



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS DE LA
EDUCACIÓN SECRETARÍA DE POSGRADO

***"Las huellas del cuidado. La multidimensionalidad
del trabajo de cuidado en enfermería en
instituciones de salud privadas de la ciudad de La
Plata (2018-2021)"***

Sofía Malleville

Tesis para optar por el grado de Doctora en Ciencias Sociales

Directora: Dra. Mariana Busso

Co-Directora: Dra. Anabel Beliera

Ensenada, 14 de noviembre de 2023

Resumen

La presente tesis tiene por objetivo comprender la *multidimensionalidad* del trabajo de cuidado en enfermería, a partir de registrar las experiencias de enfermeras que se desempeñan en instituciones de salud privadas de la ciudad de La Plata, durante el periodo 2018-2021. Retomando aportes de la sociología del trabajo, y desde una perspectiva situada y procesual, esta investigación tiene el propósito de contribuir a los debates sobre el trabajo de cuidado a partir de analizar las experiencias de un grupo laboral paradigmático dentro de dicho campo como es la enfermería.

El trabajo de campo supuso un denso proceso de inmersión en la dinámica cotidiana del trabajo de enfermería en clínicas privadas. En dicho proceso, movilizamos diversas estrategias y fuentes de investigación. Realizamos entrevistas en profundidad a trabajadoras que se desempeñan en distintos establecimientos con servicios de internación general y especializados en salud mental. Adicionalmente, entrevistamos a otros actores significativos tales como referentes de la disciplina, responsables de programas de formación profesional, directoras/es y/o coordinadores de la carrera, referentes gremiales, entre otros. También efectuamos observaciones participantes en dos instituciones de salud privada. Poder ingresar al espacio de las clínicas permitió conocer e incorporar elementos que hasta el momento no podían captarse a través de las narrativas de las trabajadoras. Además, dentro del corpus empírico, se incluye el análisis de otras fuentes documentales (leyes de ejercicio de la profesión, programas de formación), sindicales (convenios colectivos, escalas salariales) y periodísticas.

En términos teóricos, ofrecimos evidencia empírica para afirmar que el trabajo de cuidado en enfermería deja *huellas* -o rastros- en las personas que lo realizan. En concreto, posee múltiples dimensiones que se entrelazan y permean entre sí, dimensiones que incluso pueden atravesar hasta el punto de alterar otros aspectos de la vida de las enfermeras. Estas dimensiones van más allá del espacio de trabajo concreto y de la profesión en general y contemplan temporalidades más amplias vinculadas con legados históricos de la profesión. En términos específicos, aportamos evidencia para conocer las particularidades que reviste el trabajo de enfermería en el subsector privado de salud y en una ciudad como La Plata, capital de la provincia de Buenos Aires, región de referencia en términos sanitarios y parte del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA). En términos temporales, la tesis aporta al conocimiento de las consecuencias que tuvo la emergencia sanitaria por COVID-19 en un grupo laboral con fuerte protagonismo como fue la enfermería. A su vez, proponemos una forma de pensar la pandemia como un *evento crítico* que transformó muchos aspectos del trabajo y de la vida de las enfermeras, pero también profundizó problemáticas preexistentes dentro del sector.

Palabras claves: trabajo de cuidado, enfermería, clínicas privadas, ciudad de La Plata

Índice

Introducción	8
Hacia la comprensión del trabajo de cuidado en enfermería	9
El campo de estudios de la enfermería en Argentina y nuestro aporte: enfermería en el subsector privado y en la ciudad de La Plata	10
El trabajo de cuidado: entre la sostenibilidad de la vida y la invisibilización de las tareas	13
El campo empírico y la interpelación a la construcción de un nuevo abordaje...17	
Perspectiva y decisiones metodológicas	21
Precisiones sobre el abordaje, las técnicas y el recorte de la unidad de análisis .35	
Estructura de la Tesis	43
PRIMERA PARTE: <i>Legados históricos del trabajo de cuidado en enfermería ...</i>	47
Capítulo 1 – De empíricas a profesionales: la construcción de una ocupación subordinada.....	48
1.1 Nacimiento y desarrollo de la enfermería: la construcción de una ocupación feminizada y orientada al servicio	50
1.1.1 Primeros intentos de modernizar a la enfermería en Argentina: experiencias desde fines del siglo XIX	51
1.1.2 Política sanitaria de masas y Escuelas de formación: la enfermería hacia mediados del siglo XX	56
1.2 Disputas por la autonomía profesional de la enfermería y programas de formación a cargo del Estado durante la segunda parte del siglo XX.....	60
1.2.1 La impronta de los organismos internacionales en la formación de enfermería.....	61
1.2.2 La Ley Nacional de Ejercicio de la Enfermería y los programas de reconversión profesional.....	64
1.2.3 La persistencia de problemas en la formación profesional: los programas estatales hacia principios del siglo XXI	68
1.2.4 Diversidad de espacios de instrucción y trayectorias formativas	74
1.3 Conclusiones parciales.....	79
Capítulo 2 – Condiciones laborales de enfermería: fragmentación del sector salud y particularidades en las instituciones privadas	82
2.1 El sector salud argentino: rasgos estructurales y contexto de emergencia sanitaria	84
2.1.1 Fragmentación, desarticulación y consolidación del subsector privado de salud.....	84
2.1.2 El sistema de salud local: La Plata, un centro de referencia sanitaria en la provincia de Buenos Aires.....	90
2.1.3 El impacto de la pandemia de COVID-19	95
2.2 Condiciones laborales en el sector salud: problemáticas heredadas y actuales en el trabajo de enfermería	98
2.2.1 Características generales del trabajo en el sector salud y de la enfermería en particular: el fenómeno del pluriempleo y las horas extraordinarias.....	99

2.2.1.1 Extensión de la jornada y organización de los horarios laborales en enfermería	101
2.2.1.2 Extensión de la jornada y situación salarial de la enfermería	104
2.2.2 Mecanismos de flexibilización laboral: formas de contratación y organización del personal	110
2.3 Conclusiones Parciales.....	115
SEGUNDA PARTE: La <i>multidimensionalidad</i> del trabajo de cuidado en enfermería.....	119
Capítulo 3 – El espacio de trabajo. Mecanismos de control y márgenes de acción en el trabajo de enfermería en clínicas privadas	120
3.1 Sistemas de acreditación y políticas de gestión de calidad, sus implicancias en el servicio de enfermería.....	122
3.1.1 “ <i>Eficacia en el cumplimiento de los procesos y efectividad de los resultados</i> ”. Políticas de acreditación de calidad y exigencias de formación profesional de la enfermería	124
3.1.2 “ <i>Un simbolismo de género y de sumisión</i> ”. Exigencia del uso de la cofia y mecanismos de distinción.....	131
3.2 Entre el trabajo prescripto y el real. Transformaciones en la organización del trabajo durante la pandemia y problemáticas heredadas.....	135
3.2.1 “ <i>Nosotros fuimos viendo qué se necesitaba a la hora de trabajar</i> ”. Pandemia, reorganización de los servicios y nuevos protocolos de atención ...	137
3.2.2. “ <i>Tuvimos que salir a comprar los elementos de protección personal</i> ”. Pandemia y nuevos protocolos de bioseguridad.....	142
3.2.3. “ <i>Se arreglan con lo que tienen</i> ”. Pandemia, reorganización de las prácticas de cuidado y reducción de personal.....	146
3.2.4 “ <i>En la clínica se manejan así: hacen contrato de diez, de quince días, de un mes</i> ”. Pandemia, sobrecarga de tareas y formas flexibles de contratación	150
3.3 Conclusiones parciales.....	154
Capítulo 4 – Tiempos laborales y extralaborales. El trabajo de cuidado en enfermería y su entrelazamiento con otros proyectos y esferas de la vida.....	157
4.1 Pluriempleo y proyectos de vida: familia, migración y trayectorias profesionales	159
4.1.1 “ <i>Es por ella que hago este sacrificio</i> ”. El caso de Jérica: maternidad, deseos y primeras inserciones laborales.....	161
4.1.2 “ <i>Las oportunidades son una vez en la vida</i> ”: el caso de Norma. Migración, maternidad y concreción del proyecto de una casa propia	165
4.1.3 “ <i>¿Cómo lo he hecho? Quizás era más joven...</i> ”: dos momentos en las trayectorias profesionales de enfermeras.....	168
4.2 Horarios atípicos y conflictos cotidianos: implicancias y gestión de la vida personal y familiar	171
4.2.1 “ <i>El que trabaja a la noche vive al revés</i> ”. Implicancias del trabajo nocturno en la vida cotidiana de las enfermeras	173
4.2.2 “ <i>Ella sabía que a las cinco ya nos teníamos que volver porque yo tenía que llegar, bañarme y dormir un ratito</i> ”. Una gestión estricta de los tiempos personales y familiares	179
4.2.3 “ <i>No podría hacerlo sin su ayuda</i> ”. Pandemia y organización de las tareas de cuidado y del hogar.....	183
4. 3 Conclusiones Parciales.....	189

Capítulo 5 - La relación con Otros significativos. La construcción de un perfil profesional específico de la enfermería	193
5.1 Las tareas de cuidado en enfermería: prestigio, trabajo sucio y habilidades discretas	195
5.1.1 “No venimos sólo a hacer higiene y confort, trabajamos sobre una vida, es una vida, una responsabilidad”. Trabajo sucio y prestigio en las tareas de cuidado	195
5.1.2 “Trabajar para lograr que el paciente no se sienta incómodo”. Tabú y contacto con el universo íntimo en la práctica de cuidado	202
5.2 La referencia a otras profesiones de la salud: entre la cercanía y el conocimiento biomédico.....	210
5.2.1 “Somos nosotras las que estamos permanentemente con los pacientes”. Jerarquizar la cercanía y el tiempo compartido en la práctica de cuidado	211
5.2.2 “Cuando te conocía, se tranquilizaba”. La construcción de una “relación familiar” en internaciones prolongadas	215
5.2.3 “Tenés criterio, tenés conocimiento, podés avalar tu práctica”. Debatir en términos biomédicos: estandarización de prácticas y conocimiento científico	221
5.3 Conclusiones parciales.....	227
Capítulo 6 – Sentimiento, emociones y afectos. La construcción de una “comunidad de sensibilidad” en el trabajo de cuidado de Otro.....	230
6.1 La muerte de un paciente: elaborar el dolor y la tristeza	232
6.1.1 “Que ese nene vea otra cosa que no sea esa tristeza”: aprender a desdramatizar el dolor	233
6.1.2 “Yo no podía llorar”: elaborar la tristeza ante la pérdida de un paciente.....	237
6.2 El temor y la culpa durante el trabajo en pandemia.....	241
6.2.1 “Al principio le teníamos miedo a lo desconocido”: el temor y la culpa frente al contagio del virus.....	242
6.2.2 El temor de “llevar el virus a casa”: estrategias de cuidado para “proteger” a los seres queridos	245
6.2.3 “Me siento muy culpable de no ver a los chicos”: el sentimiento de culpa y las negociaciones morales	249
6.3 El amor en el trabajo de cuidado de enfermería: entrega y afecto hacia los pacientes y la profesión.....	253
6.3.1 “Admiraba con el amor que lo hacían”: sensibilidad y satisfacción en el trabajo de cuidado de Otro.....	254
6.3.2 Calmar el dolor del alma: reglas del oficio y reglas del sentir	259
6.4 Conclusiones parciales.....	265
Conclusiones finales.....	268
<i>Rastros pasados -o rastros que permanecen-</i> . El trabajo de cuidado en enfermería y los legados históricos	270
<i>Rastros presentes</i> . El trabajo de cuidado en enfermería y los compromisos subjetivos e intercambios con otras esferas de la vida.....	273
Rastros y compromisos subjetivos. <i>Saber-ser-enfermera</i>	274
Rastros e intercambios con otras esferas de la vida. <i>Más allá del espacio de trabajo</i>	277
<i>Lo que ellas hacen</i> . Contradicciones, malabares y equilibrios en el trabajo de cuidado en enfermería	281
Bibliografía.....	290

