

Revista Internacional y Comparada de

**RELACIONES
LABORALES Y
DERECHO
DEL EMPLEO**

Escuela Internacional de Alta Formación en Relaciones Laborales y de Trabajo de ADAPT

Comité de Gestión Editorial

Alfredo Sánchez-Castañeda (*México*)

Michele Tiraboschi (*Italia*)

Directores Científicos

Mark S. Anner (*Estados Unidos*), Pablo Arellano Ortiz (*Chile*), Lance Compa (*Estados Unidos*), Jesús Cruz Villalón (*España*), Luis Enrique De la Villa Gil (*España*), Jordi Garcia Viña (*España*), Adrián Goldin (*Argentina*), Julio Armando Grisolia (*Argentina*), Óscar Hernández (*Venezuela*), María Patricia Kurczyn Villalobos (*México*), Lourdes Mella Méndez (*España*), Antonio Ojeda Avilés (*España*), Barbara Palli (*Francia*), Juan Raso Delgue (*Uruguay*), Carlos Reynoso Castillo (*México*), Raúl G. Saco Barrios (*Perú*), Alfredo Sánchez-Castañeda (*México*), Malcolm Sargeant (*Reino Unido*), Michele Tiraboschi (*Italia*), Anil Verma (*Canada*), Marcin Wujczyk (*Polonia*)

12

Comité Evaluador

Henar Alvarez Cuesta (*España*), Fernando Ballester Laguna (*España*), Francisco J. Barba (*España*), Ricardo Barona Betancourt (*Colombia*), Esther Carrizosa Prieto (*España*), M^a José Cervilla Garzón (*España*), Juan Escribano Gutiérrez (*España*), Rodrigo Garcia Schwarz (*Brasil*), José Luis Gil y Gil (*España*), Sandra Goldflus (*Uruguay*), Djamil Tony Kahale Carrillo (*España*), Gabriela Mendizábal Bermúdez (*México*), David Montoya Medina (*España*), María Ascensión Morales (*México*), Juan Manuel Moreno Díaz (*España*), Pilar Núñez-Cortés Contreras (*España*), Eleonora G. Peliza (*Argentina*), Salvador Perán Quesada (*España*), María Salas Porras (*España*), José Sánchez Pérez (*España*), Alma Elena Rueda (*México*), Esperanza Macarena Sierra Benítez (*España*)

Comité de Redacción

Omar Ernesto Castro Güiza (*Colombia*), Maria Alejandra Chacon Ospina (*Colombia*), Silvia Fernández Martínez (*España*), Paulina Galicia (*México*), Noemi Monroy (*México*), Juan Pablo Mugnolo (*Argentina*), Lavinia Serrani (*Italia*), Carmen Solís Prieto (*España*), Marcela Vigna (*Uruguay*)

Redactor Responsable de la Revisión final de la Revista

Alfredo Sánchez-Castañeda (*México*)

Redactor Responsable de la Gestión Digital

Tomaso Tiraboschi (*ADAPT Technologies*)

Convenio sobre el personal de enfermería 1977 (núm. 149)

María Cristina POLO SÁNCHEZ*

RESUMEN: El Convenio OIT n. 149, pese a ser una norma de mínimos, plantea como objetivo principal la mejora de las condiciones laborales del personal de enfermería, integrado mayoritariamente por mujeres. La progresiva pérdida de calidad de vida laboral, ya detectada en los años 70, llevó a la OIT a elaborar una norma específica que apostara por la toma en consideración de los auténticos problemas que identifican de modo específico el ejercicio de esta profesión. Sin embargo, son muchos los estados que han decidido no ratificar el Convenio, movidos, más que por su propio contenido, por las reglas de interpretación y aplicación contenidas en la Recomendación n. 157, que no vincula a los estados pero que actúa a modo de orientación sobre cómo deberían éstos comportarse respecto a la regulación de las condiciones profesionales de este colectivo de trabajadores. Las consecuencias de la pérdida progresiva de protección en la forma de realizar su actividad están derivando hacia extremos preocupantes, sobre todo en países de África o América Latina: no es tanto la vulneración de derechos económicos o sociales o la falta de una cobertura para el futuro, sino cuestiones actuales que pasan por una insuficiente protección frente a riesgos a los que de manera cotidiana quedan expuestos en el ejercicio de sus funciones. Tal realidad está generando un problema a todas luces no deseado, como es el abandono de la profesión y la búsqueda de otras expectativas laborales de carácter alternativo pero que, al menos, aseguren unas mínimas reglas de seguridad en su trabajo.

Palabras clave: Personal de enfermería, condiciones de trabajo, ratificación de convenios, empleo, escasez de personal.

SUMARIO: 1. Introducción. 2. La responsabilidad estatal en la definición y mejora del desarrollo profesional del colectivo de enfermería. 3. Sujetos protegidos. 4. Estrategias y planificación profesionales. 5. Condiciones laborales. 6. Compromisos estatales tras la ratificación. 7. Razones para una ausencia de ratificación del Convenio. 8. Bibliografía.

* Profesora Titular de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Universidad de Salamanca.

Nursing Personnel Convention 1977 (No. 149)

ABSTRACT: ILO Convention No. 149, despite being a minimum standard, seeks as its main objective the improvement of working conditions for nursing personnel, made up mostly of women. The progressive loss of quality of working life, already detected in the 1970s, led the ILO to develop a specific standard that would bet on taking into account the real problems that specifically identify the exercise of this job. However, many states have decided not to ratify the Convention, due, rather than its own content, to the rules of interpretation and application contained in the Recommendation No. 157, which does not bind states but implies guidance on how they should act in regulating the professional conditions of this group of workers. The consequences of this progressive loss of protection in the way it operates is leading to dangerous extremes, especially in African or Latin American countries: it's not so much the loss of economic or social rights or the lack of coverage for the future, but issues that are identified with insufficient protection against risks to which, on a daily basis, they are exposed in the exercise of their duties. This is creating a really unwanted problem, such as quitting work, finding other alternative job expectations, but which at least ensure minimum levels of safety in their work.

Key Words: Nursing professional, working conditions, agreements, employment, staff shortage.

1. Introducción

Elaborado como convenio sectorial en el ámbito sanitario, el Convenio OIT n. 149, aprobado en 1977 y en vigor desde el 11 de julio de 1979¹, sitúa como foco central de su interés al personal de enfermería que, en colaboración con el resto del staff sanitario, cumple el trascendental cometido de garantizar y procurar el derecho a la asistencia sanitaria de los ciudadanos.

