

## **El lugar del reconocimiento en el trabajo de enfermería. Repensando el concepto de precarización laboral.**

Sofia Malleville  
Anabel Beliera

### **Resumen**

La enfermería ocupa una posición subordinada dentro del ámbito hospitalario y en ocasiones sufre procesos de precarización laboral. Existe un amplio consenso en la bibliografía respecto a que la precarización laboral no refiere únicamente a las dimensiones contractuales del empleo (contratos eventuales, extensión de la jornada laboral, bajos salarios, etc.) sino también a los aspectos subjetivos que están implicados en la tarea (falta de reconocimiento, insatisfacción con las tareas, subordinación frente a otros grupos, etc.). Sin embargo, en el caso del trabajo de enfermería encontramos que la falta de visibilidad no siempre implica una falta de reconocimiento laboral o un aumento de la precarización, sino que, por el contrario, en ocasiones la opacidad de sus tareas se vuelve un aspecto valorable del trabajo. En este artículo argumentaremos que es necesario evaluar de manera situada y a partir de estudios cualitativos la relación entre invisibilidad y precarización laboral, pues la vinculación entre estas dos variables depende del sentido que se le asigne en cada ámbito de trabajo. Comparamos los resultados de dos investigaciones doctorales en las que se analiza el trabajo de cuidado realizado por personal de enfermería a partir de una perspectiva metodológica cualitativa, basada en la realización de observaciones participantes y entrevistas en profundidad.

**Palabras clave:** enfermería, precarización laboral, reconocimiento, profesiones.

## **The place of recognition in the nursing jobs. Re-thinking the job precariousness concept.**

Sofia Malleville  
Anabel Beliera

### **Abstract**

Nursing occupies a subordinate position within the hospital environment and is exposed to processes of job precariousness. There is a consensus in the literature that job precariousness does not only refer to the contractual dimensions of employment (temporary contracts, extension of working hours, low wages, etc.) but also subjective aspects (lack of recognition, dissatisfaction with work, subordination to other groups, etc.). However, in the case of nursing we find that the lack of visibility does not always imply a lack of job recognition or an increase in precariousness but, on the contrary, sometimes the opacity of their tasks becomes a valuable aspect of work. In this article, we will argue that it is necessary to study the relationship between invisibility and job precariousness based on qualitative studies and in a situated manner, since the link between these two variables depends on the sense assigned by the workers themselves to their work. We compare the results of two doctoral investigations in which the care work carried out by nurses is analyzed from a qualitative methodological perspective, based on the performance of participant observations and in-depth interviews.

**Keywords:** nursing, job precariousness, recognition, professions.

## **El lugar del reconocimiento en el trabajo de enfermería. Repensando el concepto de precarización laboral.**

Sofia Malleville<sup>1</sup>  
Anabel Beliera<sup>2</sup>

### **Introducción**

La enfermería ocupa una posición subordinada dentro del ámbito hospitalario y en ocasiones sufre procesos de *precarización laboral*. Existe un amplio consenso en la bibliografía respecto a que la precarización laboral no refiere únicamente a las dimensiones contractuales del empleo (contratos eventuales, extensión de la jornada laboral, bajos salarios, etc.) sino también a los aspectos subjetivos que están implicados en los trabajos (insatisfacción con las tareas, subordinación frente a otros grupos, etc.). La falta de visibilidad o de reconocimiento de las tareas de un grupo laboral ha sido resaltada como una dimensión importante de la precarización laboral. Sin embargo, en el caso del trabajo de enfermería encontramos que la invisibilidad de algunas de sus tareas no implica necesariamente una falta de reconocimiento o un aumento de la precarización, sino que, por el contrario, en ocasiones se vuelve un aspecto valorable del trabajo. En este sentido, el trabajo de enfermería se torna interesante para repensar la relación conceptual entre reconocimiento, visibilidad y precarización. En este artículo argumentaremos que es necesario evaluar de manera situada y a partir de estudios cualitativos la relación entre invisibilidad y precarización laboral, pues la vinculación entre estas dos variables depende del sentido que le asignen los/as propios/as trabajadores/as en cada ámbito de trabajo. Consideramos que es necesario atender a los sentidos nativos sobre la relación entre la visibilidad de las labores, el reconocimiento y la precarización laboral.

Para el análisis empírico, compararemos los resultados de dos investigaciones doctorales en las que se analiza el trabajo de enfermería: la primera estudia la articulación de

---

<sup>1</sup> Profesora y Licenciada en Sociología por la Universidad Nacional de La Plata. Becaria doctoral de CIC-pBA con lugar de trabajo en el Laboratorio de Estudios en Sociología y Economía del Trabajo (LESET) del Instituto de Investigaciones en Humanidades y Ciencias Sociales (IdIHCS). E-mail de contacto: [mallevillesofia@gmail.com](mailto:mallevillesofia@gmail.com).

<sup>2</sup> Doctora en Ciencias Sociales, Magíster en Ciencias Sociales, Profesora y Licenciada en Sociología por la Universidad Nacional de La Plata. Becaria posdoctoral de CONICET con lugar de trabajo en el Laboratorio de Estudios en Sociología y Economía del Trabajo (LESET) del Instituto de Investigaciones en Humanidades y Ciencias Sociales (IdIHCS). E-mail de contacto: [anabeliera@gmail.com](mailto:anabeliera@gmail.com).

los aspectos laborales y políticos en la experiencia sindical de distintos grupos de trabajadores del Hospital de la Provincia de Neuquén, dentro de los que se encuentra un sindicato de enfermeras; la segunda analiza la construcción de sentidos en torno al trabajo de enfermería en instituciones de salud de carácter privado, ubicadas en la ciudad de La Plata. Ambas adoptan una perspectiva metodológica cualitativa, basada en la realización de observaciones participantes y entrevistas en profundidad.

El artículo se organiza de la siguiente manera: en primer lugar, expondremos algunos elementos del debate académico en torno al concepto de precarización laboral. En segundo lugar, presentaremos las características estructurales del sistema de salud argentino y los elementos históricos y sociales que intervinieron en la conformación de la enfermería y los procesos de precarización del empleo que experimenta este colectivo. Por último, analizaremos los datos construidos en nuestros trabajos de campo a la luz de las discusiones planteadas sobre precarización e (in)visibilización de las labores de enfermería.

Queremos realizar dos aclaraciones sobre el modo de escritura: en primer lugar, que para respetar el anonimato de enfermeras y pacientes, se han colocado nombres ficticios; en segundo lugar, que dado que se trata de un colectivo de trabajo fuertemente feminizado (Micha, 2015; Pereyra y Micha, 2016; Aspiazu, 2017), nos referiremos a este grupo laboral en femenino (las trabajadoras, las enfermeras), aunque no desconocemos que también está compuesto por varones.

## **1. Precarización, (in)visibilidad y reconocimiento laboral**

La noción de precariedad ha estado caracterizada por una gran polisemia y ciertas ambigüedades. En un primer momento, se utilizó este concepto en relación con el estatus jurídico de los empleos —derogación del contrato por duración indeterminada en situaciones laborales consideradas atípicas, al margen de la norma de trabajo y de empleo (Busso y Bouffartigue, 2010)—. En este primer momento sirvió para conceptualizar el empeoramiento de las condiciones laborales por el crecimiento de la inestabilidad y la imprevisibilidad (horarios flexibles, rotación de puestos, incertidumbre, etc.). Es decir, se orientaba al análisis del *empleo* en sentido estricto: las condiciones jurídicas de contratación de la mano de obra asalariada en el modo de producción capitalista.

Diversos autores realizaron aportes que ampliaron esta conceptualización. Desde una perspectiva sociológica neodurkheimiana, Castel (1997) y Paugam (2015) afirmaron que la desestabilización de la sociedad salarial no sólo tenía impacto en el empleo, sino también en el trabajo en un sentido amplio —como dimensión de la actividad humana, donde tienen lugar lazos de integración social—. Además de los aspectos contractuales, Paugam (2015) resaltó la necesidad de analizar otras dimensiones que conforman la integración laboral: la retribución material y simbólica de las tareas, y el interés que provoca en el/la trabajador/a que las realiza. Cuando el asalariado no tiene un debido reconocimiento por su actividad, no encuentra satisfacción y debe considerarse un trabajo precario. Señaló además que cuanto más grande es la precariedad de la situación del trabajador respecto del empleo, mayores son los riesgos de rupturas sociales y familiares, de reducción de la sociabilidad, de pérdida de identidad, de mayor sufrimiento psíquico y mental, y de deterioro de las condiciones de vida (Neffa, 2010).

