entre reconocimiento simbólico y precariedad estructural, desigualdad de género y falta de condiciones dignas para el ejercicio profesional. Estas cuestiones no son nuevas, pero han cobrado mayor visibilidad en el escenario post-pandemia.

Esta investigación propone aportar una mirada renovada sobre la construcción del sentido del trabajo en enfermería en Montevideo, desde el sentir y hacer de las y los trabajadores. Busca comprender cómo resignifican su labor cotidiana y enriquecer el debate académico sobre el reconocimiento profesional, aportando a la formulación de políticas que mejoren las condiciones del sector en Uruguay.

Capítulo 2: Marco teórico y conceptual; el sentido del trabajo como problemática sociológica

Para analizar el trabajo de enfermería en profundidad, y el sentido del trabajo en particular, es necesario abordar el trabajo desde una perspectiva sociológica crítica. Es decir, las problemáticas del trabajo, tales como la que históricamente ha definido al trabajo de enfermería, no debe ser abordado o reducido al trabajo prescripto, regulado institucionalmente, sino al trabajo real. Para ello es necesario trascender las posturas que se centran meramente en el carácter productivo/ improductivo de algunas actividades, y reductoras del trabajo a un valor meramente instrumental. Aquí por sentido se busca apoyarse en categorías que abordan sus dimensiones estructurales, simbólica moral, emocional, estética, y otras del trabajo. Para ello se busca retomar el tema desde una perspectiva no reduccionista del trabajo que conecte con el trabajo real de las y los trabajadores, por un lado, y qué permite desarrollar una crítica basada en sus experiencias. Estas herramientas permitirán comprender cómo se construye la identidad laboral, cual es la base de su autorrealización, como se perciben en el entramado social como portadoras de capacidades y aportando valor social, y cómo perciben qué se valoran sus competencias en el entramado institucional. Esto será la base para construir también demandas y luchas sociales en torno a su realidad laboral. Para cubrir este objetivo, esta sección presenta cuatro enfoques clave:

2.1. Reconocimiento y menosprecio

Para Honneth (1997), el trabajo es una categoría normativa, con un fuerte sentido moral, y es un medio potencial para el desarrollo y la autorrealización de las capacidades del ser humano (Quiñones, 2025). Retomando el pensamiento de Marx, Honneth no ve el trabajo en su mero valor instrumental sino también como un espacio de expresividad del sujeto donde se vuelca la creatividad, la comunicación, el afecto, entre otros.

Sostiene que la autorrealización sólo es posible cuando los sujetos se conciben a sí mismos desde una perspectiva normativa compartida. La identidad personal se forma a través del reconocimiento por parte de los otros, lo cual implica aprobación de las acciones y relaciones intersubjetivas que refuerzan la autonomía individual, entendida como autoestima, autorrealización positiva, entre otros. El trabajo es un lugar privilegiado donde estudiar estas relaciones, un campo donde comprender como en la sociedad actual la experiencia vivida de

reconocimiento y autorrealización y, por ende, su carencia, el menospicio, se expresan mayormente en el espacio de trabajo. Es en el trabajo donde se institucionaliza un orden normativo de distribución del respeto y la estima social, y donde se expresan los valores sociales que la mayoría de las personas que conforman la sociedad en un momento determinado consideran legítimas (Quiñones, 2025).

El reconocimiento, según Honneth, se ha expresado históricamente en tres formas que abarcan distintas dimensiones de la vida social. La primera, la esfera del amor, refiere a las relaciones cercanas y afectivas, donde se brinda cuidado y apoyo interpersonal. La segunda, la esfera del derecho, implica el reconocimiento jurídico de cada individuo como sujeto de derechos y deberes dentro de la sociedad. La tercera, la esfera de la solidaridad, remite a la valoración que la sociedad otorga a las contribuciones y capacidades de cada persona. Para cada una de estas esferas pueden identificarse formas específicas tanto de reconocimiento como de menospicio. Aunque estas tres dimensiones se articulan en distintos ámbitos, en el contexto laboral suele predominar la esfera de la solidaridad, relacionada con la valoración profesional y social del desempeño de los trabajadores.

- Esfera del amor: abarca las relaciones afectivas primarias, como la amistad, los vínculos familiares y las relaciones de cuidado, que generan autoconfianza. En enfermería, esta dimensión se expresa en el vínculo diario con pacientes y familias: acompañar a una persona en su última etapa de vida, contener a un familiar que recibe un diagnóstico grave o celebrar junto a un paciente su recuperación. Sin embargo, cuando estas tareas se desvalorizan institucionalmente, por ejemplo, al reducir el tiempo asignado para la comunicación con pacientes o al priorizar la rotación rápida de camas sobre el cuidado relacional, se produce desgaste emocional y vulnerabilidad, favoreciendo la sobrecarga laboral y condiciones precarias.

- Esfera del derecho: reconoce a los sujetos como iguales jurídicos, garantizando acceso a derechos y condiciones equitativas. Para el personal de enfermería, esto se traduce en contar con contratos estables, jornadas de descanso adecuadas y remuneración justa. En Montevideo y su área metropolitana, el pluriempleo para alcanzar un salario digno, la ausencia de compensaciones por nocturnidad o el incumplimiento de pausas reglamentarias son expresiones concretas de menospicio en esta esfera.

- Esfera de la solidaridad: valora a los individuos por su aporte a la comunidad, siendo clave para la construcción de la autoestima. En enfermería, implica que la sociedad reconozca el valor

social del cuidado, no solo en situaciones críticas como la pandemia, sino de forma sostenida. La escasa presencia mediática de enfermeras como voces autorizadas, la invisibilización de su rol en equipos interdisciplinarios o la percepción de la enfermería como un “oficio auxiliar” dañan este reconocimiento y refuerzan estigmas históricos.

La teoría del reconocimiento se considera un aporte crucial para comprender la formación de la identidad y la cultura del trabajo en grupos específicos de trabajadores el modo en como al interior de sus mundos laborales se entrelazan complejas tramas de reconocimiento y desprecio, frente a lo cual diferentes actores dan lugar a experiencias de autovaloración y sufrimiento en los y las trabajadoras. Experiencias que activan práctica y políticamente demandas y luchas por el reconocimiento, que refuerzan y configuran tales identidades laborales.

2.1 Trabajo emocional

Hochschild (1983), define el trabajo emocional como aquel que exige que el trabajador gestione sus emociones para producir un efecto deseado en otros. Esto implica inducir o suprimir sentimientos para cumplir con prescripciones laborales. En enfermería, esta exigencia se da en contextos de dolor, sufrimiento y muerte. Los profesionales deben sostener su rol empático y contenedor, aún en situaciones de estrés. Sin embargo, este esfuerzo no suele ser reconocido ni remunerado, a pesar de ser esencial para la calidad del cuidado.

Este tipo de trabajo, históricamente feminizado, ha sido considerado una extensión natural de las capacidades afectivas femeninas, reforzando su invisibilización y escaso valor institucional. En situaciones de crisis o final de vida, el manejo emocional se intensifica, sin que existan mecanismos de apoyo adecuados.

Hochschild señala que la regulación de emociones puede derivar en disonancia emocional, es decir, la distancia entre lo que se siente genuinamente y lo que debe mostrarse según las normas de la organización. Esta tensión sostenida en el tiempo tiene un efecto directo en la salud psíquica de los trabajadores, configurándose como un factor de riesgo ocupacional.

En este punto, es posible conectar los aportes de Maslach y Jackson (1981) sobre el burnout, como un síndrome caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y reducción de la realización personal. El trabajo emocional en enfermería, en contextos más vulnerados aparecen estas formas de desgaste, evidenciando la necesidad de visibilizar y valorar esta dimensión como parte integral del trabajo sanitario.

El esfuerzo emocional, al quedar muchas veces oculto o naturalizado, pierde valor profesional, e impacta en cómo se sienten reconocidas, el sector trabaja más de lo que admite y se convierten en experiencias de menosprecio que pueden analizarse desde la teoría del reconocimiento.

Como se ha mencionado, estos enfoques permiten situar la desvalorización de la enfermería en una dimensión estructural y cultural que trasciende el caso uruguayo, reproduciéndose a múltiples niveles del sistema social. El concepto de trabajo emocional permite dar visibilidad a las exigencias afectivas de esta profesión, que requiere gestionar emociones propias para generar efectos deseados en otros, muchas veces no reconocidas ni remuneradas, evidenciando su impacto en el desgaste y el riesgo de burnout.

2.1.2 Economía moral

Thompson (1963, 1971), introduce el concepto de economía moral para analizar el valor del trabajo no únicamente desde su rentabilidad económica, sino considerando su contribución al bienestar colectivo. Este enfoque permite visibilizar aspectos de esta actividad que el mercado suele ignorar, en la reproducción social y comunitaria. Aplicado a la enfermería, la economía moral evidencia una tensión central: aunque la sociedad depende de manera crítica del cuidado para su funcionamiento y para la reproducción cotidiana, este trabajo sigue siendo mal remunerado, precarizado y escasamente valorado en términos de prestigio y autonomía profesional. Las consecuencias de esta tensión se manifiestan en recortes presupuestales, sobrecarga de tareas, pluriempleo y deterioro de la calidad de atención.

En la práctica no se refleja en el reconocimiento económico ni simbólico respecto a los diferentes aspectos que comprende el trabajo, este desajuste entre la demanda social y la valoración institucional, muestra cómo el trabajo de enfermería es visto como un trabajo esencial, que al mismo tiempo se precariza. La categoría de economía moral, muestra que la invisibilidad y la falta de reconocimiento son estructurales, derivadas de la tensión entre la lógica del mercado y la lógica del bienestar colectivo. El análisis del trabajo de enfermería requiere un abordaje multidimensional y estas perspectivas permiten comprender de qué manera la identidad laboral se configura en un escenario de disputas por reconocimiento afectivo, legal y social. Se evidencia la compleja interacción entre valor social y económico del trabajo de enfermería, poniendo en relieve la necesidad de revalorizar sus múltiples dimensiones para mejorar las condiciones y el reconocimiento profesional.

Capítulo 3: Metodología

De acuerdo al objeto construido en el recorrido realizado para el desarrollo del presente estudio, se opta por el paradigma comprensivista. Resulta relevante entender que las vivencias y las experiencias subjetivas del personal de la salud, son significativas para este trabajo y que a partir de ello, se intenta conocer y analizar los datos desprendidos de esta trayectoria y de los discursos involucrados, para lograr cumplir los objetivos aquí fijados.

El paradigma adoptado orienta la selección de la técnica cualitativa, la entrevista semiestructurada, la cual permite acceder en profundidad a las experiencias subjetivas de los participantes. Esta técnica combina estructura y flexibilidad, facilitando la exploración de temas previamente definidos y la apertura para identificar nuevas categorías emergentes. Así, se posibilita la obtención de información amplia y pertinente, que refleja las diversas perspectivas existentes dentro del universo de estudio. Para Alonso (1999), la entrevista abierta es una conversación guiada que permite al entrevistado desarrollar un discurso continuo sobre un tema relevante. Este enfoque cualitativo profundiza en los significados y tensiones de los participantes, superando las limitaciones del método cuantitativo.

Durante la búsqueda de trabajadores activos de la salud familiarizados con la problemática, se concretaron rápidamente entrevistas con un total de diez personas, conformando una muestra intencional y no probabilística. La realización de estas entrevistas fue ágil, ya que varios participantes se contactaron espontáneamente al conocer el estudio, motivados por su perfil laboral e interés en aportar. La muestra incluyó dos perfiles principales: por un lado, trabajadores de enfermería; y por otro, profesionales de la salud en general, aplicando pauta diferente para cada grupo, organizadas en torno a las tres esferas de Honneth (amor, derecho y solidaridad), con preguntas que permitieron indagar sobre la organización del trabajo, el reconocimiento o menosprecio recibido, la valoración social y las estrategias de resistencia o afrontamiento. Cada eje incluía preguntas representativas adaptadas a la experiencia laboral específica de cada grupo de entrevistados, de los trabajadores de enfermería, pero también de las relaciones de reconocimiento recíproco entre estos trabajadores y quienes interactúan con ellos en la vida cotidiana del trabajo.

El trabajo de campo de 2022 se realizó mediante un muestreo intencional y heterogéneo para captar diversas experiencias de reconocimiento en la enfermería, definiendo el tamaño muestral por variedad de perfiles y cerrando el campo según la saturación teórica, dentro de las limitaciones propias de un estudio en contexto de formación. Si bien no se buscó

representatividad estadística, se consideró que este número de entrevistas resultaba adecuado para captar la diversidad de sentidos y experiencias relevantes en relación con el reconocimiento y menosprecio en el trabajo de enfermería. Las pautas incorporaron algunas preguntas con el fin de caracterizar la muestra y clasificar la información.

Tabla 1: Caracterización general de los participantes entrevistados

Código	Rol declarado	Sector / Área	Género	Antigüedad
E. N°1	Auxiliar de enfermería	Policlínica	Mujer	> 10 años
E. N°2	Enfermera	CTI / Maternidad	Mujer	> 15 años
E. N°3	Administrativo / Admisión	Internación	Hombre	No específica
E. N°4	Licenciada en enfermería	Internación / gestión	Mujer	> 15 años
E. N°5	Trabajadora de farmacia	Farmacia hospitalaria	Mujer	No específica
E. N°6	Enfermera	Sala común	Mujer	> 10 años
E. N°7	Enfermero	Emergencia	Hombre	> 10 años
E. N°8	Enfermera	Block quirúrgico / internación	Mujer	> 20 años
E. N°9	Médico	Urgencias / administración	Hombre	> 15 años

Nota. Elaboración propia a partir de entrevistas realizadas en el trabajo de campo.

El primer grupo está compuesto por cinco enfermerxs (uno de ellos también cumple tareas como auxiliar de servicio) y una licenciada en enfermería. El segundo grupo está integrado por una auxiliar de farmacia, un administrativo del área de registros médicos, un doctor en medicina general y una licenciada en nutrición.

Las personas entrevistadas se desempeñan en diversas instituciones de salud públicas y privadas, tanto en Montevideo como en la ciudad de Las Piedras. Varias de ellas trabajan en más de una institución en simultáneo, lo cual configura una dinámica frecuente en el sector salud.

El análisis de la información recogida se realizó en varias etapas. En primer lugar, se procedió a la transcripción literal de las entrevistas en formato digital, cuidando la fidelidad con los relatos y el resguardo de la identidad de los participantes.

Para este proceso se utilizó el software Atlas.ti, que permitió organizar, clasificar y relacionar los fragmentos de texto relevantes de manera sistemática. Se llevó adelante un proceso de codificación abierta, orientado a identificar categorías emergentes vinculadas a las experiencias de reconocimiento y menosprecio en el trabajo de enfermería. Y el registro de memos con ideas y reflexiones surgidas durante el proceso. El programa facilitó la construcción de redes y conexiones entre dimensiones, lo que aportó mayor solidez.

Al finalizar cada entrevista, las personas fueron consultadas sobre la posibilidad de un nuevo contacto para ampliar o profundizar la información compartida. De esta manera, podían formar parte de un muestreo teórico, haciendo las comparaciones necesarias hasta definir la existencia de una saturación teórica. Si bien no se alcanzó saturación total debido a la diversidad de perfiles profesionales entrevistados, se consideró que el corpus de diez entrevistas brindó una variabilidad discursiva suficiente para abordar las dimensiones de reconocimiento y menosprecio propuestas en la investigación, permitiendo identificar patrones y tensiones significativas en la experiencia del personal de enfermería.