El Convenio mantiene, en esencia, dos preocupaciones a lo largo de su contenido textual: en primer término, la necesaria colaboración que, en diferentes niveles de categorización profesional, debe articularse entre todos los responsables de ejecutar acciones y adoptar decisiones en el terreno de la salud, pero también, y en un segundo plano, pretende poner de relieve la auténtica situación laboral de los y las profesionales de la enfermería (predominantemente mujeres), cuyas condiciones de empleo y de trabajo pueden en ocasiones incluso rozar los límites del trabajo decente, en un doble plano consecencial, pues no es solo que en algunos países se vulneren sus más elementales derechos, sino que tal circunstancia vendría indisolublemente unida al abandono y pérdida de calidad asistencial del sistema sanitario del país de que se trate.

Nos vamos a detener, en modo preferente, en el estado español, cuyo modelo sanitario lleva años de evolución y desarrollo, con altos niveles de calidad, es cierto, en cuanto a prestaciones asistenciales, utilización habitual de técnicas punteras que sitúan a España como uno de los países más avanzados en aspectos como transplantes, tratamientos innovadores aplicados en un número reducido de países de forma selectiva, introducción de tecnologías colaborativas en materia de robótica, amplio catálogo de prestaciones sanitarias, gratuidad asistencial prácticamente universal, etc. Sin embargo, tales avances se ven acompañados de otras falencias que denotan una ausencia de las imprescindibles reformas en cuanto a la mejora del desempeño habitual de sus funciones por parte del personal de enfermería.

España no ha ratificado este Convenio, no por razones políticas, es obvio, pues ese mismo año 1977, testigo directo del proceso de transición democrática en nuestro país, se produjo la ratificación de dos Convenios sustanciales en materia de libertad sindical y de negociación colectiva

¹ Su entrada en vigor se produjo dos meses después de la fecha en la que el segundo estado que lo ratificara registrara tal actuación ante el Director General de la OIT (art. 10.2). Para el resto de estados, la entrada en vigor se habrá ido produciendo de modo sucesivo a los doce meses del registro de su ratificación.

como fueron el 87 (1948) y el 98 (1949)², en una fase de evolución hacia un estado social y democrático de derecho. Otras habrían de ser, por tanto, las causas de esta inactividad por parte de las autoridades estatales en incorporar el contenido del Convenio al ordenamiento interno, y no sería suficiente excusa alegar que buena parte de su articulado ha quedado ya incorporado por vía indirecta a través de la actuación legislativa ordinaria, puesto que la mejor forma de demostrar que efectivamente tal empeño ha sido cumplido sería la ratificación directa de dicho instrumento internacional. A ello hay que añadir la continuada tendencia mantenida por España, que actualmente se sitúa en el primer lugar del ranking en cuanto al cumplimiento de sus obligaciones de ratificación (a fecha actual, 190 Convenios ratificados) y que, no obstante, ha optado por dejar al margen este Convenio.

No es un hecho aislado, sin embargo, que España se haya abstenido en este punto, pues dentro de la Unión Europea catorce estados miembros han efectuado la misma opción³, cada uno con su divergente modelo sanitario y, por ello, con sus motivaciones particularizadas, lo que hace aún más necesario ahondar en el contenido del Convenio, sus objetivos y sus pretensiones, para tratar de desentrañar las razones por las que, en apariencia, un Convenio que sin duda está llamado a mejorar la posición laboral de estos trabajadores, permanezca en un segundo plano sin expectativas de alcanzar el lugar que merece. Se ha destacado así la relativa facilidad para los estados en ratificar este Convenio, por cuanto su papel primordial es el de complementar las normas laborales nacionales reguladoras de las disposiciones generales de empleo y trabajo dirigidas a todos los trabajadores⁴, y esta labor no tendría que ser excesivamente onerosa, en términos de política legislativa y financiera, en buena parte de los estados con un nivel de desarrollo sanitario medio-alto.

2. La responsabilidad estatal en la definición y mejora del desarrollo profesional del colectivo de enfermería

Podríamos identificar a este instrumento internacional como un Convenio de mínimos, puesto que sus escasos dieciséis artículos permiten a los

² Ratificados por España el 13 de abril de 1977.

³ A fecha de hoy, no lo han ratificado países como Alemania, Austria, Países Bajos o Reino Unido, por diferentes razones, desde luego no vinculadas a la existencia de sistemas sanitarios primarios o en desarrollo.

⁴ *Cfr.* el Informe que en 2007 publicó la OIT sobre el estado de aplicación del Convenio: [*Convenio núm. 149 sobre el personal de enfermería. Reconocer su aporte. Considerar sus necesidades.*](#)

estados configurar un conjunto de medidas laborales más o menos amplias en función del grado de desarrollo de cada modelo sanitario⁵. Desde luego, y sin entrar en diferencias entre la medicina pública y la asistencia sanitaria de carácter privado, el Convenio atribuye al sector público el papel de empleador y, por ello, el de responsable en la mejora en las condiciones de vida y trabajo de estos trabajadores. Problemas ya antiguos como falta de personal suficiente o atribución inadecuada de competencias, no resueltos aún hoy en día prácticamente en ningún país, estarían detrás de la frecuente ineficiencia de los sistemas sanitarios que, con un volumen de gasto elevado, no son capaces de garantizar un nivel de calidad sanitaria adecuado para la población. Y la OIT es consciente de que los trabajadores de este sector disponen de mecanismos a su alcance que, en teoría, serían apropiados para defender sus derechos en materia de libertad sindical y negociación colectiva, pero también en el ámbito de las condiciones de trabajo, como la duración de la jornada, derecho a vacaciones, poder disponer de licencias para cursar estudios de formación y perfeccionamiento, atención a la maternidad, servicios sociales y, sobre todo, dos de los derechos donde con mayor evidencia es posible hallar una discordancia entre la realidad y la regulación jurídica, como serían la Seguridad Social y la protección frente a eventuales riesgos en su trabajo. Se hace imprescindible, por consiguiente, que los estados conozcan en profundidad las normas internacionales genéricas sobre protección de las condiciones laborales de los trabajadores, para combinarlas a su vez con lo dispuesto en este Convenio, de modo que se asegure una auténtica cobertura de este colectivo con especiales características laborales, evitando así discriminaciones y una protección disminuida.

Es relevante, en este punto, la colaboración directa a la hora de elaborar este Convenio entre OIT y Organización Mundial de la Salud (OMS). Ambas instituciones han unido sus esfuerzos para determinar los aspectos concretos a incluir, las materias sobre las que se hace necesario influir con una mayor dedicación y las metas concretas a alcanzar⁶.

⁵ Será la Recomendación núm. 157, adoptada el 21 de junio de 1977, la que de manera más amplia proceda a concretar las líneas básicas del Convenio.

