

La enfermería y sus tareas invisibles: Revisitando el concepto de precarización laboral

Anabel Beliera y Sofia Malleville

Introducción

El reconocimiento del trabajo generalmente está vinculado a la visibilidad de las tareas que desempeñan diferentes grupos laborales. Sin embargo, en nuestras investigaciones sobre el colectivo de enfermería encontramos matices en este aspecto: hemos registrado que la falta de visibilidad de algunas de sus labores por parte de los Otros en el espacio de trabajo no siempre es interpretada por las propias enfermeras como una falta de reconocimiento laboral, sino que en ocasiones aparece como una dimensión valorable de su trabajo, que les otorga respetabilidad y valoración de su buen desempeño. Dado que las enfermeras usualmente trabajan con aspectos relativos a la intimidad de los pacientes, parte de sus tareas requiere la habilidad de mantener esos aspectos en el mundo privado y que no se expongan. Al ser un caso en el que la invisibilización de las labores no va necesariamente en desmedro de la construcción de respetabilidad y poder colectivo frente a Otros, la enfermería se torna interesante para repensar la relación entre reconocimiento, visibilidad y precarización laboral. Argumentaremos a favor de un enfoque que analiza los procesos de

reconocimiento y precarización laboral de manera situada y a partir de métodos cualitativos.

Para el análisis empírico, compararemos los resultados de dos investigaciones en las que se examina el trabajo de cuidado realizado por personal de enfermería. Ambas adoptan una perspectiva metodológica cualitativa, basada en la realización de observaciones participantes y entrevistas en profundidad.

La primera estudia la articulación de los aspectos laborales y políticos en la experiencia sindical de distintos grupos de trabajadores del Hospital Provincial Neuquén (Beliera, 2019). Para ello se diseñó una estrategia metodológica cualitativa con perspectiva etnográfica, basada en la realización de observaciones participantes en el espacio hospitalario, que fueron registradas en notas de campo. Asimismo, se realizaron noventa y siete entrevistas semiestructuradas en profundidad (Marradi, Archenti y Piovani, 2010), con una duración promedio de una hora y media cada una (algunos trabajadores fueron entrevistados más de una vez). El trabajo de campo se desarrolló durante los años 2010, 2013, 2015 y 2016.

La segunda investigación partió de los datos producidos en el marco de dos proyectos de investigación: por un lado, de la participación en el proyecto de Desarrollo Tecnológico y Social “Los riesgos psicosociales en el trabajo (RPST). Relevamiento de la percepción y vivencias por parte de los trabajadores asalariados con vistas a su prevención”;¹ por otro lado, del trabajo de campo para una tesis doctoral en curso, que busca analizar el vínculo entre trabajo y salud en enfermeras que se desempeñan en establecimientos de salud de carácter privado ubicadas en el casco urbano de la ciudad de La Plata. Aquí se

¹ En la ciudad de La Plata dicho proyecto fue llevado a cabo por un equipo de investigación interdisciplinario, coordinado por el Dr. Julio César Neffa en la Facultad de Ciencias Económicas (FCE-UNLP), y la organización adoptante de la investigación fue la Asociación de Trabajadores de la Sanidad (ATSA-LP).

analizará específicamente el trabajo de campo realizado en una clínica privada de salud mental donde se aplicó un cuestionario sobre condiciones de trabajo y riesgos psicosociales a 26 enfermeras.² La encuesta se llevó a cabo en el lugar de trabajo, lo que también posibilitó una serie de observaciones sobre dicho espacio. El trabajo de campo se desarrolló entre fines de 2017 y principios de 2018.

El capítulo se organiza de la siguiente manera: en primer lugar, expondremos algunos elementos del debate académico en torno al concepto de precarización laboral, para pasar a analizar qué elementos de la precarización en el empleo y en el trabajo están presentes en el ejercicio de la enfermería en nuestro país. En segundo lugar, analizaremos los datos construidos en nuestros trabajos de campo a la luz de las discusiones planteadas. Por último, en las conclusiones sistematizaremos el examen empírico a la luz de las discusiones teóricas para argumentar que es necesario analizar los sentidos que tiene la invisibilidad de las tareas para el propio colectivo de trabajadores/as —en este caso, las enfermeras—, en función de evaluar si es un aspecto que abona a un proceso de precarización laboral.

Queremos hacer aclaraciones sobre este texto: en primer lugar, que para respetar el anonimato de las enfermeras y pacientes, se han utilizado nombres ficticios; en segundo lugar, que sus palabras están destacadas en el texto con entrecomillado y cursivas; finalmente, 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 integrado por varones.

² Debido al tamaño de la institución —80 trabajadoras de planta estable—, la encuesta se aplicó a prácticamente la totalidad del personal (63), exceptuando a aquellas personas que en ese momento no se encontraban disponibles o bien no quisieron responder. Veintiséis de las ochenta trabajadoras de la clínica realizan tareas de enfermería.

Precarización, (in)visibilidad y reconocimiento laboral

Dentro de la Sociología del Trabajo se ha señalado que la invisibilidad de las tareas de un grupo está vinculada a la falta de reconocimiento laboral. La imbricación de ambas variables parece evidente: no se puede reconocer aquello que no se ve. Por ende, se ha resaltado que una parte importante del empoderamiento de los trabajadores —frente a sus patrones o frente a otros grupos de trabajadores— consiste en hacer visibles sus tareas y mostrar su importancia. En este sentido, parte de la satisfacción laboral se explica por el reconocimiento: que los Otros vean las actividades desarrolladas y las consideren valiosas.