ANEXOS.....	306
Anexo 1. Cuadro de entrevistadas/os	306
Anexo 2. Cuadro de documentación	307

Índice de imágenes, mapas, tablas, gráficos y esquemas

Imagen 1 - Escuela de Enfermeras y Enfermeros del Círculo Médico Argentino. Circa 1909.	54
Imagen 2 - Ceremonia de imposición de Tocas, inauguración nueva sede de Escuela de Enfermeras del Ministerio de Salud	58
Imagen 3 - Estudiantes del PRONAFE en la entrega de Mochilas Técnicas.....	70
Gráfico 1 - Porcentaje de enfermeras según tipo de titulación (Argentina, 1994-2019)	72
Mapa 1 - Densidad del personal de enfermería por cada 10.000 habitantes, año 2018.	73
Tabla 1 – Características Generales de la Formación en Enfermería en la Provincia de Buenos Aires, año 2023.	77
Diagrama 1 – Estructura del Sistema de salud argentino a inicios del siglo XXI	85
Mapa 2 – Región Sanitaria XI	93
Mapa 3 - Efectores de Salud en La Plata, año 2021	94
Figura 1 - Remuneraciones medias, sectores y subsectores seleccionados. Primer trimestre 2021, valores corrientes.....	105
Figura 2 – Evolución de salario medio, sectores seleccionados. Valores constantes a precios de 2020. Período 2015-2021.	108
Esquema de Síntesis Final – La <i>multidimensionalidad</i> del trabajo de cuidado en enfermería	269

Agradecimientos

Esta tesis fue posible gracias al acompañamiento, la ayuda y la motivación de muchas personas que estuvieron presentes durante todo este proceso. En especial, quiero agradecer a las trabajadoras y trabajadores de enfermería quienes día a día sostienen la atención y el cuidado de la salud y que, si bien le ponen el cuerpo, la mente y el corazón a situaciones extremadamente complejas aún luchan por ser reconocidas.

Agradezco también a Mariana y Anabel directoras y, sobre todo, hermosas personas que me escucharon y orientaron durante todos estos años, con amor y paciencia. A mis compañeras/os de trabajo del LESET y de la Prosecretaría de Salud de la UNLP quienes me enseñaron, guiaron y sostuvieron en más de una ocasión. A la comunidad del Instituto de Formación Técnico Profesional N°221, estudiantes, profesore/as y directivos/as de la Carrera de Enfermería. A Julio César por mostrarme que existía *algo* llamado investigar y enseñarme una forma de trabajo -y de ser investigador/a- que me guardo para siempre. A todos/as las personas que participaron en sus proyectos sobre CYMAT-RPST en estos muchos años de trabajo compartido. A referentes y delegados/as del sindicato ATSA-LP que tantas veces nos abrieron sus puertas, nos escucharon y dieron testimonios. A Karina e Indi por invitarme a formar parte de un proyecto enorme sobre la enfermería, del cual aprendí mucho. A mis compañeras de la Irma Carrica por enseñarme la importancia de lo colectivo, del compartir con otros y de la lucha incansable por el derecho a la salud. A mis amigas/os pilares fundamentales en mi vida. No podría sin ustedes. Por último, a mi mamá, que me enseñó todo sobre el feminismo y la lucha que sostienen invisible y cotidianamente las mujeres que cuidan, sin más marco teórico que su propia experiencia y amor incondicional. Gracias.

Introducción

Una *huella* puede ser definida como una marca que queda en la superficie sobre la cual se tiene contacto o se ejerce presión; su significado también remite a un símbolo que permite identificar a quien lo posee, que lo hace específico, característico y/o distintivo. En esta tesis nos proponemos indagar en las *huellas* presentes en el trabajo de cuidado en enfermería. Esta aproximación nos permitirá captar aquello que se imprime y deja rastros; aquello que, pese al paso del tiempo y los movimientos, permanece presente. La decisión de incluir la metáfora de las *huellas* en esta tesis no es arbitraria ni conlleva tintes meramente poéticos, sino que posee un fin analítico: nos permite sintetizar en una imagen conocida un planteo mucho más extenso que desarrollaremos a lo largo de esta tesis y que centralmente busca registrar una serie de características que configuran nuestro objeto de estudio. Concretamente, el objetivo de esta investigación doctoral es comprender la *multidimensionalidad* del trabajo de cuidado en enfermería, a partir de registrar las experiencias de enfermeras que se desempeñan en instituciones de salud privadas de la ciudad de La Plata, durante el periodo 2018-2021. Es decir, desde una perspectiva situada y procesual, buscaremos reconstruir las experiencias concretas de las personas que son parte de esta investigación con el objetivo de desentrañar las múltiples dimensiones que hacen al trabajo de cuidado en enfermería. Para ello mostraremos que esas dimensiones involucran distintas esferas y tiempos, que están en permanente movimiento e intercambio, atravesando y siendo atravesadas por diversas aristas de la vida, que también dialogan con temporalidades más amplias vinculadas a los legados y los imaginarios sociales que recaen sobre esta ocupación.

Recuperar la metáfora de las *huellas del trabajo* utilizada por Juan José Castillo en el Tratado Latinoamericano de Sociología del Trabajo (2000) para hablar, específicamente, de las *huellas del cuidado* nos permite presentar dos elementos que aportan a la construcción de los argumentos centrales de esta tesis -o al planteo central de esta investigación-. Por un lado, el trabajo de enfermería, en tanto trabajo de cuidado, deja ciertos rastros y/o vestigios en las biografías de quienes lo realizan; *huellas* o marcas subjetivas más o menos profundas y/o visibles que, por sus características, no pasan inadvertidas. Por otro lado, estudiar al trabajo es mucho más que analizar la “relación social de empleo”, en tanto esta actividad esencialmente humana está absolutamente vinculada y entrelazada a otras aristas de la vida, a otras experiencias y expectativas de los/as trabajadores/as. Por esta razón, argumentamos que para comprender una situación de trabajo concreta y los significados que los sujetos

construyen sobre las labores que realizan debemos estudiar tanto lo que sucede “dentro” y “fuera” del espacio laboral y los intercambios que se generan entre esas esferas y tiempos de la vida. Para ello partiremos de una aproximación propia de la sociología del trabajo, recuperando aportes de otras disciplinas (como la historia, la antropología y la psicología).

Hacia la comprensión del trabajo de cuidado en enfermería

Lejos de caer en la homogeneización de este grupo laboral o en la romantización de esas *huellas*, a lo largo de la tesis buscaremos registrar las diversas significaciones, las tensiones y/o aparentes contradicciones, en definitiva, las formas en que las enfermeras vivencian sus actividades laborales en un marco de condiciones específicas. Para ello será importante reparar en la especificidad del trabajo de enfermería, es decir una labor esencialmente orientada al cuidado de la salud de Otro para así registrar las experiencias de sus protagonistas. Como sostiene Natacha Borgeaud-Garciandía (2018:20):

“Partir de los actores ayuda a evitar caer en la trampa de la naturalización de conocimientos y afectos implicados en el trabajo. No se defiende una visión romántica del cuidado. Cuidar es entrar en conflicto –con uno mismo, la propia tolerancia y el cansancio; con las resistencias de los beneficiarios; con la familia o los colegas, con las instituciones, con la organización del trabajo. Y (tratar de) superarlo”–.

En términos teóricos, aproximarnos al trabajo de enfermería como un trabajo de cuidado nos sitúa en ese campo de discusiones. Sin embargo, dentro de los estudios del cuidado existen múltiples perspectivas y aproximaciones disciplinares; una gran polisemia del término y límites difusos respecto de las actividades y/o temáticas que pueden pensarse. Más allá de los debates y las precisiones conceptuales, nos interesan retomar algunos elementos analíticos que esta teoría propone para analizar nuestro corpus empírico. El campo de estudios del cuidado representa entonces “un campo en tensión y es esa misma tensión la que alimenta la producción de nuevos conocimientos y, a su vez, de nuevas tensiones” (Borgeaud-Garciandía, 2018:18).

Ahora bien, definir al cuidado como un trabajo también expresa un posicionamiento teórico: “atender a Otro” no es solamente un movimiento afectivo, sino que representa ante todo una práctica (Molinier, 2012). En este sentido, hay dos elementos que quisiéramos tener en cuenta durante todo el desarrollo de la tesis, por un lado, como plantea Joan Tronto (1987), el cuidado implica una actividad que rescata y se ocupa de la vulnerabilidad, en tanto característica que las personas comparten. Es decir, todos los seres humanos en algún

momento de sus vidas dependen de los cuidados propios y de Otros. Sin embargo, esta interdependencia muchas veces es invisibilizada y permanece oculta en una aparente autonomía y/o autosuficiencia. Por otro lado, si bien el cuidado representa una actividad inherentemente humana, su distribución refleja profundas desigualdades. Aunque todas las personas en algún momento de la vida necesitan ser cuidadas, la distribución de estas responsabilidades, los espacios y los tiempos en los que estas tareas se realizan está dividida de forma desigual (Esquivel et Al., 2012).

Para comprender la *multidimensionalidad* del trabajo de cuidado en enfermería debemos atender entonces a la importancia que poseen los cuidados para el bienestar y el desarrollo de nuestras sociedades, en tanto refleja que las necesidades humanas son de bienes, servicios, de afectos y relaciones, pero también tenemos que considerar que la distribución de esas tareas expresa relaciones sociales donde se ponen de manifiesto una compleja trama de desigualdades y relaciones de poder.