⁶ Fruto de esta colaboración, han cristalizado iniciativas como la aprobación de [Directrices Marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud](#) (2002); [Directrices sobre el diálogo social en los servicios públicos de urgencia en un medio en constante evolución](#) (2003); [Directrices de políticas conjuntas de la OMS/OIT/ONUSIDA para mejorar el acceso de los trabajadores de la salud a los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo en relación con el VIH y la tuberculosis](#) (2010) o, más recientemente, [Directrices sobre el trabajo decente en los servicios públicos de urgencia](#) (2018).

3. Sujetos protegidos

Ciertamente, estamos acostumbrados a que, en su afán de conseguir una regulación amplia y sin exclusiones, las normas internacionales sean demasiado escuetas en sus definiciones y en el modo de establecer su ámbito subjetivo de aplicación. Así sucede con este Convenio en cuanto a la determinación de quiénes han de ser sus destinatarios y, por tanto, beneficiarios. De este modo, dentro de la expresión “personal de enfermería” que recoge el art. 1, se incluyen todas las categorías de personal que prestan asistencia y servicios de enfermería, que es prácticamente no decir nada nuevo, y ello por dos motivos: ante todo, porque no contiene una separación suficiente entre lo que serían las tareas principales de enfermería y las labores auxiliares, lo que en algunos países, como sucede en España, aparece claramente deslindado, con un reparto inequívoco de competencias y, por supuesto, con unos conocimientos adquiridos en distintos niveles educativos (universitario en la titulación de Enfermería y Formación Profesional en el caso del trabajo auxiliar). Pero, y en segundo lugar, el ámbito subjetivo de aplicación del Convenio incurre en una reiteración que, desde luego, no aporta nada en cuanto a la intención clarificadora que cualquier norma, internacional o interna, ha de proporcionar, cual es la evitación de introducir en una definición los mismos términos que el objeto a definir. Y esto es lo que ocurre en este supuesto: personal de enfermería es el que presta servicios de enfermería, sin añadir ninguna otra matización y presentando, con ello, un contenido del Convenio excesivamente empobrecedor.

En esta misma línea, y habida cuenta de que la ubicación funcional y geográfica en la que este tipo de actividades se desarrollan puede ser muy diversificada (hospitales públicos estatales o de ámbito competencial más reducido, clínicas privadas, localización en zonas urbanas o rurales, con más o menos disponibilidad de medios etc.), este Convenio, en su parquedad de términos lingüísticos, se declara aplicable a todo el personal de enfermería, sea cual sea el lugar en el que ejerzan sus funciones. Al menos, y como aspecto positivo, no se plantea ningún tipo de exclusión atendiendo a eventuales criterios diferenciales, sino que pretende incluir a todos los profesionales de este sector, siendo consciente, obviamente, de que las condiciones sociolaborales no serán idénticas para todos ellos.

Es más, a sabiendas de que en este tipo de tareas, y a lo largo de las diferentes etapas históricas así ha podido comprobarse, es habitual la participación de personas que, de forma habitual, se muestran dispuestas a colaborar con su ayuda, estén o no provistas de alguna titulación oficial

que les avale, el Convenio hace alusión expresa a quienes prestan asistencia y servicios de enfermería a título benévolo, esto es, sin recibir una remuneración a cambio, en cuyo caso, la existencia de relación laboral debería, en principio, quedar descartada. El Convenio otorga más importancia al hecho de la colaboración que al de la posesión o no de certificados académicos solventes, puesto que incluye también dentro del colectivo a quienes desinteresadamente ofrecen su ayuda con unos básicos conocimientos en la materia. Otra interpretación no sería posible, puesto que exigir de manera estricta previa titulación para realizar su actividad en condiciones de gratuidad equivaldría a una práctica irregular en la que se estaría negando la relación de trabajo con un empleador.

Para no dejar desprotegidas a estas personas y garantizar el mismo trato en cuanto a condiciones laborales que el personal de enfermería *strictu sensu*, los responsables estatales podrán efectuar consultas con las organizaciones de empleadores y de trabajadores implicados a fin de adoptar ciertas disposiciones específicas que permitan a los voluntarios desempeñar adecuadamente sus tareas, consistentes en la recepción de una formación adecuada (quizá no en el mismo nivel que el auténtico personal de enfermería, porque el Convenio solo alude a «formación apropiada al ejercicio de sus funciones» que, entendemos, no alcanzarán el mismo grado de responsabilidad que el personal titulado) y, por supuesto, disfrutar de medidas adecuadas en materia de higiene y seguridad del trabajo (en terminología más actual dentro de la legislación española, seguridad y salud laboral).

Ni que decir tiene que cada estado dispone de total libertad para realizar esas consultas y para adoptar finalmente disposiciones dirigidas de forma expresa a quienes colaboren con carácter voluntario. Incluso ante una inacción legislativa estatal, podría acordarse la aplicación automática de los mismos beneficios (salvo salario y consolidación en términos de puesto de trabajo) dirigidos a estas personas.

4. Estrategias y planificación profesionales

Como obligación directa que el Convenio impone a los estados que hayan procedido a su ratificación, estos necesariamente deberán adoptar una política de servicios y de personal de enfermería en tanto que requisito mínimo inexcusable para su aplicación. Si además ese estado dispone de un modelo sanitario avanzado, tal política deberá inscribirse en una esfera más amplia dentro de una programación general de servicios de salud, en función asimismo de cuáles sean los recursos disponibles en el ámbito

sanitario. Ambas actuaciones quedarían orientadas no solo a un reforzamiento de la situación profesional de este colectivo sino que, simultáneamente, tratarían de redundar en el aumento de la calidad sanitaria y en el catálogo de prestaciones de las que terminaría beneficiándose toda la población.

Esa política de personal a que los estados quedan obligados actuaría en dos frentes complementarios: a la obtención de la pertinente formación y educación adaptadas al ejercicio de sus funciones, a cuya garantía quedaría comprometido el propio estado ratificante, se uniría la exigencia de unas condiciones de empleo y de trabajo dignas, con expectativas de promoción profesional, remuneración adecuada a sus tareas y que fueran lo suficientemente atractivas como para que parte de la población orientara su trayectoria laboral hacia este tipo de actividades, consiguiendo algo que actualmente se valora en las empresas con carácter prioritario, como es la retención del talento.

A fin de que las políticas adoptadas logren los fines propuestos, es indispensable (aparece expresado en términos imperativos: «deberá formularse») que el estado proceda a consultar su parecer a las organizaciones de empleadores y de trabajadores interesados que, como es sabido en estos casos, podrían ser finalmente tenidas en cuenta o no pero cuyo trámite no es posible eludir. De igual forma, tales organizaciones deberán expresar su parecer en lo referente a otras cuestiones conexas, relacionadas con la salud, y sobre la coordinación que ha de llevarse a cabo con otras categorías de personal dentro de los servicios de salud, no solo con el personal médico, del que dependen, sino con los niveles inferiores de auxiliares, con quienes las competencias respectivas deben quedar perfectamente delimitadas.