De acuerdo con Serge Paugam (2015), mientras que la *precariedad en el empleo* muestra una debilidad de la protección del trabajador, la *precariedad en el trabajo* “expresa una negación del reconocimiento, una falla en la identidad que sobreviene cuando nada más en el mundo laboral puede estimular al individuo y darle la prueba de su utilidad, de su valoración por la mirada del otro o de los otros” (Paugam, 2015, p. 29). Pero si bien se trata de dos dimensiones analíticas distintas, ambas formas de precariedad están relacionadas, pues la precariedad no tiene únicamente consecuencias individuales, sino que también se resienten las relaciones sociales entre grupos y se socava la integración social a partir del trabajo.

En relación con los aspectos colectivos implicados, diversos teóricos neomarxistas analizaron las dimensiones políticas del fenómeno (Cingolani, 2009; Bérout y Bouffartigue, 2009). La inestabilidad en las formas de contratación tiene efectos en la organización colectiva de los trabajadores: se crean nuevas modalidades de sometimiento y control de las clases populares al generarse un colectivo de trabajadores sujetos, “maniatados”, con trabajos inestables que les provocan miedo e inseguridad (Busso y Bouffartigue, 2010). Los trabajadores precarios se insertan de una manera diferenciada y degradada en los sistemas de relaciones de trabajo, pues no siempre forman parte de los sindicatos y tienen menor —o ningún— grado de protección social (Neffa, 2016). A su vez, la sensación de inseguridad contribuye a moderar las reivindicaciones salariales y disminuye las presiones ante el gobierno para que se introduzcan

modificaciones en el derecho del trabajo y de la seguridad social (Neffa, 2016). Por ende, significa una mayor subordinación y dependencia.

Estas perspectivas no son opuestas, sino que pueden complementarse al resaltar dimensiones diferentes. A su vez, tienen elementos compartidos en tanto analizan la precariedad en forma relacional y procesual (Busso y Bouffartigue, 2010).

En el marco de estos debates, quisiéramos centrarnos aquí en la cuestión del *reconocimiento simbólico* del trabajo como un indicador de la precarización laboral. Hemos visto que la escuela neodurkheimiana puso el acento en los aspectos simbólicos de la actividad laboral que contribuyen a la integración social. También la escuela neomarxista realizó aportes en este sentido: si pensamos cómo impacta la precarización en las fuerzas colectivas implicadas en la relación salarial (dominación del trabajo sobre el capital), el asunto del reconocimiento puede ser indicador del menoscabo del reconocimiento mutuo de los trabajadores como colectivo.

En este artículo argumentamos que es necesario analizar los sentidos que tiene la *invisibilidad* de las tareas para los propios colectivos de trabajadores estudiados —en el caso que aquí analizaremos, las enfermeras—, en función de evaluar si es un aspecto que abona a un proceso de precarización laboral o si favorece el reconocimiento mutuo. Desde una perspectiva sociológica, consideramos que debe entenderse la visibilidad de determinados grupos laborales (y las tareas que desempeñan) desde una perspectiva relacional y procesual.

Para ello, recuperaremos los aportes de Andrea Brighenti (2007), quien analiza los aspectos relacionales, estratégicos y procesuales de *la visibilidad*. Tal como señala el autor, más allá de las dimensiones específicas que pueda adquirir este concepto en algunas investigaciones sociales —como en la sociología de la imagen—, la cuestión de la visibilidad de los procesos sociales se puede abordar por distintos campos de estudio sociológicos (como en este caso para conceptualizar procesos laborales). El autor identifica tres dimensiones sociales de la visibilidad: 1) La *dimensión relacional*. Pone el acento en que mirar y ser mirado son dos procesos interconectados en cualquier relación social, pero que no implican necesariamente que exista simetría de poder (y, de hecho, en general es asimétrica). 2) La *dimensión estratégica* pone el acento sobre la relación entre la visión y la acción: cuando algo se vuelve perceptible/visible, debemos preguntarnos quién está actuando y redireccionando las propiedades del campo y qué relaciones específicas están siendo formadas. 3) La *dimensión*

*procesual* pone el acento en que dar forma y gestionar la visibilidad de cualquier aspecto social es un trabajo que requiere esfuerzo, por lo que no se trata nunca de una cuestión meramente técnica sino inherentemente *práctica y política* (Brighenti, 2007). Lo invisible no es tematizado como un objeto del dominio de la acción: sólo si puedo verlo, puedo hacerlo o actuar sobre ello. Para ejemplificar estas dimensiones, el autor retoma justamente el análisis de la práctica médica, que se basa en un modelo visual fundamentado en la dicotomía normal/patológico en relación con el cuerpo tomado biológicamente. Al observar los cuerpos en torno a la dicotomía salud/enfermedad, el cuerpo viviente individual se presenta como invisible.

Sobre la base de estas consideraciones, este autor afirma que el empoderamiento no está unívocamente ligado a la visibilidad (como se asume desde la tradición del reconocimiento), sino que la relación entre ambas variables debe ser analizada de manera local y situada, evaluando la relación con los aspectos estéticos (en cuanto a las relaciones de percepción) y políticos (en cuanto a relaciones de poder) con que se relacionan diversos grupos sociales. Tal como señala Brighenti (2007, p.11), un proceso que haga visibles cuestiones que son consideradas del mundo privado no necesariamente lleva al empoderamiento, debido a que una de “las principales distinciones en la cultura sociopolítica occidental moderna es la dicotomía entre el espacio público, asociada a la visibilidad, y el espacio privado, asociado a la invisibilidad”. La visibilidad puede ser desempoderadora, como es el caso de los escándalos políticos que hacen públicos aspectos privados.

Como veremos a continuación, la cuestión de la (in)visibilidad de las tareas de enfermería ha marcado el desarrollo laboral de este grupo y es posible registrar cómo influye en sus labores cotidianas. Sin embargo, argumentamos que esta invisibilidad no es meramente asumida desde un lugar pasivo que necesariamente implica un aumento de la precariedad laboral, sino que las enfermeras tensionan los sentidos que se les asignan para construir un reconocimiento de sus tareas. A continuación, presentaremos diferentes aspectos estructurales del empleo en el sector y de la propia conformación de la profesión de enfermería que derivaron en procesos de invisibilización de las tareas, para luego analizar cómo aparecían estos elementos en nuestras investigaciones.

## 2. Aspectos estructurales e históricos que cooperaron con la precarización del empleo y del trabajo de enfermería.

El sistema de salud argentino se caracteriza por una desarticulación y segmentación en términos político-institucionales, territoriales y financieros. Estos rasgos configuran las actuales condiciones de empleo en el sector.

En términos generales, el sector de salud está conformado por tres subsectores que atienden a diferentes poblaciones, prestan diversos servicios y difieren en el origen de sus recursos: el subsector público, el de obras sociales y el sector privado (Acuña y Chudnosky, 2002; Belló y Becerril-Montekio, 2011; OPS-CEPAL, 2012). Los mismos se encuentran escasamente articulados entre sí y hacia el interior de cada uno de ellos. El *subsector público* tiene una organización administrativa y financiera territorial dependiente de los estados nacional, provinciales y/o municipales; y tiene pretensión de atención universal. El *subsector de seguridad social obligatorio* está estrechamente vinculado con el mercado laboral formal, pues se encuentra conformado por las obras sociales nacionales (que cubren a los asalariados registrados y que están administradas mayormente por organizaciones sindicales), las obras sociales provinciales que protegen a los empleados públicos de su jurisdicción y, en el caso de los pasivos, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI). El *subsector privado* incluye a los establecimientos con y sin internación, diversos entre sí en términos de tamaño y objetivos, intensivos en recursos humanos, a los que accede la población con capacidad de pago o que tiene obra social o seguros privados. También encontramos a las aseguradoras o empresas de medicina prepaga y a los profesionales que prestan servicios independientes a particulares.