El campo de estudios de la enfermería en Argentina y nuestro aporte: enfermería en el subsector privado y en la ciudad de La Plata

Si en términos teóricos buscamos aportar a las discusiones sobre el cuidado desde la mirada de la sociología del trabajo, en términos específicos nos interesa contribuir con el desarrollo de esta tesis al campo de estudios de la enfermería en Argentina, entendiendo a este grupo como un exponente de los cuidados sanitarios (Ramacciotti, 2019). En este sentido, pese a que en los últimos años han proliferado diversas investigaciones sobre la enfermería¹ aún son escasos los estudios que se han centrado en la situación de este colectivo laboral en el subsector privado de salud. En este sentido, aportaremos a comprender cuál es la especificidad del trabajo de cuidado en enfermería cuando se realiza bajo la lógica del sector privado. Es decir, a diferencia de lo que sucede en el ámbito público donde la salud es entendida como una prestación universal y, por ende, un derecho que debe ser garantizada por el Estado, en el ámbito privado la salud pasa a ser considerada una mercancía y, por ende, los pacientes también asumen el rol de clientes. Esta situación tendrá consecuencias específicas en las experiencias de las enfermeras que realizan su trabajo en clínicas privadas.

A su vez, nos interesa aportar evidencia empírica para conocer las particularidades que reviste el trabajo de enfermería en la ciudad de La Plata, es decir la capital de la provincia

¹ Algunos ejemplos de ello son Lusnich, 2011; Micha, 2015; Pereyra & Micha, 2016; Esquivel & Pereyra, 2017; Aspiazu, 2017; Ramacciotti & Valobra, 2017; Ortega, 2019; Ramacciotti, 2019; Malleville & Beliera, 2020; 2022; Malleville & Noguera, 2021; Ramacciotti, 2022; Aspiazu & Cutuli, 2022.

de Buenos Aires y región de referencia en términos sanitarios. En este sentido, la elección de dicha ciudad radica en una serie de elementos. En primer lugar, debido a que en su territorio se emplaza un número importante de clínicas privadas y hospitales de gestión provincial que prestan diversos servicios de internación de gran complejidad a los cuales concurren pacientes de la zona, pero también de otras localidades de la provincia, e incluso del país. En segundo lugar, producto del protagonismo que cobró La Plata, en tanto municipio que integra el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA)², específicamente durante la crisis sanitaria³ producto del virus SARS-CoV-2, conocido popularmente como COVID-19 -o coronavirus-.

La pandemia fue un evento excepcional y sin precedentes que no solo modificó la organización del sistema de salud, sino que trastocó la vida de la población en su conjunto. Se inició en marzo de 2020, luego de la confirmación del primer caso de una persona infectada en Argentina con el virus SARS-CoV-2 (COVID-19, coronavirus)⁴. En ese marco las autoridades lanzaron un primer decreto, el 12 de marzo del 2020, que establecía la emergencia pública en materia sanitaria⁵ (DNU N°260/20) para todo el territorio nacional, situación que en nuestro país se extendió hasta el año 2023. Complementariamente, el 19 de marzo, decretaron el aislamiento social preventivo y obligatorio (ASPO) (DNU N°297/20) y declararon a todo el personal de salud como “trabajadores/as esenciales” (DNU N°297/20). En ese contexto se reorganizaron los servicios de salud para la atención de pacientes COVID-19 positivo o “casos sospechosos” a partir de la inclusión de nuevos protocolos de higiene y seguridad, y de atención. Además, se suspendieron la mayor parte de las actividades económicas y sociales y se limitó la circulación de personas para evitar la propagación de

² Durante la pandemia, oficialmente se incluyeron 40 municipios en la definición de AMBA considerando la relevancia sanitaria del área que se extiende desde CABA hacia La Plata y sus alrededores. Ello implicó revisar la definición tomada por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) en 2003, que definía el AMBA como el área urbana conformada por la CABA y los veinticuatro municipios del conurbano.

³ Argentina experimentó otras crisis sanitarias producto de epidemias como, por ejemplo, en el siglo XIX, la fiebre amarilla en la ciudad de Buenos Aires y más cerca en el tiempo la gripe A, en junio de 2009, causada por una variante del virus Influenza A (subtipo H1N1). Sin embargo, por sus características, perdurabilidad en el tiempo y extensión territorial el COVID-19 representó una experiencia excepcional para la cual no había referencias concretas para su abordaje.

⁴ El primer caso de COVID-19 en Argentina fue confirmado por las autoridades sanitarias el 2 de marzo del 2020, [https://www.diagonales.com/region/se-confirio-el-primero-caso-de-coronavirus-en-la-plata_a6213b10825ae55da0147510b](https://www.argentina.gob.ar/noticias/salud-confirma-el-primero-caso-de-coronavirus-en-el-pais#:~:text=El%20caso%20fue%20notificado%20por,Salud%20(ANLIS)%20%E2%80%9CDr. Mientras que la primera persona infectada en La Plata data del día 26 de marzo del 2020 (Diagonales, marzo 2020) <a href=)

⁵ Si bien la Organización Mundial de la Salud (OMS) señaló el fin de la emergencia sanitaria por la pandemia en mayo del 2023, debido a la crisis que implicó esta excepcionalidad para el sistema de salud de Argentina, las autoridades prorrogaron la emergencia sanitaria hasta diciembre del 2023.

un virus hasta el momento desconocido que afectaba las vías respiratorias. Estos lineamientos tuvieron sus particularidades en función de las características locales y el avance de la situación epidemiológica en cada región del país y sufrieron diversas modificaciones a medida que la crisis sanitaria avanzaba⁶. Siguiendo a Assusa y Kessler (2020) la pandemia entonces puede ser interpretada como un “hecho social total” que transformó las dinámicas cotidianas y expuso con mayor crudeza una serie de problemáticas que ya estaban presentes en nuestras sociedades.

Por su rol en el abordaje de la emergencia sanitaria, los/as trabajadores/as de la salud, y las enfermeras en particular, adquirieron un inédito protagonismo público: fueron tildados/as de “héroes” y “heroínas”, recibieron aplausos y fueron homenajeados/as en distintas acciones públicas, pero también vieron intensificadas sus jornadas laborales y la presión sobre sus tareas. Sumado a estas problemáticas laborales, por las características de las tareas de cuidado y atención dentro de los espacios de salud, quienes trabajan en enfermería fueron uno de los grupos más expuestos a la posibilidad de contagiarse del virus. Incluso el primer trabajador de la salud que falleció a causa del COVID-19 fue un enfermero⁷. A su vez, la pandemia, y en particular el aislamiento social, pusieron en el centro de la discusión las formas en que se distribuyen las tareas de cuidados en nuestras sociedades (Castilla et Al., 2020). Si bien el objetivo de esta tesis no es realizar un análisis del impacto de la emergencia sanitaria en la enfermería, consideramos que esta situación excepcional representó un *evento crítico* que actuó como catalizador de muchas problemáticas que ya estaban presentes en el sector de enfermería, en tanto actividad vinculada al cuidado de la salud. En términos más amplios, este “hecho social” sin precedentes visibilizó con mayor crudeza la importancia de las tareas de cuidado dentro de nuestras sociedades y la necesidad de conocer en profundidad las experiencias de quienes realizan trabajos de cuidado y, en particular, trabajos que involucran el cuidado de la salud de la población como es el caso de la enfermería.

⁶ Por ejemplo, el ASPO fue reemplazado por otra forma de limitación del contacto denominado distanciamiento social preventivo y obligatorio (DISPO), lo cual conllevó una apertura progresiva de ciertas actividades económicas y recreativas/sociales (DNU N°125/21).

⁷ Debido a este suceso, la Ley de Protección al Personal de Salud ante la pandemia de COVID-19 (Ley N°27.548) sancionada al inicio de la emergencia sanitaria fue llamada “Ley Silvio”, en homenaje a Silvio Cufre, un enfermero de 47 años que en el mes de abril de 2020 fue el primer agente de salud de la Argentina en fallecer a causa del coronavirus. Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/230239/20200608#:~:text=Los%20establecimientos%20de%20salud%20deben,un%20mayor%20riesgo%20de%20contagio>

En este sentido, consideramos que la elección de este grupo laboral como objeto de estudio posee relevancia analítica, en tanto contribuye a la comprensión de los trabajos de cuidado y de las características de un grupo históricamente subordinado, pero su análisis también tiene potencialidad política, en tanto permite adentrarnos en las experiencias y recuperar las voces de quienes se ocupan de garantizar los cuidados en nuestras sociedades y decir algo más acerca de su desigual distribución.

El trabajo de cuidado: entre la sostenibilidad de la vida y la invisibilización de las tareas

Identificarse como una trabajadora que se ocupa de cuidar la salud de Otro/s, es decir de quienes se encuentran atravesando situaciones de vulnerabilidad, implica resaltar cierta especificidad de la tarea de cuidar. Sin embargo, pese a la importancia de estas labores para el sostenimiento de la vida, en nuestras sociedades su reconocimiento material y simbólico es escaso. En este sentido, los trabajos de cuidado han sido subvalorados, entre otras razones, porque se los ha concebido como tareas reservadas a categorías sociales subalternas: mujeres, de sectores populares, migrantes (Moliner, 2012). Es decir, en el caso de las mujeres, el trabajo de cuidado ha sido catalogado como una prolongación de habilidades supuestamente femeninas y, por ende, rutinario, desprovisto de conocimientos y/o de competencias profesionales específicas.

Partiendo de estas características generales, considerar a la enfermería como un trabajo de cuidado, implica reconocer que estamos ante una labor que enfrenta una paradoja: por un lado, es una tarea imprescindible para el devenir de la vida y el bienestar humano; por otro, es un trabajo escasamente reconocido donde se expresan, esencialmente, desigualdades de género y de clase. Registrar esta tensión será importante al momento de comprender las experiencias cotidianas de las enfermeras y los legados históricos que pesan sobre la profesión. De esta forma, el insuficiente valor que se atribuye a los trabajos de cuidado no resulta de una ausencia de necesidad en términos sociales ni de su simplicidad o facilidad, sino que involucra aspectos políticos y culturas que mantienen en un estatus de inferioridad a las personas que lo realizan (Hochschild, 2008). En el entrelazamiento de desigualdades -vinculadas a la condición de clase y de género, entre otras- se hace visible un sistema complejo de estructuras de opresión que son múltiples y simultáneas y que se expresarán en las experiencias biográficas concretas de las enfermeras que son objeto de esta investigación.