Precisamente, y en este ámbito específico, el Convenio permite a los estados legislar internamente para fijar los requisitos básicos de la formación e instrucción que habrán de adquirir los futuros profesionales de la enfermería en establecimientos de enseñanza que formen parte del sistema de educación general, como apunta la Recomendación 157, así como sobre el control y la supervisión de dicha formación, que en todo momento deberá tomar como punto de referencia también la obtenida por otros trabajadores en el marco sanitario (art. 3 del Convenio).

La formación y capacitación del personal pasan a convertirse así en la “piedra angular” de una mejor calidad de trabajo y de la prestación de servicios en este sector⁷. La instrucción e información en materia de

⁷ *Directrices sobre el diálogo social en los servicios públicos de urgencia en un medio en constante evolución*, cit.

enfermería deberá incluir una formación integral de ambos planos teórico y práctico, quedando ésta última adscrita a los servicios preventivos, curativos y de readaptación, y siempre con la supervisión de personal de enfermería cualificado. Frente a la falta de mención expresa por parte del Convenio, la Recomendación se explora en lo que sería la estructura formativa que debiera configurarse en cada estado: una formación básica, con un nivel avanzado que diera cabida a la ejecución de actividades complejas, siendo exigible el requisito de encontrarse en condiciones de ingresar en la Universidad, y un nivel básico menos avanzado, dirigido a la preparación del personal auxiliar, con tareas menos complejas en cuanto a dificultad técnica pero con igualdad aptitud para el desempeño de relaciones humanas, para lo que simplemente se exigirían estudios secundarios.

A partir de tales premisas, el personal profesional estaría en condiciones de asumir funciones de gran complejidad y responsabilidad; el personal auxiliar realizaría funciones menos complejas, requiriendo en ciertas actuaciones la supervisión del enfermero profesional y, por último, los ayudantes, con menor nivel de formación, desempeñarían funciones sencillas bajo la vigilancia de cualquiera de los dos profesionales anteriores.

Con la idea de evitar la pérdida progresiva de competencias por el transcurso del tiempo, la Recomendación prevé igualmente la obtención de una formación de tracto continuado, que podría prestarse en el propio lugar de trabajo pero también externamente, y que iría dirigida a la actualización de conocimientos y al perfeccionamiento profesional, sin olvidar, es claro, las posibilidades de mejora y promoción hacia puestos de mayor envergadura.

Igualmente, la legislación interna de cada estado establecerá cuáles son los requisitos necesarios para el ejercicio de la profesión y para imponer los criterios que habilitan solo a aquellas personas que demuestran su cumplimiento.

A este respecto, la legislación de cada estado debería precisar las condiciones que, respectivamente, han de acreditar tanto el personal profesional como el auxiliar para poder ejercer su profesión. Si, dado el caso, la posesión de un título no habilitara automáticamente para ello, una de las soluciones que aporta la Recomendación sería la de crear un organismo con competencias específicas que se encargara de conceder las autorizaciones pertinentes para ejercer este trabajo. Es imprescindible para la OIT que el personal de enfermería esté cualificado para el desempeño de sus funciones, por lo que, a falta de tal requisito, debería recibir formación especializada lo antes posible.

Buena parte de las exigencias a cumplir se han traducido en la mayoría de países en la pertenencia a un colegio profesional o, al menos, a un registro en el que consten la titulación y aptitudes de quien solicita ejercer tal actividad.

Los integrantes de este colectivo no se limitan sin más a ser destinatarios de las decisiones normativas que adopte el estado en cuestión, sino que sus opiniones y reivindicaciones habrán de ser tenidas en cuenta para mejorar tanto la calidad prestacional como sus propias condiciones laborales. Por ello, el Convenio prevé la adopción de medidas (no indica cuáles, quedando entonces en manos de cada estado de manera discrecional) para favorecer la participación del personal de enfermería en todo lo que atañe a la planificación de servicios y a la adopción de decisiones que les puedan afectar.

La Recomendación sí procede, en cambio, a exponer cuáles habrían de ser los campos de participación de los interesados, cómo serían la planificación y toma de decisiones relativas a la política estatal de salud, con carácter genérico, y a la vinculada a la profesión de enfermería en concreto.

Cada estado arbitrará entonces este mecanismo de modo diverso, pues el Convenio tampoco indica la forma de proceder en este sentido, pero no se debe menospreciar su relevancia porque si se fomenta el diálogo y el contacto directo con este colectivo, cualquier controversia podrá quedar resuelta de manera mucho más satisfactoria que si la solución procede, con carácter unilateral, de los responsables políticos. Esta debería ser la línea a seguir en cualquier planificación y decisión a emprender, pues el propio Convenio resalta la importancia de contar con la opinión de este colectivo tanto en la determinación de condiciones de trabajo como en la resolución de conflictos.

Las condiciones laborales podrían, en teoría, articularse por los poderes públicos del estado, sin tomar en consideración otros criterios provenientes de los interesados, pero el Convenio insiste en que, de preferencia, tales condiciones deberían pactarse a través de la negociación con las organizaciones de empleadores y de trabajadores del sector, y lo mismo sucede con los conflictos surgidos a raíz de la determinación de las condiciones de empleo, que también habrán de dirimirse mediante procesos de negociación o recurriendo a terceros imparciales en las figuras de la mediación, la conciliación o el arbitraje.

La Recomendación se ocupa de esta cuestión mencionando la negociación entre las partes en conflicto o acudiendo a estos procedimientos independientes e imparciales, que evitarían el recurso a otras medidas de mayor calado (ej. la huelga), a las que otros trabajadores pueden acogerse

sin la aparición de efectos colaterales negativos para la población. Habría que poner de relieve, por consiguiente, la reticencia con la que desde instancias internacionales se percibe la presencia de conflictos laborales entre el personal de enfermería (en realidad, en todo el sector sanitario). Es cierto que derechos fundamentales como la huelga, contemplada en tanto que “acción laboral”, por desdramatizar las consecuencias que una paralización de los servicios sanitarios generarían en el nivel de salud de la ciudadanía, no son incompatibles con la defensa de los intereses de un determinado colectivo de trabajadores, por muy imprescindible que sea el grado de mantenimiento del servicio y que, siempre que se garantice un nivel de servicios mínimos adecuado, la calidad asistencial no tendría por qué resentirse, siempre que se arbitren mecanismos para garantizar su cumplimiento. Pero también es verdad que la huelga ha de ejercitarse con cautela, acudiendo a ella solo como último recurso cuando otras medidas alternativas de solución de conflictos no hayan dado resultado⁸. Incluso, ciertas manifestaciones de la huelga se pueden utilizar como catalizador para que la parte empresarial reaccione y ponga más énfasis en negociar e intentar hallar una solución que en prolongar el conflicto. Se ha citado así la huelga selectiva⁹ en ciertos departamentos o servicios, que no provoca efectos perjudiciales en todos los sectores de la sanidad y cuyas consecuencias en la atención a los pacientes no son tan drásticas, o las huelgas de aviso, de duración muy corta (no exactamente equiparables a las huelgas intermitentes, por su menor extensión temporal, pero que anticipan cuáles serían las consecuencias si un cambio de estrategia prolongara sus efectos). Ambas modalidades serían susceptibles de generar una transformación en la evolución del conflicto y de favorecer su finalización.