La lógica segmentada del sistema se profundizó durante las reformas neoliberales de la década del noventa. En primer lugar, las reformas tuvieron como principal objetivo desregular los mercados, entre ellos el mercado laboral, y descentralizar buena parte de las funciones sociales del Estado nacional. Los establecimientos públicos fueron traspasados a las provincias o municipios, trasladando su administración e invirtiendo la relación financiera en favor del gobierno nacional. No se realizaron acciones previas de coordinación nacional, lo cual trajo aparejado una gran heterogeneidad territorial agravando las inequidades regionales según los recursos de cada provincia. En segundo lugar, el sistema de seguridad social fue modificado permitiéndole a los afiliados contratar libremente una obra social diferente a la de su actividad

económica. El sector privado se expandió considerablemente en términos de cantidad de establecimientos y capacidad instalada. Se incorporaron nuevos actores, intermediarios y formas de contratación que complejizaron aún más la fragmentación del sistema (Acuña y Chudnosky, 2002; Belló y Becerril-Montekio, 2011; OPS-CEPAL, 2012). Las reformas estructurales en el sector tuvieron repercusiones en la gestión de los recursos humanos y en las condiciones de empleo de los/as trabajadores/as. Al calor de las exigencias de calidad, productividad y reducción de costos, al énfasis en el desempeño y la evaluación, y a la tercerización de servicios y los procesos de acreditación y certificación, se extendieron diversas formas de flexibilización y contratación precarias, se aumentó la intensidad laboral fruto de la reducción del personal y, debido a las bajas remuneraciones, numerosos trabajadores/as comenzaron a realizar horas extras o a contar con más de un empleo (Novick y Galin, 2003).

Durante el periodo de gobiernos kirchneristas (2003-2015), se concretaron una serie de esfuerzos con vistas de mejorar los indicadores de salud (por ejemplo, a partir del aumento de la inversión pública que para el año 2010 representaba un 10% del PBI), pero los resultados no se vieron reflejados en un mejoramiento de los indicadores en relación con otros países que realizan menores inversiones (OPS-CEPAL, 2012; Arce, 2012; Kessler, 2014). El sistema nacional continuó caracterizándose por su fragmentación territorial y regulatoria, que profundizó los problemas de inequidad en la cobertura y financiación (Tobar, Olaviaga y Solano, 2012). Agravando esta situación, en 2018, durante la gestión del gobierno de Mauricio Macri, el poder ejecutivo decidió disolver el Ministerio de Salud reduciéndolo al rango de secretaría. Esto agravó la imposibilidad de desarrollar acciones centralizadas tendientes a la articulación de las decisiones en materia de salud a nivel nacional.

La desarticulación del sistema de salud hace que las condiciones de empleo en el sector dependan en gran parte del segmento del que estamos hablando. De esta forma, continúan vigentes muchos de los problemas reseñados en la década del 90: diversas formas de flexibilización y contratación precarias, intensidad laboral, tercerización de servicios, bajas remuneraciones, multiempleo, turnos rotativos, entre otras.

En lo que concierne específicamente al trabajo de enfermería, se registran condiciones laborales deficitarias y muy heterogéneas (Micha, 2015; Pereyra y Micha, 2016; Esquivel y Pereyra, 2017; Aspiazu, 2017). Las normativas que regulan las tareas difieren según jurisdicción y escalafón en el cual se incluye a los trabajadores/as de enfermería, y las



remuneraciones varían según el subsector de referencia. En el caso del subsector público, hay fuertes diferencias por jurisdicción; en el caso del sector privado, si bien poseen condiciones salariales similares por la estructura gremial que los representa, pueden existir diferencias respecto a la institución empleadora con la cual se negocian remuneraciones “extra” paritarias. Además, podemos encontrar establecimientos que se retrasan en los pagos, especialmente en el caso de instituciones pequeñas.

Respecto a las condiciones laborales, debe decirse que en nuestro país se registra un déficit cuantitativo respecto de la relación médico/enfermeras y enfermeras/población total, así como una subclasificación para las tareas realizadas (debido a la gran proporción de enfermeras auxiliares en relación a las enfermeras profesionales).<sup>3</sup> A la escasez cuantitativa y el bajo nivel de formación se suma otro rasgo propio de la actividad como es la extensión de la jornada laboral a través del pluriempleo, la realización de horas extras muchas veces “no registradas”, y el trabajo durante fines de semanas y días no laborales. Las bajas remuneraciones en el sector, especialmente al inicio de la carrera laboral, impulsan la búsqueda de otras fuentes de ingreso. La falta de recursos humanos y la sobrecarga de pacientes, ya sea por la escasez de profesionales o por la decisión de los empleadores de reducir su planta estable, hacen que la intensidad laboral de la enfermería sea muy elevada. En los últimos años diversos actores se han pronunciado en torno al enorme desgaste físico y emocional derivado de las elevadas exigencias y la extensión de la jornada que en muchos casos impacta en el ausentismo, riesgos psicosociales y/o padecimientos mentales como el estrés o el *burnout* (OPS, 2012; Neffa y Henry, 2017).

Asimismo, se registran diversas organizaciones sindicales. En el ámbito privado, las enfermeras están representadas a nivel nacional (junto con el personal administrativo, técnico y de maestranza) por la Federación de Asociaciones de Trabajadores de la Sanidad (FATSA) conformada por las numerosas Asociaciones de Trabajadores de la Sanidad (ATSA) divididas por distritos. Si bien los convenios colectivos de trabajo se firman separadamente según el grupo de instituciones en cuestión, en todos interviene FATSA como representante sindical a

---

<sup>3</sup> Ver Informe del Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud (2018). Si bien desde el año 2016, con la implementación del Programa Nacional de Formación de Enfermería (PRONAFE), se buscó aumentar la cantidad y calidad de las enfermeras en la República Argentina, estas iniciativas estatales se desarrollan con contradicciones, en tanto conviven con medidas que socavan el estatus profesional de este grupo laboral: en 2018 la legislatura de la Ciudad de Buenos Aires aprobó una ley en la que se excluye a las licenciadas en enfermería (y a los licenciados en Bioimágenes, en Biotecnología y en Instrumentación Quirúrgica) del agrupamiento “profesional” para reencuadrarlos en el grupo “administrativo”.

nivel nacional. En el ámbito público, las enfermeras pueden estar representadas por grandes sindicatos estatales a nivel nacional como Asociación Trabajadores del Estado (ATE) o Unión del Personal Civil de la Nación (UPCN), sindicatos más pequeños que nuclean trabajadores/as municipales o provinciales e incluso asociaciones de profesionales también a nivel local, compartidas o no con otros trabajadores/as de la salud pública. La representación puede variar según el ámbito de trabajo y el nivel de calificación.

Los elementos anteriormente señalados nos permiten afirmar que el empleo de enfermería presenta rasgos propios de la precarización, que se hacen visibles en las heterogéneas condiciones laborales en sintonía con la elevada fragmentación del sistema de salud. Los bajos salarios, el pluriempleo, la sobrecarga de tareas y la gran intensidad laboral lo ejemplifican.

Además de estos factores estructurales que indican procesos de *precarización del empleo*, también son notorios los diversos procesos de *precarización en el trabajo* relacionados con la posición subordinada que ocupa la enfermería en el entramado laboral.

En primer lugar, por razones históricas relativas a la propia conformación de la enfermería, esta se desarrolló como una práctica subordinada a la medicina —primero como un oficio empírico y luego profesionalizado—. El proceso de profesionalización de la enfermería no fue lineal ni armónico, e implicó luchas por el reconocimiento del estatus profesional (Faccia, 2015) que generó diversas resistencias de otros grupos de trabajadores, fundamentalmente de los médicos (Ramacciotti y Valobra, 2015; Wainerman y Binstock, 1992). El hecho de que en un comienzo la enfermería haya sido una práctica de personas formadas empíricamente en los hospitales, se modificó a partir de las décadas del 40 y el 50 en nuestro país, cuando se promovieron procesos de formación a cargo del Estado para el personal auxiliar de enfermería (Ramacciotti y Valobra, 2015). Pero la pretendida profesionalización se combinaba con bajas remuneraciones, la sobreocupación horaria, la informalidad y precarización (Ramacciotti y Valobra, 2010). El ingreso al sistema universitario, acontecido en los 60, constituyó un salto cualitativo en la formación de enfermería, puesto que se crearon tres niveles de ejercicio (auxiliares, técnicos, profesionales). A partir de la década del noventa se impulsó un plan nacional de profesionalización en la búsqueda por reconvertir al personal “empírico” y también auxiliar en profesional., y en 1991 se sancionó la Ley Nacional N°24.004 de Ejercicio de la Enfermería donde se reconoció a la profesión como autónoma y se definieron

dos niveles: el auxiliar y el profesional. De esta forma se prohibió el ejercicio a quienes no estuvieran comprendidas en dichas categorías.