El registro de esta dimensión simbólica fue central en los debates académicos sobre precariedad. Esta noción ha estado caracterizada por una gran polisemia y ciertas ambigüedades. En un primer momento, se utilizó este concepto para hacer referencia al 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)—. La degradación de la condición salarial puso al descubierto que estas no eran raras excepciones, sino que ganaron cada vez mayor centralidad (Neffa, 2016), observable en la generalización de horarios flexibles, rotación de puestos, incertidumbre respecto del futuro, etc. Aquí se orientaba el análisis al empleo en sentido estricto: las condiciones jurídicas de contratación de la mano de obra asalariada.

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 solo tenía impacto en las formas de contratación del trabajo asalariado (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) destacó la necesidad de analizar otras dimensiones

que conforman la integración laboral: la retribución material y simbólica de las tareas, 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 esta 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, de empobrecimiento de los ingresos y el consiguiente deterioro de las condiciones de vida (Neffa, 2010).

De acuerdo con Paugam, mientras que la *precariedad en el empleo* muestra una debilidad de la protección del trabajador (en términos contractuales), 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” (2015, p. 29). Pero si bien se trata de dos dimensiones analíticas distintas, ambas formas de precariedad están relacionadas, pues

cuanta más inseguridad laboral exista, más se resienten las posibilidades de realización laboral (en el sentido de *homo faber*: tomar iniciativas; emplear sus competencias; ser capaz de contribuir con cualquier cosa que sea útil para la sociedad; seguir aprendiendo cosas nuevas; tener voz acerca de lo que ocurre en el trabajo; encontrar interesante su trabajo), las dificultades que muestra la calidad del intercambio salarial (en sentido de *homo oeconomicus*: satisfacción con la remuneración; orgullo de trabajar para su empresa; aceptación de trabajar más que lo previsto para ayudar a la empresa a ser exitosa) y finalmente las dificultades que relacionan la vida social con el trabajo y el reconocimiento por parte del otro (en el sentido de *homo sociologicus*: tener buenas amistades en el trabajo; tener buenas relaciones con su supervisor o su director;

recibir sostén de la jerarquía cuando hay presión en el trabajo) (Paugam, 2015, p. 30).

Los que perciben que no tienen asegurado un futuro en un lugar de trabajo, no se sienten implicados en un proyecto común (Neffa, 2010). La falta de reconocimiento y satisfacción en el trabajo tiene pues consecuencias sobre el trabajador en cuanto *homo sociologicus*: se resienten las relaciones sociales entre grupos y se socava la integración social a partir del trabajo.

En relación con los aspectos colectivos implicados en los procesos de precariedad laboral, nos interesa señalar también que diversos teóricos neomarxistas analizaron los elementos políticos del fenómeno (Cingolani; 2009; Bérout y Bouffartigue, 2009). La inestabilidad en las formas de contratación también tiene efectos sobre cómo se organizan colectivamente 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).

Estas perspectivas no son opuestas, sino que pueden complementarse, dado que resaltan dimensiones diferentes e importantes de los procesos de precarización laboral. A su vez, tienen elementos en común, pues analizan la precariedad en forma relacional y la conciben como un proceso y no como un estado (Busso y Bouffartigue, 2010).

En el caso de la enfermería en Argentina, se han señalado diversos elementos que cooperaron con su precarización laboral, tanto en las dimensiones contractuales como con relación al trabajo en sentido amplio. A continuación, describiremos estos elementos.

La fragmentación del sistema de salud argentino y sus implicancias en las condiciones de empleo

La desarticulación y segmentación tanto en términos político-institucionales como territoriales y financieros son rasgos que caracterizan al sistema de salud argentino y que configuran las actuales condiciones de empleo en el sector.

En términos generales, el sector 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, 2012). Los mismos están escasamente articulados entre sí y hacia el interior de cada uno de ellos.

La lógica segmentada del sistema se profundizó durante la década del noventa. Se desregularon los mercados (entre ellos el mercado laboral) y se descentralizaron buena parte de las funciones sociales del Estado nacional. Los establecimientos públicos fueron traspasados a las provincias o municipios con el objetivo de reducir el gasto público nacional. No se realizaron acciones previas de coordinación, lo cual trajo aparejada una gran heterogeneidad de conductas entre los distintos territorios y agravó las inequidades regionales según los recursos de cada provincia. Los cambios en las regulaciones posibilitaron nuevas formas de organización, contratación de servicios y el ingreso de capitales externos. Todos estos cambios complejizaron aún más la fragmentación del sistema (Acuña y Chudnosky, 2002; Belló y Becerril-Montekio, 2011; OPS, 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, el énfasis en el desempeño y la evaluación, la tercerización de servicios y los procesos de acreditación y certificación, se extendieron diversas formas de flexibilización y contratación precarias, aumentó la intensidad laboral 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).

Luego de la salida de la convertibilidad se concretaron una serie de esfuerzos con vistas a mejorar los indicadores de salud, por ejemplo, a partir del aumento de la inversión pública, que para el año 2010 representaba aproximadamente un 10% del PBI. No obstante, los resultados no se vieron reflejados en un mejoramiento de los indicadores en relación con otros países que realizan menores inversiones (OPS, 2012; Arce, 2012; Kessler, 2014). El sistema nacional continúa caracterizándose por su doble fragmentación, territorial y regulatoria, que profundiza los problemas de inequidad en la cobertura y financiación (Tobar, Olaviaga y Solano, 2011). Agravando esta situación, en 2018, durante el gobierno de Mauricio Macri, el Poder Ejecutivo decidió disolver el Ministerio de Salud y reducirlo al rango de Secretaría. Esto aumentó la imposibilidad de desarrollar acciones centralizadas tendientes a la articulación nacional de las decisiones en materia de salud.