5. Condiciones laborales

Para evitar discriminaciones y un peor trato en el ejercicio de sus tareas profesionales, estos trabajadores deben disfrutar, al menos, de unas condiciones de trabajo equivalentes (con la dificultad que supone en este tipo de situaciones modular criterios de equivalencia) a las del resto de

⁸ Este es el criterio defendido por el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) que, en sus *Directrices sobre servicios esenciales en caso de conflicto laboral* (2010), se decanta preferentemente por el diálogo social y solo en caso de que la negociación entre el empleador y los interesados sea insatisfactorio o ineficaz, habría que ejercitar una acción laboral

⁹ *Idem*.

trabajadores del país (art. 6). El carácter de mínimos que recoge este Convenio se observa en un doble plano, por cuanto las condiciones de empleo y trabajo deberán alcanzar como mínimo el umbral genérico reconocido a todo trabajador, que más tarde podrá perfeccionarse para, en ciertos aspectos, superarlo y, en segundo lugar, ese contenido mínimo se predica de algunas condiciones laborales que el Convenio parece considerar básicas e irrenunciables y que, en una enumeración aparentemente cerrada, se dedica a desgranar: jornada de trabajo, donde se incluyen las horas a realizar; regulación de horas extraordinarias y su forma de compensación (en metálico o mediante descansos); horas incómodas o penosas, atendiendo a las peculiaridades de la actividad, y régimen de trabajo a turnos; el descanso semanal, las vacaciones anuales remuneradas, los beneficios de la Seguridad Social y tres tipos de “licencias”, cuya naturaleza no siempre se compadecería con tal configuración, y que se asociarían con la maternidad, la enfermedad y la educación. Trasladado a lo que sería la legislación interna de los estados, el hecho de contraer una enfermedad, así como la protección de la maternidad durante todo el proceso de gestación, el parto y el posterior período de descanso, se encuadran dentro de lo que sería la protección de la Seguridad Social. Por tanto, no son circunstancias externas al sistema, sino que son contingencias que los estados avanzados han integrado dentro de su catálogo de prestaciones. En consecuencia, la denominada “licencia” quedaría reducida a la obtención de permisos para formación, para acceder a exámenes oficiales y otro tipo de pruebas que quedarían fuera de la formación ofrecida por la propia empresa, y no para aquellos otros supuestos en los que resulte afectada la ejecución del contrato surgiendo una causa de suspensión temporal.

La recomendación 157 es algo más explícita en este aspecto, ofreciendo aproximaciones conceptuales a lo que habría de entenderse por duración normal del trabajo, horas extraordinarias, servicio de guardia a disposición del empleador, que deberían ser entendidas siempre y en todo caso como tiempo de trabajo, y horas incómodas o penosas.

Se atribuye especial relevancia a la jornada de trabajo, de modo que no exceda de cuarenta horas semanales ni de ocho horas diarias (tampoco doce horas computando las horas extraordinarias), salvo que se fije alguna modalidad de horario flexible o un horario intensivo contenido en la legislación estatal, convenio colectivo, reglamento de empresa o en laudo arbitral. Los descansos deberían ser al menos de día y medio, es decir, de treinta y seis horas, procurando que, si no es así, se pueda gradualmente llegar a ese reposo mínimo.

La distribución horaria es especial motivo de preocupación por parte de la

Recomendación, pues se muestra en contra de una prestación excesiva de horas extraordinarias (en realidad, deberían ser voluntarias, salvo cuando sean necesarias para la asistencia al paciente y no se disponga de un número suficiente de efectivos, que la Recomendación extiende asimismo a los voluntarios), horas incómodas y penosas y servicios de guardia, que deberían quedar reducidos al mínimo, algo que, como es sabido, no ha podido conseguirse ni siquiera hoy, por cuanto ese exceso de jornada o de prestación de actividad en horarios no habituales continúa siendo factor de identidad para el personal de enfermería. Por eso, su determinación debería efectuarse de acuerdo o en consulta (opciones válidas ambas, no bastando simplemente con un período de consultas carente de fuerza de obligar), para calibrar qué horas han de ser calificadas como incómodas o penosas, hasta qué punto el servicio de guardia contará como tiempo de trabajo, cómo se organizará dicho tiempo, etc.

El trabajo a turnos, también característico de esta actividad, sí es aceptado por la Recomendación, pero bajo ciertos condicionamientos de contenido remuneratorio (un aumento de salario no inferior al de otros sectores de actividad) y de descanso suficiente (entre un turno y el siguiente, al menos doce horas de intervalo).

En cuanto a las vacaciones, que el Convenio solo reconoce con carácter anual y remunerado, son objeto de una mayor especificación por parte de la Recomendación. En primer lugar, por lo que se refiere a su duración, pues no todos los países reconocen un período de vacaciones superior a cuatro semanas, razón por la que la Recomendación aspira a su incremento progresivo hasta esa referencia temporal.

En el ámbito de la Seguridad Social, y a pesar de que la Recomendación insiste en referirse a la licencia de maternidad, al menos mantiene un planteamiento avanzado, rechazando la idea de que tal período en la vida de una mujer pueda asemejarse a una enfermedad, algo que en la mayoría de países tardó en ser reconocido.

La protección conferida por el sistema de Seguridad Social en cada estado deberá reconocer un nivel de cobertura equivalente al del resto de trabajadores de otros sectores, ya sea en el sector público, en el sector privado o para los trabajadores autónomos, sin que existan diferencias protectoras por el hecho de encontrarse aún en período de prueba o durante la etapa de formación.

Sí es importante que los sistemas de Seguridad Social estatales atribuyan un papel de primer orden a la protección frente a las enfermedades profesionales, elaborando una lista de enfermedades que tengan origen profesional y procediendo a definir este tipo de patologías para que ningún profesional de la enfermería quede desprotegido ante lo que

podría parecer un trastorno de etiología común.