Previo a la recolección de datos, al inicio de la entrevista, se solicitó a los participantes su consentimiento de grabar la charla, informando el objetivo de la investigación, su carácter anónimo y confidencial; buscando acercarse a las experiencias vivenciadas y a las prácticas profesionales de los sujetos, desde su individualidad y desde el grupo que integran. Se garantizó el anonimato mediante el uso de códigos identificatorios (E1–E9), sin registrar ni divulgar nombres, cargos únicos ni instituciones específicas. La información fue tratada con estricta confidencialidad, conforme a los principios éticos vigentes en Uruguay para investigaciones con seres humanos. Estos principios, basados en las normativas de la Udelar y del MSP, exigen asegurar la autonomía, privacidad, integridad y el uso exclusivo de los datos para fines académicos y científicos.

En investigaciones con personas, la privacidad y la confidencialidad son principios éticos centrales. El Comité de Ética de Medicina (Udelar) enfatiza la protección de la dignidad, derechos y bienestar de los participantes, lo que implica asegurar su no identificabilidad. Esto coincide con las pautas internacionales del CIOMS (2016), que obligan a resguardar la privacidad y la confidencialidad en todo estudio.

Antes de avanzar en el análisis, se deja constancia de que uno de los participantes falleció por suicidio días después de la entrevista. Considerando la sensibilidad del hecho y en resguardo ético, se decidió no incluir su discurso en el análisis de datos, para preservar el respeto a la persona y su entorno, evitando interpretaciones inapropiadas o lecturas que no podría confirmar ni refutar.

Capítulo 4: Contexto histórico y social del trabajo de enfermería en Uruguay

Según Sánchez Puñales (2002), la enfermería en Uruguay surgió en el siglo XVIII bajo un modelo colonial y religioso, con tareas de cuidado asumidas por órdenes religiosas y sin formación formal ni reconocimiento profesional. Este origen marcó su posición social y explica parte de los desafíos actuales. Con el tiempo, especialmente entre los siglos XIX y XX, la profesión avanzó hacia la laicización y la profesionalización. Este marco histórico permite contextualizar los desafíos contemporáneos identificados desde el Censo Nacional de Enfermería hasta hoy.

El Censo Nacional de Enfermería (MSP-Udelar, 2013), identificó tres grandes categorías: licenciados, técnicos y auxiliares. Aunque el sistema de salud uruguayo combina un sector público consolidado con un sector privado en expansión, persisten desafíos sobre la valoración profesional. Carrasco et al. (2016), señalan que la precariedad laboral, la necesidad de personal y la invisibilización del cuidado afectan la percepción del rol del profesional de enfermería.

El mismo censo destaca una feminización histórica de la profesión: más del 90% del personal son mujeres, lo que influye en los sentidos atribuidos al trabajo. La extensión del rol doméstico y del cuidado entendido como atributo natural de las mujeres, genera una división sexual en el trabajo de enfermería, limitando la autonomía de la mujer y el reconocimiento social de su aporte. Verd y Massó (2015), destacan que la enfermería constituye un ejemplo paradigmático de trabajo invisible: una labor indispensable para la reproducción de la vida, asociada a lo femenino y subordinada al prestigio médico.

En la misma línea, Carrasco (2001), destaca que la feminización de la profesión de enfermería ha condicionado su desarrollo profesional. Históricamente, las mujeres han sido relegadas a un rol de asistencia y obediencia, lo que ha limitado su autonomía y reconocimiento en el ámbito de la salud. Esta perspectiva se alinea con las reflexiones del Grupo de Estudio y Reflexión sobre los Cuidados Enfermeros (GER), coordinado por Alma Carrasco, quienes analizan cómo la asociación del cuidado con lo femenino ha influido en la construcción de la identidad profesional y en la distribución del trabajo en salud.

Balzano (2018), enfatiza que, en el sistema sanitario, las condiciones estructurales se expresan en la persistencia del pluriempleo, la sobrecarga de tareas y la precarización contractual, mostrando cómo el género opera como un factor de segmentación laboral dentro del propio sector. A nivel más específico, Balzano (2012), documenta este fenómeno en la Colonia Nacional Doctor Manuel Montes de Oca, donde el personal de enfermería asume

históricamente la responsabilidad central del cuidado directo de los residentes, mientras que las funciones de mayor estatus se concentran en tareas administrativas o de coordinación. Los relatos de las y los trabajadores evidencian que las tareas más intensivas, implican un alto desgaste físico y emocional y permanecen en gran medida invisibilizadas frente a la institución y la sociedad (Balzano, 2012, p.108).

En continuidad con la perspectiva contemporánea Sánchez Puñales (2002), aporta el contexto histórico de la profesión, señalando que la feminización de la enfermería ha tenido un efecto persistente en su valoración social, configurándose como una ocupación de bajo estatus a pesar de su relevancia para el funcionamiento del sistema de salud. Esta subordinación histórica se materializó en expectativas de obediencia, roles de cuidado asociados a la maternidad y escasa autonomía profesional, sentando las bases para la invisibilización de las contribuciones de enfermeras y enfermeros dentro de las instituciones sanitarias (Sánchez Puñales, 2002, pp. 45).

Desde otro ángulo, De León (2022), advierte que la incorporación masiva de mujeres al empleo formal no ha sido suficiente para superar estas desigualdades. En profesiones feminizadas como la enfermería persisten jerarquías masculinas que restringen la autonomía y desvalorizan el trabajo afectivo, incluso cuando este es esencial para la organización del cuidado. Para el autor, la participación femenina en el mundo laboral expresa una voluntad de reconocimiento y de construcción de una identidad social más allá de la familia, pero este proyecto se ve tensionado por estructuras que limitan su plena legitimidad. En este sentido, resalta que la falta de reconocimiento social de las prácticas de cuidado conlleva una invisibilización de su aporte humano y colectivo.

A nivel global, la OMS (2020), impulsó estrategias para visibilizar esta profesión, centradas en educación, empleo y liderazgo, destacando el rol clave de la enfermería en sistemas de salud resilientes. Esta falta de reconocimiento no es exclusiva de Uruguay. La OIT (2018), señala que, a nivel mundial, la enfermería es uno de los sectores más numerosos, pero también uno de los peor remunerados y con menor prestigio social, especialmente en América Latina.

La promulgación de la Ley N.º 18.815 en 2011 marcó un hito en la regulación del trabajo de enfermería en Uruguay, al establecer con mayor claridad los niveles formativos y roles diferenciados dentro del sector. Esta ley reconoce la formación universitaria de cuatro años para el nivel de licenciatura, y define los niveles técnico y auxiliar con formaciones más breves. Este marco normativo busca profesionalizar la práctica, jerarquizar las funciones y asignar

mayor responsabilidad a quienes poseen formación universitaria, estableciendo además la exigencia de actualización continua como parte inherente del rol profesional.

Posteriormente, el Decreto N.^o 354/014 profundiza estos lineamientos, especificando con mayor detalle las competencias y responsabilidades de cada categoría laboral. Refuerza el rol jerárquico del personal licenciado, especialmente en la toma de decisiones clínicas y organizativas, e insiste en la importancia de la formación permanente. Estas normativas, sin embargo, aún no se han traducido de forma efectiva en un reconocimiento simbólico o institucional acorde con la formación y la carga de trabajo del personal licenciado.

Aunque se ha avanzado en la profesionalización, persisten desafíos en cuanto a condiciones laborales y reconocimiento. La percepción del trabajo de enfermería como una extensión del cuidado informal y doméstico sigue presente, limitando su valorización simbólica y económica.

La brecha salarial entre médicos y enfermeros se explica por la estructura del mercado laboral, que asigna salarios superiores a la medicina debido a su mayor responsabilidad legal y menor oferta profesional. Sin embargo, esta diferencia se vuelve inequitativa cuando se considera que ambas profesiones cumplen funciones técnicas esenciales para el proceso asistencial y que, en la práctica, la enfermería sostiene parte de las tareas clínicas, supervisa procedimientos y corrige errores operativos. Esta desproporción entre la relevancia técnica del trabajo y su remuneración revela una desvalorización económica del rol de enfermería.

Estas acciones reflejan no solo una búsqueda por mejorar las condiciones materiales del trabajo, sino también un reclamo por dignidad profesional, visibilidad y reconocimiento simbólico. Las demandas no se limitan a aspectos salariales, sino que buscan transformar la valoración institucional del rol del enfermero/a en el sistema de salud.

La lucha por el reconocimiento profesional ha estado históricamente acompañada por procesos de organización y movilización sindical. En este sentido, un episodio reciente muestra la continuidad de estas luchas: en noviembre de 2022, el Colegio de Enfermeras entregó una nota al Ministerio de Salud Pública solicitando la conformación de una comisión de insalubridad, sin obtener respuesta. Esta falta de interlocución institucional derivó en una concentración frente a la Torre Ejecutiva en mayo de 2023, donde se visibilizaron demandas como la restitución del carácter insalubre del trabajo, la redefinición de la denominación profesional y la participación efectiva en los procesos de evaluación laboral (Caras y Caretas, 2023).

En este contexto, en Uruguay se empieza a visibilizar la importancia del “trabajo ampliado” en enfermería. Las instancias de formación continua y las demandas gremiales destacan la necesidad de incluir estas dimensiones en la evaluación del desempeño y la remuneración. No obstante, las políticas laborales siguen enfocadas en lo técnico, sin contemplar plenamente las competencias emocionales (Udelar, 2019).

Sin embargo, el reconocimiento va más allá de las conquistas sindicales. Un estudio de la revista *Salud Colectiva* (s/f), señala que la enfermería sigue enfrentando desigualdad salarial y de valoración en comparación con otras profesiones de la salud. El MSP informó que el 40% trabaja más de 48 horas semanales, lo que refuerza la necesidad de un mayor reconocimiento tanto salarial como institucional (MSP, 2021).

El pluriempleo es una característica estructural del trabajo en enfermería en Uruguay, fundamentalmente para complementar ingresos. En el caso de las licenciadas, además del factor económico, también se destaca la búsqueda de crecimiento profesional como un motivo recurrente (DIGESNIS, 2014). Otros factores incluyen la necesidad de diversificar la experiencia y adaptarse a un escenario marcado por el escaso reconocimiento institucional (El País, 2021). Este panorama se agrava en las zonas rurales, donde la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) enfrenta persistentes dificultades para cubrir vacantes, incluso en áreas consideradas prioritarias (Búsqueda, 2023).

La precariedad del sistema público no solo afecta las condiciones laborales, sino también la capacidad del Estado para sostener un modelo de atención integral y universal. Si bien el sector privado ofrece mejores condiciones y genera más empleo, el sistema público sigue siendo el principal empleador. Sin embargo, el 59 % de las licenciadas trabaja en instituciones médicas colectivas, seguros privados o ASSE, cifra que aún no logra cubrir la demanda real (MSP, 2021).

Este déficit en la dotación de personal ha sido advertido por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que lo vincula directamente con las dificultades para cumplir los estándares internacionales de cobertura universal en salud (OPS, 2023). En particular, la composición del personal de enfermería en Uruguay revela una marcada concentración en el nivel auxiliar: según datos del Sistema de Habilidades y Registro del Personal de Salud (SHARPS), difundidos por la OPS en 2025, se contabilizaban 20.262 auxiliares de enfermería y solo 5.018 licenciados, lo que representa una proporción aproximada del 80 % de auxiliares frente a un 20 % de licenciados. Esta estructura desigual condiciona la calidad de los cuidados, limita el

desarrollo profesional y compromete el cumplimiento de los objetivos internacionales en salud (OPS, 2025). El Diálogo Político Sanitario en Enfermería (OPS, 2021) también reconoce el déficit de licenciados y sus consecuencias: sobrecarga, estrés, deterioro del servicio y demoras en la atención.

El informe del MSP *La respuesta del país a la pandemia de COVID-19 en 2020*, afirma que Uruguay tiene una dotación privilegiada de personal de salud. Sin embargo, al contrastarlo con las percepciones del personal de enfermería, surge una realidad distinta: carencia estructural, sobrecarga laboral, deterioro de condiciones y una sensación de menospicio institucional.

En síntesis, el desarrollo histórico de la enfermería en Uruguay evidencia un marco de desigualdad estructural. A pesar de los avances normativos y educativos, persisten la desvalorización simbólica, la brecha salarial y las jerarquías con otras profesiones.

Si bien este trabajo reconoce la centralidad del género y la feminización como dimensiones constitutivas del desarrollo histórico de la enfermería en Uruguay, se entiende que constituyen un campo de investigación en sí mismo, con implicancias teóricas y políticas que exceden los límites del presente grado. En consecuencia, aquí se retoman como condicionantes estructurales, pero su análisis detallado se reserva para una etapa posterior de investigación.

Capítulo 5: Relaciones de reconocimiento/menosprecio en el trabajo de enfermería en la ciudad de Montevideo y zona metropolitana (Las Piedras)

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos a partir de las entrevistas realizadas, organizados en función de los objetivos de la investigación. El análisis busca recuperar percepciones y experiencias expresadas por los y las participantes, vinculados con el marco teórico que orienta este trabajo, en particular, la teoría del reconocimiento de Honneth (1997), el trabajo emocional (Hochschild) y la economía moral (Thompson), articulado con el trabajo ampliado (De la Garza) y la matriz de De Terssac (2005), sistematizada por Supervielle (2007), donde el trabajo se concibe como una práctica que simultáneamente se realiza, se organiza, se media mercantilmente y se ejerce políticamente.

No son etapas o funciones separadas, sino dimensiones interdependientes del trabajo real, que expresan cómo el trabajo se concreta, se regula, se valoriza y se disputa dentro de un orden institucional y social determinado.

Esta herramienta contribuye a la comprensión del trabajo en salud, donde el personal de enfermería, deben articular constantemente entre lo prescrito y lo real, entre la demanda institucional y las necesidades del paciente, entre el saber técnico y el compromiso ético. Se busca generar una caracterización del quehacer de los y las enfermeras, de las condiciones en que se desarrolla y de los factores que inciden en su ejecución. Este abordaje servirá de base para los análisis posteriores sobre el reconocimiento y el menosprecio en el ejercicio de la profesión. Esta combinación permite comprender cómo el reconocimiento, el menosprecio y la valoración social se entrelazan en la configuración de la identidad profesional, en las tensiones entre valor social y valor de mercado, y en las luchas por mejorar las condiciones, la autonomía y la visibilidad de la profesión.

El análisis se centra en comprender cómo los entrevistados significan su tarea, cómo experimentan el reconocimiento o el menosprecio en su práctica cotidiana, y de qué manera estas vivencias permiten iluminar el trabajo de enfermería desde una perspectiva ampliada.

5.1 Descripción del trabajo del personal de enfermería

Para describir el trabajo de enfermería, la matriz de De Terssac (Supervielle, 2005), resulta una herramienta que permite interpretar cómo se concreta la actividad profesional en la práctica cotidiana, con sus cuatro dimensiones: realización, organización, mediaciones mercantiles y política.

5.1.1 Realización del trabajo del enfermero/a

La dimensión de la realización refiere a cómo los sujetos llevan a cabo en la práctica su trabajo, incorporando elementos como la autonomía, los saberes prácticos y las experiencias singulares. Comprende un espacio de afirmación identitaria, donde el sujeto se reconoce en el objeto de su acción. En este sentido, la realización del trabajo de enfermería implica una relación de doble construcción, de su identidad profesional y al mismo tiempo producen cuidado como bien social.