Dicha desarticulación hace que las condiciones de empleo en el sector estén lejos de ser homogéneas, y que dependan en gran medida del segmento del que estemos hablando. Sin duda, continúan vigentes muchos de los problemas reseñados en la década del noventa: diversas formas de flexibilización y contratación precarias, intensidad laboral, tercerización de servicios, bajas remuneraciones, multiempleo, turnos rotativos.

En lo que concierne específicamente a la enfermería, estudios recientes señalan que las enfermeras poseen condiciones laborales deficitarias y muy heterogéneas (Micha, 2015; Pereyra y Micha, 2016; Esquivel y Pereyra, 2017; Aspiazu, 2017), que se expresan en una mul-

tiplicidad de normativas que regulan las tareas, salarios y las posibilidades de organización gremial. Respecto de esta última, se registran diversas organizaciones. En el ámbito privado nacional, las enfermeras están representadas (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. En el ámbito público, las enfermeras pueden adherir a grandes sindicatos estatales nacionales como Asociación Trabajadores del Estado (ATE) o Unión del Personal Civil de la Nación (UPCN), a sindicatos más pequeños que nuclean trabajadores/as municipales o provinciales e incluso a asociaciones de profesionales de 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.

En cuanto a las normativas que regulan las tareas y los salarios, debe decirse que difieren según la jurisdicción y el escalafón en el cual se incluya a los/as trabajadores/as de enfermería. En el caso del subsector público, hay fuertes diferencias por jurisdicción, mientras que, en el sector privado, pueden existir diferencias respecto a la institución empleadora con la cual se negocian remuneraciones extraparatarias. Además, podemos encontrar establecimientos que se retrasan en los pagos, sobre todo las instituciones pequeñas.

Un punto especialmente problemático de las condiciones laborales es el déficit cuantitativo en la relación médico/a-enfermeras y enfermeras-población total. A su vez, la mayor parte de las enfermeras en ejercicio poseen un nivel de calificación auxiliar o técnico, por lo que se suma un déficit cualitativo en las capacitaciones que puede redundar en una subclasificación para las tareas realizadas.³ También

³ Según datos del Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud, la Argentina contaba en el año 2016 con un total de 192.829 enfermeras, entre las que predomina la titulación técnica o auxiliar. Si bien aún continúan prevaleciendo am-

se advierten profundas diferencias entre las distintas provincias al analizar la cantidad de enfermeras profesionales, hecho que ejemplifica una vez más la elevada segmentación territorial de los servicios de salud de nuestro país. La Ciudad Autónoma de Buenos Aires se encuentra muy por encima del resto de las jurisdicciones, mientras que las provincias del norte —especialmente Tucumán y Catamarca— registran las situaciones más problemáticas. Si bien en agosto de 2016 se creó el Programa Nacional de Formación de Enfermería (Pronafe)⁴ que se propuso 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 CABA 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.

A la escasez cuantitativa y al bajo nivel de formación se suma otro rasgo propio de la actividad: la extensión de la jornada laboral a través de diversos mecanismos tales como la posesión de más de un empleo, incluso alternando entre establecimientos públicos y privados; la realización de horas extras, muchas veces no registradas; el trabajo durante

pliamente los y las enfermeros/as con título técnico o auxiliar, se observa un incremento de quienes alcanzan la titulación universitaria y también un aumento de técnicos frente a auxiliares: entre el año 2013 y 2016 se incorporaron aproximadamente 13 mil profesionales de enfermería a la actividad, que en relación con la totalidad de la población del país representaban 4,42 cada mil habitantes contabilizando los tres niveles de formación. Respecto a la razón entre enfermeras y médicos/as para el año 2016, la relación era de 1,12, si se incluían las tres categorías posibles, pero al excluir del cálculo a los auxiliares de enfermería, la relación entre enfermeras/os licenciadas/os y técnicas/os, y médicas/os disminuye a 0,64 (República Argentina. Ministerio de Salud. Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud, 2018).

⁴ <https://www.argentina.gob.ar/salud/oferhus/enfermeria/pronafe>

fin 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 como forma de aumentar las ganancias, hacen que la intensidad laboral de la enfermería sea muy elevada. En los últimos años, diversos actores se han pronunciado sobre el enorme desgaste físico y emocional fruto de las elevadas exigencias y la extensión de la jornada, que en muchos casos deriva en ausentismo, riesgos psicosociales y/o padecimientos mentales como el *stress* o el *burnout* (OPS, 2012; Neffa y Henry, 2018).

Los elementos señalados nos permiten afirmar que estamos en presencia de un sector que presenta rasgos propios de la precarización del empleo, en términos de Paugam (2015). El déficit en la calidad del empleo se hace visible en las heterogéneas condiciones laborales de sus ocupados, en sintonía con la elevada fragmentación del sistema de salud en el país. Los contratos de tiempo parcial, los bajos salarios, el pluriempleo, la sobrecarga de tareas y la gran intensidad laboral ejemplifican dicha dimensión de la precariedad.

Factores internos de la propia enfermería

Pero más allá de los factores estructurales que son indicadores de procesos de precarización del empleo, aquí quisiéramos mostrar diversos procesos de precarización en el trabajo relacionados con la posición subordinada que ocupa la enfermería en el entramado laboral. Si bien el trabajo de enfermería resulta fundamental en cualquier institución de salud, las labores de este grupo siguen sufriendo falta de reconocimiento, al punto de que aparecen invisibilizadas (Balzano, 2012).