Pero la invisibilidad del trabajo de enfermería no se debe únicamente a la subordinación frente a la medicina, sino también a aspectos de género y a las características propias de los trabajos de cuidado imbricados en este proceso.

Las construcciones sociales sobre los roles de género se encuentran cargadas valorativamente. Dado que la enfermería es un trabajo desarrollado principalmente por mujeres, es usual que se naturalicen las labores de cuidado como una “extensión” de cualidades supuestamente femeninas, cuestión que invisibiliza la formación y capacitación requerida para ejercer esas tareas. Desde una perspectiva histórica, Wainerman y Binstock (1992) reconstruyeron el proceso de nacimiento de la enfermería y su constitución como una ocupación esencialmente femenina. Las autoras nos recuerdan que hasta 1880 los varones conformaban más de la mitad del personal de la época y se feminizó a partir de 1921 debido a las acciones conjuntas de las escuelas de formación y el Estado, pues se estableció la restricción del ingreso de varones en esta carrera. Este cambio de dirección se sostenía en una valoración positiva de las cualidades supuestamente femeninas para el cuidado de los enfermos (Wainerman y Binstock, 1992). Ramacciotti y Valobra (2010) afirman que la feminización de la enfermería en Argentina conllevó a una paradoja en el proceso de profesionalización: mientras se reclamaban más mujeres para la enfermería y se desplazaba a los varones, aquellas no recibían el reconocimiento profesional ni salarial adecuado, lo que dificultó la profesionalización de esta ocupación. El aparente carácter vocacional y los roles asignados a los estereotipos de género hizo que el trabajo de las enfermeras sea escasamente reconocido, débilmente retribuido en términos económicos y realizado en condiciones sumamente precarias (Aspiazu, 2017).

Finalmente, otros elementos que cooperaron en la falta de reconocimiento de las labores de enfermería se vinculan con las características de las propias prácticas de cuidado. En estos casos, se trabaja con situaciones que socialmente son consideradas tabú y que hay que aprender a disimular: la limpieza de secreciones y de las partes genitales del cuerpo, la asistencia para ir al baño, el retiro de deyecciones, entre otras. Tal como ha sido señalado por Molinier (2012) y Borgeaud-Garciandia (2009), la invisibilidad aparece como la condición para que su actividad se realice exitosamente, exige el desempeño de habilidades discretas que deben permanecer ocultas y que sólo se hacen visibles cuando fallan. Este aspecto se vincula con los trabajos de

limpieza en general. Hughes (1962, 1971) señala que podemos pensar en los trabajos como conjuntos de tareas, donde cada una ocupa una determinada posición en una escala de prestigio: las tareas menos prestigiosas son las vinculadas con la suciedad y con el uso de la fuerza (lo que Hughes denomina “trabajos sucios”). Pero si bien esto puede ser generalizado para todos los trabajos de limpieza, la cuestión de la impureza se torna sumamente importante en el sistema hospitalario:

La pureza física del organismo humano depende de equilibrios frágiles; los médicos y quienes los asisten intervienen en las fronteras donde esos equilibrios son, de hecho, a menudo perturbados. Restaurar la salud (es decir una forma de pureza), he ahí el gran milagro. Aquellos que llevan adelante el milagro son más que absueltos de la impureza potencial de sus tareas; pero quienes realizan las tareas humildes, sin ser reconocidos como los autores de esos milagros, no tienen derecho más que a un prestigio mediocre (Hughes, 1971, p. 64).

Si bien en los hospitales muchas labores se vinculan con la suciedad de los pacientes (también las labores de los médicos, bioquímicos, camilleros, mucamos, etc.), la enfermería no necesariamente goza del mismo prestigio que aquellas. Esto se debe a los aspectos relacionales y políticos vinculados a las labores y el prestigio asociado a las tareas.

### **3. Sentidos nativos sobre la (in)visibilidad de las labores**

Hasta aquí hemos desarrollado diversos aspectos del trabajo de enfermería que cooperaron con la precarización del empleo y del trabajo: por un lado, vinculadas a la fragmentación del sistema de salud argentino y sus implicancias en la calidad del empleo en el sector; por otro lado, características internas del desarrollo profesional de la enfermería (históricas, de género, y respecto de características de las prácticas de cuidado en sí mismas). A continuación, analizaremos cómo aparecía la cuestión de la invisibilidad de las labores de enfermería en nuestras investigaciones, con el objetivo de aportar, de manera más general, a los debates sobre precarización laboral.

#### **3.1 La articulación de lo privado y lo público en el cuidado de pacientes**

Los resultados presentados en este apartado forman parte de una investigación doctoral finalizada, en la que se analizó el sentido que los trabajadores del Hospital Provincial Neuquén

le asignaban a sus prácticas laborales y políticas (Beliera, 2019). Aquí presentaremos algunas características importantes del trabajo de enfermería a partir del análisis de la experiencia del equipo del Servicio de Clínica Médica. En este servicio, que contaba con 30 camas de internación, se atendían adultos con afecciones clínicas complejas. El equipo de trabajo estaba conformado por 14 médicos de planta, 28 enfermeras, una administrativa, una recepcionista, 3 mucamos/as, y 16 residentes de medicina en proceso de formación en la especialidad.

A continuación, presentaremos algunos sentidos que las enfermeras le asignaban a su trabajo a partir de la descripción del vínculo que mantuvieron con una paciente que estuvo internada en reiteradas oportunidades. Se trataba de Priscila, una mujer con leucemia que ingresó al hospital para hacer/hacerse ciclos de quimioterapia. Luego de que los primeros tratamientos no funcionaran, fue estudiada para evaluar la posibilidad de realizar un autotrasplante de células madre —tradicionalmente conocido como trasplante de médula ósea—, pero esta opción fue descartada. Abandonada esta posibilidad, comenzaron la búsqueda para realizar un trasplante alogénico —para que recibiera células madre de otra persona—: primero realizaron estudios de compatibilidad entre su grupo familiar y luego esperaron encontrar a un donante en los institutos de hemoterapias a nivel nacional e internacional. Durante todo este proceso, Priscila fue internada varias veces en una habitación de aislamiento con estrictas reglas de esterilización y prevención de contagios. Desafortunadamente, no consiguió hacerse el trasplante y falleció.

Todo el equipo de enfermería se había encariñado mucho con esta paciente, con la que tuvieron una relación duradera por sus reiteradas internaciones. Tanto Clara como Laureano me hablaron de manera extensa sobre el vínculo con Priscila para ejemplificar las gratificaciones y dificultades que implicaba su trabajo. Para ellos era una paciente importante, que había marcado su experiencia laboral.

Clara era la jefa del equipo de enfermería de Clínica Médica. Cuando tuvo que delinear el proyecto para inscribirse al concurso para la jefatura, le propuso a una colega —Susana— hacer una encuesta con los pacientes para detectar errores en el trabajo del equipo y, a partir de los resultados, diseñar su proyecto de gestión. En su recuerdo, los resultados fueron significativo porque en la encuesta que había respondido Priscila encontró un mensaje:

Y por acá veo un mensaje, y yo le digo a Susana: “Mirá, en la encuesta de Priscila, nos deja un mensaje”. Y bueno, el mensaje era sólo de agradecimiento, y diciendo que ella

donde estuviese nos iba a cuidar y nos agradecía por haber estado con ella y su familia. Un montón de palabras lindas. Y vos sabés que empecé a leer y empecé a llorar. [...] Entonces Susana me dijo: “¡Clara, ves! Por esto es por lo que tenemos que luchar, por esto es por lo que no tenemos que aflojar” (Clara, sector de clínica médica del HPN, entrevista personal, 2016).