En Argentina, si bien el campo de estudio sobre la enfermería aún se encuentra en crecimiento (sobre todo si se lo compara con investigaciones sobre otros colectivos de

trabajadores/as y sectores de la actividad) en los últimos años proliferaron una serie de trabajos que han realizado valiosos aportes para caracterizar a este grupo laboral, reconociendo las desigualdades y los procesos de invisibilización que atraviesa. En concreto podemos mencionar los estudios que hacen énfasis en los aspectos de género, de clase y de migración. Por ejemplo, encontramos investigaciones empíricas que reconstruyen el proceso de feminización de la enfermería (Wainerman & Geldstein, 1991; Wainerman & Binstock, 1992) y cómo esta ocupación pasó a representar una posibilidad para continuar los estudios y encontrar empleos con mayores garantías laborales, para muchas mujeres de sectores populares y/o migrantes (Mallimacci Barral, 2016, 2018; Gonzalez & Malleville, 2021). También son importantes las investigaciones antropológicas que se han orientado al análisis de los aspectos de género vinculados al trabajo de enfermería (Balzano, 2012; Pozzio, 2022). A su vez, haciendo énfasis en la invisibilización y la escasa valoración de la profesión, podemos mencionar las investigaciones que, desde una perspectiva historiográfica, reconstruyen el proceso de profesionalización y las luchas por el reconocimiento de la ocupación y de su autonomía respecto de la medicina y las lógicas detrás del desarrollo profesional de este grupo (Biernat, Cerdá & Ramacciotti, 2015; Martin, 2015; Martín & Ramacciotti, 2016; Ramacciotti & Valobra, 2010, 2017; Ramacciotti, 2019; 2020).

Ahora bien, al momento de analizar situaciones de trabajo en actividades vinculadas al cuidado encontramos que los procesos de desvalorización social se plasman en el plano concreto en distintas situaciones de precariedad laboral.

Desde la Economía Feminista, encontramos diversas investigaciones que muestran cómo en los sectores económicos donde las mujeres se encuentran sobrerrepresentadas (como educación, salud, trabajo doméstico) suelen darse situaciones de mayor precariedad e informalidad laboral (Amaya Guerrero, 2019; Aguilar, 2019; Esquivel, 2011) y los salarios tienden a ser menores que en otros sectores económicos (vinculados a actividades industriales, masculinizados) puesto que se da un fenómeno denominado “penalidad del cuidado” (Esquivel & Pereyra, 2017). Siguiendo los aportes de las teóricas marxistas (Arruza, 2010; Federici, 2018) podemos señalar que, en nuestras sociedades, las tareas vinculadas a la reproducción social -donde pueden situarse los cuidados- han sido relegadas a la esfera doméstica y privada, asociadas a cualidades supuestamente femeninas -como el amor y la entrega- y, por ende, realizadas sin necesidad de retribución material. Por el contrario, la esfera de la producción fue considerada como un espacio esencialmente masculino, público y retribuido económicamente (Federici, 2018). Ahora bien, Daniele Kergoat (1997) plantea que para analizar la división sexual del trabajo es importante pensar

la articulación entre la esfera de la producción y la reproducción y hacerlo en términos de relaciones sociales. Es decir, poner en el centro la dinámica de las relaciones sociales y de poder, las contradicciones y el antagonismo entre grupos sociales, cuestión que se recrea y modifica de forma permanente.

En este sentido, una forma de aproximarnos al trabajo de cuidado en enfermería desde la sociología del trabajo es analizar esta actividad a partir de los marcos analíticos de la precariedad laboral. Dentro de este conjunto de estudios encontramos diversas investigaciones que muestran a partir de evidencia empírica cuáles son las condiciones de precariedad que afectan a este colectivo y profundizan en las razones detrás de esta problemática. Por ejemplo, hallamos trabajos que analizan las condiciones de precariedad de la enfermería (bajos salarios, pluriempleo, fragmentación de la representación colectiva, etc.) haciendo hincapié en la feminización del sector de cuidados (Aspiazu, 2017; Lusnich, 2011; Pereyra et Al., 2016) y la relación entre reconocimiento/visibilidad y precarización (Malleville & Beliera, 2020). También encontramos estudios que señalan los límites en el proceso de sindicalización y las características del conflicto laboral en el sector (Aspiazu, 2008, 2011; Beliera, 2019) y la incidencia de las desigualdades de género dentro de este grupo (Aspiazu, 2016; Ortega, 2019b). Asimismo, otras investigaciones analizan cómo la precariedad repercute en la salud de estas trabajadoras al punto de generar procesos de desgaste físico y mental, episodios de sufrimiento y/o padecimientos psicosociales (Díaz Echenique et Al., 2010; Lusnich, 2011; Balzano, 2011; Neffa & Henry, 2017, 2019; Ortega, 2019a). También hallamos trabajos que indagan sobre cómo los problemas en la organización del trabajo pueden vehicular situaciones de acoso y/o violencia laboral (Wlosko & Ros, 2013).

Teniendo en cuenta estas condiciones preexistentes, durante la emergencia sanitaria numerosos estudios ahondaron en las problemáticas laborales que emergieron y/o se profundizaron producto de la pandemia⁸. Encontramos estudios que analizaron situadamente los cambios en la organización del trabajo, el aumento de la intensidad y las exigencias emocionales y los riesgos psicosociales (Garazi & Blanco Rodríguez, 2022; Aspiazu & Cutuli, 2022); otras investigaciones que desentrañaron las estrategias de cuidado y de resistencia elaboradas para afrontar las complicaciones del trabajo en pandemia

⁸ Por ejemplo, podemos mencionar el libro compilado por Karina Ramacciotti en 2023 *Estudiar, Cuidar y Reclamar. La enfermería argentina durante la pandemia de COVID-19*. Compuesto por 20 artículos cuyo objetivo fue analizar el rol de la enfermería en el cuidado profesional de la salud durante la pandemia, desde el punto de vista de sus propias protagonistas en todo el territorio nacional.

(Ramacciotti, 2022; Malleville, 2022; Pasero & Carabaca, 2022) y estudios que profundizaron en las acciones gremiales desarrolladas en un periodo de gran conflictividad dentro del sector (Aspiazu, 2022; Beliera & Malleville, 2022; Iglesias et Al. 2022). También encontramos investigaciones que mostraron cómo los discursos públicos sobre la enfermería abonaron al déficit de su reconocimiento profesional a partir de representaciones como la heroicidad y el sacrificio (Salerno, 2020; Ledesma Prietto & Queirolo, 2022; Ramacciotti & Testa, 2022).

De esta forma podemos señalar que, en los últimos años, las distintas investigaciones que indagaron sobre las condiciones de ejercicio de la enfermería construyeron un corpus de evidencia empírica sobre las formas en que la precariedad afecta a este grupo laboral. En este sentido la sociología del trabajo ha realizado valiosos aportes a la noción de precariedad, un concepto caracterizado por una gran polisemia y ciertas ambigüedades. En un primer momento, la literatura especializada utilizó este concepto para referirse al estatus jurídico de los empleos y las condiciones de contratación de la mano de obra asalariada —derogación del contrato por duración indeterminada en situaciones laborales consideradas atípicas y/o al margen de la norma (Busso & Bouffartigue, 2010)—. Esta aproximación sirvió para conceptualizar el empeoramiento de las condiciones laborales de la fuerza de trabajo producto del crecimiento de la inestabilidad en la relación laboral. Posteriormente, otros autores realizaron aportes para ampliar esta conceptualización. Desde una perspectiva sociológica neo-durkheimiana, 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, Serge 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 quien las realiza. Mientras que la precariedad en el empleo muestra una debilidad de la protección del trabajador/a, la precariedad en el trabajo “expresa una negación del reconocimiento” (Paugam, 2015:29). Luego, diversos teóricos neomarxistas analizaron las dimensiones políticas de la precariedad y señalaron sus implicancias para la organización colectiva (Cingolani, 2009; Bérout & Bouffartigue, 2009).

Quienes desempeñan actividades laborales precarias se insertan de 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 en el empleo modera otras reivindicaciones

laborales (Neffa, 2016) por lo que contribuye a situaciones de una mayor subordinación y dependencia. Por último, en los últimos años, proliferaron una serie de estudios que, desde la perspectiva de los riesgos psicosociales del trabajo (RPST), advirtieron sobre las consecuencias de las deficiencias en la organización del proceso laboral en la salud de los/as trabajadores/as (Neffa, 2015). La incertidumbre respecto a la continuidad del empleo, la intensificación de las tareas, las situaciones de maltrato y/o violencia laboral, el escaso reconocimiento y/o retribución por los esfuerzos realizados puede dar lugar a episodios de sufrimiento con consecuencias en la salud física y también mental de quienes trabajan (Neffa, 2015).

El campo empírico y la interpelación a la construcción de un nuevo abordaje

La literatura reciente sobre el trabajo de enfermería permitía afirmar que nos encontrábamos ante un colectivo que experimentaba situaciones de gran explotación. Por su parte, los aportes teóricos sobre la precariedad nos brindaban herramientas conceptuales para comprender muchos de los aspectos que hacían a esa explotación tanto en plano de las condiciones empleo, como de trabajo y de organización colectiva. No obstante, el contacto con el campo empírico y la inserción en otros espacios vinculados a la enfermería, nos presentaron una serie de eventos que, en un primer momento, no podían circunscribirse y/o interpretarse únicamente desde los marcos conceptuales de la precariedad. Por esta razón, si bien nos situamos en un campo de discusiones muy amplio (que nos permitía analizar las condiciones de empleo y de trabajo, pero también el rol de la organización del proceso laboral y de las consecuencias de estas problemáticas en términos de riesgos psicosociales) a medida que el trabajo de campo avanzaba encontrábamos que muchos aspectos del trabajo de cuidado en enfermería rebasaban las categorías adoptadas inicialmente. En un principio la aparición de estos elementos fue vivenciada con preocupación, en tanto reflejaba ciertas contradicciones o tensiones entre el campo, la teoría y el enfoque metodológico ¿cómo podían las enfermeras mostrarse contentas con su trabajo si ganaban tan poco? ¿cómo podían trabajar durante tantas horas, e incluso días, sin tiempo para dormir? Fueron algunas de las preguntas que surgieron.

Estos eventos de campo comenzaron a cobrar un sentido analítico, al punto de generar cinco desplazamientos teórico-metodológicos (sobre los que profundizaremos en el siguiente apartado). Para lograr incorporar estos eventos o nudos problemáticos y transformarlos en los desplazamientos que permitieron la elaboración de los argumentos de la tesis fue importante ser sensible a lo que las personas decían y hacían, es decir registrar

todo eso que pasaba y que en un principio parecía tener poco sentido. Estar dispuestas a abrir y/o problematizar muchas de las categorías con las que habíamos comenzado a mirar y/o a delimitar la pregunta de investigación, para registrar así las voces y las vivencias de las protagonistas. En definitiva, estar abiertas a la posibilidad de que aquello que en un principio podía parecerse contradictorio y/o sin sentido aparente tal vez era en sí mismo un aspecto explicativo de nuestro objeto de estudio.