En el ejercicio cotidiano, las tareas combinan funciones clínicas, asistenciales, organizativas y de cuidado emocional. En el plano técnico-asistencial, implica desde la administración de medicación, control de signos vitales, higiene y movilización de pacientes, hasta la participación en procedimientos complejos y atención de urgencias. A ello se suma la contención emocional a pacientes y familiares, ofreciendo escucha activa y acompañamiento en situaciones de angustia, duelo o aislamiento.

La labor incluye también responsabilidades organizativas, como el registro en historias clínicas, la supervisión de planes terapéuticos y la coordinación intersectorial, así como la adopción de medidas preventivas y de seguridad frente a riesgos sanitarios o conductuales. Finalmente, se integra la detección y corrección de errores médicos y el apoyo en intervenciones quirúrgicas, revelando una práctica que combina saber técnico, gestión y cuidado humano.

Las tareas que integran la realización del trabajo de enfermería abarcan distintos niveles de complejidad y responsabilidad, combinando funciones técnicas, asistenciales, organizativas y relaciones. A continuación, se presenta una tabla con la síntesis de actividades laborales del personal de enfermería, elaborada a partir de la información relevada en las entrevistas y los documentos institucionales.

Tabla 2: Síntesis de actividades laborales del personal de enfermería

Categoría	Tareas
Clínicas y asistenciales directas	<ul style="list-style-type: none"> • Administración de medicación y seguimiento del tratamiento, asegurando que se cumpla lo indicado por el médico • Control de signos vitales y evolución del estado general del paciente • Colocación y retiro de vías periféricas • Entubar junto al médico en situaciones de emergencia • Higiene del paciente en condiciones de dependencia total (baño, cambio de sábanas, rotación en cama) • Acompañamiento en maniobras médicas (inmovilización, administración de inyectables) • Preparación del paciente para procedimientos médicos • Filtrado de pacientes para admisión (ej. en policlínico) • Atención de urgencias o situaciones con peligro de vida
Cuidado emocional y contención	<ul style="list-style-type: none"> • Escucha activa y apoyo emocional a pacientes aislados o vulnerables (angustia, soledad, aislamiento) • Comunicación con familiares, actuando como puente entre paciente e institución • Acompañamiento en situaciones de duelo o muerte, con presencia física y emocional constante • Construcción de vínculo sostenido en el tiempo con pacientes crónicos o internados prolongados • Acompañamiento afectivo a niños o personas mayores internadas sin red de apoyo
Organizativas y administrativas	<ul style="list-style-type: none"> • Registro de actividades y cuidados en la historia clínica • Supervisión del cumplimiento del plan terapéutico (rol de licenciados) • Participación en la “pasada de visita” con médicos y familiares • Coordinación con otros sectores (farmacia, médicos, administrativos)
Preventivas o de seguridad	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de equipo de protección personal (EPP) en contexto Covid • Evaluación de riesgo en situaciones de violencia o contagio • Acompañamiento a pacientes psiquiátricos o agresivos hasta que llegue seguridad
Técnicas complementarias	<ul style="list-style-type: none"> • Control y corrección de errores en indicaciones médicas (ej. antibióticos mal pautados) • Suministro y preparación de medicación en domicilios u otros sectores • Asistencia en procedimientos quirúrgicos y hospitalarios complejos (hospital de día, block quirúrgico, etc.)

Nota. Elaboración propia a partir de entrevistas realizadas en el trabajo de campo.

Esta diversidad de funciones obliga a una adaptación constante, a la toma de decisiones en tiempo real para responder a emergencias. A modo de ejemplo, una entrevistada sintetiza:

"No hay forma de seguir el plan tal cual. Los pacientes cambian, las necesidades cambian. Y si no improvisás, el trabajo no se hace" (E N°4).

Este testimonio expone el carácter creativo, resolutivo y ético del quehacer profesional, dimensiones que con frecuencia quedan invisibilizadas por los marcos institucionales, priorizando el cumplimiento de protocolos y los indicadores cuantificables, que no abarcan la dimensión reflexiva y humana del cuidado.

La realización también involucra una dimensión afectiva: muchas entrevistadas relatan cómo acompañan, contienen y sostienen emocionalmente a pacientes y familias, incluso en ausencia de un reconocimiento formal. A modo de ejemplo: "*El enfermero es el que está siempre, acompaña al paciente desde que entra hasta que se va. A veces más que la familia*" (E N°6).

El cuidado implica compromiso, tomar decisiones en tiempo real y la construcción de vínculos de confianza. La disposición a sostener emocionalmente al paciente, incluso fuera del horario o más allá del rol formal. La voluntad de cubrir ausencias de colegas, el sufrimiento cuando no se puede brindar el cuidado deseado por falta de tiempo o recursos, lo cual refuerza la

implicación moral. Un cuidado personalizado, no mecanizado, preservando la dignidad del otro. A modo ilustrativo se detallan algunos testimonios:

“A veces me quedo un rato más aunque ya terminó mi turno... no lo puedo dejar así, angustiado, solo”(ENº9)

“Me sentaba un ratito a hablar con ella, aunque tuviera otras cosas que hacer... porque si no, se siente que uno es un número” (E Nº6)

“Si falta alguien, nos organizamos para que el servicio funcione igual... capaz no nos corresponde, pero si no lo hacemos, los pacientes quedan desatendidos” (E Nº2)

“Lo peor es cuando sabés que podés hacer algo por el paciente, pero no te da el tiempo... te quedás con esa impotencia” (E Nº9)

La implicación afectiva en el cuidado constituye una dimensión estructural del trabajo de enfermería que se convierte en un modo de sostener la vida en contextos de sufrimiento. Este gesto cotidiano sintetiza lo que Hochschild (1983), conceptualiza como trabajo emocional, sin embargo, en la práctica profesional esta dimensión permanece naturalizada como rasgo vocacional y despojada de valor laboral. La carga emocional que implica acompañar la enfermedad, la muerte y el dolor se asume individualmente, sin dispositivos sistemáticos de contención. El trabajo emocional en enfermería, se revela como una competencia especializada que sostiene la organización del cuidado, pero cuya invisibilidad refuerza la desigual distribución del reconocimiento dentro del campo sanitario.

“No es solo bañar o dar medicación, es hacerlo cuidando que no se sientan incómodos o expuestos... que se sientan personas, no un objeto” (E Nº4)

“Me gusta tratarlos como me gustaría que traten a mi familia, con paciencia y respeto, no de forma mecánica” (E Nº6)

Este compromiso es lo que sostiene el trabajo real e implica responder a un contexto de alta exigencia, que requiere atender las necesidades físicas, emocionales y sociales de los pacientes. En este sentido, la convivencia con la muerte se presenta como un aspecto central en los discursos recogidos, vivida a través del contacto con pacientes en situaciones críticas y la comunicación con sus familiares.

“Tenés que seguir trabajando, aunque se haya muerto alguien al lado tuyo. No podés parar ni un minuto, porque la sala sigue llena” (E Nº3).

Esta experiencia genera un impacto emocional profundo, y evidencia que el trabajo de enfermería excede ampliamente la dimensión técnica. Otra trabajadora experimenta una identificación con el sufrimiento de los otros y un desborde emocional relacionado al sentido profundo del cuidado.

“Te llevás los pacientes a tu casa. (...) después de tantos años de ver tanto dolor, cosas feas, hasta me ha pasado de pensar en no querer vivir más. Y eso lo sabe poca gente” (E N°1).

“Me pasó de trabajar en Vilardebó con un compañero y a las 48 horas se había suicidado.” (...) “Dieron el apoyo en un momento, como ‘¿cómo estás, ¿cómo te sentís?’ y ahí quedó. No hubo una continuidad en el seguimiento de esa situación” (E N°8)

Los discursos exponen la situación que el sector atraviesa respecto a la salud mental, dicha situación se puede conectar directamente con el suicidio del enfermero entrevistado durante el trabajo de campo. El hecho fue posterior a la etapa de entrevistas, pero vista la gravedad del suceso, se mantuvo contacto con algunos de los participantes, colegas del trabajador, quienes transmitieron la afectación emocional experimentada por la situación y las acciones que esperaban por parte de la institución empleadora hacia el equipo.

El sufrimiento se vincula directamente con el contenido del trabajo y su impacto subjetivo; este es un aspecto que se distinguió en la mayoría de los discursos. El suicidio y el intento de autoeliminación, vivenciado tanto por pacientes como por trabajadores de la salud, representa un contenido de gran peso en esta actividad laboral.

Desde la perspectiva de De Terssac (2005), este fenómeno puede ser comprendido como una manifestación del riesgo oculto que habita en la realización del trabajo profesional: los trabajadores de la salud deben enfrentar cotidianamente situaciones de muerte, dolor, urgencia y exigencia moral, en condiciones institucionales que no contemplan espacios sistemáticos de contención ni reconocimiento de ese sufrimiento. Esta exposición emocional sostenida, al no ser institucionalmente reconocida ni reparada, se convierte en una zona de riesgo subjetivo, donde el trabajador absorbe individualmente los costos psíquicos del funcionamiento del sistema. Cuando ese malestar no encuentra ni palabra, ni soporte, ni transformación, puede escalar hasta desenlaces extremos, como el suicidio.

Asimismo, la realización del trabajo está condicionada por las circunstancias materiales en que se desarrolla. Durante la pandemia, por ejemplo, el personal de enfermería enfrentó altos niveles de riesgo sin contar siempre con el respaldo adecuado de las jerarquías, exponiendo desigualdades en la distribución del peligro dentro del equipo de salud. Un entrevistado resume esta experiencia mencionando “*Te miran trabajar detrás del vidrio*” (E N°2). La realización, refiere también a cómo las acciones están atravesadas por relaciones de poder y condiciones laborales desiguales.

“Enfermería conoce más al paciente. Están en todo momento. Es un pilar fundamental” (E N°6)

“Es de las cuatro patas de la mesa. A pesar de la carencia de recursos humanos, logran que no se note su falta” (E N°7).

Estas afirmaciones atribuyen a enfermería un conocimiento integral, situado y continuo del paciente, subrayando su capacidad de resolución, su rol contenedor y la creatividad con la que enfrentan carencias, generando desvíos innovadores respecto de la norma establecida.

Otro aspecto a tener en cuenta, durante el desarrollo de esta actividad, es el uso obligatorio de indumentaria especializada.

“Estábamos 6 horas vestidos con ropa incómoda, nos daba calor, las escafandras, doble par de guantes, lentes, era muy difícil manipular instrumentos” (E N°2).

“El desgaste era el tema de desvestirse constantemente, muchas horas vestido, eso lleva a un cansancio que se volvía agotamiento mental. Vestirte, desvestirte, sin saber si el paciente era positivo” (E N°7).

Si bien cumple un rol clave en la seguridad, los entrevistados la señalan como una barrera que limita la movilidad y afecta el confort durante las largas jornadas, contradicción que pone de manifiesto cómo las condiciones materiales de trabajo pueden interferir con su desarrollo eficiente, generando nuevas formas de desgaste físico y emocional.

5.1.2 Organización

La dimensión de la organización hace referencia a la estructuración formal del trabajo: turnos, jerarquías, distribución de tareas y protocolos institucionales. En todos los relatos aparece una estructura jerárquica rígida, que entra en tensión con una práctica profesional que requiere permanentemente flexibilidad y capacidad de adaptación. Frente a esto, el personal de enfermería desarrolla mecanismos informales de coordinación, para corregir lo que la estructura no contempla y poder “hacer que las cosas funcionen”. Como expresa una entrevistada:

“No hay tiempo. Entonces te organizas con las compañeras. Una hace una cosa mientras otra avanza en otra. Eso no está escrito en ningún lado, pero es lo que permite que el servicio no colapse” (E N°4).

Estas prácticas se desarrollan en contextos de alta demanda, con ritmos intensos y exigencias que requieren decisiones rápidas y coordinación constante. Emerge desde la experiencia de los equipos y organización real del trabajo, el contraste con la organización oficial, definida por manuales, planificaciones institucionales y dispositivos de supervisión. Existe una división formal de tareas, pero al mismo tiempo una necesidad constante de cooperación entre los diferentes actores del equipo. El personal debe actuar con alta eficacia para sostener el ritmo

del trabajo, frecuentemente abrumador. La organización se vuelve indispensable para preservar el bienestar físico y emocional del equipo. Esta reconfiguración, basada en la colaboración horizontal, constituye una regulación autónoma del trabajo, que permite evitar el colapso operativo.

Las decisiones de gestión sobre los recursos también impactan de forma directa en esta dimensión. En muchos casos, los entrevistados señalan que no se cuenta con los recursos suficientes para cubrir la demanda, lo que genera tensiones estructurales. Un relato menciona que enfermería participa activamente en la reorganización: “*Más que nada con enfermería, coordinadas o hacer grandes movimientos... trabajar con el médico que está a cargo del piso, como una cama a otra, para generar más camas libres... con ellos y después con la nurse*” (E N°3).

Esta descripción ilustra una forma de organización operativa, no jerárquica, que permite sostener la funcionalidad del servicio en contextos de escasez. En la misma línea, otro testimonio señala que “*Muchas veces planteamos que un auxiliar de enfermería no puede tener tantos pacientes por turno, pero la gestión tiene otra visión: prioriza recursos económicos*” (E N°4).

Esta frase denuncia implícitamente una disociación entre la mirada de quienes están en la práctica y la de quienes toman las decisiones desde los niveles directivos.

La organización del trabajo en el ámbito de la salud tiene una lógica temporal, que desdibuja los límites del espacio laboral, interviniendo la vida cotidiana de los trabajadores, situación que se refleja en el relato de la entrevistada, quien señala:

“Mi hija un día me dice: ‘mamá, vos estás en todas las fotos de mis cumpleaños con la ropa del hospital’” (E N°4).

Este testimonio evidencia no solo la absorción de la temporalidad familiar por parte del trabajo, sino también la naturalización de esta situación como parte del rol profesional. Desde la perspectiva de De Terssac, las formas de regulación implícitas, como la disponibilidad constante o la imposibilidad de desconexión, producen una reorganización de los tiempos de vida.

5.1.3 Mediaciones mercantiles

Continuando por la dimensión de mediaciones mercantiles, esta se refiere a las formas en que el trabajo se inserta en lógicas económicas, contractuales y de mercado. Implica considerar cómo se regulan las condiciones laborales, los modos de remuneración y la valorización material del trabajo. En el caso de la enfermería, esta dimensión evidencia una profunda tensión entre el valor social del trabajo y su reconocimiento económico, estructuralmente insuficiente. Se revela un sentimiento de injusticia salarial, vinculado al trabajo realizado:

“Trabajamos con vidas humanas y ganamos lo mismo o menos que alguien en una oficina” (E1).

En la práctica cotidiana, esta desigualdad se traduce en dobles o triples jornadas, extensiones horarias y descansos fragmentados, que los trabajadores asumen como parte de la normalidad laboral. Varios entrevistados mencionan que salen de un hospital para entrar a otro, lo que convierte al pluriempleo en un componente estructural. El E N°5 lo sintetiza claramente:

“Sé que el sueldo es bajísimo para eso (...) como que es algo naturalizado decir que enfermería gana poco y por eso tienen dos laburos” (E N°5).

Otro aspecto señalado es la incorporación de personal sin la formación adecuada para cubrir la demanda:

“...personal que nunca trabajó en su vida con 24 años, lo encajan en la emergencia recién recibidos, con funcionarios de 40 años, pero bueno es su rol” (E7).

La flexibilización horaria, los contratos precarios y el ingreso acelerado de personal inexperto constituyen expresiones concretas de esta mediación mercantil.