Tal como era presentado por Clara, la encuesta no sólo le permitía construir conocimiento de una manera sistemática para elaborar su proyecto de gestión, sino que además era una vía de comunicación con los pacientes. A partir del relato de este proceso, Clara articulaba ideales profesionales contrapuestos: por un lado, afirmaba que la enfermería no era sólo una actividad asistencial, sino que también implicaba tareas de gestión y planificación que ella iba a asumir como jefa del equipo; pero por el otro lado, el trabajo de enfermería no se autonomizaba de las prácticas de cuidado del enfermo. Incluso al relatar su decisión de presentarse a un puesto de jefatura (que la alejaría de las tareas asistenciales), Clara se mostraba preocupada por los pacientes. Se mantenía cerca de los enfermos, cerca de Priscila.

También Laureano me habló de los pacientes como una forma de ilustrar la complejidad de las labores que tenían que desarrollar. Él afirmaba que hay muchos pacientes que “le llegan”, en el sentido de que lo conmueven, pero recuerda que la atención de Priscila se le hizo especialmente difícil:

Son personas con las que compartimos mucho, porque vienen a hacerse tratamientos y por ahí parece que van a mejorar... y conocés al marido, conocés a la familia, los hijos. Tenía hijos chiquitos... eran de Zapala [ciudad del interior de la provincia de Neuquén]. Era todo un esfuerzo para ellos venirse para acá. Esa se me hizo difícil... recuerdo que me marcó, así, mal. Porque cuando... justo ella tenía que pasar, habían conseguido un trasplante de médula para ella... después de tanto pelearla, tanto pelearla, al final consiguieron a alguien que era compatible y se estaba por ir a Buenos Aires [derivada para hacer el trasplante], e hizo fiebre, entonces teníamos que resolver eso y nunca lo resolvió y falleció antes. ¡Y estuvo ahí! Y vos decís: “Nooo...” [Silencio. Mira hacia el costado, aprieta los labios. Se larga a llorar]. Ya me había olvidado. Sí, eso me hizo mal. Fue duro por eso, porque la peleamos un montón... ¡Y faltó tan poquito! [Silencio]. Ya nos conocíamos. De tantas internaciones que había tenido, por ahí había cuestiones que te llamaban la atención... qué sé yo, contaba cosas de su vida cotidiana. Tenía los problemas de una persona común, viviéndolos a 200 o 300 km de distancia. Y la familia

como que... el marido estaba acá firme, al pie del cañón, el tipo un grande, cuidándola, y entonces como que los hijos se estaban descarreando. Entonces ella, más allá de toda su enfermedad, le preocupaban los hijos... que estaban preadolescentes, y en vez de ir a la escuela, se escapaban; o se preocupaban por ella y no se lo decían. Y cada vez que ella venía para Neuquén, ya la abrazaban y se despedían como si no la fueran a volver a ver por mucho tiempo. [...] Y a veces pasaban los hijos y a veces no podían venir hasta acá, por cuestiones económicas, la escuela. Y bueno, nosotros la apoyábamos en ese aspecto también. “Hablalo con ellos, lo tenés que hablar ahora...”, “Sí, tenés razón”. Y por ahí llamaba a los hijos y hablaban, y las cosas se arreglaban, entonces vos te sentías como parte... en cuestiones, más allá de la salud, en aspectos de su vida personal (Laureano, sector de clínica médica del HPN, entrevista personal, 2016).

El involucramiento afectivo no se da sólo con los pacientes internados, sino también con sus acompañantes y familiares. Laureano resalta que la presencia de los familiares es fundamental para la recuperación de los pacientes, y por eso en el servicio de Clínica Médica los dejan estar en la sala de internación más allá del horario de visitas.

Creemos que la participación del familiar en el cuidado es indispensable, porque el que está internado se siente contenido y a vos te ayuda por ahí a cuidarlo. Por ahí viene un familiar y te avisa algo. Hay casos en los que se abusan de ese permiso que les damos, y entran dos, tres, cuatro, y la habitación se hace un mundo de gente porque están todos los parientes metidos en la habitación, y ahí tenemos que cortar el trato ameno que tenemos y ponernos serios y decir: “¡Salgan de la habitación!” [Risa]. Porque son habitaciones compartidas. Qué sé yo... en una habitación de mujeres que, entre Juan, Romeo, Pepito... y capaz que la señora quiere hacer pis y no se anima a pedir, la de al lado, porque están todos los parientes ahí (Laureano, sector de clínica médica del HPN, 2016).

Tal como señaló Balzano (2012), las sustancias corporales, al traspasar los límites del propio cuerpo, disturban el orden; y gran parte del trabajo de las enfermeras consiste en saber disimular “las cosas fuera de lugar”, en la reorientación de lo público hacia lo privado. Por un lado, las enfermeras deben excluir del campo de la percepción todo lo que contribuyen a limpiar —desechos, ropa sucia, sudores corporales, y todas las dimensiones de la condición humana que nos recuerdan que somos mortales (Molinier, 2012)—. Pero por el otro lado, deben mostrar la importancia de estas tareas para construir para sí un lugar de reconocimiento. Se deben mantener en el equilibrio entre hacer visibles e invisibles sus intervenciones sobre los pacientes,

para tematizar estos aspectos del trabajo como un objeto del dominio de la acción necesario dentro del hospital. Las enfermeras reconocen su trabajo como una labor socialmente útil al desarrollar procesos que, a su vez, mantienen relativamente invisibilizados para resguardar la privacidad de los pacientes.

Este aspecto es común a todos los “trabajos sucios” (Hughes, 1971), que tienen que lidiar con la suciedad e impureza y en general requieren del uso de la fuerza. Se trata de trabajos que se consideran bien realizados justamente cuando la presencia del o la trabajadora no se nota. Pero quisiéramos resaltar aquí dos cuestiones que consideramos importantes para el caso específico de enfermería: por un lado, que se vincula con la histórica invisibilización del trabajo reproductivo vinculado a las tareas domésticas de limpieza y confort, y cómo esto se extrapola a los empleos feminizados que realizan dichas tareas (como el servicio doméstico, las tareas de cuidado, la enfermería); por otro lado, en este caso también debe considerarse posición subordinada que ocupa la enfermería en la escala de prestigio de las profesiones hospitalarias, en las que participan de las tareas de cuidado de los enfermos pero sin gozar de la visibilidad y prestigio del trabajo médico.

Tanto Clara como Laureano manifestaban aspectos similares. En primer lugar, que el trabajo implicaba poner en juego habilidades técnicas, pero también afectivas. El involucramiento con los pacientes en estas tareas de cuidado no implica una labor despersonalizada o estandarizada, sino un vínculo con los sentimientos de los pacientes. Al reconocer a Priscila en estas múltiples dimensiones, muestran que no la consideran únicamente el objeto de sus intervenciones laborales ni un cuerpo meramente biológico, sino que atienden las dimensiones subjetivas (sus esperanzas, sus relaciones familiares, sus luchas). En segundo lugar, ambos manifiestan haber establecido un vínculo con el mundo privado de Priscila, que incluso les habilitó una posición activa frente a su propia internación: ella no era únicamente una paciente que estaba esperando las intervenciones del equipo de salud, sino que ella misma también realizaba indicaciones sobre cómo mejorar algunos procesos, manifestaba sus preocupaciones, pedía consejos respecto a cómo afrontar dificultades con sus hijos. En tercer lugar, en estos relatos aparece también un reconocimiento de las redes sociales en las que están inmersos los pacientes: se involucra a las familias en las tareas de cuidado, se conversa sobre las dificultades que tienen sus hijos, se establece un vínculo con sus parejas, se favorece la permanencia de estos en la sala de internación. Afirman que el reconocimiento de la vida social



de los enfermos internados no va en desmedro del resguardo de su intimidad y privacidad. Además, manifiestan que deben estar atentos a las necesidades de los pacientes incluso cuando estos no las manifiestan de manera explícita. Tal como muestra Balzano (2012), en este resguardo de la intimidad y dignidad del padeciente, preservando la privacidad del propio cuerpo, se encuentra otra de las razones para entender la invisibilidad de su labor. Pero esta invisibilidad no va en desmedro del reconocimiento, sino que en nuestra investigación registramos cómo esto podía volverse un aspecto para mostrar la importancia de las labores de enfermería y construir un lazo de cohesión en el grupo.