De esta forma, antes de profundizar en los desplazamientos teórico-metodológicos que permitieron delimitar nuestro objeto estudio y la pregunta de investigación, quisiéramos señalar nudos problemáticos que tuvimos que desatar ya que actuaban como obstáculos para el proceso de comprensión. Esos nudos derivaron en una serie de decisiones analíticas que nos llevaron a incorporar otras categorías y lecturas -más allá de las discusiones sobre la precariedad, las condiciones de trabajo y los riesgos psicosociales- y despertaron una serie de interrogantes que no podían responderse taxativamente por sí o por no. Un nudo entonces representa una situación que en un primer momento puede pensarse como problemática pero que cuando se logra desatar abre nuevas posibilidades para interpretar los eventos de campo.

Como venimos argumentando, muchas de las experiencias cotidianas de las enfermeras en las clínicas privadas podían ser leídas bajo los marcos de la precariedad: contratos por periodos cortos de tiempo y/o sin registro, falta de personal y exceso de pacientes a cargo, bajos salarios, pluriempleo, fragmentación en la representación colectiva, agotamiento emocional, riesgos psicosociales, entre otros (Micha 2015; Aspiazu, 2017; Balzano, 2011; Neffa & Henry, 2017, 2019).

Desde la perspectiva de la precariedad y los riesgos psicosociales, durante el trabajo de campo, encontramos inicialmente problemáticas similares a las que exponían investigaciones empíricas sobre el trabajo en enfermería. Pero también comenzamos a registrar que las enfermeras no eran personas pasivas, sino que eran conscientes de los problemas que las aquejaban y de las consecuencias que esas vivencias tenían para su bienestar: podían poner en palabras el déficit en sus condiciones laborales, describirlas, señalar cuáles creían que eran las causas, pensarlas en términos más amplios e incluso señalar problemas de salud vinculados a su trabajo. Sin embargo, a medida que avanzaban los encuentros, notamos que más allá de esas condiciones objetivas que se presentaban como extendidas a la mayor parte del sector, en las narrativas de las enfermeras también aparecían otros significados vinculados a su profesión, en un sentido más amplio: se mostraban orgullosas de las tareas que hacían; resaltaban una y otra vez la utilidad social que tenía su profesión; manifestaban estar contentas por ayudar a los pacientes a recuperarse, incluso en

el marco de situaciones excepcionales como la pandemia. En un principio, el vínculo entre las condiciones objetivas y los significados que las enfermeras le asignaban al trabajo de cuidado se nos presentaban como contradictorios: ¿por qué a pesar de esas condiciones apremiantes se mostraban orgullosas o agradecidas por su trabajo? Si pese a trabajar en condiciones de gran precariedad encontraban satisfacción ¿cómo hacían para soportar esas condiciones? O en última instancia ¿qué hacen las enfermeras con *todo esto* que les pasa, con *todo eso* que las atraviesa de su trabajo?

Era necesario incluir esos sentidos al análisis, sin romantizar dichas situaciones. A la vez, esas otras significaciones no representaban un mero desprendimiento o una consecuencia directa de las condiciones objetivas bajo las cuales ejercían su trabajo. Las estructuras no determinaban plenamente a los sujetos. Había *algo más* que debíamos interpretar. En este sentido, estaba claro que reparar en estos aspectos del trabajo de cuidado en enfermería no podía derivar en explicaciones que apelaran a la plena contingencia, es decir que consideren a las personas como totalmente libres para accionar y/o decidir. Tampoco debía llevarnos a una especie de justificación de las condiciones de precariedad que experimentaban. Sería necesario entonces encontrar la forma de incorporar esa tensión entre precariedad y satisfacción en el trabajo.

Pensamos por tanto que, en última instancia, esa aparente contradicción entre condiciones y percepciones subjetivas reflejaba una pregunta más amplia, un interrogante clásico de la sociología, es decir: cómo debíamos abordar la relación entre estructuras y sujetos, entre condiciones objetivas y capacidad de acción.

Fue así que, para pensar la relación entre condiciones estructurales y márgenes de acción en nuestro campo empírico, incorporamos los aportes del sociólogo del trabajo mexicano Enrique De la Garza Toledo (2000; 2018). Concretamente, el autor señala que las estructuras del mundo externo no determinan a las personas, sino que constriñen y/o delimitan ciertos espacios de posibilidad para la acción. Sin embargo, considerar que las condiciones estructurales no determinan plenamente las acciones individuales no implica caer en la plena contingencia, sino que puede haber regularidades, es decir aspectos de la realidad que explican o influyen más que otros en el fenómeno que deseamos analizar y que, por ende, tienen mayor relevancia analítica. De esta forma, podemos pensar la relación entre estructuras y sujetos no bajo una idea de causalidad o de determinación sino como presión, canalización o acotamiento del espacio de posibilidades para la acción y la construcción de significados (De la Garza Toledo, 2018). A su vez, para los sujetos, esos condicionamientos no se presentan como única estructura, sino que constituyen diferentes estructuras que

pueden entrelazarse entre sí. Podíamos encontrar entonces condicionamientos duraderos en términos de procesos históricos o bien referidos al tiempo presente y a una situación concreta; situarse en un nivel macrosocial o sectorial pero también detenernos en el plano micro social.

Una vez que planteamos la necesidad de abordar la relación entre estructuras y sujetos sin caer en determinismos, pero tampoco anclarnos en la plena contingencia, fue necesario resaltar las capacidades que poseen las personas en ese marco de posibilidades y dentro de las posiciones sociales que ocupan. Es decir, dar lugar al interrogante sobre qué hacen las enfermeras con *todo eso que les pasa*. Para ello resultaron interesantes los aportes de Beverly Skeggs (2019). La autora, en su libro sobre la construcción de respetabilidad en mujeres de sectores populares, plantea que los sujetos que investigamos no representan meras cifras a partir de las cuales las posiciones subjetivas pueden descifrarse, sino que participan activamente en la construcción de las mismas, es decir producen significados respecto de las posiciones sociales que ocupan o se niegan a ocupar. Las enfermeras entonces no se presentaban como seres pasivos ante los condicionamientos con los que se enfrentaban, sino que tenían capacidad para posicionarse dentro de ciertos márgenes de posibilidad.

Concretamente construir acciones para disputar posiciones y moverse en ese marco de condicionamientos permite a los/as trabajadores/as sobrellevar y/o enfrentar muchas de las problemáticas presentes en su trabajo. Esas acciones podían pensarse como estrategias o como plantea la psicodinámica del trabajo “estrategias defensivas” del oficio (Dejours, 2009). Hablar de estrategias entonces no implica considerarlas como instancias de evaluación instrumental o racional, sino como un proceso activo de construcción que realizan los sujetos en el marco de condicionamientos estructurales y relaciones sociales específicas que movilizan a la hora de enfrentar, matizar y/o intervenir sobre situaciones que pueden comprometer su subjetividad dentro del trabajo.

De esta forma, desatar ese nudo problemático implicó la inclusión de una serie de aportes teóricos que dialogan con los estudios del cuidado, la literatura sobre la precariedad y los riesgos psicosociales y las investigaciones sobre enfermería anteriormente reseñadas. En concreto, estas lecturas brindaron herramientas analíticas para aproximarnos a nuestro objeto de estudio, que acompañaron una serie de desplazamientos teórico-metodológicos que desarrollaremos a continuación.

Perspectiva y decisiones metodológicas

Los interrogantes -o nudos problemáticos- que emergieron del campo empírico derivaron en una serie de decisiones teórico-metodológicas. Es decir, si únicamente nos circunscribíamos a describir las condiciones de trabajo y lo que sucedía en el espacio de las clínicas se nos escapaban muchas de las dimensiones que hacen a la riqueza de esta actividad. Encontrábamos entonces que el trabajo de cuidado en enfermería representaba *mucho más* que aquello que sucedía en la jornada laboral. Las fronteras entre trabajo y no trabajo, las diferencias entre los tiempos profesionales y extraprofesionales se volvían difusas y era difícil establecer límites claros. La evocación al cuidado del paciente y a otros actores significativos dentro del campo de la salud aparecía una y otra vez. A la par, emergían aspectos éticos, morales, emocionales, relacionales y afectivos que eran necesarios problematizar. En suma, el trabajo de cuidado estaba vinculado y entrelazado a otras experiencias de la vida de las enfermeras y de la profesión sobre las cuales debíamos profundizar. El registro de esta “incomodidad” posibilitó la construcción de una hipótesis analítica: el trabajo de cuidado en enfermería trasciende la jornada laboral y moviliza un “saber-hacer” pero también un “saber-ser” enfermera constituyéndose así como una actividad *multidimensional*. Ahora bien, el proceso que deriva en la escritura de esta tesis comenzó antes del año que marca el inicio de los datos aquí presentados y no fue producto de un recorrido individual, sino que se enmarcó en una construcción más amplia que involucró otros actores, proyectos grupales y espacios institucionales. Por esta razón, haremos un recorrido por el proceso de investigación con el objetivo de presentar de forma entrelazada el camino recorrido durante el desarrollo de la tesis y los desplazamientos teórico-metodológicos que realizamos. Es decir, buscaremos mostrar cómo a medida que el campo nos presentaba nuevos interrogantes, se modificaba también la perspectiva metodológica, los marcos conceptuales y el planteo de la pregunta de investigación.

Como dijimos, el recorrido que derivó en esta investigación doctoral comenzó mucho antes del periodo delimitado por el recorte temporal de la tesis. Remontándonos hacia atrás en el tiempo las primeras experiencias de investigación fueron en el marco de proyectos colectivos bajo la dirección de Julio César Neffa y un grupo de trabajo integrado por investigadores/as formadas y estudiantes de distintas disciplinas, principalmente psicología, trabajo social, economía y sociología⁹. Dichos proyectos buscaban aportar al conocimiento

⁹ Proyecto PID (11/121) “Una dimensión de las CYMAT poco estudiada: Los riesgos psicosociales en el trabajo asalariado”. Director Dr. Julio César Neffa. Periodo 2014-2016. Proyecto PDTs (422) “Los riesgos

de una dimensión poco estudiada de las condiciones y medio ambiente de trabajo (CYMAT) en nuestro país: los riesgos psicosociales del trabajo (RPST) (Gollac, 2011; Neffa, 2015). En el marco de este grupo de investigación, participé en relevamientos que buscaban conocer la situación en materia de RPST en distintos sectores y colectivos laborales, entre ellos los/as trabajadores/as de la salud que se desempeñan en instituciones privadas quienes se encuentran representados por el sindicato de trabajadores de la sanidad (ATSA). Concretamente, el relevamiento impulsado por este equipo consistía en la aplicación de una encuesta sobre RPST¹⁰ donde se operacionalizaban seis factores de riesgos psicosociales: intensidad y tiempo de trabajo, exigencias emocionales, conflictos éticos o de valores, autonomía y margen de maniobra, relaciones sociales en el trabajo e inestabilidad y/o inseguridad en el puesto.