Los discursos de entrevistados externos a enfermería también refuerzan esta percepción:

“Les pagan mucho menos que a nosotros y hacen jornadas más largas (...) no los retribuye como debería (...) es culpa del sistema que no los ayuda” (E9).

Esta tensión se hace especialmente evidente en los relatos sobre condiciones contractuales y sobrecarga laboral. Esta tensión, interpretada desde la noción de *economía moral* (Thompson, 1971), revela la disputa entre dos lógicas: la del mercado, que cuantifica el trabajo en función de la rentabilidad, y la del cuidado, que responde a una ética de responsabilidad colectiva. “*Nos piden que pongamos el corazón, pero eso no paga las cuentas*” (E N°6), resumía una entrevistada.

La enfermería encarna esa frontera conflictiva, un trabajo socialmente indispensable pero económicamente desvalorizado. La *economía moral del cuidado* aparece así como un terreno

de disputa simbólica, donde las enfermeras desafían la subordinación del valor humano a la rentabilidad institucional, reclamando un reconocimiento que contemple tanto la justicia económica como la dignidad moral de su labor.

La mirada externa refuerza que la desigualdad es estructural y no depende de elecciones individuales. Desde la matriz de De Terssac (2005), la mediación mercantil traslada al trabajador los costos de su propia reproducción social, el sistema impone de facto una doble jornada como norma no escrita. De este modo, se asegura la sostenibilidad presupuestal de las instituciones, mientras se bloquea la posibilidad de transformación estructural.

El trabajo de enfermería se realiza bajo condiciones reguladas por criterios económicos: salarios bajos, multiempleo, contratos flexibles, incorporación de inexpertos y extensión de jornadas, estas prácticas marcan los límites materiales de la actividad cotidiana, evidenciando la subordinación del cuidado a la lógica mercantil.

5.1.4 Política

La dimensión política del trabajo de enfermería, según la matriz de Terssac (2005), se refiere al margen de acción que tienen los trabajadores para influir en las condiciones de su tarea, disputar reglas y generar regulaciones autónomas que puedan institucionalizarse. En la práctica, esto implica observar cómo la enfermería participa o queda excluida de las decisiones que afectan la organización del trabajo. Las entrevistas muestran formas de acción que sostienen el funcionamiento de los servicios: acuerdos informales, cartas colectivas o participación sindical. Así lo expresa una entrevistada: “*Hicimos una carta firmada por todas pidiendo que se respete el descanso. No fue fácil, pero por lo menos nos escucharon*” (EN°4).

Este tipo de prácticas colectivas son descripciones claras de cómo los equipos buscan incidir sobre las reglas laborales, aunque lo hagan en un marco de desigualdad jerárquica. Tal como señala otra entrevistada: “*Las propuestas del personal de enfermería muchas veces no son escuchadas*” (E3).

De Terssac (2005), sostiene que la regulación autónoma con aspiración política permite transformar soluciones improvisadas en normas legítimas. Sin embargo, los relatos evidencian que en el sector salud, esas iniciativas encuentran límites estructurales. El médico, señala críticamente: “*Se organiza el sistema de salud como si el enfermero fuera un engranaje más, pero sin tener voz sobre cómo funciona ese engranaje*” (EN°9).

El testimonio da cuenta de que, si bien la enfermería sostiene gran parte de la operativa, queda marginada de los espacios formales de decisión. La dimensión política, entonces, describe la tensión entre estas prácticas colectivas, que emergen desde abajo como necesidad del trabajo real y las estructuras institucionales que las contienen y restringen.

A su vez, este mismo entrevistado destaca la desigualdad económica como un problema estructural que impacta en el plano político:

“El sistema no los retribuye como debería (...) es culpa del sistema que no los ayuda” (E9).

El rol de los sindicatos aparece como otro espacio central en esta dimensión, “... deben ser la voz de los enfermeros en las discusiones políticas que afectan nuestra profesión (...) sin los sindicatos, sería casi imposible que se lograrán avances significativos en las leyes laborales” (E4).

Estos discursos describen la política del trabajo de enfermería en distintos niveles: lo micro (negociaciones y acuerdos informales), lo meso (acciones colectivas y sindicales) y lo macro (exclusión de los espacios de decisión institucional y desigualdad económica). En conjunto, muestran que el trabajo profesional no es neutral: se desarrolla en un terreno atravesado por relaciones de poder, asimetrías jerárquicas y disputas constantes para sostener condiciones mínimas de trabajo.

La política también se ejerce en la negociación cotidiana con otros actores del sistema de salud, lo que muestra que la regulación no es solo formal, sino práctica y relacional:

“Con los médicos hay que estar siempre negociando, porque si no, se acumulan las órdenes y nadie las cumple. Entonces vas viendo qué se puede hacer primero, qué después” (EN°2).

El trabajo está atravesado por negociaciones, reclamos y disputas permanentes. La enfermería sostiene el sistema, también por las formas colectivas e individuales de organización política que permiten resistir desigualdades y garantizar que el trabajo real pueda llevarse a cabo. Sin embargo, las instituciones muchas veces las limitan o invisibilizan.

La perspectiva del grupo externo a enfermería (profesionales de farmacia, administración hospitalaria y medicina), que permite comprender por medio del relacionamiento cómo se interpreta, valora o invisibiliza este trabajo. Sus testimonios coinciden en reconocer que “*las enfermeras son el motor silencioso del hospital*” y que “*hacen desde lo más técnico hasta lo más humano*”, destacando tanto la centralidad organizativa como la polivalencia de su tarea. Al mismo tiempo, señalan que “*el médico pasa, pero la enfermera se queda*”, lo que subraya su presencia constante en la vida cotidiana de los pacientes y admiten que este saber práctico y afectivo, pocas veces es formalizado. La sistematización realizada muestra que la labor de

enfermería desborda lo prescripto, exige reorganización constante y se apoya tanto en competencias técnicas como en la dimensión afectiva y en redes de cooperación que no figuran en la normativa.

Realizando una lectura transversal de la siguiente tabla N°3, las entrevistas muestran cómo el trabajo real difiere de la prescripción formal, la capacidad de adaptación, resolución de problemas en tiempo real y la carga afectiva son aspectos constantes.

Tabla N°3: Síntesis analítica- Actividad de enfermería/ Matriz de De Terssac

Matriz De Terssac			
Realización	Organización	Mediaciones mercantiles	Dimensión política
Adaptación constante; alta carga emocional.	Apoyo entre colegas; organización informal.	Suelo bajo, sin relación al esfuerzo.	Reclamos silenciados; temor a represalias.
Creatividad para resolver ante falta de recursos.	Red de compañeras para cubrir falencias.	Salario injusto frente a otras profesiones.	Demandas colectivas informales.
Desgaste físico y mental; tensión entre lo prescripto y lo real.	Falta de personal; redistribución espontánea de tareas.	Inestabilidad laboral y sobrecarga.	Poca participación en decisiones institucionales.
Improvisación permanente para sostener calidad.	Jerarquía rígida vs. necesidad de flexibilidad.	Salario no contempla tareas emocionales.	Cartas y firmas para exigir derechos.
Tareas que exceden el rol formal.	División desigual de tareas según turno.	Valorización simbólica nula.	Se intenta negociar mejores condiciones.
Múltiples decisiones bajo presión.	Turnos rotativos y alta carga horaria.	Falta de reconocimiento institucional.	Participación en gremios limitada.
Contención emocional ignorada en protocolos.	Se reorganizan turnos entre colegas.	Diferencias salariales injustificadas.	Se defienden derechos en grupo.
Trabajo relacional es central.	Horarios incompatibles con descanso.	Ausencia de incentivos para tareas complejas.	Se sienten sin voz ante dirección.
Requiere tomar decisiones no reconocidas.	Estructura rígida con creatividad organizativa.	Trabajo esencial con escasa retribución.	Luchas por reconocimiento, pero sin canal formal.

Elaboración propia a partir de entrevistas realizadas en el trabajo de campo.

Es unánime la percepción de desvalorización económica, que el esfuerzo, la implicación afectiva y la responsabilidad no se reflejan, ni en el salario ni en las condiciones contractuales. La enfermería crea su propia organización (informal) del trabajo para poder sostener la atención y la mayoría refieren a la limitada capacidad de acción colectiva formal, los reclamos se dan en contextos donde predomina el temor o la falta de escucha.

Un trabajo desarrollado en condiciones materiales que inciden directamente en la calidad del cuidado y en la salud del personal. La distancia entre lo que la práctica aporta y el reconocimiento institucional recibido introduce tensiones que, si bien aquí se exponen como parte de la descripción del trabajo ampliado, serán analizadas en profundidad en el siguiente capítulo desde la perspectiva de Honneth.

5.2 La experiencia subjetiva de las y los trabajadores, ante su tarea, desde la teoría del reconocimiento/menosprecio

A partir de los resultados presentados en el primer objetivo, donde se describió la complejidad del trabajo de enfermería y la diversidad de funciones que lo componen, en este apartado se profundiza en cómo esas experiencias laborales son vividas y dotadas de sentido por el propio personal.

El análisis se orienta a comprender, desde la teoría del reconocimiento de Axel Honneth, de qué manera las condiciones institucionales, organizativas y simbólicas influyen en la percepción de reconocimiento o menosprecio. Se busca así interpretar cómo el ejercicio cotidiano del cuidado, en contextos frecuentemente marcados por la escasez de recursos y la sobrecarga, impacta en las tres esferas del reconocimiento: amor, derecho y solidaridad.

De acuerdo a las entrevistas realizadas, los códigos emergentes mediante ATLAS.ti, se sintetizan en la tabla N°4 (Anexo 1), organizados según la esfera de reconocimiento correspondiente de Honneth (1996). Cada código refleja un tema recurrente identificado, evidenciando cómo se expresa el reconocimiento o el menosprecio en la práctica profesional. Algunos códigos presentan cierta flexibilidad y podrían relacionarse con más de una dimensión, orientando el desarrollo interpretativo que se presenta a continuación en las tres esferas.

En la esfera del amor se integran las dimensiones afectivas y materiales que sostienen la experiencia cotidiana del cuidado, entramado que se configura en una práctica que involucra al trabajador en toda su dimensión sensible, atravesado por exigencias que impactan su bienestar y por vínculos afectivos que a su vez sostienen la autoconfianza frente a una profunda vulnerabilidad estructural.

La esfera del derecho se expresa en el entramado de condiciones laborales que regulan el ejercicio profesional, con tensiones se profundizan en relación con las responsabilidades asumidas. Configurando un campo donde la formalidad del reconocimiento se ve frecuentemente atravesado por desigualdades estructurales que complejizan el desarrollo del trabajo y limitan la capacidad de ejercer derechos de manera plena.

En la esfera de la solidaridad se manifiestan las valoraciones sociales que recaen sobre la profesión, cuestiones naturalizadas que vulneran al personal pese a ser ampliamente aceptadas como parte del oficio. Al mismo tiempo, emerge una identidad colectiva que refuerza el sentido

profesional y el valor social del cuidado, aunque constantemente tensionada por imaginarios que oscilan entre la idealización de la entrega y el menoscenso hacia las tareas vinculadas a la enfermería. Así, la solidaridad aparece como un espacio ambiguo donde conviven reconocimiento y menoscenso, determinando la forma en que la sociedad valora o invisibiliza el aporte de estos trabajadores.

5.2.1 Esfera del amor

Refiere al reconocimiento afectivo, indispensable para la constitución de la autoconfianza. En enfermería, se expresa en los vínculos con pacientes, familiares, colegas y jerarquías. Contemplando algunos de los códigos, los discursos destacan el compañerismo y el trabajo en equipo implicados:

“Con las compañeras nos entendemos sin hablar. Una hace una cosa y la otra sigue. Si no fuera por eso, no saldríamos adelante.” (E N°2)

“Te organizás con las compañeras. Una hace una cosa mientras otra avanza en otra. Eso no está escrito en ningún lado, pero es lo que permite que el servicio no colapse.” (E N°3)

“Hay muy buen grupo, si una está mal, la otra la cubre. Somos como una familia.” (E N°1)

Como señala Honneth (1997), “la confianza básica en sí mismo sólo puede desarrollarse en la medida en que los sujetos se saben amados y cuidados por otros significativos” (p. 104). Estos lazos refuerzan la confianza y constituyen un soporte frente al desgaste cotidiano, configuran microrredes funcionando como contrapeso frente a las exigencias y presiones de las instituciones y del sistema de salud. Carga emocional, estrés, problemas de salud y cuerpo vulnerado, traducidos en sobrecarga psíquica y física, constituyen una fuente constante de menoscenso.

“Llegás a tu casa y seguís pensando en lo que pasó con los pacientes, te llevás el trabajo en la cabeza, y eso te cansa más que las horas de guardia.” (E N°3)

Esta sobrecarga evidencia cómo la institución externaliza los costos emocionales y físicos del cuidado, reproduciendo inequidades en la distribución del riesgo y el sufrimiento laboral. El sufrimiento se privatiza, los trabajadores deben gestionarse individualmente, mientras las instituciones carecen de dispositivos de contención. Esto configura una forma de injusticia estructural.

La violencia física o emocional en el ámbito hospitalario, se manifiesta tanto de parte de los pacientes como del propio entorno laboral, múltiples relatos refieren a agresiones de pacientes, familiares, compañeros y jerarquía.

“A veces los familiares se enojan y te gritan, como si uno tuviera la culpa de todo.” (E N°6)

“Hubo pacientes que te insultaban o tiraban cosas. Terminás el turno angustiada, pero al otro día volvés.” (E N°2)

“La violencia no siempre es física. A veces viene del trato de arriba, de cómo te hablan, como si tu trabajo valiera menos.” (E N°4)

Estas expresiones se inscriben también en la esfera del amor, pero desde su negación: el menoscenso emocional socava la autoconfianza y transforma el cuidado en una experiencia ambivalente, donde el reconocimiento afectivo coexiste con el maltrato y la desvalorización simbólica.

Por su parte, la vulnerabilidad, la exposición a riesgos permanentes (como el contagio a enfermedades entre otros) y la inestabilidad laboral, expresan la falta de protección afectiva e institucional. La inseguridad constante limita la posibilidad de proyectarse vital y laboralmente.

“Vestirte, des vestirte... y sin saber si el paciente era positivo o no.” (E N°9)

Los trabajadores internalizan la necesidad de autoprotección, consolidando un ciclo de autorregulación que refuerza la subordinación. Esto permite interpretar la inseguridad laboral como un mecanismo estructural que reproduce la desigualdad simbólica, la incertidumbre funcional como estrategia de control indirecto que debilita la autonomía profesional.

Por otra parte, uno de los aspectos más sensibles que emergen del trabajo de campo refiere a la afectación emocional profunda que puede derivar en situaciones límite. El suicidio o intento de autoeliminación, constituye la expresión extrema de menoscenso cuando fallan simultáneamente las tres esferas. Como advierte Honneth, “allí donde el individuo es sistemáticamente privado de todo tipo de reconocimiento, se le niega al mismo tiempo la posibilidad de una vida lograda” (1997, p. 132). En referencia a este problema, algunos testimonios declaran:

“Pensé que no salía de ahí. Estaba tan saturada que pensé ‘si me tiro por la escalera, capaz que zafaba de todo esto’.” (E N°9)

“Una compañera que se terminó quitando la vida, y todos sabíamos que estaba mal. Pero nadie hizo nada. El sistema no te cuida” (E N°4).