Esto se debe a razones históricas relativas a la propia conformación de la enfermería como una práctica subordinada a la medicina,

primero como un oficio empírico y luego profesionalizado.⁵ El hecho de que en un comienzo la enfermería haya sido una práctica de idóneos formados empíricamente en los hospitales se fue modificando a partir de las décadas del cuarenta y el cincuenta en nuestro país, cuando se promovieron procesos de formación a cargo del Estado para el personal auxiliar de enfermería (Ramacciotti y Valobra, 2010). El golpe de Estado que derrocó al gobierno peronista en 1955 buscó “desperonizar” la formación de enfermería, y las egresadas de la Escuela de Enfermeras de la Fundación Eva Perón fueron invisibilizadas, ya que “al presentar sus credenciales profesionales eran excluidas de la selección laboral” (Faccia, 2015, p. 316). En la década del sesenta, la formación de enfermería se vio influida por la impronta de las ideas provenientes de los organismos internacionales —Organización Mundial de la Salud y Comisión Económica para América Latina y el Caribe— y se favorecieron cursos de adiestramiento en servicio para el personal empírico. El ingreso al sistema universitario, acontecido en los sesenta, constituyó un salto cualitativo en la formación de enfermería, puesto que se crearon tres niveles para su ejercicio: auxiliares, técnicos y profesionales. A partir de la década del noventa se impulsó un plan nacional de profesionalización de la enfermería en pos de transformar al auxiliar en licenciado. 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 de la práctica a toda persona que no estuviera comprendida en dichas categorías, y se establecieron sanciones para las instituciones que contraten personal que no reúna los

⁵ Se llama “enfermeras empíricas” o “idóneas” a aquellas trabajadoras —generalmente mucamas— que aprendieron distintas tareas de cuidado de enfermería a partir de capacitaciones informales realizadas por compañeros de trabajo —en particular médicos— en los propios hospitales donde se desempeñaban.

requisitos exigidos por la ley. La nueva normativa impulsó un proceso de reconversión del personal “empírico” a profesional.

Como puede verse, el proceso de profesionalización de la enfermería no fue lineal ni armónico. De acuerdo con Faccia fue “un proceso dinámico e histórico en el que se ha luchado, no sin contradicciones, por el reconocimiento del estatus profesional” (2015, p. 323). Este generó diversas resistencias de otros grupos de trabajadores, fundamentalmente de los médicos (Martin, 2015; Ramacciotti y Valobra, 2010; Wainerman y Binstock, 1992), por lo que nunca compitió únicamente al grupo en cuestión, sino que también modificó las relaciones con otros grupos.

Pero la invisibilidad del trabajo profesional de enfermería no se debe solo a estas razones históricas, sino que es necesario considerar también los aspectos de género y las características propias de los trabajos de cuidado.

Las construcciones sociales sobre los roles de género se encuentran cargadas en términos valorativos. Dado que la enfermería es un trabajo desarrollado sobre todo por mujeres, en su mayoría de sectores populares, 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 (Molinier, 2012). 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 que se feminizó a partir de 1921 debido a las acciones conjuntas de las escuelas de formación y el Estado, dado que se restringió el ingreso de varones a esta carrera. Este cambio de dirección decidido por las autoridades gubernamentales se sostenía en una valoración positiva de las cualidades femeninas para el cuidado de los enfermos “que requieren

un trato suave y labor paciente, algunos conocimientos generales, nociones de higiene, economía doméstica y cierta cultura más propia de la mujer” (ordenanza citada por Wainerman y Binstock, 1992). Esta asociación se apoyaba en los atributos social e históricamente construidos sobre lo femenino.

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 que esta ocupación se profesionalizara. El aparente carácter vocacional y la asociación de saberes a un rol supuestamente natural de la mujer, hizo que el trabajo de las enfermeras fuera poco reconocido dentro del sistema de salud argentino y por ello, débilmente retribuido en términos económicos y realizado en condiciones muy precarias (Aspiazu, 2017).

Por último, otros elementos que cooperaron en la falta de reconocimiento de las labores de enfermería se vinculan con las características de los trabajos de cuidado en sí mismos. 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 los genitales, la asistencia para ir al baño, el retiro de deyecciones, entre otras. Esto hace que las enfermeras deban adquirir conocimientos específicos que les permitan garantizar el resguardo de la privacidad del paciente, dando lugar a esos procesos pero a la vez haciéndolos invisibles ante la mirada de los Otros.

En suma, tal como hemos reconstruido, el desarrollo profesional de la enfermería estuvo marcado por procesos de precarización en el empleo: las condiciones laborales de las enfermeras dependen en gran parte del segmento en que se encuentren trabajando (subsector público, privado o de obras sociales; jurisdicción nacional, provincial o municipal; de la organización gremial que las represente; de la normativa

particular que regule sus tareas, las remuneraciones, la extensión de la jornada; etc.). Pero de manera general, se puede afirmar que el trabajo de enfermería en Argentina se caracteriza por los bajos salarios, el pluriempleo, la sobrecarga de tareas y la gran intensidad laboral. A estos aspectos estrictamente contractuales se suman, por otro lado, diversos procesos de precarización en el trabajo: diferentes razones históricas que hicieron que la enfermería ocupe una posición subordinada frente a la medicina; la naturalización de sus tareas como si fueran cualidades femeninas; la invisibilización de ciertos trabajos de cuidado que lidian con aspectos considerados privados de los pacientes. Todos estos elementos hicieron que a los procesos de precarización en el empleo se sumen los de precarización en el trabajo derivados de la falta de reconocimiento simbólico.