Cabe resaltar que dichos proyectos no solo tenían un fin vinculado a la construcción de conocimiento, sino que también tenían por objetivo realizar acciones de transferencia de los resultados a los sindicatos que participaban como organizaciones adoptantes de la investigación, tal fue el caso de ATSA-La Plata (ATSA-LP) (Neffa & Henry, 2017; 2019)¹¹. De esta forma, la participación en ese espacio no solo contribuyó a la formación teórica y metodológica a partir del vínculo con investigadores/es de amplia trayectoria, sino que también permitió conocer otros aspectos que hacían a la caracterización del campo y establecer contactos con delegados y representantes sindicales que serían fundamentales para ingresar al complejo mundo de la salud privada. Entre otras inserciones, participé como encuestadora y coordinadora del equipo en el relevamiento desarrollado en una clínica privada de la ciudad de La Plata durante el año 2016. Dicha experiencia y los datos allí construidos me permitieron elaborar la tesina de grado de la Licenciatura en Sociología, la cual se titula “Las *marcas* del trabajo. Un estudio sobre las condiciones de trabajo y la salud de los trabajadores y las trabajadoras de una clínica de medicina privada de la ciudad de La Plata (2016)” bajo la dirección de la Dra. Mariana Busso (Malleville, 2017). A su vez, la participación en los proyectos de investigación sobre CyMAT-RPST y el contacto con investigadores/as formados en el campo de discusiones del mundo del trabajo me

psicosociales en el trabajo. Relevamiento de la percepción y vivencias por parte de los trabajadores asalariados con vistas a su prevención”. Directora Dra. Liliana Ferrari, Co- director Dr. Julio C. Neffa. Periodo 2015-2018.

¹⁰ Si bien el cuestionario fue construido a partir de formularios utilizados en otros países (como por ejemplo Francia, o el Método ISTAS en España) el mismo fue adaptada por el equipo a la realidad local.

¹¹ Por ejemplo, se hacían reuniones periódicas en la sede sindical de ATSA-LP para comunicar los hallazgos del campo; se realizaron encuentros de presentación de resultados para delegados/as y empresarios de las clínicas, se elaboraron informes con recomendaciones sobre RPST para difundir entre los/as trabajadores/as de la sanidad, entre otras acciones.

permitieron presentarme a una beca de posgrado e inscribirme al programa del Doctorado en Ciencias Sociales de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la UNLP con el objetivo inicial de estudiar las condiciones de trabajo en instituciones de salud privadas de la ciudad de La Plata y su impacto sobre la salud de los/as trabajadores/as.

Ahora bien, más allá del recorrido personal por el mundo de la investigación, quisiera resaltar cuáles fueron los elementos que emergieron de dicho proceso y derivaron en los desplazamientos teórico-metodológicos que permitieron construir la pregunta y el recorte espacio-temporal de esta tesis.

Podemos comenzar por considerar que durante los relevamientos sobre CYMAT-RPST desarrollados en el marco de dichos proyectos, la aplicación del cuestionario a distintos colectivos de trabajo se realizó en sus propios lugares de trabajo. De esta forma, comencé a frecuentar distintas clínicas privadas de La Plata y a dialogar con sus trabajadores/as. Concretamente, la encuesta solía realizarse en algún espacio apartado dentro de las clínicas -por ejemplo, un consultorio que no se utilizaba-, para garantizar que la persona encuestada estuviese sola y se sintiese cómoda para contestar. Más allá de las características del formulario (Henry, 2016)¹² y de las especificidades de cada persona, ese encuentro representaba una situación comunicativa donde los/as trabajadores/as podían expresarse y reflexionar sobre su situación laboral y los problemas que los aquejaban. Si bien la herramienta de registro tenía un espacio reservado para plasmar observaciones sobre aquellos elementos que excedían las opciones del cuestionario, comencé a percibir dos cuestiones que me resultaron significativas: por un lado, que muchas de las descripciones presentes en las narraciones de los/a trabajadores/as eran muy ricas (había anécdotas, referencias concretas, detalles, etc.) y ameritaban un registro cualitativo que permitiera captar esa complejidad; por otro lado, noté el esfuerzo que demandaba adaptar la densidad de esos relatos a casilleros cerrados de la encuesta. Entendiendo que los fines de una investigación cuantitativa son otros, es decir, radican esencialmente en cuantificar y/o medir determinados sucesos, emprendí la construcción de un registro cualitativo propio para plasmar algunos de los diálogos y las situaciones que se daban durante la situación de encuesta. También busqué registrar las sensaciones que despertaba el encuentro con un lugar como la clínica, es decir un espacio de difícil acceso para quienes no formamos parte del

¹² Para descripción pormenorizada de las características del formulario y el uso de una encuesta sobre RPST ver Henry, L. (2016). La encuesta como herramienta de recolección de datos sobre riesgos psicosociales. Características y balance metodológico del relevamiento realizado a trabajadores de ANSES. IX Jornadas de Sociología de la UNLP, 5 al 7 de diciembre de 2016, Ensenada, Argentina. En Memoria Académica. Disponible en: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.9100/ev.9100.pdf

campo de la salud. Describí allí sus características, su distribución espacial, las personas que habitaban sus pasillos, entre otras situaciones que observaba durante el trabajo de campo.

Para ilustrar esta situación, traeré el ejemplo del relevamiento que realizamos sobre el personal de una clínica de salud mental de la ciudad de La Plata en el año 2018 (Neffa & Henry, 2019) y que forma parte del corpus de observaciones empíricas de la tesis. Como en otras oportunidades, nos acercábamos a la clínica en los distintos turnos de trabajo: mañana, tarde y noche para entrevistar, en este caso, a todos/as los/as trabajadores/as de la institución durante su horario laboral. Si bien en el turno mañana y tarde el método de trabajo era similar al que utilizamos en otras clínicas (es decir se llamaba a un/a trabajador/a por vez para ser entrevistado en un lugar apartado) cuando tuvimos que encuestar al personal del turno noche nos encontramos con algunas dificultades. El plantel de trabajadores/as del horario nocturno se reducía considerablemente: además del sereno y los/as médicos de guardia solo encontrábamos al personal de enfermería. Concretamente, cada sector de internación quedaba a cargo de una/o enfermera por lo cual era imposible que dejen su puesto -incluso algunos minutos- para responder la encuesta en otro espacio de la clínica. Esta particularidad hizo que los/as encuestadoras tengamos que aplicar el cuestionario en el propio sector de internación donde se desempeñaban. Situación que permitió recorrer los pasillos de la clínica, los sectores y así observar todo lo que allí sucedía: la disposición espacial, la distribución de pacientes, las características de las habitaciones y los espacios comunes, las prácticas que realizaban las enfermeras, las interrupciones producto de los cuidados que demandaban las personas internadas, etc. Construí entonces una serie de registros cualitativos a partir de las observaciones realizadas en dicho marco. En esas descripciones densas no solo registraba lo que veía sino también todo lo que escuchaba: los quejidos, las voces, los sonidos y los silencios. Percibí entonces que la noche representaba un turno de trabajo con características muy particulares en tanto las dinámicas del sector y de la clínica en general se veían modificadas respecto de lo que sucedía durante la mañana o la tarde.

En términos del proyecto, esos registros fueron un insumo útil para realizar una lectura más amplia y entender las razones que estaban detrás de los datos que arrojaba la encuesta. En términos personales, los datos cualitativos implicaron la construcción y sistematización de un corpus empírico propio que comenzó a poner en relieve otros aspectos del trabajo en las clínicas privadas, lo cual derivó en una serie de nuevas preguntas e intereses que poco a poco fueron cobrando otras formas.

De esta manera, comprendimos que para nuestra investigación era significativo captar la densidad de las experiencias de los/as trabajadoras/es de la salud privada por lo

cual debíamos realizar un desplazamiento respecto de la perspectiva metodológica adoptada inicialmente. Es decir, comenzamos a problematizar si a través de una técnica como la encuesta podríamos captar en profundidad las percepciones y los sentidos que las enfermeras le asignaban a su trabajo. El primer desplazamiento que realizamos fue entonces *de una perspectiva cuantitativa a una perspectiva metodológica cualitativa* que nos permitiera adentrarnos en el análisis de las experiencias y las perspectivas subjetivas de las/os trabajadoras/os (Valles, 1997). Este desplazamiento vislumbró también que no nos interesaba medir o cuantificar el impacto y/o la relación entre las condiciones de trabajo y la salud laboral sino profundizar en dicho vínculo. Para ello sería necesario incorporar otras técnicas de índole cualitativa como por ejemplo la entrevista en profundidad y la observación participante. Como sostiene, Sánchez Serrano (2004), no tratamos de definir nuestro problema de investigación en función de los métodos, sino de adecuar la metodología y las técnicas a dichos problemas puesto que sus características son las que definen el procedimiento metodológico más adecuado y no viceversa. En este sentido, las investigaciones que privilegian los métodos cualitativos centran el interés en conocer las interacciones sociales, haciendo hincapié en los significados y los sentidos.

Especialmente cuando encuestábamos a trabajadores/as que se encargaban de la atención directa de pacientes encontrábamos que en las anécdotas y/o las historias se resaltaba el vínculo con las personas internadas. Es decir, las preguntas sobre condiciones laborales y las implicancias del trabajo en la salud derivaban en relatos muy ricos donde, por ejemplo, se expresaban experiencias con gran carga emocional -como la muerte de un paciente-, que incluso se entremezclaban con recuerdos personales y familiares. De esta forma, adoptar una perspectiva cualitativa también permitió advertir que el contenido y la organización del trabajo en este tipo de ocupaciones tiene ciertas especificidades: el proceso laboral en los servicios de salud involucra el proceso de atención y cuidado de otras personas. La relación laboral entonces se complejiza ya que entra en escena un actor fundamental: el paciente. A su vez, si bien la salud puede ser entendida como una actividad de servicios, no estábamos ante cualquier actividad sino ante un servicio que por su carácter esencial posee gran relevancia social en tanto se involucra el bienestar de las personas y las comunidades.