“Nos enteramos que una compañera se quitó la vida, y nadie de la institución vino a hablar con el grupo.” (E N°5)

“Nosotros estamos viendo todo el tiempo gurises que llegan por intento de autoeliminación. Y cada vez más jóvenes. Es como una epidemia silenciosa” (E N7).

Estos casos extremos ilustran cómo la desprotección institucional y social puede configurar riesgos colectivos de mortalidad laboral, evidenciando la interrelación entre condiciones de trabajo y violencia estructural sobre la vida.

El sufrimiento psíquico que atraviesa individualmente el personal de enfermería puede comprenderse, además, desde la perspectiva de la economía moral del cuidado y del trabajo emocional. La exigencia de sostener la calma y empatía, implica una regulación constante de las emociones que rara vez recibe reconocimiento institucional. Desde la teoría de Honneth, esta situación expresa una forma de menoscabo afectivo, ya que la ausencia de reconocimiento, afecta la autoconfianza y pone en riesgo la salud mental de las enfermeras y enfermeros.

5.2.2 Esfera del derecho

Mientras que en la esfera del amor se evidencia el menoscabo desde lo afectivo, en la esfera del derecho se patentiza su expresión jurídico-institucional, sostiene el autorrespeto, garantiza la igualdad ciudadana y la protección de derechos laborales. En enfermería, esta dimensión aparece vulnerada de manera reiterada.

Recursos limitados, tema salarial y multiempleo, la insuficiencia de recursos y la necesidad de tener dos o más empleos reflejan un menoscabo estructural. Algunos discursos señalan:

“No hay proporción entre lo que hacen y lo que cobran. Un enfermero tiene que tener dos o tres trabajos.” (E N°4)

“Ellos tienen una ley que regula su tarea. Pero igual siguen invisibilizados.” (E N°9)

Figura contractual y flexibilidad, como el denominado “279”, contratos renovados mensualmente, generan incertidumbre en forma permanente.

“Están planteando que los contratos estos, que fueron por pandemia, no sean cada 30 días, porque uno tiene que vivir, no podés esperar al mes, al último día. El 30 les dicen que les renuevan por 30 días más y así sucesivamente” (E N°7)

La flexibilidad contractual funciona como un mecanismo de disciplinamiento estructural y reproduce la vulnerabilidad simbólica. Esta precariedad vulnera la igualdad jurídica y limita la capacidad de planificación vital, reduciendo el autorrespeto.

Derechos vulnerados y falta de respuesta a demandas, los reclamos sindicales o individuales suelen ser ignorados o dilatados.

“Hubo un reclamo de una persona, le mandaron un mail que le iban a hacer una investigación administrativa, tenían que ir al abogado del hospital, que no se le puede informar nada... el enfermero me consultaba, citado por un juez, era una situación horrible” (E N°9).

La ausencia de respuesta institucional refuerza la percepción de no ser considerado ciudadano pleno en el ámbito laboral y la necesidad de obtener protección por medios propios, experimentando otra situación de menosprecio.

Respecto a la jerarquía y saber profesional no reconocido, los relatos muestran que el saber de enfermería queda subordinado al médico, un aspecto bastante naturalizado. La exclusión del personal de enfermería de los espacios de decisión institucional refleja una forma persistente de subordinación estructural. El saber profesional, aun siendo indispensable para el funcionamiento cotidiano del sistema, permanece subordinado a jerarquías médicas y administrativas. El discurso N° 7 indica que: “el enfermero es quien lleva a cabo la indicación, quien ejecuta lo que se prescribe.”

Capacitación y carrera funcional, el acceso restringido a formación y ascensos limita el desarrollo profesional y configura una desigualdad de oportunidades, contraria al principio de reconocimiento jurídico. E N°7 comenta:

“Muchas veces se recibe y nunca trabajó en su vida con 24 años, pero lo encajan en la emergencia recién recibido, con funcionarios de 40 años, pero bueno es su rol.”

El avance académico, al generar desigualdades entre distintos niveles formativos, opera como una fuente de menosprecio que obstaculiza el reconocimiento pleno de la profesión.

5.2.3 Esfera de la solidaridad

La tercera esfera, donde el reconocimiento social se traduce en autoestima colectiva y dignidad profesional. En el caso de enfermería, esta esfera presenta tensiones entre orgullo identitario y desvalorización social.

Vocación, valor agregado y reconocimiento, la convicción moral, así como los gestos de agradecimiento de pacientes y familias, disipan el impacto frente al menosprecio. Como subraya Honneth (1997), la autoestima social “se constituye a partir de la experiencia de que

las propias capacidades resultan significativas para una comunidad de valores” (p. 127). En la entrevista Nº 1 se declara: “No tenían que aplaudir porque estaba haciendo mi trabajo”

Este discurso expresa un reclamo implícito hacia la sociedad en su conjunto, al tiempo que evidencia el menospicio hacia el esfuerzo comprometido. A su vez, deja entrever un grado de invisibilización asumido por la propia entrevistada.

La capacidad del personal de enfermería para resolver situaciones cotidianas con recursos limitados es percibida como una característica inherente de la profesión.

“Son muy hábiles para resolver con poco, siempre encuentran la manera.” (E Nº6)

Si bien esta habilidad refleja compromiso y destreza, su valoración social tiende a enmarcarse dentro de una lógica de romantizar la precariedad. La eficacia bajo condiciones adversas se interpreta como virtud moral antes que como resultado de una organización deficiente o de una falta estructural de recursos. Esta naturalización de la escasez opera como una forma de injusticia simbólica, ya que oculta los factores institucionales que generan sobrecarga y limita el reconocimiento pleno del trabajo realizado.

De acuerdo con Honneth (1997), el menospicio puede expresarse no solo en la negación abierta del valor del trabajo, sino también en la invisibilización cotidiana de sus condiciones materiales y afectivas, reproduciendo jerarquías de valoración social.

Respecto a la cuestión de género, la feminización histórica de la profesión reproduce estereotipos de género que desvalorizan el trabajo, al asociarla con una supuesta disposición inherente al cuidado atribuida a las mujeres.

“La mayoría somos mujeres. Se da por hecho que tenemos más paciencia o que somos ‘más para el cuidado’, pero eso no tiene nada que ver con la formación.” (E Nº6)

“Se espera que una enfermera aguante todo, que sea comprensiva, como si fuera una madre.” (E Nº2)

“A veces sentís que te tratan distinto por ser mujer. Hay médicos que ni te miran cuando das una opinión.” (E Nº1)

Estos fragmentos reflejan cómo la feminización de la enfermería perpetúa estereotipos de género, vinculando la actividad laboral al sacrificio y la abnegación, lo que constituye una forma de menospicio estructural en la esfera de la solidaridad. Esta esencialización debilita la autoestima profesional y constituye una forma de menospicio estructural, al negar reconocimiento a las competencias adquiridas y al valor social del trabajo de enfermería. El valor moral del cuidado se convierte en argumento para justificar desigualdades, debilitando la autoestima profesional y negando la especificidad técnica del trabajo.

Dentro de la enfermería, la solidaridad y el sentido de pertenencia entre colegas constituyen fuentes significativas de reconocimiento simbólico.

“La enfermería es más colectiva, más organizada, más solidaria...” (E N°9)

Estos lazos internos fortalecen la identidad profesional y la autoestima colectiva, actuando como un contrapeso ante la desvalorización institucional. Sin embargo, este reconocimiento mutuo se produce en un nivel intra gremial o interpersonal, sin traducirse necesariamente en un reconocimiento formal por parte de las estructuras de poder o de la sociedad.

Como plantea Honneth (1997), el reconocimiento parcial, aquel que se da entre pares pero no es validado institucionalmente, mantiene la contradicción entre la valoración moral del trabajo y su falta de legitimación social, generando sentimientos ambivalentes de orgullo y desprotección.

El análisis de los códigos emergentes permite identificar patrones de reconocimiento y menosprecio que atraviesan las tres esferas propuestas por Honneth. La tabla N°4 sintetiza estas experiencias, articulando los códigos identificados en ATLAS.ti con las percepciones subjetivas del personal de enfermería y sus implicancias estructurales.

Tabla N°5: Percepciones subjetivas del trabajo de enfermería según las esferas de Honneth¹

Amor (reconocimiento afectivo y relacional)	Derecho (reconocimiento jurídico e institucional)	Solidaridad (valoración social del trabajo)	Observaciones generales ²
La gratitud de los pacientes sostiene la motivación personal.	No se sienten amparadas por la normativa institucional.	Trabajo percibido como “invisible” para la sociedad.	Alto compromiso personal pero fuerte desgaste institucional.
Relación cercana y contención hacia los usuarios.	No participación en decisiones, falta de respeto profesional.	Crean que su rol no es entendido ni valorado socialmente.	Refleja contradicción entre amor al trabajo y falta de reconocimiento.
El reconocimiento afectivo de los pacientes es central.	Sensación de injusticia en distribución de tareas y recursos.	Enfermería como “sostén oculto” del sistema sanitario.	Alta carga emocional sin soporte institucional adecuado.
El vínculo humano con pacientes y compañeros es vital.	Vulneración sistemática de derechos laborales.	Falta de visibilidad pública del trabajo enfermero.	Frustración por el bajo impacto de las luchas colectivas.
Empatía y cuidado como base de la tarea diaria.	Legislación existente no se cumple, escaso respaldo legal.	La pandemia visibilizó momentáneamente su trabajo.	Reconocen el valor interno, pero perciben falta de respeto externo.
El compañerismo salva del agotamiento.	Sobrecarga de tareas y desprecio en la gestión del trabajo.	Sociedad desconoce complejidad de su labor.	Sienten aislamiento institucional pese a su esfuerzo colectivo.
La conexión humana legítima su esfuerzo cotidiano.	No tienen canales formales efectivos de reclamo.	La enfermería es vista como un “servicio asistencial menor”.	Conflicto entre autovaloración y desvalorización externa.
El sentido ético de cuidar es auto-reconocido.	No hay un reconocimiento estructural de su saber técnico.	Se perciben como profesionales esenciales no reconocidos.	Reafirmación de su identidad desde la práctica, no desde el sistema.
El compromiso afectivo es una fuente de resistencia.	Denuncia condiciones laborales de precariedad y maltrato.	Denuncia falta de reconocimiento social y mediático.	Experiencia de resistencia y autoafirmación colectiva.

Nota: Elaboración propia a partir de entrevistas realizadas en el trabajo de campo.

Experiencias como el pluriempleo, el desgaste emocional, la invisibilización institucional o la desvalorización simbólica encuentran su correlato en ejes más amplios vinculados a precariedad contractual, vulneración de derechos, injusticias simbólicas y problemas de salud mental, configurando distintos modos de menoscenso jurídico, afectivo y social. Al mismo tiempo, emergen elementos que operan como fuentes de reconocimiento, tales como la identidad profesional, la vocación y la acción gremial, que permiten sostener la autoestima social y abrir posibilidades de resistencia colectiva.

La experiencia subjetiva de la enfermería en Uruguay revela que el menoscenso atraviesa simultáneamente las tres esferas del reconocimiento de Honneth. El sufrimiento psíquico, la precariedad contractual, la subordinación jerárquica y la desvalorización social configuran un entramado de injusticia estructural que impacta en la vida personal y colectiva. El caso del suicidio emerge como la expresión más extrema de esta falta de reconocimiento integral.

No obstante, el colectivo de enfermería despliega formas de resistencia y reconstrucción de dignidad: el apoyo mutuo, la identidad profesional y la acción gremial se constituyen en fuentes de reconocimiento intersubjetivo y social. Estas prácticas no eliminan el menoscenso

¹ La columna “Observaciones generales” integra las experiencias individuales en un nivel colectivo, permitiendo analizar tendencias comunes y tensiones compartidas entre el personal de enfermería

estructural, pero permiten sostener la autoestima y disputar espacios de visibilidad en un sistema que históricamente ha subvalorado su aporte.

La articulación entre la Tabla N°4 (Anexo 1) y la Tabla N°5 permite comprender que las vivencias de reconocimiento y menosprecio expresadas por los trabajadores de enfermería no se reducen al plano individual, sino que remiten a condiciones estructurales que configuran su experiencia laboral cotidiana. Los códigos presentados en la Tabla N°4 reflejan cómo los sujetos perciben, sienten y elaboran su relación con el trabajo, mientras que la Tabla N°5 proyecta esas percepciones hacia el entramado institucional, organizativo y social en el que dichas experiencias cobran sentido.

Esta relación aporta a la compresión del trabajo de enfermería como práctica social ampliada, lo manifestado en la esfera subjetiva, como la falta de reconocimiento, la sobrecarga o la desmotivación, no puede desvincularse de factores estructurales como la precarización laboral, la jerarquización entre saberes, la escasez de recursos o la feminización histórica del cuidado. Ambas tablas de forma complementaria, muestran dos niveles analíticos que se interrelacionan, el de la experiencia vivida y el de las condiciones que la determinan o condicionan. En este sentido, al tratarse de una investigación exploratoria basada en los testimonios, el objetivo no es formular generalizaciones concluyentes, sino ofrecer una lectura interpretativa sustentada en la triangulación entre discursos, categorías emergentes y marco teórico, que ilumine posibles vías de análisis para futuras indagaciones.

La teoría de Honneth permite mostrar cómo el reconocimiento y el menosprecio no son experiencias marginales, sino ejes constitutivos del trabajo de enfermería, con efectos directos en la subjetividad, la organización colectiva y la salud de quienes sostienen cotidianamente el cuidado de la vida. Desde la teoría del reconocimiento de Axel Honneth, las distorsiones del reconocimiento en las tres esferas, se expresan simultáneamente en la subjetividad y en la estructura. Lo que los enfermeros experimentan como falta de valoración o autonomía profesional (nivel micro) encuentra su correlato en la organización institucional del trabajo, en la desigual distribución del poder entre profesiones y en las representaciones sociales que desvalorizan el cuidado (nivel macro).

A su vez, los datos revelan la existencia de prácticas y recursos internos y colectivos que constituyen potenciales vías de resistencia frente a estas formas de menosprecio. Esta interrelación constituye el punto de partida del siguiente objetivo de la investigación, orientado a analizar cómo el colectivo de enfermería responde, resiste y reconstruye reconocimiento

frente a tales condiciones, transformando la experiencia de desvalorización en acción colectiva, reconocimiento intersubjetivo y dignificación profesional.

En primer lugar, el apoyo mutuo entre colegas y el buen relacionamiento se muestran como un recurso afectivo que permite sostener la autoconfianza frente a la sobrecarga emocional y la violencia institucional o interpersonal. Estos lazos de solidaridad intersubjetiva constituyen una primera forma de reconocimiento en la esfera del amor, que amortigua los efectos del menoscenso.

En cuanto a la violencia según Honneth (1997), la negación de reconocimiento afectivo “equivale a una forma de menoscenso que priva a los sujetos de la seguridad de su propia existencia corporal” (p. 131). Estas experiencias naturalizan un estado de alerta, la exposición recurrente a violencia revela un patrón de vulnerabilidad estructural.

Como señala Honneth (1997), “el autorrespeto sólo puede asegurarse cuando los individuos son reconocidos como portadores de derechos, iguales a todos los demás” (p. 115). Esta dimensión pertenece a la esfera del derecho, donde la vulneración del reconocimiento jurídico e institucional impide ejercer un trabajo digno. El multiempleo y los bajos salarios muestran la naturalización de la precariedad como norma social y profesional, debilitando la cohesión colectiva.