Sentidos nativos sobre la (in)visibilidad de las labores

En este apartado analizaremos la invisibilidad de las labores de enfermería a partir de nuestras investigaciones, con el objetivo de introducir ciertos matices para su conceptualización y aportar, de manera más general, a los debates sobre precarización laboral. Hemos podido registrar que las enfermeras no siempre presentaban la invisibilidad de sus labores como un aspecto que corroyera su satisfacción en el trabajo o sus posibilidades de reconocimiento mutuo en cuanto colectivo político-laboral. Presentaremos algunas características importantes del trabajo de enfermería que emergen del análisis de dos eventos del trabajo de campo: por un lado, la experiencia del equipo del Servicio de Clínica Médica del Hospital Provincial Neuquén (HPN) en relación con cómo lidiaban con la articulación de lo privado y lo público en el cuidado de pacientes; por otro lado, el modo en que las enfermeras de una clínica privada de salud mental de la ciudad de La Plata articulaban tareas estandarizadas y el reconocimiento de la particularidad de cada una de las personas con internaciones prolongadas.

El Servicio de Clínica Médica del Hospital Provincial Neuquén contaba con 30 camas de internación, destinadas a la atención de adultos con afecciones clínicas complejas. El equipo de trabajo estaba conformado por 14 médicos de planta, 28 enfermeras, una administrativa, una recepcionista, tres mucamos, y 16 residentes en proceso de formación en la especialidad. Diversas enfermeras nos hablaron del vínculo particular que establecían con los pacientes que tenían internaciones reiteradas o por largos períodos, y varias hicieron mención a una paciente particular: Priscila, una mujer con leucemia que fue internada varias veces para hacer ciclos de quimioterapia. Luego de que los primeros tratamientos no funcionaran, ella fue estudiada para evaluar la posibilidad de realizar un autotrasplante de células madre —tradicionalmente conocido como trasplante de médula ósea—, y luego para un trasplante alogénico —en el que recibiría células madre de otra persona—, a la espera de encontrar donante en los institutos de hemoterapias nacionales e internacionales. Durante todo este proceso, Priscila fue internada en varias ocasiones porque había desarrollado cuadros febriles y se encontraba “*neutropénica*”. Desafortunadamente, no consiguió hacerse el trasplante, y falleció.

Laureano, un enfermero del sector, nos contó que muchos pacientes “*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... que se 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 descarriando. (...) 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. ‘Habllalo con ellos, lo tenés que hablar ahora’... ‘si, 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).

Los pacientes con tratamientos oncológicos en general tienen múltiples internaciones, y por ende con ellos se comparte mucho tiempo. Ese involucramiento afectivo no se da solo 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 se 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. O tiene ganas de tirarse un pedo, y la habitación es compartida... y te da vergüenza. Entonces hay cuestiones en las que tenemos que poner límites a la familia también (Laureano, Sector de Clínica Médica del HPN).

Tal como ha sido señalado por Balzano (2012), los fluidos corporales, al traspasar los límites del propio cuerpo, disturban el orden. Brighenti señala 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” (2007, p. 11); 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 (Balzano, 2012).

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. Deben mantener el equilibrio entre hacer visible e invisibilizar, 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 en una invisibilidad relativa para resguardar la privacidad de los pacientes.

En estos fragmentos del trabajo de campo realizado en el Sector de Clínica Médica del HPN, Laureano resaltaba distintos aspectos del trabajo de enfermería que consideraba valorables y que le otorgaban un lugar legítimo de intervención. En primer término, distinguía que el trabajo de enfermería implica poner en juego habilidades técnicas, pero también afectivas. El involucramiento con los pacientes en estas tareas de cuidado no supone una labor despersonalizada o estandarizada, sino un vínculo con los sentimientos de los pacientes. Al reconocer a Priscila en estas múltiples dimensiones, le habilitan un nuevo estatus: muestran que no la consideran solo el objeto de sus intervenciones laborales ni un cuerpo meramente biológico, sino que atienden a dimensiones subjetivas (sus esperanzas, sus relaciones familiares, sus luchas). En segundo 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 su permanencia 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, señalan que deben estar atentos a las necesidades de los pacientes incluso cuando estos no las manifiestan de manera explícita (porque les da vergüenza). Tal como afirma Balzano (2012), en este resguardo de la intimidad y dignidad del que padece, preservando la privacidad de su cuerpo, se encuentra otra de las razones para entender la invisibilidad de su labor. Pero en nuestras investigaciones hemos registrado que esta invisibilidad no va en desmedro del reconocimiento, sino que puede presentarse como un aspecto para mostrar la importancia de las labores de enfermería y construir un lazo de cohesión en el grupo.

Cuestiones similares se hicieron presentes en los resultados del trabajo de campo realizado en una clínica de salud mental de la ciudad de La Plata. Se trata de una clínica que tiene una capacidad de poco

más de ciento cincuenta camas y su disposición está sectorizada según las distintas patologías y requerimientos terapéuticos de los usuarios: patologías psiquiátricas diversas, recuperación de adicciones, problemas madurativos, adultos mayores con demencia senil, entre otros. Más de la mitad de los/as casi 80 trabajadores/as son mucamas y enfermeras, y son ellas quienes permanecen en contacto permanente con los usuarios durante toda su internación. En ambos puestos predomina la presencia femenina. El trabajo en la institución se organiza en tres turnos de ocho horas cada uno, incluyendo uno nocturno. La jornada laboral es muy extenuante en materia de días y horarios: más de cuarenta y ocho horas semanales durante seis días, con un franco rotativo. Además, muchas enfermeras hacen horas extraordinarias en la propia institución o bien poseen un empleo adicional, en otras clínicas o en el subsistema público, como mecanismo de compensación ante los bajos salarios.⁶

Al ser esta una institución de carácter privado, el trabajo del personal de enfermería tiene ciertas particularidades respecto al empleo en el ámbito de la salud pública. La relación con los usuarios no solo está mediada por el cuidado y la atención sino también por los requerimientos y controles de los propietarios sobre al servicio que prestan. Por ejemplo, la clínica cuenta con un sistema de cámaras en cada sector para observar las acciones realizadas por las trabajadoras.