Volviendo a los primeros contactos con el campo empírico, debemos señalar que en el marco de los relevamientos del proyecto sobre CyMAT-RPST encuestábamos a todos los

trabajadores/as que estaban representados por ATSA-LP¹³ en el Convenio Colectivo de Trabajo N°122 del año '75 (CCT N°122/75) es decir técnicos, personal de mantenimiento, de cocina, limpieza, enfermería, camilleros, ropería, choferes, administrativos, entre otros. De esta forma, si bien nos encontrábamos a diario con un amplio abanico de trabajadores/as, el intercambio con un grupo específico comenzó a despertar mayor interés. Concretamente ese grupo eran las trabajadoras de enfermería. Comencé a notar que eran en su mayoría mujeres, que representaban un número importante del personal de cada clínica, que estaban permanentemente en contacto con los pacientes, que eran las responsables de gran parte de las tareas involucradas en el proceso de atención, que muchas de ellas tenían otro empleo o hacían muchas horas extras, entre otras situaciones que llamaron mi atención. En este marco de intereses, se produjo el segundo desplazamiento teórico-metodológico. Concretamente dicho desplazamiento significó un recorte en la unidad de análisis, pasamos del estudio *de los/as trabajadores/as de la salud privada a las trabajadoras de enfermería*. Ya no nos interesaba analizar las problemáticas laborales que afectaban a todo el personal de las clínicas sino lo que sucedía particularmente con quienes llevaban adelante las labores de enfermería.

Fue necesario entonces comenzar a indagar en las especificidades y las características de este grupo laboral, ya que en cada encuentro con las enfermeras emergían una serie de elementos referidos a sus tareas y en particular a su desarrollo profesional que, en un principio, resultaban difíciles de comprender. Por ejemplo, al consultar por el nivel de estudio encontrábamos múltiples referencias y certificaciones: algunas se presentaban como enfermeras profesionales, otras como técnicas, también que se llamaban enfermeras universitarias; otras planteaban que eran auxiliares y sólo algunas de ellas eran licenciadas; también era muy común que apareciera la referencia a las enfermeras *empíricas* o *idóneas*, es decir enfermeras que no contaban con instrucción formal. En este marco, incorporamos otras lecturas, concretamente investigaciones historiográficas que nos permitieron reconstruir el proceso de profesionalización de la enfermería y conocer así las problemáticas históricas vinculadas al desarrollo de la ocupación. En esta línea, también relevamos distintos programas de formación impulsados por el Estado, durante el siglo XX y XXI y otros documentos de organismos nacionales e internacionales que aportaron datos sobre la formación profesional y el déficit en la cantidad de enfermeras.

¹³ En el subsector privado de salud los profesionales médicos no están incluidos dentro del sindicato ATSA, sino que están representados por asociaciones y colegios profesionales.

De esta forma, identificar que la cuestión formativa representaba un eje a considerar, sumado al creciente interés personal por este grupo de trabajadoras, llevó a involucrarme en otros espacios significativos para la enfermería. Concretamente, en el año 2019, comencé a dictar la materia Teorías Socioculturales de la Salud del primer año de la Tecnicatura Superior en Enfermería en el turno vespertino en un instituto terciario de la ciudad. Este nuevo rol como docente permitió adentrarme en muchos aspectos que hacían a la formación y tener diálogo cercano con docentes de la carrera, muchos/as de ellos/as enfermeras/os con muchos años de antigüedad en el ejercicio. Además, el cotidiano en el instituto también habilitó a aproximarme a una caracterización de las aspirantes: en su mayoría mujeres, muchas de ellas adultas, con hijos/as, migrantes de países limítrofes, que se desplazaban desde distintos barrios de la periferia para cursar en el centro de la ciudad y muchas de ellas aspiraban a recibir becas de ayuda económica para continuar sus estudios. El género y la pertenencia de clase serían elementos a considerar, tal como señalaban los estudios del cuidado (Molinier, 2012).

En este marco, las personas del sindicato ATSA-LP, los/as docentes y las estudiantes de la carrera de enfermería ocuparon el rol de informantes claves de esta investigación, es decir referentes a quienes recurrir ante alguna duda o pregunta por representar personas que tienen una comprensión más amplia del escenario y “pueden narrar la historia de la institución o de la población y así complementar los conocimientos del investigador” (Sánchez Serrano, 2004:107). Asimismo, algunas referentes del campo también oficiaron de porteros de nuestro trabajo de campo (Taylor & Bogdan, 1996). A partir de sus contactos y relaciones pude acceder a muchas enfermeras y a otros referentes del campo y así comenzar a realizar entrevistas en profundidad (las especificaciones sobre selección y cantidad de casos se desarrollan en el siguiente apartado). La entrevista es una técnica que se utiliza para acceder a la perspectiva de los sujetos, es decir para conocer cómo interpretan sus experiencias en sus propios términos (Marradi et. Al., 2018). Las entrevistas entonces permitieron aprehender a través del discurso el significado atribuían a sus prácticas de cuidado, indagar en las interpretaciones que tenían sobre el rol de la enfermería dentro de las instituciones de salud y los sentidos sobre su trabajo y sobre la profesión en términos más generales.

Concretar esos encuentros no fue fácil. Para poder realizar las entrevistas me encontraba con las enfermeras en distintos espacios de la ciudad y debía adaptarme a sus horarios: por la mañana en la sede del sindicato y/o en la escuela de Enfermería de ATSA-LP; durante el horario del almuerzo, en bares cercanos a sus lugares de trabajo; en la puerta

de la clínica antes de ingresar e incluso entrevisté a una de ellas en el marco de su “otro trabajo” en un hospital de la ciudad, una mañana de domingo. La dificultad para pautar las entrevistas era un hecho que se repetía y, en un principio, era vivenciado con angustia ya que representaba la imposibilidad de acceder al campo. Las enfermeras no tenían casi tiempo libre: trabajaban en más de un lugar o bien hacían horas extras en la misma clínica y tenían “*solo un ratito*” disponible entre empleos o entre el trabajo y sus otras responsabilidades como, por ejemplo, el cuidado de los/as hijos/as. Esta cuestión, que en un primer momento fue leída como un obstáculo en términos de acceso, nos decía *algo* del campo empírico: las jornadas laborales de enfermería eran sin duda apremiantes y los tiempos para hacer “*otras cosas*” por fuera del trabajo eran limitados.

Sin embargo, pese a estas complicaciones, cuando el encuentro se concretaba la predisposición y el entusiasmo para relatar sus vivencias era evidente: muchas de las entrevistas duraban horas, incluso algunas enfermeras fueron entrevistadas más de una vez y era difícil circunscribir la conversación al guion. Si bien la extensión y la inclusión de temas que no estaban pensados de antemano traían aparejadas consecuencias metodológicas, nuevamente nos advertían *algo* sobre nuestro objeto, es decir había otros significados vinculados al trabajo que excedían lo que sucedía en la jornada (y que era lo que pretendíamos inicialmente relevar con el guion de entrevistas). Debíamos entonces incorporar estos elementos como parte de las dimensiones del guion y darle así carácter analítico: las trayectorias formativas, el lugar de la familia y los hijos/as, los intereses por fuera del trabajo, eran situaciones que de alguna forma *hacían* al trabajo de cuidado en enfermería y que teníamos que registrar, pero de forma guiada.

Con el correr de las entrevistas notamos que las enfermeras narraban su trabajo a partir de eventos significativos, es decir, para describir lo que hacían apelaban a escenas específicas y/o a rememorar episodios que experimentaron con algún paciente, con los familiares, con los médicos, con superiores o con alguna/o compañera/o. Notamos entonces que era difícil que las enfermeras describan su trabajo a través de cuantificaciones, generalizaciones y/o abstracciones desprendidas de su práctica cotidiana y del marco de relaciones donde se insertaban. Como sostiene Pascale Molinier (2008) para que alguien alejado a su campo de intervención pueda entender lo que hacen, las trabajadoras “deben contar una sucesión de historias a lo largo de las cuales se amplifique la espesura del drama humano que ellas, por su propia misión, tienen que sostener” (2008:128). De esta forma, aquello que en un principio podía parecernos una simple descripción o una referencia al vínculo con determinada persona o grupo decía mucho del trabajo de cuidado en enfermería.

Si el proceso de trabajo en las clínicas privadas estaba cargado de particularidades en tanto allí se involucra el proceso de atención de pacientes, el trabajo de enfermería adoptaba características aún más específicas vinculadas al cuidado de ese otro, al contacto cercano y permanente con las personas internadas. Debíamos profundizar en las particularidades del trabajo de enfermería definiéndolo como una tarea orientada hacia el cuidado de la salud de quienes se encuentran en situaciones de vulnerabilidad y dependencia. De esta forma, incorporar lecturas y discusiones sobre los estudios del cuidado en conjunto con los avances del trabajo de campo habilitaron un tercer desplazamiento teórico-metodológico, ahora sí respecto de la pregunta de investigación inicial, pasamos entonces *de la pregunta por las condiciones de trabajo y los riesgos psicosociales a la pregunta por las experiencias de las trabajadoras de enfermería*. Registrar esas experiencias implicaba expandir la pregunta de investigación, es decir *ir más allá* del interrogante por la precariedad y las condiciones de trabajo para incluir otras dimensiones de las experiencias de los sujetos de esta investigación. Ya no nos interesaba solamente conocer la relación entre la organización del proceso laboral y la salud de las trabajadoras, sino que queríamos captar las experiencias laborales de las enfermeras, comprender los sentidos que le asignaban a su trabajo. De esta forma, la pregunta por las condiciones de trabajo era una dimensión que no debíamos perder de vista, pero ya no representaba el objetivo general de la investigación, sino que era parte de una pregunta más amplia.

Este desplazamiento significó dos cambios en términos metodológicos, por un lado, el guion de entrevista fue modificado para incluir preguntas referidas a la jornada de trabajo habitual (días, horarios, sectores, tareas, vínculos con compañero/as, etc.) y a las condiciones de empleo (tipo de contratación, salarios, etc.) pero también preguntas sobre cómo se organizaban esas otras dimensiones de la experiencia (la formación profesional, la familia, los momentos de ocio, etc.) y de esa manera poder captar temporalidades más largas (pasadas, presentes y el futuras; personales y de la profesión en general).

Por otro lado, buscar comprender las experiencias de quienes se desempeñaban en instituciones privadas de salud implicaba no solo apelar a los discursos de las trabajadoras, es decir a lo que las enfermeras “dicen” respecto a lo que les pasa sino también captar lo que “hacen” en sus prácticas de cuidado cotidianas. Si bien teníamos algunos registros de observaciones, fue necesario incorporar de forma sistemática esta técnica de producción de datos. Para poder comprender esas experiencias era importante conocer cómo se desarrollaba el trabajo cotidiano en las clínicas. Con las observaciones buscamos ingresar al espacio de las clínicas con intención de conocer e incorporar elementos que hasta el momento eran

“desconocidos”, es decir no queríamos validar los presupuestos teóricos con los que partíamos sino comprender los procesos que allí sucedían (Sánchez Serrano, 2004). No obstante, quienes se especializan en metodologías cualitativas (Taylor & Bogdan, 1996) señalan que una de las principales dificultades para implementar esta técnica es el acceso al escenario que deseamos observar. Si bien, esta particularidad puede ser generalizada a otras investigaciones cualitativas, en el caso de los espacios en salud las dificultades en torno al acceso se complejizan aún más. Ingresar a una clínica privada y poder observar las prácticas de cuidado de forma directa no es una tarea sencilla para ningún investigador. Centralmente porque allí se involucra algo tan sensible como la salud y el derecho a la intimidad de las personas internadas: existe una gran cantidad de protocolos de seguridad y de resguardo de la integridad del paciente; hay áreas que son restringidas incluso para el ingreso de familiares y/o allegados, entre otras cuestiones que dificultan el ingreso y la permanencia en sectores de internación. De esta manera, conseguir permiso para acceder a este tipo de instituciones y así poder realizar observaciones representó un hecho en sí mismo.