### **3.2 Entre la estandarización y el reconocimiento de la particularidad: el contacto cotidiano y prolongado con los pacientes**

Como señalamos, la discusión en torno a la relación entre (in)visibilidad y precariedad en el trabajo de enfermería involucra la pregunta por el reconocimiento. Las labores de enfermería se organizan esencialmente en torno al cuidado de un Otro que se encuentra en situación de vulnerabilidad. Cuidar significa participar de la producción de una práctica que contribuye a la preservación de la vida y reconoce la dependencia y la imposibilidad de autosuficiencia que caracteriza a los seres humanos (Borgeaud-Garciandía, 2009). El trabajo de cuidado visibiliza que las necesidades humanas son de bienes y servicios, pero también de afectos y relaciones.

En este sentido, el ejercicio de la enfermería en una clínica privada de salud mental posee ciertas especificidades ligadas a las patologías y a los tiempos de internación de los pacientes, lo cual permite la construcción de un vínculo permanente entre las enfermeras y las personas internadas en la institución.

La clínica de salud mental bajo estudio se encuentra ubicada en la ciudad de La Plata, posee una capacidad de 150 camas y una disposición sectorizada según las distintas patologías y requerimientos terapéuticos de los pacientes (patologías psiquiátricas diversas, situaciones de recuperación de adicciones, problemas madurativos, adultos mayores con demencia senil, entre otros). Prácticamente la totalidad de las enfermeras son mujeres y efectúan sus labores durante largas jornadas que se extienden por más de 48 horas semanales con francos rotativos, muchas de ellas también realizan horas extraordinarias en la propia institución o bien poseen otro

empleo.<sup>4</sup> Asimismo, al tratarse de un establecimiento de carácter privado, el trabajo de las enfermeras está sujeto al control patronal, por ejemplo, mediante un sistema de cámaras de vigilancia. En materia salarial, la situación se condice con la escasa retribución material que percibe este grupo a nivel nacional.<sup>5</sup> No obstante, más allá de las condiciones de precariedad que experimentan en términos de empleo, las enfermeras manifiestan sentirse orgullosas de su trabajo puesto que realizan una actividad de gran impacto social, centrada en el cuidado de personas que atraviesan situaciones de gran vulnerabilidad.

En uno de los sectores de la clínica donde se encuentran internados ancianos con demencia senil encontramos a Nilda, quien hace dieciocho años que trabaja allí. Los primeros años lo hizo como “mucama” y fruto del proceso de profesionalización impulsado durante la década de los noventa se recibió de auxiliar de enfermería estando en servicio, ya que la institución posibilitó la articulación entre trabajo y formación. Desde ese momento, realiza sus labores en el turno noche.<sup>6</sup>

En el cotidiano, Nilda trabaja con personas que padecen demencia senil, lo cual implica el cuidado de adultos mayores con algún tipo de deterioro en sus capacidades psíquicas y cognitivas. Fruto de esta condición, los y las ancianos/as permanecen internados durante extensos periodos de tiempo en la institución, incluso de forma permanente. La clínica entonces se transforma en un segundo hogar para estas personas, donde no sólo se aborda su patología en términos médicos, se cuida de su alimentación e higiene, sino que también se realiza otro tipo de actividades que configuran su vida cotidiana: el almuerzo en el espacio del comedor junto con otros pacientes y la participación en los talleres artísticos, entre otras.<sup>7</sup> De esta forma, se construye el “día a día” en la clínica.

<sup>4</sup> Esta situación no es propia del subsector privado de la provincia de Buenos Aires, sino que también encontramos situaciones similares en el subsector público del interior del país. Por ejemplo, entre los trabajadores del HPN hay quienes realizan “recargos” de un turno completo, o bien trabajan por la tarde en alguna clínica privada.

<sup>5</sup> El salario básico de una enfermera de piso a partir de octubre de 2017 representaba \$18.311,33. Según el Convenio Colectivo 122/75 durante 2017 se efectuaron dos aumentos, uno de ellos en julio y otro en octubre. A modo de referencia el Salario Mínimo Vital y Móvil entre julio y diciembre de 2017 era de \$8.860, en enero 2018 representaba \$9.200.

<sup>6</sup> La situación que relata Nilda no es la única en la clínica bajo estudio. Nos resultó llamativo que muchas de las mucamas entrevistadas se presentaran como “auxiliares de las enfermeras” o “personal de ayuda al enfermo mental”. Profundizando en sus relatos, encontramos que en los distintos sectores de la clínica enfermeras y mucamas suelen trabajar de forma conjunta, realizando actividades complementarias, aunque existan diferencias respecto a las tareas y responsabilidades en el cuidado de los pacientes.

<sup>7</sup> Por ejemplo, en el espacio de comedor del sector donde trabaja Nilda observamos que en una de sus paredes colgaban una serie de dibujos de “mandalas” pintadas a mano por los propios pacientes.

Si, como señalamos anteriormente, la conformación del estatus profesional de la enfermería se sustenta en el reconocimiento de la persona en su totalidad, que implica la visibilización de sus aspectos biológicos, pero también emocionales y afectivos, el contacto extendido en el tiempo permite establecer un vínculo más personal con los pacientes, rescatando sus particularidades y necesidades concretas.

Durante el trabajo de campo, pudimos registrar esta especificidad al entrevistar a Nilda en su lugar de trabajo. Al llegar, aproximadamente a las 23 horas, estaba terminando de acostar a los pacientes y suministrándoles la medicación. Mientras ayudaba a las personas internadas en su sector a prepararse para dormir, también intentaba calmar a uno de estos pacientes que se quejaba y gritaba. Con palabras suaves, ella le decía “ya está, ya está”, mientras terminaba de ponerle la ropa de cama. Por un lado, en su práctica, Nilda realizaba acciones estandarizadas propias de las labores de enfermería, sistemáticas para todos los internados y fijadas previamente por la coordinación de la clínica con horarios y tiempos más o menos estipulados. Muchas de estas acciones son definidas por las enfermeras como “tareas de higiene y confort”, imprescindibles para el devenir cotidiano de los pacientes. Pero, por otro lado, como señalamos anteriormente, la práctica de la enfermería se mueve entre procesos estandarizados y el reconocimiento de las particularidades de las personas internadas, como observamos a continuación:

Si bien es un trabajo que se realiza de noche me dice que no pueden dormir, debe permanecer atenta a las demandas de los pacientes, porque se levantan muchas veces durante la noche, para ir al baño o porque no pueden dormir. Mientras le hacía las preguntas noté que estaba pendiente de los ruidos que escuchaba, a veces paraba de responder para prestar mayor atención y si era un sonido que le parecía “común”, lo minimizaba y me decía que sigamos. Durante toda la situación de encuesta se escuchan ronquidos, voces o gritos que venían de las distintas habitaciones. Cuando en un momento se produjo un sonido más fuerte que aquellos que estábamos escuchando, ella se levantó y fue hacia la habitación a ver lo que pasaba. Luego de unos pocos segundos volvió y dijo - “no es nada, se estaba girando”- (en referencia al paciente) y seguimos con las preguntas. En otro momento escuchamos unos pasos y Nilda me dice - “debe ser la abuela que siempre se levanta a la noche”-. Nilda se levantó de la silla y fue a ver nuevamente lo que pasaba: la señora caminaba por el pasillo y Nilda le indicaba que se vuelva acostar. - “¡Otra vez te levantaste!” – le dijo en un tono de reto, pero amable. Desde mi ubicación

no lograba verla bien, solamente escuchaba sus pasos, arrastrando el calzado por el suelo. En ese momento suena otra vez el teléfono, Nilda le dice “-espéreme acá”- y se dirige hacia la pequeña cocina. Habla un buen rato, más de diez minutos, no puedo escuchar bien qué dice.