En suma, el trabajo de enfermería en esta clínica se encuentra mal remunerado en relación con el gran esfuerzo que realizan, las extensas jornadas con poco margen para su recuperación tanto física como psí-

⁶ En la clínica estudiada el promedio de ingreso mensual, entre diciembre de 2017 y marzo de 2018, iba de \$15 mil a menos de \$20 mil. El salario básico de un enfermero/a de piso a partir de octubre de 2017 representaba \$18.311,33. Según el convenio colectivo 122/75 que afecta a los trabajadores de clínicas, sanatorios, geriátricos y psiquiátricos, en 2017 se efectuaron dos aumentos, uno de ellos en julio y otro en octubre.

quica, todos indicadores de precarización en el trabajo. Sin embargo, es llamativo que las encuestas realizadas indiquen que las trabajadoras se consideran “*bien pagas*” y prácticamente el cien por ciento reconoce efectuar una labor de gran utilidad social y sentirse orgullosas del trabajo bien hecho. ¿Dónde radica la satisfacción respecto a su trabajo? ¿Qué elementos intervienen para que sientan que realizan un trabajo de gran utilidad social? ¿Por qué se sienten orgullosas de las labores que desempeñan?

Para responder a estos interrogantes, expondremos algunos eventos de campo que se desprenden de los registros cualitativos tomados durante el turno noche —de 22:00 a 6:00—. En ese horario, los pacientes están al cuidado de una sola enfermera por sector. En uno de estos, donde se encuentran internados ancianos con demencia senil, encontramos a Nilda, quien hace 18 años que trabaja allí. Los primeros años los hizo como mucama, y fruto del proceso de profesionalización impulsado durante la década del noventa se recibió de auxiliar en 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.

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. Por efecto de esta condición, los ancianos permanecen internados durante extensos períodos en la institución, algunos incluso de forma permanente. La clínica se transforma entonces en un segundo hogar para estas personas, donde no solo se aborda su patología en términos médicos, se cuida de su alimentación e higiene, sino que también realizan otro tipo de actividades que configuran su vida cotidiana: el almuerzo en el espacio del comedor junto con otros pacientes, la participación en los talleres artísticos, entre otras. De esta forma, se construye el día a día en la clínica.

El contacto extendido en el tiempo permite establecer un vínculo más personal con los pacientes, reconocer sus particularidades y necesidades específicas, además de la realización de ciertos procesos estandarizados necesarios para el devenir cotidiano de la vida en la clínica. Como afirma Balzano, citando a Chambliss, “el estar en escena durante todo el día implica que las enfermeras están para integrar diferentes aspectos del hospital. Ya que no hay un consenso general de la labor de la enfermera, tampoco hay límites para su trabajo” (2012, p. 112). Esta especificidad puede verse en el siguiente fragmento de una observación realizada en el mes de febrero de 2018 en esta clínica de salud mental, aproximadamente a la medianoche, mientras entrevistaba a Nilda en su sector. Cuando llegué, estaba terminando de acostar a los pacientes y suministrando la medicación.

Si bien es un trabajo que se realiza de noche, Nilda me dice que no pueden dormir, debe permanecer atenta a las demandas de los pacientes, por ejemplo, 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*”, prestaba atención un momento, luego 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 produce (en la habitación donde estaba Nilda cuando llegué) un sonido más fuerte de los 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 camina-

ba 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.

Mientras ella hablaba por teléfono la paciente siguió caminando por el sector. Al finalizar el llamado telefónico Nilda se acercó a la paciente y le reiteró que se vuelva a acostar. Siempre lo hizo con una voz calma, como tratando de convencerla para que efectivamente vuelva a su habitación (Fragmento del diario de campo).

Este episodio condensa una serie de elementos que nos permiten vislumbrar la yuxtaposición de acciones que están presentes en la práctica de cuidado. Nilda moviliza conocimientos técnicos asociados a su formación en enfermería —por ejemplo, al suministrar la dosis de medicación indicada o al hacer determinados movimientos que facilitan el aseo asistido— y la realización de tareas estandarizadas (que son 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 funcionamiento cotidiano de la clínica. Sin embargo, como venimos señalando, la práctica de la enfermería se mueve entre procesos estandarizados y el reconocimiento de las particularidades de los usuarios. Calmar personas angustiadas mediante la palabra y la contención son acciones que las enfermeras resaltan como propias de su labor, para diferenciarse de otros grupos y que constituyen actividades difícilmente cuantificables. En el mismo momento en que Nilda realiza las tareas habituales de la noche —higieniza al paciente y lo acuesta—, también lo calma y escucha, lo reconoce en su totalidad, es decir, no solo

como un cuerpo biológico sino como una persona que tiene emociones y sentimientos, que experimenta algunos días más difíciles que otros. Como sostiene Borgeaud-Garciandía, recuperando a Pascale Molinier, “el trabajo de cuidado implica reconocer la vulnerabilidad y la dependencia de todos y de cada uno” (2009, p. 149) e intervenir sobre dicha situación.

A la vez, como vimos en el episodio de la “*abuela*” que se levanta en mitad de la noche, ese reconocimiento del otro también es un saber basado en la experiencia, debido tanto a los años de antigüedad de Nilda en la clínica como a las prolongadas internaciones de la paciente. Ese contacto cotidiano y prolongado en el tiempo 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. Las estrategias de cuidado desplegadas se basan entonces en dicha experiencia, por ejemplo, qué palabra será mejor utilizar con la paciente que se levanta todas las noches creyendo que ya amaneció.