El apoyo mutuo entre colegas y el buen relacionamiento se muestran como un recurso afectivo que permite sostener la autoconfianza frente a la sobrecarga emocional y la violencia institucional o interpersonal. Estos lazos de solidaridad intersubjetiva constituyen una primera forma de reconocimiento en la esfera del amor, que amortigua los efectos del menoscenso.

Siguiendo por la identidad profesional y el orgullo por la vocación emergen como fuentes de autoestima social. Aunque los trabajadores enfrentan desvalorización salarial, limitaciones de autonomía y subordinación jerárquica, la convicción de que su tarea tiene un valor moral y social actúa como un mecanismo de sostén de la autoestima y de resistencia simbólica, vinculándose con la esfera de la solidaridad.

En cuanto a la acción gremial y la participación en sindicatos se identifican como herramientas de resistencia colectiva frente al menoscenso estructural. La adhesión a organizaciones laborales permite disputar la visibilidad de la profesión, fortalecer la cohesión del colectivo y ejercer presión para el reconocimiento de derechos laborales y profesionales, anticipando el desarrollo del Objetivo 3 en términos de estrategias colectivas de reivindicación.

Aunque el foco principal de este capítulo ha sido describir la experiencia subjetiva del trabajo de enfermería en relación al reconocimiento y el menospicio, los relatos evidencian elementos que anticipan el análisis del tercer objetivo, centrado en las estrategias de resistencia y reconstrucción de la dignidad profesional.

5.3 ¿La resistencia se traduce en demanda?

Desde esta perspectiva, cabe preguntarse: ¿qué formas de resistencia emergen en la enfermería? A partir de los relatos recogidos en las entrevistas, surgen diversas formas de resistencia que el personal de enfermería despliega frente al menospicio institucional y simbólico. En el trabajo de enfermería, la resistencia puede entenderse como el conjunto de prácticas individuales o colectivas, explícitas o silenciosas, mediante las cuales las y los trabajadores procuran preservar su dignidad y afirmar el sentido moral de su labor frente a condiciones de desvalorización estructural. Estas formas de resistencia no se limitan a la confrontación abierta o la acción sindical, sino que incluyen estrategias cotidianas que garantizan el cuidado a pesar de la falta de reconocimiento institucional.

Desde la teoría del reconocimiento de Axel Honneth (1997), las luchas por reconocimiento son el motor de toda transformación social. Cuando las personas experimentan el menospicio en las tres esferas, emergen acciones orientadas a restituir la autoestima, la autoconfianza y el respeto social. En el caso de la enfermería, la resistencia puede leerse como una lucha moral por la dignidad del cuidado, en tanto busca reconstruir formas de reconocimiento negadas por el sistema de salud y las jerarquías profesionales.

Las estrategias de resistencia del personal de enfermería muestran cómo el desgaste emocional y la injusticia económica se transforman en acciones colectivas orientadas al reconocimiento. El trabajo emocional se vuelve un recurso ético que sostiene la tarea, mientras que la economía moral impulsa reclamos cuando el valor del cuidado es medido sólo por criterios de eficiencia. Como se analizó en la dimensión política (5.1.4), las cartas colectivas y otras acciones internas constituyen intentos de disputar reglas laborales en contextos de desigualdad jerárquica. Interpretadas desde Honneth, puede leerse como una lucha moral por el reconocimiento ante el menospicio institucional. Así, estas resistencias articulan lo afectivo y lo político en un movimiento que busca revalorizar el trabajo de enfermería.

En el plano cotidiano, la resistencia se manifiesta en formas de autonomía práctica frente a la rigidez institucional. La enfermería reorganiza el trabajo, improvisa soluciones y se apoyan para sostener la asistencia, resistiendo así la despersonalización del cuidado. La resolución de situaciones cotidianas con recursos limitados, o incluso sin ellos, mediante la creatividad y el saber práctico se percibe como algo normal, como alude una entrevistada: “Son muy hábiles para resolver con poco, siempre encuentran la manera” (E N°3). También los gestos de agradecimiento de pacientes y familias, como la convicción moral, disipan el impacto frente al menoscenso.

Más allá de la respuesta inmediata ante las carencias materiales, también se observa una resistencia de orden simbólico, su observación refuerza la idea de que la resistencia simbólica se materializa en la forma de trabajar, una práctica colectiva que se superpone a la lógica individualista y jerárquica del modelo médico. En términos de Honneth, se trata de una búsqueda de reconocimiento en la esfera de la solidaridad, donde se valora el aporte singular de la enfermería al bienestar común.

La resistencia individual, el “cuidado del cuidador”, se manifiesta en el autocuidado, apoyo entre compañeras y reacomodación informal de las tareas para aliviar sobrecargas. Estas prácticas son formas de auto reconocimiento moral frente a la falta de reconocimiento institucional. A través de estos actos, la enfermería reclama implícitamente ser reconocidas como personas con necesidades emocionales y físicas, no solo como ejecutoras de tareas. El pedido de “pausas activas”, “espacios de descanso” o “acompañamiento psicológico” se traduce en una demanda de reconocimiento afectivo, es decir, del derecho a cuidar(se), se convierten en el punto de partida de nuevas demandas de reconocimiento.

Estas prácticas representan una resistencia moral, donde el reconocimiento mutuo entre pares funciona como una forma de autovaloración frente al menoscenso institucional. En términos de Honneth, estas acciones se inscriben en la esfera del amor, ya que apuntan a sostener la autoconfianza y la integridad emocional mediante vínculos de apoyo y solidaridad.

En el plano simbólico, el compañerismo y la cooperación entre colegas también adquieren aquí un sentido político. Lo que en el capítulo anterior aparecía como apoyo emocional ahora se comprende como una red de contención y reconocimiento mutuo que protege la salud mental y sostiene la identidad profesional:

“El buen relacionamiento, el compañerismo y el trabajo en equipo son lo que nos mantiene; si no nos apoyamos, esto se hace insoportable.” (E N°6)

Desde la perspectiva externa, esta dimensión simbólica también es reconocida. La trabajadora de farmacia (E N°5) destaca la solidaridad y el trabajo cooperativo como rasgos distintivos de la enfermería:

“El médico toma decisiones solo. En cambio, enfermería es más colectiva, más organizada, más solidaria.” (E N°5)

La resistencia simbólica se expresa también en la reivindicación del saber enfermero, la construcción de una identidad profesional autónoma y la denuncia del menoscabo simbólico que ubica a la enfermería en un rol subordinado. A través de discursos, prácticas educativas y acciones de visibilización, el colectivo busca reconfigurar el imaginario social del cuidado.

“Nosotras sostenemos al paciente todo el tiempo, pero eso no se ve.” (E N°6)

Enfermería se concibe con un rol de contención y al mismo tiempo, desde afuera, estructuralmente, se la mantiene en esa postura, con una feminización histórica de la profesión que reproduce estereotipos que desvalorizan el trabajo, asociándose a un rol de cuidado “natural” de las mujeres. El género actúa como un eje estructurante de la inequidad, donde la feminización del cuidado legitima simbólicamente la precarización y mantiene jerarquías históricas en el sistema de salud.

El colectivo de enfermería reafirma el valor ético y social de su tarea, resignificando el trabajo de cuidado como una práctica esencial para la vida.

“A veces sentís que hacés todo y no te ven, pero sabés que si no lo hacés, el sistema no funciona.” (E N°7)

Esta expresión muestra una resistencia simbólica al menoscabo, donde la conciencia del valor moral del cuidado se convierte en una fuente de identidad y autoestima profesional.

En el plano colectivo, la resistencia adopta formas organizadas, canalizadas principalmente a través de la acción sindical, las asociaciones profesionales y las demandas públicas, como paros y comunicaciones colectivas, en pro de los derechos laborales. “... cuando *hay reclamos institucionales*, la queja es *individual en medicina, pero colectiva en enfermería.*” (E N°9). Según Honneth (1997), la acción solidaria “permite a los sujetos experimentar que sus capacidades particulares encuentran una apreciación social generalizada” (p. 128).

Estas resistencias expresan una búsqueda de reconocimiento jurídico, al reclamar derechos y condiciones de trabajo dignas. También constituyen una mediación simbólica, al reafirmar la identidad colectiva frente a la invisibilización estructural.

La figura del sindicato aparece como herramienta de lucha y resistencia. La acción colectiva reconstruye la autoestima social y permite disputar el reconocimiento negado en otras esferas. Al mismo tiempo la demanda de participación en las decisiones institucionales aparece como una forma explícita de resistencia frente a la subordinación histórica del colectivo.

“Se organiza el sistema de salud como si el enfermero fuera un engranaje más, pero sin tener voz sobre cómo funciona ese engranaje.” (E Nº9)

Esta afirmación expresa la contradicción entre la obediencia formal y la búsqueda de autonomía, el reclamo de voz propia constituye una resistencia política, orientada a transformar la estructura jerárquica y reclamar reconocimiento en la esfera del derecho y la solidaridad (Honneth, 1997).

La resistencia política por demanda de participación representa una de las formas más potentes de lucha colectiva en la enfermería uruguaya, al trascender la queja laboral para convertirse en una búsqueda activa de reconocimiento institucional y político. A través de la exigencia de integrar espacios de decisión, en políticas sanitarias, gestión hospitalaria o formación universitaria, el colectivo interpela las jerarquías que históricamente lo relegaron, reclamando ser reconocido como agente moral y epistémico dentro del sistema de salud. Esta resistencia busca ampliar los marcos de justicia y dignidad profesional, redefiniendo como el trabajo es comprendido y posicionado.

Las experiencias analizadas muestran que el personal de enfermería no permanece pasivo, por el contrario, desarrolla estrategias dentro del colectivo, en lo cotidiano, que configuran una resistencia orientada a restablecer el valor del trabajo.

El colectivo enfermero, disputa mejoras en las condiciones materiales, legitimar su saber, su autonomía y su centralidad en el sistema de salud. Así, la resistencia se convierte en una práctica de reconocimiento en acto, una forma de existir dignamente dentro de estructuras y aunque invisibilizan su aporte, no logran anular la potencia colectiva de su trabajo.

Estos testimonios expresan una identidad colectiva basada en la solidaridad y la cooperación, que permite reconstruir la autoestima social frente a la desvalorización institucional. En este sentido, la identidad colectiva de la enfermería funciona como una forma de resistencia simbólica frente al menosprecio estructural. El sindicato y las redes de apoyo entre pares actúan como mediaciones de reconocimiento, capaces de transformar la frustración individual en acción política, recuperando la dignidad profesional desde lo colectivo.

Las distintas formas de resistencia que despliegan las y los trabajadores de enfermería no son solo reacciones negativas o gestos de oposición pasiva ante la desvalorización que viven, no se limitan a resistir para sobrevivir o soportar, sino que también intentan afirmar, crear y transformar, dando un modo propio de dar sentido al trabajo. Estas formas de resistencia, que combinan lo cotidiano, lo simbólico y lo colectivo, constituyen la base sobre la cual se construyen nuevas demandas de reconocimiento.

Entonces esas resistencias, ¿cómo se traducen en demandas? A partir de las mismas, comienzan a configurarse demandas que trascienden la respuesta individual y se expresan en el plano colectivo. El análisis de este apartado articula las resistencias expresadas por el colectivo de enfermería con las percepciones del personal externo a esta, mostrando los distintos niveles en que se expresa la búsqueda de reconocimiento.

“Estás ocho horas sin sentarte, sin comer, y seguís... pero también necesitás un espacio para vos, para respirar.” (E N°4)

“Entre nosotras nos cubrimos, si una está saturada, la otra la alivia. Nadie más lo hace.” (E N°2)

Estas resistencias sostienen la dignidad emocional del trabajo y cuestionan la naturalización del sacrificio como valor profesional. La demanda que emerge es, reconocer la humanidad de quien cuida, otorgar tiempo, escucha y condiciones de bienestar.

“No hay forma de seguir el plan, si no improvisás, el trabajo no se hace.” (E N°4)

Desde fuera del colectivo, el personal administrativo también reconoce esta dimensión emocional como forma de resistencia silenciosa:

“He escuchado a personal de enfermería decir: ‘Qué bueno sería tener una pausa activa. Porque personas que trabajan 12 horas, y a veces con dos o tres guardias seguidas... algo recreativo o que nivele esa carga física y mental puede ayudar a la psique del personal de la salud.’” (E N°3)

El testimonio muestra cómo el desgaste emocional y la falta de descanso son percibidos por otros actores, visibilizando una demanda simbólica de autocuidado y de reconocimiento de quienes cuidan.

Si bien es un sector que cuenta con una identidad colectiva de trayectoria, bastante consolidada, intenta generar mayor unión en los adeptos a los sindicatos existentes, en pro de una mayor resistencia, ante las presiones de las instituciones de la que forman parte y de la sociedad en general. Frente a los reclamos elevados y el cúmulo de no respuestas, se desarrolla en cierta resignación y desinterés y en otros, recomposición para continuar y renovar las luchas. En clave de Honneth (1997), se vincula con la esfera de la solidaridad, porque la acción colectiva

permite reconstruir la autoestima social del grupo y transformar la experiencia de menoscabo en demanda de reconocimiento. Un enfermero con trayectoria sindical, reflexiona sobre las desigualdades históricas de la profesión y la necesidad de representación colectiva.

“Los sindicatos deben ser la voz de los enfermeros en las discusiones políticas que afectan nuestra profesión; sin ellos, sería casi imposible lograr avances significativos en leyes laborales.” (E N°4)

El personal de enfermería y el externo, tienen claro que la posibilidad de ejecutar logros, es a través del sindicato, por medio de la unión y resistencia, con la salvedad de renovar algunos reclamos y medidas a implementar, siendo conscientes en las diversas organizaciones el nivel de fuerza que posee cada figura sindical frente a las instituciones.

La resistencia colectiva se expresa en acciones gremiales, paros, participación en sindicatos, elaboración de cartas colectivas y movilizaciones. A través de estas estrategias, las y los trabajadores transforman el malestar en demandas de derechos, buscando reconocimiento jurídico frente a la desvalorización institucional. Como señala un testimonio:

“Tienen una ley que regula su tarea. Pero igual siguen invisibilizados” (E N°9), mientras que otro refuerza la dimensión colectiva: “Participar en el sindicato es la forma de hacernos oír” (E N°8).

Estas acciones reivindican derechos laborales básicos, salario digno, régimen de descanso, estabilidad contractual, jubilación anticipada e inclusión en espacios de decisión política dentro del sistema de salud. Sin embargo, la contradicción entre reconocimiento legal y práctica real limita la efectividad de estas demandas, mostrando los límites estructurales del reconocimiento jurídico en un sistema jerarquizado. En este contexto, la resistencia colectiva se traduce en una búsqueda de igualdad ante la ley, donde la enfermería reclama ser reconocida como sujeto de derecho, superando la lógica paternalista que históricamente invisibilizó su voz. No obstante, la fragmentación sindical o la falta de logros concretos generan desilusión y desconfianza en la acción colectiva. Desde adentro, el colectivo intenta transformar el malestar en acciones cotidianas, afectivas y gremiales; desde afuera, otros actores perciben estas estrategias como sostenimiento del sistema, aunque no siempre las reconozcan como luchas legítimas.

En esta línea, estas resistencias se traducen en demandas de valoración y estima social, buscando reconocer el aporte moral, técnico y ético de la profesión. Cada demanda refleja una dimensión del daño emocional, jurídico o simbólico y abre un espacio para el cambio. En este sentido, el colectivo disputa el significado mismo del cuidado, desnaturalizando la idea de que es un acto “natural” y femenino, y promoviendo su reconocimiento como competencia

profesional esencial para la vida colectiva. No se trata sólo de derechos o afectos, sino de una reconfiguración simbólica del estatus profesional dentro de la estructura sanitaria.