Nótese cómo en el elenco de condiciones de trabajo no se hace mención explícita a cuestiones salariales, a modalidades de contrato ni a posibles cambios de funciones que en este tipo de actividades son habituales y que pueden marcar un cierto trato de desfavor respecto a otros colectivos de trabajadores. La remuneración, según la Recomendación 157, debería ajustarse atendiendo a las necesidades socioeconómicas del personal, su cualificación, responsabilidad y experiencia, de tal manera que actúe como incentivo para atraer nuevos profesionales y, sobre todo, para retenerlos y conseguir su estabilización profesional. La remuneración debería ser periódicamente actualizada para mantener su poder adquisitivo y ser negociada por convenio, como modo de beneficiar a todo el colectivo y no solo a trabajadores seleccionados discrecionalmente. Se evitaría así el desempeño de un segundo empleo dedicado a complementar sus ingresos, que supondría un riesgo adicional para el trabajador debido al cansancio acumulado y, a la vez, un riesgo para la seguridad y salud de los pacientes¹⁰.

Se prevé, asimismo, la compensación económica, que cada estado implantará a su criterio, ante condiciones particularmente penosas o desagradables, para que actúen ante el trabajador como manera de aliviar la dificultad de sus tareas.

Este es, justamente, uno de los fallos detectados a lo largo de los últimos años en el sector de enfermería: la escasez de personal ante unas condiciones de trabajo que no resultan especialmente atrayentes y que terminan abocando al profesional al abandono de su trabajo y a buscar nuevas expectativas laborales. Es una tendencia general, observada tanto en países desarrollados como emergentes, en que la falta de profesionales cualificados pone en riesgo la prestación de cuidados para la población a nivel mundial. En 2002, veinticinco años después de su aprobación, la OIT reafirmó la plena actualidad del Convenio 149¹¹ y el reflejo de lo que la realidad social y económica continuaba siendo un cuarto de siglo después: falta de avances y mejoras en muchos países, no por carencia de recursos sin más, sino por la desidia de los gobiernos en destinar partidas presupuestarias para lograr tal propósito y, en este apartado, hay estados que, a pesar de haber ratificado el Convenio, apenas se han preocupado de revisar la situación profesional del personal de enfermería. La OIT es consciente de los compromisos que adquiere un estado cuando procede a

¹⁰ *Directrices sobre el diálogo social en los servicios públicos de urgencia en un medio en constante evolución*, cit.

¹¹ *Cfr. OIT, Convenio núm. 149 sobre el personal de enfermería. Reconocer su aporte. Considerar sus necesidades*, cit.

ratificar un Convenio, debiendo poner en marcha su contenido, a través de un proceso que podrá ser relativamente lento si se precisa un período de adaptación. Pero también es evidente la falta de actuación de algunos estados, que apenas han adoptado medidas de mejora para este personal a pesar de que la sociedad ha seguido evolucionando y reclama, por tanto, nuevas exigencias¹².

La ausencia de motivación se erige, pues, como el motivo principal de descontento de estos profesionales. A problemas que se vienen arrastrando históricamente (invisibilidad, desvalorización)¹³ vienen a añadirse sentimientos de frustración, pérdida de status y falta de reconocimiento social¹⁴. Sorprendentemente, lo que más preocupa a los trabajadores no son cuestiones asociadas a factores físicos o biológicos (ej. contagios o accidentes biológicos), sino que los riesgos psicosociales, en cuanto a falta de libertad de actuación o incapacidad de poder decidir, serían elementos de mayor peso en el estado psicológico del trabajador¹⁵, sobre todo si percibe un peligro directo para su vida¹⁶.

Por eso, algunas previsiones contenidas en la Recomendación podrían ser tomadas en consideración para disminuir el goteo incesante de abandonos, por ejemplo, no realizar funciones de categoría superior, en calidad de sustituto, salvo en casos excepcionales de urgencia, con carácter temporal, siempre que posea la formación y experiencia suficiente para ello y reciba una compensación adecuada. Las perspectivas podrían, además, mejorar si se ve factible el acceso a puestos de dirección en los servicios de enfermería, a la administración y gestión de tales servicios, a una actividad paralela como la enseñanza y la impartición de información

¹² En una reunión celebrada en la OMS en 2006 se propuso la elaboración de un Plan Nuevas condiciones laborales para el profesional de enfermería sobre el SIDA y el personal sanitario, llamado a denominarse Tratar, Capacitar y Retener: tratar a través de la prevención, tratamiento y apoyo frente al VIH para los profesionales sanitarios; capacitar a través de medidas dirigidas al empoderamiento de tales profesionales para que pudieran ofrecer un acceso universal a la lucha contra la enfermedad, y retener, aplicando estrategias para conseguir que continúen en sus puestos, recibiendo a tal fin incentivos económicos y mejoras en su remuneración. *Vid. Directrices de políticas conjuntas de la OMS/OIT/ONUSIDA para mejorar el acceso de los trabajadores de la salud a los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo en relación con el VIH y la tuberculosis*, cit.

¹³ M.E. PICO MERCHÁN, A. ESCOBAR JURADO, *Nuevas condiciones laborales para el profesional de enfermería*, p. 13, enumeran todas aquellas actitudes y circunstancias que influyen negativamente en el ánimo de este colectivo.

¹⁴ N. CUXART AINAUD, *La gestión de los cuidados: el poder de los enfermeros*, en *Nursing*, 2010, vol. 28, n. 4.

¹⁵ N.C. VEGA MONSALVE, *Influencia de la jornada de trabajo en la salud del personal de enfermería*, en *Cultura de los Cuidados*, 2018, n. 50, p. 149.

¹⁶ *Directrices Marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud*, cit.

o, finalmente, la investigación en temas conexos con la enfermería, aspectos todos ellos que ampliarían las posibilidades de actuación y el fomento del interés de los trabajadores.

Como ha señalado la OIT¹⁷, en los próximos años la adopción de políticas sobre recursos humanos en la esfera de la salud, destinadas a luchar contra esta situación crítica observada a nivel mundial, será una tarea de primordial importancia, debiendo valorarse la aportación del personal de enfermería en la consecución del objetivo “salud para todos”.

Asimismo, las posibilidades de promoción en el trabajo pueden actuar de incentivo para asegurar la permanencia del profesional: a través de la formación continua, será más sencillo facilitar esa promoción profesional del personal auxiliar y ayudante, que pudieran tener interés legítimo en la progresión de su trabajo. Si, además, las perspectivas de carrera resultan limitadas y el trabajador percibe un estancamiento en su profesión, los estados podrían adoptar medidas para facilitar que el personal de enfermería pueda acceder a otros estudios, vinculados también al ámbito sanitario, que capaciten para otras profesiones del sector de la salud.