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: a aquellos que le parecían habituales los minimizaba y continuaba respondiendo las preguntas; por el contrario, ante otros sonidos consideraba que era necesario pausar la encuesta e irse a fijar en qué situación se encontraban los “*abuelos*”, como ella los llamaba. No es menor que Nilda se refiera a las personas que cuida como “*abuelos*”, en su lenguaje podemos percibir el vínculo de cercanía que ha forjado, lo que pone de relieve un aspecto afectivo de la práctica de cuidado. No los llama por su nombre ni por su edad, ni hace referencia a su condición o enfermedad, sino que rescata que son “*abuelos*” y por ello deben recibir un cuidado específico. Visibilizar a las personas que sufren padecimientos mentales no solo como cuerpos biológicos

sino además como sujetos con emociones y sentimientos, conocidos a partir del contacto cotidiano 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

En este capítulo argumentamos que es necesario analizar los sentidos que tiene la invisibilidad de las tareas para los propios colectivos de trabajadores estudiados —en este caso, las enfermeras— en función de evaluar si es un aspecto que abona a un proceso de precarización laboral o si favorece el reconocimiento mutuo. Consideramos que es necesario atender a los sentidos nativos que los propios trabajadores ponen en juego en relación con la visibilidad de sus labores, el reconocimiento y la precarización laboral.

En el transcurso de estas páginas retomamos la discusión bibliográfica sobre la categoría de precariedad, para evaluar cómo aparece la falta de visibilidad de las tareas laborales como un indicador de carencia de reconocimiento e insatisfacción laboral. Hemos visto que la escuela neodurkheimiana puso el acento en los aspectos simbólicos de la actividad laboral que contribuyen a la integración social —que se vinculan, pero van más allá de las condiciones jurídicas de contratación—. Pero también la escuela neomarxista realizó aportes en este sentido: si pensamos cómo impacta la precarización laboral en las fuerzas colectivas implicadas en la relación salarial (dominación del trabajo sobre el capital), el reconocimiento puede ser indicador no solo de procesos subjetivos (identitarios, simbólicos, de satisfacción en el trabajo) sino también de reconocimiento mutuo entre los integrantes de un mismo grupo. La precariedad no solamente corroe las condiciones laborales, sino también la satisfacción en el trabajo y el reconocimiento mutuo de los trabajadores como un colectivo, así

como su organización como fuerza social frente al capital. Para evaluar los procesos de precarización laboral es fundamental analizar tanto las dimensiones formales del empleo en el sector como los aspectos subjetivos que están implicados en la tarea (reconocimiento, satisfacción, identificación, etc.).

Respecto del trabajo de enfermería, podemos decir que en cuanto a la precarización del empleo encontramos que dichas condiciones están en estrecha vinculación con las características del sector salud en nuestro país. La desarticulación y segmentación en términos político-institucionales, así como territoriales y financieros, son rasgos que caracterizan al sistema de salud y que configuran las actuales condiciones de empleo en el sector. Los contratos de tiempo parcial, los bajos salarios, el pluriempleo, la sobrecarga de tareas y la gran intensidad laboral constituyen las principales problemáticas.

Sin embargo, en cuanto a la dimensión del reconocimiento laboral, argumentamos que este no siempre se vincula a la visibilidad de las tareas por parte de Otros significativos, sino que en ocasiones la invisibilidad u opacidad de sus labores se vuelve un aspecto valorable del trabajo de enfermería. Al ser un caso en el que la invisibilización de las tareas no va necesariamente en desmedro de la construcción de respetabilidad y poder colectivo frente a otros, se torna interesante para repensar la relación entre reconocimiento, visibilidad y precarización laboral.

Las enfermeras encuentran un lugar para sí a partir de reconocer a los pacientes no solo en los aspectos biológicos vinculados a su estado de salud-enfermedad, sino también teniendo en cuenta los aspectos subjetivos y afectivos que están implicados en el vínculo de cuidado. Movilizan saberes técnicos propios del cuidado de los cuerpos, así como conocimientos prácticos, afectivos y emocionales: saber escuchar, hacer chistes para modificar el humor de los pacientes, dar ánimos en momentos difíciles, conversar con los allegados, dar con-

sejos para poder afrontar algún obstáculo familiar, etc. Aunque estos aspectos, esenciales en la práctica de cuidado, no son fácilmente observables ni cuantificables como otro tipo de tareas que realizan las enfermeras, constituyen un punto central. Las prácticas de este grupo se mantienen en un equilibrio entre la estandarización y el reconocimiento de la particularidad de cada uno de los pacientes.

En este sentido, las labores de enfermería se sitúan en una tensión: si por un lado encuentran un lugar legítimo de intervención (diferente al de la medicina) dado que consideran los aspectos no biológicos que están implicados en las tareas de cuidado; por otro lado, deben aprender a ocultar aspectos privados de los pacientes que se vinculan profundamente con sus trabajos. Parte del *saber hacer* que las enfermeras resaltan como propio de su trabajo es lidiar con la distinción y respeto de los aspectos privados de los pacientes. En cuanto enfermeras, tienen contacto directo con el mundo privado de los enfermos (los limpian e higienizan, los asisten en situaciones que pueden causar vergüenza, a menudo conocen sus problemas familiares, etc.), y parte importante de sus labores consiste en saber mantener en el orden de lo privado cuestiones que los pacientes no quieren que sean visibles.

Es necesario analizar los sentidos que tiene la invisibilidad de las tareas para el propio colectivo de trabajo para así profundizar sobre la relación entre visibilidad, reconocimiento y precarización laboral. De esta forma podremos evaluar si es un aspecto que profundiza situaciones de precariedad o bien favorece el reconocimiento mutuo y la consolidación de grupos laborales, como en el caso de las enfermeras.