Entre las demandas más reiteradas se encuentran la necesidad de mayor unión sindical para fortalecer la presión y lograr efectividad en los reclamos. Destaca la exigencia del régimen 4-2, con cuatro días trabajados y dos de descanso, que se mantiene sin respuesta por parte de las instituciones. Asimismo, durante la pandemia, ASSE otorgó días extras de descanso como reconocimiento al esfuerzo del personal, pero la falta de recursos humanos y la extensión de las jornadas hicieron inviable el disfrute efectivo de este beneficio (ASSE, 2022). A estas demandas se suman recursos humanos y materiales, mejor distribución de la carga de trabajo, contratación de personal y colaboración de estudiantes avanzados, así como la profesionalización de auxiliares para equilibrar la proporción con licenciados. También se solicita flexibilidad en las jornadas y compatibilidad en los contratos laborales existentes.

Respecto al salario, reclaman hace tiempo su aumento, una opinión compartida en los discursos, incluso desde la perspectiva externa de colegas de la salud, reconocen que la labor de enfermería debería recibir mejor remuneración, pero las instituciones no generan medidas suficientes al respecto, situación que se convierte en motivo de organización gremial y demanda colectiva, como expresa un testimonio: “Es algo naturalizado decir que enfermería gana poco y por eso tienen dos laburos... pero llega un momento en que decís basta” (E N°2).

Estas condiciones internalizadas como normales reflejan procesos de habitus profesional, donde las desigualdades estructurales se incorporan a la rutina diaria, limitando la crítica y la resistencia colectiva. Por ello, las estrategias de adaptación, las redes de apoyo y los reclamos por condiciones dignas constituyen modalidades de resistencia que disputan el derecho a ser reconocidos, no solo por eficacia técnica, sino también por el valor humano y social del trabajo de cuidado. En esta línea, en pro de exponer esa realidad, la acción gremial se manifiesta con paros y movilizaciones para visibilizar la carga emocional y física del trabajo. Estas acciones incluyen la demanda de declaración de tarea insalubre y jubilación temprana (De León, 2022).

Desde la perspectiva de Honneth (1997), esto refleja un déficit de reconocimiento social, donde la visibilidad moral del cuidado aún no se traduce en reconocimiento material o jurídico. La persistencia de estas resistencias indica un proceso de reapropiación del valor del trabajo y de transformación de la subordinación en demandas morales y políticas.

La articulación entre las demandas internas y externas permite identificar su distribución por esferas de reconocimiento.

En la esfera del amor, se ubican las demandas relacionadas con el bienestar físico y emocional, incluyendo pausas activas, reducción de carga horaria, espacios de descanso y acompañamiento psicológico.

En la esfera jurídica, las demandas buscan mejores salarios, condiciones contractuales justas, régimen de descanso, jubilación anticipada e incorporación en la toma de decisiones. Aquí, la lucha gremial y la acción sindical actúan como mediaciones colectivas que permiten traducir la resistencia en reconocimiento formal y derechos. Sin embargo, los testimonios evidencian que la pertenencia sindical no siempre genera resultados concretos; la fragmentación gremial y las desigualdades jerárquicas dificultan la efectividad de estas demandas.

En la esfera de la solidaridad, las demandas apuntan a la revalorización moral y profesional del cuidado, buscando visibilizar y estimar el saber enfermero dentro del sistema sanitario y la sociedad. Se trata de reconocimiento social y simbólico, donde la identidad profesional y la cooperación entre pares se convierten en formas de resistencia frente a la subordinación histórica.

Las demandas del colectivo enfermero incluyen: bienestar y reconocimiento afectivo (pausas activas, apoyo emocional, acompañamiento psicológico), reconocimiento jurídico (salarios dignos, descanso, jubilación, inclusión en decisiones) y reconocimiento simbólico y social (visibilidad del saber, autonomía profesional, valoración ética y moral del cuidado). Cada una de estas demandas traduce un daño experimentado, y al mismo tiempo abre un espacio para la transformación de la experiencia de menosprecio en acción colectiva y reivindicación.

Estas exigencias, aunque específicas al ámbito laboral, trascienden lo sectorial. Constituyen luchas por dignidad, salud y reconocimiento integral, cuya efectividad depende de la capacidad del colectivo para sostener la presión, construir alianzas estratégicas y disputar espacios de decisión dentro de las instituciones de salud. La resistencia no se limita al reclamo laboral: se trata de una lucha moral por reconocimiento, que articula la dimensión cotidiana, simbólica y colectiva del trabajo enfermero. A través de ella, la vulnerabilidad se transforma en fuerza ética y social, haciendo visible la dimensión humana del cuidado que sostiene la vida.

El análisis muestra que las tres esferas son dinámicas, interdependientes y a veces conflictivas. Las demandas afectivas por bienestar se enfrentan a estructuras laborales que las neutralizan en nombre de la “vocación”, las jurídicas, tropiezan con la precarización y la fragmentación sindical y las sociales de valoración simbólica se contradicen con la persistencia de un imaginario que subordina el cuidado.

Estas demandas reflejan la necesidad de ser reconocidos como sujetos sensibles, no meramente funcionales, y de que el derecho a cuidar(se) sea garantizado. Al mismo tiempo, cuestionan un modelo institucional que naturaliza la entrega y la abnegación como virtudes del rol profesional.

Sin embargo, la materialización de estas demandas enfrenta diversos límites institucionales y organizativos que dificultan su reconocimiento pleno, generando el cuestionamiento sobre ¿cuáles son los obstáculos enfrentados en la búsqueda de reconocimiento?

Las posibilidades de reconocimiento pleno se ven condicionadas por diversos obstáculos que atraviesan tanto el plano organizativo como el simbólico. En relación a la figura sindical, está presente en todos los discursos, hay una fuerte identidad colectiva, representada por algún sindicato o asociación, siempre tomado como figura con rol interviente y mediador, sin embargo en uno de los relatos, se manifiesta como un derecho vulnerado, la falta de libertad de expresión en el sindicato de su institución, por existir diferencias de opinión, resultó en la expulsión de integrantes, esto reproduce menoscabo en la esfera del derecho, siendo contraproducente para esa unión que tanto buscan, limitando una herramienta por la cual pueden trasladar demandas.

En este contexto, los discursos evidencian una tensión profunda entre el potencial solidario del sindicato y las fracturas internas que debilitan su función como espacio de reconocimiento colectivo. Algunos entrevistados manifiestan desencanto por las disputas internas y la burocratización de las decisiones:

“Uno se afilia esperando apoyo y termina viendo discusiones internas” (E N°4).

“A veces el sindicato hace acuerdos que a uno no le sirven, como si negociaran sin consultar. Entonces la gente se desmotiva y deja de participar.” (E N°5)

“Estuve en el sindicato, pero me fui porque veía que no escuchaban a los que estamos en los pisos. Los que están arriba deciden, pero no pisan los servicios.” (E N°7)

Estas percepciones reflejan una crisis de representación que erosiona la confianza y desmotiva la participación a lo que se suma el temor a represalias institucionales que inhibe la acción política, “*piensan que después te marcan o que te pasan factura*” (E N°2).

Incluso desde la mirada externa se reconoce esta fragmentación: “*no es que no tengan razón, es que no hay unidad*” (E N°9).

En consecuencia, estas voces muestran cómo las divisiones internas y el miedo social limitan la posibilidad de transformar el malestar en una fuerza colectiva, afectando la esfera de la

solidaridad que, según Honneth, es base del reconocimiento mutuo y condición para la autoestima profesional compartida. Sin unidad no hay visibilidad ni fuerza simbólica.

El apoyo entre colegas y la defensa de la salud mental actúan como resistencia subjetiva frente al desgaste, la acción sindical y la participación gremial buscan equiparar derechos y visibilizar la desigualdad, la reafirmación del valor simbólico y profesional de la enfermería constituye una demanda social de reconocimiento.

Esta naturalización de la escasez expresa una forma de resignación frente al menoscenso institucional, en tanto las condiciones deficitarias se asumen como parte inherente del trabajo.

No obstante, también se manifiesta una autonomía profesional práctica, sostenida en el saber y la creatividad con que las enfermeras resuelven problemas ante la falta de reconocimiento estructural. Desde una mirada externa, la romantización del logro que implica superar adversidades en condiciones de precariedad refuerza simbólicamente la desvalorización del trabajo, pues convierte en virtud lo que en realidad es una respuesta adaptativa a la falta de recursos. La resignación convive con una resistencia silenciosa, ética y persistente.

Sin embargo, tanto desde adentro como desde fuera del colectivo se reconocen obstáculos persistentes: fragmentación sindical, falta de representación política, sobrecarga laboral y desigualdad en la toma de decisiones.

“Ya elevamos el reclamo mil veces, pero no pasa nada.” (E N°7)

“Aunque se reconozca su importancia, no siempre se traduce en cambios reales; hay una distancia entre el discurso y la práctica.” (E N°6)

A nivel institucional, el bloqueo frente a reclamos evidencia cómo la burocracia puede reproducir relaciones de poder desiguales, donde el trabajador se percibe subordinado no solo jerárquicamente, sino también como sujeto sin capacidad de incidencia en la regulación de sus derechos.

El recorrido por las formas de resistencia evidencia un proceso de desnaturalización progresiva del menoscenso hacia el trabajo de enfermería. A lo largo de este camino, el personal identifica con mayor claridad las múltiples dimensiones de la desvalorización que atraviesan su actividad laboral, logrando nombrarlas, cuestionarlas y traducirlas en demandas concretas y específicas. Este proceso implica un despertar crítico que va más allá del malestar individual, permitiendo que la experiencia de falta de reconocimiento se transforme en un impulso hacia la acción y la reivindicación. Pese a los avances logrados en la toma de conciencia y la visibilización de las problemáticas, aun así, este camino se enfrenta a tensiones que desafían la efectividad de la

resistencia. Por un lado, existe una tensión entre la identidad colectiva y la fragmentación organizativa, pese a un fuerte sentido de pertenencia profesional y a la solidaridad entre colegas, las divisiones sindicales y las diferencias entre instituciones dificultan la consolidación de estrategias unificadas de negociación. Por otro lado, se observa un desfase entre el reconocimiento simbólico y la transformación material, como los aplausos post-pandemia, evidenciaron que la valoración discursiva no se traduce necesariamente en mejoras concretas, ya sea en términos de salarios, estabilidad contractual o dotación de personal, dejando al reconocimiento en un plano meramente retórico. Finalmente, se enfrenta la tensión entre resignación y renovación de la lucha. En el colectivo conviven sentimientos de desaliento, como expresa un relato: “ya elevamos el reclamo mil veces”, con la voluntad de persistir y continuar movilizándose, conscientes de que, sin unidad y constancia, los cambios difícilmente se concretarán.

Las demandas identificadas, que incluyen el régimen 4-2, el aumento salarial, la contención emocional y la profesionalización, trascienden el ámbito de reivindicaciones sectoriales. Estas exigencias constituyen luchas por la dignidad, la salud y el reconocimiento integral del trabajo de cuidado, que sostiene el sistema de salud.

La articulación entre los discursos internos y externos permite comprender que la resistencia de enfermería no se agota en el reclamo laboral, sino que constituye una forma de lucha moral por el reconocimiento. En sus distintas expresiones, cotidiana, simbólica y colectiva, la resistencia actúa como una reafirmación de la dignidad del cuidado, una respuesta al menosprecio estructural y un intento por reconfigurar las relaciones de poder en el campo sanitario. A través de ella, el colectivo de enfermería convierte la vulnerabilidad en fuerza ética y social, haciendo visible la dimensión humana del trabajo que sostiene la vida.

Reflexiones finales

A continuación, se presentan las conclusiones generales y, posteriormente, las recomendaciones. La teoría del reconocimiento de Honneth, el trabajo emocional de Hochschild, la economía moral de Thompson, así como la matriz de De Terssac, permitieron comprender el trabajo del personal de enfermería objeto de estudio desde una perspectiva ampliada, constituyendo, además, un aporte novedoso para el estudio del trabajo de enfermería en Uruguay.

El enfoque cualitativo asumido para indagar en los significados que el personal de enfermería construye sobre su trabajo, sumado al uso de la entrevista semiestructurada, permitió acceder en profundidad a los relatos del colectivo de enfermería e identificar las dimensiones emocionales, éticas y organizativas del trabajo del colectivo de enfermería estudiado.

En lo que respecta al primer objetivo específico, orientado a describir el trabajo de enfermería, cabe concluir que el análisis permitió constatar que el trabajo de enfermería integra múltiples dimensiones que exceden lo puramente técnico o asistencial, que la realización del trabajo implica una fuerte implicación afectiva y moral, que se entrelaza con la organización institucional, las mediaciones mercantiles y políticas del sistema de salud. Las tareas cotidianas revelan una combinación de competencias técnicas, responsabilidad organizativa y compromiso emocional que sostienen el cuidado como práctica social esencial.

Sin embargo, estas dimensiones, permanecen invisibilizadas en los marcos institucionales, que priorizan la eficiencia y la rentabilidad sobre el bienestar de trabajadores y pacientes. En consecuencia, el trabajo de enfermería aparece tensionado entre su valor social incuestionable y la persistente falta de reconocimiento institucional y simbólico.

En relación con el segundo objetivo específico, centrado en la experiencia subjetiva de reconocimiento y menosprecio, los hallazgos permiten concluir que desde la perspectiva del reconocimiento, se evidenció que las experiencias del personal de enfermería están atravesadas por carencias en las tres esferas propuestas por Honneth: amor, derecho y solidaridad. En la esfera del amor, las relaciones de cuidado y apoyo emocional hacia los pacientes generan autoconfianza, pero suelen ser desvalorizadas o naturalizadas como rasgos vocacionales. En la esfera del derecho, se observan desigualdades contractuales, pluriempleo y falta de estabilidad, lo que vulnera el autorrespeto profesional.

Finalmente, en la esfera de la solidaridad, la escasa valoración social del cuidado y del saber profesional, limitan el reconocimiento de la enfermería como profesión autónoma. Esta falta de reconocimiento afecta la autoestima y el sentido del trabajo, generando sentimientos de injusticia y desgaste emocional. Aun así, los relatos muestran un fuerte compromiso ético con el cuidado, que se convierte en fuente de autorrealización y dignidad moral, incluso en contextos adversos. Desde esta vivencia emergen diversas formas de lucha por el reconocimiento, expresadas en prácticas cotidianas de resistencia moral y simbólica. Estas incluyen gestos de cuidado adicionales, apoyo entre colegas, compromiso ético con los pacientes y búsqueda de espacios de formación y mejora profesional. Más que en grandes

acciones gremiales, la resistencia se manifiesta en la reafirmación de la dignidad laboral y en la defensa del valor del cuidado como bien social. La solidaridad entre pares funciona como forma de contención y reconocimiento recíproco frente a la falta de reconocimiento institucional. Estas estrategias cotidianas pueden interpretarse, siguiendo a Honneth, como expresiones morales de lucha por la justicia social en el ámbito laboral, que reafirman la identidad profesional y el sentido ético del trabajo de enfermería.

A través de los aspectos expuestos en este trabajo, y reparando en los capítulos anteriores, vemos como estos trabajadores están transitando un proceso, de desnaturalización de la precariedad en la que se encuentra sumergido su trabajo, el personal de enfermería logra visualizar diversos aspectos que no cuentan con el reconocimiento suficiente (traducido en las tres esferas indicadas anteriormente) y logra tangibilizar en gran medida, los diferentes tipos de menospesios que esto provoca, intentando continuar con la unión por la lucha, para una mejor y mayor manifestación en pro de lograr su lugar correspondiente en el ámbito de la salud y en la sociedad en general.