Cuando Nilda termina de hablar por teléfono se acerca a mí y me pregunta - “¿a dónde se me fue la abuela?”-, - no sé- le digo yo, -creo que estaba mirando por la puerta- (le señalo la puerta del patio). Nilda se asoma al patio y no la ve, dice: - “se debe haber ido acostar de nuevo”- y se desplaza hacia el pasillo de entrada del sector donde se ubican las otras habitaciones. Desde el comedor logré escuchar a Nilda: - “¿Dónde se me metió la abuela?” y va hacia el sector de las habitaciones, la encuentra allí y le dice -” ¡Otra vez, duerma eh! Por favor.”- con una voz un poco más elevada, pero que me sigue pareciendo un reto, una orden impartida con un tono de voz calma, que quiere convencer al otro. (Narración del diario de campo de Sofía Malleville: crónica de la entrevista a Nilda, enfermera del turno noche, Clínica Privada de Salud Mental, 2018).

Calmar personas angustiadas mediante la palabra son elementos que las enfermeras resaltan como propias de su labor, para diferenciarse de otros grupos. En el mismo momento que Nilda realiza las tareas habituales de la noche, como higienizar y acostar a los pacientes, también los contiene y escucha. En este gesto, los reconoce en su totalidad; es decir, no sólo como un cuerpo biológico sino como una persona que tiene emociones y sentimientos. Como sostiene Borgeaud-Garciandía (2009, p.149), recuperando a Pascale Molinier: “el trabajo de cuidado implica reconocer la vulnerabilidad y la dependencia de todos y de cada uno” y también, intervenir sobre dicha situación.

A la vez, ese reconocimiento del otro también es un conocimiento basado en la experiencia. Por un lado, en los años de antigüedad de Nilda en la clínica y en el ejercicio de la enfermería, y por otro, en las particularidades del trabajo con personas internadas durante largos periodos de tiempo. Ese contacto cotidiano y prolongado permite forjar un conocimiento mutuo, un vínculo que se diferencia del que sostienen otros grupos laborales que interactúan durante cortos y esporádicos momentos del día, como por ejemplo los profesionales médicos. Las enfermeras realizan acciones comunes para todos los internados, pero también pueden reconocer la particularidad de cada persona, “saber sus mañas”.

Esa experiencia, construida en las muchas noches que Nilda ha pasado en la clínica, también le imprime a su práctica un gran componente sensorial. Durante la entrevista, Nilda

clasificaba los sonidos que escuchaba: aquellos que le parecían habituales los minimizaba y frente a otros sonidos, consideraba que era necesario revisar en qué situación se encontraban los “abuelos”. No es menor que Nilda se refiera a las personas que cuida como “abuelos”: no los llama por su nombre, ni por su edad, ni hace referencia a su condición o enfermedad, sino que rescata que son “abuelos”. Visibilizar a las personas que sufren padecimientos mentales no sólo como cuerpos biológicos sino también con emociones y sentimientos, a partir del contacto cotidiano y prolongado, permite reconocer a los pacientes en su totalidad. En esas acciones las enfermeras también se visibilizan a sí mismas y encuentran un lugar legítimo de intervención laboral que las diferencia de otros grupos profesionales.

## Reflexiones finales

La enfermería ocupa una posición subordinada dentro del ámbito hospitalario y en ocasiones sufre procesos de *precarización laboral*. Hemos visto que, si bien en las primeras conceptualizaciones la precarización laboral se analizó como un aspecto vinculado a la dimensión jurídica de contratación de la mano de obra asalariada en el modo de producción capitalista, diversos autores resaltaron la importancia de atender también los aspectos subjetivos y colectivos que estaban implicados en este fenómeno. La falta de visibilidad o de reconocimiento de las tareas de un grupo laboral ha sido resaltada como una dimensión importante de la precarización laboral.

Las enfermeras experimentan condiciones laborales muchas veces precarias asociadas a las condiciones de empleo en el sector salud, pero también ligadas a características sociohistóricas del trabajo de cuidado. La división sexual del trabajo ha posicionado a las mujeres en la esfera reproductiva, es decir convocándolas a realizar ciertas tareas específicas para las cuales eran socialmente definidas como naturalmente hábiles y capacitadas. Las representaciones asociadas al género se extrapolan a las formas en que las mujeres se insertan en el mercado laboral. Históricamente, la distribución diferencial de los oficios y/o las profesiones, contribuyó a la concentración de la fuerza de trabajo femenina en aquellas ocupaciones ligadas a los servicios y al cuidado. Los servicios domésticos constituyen un caso paradigmático para analizar la relación entre género, clase e invisibilización de los trabajos reproductivos. Pérez, Cutuli y Garazi (2018) utilizan la noción de “régimen de invisibilidad” para analizar cómo las representaciones en torno a las tareas domésticas —realizadas

mayormente por mujeres en la esfera privada y de forma no remunerada— dificultaron el reconocimiento de las trabajadoras de casas particulares como sujetas de derecho. En el ámbito sanitario, enfermeras, visitadoras, asistentes sociales y otras profesiones sociosanitarias se promovieron como ocupaciones “de mujeres” (Martin y Ramacciotti, 2016).

En este artículo hemos argumentado que es necesario analizar los sentidos que tiene la *invisibilidad* de las tareas para los propios colectivos de trabajadores/as estudiados/as, en función de evaluar si es un aspecto que abona a un proceso de precarización laboral o no. Desde una mirada sociológica, consideramos que debe entenderse la visibilidad de determinados grupos laborales (y las tareas que desempeñan) desde una perspectiva relacional y procesual. Encontramos que la invisibilidad de algunas de sus tareas no va necesariamente en desmedro de la construcción de un poder colectivo frente a otros, sino que, por el contrario, en ocasiones se vuelve un aspecto valorable del trabajo.

Si por un lado la visibilidad de ciertos aspectos de los pacientes puede corroer el prestigio del trabajo de las enfermeras, pues pone al descubierto que la tarea de limpieza no fue realizada (cuestión que sucede con todos los “trabajos sucios”), también es cierto que la invisibilidad de estas tareas no necesariamente es indicador de una mayor precariedad en el trabajo. Muchas veces, hacer invisibles ciertos aspectos de sus labores les permite a las enfermeras construir prestigio o respetabilidad en el trabajo. La noción de respetabilidad (Skeggs, 2019) constituye una dimensión interesante para analizar el entrecruzamiento entre los aspectos de clase y de género, pues muestra que diferentes grupos tienen un acceso diferencial a los mecanismos que permiten generar, resistir y mostrar respetabilidad.

Si bien las enfermeras se encuentran subordinadas frente a otros grupos profesionales, como los médicos, también registramos que construían cotidianamente una razón de ser de su profesión que les confería respetabilidad en su tarea y un reconocimiento mutuo como colectivo. De esta forma, respondían a los roles socialmente construidos en torno al trabajo hospitalario, al tiempo que disputaban ciertas atribuciones que las colocaban en un lugar subordinado. Se generaban diversos procesos por medio de los cuales escapaban o resistían a las clasificaciones que las colocaban en determinada posición.

En dichas tareas, este grupo laboral encuentra un lugar para sí a partir de reconocer a los pacientes no sólo en los aspectos biológicos vinculados a su estado de salud-enfermedad, sino también dando lugar a los aspectos subjetivos y afectivos que están implicados. Movilizan

saberes técnicos como conocimientos prácticos, afectivos y emocionales: saber escuchar, dar ánimos en momentos difíciles, conversar con los allegados, dar consejos para afrontar algún obstáculo familiar, etc. Aunque estos aspectos, esenciales en la práctica de cuidado, no son fácilmente observables y/o cuantificables, constituyen un punto central de su trabajo, que se mantiene en un equilibrio entre la estandarización y el reconocimiento de la particularidad de cada uno de los pacientes.

En estos procesos, es importante registrar también las cosas que se mantienen ocultas o invisibles. Parte del saber-hacer que las enfermeras resaltan como propio de su trabajo es lidiar con la distinción y “respeto” entre los aspectos privados de los pacientes. Ellas tienen contacto directo con el mundo privado de los y las enfermos/as (los limpian e higienizan, los asisten en situaciones que pueden ser avergonzantes, a menudo conocen sus problemas familiares, etc.), y parte importante de sus labores es saber mantener en el orden de lo privado cuestiones que los pacientes no quieren que se hagan visibles. Las labores de enfermería se sitúan en una tensión: si por un lado encuentran un lugar legítimo de intervención a partir de visibilizar los aspectos no-biológicos que están implicados en las tareas de cuidado de los pacientes —resaltando los aspectos psicológicos, afectivos y emocionales que están implicados en sus trabajos—; por otro lado, deben aprender a ocultar aspectos privados de los pacientes que se vinculan profundamente con sus trabajos. En este sentido, el cruce entre las variables de género y de clase resulta central (Skeggs, 2019), pues permite mostrar cómo impactan las clasificaciones de género en la vida cotidiana de las mujeres trabajadoras.