La dejación de funciones no tendría por qué ser definitiva, pues en un momento dado podría decidir volver a su antiguo puesto, para lo cual sería conveniente que los estados implementaran programas que facilitaran el reingreso después de un tiempo de interrupción, valorando su experiencia anterior y el período de ausencia, pudiendo incluso ser asistido temporalmente por otra persona que desempeñe esa misma tarea.

Mención aparte merece la referencia a la seguridad y salud laboral (higiene y seguridad del trabajo, en terminología del Convenio). Se deja a criterio de cada estado la decisión de mejorar la normativa en esta materia, si así lo estima pertinente, para adaptarla a las características peculiares de este trabajo y del medio en que se desarrolla. Se parte, con ello, de un cierto nivel de garantías en el ámbito de la prevención que no necesariamente todos los países han alcanzado, por lo que, en realidad, esta previsión carece de fuerza vinculante y de motivación bastante para una actuación estatal en este terreno.

Sería éste uno de los aspectos más controvertidos en el ejercicio de la profesión: el hecho de que no todos los estados pongan a disposición de su personal de enfermería los medios necesarios para evitar o, al menos, para disminuir el riesgo de contraer enfermedades relacionadas con el trabajo o de sufrir algún tipo de accidente en el desempeño de sus tareas habituales. La seguridad en el trabajo se muestra como uno de los

¹⁷ *Convenio núm. 149 sobre el personal de enfermería. Reconocer su aporte. Considerar sus necesidades*, cit.

problemas de más difícil resolución, por lo que sería deseable que, en caso de que un trabajador resulte afectado en particular por la actualización de un riesgo, fuera posible poner en marcha el protocolo previsto para su pronto restablecimiento que garantizara la continuidad en su trabajo.

El Convenio núm. 161 sobre los servicios de salud en el trabajo (1985) proporciona una definición de dichos servicios como «aquellos a los que se asignan funciones esencialmente preventivas y que son responsables de aconsejar al empleador, a los trabajadores y a sus representantes en la empresa acerca de los requisitos necesarios para establecer y conservar un medio ambiente de trabajo seguro y sano que favorezca una salud física y mental óptima en relación con el trabajo, y la adaptación del trabajo a las capacidades de los trabajadores, habida cuenta de su estado de salud física y mental».

La OIT recuerda la responsabilidad que compete al sector sanitario para ofrecer servicios de prevención, diagnóstico, tratamiento y atención a los trabajadores que se conviertan, a su vez, en enfermos por causa de sus tareas, así como para combatir la estigmatización y la discriminación que supone haber sido víctima de un contagio¹⁸. Cada estado deberá poner en marcha las medidas apropiadas para proteger la salud de los trabajadores sanitarios en general mejorando las condiciones bajo las que desempeñan su actividad. Esta sería una de las alternativas adecuadas para que el personal sanitario mantuviera intacto su estado de salud y para que, a su vez, la población recibiera atención por parte de profesionales exentos de cualquier tipo de trastorno.

Tal hipótesis, que debería ser ya una realidad en todo el mundo, dista aún mucho de alcanzar sus objetivos: por desgracia, en países en desarrollo se carece de medios no solo para curar a los enfermos, sino para evitar que los profesionales contraigan esas mismas enfermedades. Y la Recomendación pone de manifiesto que el personal de enfermería debería disponer de servicios médicos laborales a los que poder dirigirse para un control continuado de su estado de salud que les permitiera seguir cumpliendo sus funciones con normalidad, sometándose a exámenes médicos al principio y al final de su empleo, así como de forma periódica mientras ejerzan su actividad, con mayor motivo si se sospecha que pueden quedar expuestos a un riesgo concreto. Para preservar su intimidad, sería deseable que los controles médicos no fueran efectuados por los médicos con los que el personal de enfermería trabaja a diario, lo

¹⁸ [*Directrices de políticas conjuntas de la OMS/OIT/ONUSIDA para mejorar el acceso de los trabajadores de la salud a los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo en relación con el VIH y la tuberculosis*](#), cit.

que parece excesivo, pues tales profesionales conocen a la perfección su deber de secreto y confidencialidad en el tratamiento de los datos obtenidos y los resultados de las pruebas realizadas.

Como es sabido, la eliminación absoluta de riesgos en esta actividad es de todo punto imposible, porque se podrán tomar medidas de prevención, más o menos eficaces, pero su erradicación total es algo irreal, habida cuenta de la aparición de circunstancias inesperadas que impiden situarse por encima de ciertos factores de peligro. Este convencimiento es recogido por la Recomendación, que alude a la evitación de riesgos y a la posterior reducción al mínimo a través de las medidas pertinentes cuando aquellos no puedan ser vencidos. Corresponderá así al empleador proporcionar al personal de enfermería la ropa de protección adecuada, la inmunización necesaria, como menciona expresamente la Recomendación, la reducción de la duración del trabajo para evitar exposiciones prolongadas al posible riesgo, pausas más frecuentes para favorecer el descanso, alejamiento temporal del riesgo (ej. si la trabajadora está embarazada o en periodo de lactancia, o si se han constatado ciertos atisbos de una posible enfermedad en ciernes) o vacaciones anuales más prolongadas, ventaja esta última que las empresas no concretarán sin analizar otro tipo de elementos concurrentes, pues en definitiva se trataría de compensar económicamente al trabajador por una ausencia al trabajo que excede la duración ordinaria del descanso anual.

Finalmente, el carácter supletorio de este Convenio queda patente en la afirmación del art. 8, pues se otorga preeminencia a lo que previamente haya dispuesto la legislación nacional, entendida en sentido amplio. Y en todo lo que no se haya previsto por la vía de los contratos colectivos, reglamentos de empresa, laudos arbitrales, decisiones judiciales o cualquier otro instrumento que se venga utilizando en la práctica nacional, tendrá que ser la propia legislación interna la que se encargue de darle cauce en cumplimiento de este precepto.

6. Compromisos estatales tras la ratificación

La conformidad de un estado con el contenido del Convenio no tiene por qué mantenerse invariable a lo largo del tiempo. Pudiera suceder que, por un cambio de circunstancias políticas, económicas o sociales en ese estado, se viera obligado a denunciar el Convenio a pesar de que en su día fue objeto de ratificación. El Convenio contempla esta posibilidad, si bien no facilita demasiado tal resultado, pues fija un plazo de diez años desde que entró en vigor, no específicamente para ese estado, sino de manera

general, con lo que habrá estados cuya ratificación fue más remota en el tiempo, en cuyo caso las razones para la denuncia serán más fácilmente justificadas por causa de cambios en el país o, más actual, siendo en este supuesto algo más forzado entender el porqué de esa rectificación o marcha atrás tan cercana en el tiempo. Sea como fuere, tal decisión deberá ser comunicada al Director General de la Oficina y tardará un año en surtir efecto desde la fecha de su registro (art. 11).