En cuanto al tercer objetivo específico, relativo a las formas de resistencia y lucha por el reconocimiento, se concluye que en conjunto, los resultados permiten concluir que el sentido del trabajo de enfermería se construye en la tensión permanente entre reconocimiento y menospesio.

En correspondencia al objetivo general, los resultados permiten afirmar que las y los trabajadores elaboran significados que combinan vocación, compromiso ético y responsabilidad social, enfrentando condiciones laborales que frecuentemente los desvalorizan. El trabajo emocional, moral y relacional constituye un componente esencial del cuidado, pero rara vez recibe un reconocimiento proporcional a su importancia. Aun así, el personal de enfermería resignifica cotidianamente su labor, encontrando en el vínculo con los pacientes, en la solidaridad entre colegas y en la conciencia del valor social del cuidado, los fundamentos de su identidad profesional.

Esta investigación evidencia que reconocer el trabajo de enfermería desde una perspectiva ampliada implica ir más allá de la valoración técnica, integrando su dimensión afectiva, moral y política como condición para una justicia laboral y simbólica efectiva. Revalorizar el cuidado como práctica social esencial no sólo significa a quienes lo ejercen, sino que contribuye al fortalecimiento ético y humano del sistema de salud uruguayo.

Es importante mencionar que todos los entrevistados concibieron la instancia de acercamiento como muy positiva, encontrando un espacio para exponer su experiencia, sus demandas y aspiraciones, frente a la academia y a los que nos interese su realidad, una realidad que nos atraviesa a todos como sociedad. Ellos se mantienen “integrados” y al mismo tiempo excluidos. En este sentido, esta investigación se construyó gracias a la voz y la generosidad de quienes, desde el anonimato, compartieron su experiencia cotidiana de cuidado. Entre ellos, uno de los participantes, cuya ausencia hoy nos recuerda la urgencia de que el reconocimiento hacia la enfermería trascienda las palabras y se traduzca en cuidado también hacia quienes cuidan. Este trabajo se ofrece como un gesto de respeto y memoria hacia su compromiso y el de todos los trabajadores y trabajadoras de la salud que sostienen la vida, muchas veces en silencio.

La presente investigación abre múltiples líneas de continuidad para el abordaje de la problemática en el contexto uruguayo, comprendiendo las siguientes recomendaciones:

- (a) La incorporación de otras perspectivas teóricas al diálogo con la teoría del reconocimiento. En particular como los enfoques de género y de salud mental laboral, para enriquecer el abordaje de la problemática y, sobre todo, comprender con mayor profundidad cómo las condiciones institucionales afectan de manera diferenciada a los trabajadores del sector.
- (b) La ampliación del universo de análisis de los sujetos de la investigación, con la inclusión de personal de enfermería de otras regiones del país y de otros niveles formativos, como técnicos y docentes, para indagar en esos contextos territoriales y formativos sobre las experiencias de reconocimiento - menoscropio. En este sentido, puede ser muy relevante, además, la incorporación de diversos actores institucionales tales como jerarcas del MSP, de sindicatos o asociaciones de enfermería, para contrastar percepciones entre los trabajadores y los tomadores de decisiones en ese contexto laboral.
- (c) La realización de estudios comparativos y otros donde se utilice la triangulación metodológica, para fortalecer la contrastación de los resultados y verificar su consistencia desde distintos enfoques o fuentes, lo que daría mayor validez interna y externa a las conclusiones; identificar patrones comunes y especificidades locales en las relaciones de reconocimiento/ menoscropio del colectivo objeto de estudio; y para fortalecer el análisis del reconocimiento como un fenómeno multidimensional.

Referencias bibliográficas

- ACI Américas. (s.f.). *Documento sobre cooperativismo y cuidados.* <https://www.aciamericas.coop/IMG/pdf/mpodcaminsky.pdf>
- Alilu, L., Zamanzadeh, V., Valizadeh, L., Habibzadeh, H., & Gillespie, M. (2017). Estudio utilizando la Teoría Fundamentada sobre la intención de las enfermeras de abandonar su profesión. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*.
- Alonso, L. E. (1999). Sujeto y discurso: El lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa. En J. M. Delgado & J. Gutiérrez (Coords.), *Métodos y técnicas cualitativas de investigación social*. Síntesis.
- Asociación de Nurses. (s.f.). Declaraciones sobre contratación de personal de enfermería. *la diaria*. <https://ladiaria.com.uy>
- Balzano, S. (2012). Visibilidad e invisibilidad de los cuidados en enfermería en una colonia neuropsiquiátrica argentina: Una mirada etnográfica. *Cuadernos de Antropología Social*, (35), 99–120. <https://doi.org/10.34096/cas.i35.1364>
- Bejerez, N., Machado, D., Marandio, F., Morales, G., & Soto, V. (2012). *Nivel de satisfacción de los usuarios internados en el Hospital de Clínicas con la atención de enfermería*. Tesis de grado, Facultad de Enfermería, Universidad de la República.
- Boltanski, L., & Chiapello, E. (2002). *El nuevo espíritu del capitalismo*. Akal.
- Cáceres, L., et al. (2000). *La entrevista en Trabajo Social* (pp. 39–61). Espacio Editorial.
- Carrasco, A. (Coord.). (2011). *El cuidado humano: Reflexiones (inter)disciplinarias*. Universidad de la República. <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/9624>
- Carrasco, S. (2016). *Historia de la enfermería en Uruguay*. Trilce.
- Ciberindex. (s.f.). Artículo sobre enfermería. <https://ciberindex.com/index.php/t/article/view/e13143>
- De la Garza, E. (2007). La evolución reciente de los significados del trabajo en los enfoques contemporáneos. *Trabajo*, 3(4), 37–51.
- De León, R. (2022). *Empresas y Derecho: La enfermería como trabajo insalubre*. El Telégrafo. <https://eltelegrafo.com>
- Diagnostics News. (s.f.). Abusan de nuestra vocación: Sindicato de enfermería reclama mejorar la atención y los cuidados. <https://www.diagnosticsnews.com/asociaciones-y-organismos/38215-abusan-de->

nuestra-vocacion-sindicato-de-enfermeria-reclama-mejorar-la-atencion-y-cuidados-de-los-pacientes

- Educaweb. (s.f.). *Profesión: Enfermero/a.*
<https://www.educaweb.com/profesion/enfermero-910/>
- El Observador. (2022). Médicos expresan dificultades ante aumento de casos de COVID-19.
<https://www.elobservador.com.uy/nota/medicos-expresan-que-no-se-esta-pudiendo-dar-respuesta-adecuada-ante-aumento-de-casos-de-covid-19-2022113155952>
- Guerra Arrau, G., & Stecher, A. (2020). *Reconocimiento en el trabajo: aproximaciones desde la psicología social crítica*. Santiago de Chile: Universidad de Chile.
- Gobierno del Uruguay – MSP. (s.f.). *Sistematización de la respuesta a COVID-19 en Uruguay*. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/.../Resumen%20-Sistematización-COVID-19.pdf>
- Goffman, E. (1992). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Amorrortu.
- Heller, A. (1972). *Historia y vida cotidiana*. Grijalbo.
- Hochschild, A. R. (1983/2012). *The managed heart: Commercialization of human feeling*. University of California Press.
- Honneth, A. (1992). Integridad y desprecio. *Isegoría*, (5), 78–92.
- Honneth, A. (2006). El reconocimiento como ideología. *Isegoría*, (35), 129–150.
- Honneth, A. (2008). Trabajo y reconocimiento: Intento de redefinición. *Revista de Ciencias Sociales*, 8(1), 46–67.
- Infosalus – SATSE. (2022). El sindicato de enfermería reclama reconocimiento del COVID-19 como enfermedad profesional.
<https://www.infosalus.com/.../20220525114548.html>
- Irigaray, L. (s.f.). *Documento académico*.
<https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/6328/1/Irigaray%2C Luciana.pdf>
- La Mañana. (s.f.). Alejandro Pradée: “Los enfermeros hemos vivido años de dictadura sindical”. <https://www.lamañana.uy>
- Levi-Strauss, C. (2003). *Lo crudo y lo cocido: Teoría, símbolo, texto*. Revista de Folklore, 23(266).
- Martínez Íñigo, D. (2001). Evolución del concepto de trabajo emocional: Dimensiones, antecedentes y consecuencias. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 17(2), 131–153.

- Metas de Enfermería. (2016). La relación terapéutica con la familia del paciente crítico. <https://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80882>
- Organización Panamericana de la Salud. (2011). *Regulación de la enfermería en América Latina* (Serie 56). OPS. <https://www.paho.org>
- Ortega, J. (2019). Trabajos de(s)cuidados: Reformas neoliberales y precarización. *Athenea Digital*, 19(3), e2333. <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.2333>
- Paho.org. (2022). *Día Internacional de las Enfermeras y Enfermeros – Campaña*. <https://www.paho.org>
- Papers (RACO). Verd, J. M., & Massó, M. (s.f.). Artículo académico. <https://www.raco.cat/.../60137/70292>
- PDF: <https://psico.edu.uy/sites/default/files/2017-07/El-Cuidado-Humano.pdf>
- Quiñones, M. (2025). *El trabajo como lugar de injusticia y dominación: Honneth y los estudios del trabajo*. Artículo en revisión.
- Quiñones, M., & Van Rompaey, E. (2013). Las dimensiones descuidadas del trabajo. En *El Uruguay desde la Sociología XI*. FCS, Udelar.
- Radio 36. (2016). Entrevista a enfermeros. <https://www.radio36.com.uy/entrevistas/2016/04/19/enfermeros.html>
- Redalyc. (s.f.). Artículo académico sobre enfermería. <https://www.redalyc.org/pdf/447/44713058010.pdf>
- Revuelta, B., & Hernández, R. (2019). La teoría de Axel Honneth sobre justicia social y reconocimiento. *Actas académicas*.
- Sánchez Puñales, S. (2002). *Historia de la enfermería en Uruguay*. Trilce. SciELO Chile. (2015). Artículo sobre enfermería. http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532015000200002
- SciELO España. (s.f.). *Metas Enferm.* <https://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v57n224/original3.pdf>
- Star, S. L., & Strauss, A. (1999). Layers of silence, arenas of voice: The ecology of visible and invisible work.
- Strauss, A., & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa*. Universidad de Antioquia.
- Supervielle, M. (2016). Una aproximación sociológica a la gestión de recursos humanos: Lucha por el reconocimiento. *Revista de Ciencias Sociales*, 29(38), 13–36.

- Supervielle, M., & Rojido, E. (2007). Matriz conceptual para analizar el trabajo. En B. Reygadas & P. De la Garza (Comps.), *El mundo del trabajo en América Latina*. CLACSO.
- Télam. (2022). Paro de enfermeros por reclamo salarial. <https://www.telam.com.ar/notas/202204/590607-paro-enfermeros-reclamo-salario.html>
- Terssac, G. (2005). Trabajo y sociología en Francia: ¿Hacia una sociología de las actividades profesionales? *Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo*.
- Thompson, E. P. (1971). *The Moral Economy of the English Crowd in the Eighteenth Century*. Past & Present, 50, 76–136.
- Thompson, E. P. (1995). *La economía moral de la multitud en la Inglaterra del siglo XVIII*. En *Costumbres en común* (pp. 259–364). Barcelona: Crítica.

Anexos

Anexo 1: Tabla 4: Códigos de reconocimiento afectivo, legal y social en enfermería²

Esfera	Código	Descripción	Código	Descripción	Código	Descripción
Amor	Buen relacionamiento	Vínculos positivos entre colegas, jerarquía o pacientes.	Cansancio	Desgaste físico y emocional generado por la tarea.	Carga emocional	Emociones derivadas del cuidado y su impacto.
	Compañerismo	Colaboración y apoyo entre compañeros.	Comunicación	Necesidad o presencia de diálogo entre roles.	Situaciones extremas	Afrontar muerte, riesgo vital o contagio.
	Cuerpo vulnerado	Afectación física por protocolos o condiciones laborales.	Cuidado humano	Atención integral, física y emocional, al paciente y entorno.	Descanso	Necesidad básica para un desempeño adecuado.
	Estrés	Acumulación de experiencias negativas y exigentes.	Gratificación	Gestos o reconocimientos valorados positivamente.	Inseguridad	Sensación de inestabilidad ante el riesgo o la tarea.
	Logro	Cumplir objetivos con recursos escasos.	Problemas de salud	Deterioro físico o mental por la labor.	Suicidio o intento	Casos o experiencias de autoeliminación.
	Trabajo en equipo	Cooperación y apoyo mutuo que sostienen la autoconfianza.	Violencia física o emocional	Agresiones sufridas durante el ejercicio laboral.	Vulnerabilidad	Exposición a riesgos o situaciones desventajosas.
Derecho	Adhesión sindical	Asociación o intervención sindical para defender derechos.	Capacitación	Formación adquirida o solicitada por el trabajador.	Carga horaria	Jornadas extensas, de 12 h o más.
	Carga laboral	Sobrecarga derivada de la propia tarea.	Carrera funcional	Possibilidad de ascenso o movilidad laboral.	Cuestión de género	Desventajas y derechos vulnerados por ser mujer.
	Demandas manifestadas	Reclamos por mejores condiciones o reconocimiento.	Derechos vulnerados	Limitación o negación de derechos laborales.	Desorganización	Falta de planificación y gestión en la tarea.
	Falta de respuesta	Demandas sin resolución institucional o social.	Figura contractual	Diversidad o coexistencia de contratos laborales.	Flexibilidad contractual	Precarización derivada de vínculos inestables.
	Jerarquía	Responsabilidades y lineamientos formales e informales.	Multiempleo	Vínculo con más de una institución a la vez.	Normas institucionales	Estrategias que condicionan el cuidado humano.
	Organización de la tarea	Resolución constante de situaciones diversas.	Reclamos existentes	Disconformidades naturalizadas o no expresadas.	Recursos limitados	Insuficiencia de medios para un cuidado adecuado.
	Saber profesional	Conocimiento técnico con diverso grado de valoración.	Salario	Retribución considerada insuficiente frente a la tarea.	Trayectoria laboral	Experiencia prolongada, a veces en una misma institución.
Solidaridad	Capacidades individuales	Potencial exigido y valorado en el cumplimiento de metas.	Cuestiones naturalizadas	Situaciones vulnerantes asumidas con resignación.	Desvalorización	Menosprecio externo hacia la tarea de enfermería.
	Identidad colectiva	Reconocimiento del grupo profesional con valor social.	Presión social	Exigencias de la sociedad hacia el personal de salud.	Reconocimiento	Valoración positiva hacia la tarea.
	Responsabilidad depositada	Carga moral o institucional sobre el trabajador.	Valor agregado	Apoteosis extra que el trabajador brinda en el cuidado.	Vocación	Compromiso moral y romanticización del rol de cuidado.

Nota. Elaboración propia a partir de entrevistas realizadas en el trabajo de campo

² Códigos generados en ATLAS.ti a partir de las entrevistas con personal de enfermería, organizados según la esfera de reconocimiento correspondiente de Honneth (1996). Cada código refleja un tema recurrente identificado, evidenciando cómo se expresa el reconocimiento o el menosprecio en la práctica profesional. Algunos códigos presentan cierta flexibilidad y podrían relacionarse con más de una dimensión.