Referencias bibliográficas

Acuña, C. y Chudnovsky, M. (2002). El sistema de salud en Argentina. Documento, 60. Recuperado de <http://www.ccgsm.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/salud.pdf>

- Arce, H. (2012). Organización y financiamiento del sistema de salud en la Argentina. *Medicina*, 72(5), 414-418. Recuperado de http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/arce_hugo_2012_organizacion_y_financiamiento_del_sistema_de_salud_en_la_argentina_en_medicina_v_72_414_418.%20Org%20y%20financiamiento%20del%20sist%20de%20salud%20arg.%20Medicina%20%20v72n5a11.pdf
- Aspiazu, E. (2017). Las condiciones laborales de las y los enfermeros en Argentina: entre la profesionalización y la precariedad del cuidado en la salud. *Trabajo y sociedad*, 28, 11-35. Recuperado de <https://www.unse.edu.ar/trabajosociedad/28%20DOSSIER%2002%20ASPIAZU%20ELIANA%20Enfermeras.pdf>
- 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. Recuperado de <http://revistascientificas.filo.uba.ar/index.php/CAS/article/view/1364>
- Beliera, A. A. (2019). *Lo sindical en su multiplicidad: Trabajo, profesiones y afectos en el hospital*. Buenos Aires: Miño y Dávila.
- Belló, M. y Becerril-Montekio, V. M. (2011). Sistema de salud de Argentina. *Salud Pública* (México), 53, 96-108. Recuperado de <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5032>
- Béroud, S. y Bouffartigue, P. (2009). *Quand le travail se précarise, quelles résistances collectives* (pp. 7-34). Paris: La Dispute.
- Borgeaud-Garciandía, N. (2009). Aproximaciones a las teorías del *care*. Debates pasados. Propuestas recientes en torno al *care* como trabajo. *RELET - Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo*, 14(22), 137-156.
- Brighenti, A. (2007). Visibility: A Category for the Social Sciences. *Current Sociology*, 55(3), 323-342. <https://doi.org/10.1177/0011392107076079>

- 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, *Convivir con la incertidumbre: aproximaciones a la flexibilización y precarización del trabajo en Argentina* (pp. 201-220). Buenos Aires: CICUS.
- 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 S. Bérourd y P. Bouffartigue. (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*, 28, 55-58. Recuperado de https://www.unse.edu.ar/trabajosociedad/28%20DOSSIER%2004%20PEREYRA%20FRANCISCA_ESQUIVEL%20Trabajadoras%20del%20cuidado%20Editado.pdf
- Faccia, K. A. (2015). Continuidades y rupturas del proceso de profesionalización de la enfermería (1955-2011). En C. Biernat, J. M. Cerdá y K. Ramacciotti (Dir.), *La salud pública y la enfermería en la Argentina*. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.
- Kessler, G. (2014). *Controversias sobre la desigualdad: Argentina, 2003-2013*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- República Argentina. Ley N° 24.004. *Ley Nacional de Ejercicio de la Enfermería*. Recuperado de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/403/norma.htm>
- Marradi, A., Archenti, N. y Piovani, J. I. (2010). *Metodología de las ciencias sociales*. Buenos Aires: Cengage Learning Argentina.
- Martin, A. (2015). Mujeres y enfermería: una asociación temprana y estable (1886-1940). En C. Biernat, J. M. Cerdá y K. Ramacciotti

- (Dirs.). *La salud pública y la enfermería en la Argentina*. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.
- Micha, A. (2015). Las condiciones de trabajo de la enfermería en Argentina: algunos determinantes político-institucionales. *Estudios del Trabajo*, 49, 61-90. Recuperado de <https://aset.org.ar/ojs/revista/article/view/14>
- Molinier, P. (2012). *El trabajo de cuidado y la subalternidad*. Recuperado de <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: Miño y Dávila.
- Neffa, J. C. (2016). Informalidad, empleo no registrado y empleo precario. En J. L. Monereo Pérez y S. Perán Quesada (Dirs.), *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). Granada: Comares.
- Neffa, J. C. y Henry, M. L. (2018). ¿Quién cuida a los que cuidan? Los riesgos psicosociales en el trabajo en los establecimientos privados de salud. *Documentos de Trabajo*, 1(1). Recuperado de <https://www.econo.unlp.edu.ar/frontend/media/52/12352/1c19b54bed1eb75a66a354f5a8ec886f.pdf>
- 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.
- OPS. (2012). *Estudio comparativo de las condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud en Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú*. Washington: OPS. Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/HSS-Cond-Trab-RHS2012.pdf>
- 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. *Revista de Salud Colectiva*, 12(2), 221-238. <https://doi.org/10.18294/sc.2016.730>
- 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>
- República Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud. (2018). *Datos 2016. Fuerza de trabajo en el sector salud en Argentina*. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/20180918-fuerza-trabajo-sector-salud-2016.pdf>
- Tobar, F., Olaviaga, S. y Solano, R. (2012). Complejidad y fragmentación: las mayores enfermedades del sistema sanitario argentino. *Documento de Políticas Públicas. Análisis* (Cippec), 108. Recuperado de <https://www.fmed.uba.ar/sites/default/files/2018-03/108%20DPP%20Salud%2C%20Complejidad%20y%20fragmentacion%2C%20Tobar%2C%20Olaviaga%20y%20Solano%2C%202012%5B1%5D.pdf>
- Wainerman, C. H. y Binstock, G. (1992). El nacimiento de una ocupación femenina: La enfermería en Buenos Aires. *Desarrollo Económico*, 32(126), 271-284. <https://doi.org/10.2307/3467331>