Transcurridos diez años desde la entrada en vigor, si en el plazo del año siguiente un estado que haya ratificado el Convenio no hace uso del derecho a denuncia, no podrá instarlo en el plazo de otros diez años, y solo cuando se cumpla ese período podrá actuar en tal modo.

Para conocimiento de todos los estados miembros de la OIT, hayan ratificado o no este Convenio, el Director General de la Oficina les notificará todas las ratificaciones, declaraciones y denuncias que se hayan producido. Esta información será también recibida por el Secretario General de las Naciones Unidas, a efectos de registro y dando cumplimiento a lo dispuesto en el art. 102 de la Carta de Naciones Unidas. Con el fin de supervisar el grado de aplicación del Convenio, el Consejo de Administración de la OIT, con la periodicidad que estime conveniente, puesto que no se han previsto reglas precisas al respecto, presentará a la Conferencia una memoria sobre el nivel de seguimiento del Convenio, pudiendo apuntar una posible revisión total o parcial del Convenio si así lo estimara conveniente. De ser así, si la Conferencia acuerda adoptar un nuevo Convenio que implique la revisión plena o parcial del anterior, la ratificación por un estado del nuevo Convenio implicará ipso iure la denuncia del Convenio previo (es decir, del actual, porque hablamos en hipótesis), siempre que el nuevo haya entrado en vigor. Desde esta fecha entonces, el antiguo Convenio dejará de estar abierto a la ratificación por parte de los estados. Sin embargo, no se producirá automáticamente la sustitución de un Convenio por otro, puesto que para aquellos estados que hayan ratificado el Convenio original y no ratifiquen el nuevo, seguirá aquel en vigor en toda su forma y contenido, es decir, que a pesar de que en todos estos años no se ha dado nunca tal eventualidad, podría perfectamente suceder que en unos estados se siguiera aplicando el Convenio en su redacción en origen, en tanto que otros estados que hubieran decidido ratificar la nueva versión, pasarían a regirse por ésta. Es de suponer que un Convenio revisado mejoraría las condiciones de trabajo de este colectivo y que sería mucho más favorable para sus intereses, por lo que seguir manteniendo la redacción inicial del Convenio carecería de lógica y habría de ser la OIT la que estimulara a los estados a la ratificación del Convenio revisado.

7. Razones para una ausencia de ratificación del Convenio

Hemos dejado para el final el análisis de ciertos aspectos controvertidos, ciertamente no incorporados al Convenio que, como ya señalábamos, constituye una norma de mínimos, sino a la Recomendación, y que pudieran estar en el origen de esa indecisión de algunos estados, entre ellos España, en prestar su consentimiento para ratificarlo.

Nadie duda de la intencionalidad del Convenio en mejorar el nivel de condiciones de trabajo del personal de enfermería y de procurar un avance en su consideración socioprofesional. Sin embargo, hay ciertas cuestiones que el Convenio deja entrever y que la recomendación concreta con mayor amplitud, ciertamente difíciles de compaginar con lo que viene siendo la práctica habitual de los estados. Nos referimos en concreto al apartado de la Recomendación dedicado a la cooperación internacional centrada en la posibilidad de desplazamiento del personal a fin de obtener formación en esta disciplina o de ejercerla tras haberla adquirido. Así, y dentro de la capacidad de los estados firmantes para fijar las condiciones para el reconocimiento mutuo de las cualificaciones adquiridas en el extranjero, y para armonizar las reglas que habilitan al ejercicio de la profesión, la Recomendación impone ciertas restricciones que podrían no ser admisibles para los estados: primero, la frontera del idioma, pues se requiere un adecuado conocimiento de la lengua para el extranjero que ocupe un puesto de trabajo en otro país. Pero es que además este Convenio (en realidad, la Recomendación) parece frenar el libre desplazamiento de trabajadores no solo entre distintos continentes, sino incluso en el propio ámbito de la Unión Europea («solo se debería autorizar la contratación para el empleo de personal de enfermería extranjero si no existe en el país de empleo personal suficientemente calificado para los puestos que han de cubrirse o si no existe en el país escasez de personal de enfermería con las calificaciones requeridas»). Esta Recomendación, por supuesto, no es vinculante para los estados, que ven cómo, en sus territorios, la presencia de enfermeros de otra nacionalidad es una realidad cotidiana.

8. Bibliografía

CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS, [*Directrices sobre servicios esenciales en caso de conflicto laboral*](#), 2010

- CUXART AINAUD N., [La gestión de los cuidados: el poder de los enfermeros](#), en *Nursing*, 2010, vol. 28, n. 4
- OIT, [Directrices sobre el trabajo decente en los servicios públicos de urgencia](#), 2018
- OIT, [Directrices de políticas conjuntas de la OMS/OIT/ONUSIDA para mejorar el acceso de los trabajadores de la salud a los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo en relación con el VIH y la tuberculosis](#), 2010
- OIT, [Convenio núm. 149 sobre el personal de enfermería. Reconocer su aporte. Considerar sus necesidades](#), 2007
- OIT, [Directrices sobre el diálogo social en los servicios públicos de urgencia en un medio en constante evolución](#), 2003
- OIT, [Directrices Marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud](#), 2002
- PICO MERCHÁN M.E., ESCOBAR JURADO A., [Nuevas condiciones laborales para el profesional de enfermería](#)
- VEGA MONSALVE N.C., [Influencia de la jornada de trabajo en la salud del personal de enfermería](#), en *Cultura de los Cuidados*, 2018, n. 50

Red Internacional de ADAPT



ADAPT es una Asociación italiana sin ánimo de lucro fundada por Marco Biagi en el año 2000 para promover, desde una perspectiva internacional y comparada, estudios e investigaciones en el campo del derecho del trabajo y las relaciones laborales con el fin de fomentar una nueva forma de “hacer universidad”. Estableciendo relaciones estables e intercambios entre centros de enseñanza superior, asociaciones civiles, fundaciones, instituciones, sindicatos y empresas. En colaboración con el DEAL – Centro de Estudios Internacionales y Comparados del Departamento de Economía Marco Biagi (Universidad de Módena y Reggio Emilia, Italia), ADAPT ha promovido la institución de una Escuela de Alta formación en Relaciones Laborales y de Trabajo, hoy acreditada a nivel internacional como centro de excelencia para la investigación, el estudio y la formación en el área de las relaciones laborales y el trabajo. Informaciones adicionales en el sitio www.adapt.it.

Para más informaciones sobre la Revista Electrónica y para presentar un artículo, envíe un correo a redaccion@adaptinternacional.it



ADAPTInternacional.it

Construyendo juntos el futuro del trabajo