A partir de haber registrado esta paradoja en el trabajo de enfermería, en donde la falta de visibilidad no va necesariamente en desmedro de la satisfacción con la tarea y el reconocimiento mutuo, concluimos que es necesario evaluar de manera situada y a partir de estudios cualitativos la relación entre invisibilidad y precarización laboral. La vinculación entre estas dos variables depende del sentido que le asignen los/las propios/as trabajadores/as en cada ámbito de trabajo. Consideramos entonces que para profundizar las discusiones sobre la precariedad es necesario atender a los sentidos nativos que los/as propios/as trabajadores/as ponen en juego en relación con la visibilidad y el reconocimiento de sus labores.

## Bibliografía

- Acuña C. y Chudnovsky M. (2002). El sistema de salud en Argentina. Documento 60, Universidad de San Andrés-CEDI. Buenos Aires. Consultado en: <http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/salud.pdf>. (Último acceso: 08/03/2012).
- Arce, H. (2012). Organización y financiamiento del sistema de salud en la argentina. *Revista Medicina*, 72, (5), 414-418.
- Aspiazu, E. (2017). Las condiciones laborales de las y los enfermeros en Argentina: entre la profesionalización y la precariedad del cuidado en la salud. *Trabajo y sociedad*, 28, 11-35.
- 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.
- Beliera, A. (2019). *Lo sindical en su multiplicidad: Trabajo, profesiones y afectos en el hospital*. Buenos Aires: Miño y Dávila.
- Bello, M. y Becerril-Montekio, V. (2011). Sistema de salud de Argentina. *Salud Pública*, 53, 96-108.
- Béroud, S., y Bouffartigue, P. (2009). Quand le travail se précarise, quelles résistances collectives. *La Dispute*, 53, 7-34.
- Brighenti, A. (2007). Visibility: A Category for the Social Sciences. *Current Sociology*, 55(3), 323-342. Consultado en: <https://doi.org/10.1177/0011392107076079>.
- Borgeaud-Garciandía, N. (2009). Aproximaciones a las teorías del care. Debates pasados. Propuestas recientes en torno al care como trabajo. *RELET*, 14(22), 137-156.
- Busso, M., y Bouffartigue, P. (2010). ¿Más allá de la “precariedad” y la “informalidad”? Aportes para el debate desde una perspectiva comparada. En A. Del Bono y G. Quaranta (comp.), *Convivir con la incertidumbre: aproximaciones a la flexibilización y precarización del trabajo en Argentina* (pp. 201-220). Buenos Aires: Ciccus/CEIL-PIETTE.
- Castel, R. (1997). *Las metamorfosis de la cuestión social: una crónica del salariado*. Buenos Aires: Paidós.
- Cingolani, P. (2009). “Ce qu'il y a de nouveau dans le travail précaire entre réflexion savante et questionnement politique”. En Béroud, S., y Bouffartigue, P. (2009). *Quand le travail se précarise, quelles résistances collectives*. Paris: La Dispute.
- Esquivel, V. y Pereyra, F. (2017). Las condiciones laborales de las y los trabajadores del cuidado en Argentina. Reflexiones en base al análisis de tres ocupaciones seleccionadas. *Trabajo y Sociedad Sociología del trabajo*, 28, 55-82.
- Faccia, K.A. (2015). Continuidades y rupturas del proceso de profesionalización de la enfermería (1955-2011). En Biernat, C; Cerdá, J.M y Ramacciotti, K. (Dir.), *La salud*



- pública y la enfermería en la Argentina.* (pp. 315-332). Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.
- Hughes, E. (1962). Good People and Dirty Work. *Social Problems*, 10, 3-11.
- Hughes, E. (1971). *The Sociological Eye: Selected Papers*. New Brunswick: Transaction Books.
- Kessler, G. (2014). *Controversias sobre la desigualdad: Argentina, 2003-2013*. Buenos Aires: FCE.
- Ley Nacional de Ejercicio de la Enfermería N° 24.004. Disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/403/norma.htm>
- Martin, A. y Ramacciotti, K. (2016). Profesiones sociosanitarias: Género e Historia. *Avances del Cesor* (15), 81-92.
- Micha, A. (2015). Las condiciones de trabajo de la enfermería en Argentina: algunos determinantes político-institucionales. *Revista Estudios del Trabajo* (49/50), 61-90.
- Molinier, P. (2012). El trabajo de cuidado y la subalternidad, livret de 40 pages. Disponible en: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01075702>
- Neffa, J. (coord.) (2010). *La crisis de la relación salarial: naturaleza y significado de la informalidad, los trabajos/empleos precarios y los no registrados*. Buenos Aires: CEIL-PIETTE CONICET/Miño y Dávila.
- Neffa, J. C. (2016). Informalidad, empleo no registrado y empleo precario. En Monereo Pérez, J.L.; Perán Quesada, S. (Dir.) *Derecho Social y Trabajo Informal. Implicaciones laborales, económicas y de Seguridad Social del fenómeno del trabajo informal y de la economía sumergida* (pp.113-139). Buenos Aires: Comares.
- Neffa, J.C. y Henry, M.L (2017). *¿Quién cuida a los que cuidan? Los riesgos psicosociales en el trabajo en los establecimientos privados de salud*. Serie Documentos de Trabajo Edición anual / Año 1 - N° 1, FCE UNPL, Instituto de Investigaciones Administrativas.
- Novick, M. y Galin, P. (2003). *Flexibilidad del mercado de trabajo y precarización del empleo. El caso del sector salud*. Observatorio de RRHH en Salud en Argentina. Información estratégica para la toma de decisiones, Buenos Aires: OPS/OMS.
- Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud (2018). Datos 2016. Fuerza de trabajo en el sector salud en Argentina. Disponible en: [www.msal.gob.ar/observatorio](http://www.msal.gob.ar/observatorio)
- OPS-CEPAL (2012). Estudio comparativo de las condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud en: Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú. Washington, D. C.
- Paugam, S. (2015). *El trabajador de la precariedad: las nuevas formas de precariedad laboral*. Buenos Aires: Fundación de Educación y Capacitación para los Trabajadores de la Construcción.
- Pereyra, F. y Micha, A. (2016). La configuración de las condiciones laborales de la enfermería en el Área Metropolitana de Buenos Aires: un análisis en el cruce del orden de género y la organización del sistema de salud. *Rev. De Salud Colectiva*, 12(2), 221-238.

- Pérez, I., Cutuli, R. y Garazi, D. (2018). *Senderos que se bifurcan. Servicio doméstico y derechos laborales en la Argentina del siglo XX*. Mar del Plata: EUDEM.
- Ramacciotti, K., y Valobra, A. (2010). La profesionalización de la enfermería en Argentina: disputas políticas e institucionales durante el peronismo. *Asclepio*, 62(2), 353-374. <https://doi.org/10.3989/asclepio.2010.v62.i2.471>
- Ramacciotti, K., & Valobra, A. (2015). Feminización y profesionalización de la enfermería (1940-1955). En C. Biernat, J. M. Cerdá, & K. Ramacciotti, *La salud pública y la enfermería en la Argentina* (pp. 287-315). Quilmes: Universidad Nacional de Quilmes.
- Skeggs, B. (2019). *Mujeres respetables: clase y género en los sectores populares*. Los Polvorines: UNGS.
- Tobar F., Olaviaga S. y Solano R. (2012). *Complejidad y fragmentación: las mayores enfermedades del sistema sanitario argentino*. Documento de Políticas Públicas, Análisis Nº 108. Buenos Aires: CIPPEC.
- Wainerman C. H., y Binstock, G. (1992). El nacimiento de una ocupación femenina: La enfermería en Buenos Aires. *Desarrollo Económico*, 32(126), 271-284.