Finalmente, la posibilidad de realizar observaciones participantes en una clínica privada fue posible gracias al vínculo construido con la coordinadora de la carrera de Enfermería de ATSA-LP. Sus gestiones me permitieron acompañar a la docente y los/as estudiantes del tercer año de la Tecnicatura Superior en Enfermería que se dicta en dicha Escuela, mientras realizaban sus prácticas profesionales en una clínica de la ciudad¹⁴. Durante el mes de noviembre de 2019, concurrí todos los días hábiles durante el turno mañana a observar lo que los/as estudiantes hacían, pero también lo que sucedía en cada uno de los sectores donde realizaban sus prácticas y también pude rotar por otros servicios de mayor complejidad. De esta forma logré registrar de qué manera fueron recibidos/as las/s practicantes por las enfermeras del servicio, cómo organizaban su trabajo cotidiano, qué otros grupos se presentaban en el día a día, cómo eran esas relaciones, qué tareas les eran demandadas, entre otras cuestiones. En ese marco, pude observar lo que sucedía en el *office* de enfermería, pero también en las habitaciones y/o salas de internación. Registré entonces las prácticas de cuidado que realizaban sobre los pacientes, los materiales que utilizaban, las técnicas que aplicaban, las conversaciones y los encuentros que se producían. También apunté todo aquello que sucedía en otros espacios comunes (como patios, comedores, salas

¹⁴ El plan de estudios de la Tecnicatura en Enfermería establece que sus estudiantes deben realizar en prácticas profesionales durante los tres años de la carrera. Las mismas se realizan en distintas instituciones de salud (hospitales, clínicas, etc.). En el caso de la tecnicatura coordinada por ATSA, en tanto sindicato de la salud privada, sus estudiantes deben realizar parte de esas prácticas en clínicas.

de espera, pasillos, etc.). Es decir, la presencia sostenida en el campo me permitió construir un corpus empírico sistemático de las observaciones realizadas en el espacio de la clínica. Entre las técnicas cualitativas recurrí a la observación participante (OP), la cual permite comprender los fenómenos sociales a partir de observar los contextos y las situaciones en que se generan dichos procesos. La presencia sistemática y prolongada, el *estar ahí* en contacto con los sujetos y transitar el universo mismo de la clínica nos permitió observar las dinámicas de los grupos allí presentes y el desarrollo de muchas prácticas cotidianas. En este sentido, una de las potencialidades que posee la OP es que nos permite “captar la complejidad del sujeto, como productor de sentidos, así como sus potencialidades de transformación, y no concebirlo sólo como simple reproductor de estructuras y sistemas” (Sánchez Serrano, 2004:96).

De esta forma podemos señalar que el proceso de investigación no solo fue un proceso cognitivo, sino que también involucró el cuerpo y las sensaciones que emergían en esos encuentros con el campo. Representó un proceso eminentemente sensitivo que incluso llevó a un compromiso emotivo y más profundo con la disciplina. Transitó entonces por diversas etapas y sensaciones: el asombro ante lo desconocido, la emoción cuando las enfermeras relataban un episodio grave, la tristeza al momento de escuchar el relato sobre el fallecimiento de algún paciente. De esta forma, por las características del objeto de estudio, el registro de las emociones y los sentimientos no solo se situó en el plano de las experiencias de las trabajadoras (como veremos en el Capítulo 6 de la tesis) sino que también tuve que realizar un ejercicio de reflexión permanente sobre la propia emocionalidad, es decir estar atenta y registrar la conmoción que podían generar determinados sucesos del campo (Sirimarco & Spivak L’Hoste, 2018) para que no sean solo eventos anecdóticos sino una parte fundamental para comprender lo que sucedía con el proceso de atención en las clínicas privadas.

En este marco, la interpelación que tuvo este proceso de investigación en la propia subjetividad se vio acrecentada por un evento excepcional: la irrupción de la pandemia de COVID-19 a comienzos del año 2020, es decir en pleno desarrollo del trabajo de campo. Este episodio sin precedentes trastocó la vida de toda la población y tuvo gran incidencia en el desarrollo de esta tesis. En términos personales, la emergencia sanitaria derivó en una gran preocupación por la situación y la integridad de las enfermeras (¿estarían bien las trabajadoras que entrevisté? ¿cómo las afectaría esta situación?). En términos analíticos, la pandemia implicó una serie de decisiones sobre la continuidad o no del trabajo de campo y, en ese caso, sobre las posibilidades concretas de llevarlo a cabo.

En primer lugar, tuvimos que decidir si finalizar o no el campo, es decir si delimitar el recorte temporal de la tesis hasta el inicio de la pandemia o bien incluirla como parte del corpus analítico. De esta forma, si bien el contexto de emergencia sanitaria representaba un desafío, creímos importante registrar lo que sucedía en los servicios de salud en ese contexto excepcional. Estábamos ante un evento histórico que ponía a las enfermeras, en tanto trabajadoras de la salud y del cuidado, en el centro de la escena y del debate público. En segundo lugar, y luego de tomar la decisión de extender el trabajo de campo, surgieron una serie de interrogantes sobre cómo continuar con las entrevistas, ya que la posibilidad de realizar observaciones participantes en otras instituciones se volvió imposible debido a que los nuevos protocolos sanitarios y el aislamiento social obligatorio impedían el traslado y la permanencia en dichos espacios. Sin embargo, la decisión de continuar con el trabajo de campo estaba cargada de contradicciones. Teniendo en cuenta la gravedad de la situación ¿era el momento para pedir entrevistas? ¿con qué escenario me encontraría? Reparando en la incertidumbre de los primeros momentos de la pandemia, esperamos algunos meses para pensar la estrategia a seguir.

Luego de un tiempo, decidimos que podríamos continuar con las entrevistas por medio de plataformas virtuales (como MEET, ZOOM, etc.). Sin embargo, si anteriormente ya era difícil concretar un encuentro con las enfermeras, en este contexto sería aún más complejo. La pandemia había intensificado la carga de trabajo y reducido los tiempos libres; el cansancio de las trabajadoras era aún mayor y, por lo tanto, la posibilidad de encontrarnos con personas que quisieran o tuviesen el tiempo y/o la energía suficiente para dar sus testimonios era difícil. Finalmente, pudimos concretar algunas entrevistas virtuales a partir de septiembre del 2020. Escuchar sus vivencias respecto al abordaje de la pandemia (el temor a contagiarse y contagiar a los familiares, los pacientes que fallecían, los cuadros con los que se enfrentaban, etc.) implicó nuevamente una gran carga emocional en términos personales, mediada además por la situación de aislamiento.

En este marco, un aporte fundamental para esta investigación fue la posibilidad de formar parte del proyecto PISAC-COVID-19: “La enfermería y el cuidado sanitario profesional durante la pandemia y la post pandemia del COVID 19”, dirigido por la Dra. Karina Ramacciotti, que supuso un amplio y arduo trabajo de campo llevado adelante por una numerosa red de colegas de distintos puntos del país interesadas/os en la temática. Los principales hallazgos de dicha investigación fueron publicados en una obra colectiva, de la

que participé como coautora de un capítulo (Ramacciotti, 2023)¹⁵. El proyecto se enmarcó en una convocatoria lanzada por Agencia I+D+i para indagar en las implicancias de la pandemia en nuestro país. Concretamente en el marco del proyecto integré el Nodo 2- La Plata a cargo de la Dra. Adriana Valobra y conformado por un equipo de investigadoras formadas y en formación. Allí participé en el diseño de las preguntas de la encuesta que se aplicó a nivel nacional (entre el 3 de junio y el 30 de junio y se obtuvieron 1.483 respuestas) y en la construcción de las dimensiones del guion de entrevistas (se realizaron un total de 274 entrevistas en profundidad a trabajadoras de enfermería). Los intercambios teóricos-metodológicos, el encuentro y la posibilidad de analizar los datos y escribir con investigadoras con amplia trayectoria en la temática fue un gran impulso en términos formativos y también de conocimiento del campo.

Un aporte fundamental de este proyecto colectivo a la tesis fue la posibilidad de realizar -ya sea de forma individual o en equipos- entrevistas a distintos actores relevantes del campo de la enfermería. Por un lado, entrevistamos a funcionarios del gobierno provincial, referentes de la disciplina, responsables de los programas de formación profesional (como por ejemplo el PRONAFE) y directoras/es de institutos de formación profesional donde se dicta la tecnicatura en enfermería y/o coordinadores de la carrera enfermería de otros espacios educativos. Por otro lado, pude entrevistar a otras enfermeras en ejercicio, lo que posibilitó conocer en tiempo real el impacto de la pandemia en el trabajo cotidiano de enfermería y ampliar así el corpus de entrevistas. Además, como el proyecto no se circunscribía al ámbito privado pude dialogar con enfermeras que se desempeñaban en hospitales públicos de la región, en institutos privados y en ambos lugares a la vez, lo cual me dio una perspectiva más amplia de lo que sucedía.

En este marco, si bien pudimos continuar con el trabajo de campo en un contexto tan crítico, también tuvimos que tomar una decisión respecto del lugar que ocuparía la pandemia dentro de la tesis o bien cómo incorporaríamos analíticamente dicho evento. Para evitar esta ruptura del campo, adoptamos un cuarto desplazamiento teórico-metodológico *de la pandemia como un “antes y un después” a la pandemia como un evento crítico*. En cada capítulo abordaríamos articuladamente eventos empíricos que se dieron antes y durante la pandemia que representaban hechos significativos, es decir eventos que nos permitían profundizar en algunas de las dimensiones del trabajo de cuidado en enfermería que nos

¹⁵ El proyecto tuvo como objetivo conocer la situación de las enfermeras durante la pandemia a partir de registrar las voces de sus protagonistas. Participaron investigadores/as formados/as y en formación de distintas regiones del país, agrupados en NODOS.

interesaba resaltar y a la vez comprender. En este sentido, argumentamos que si bien la emergencia sanitaria representó como ya hemos adelantado un “hecho social total” (Assusa & Kessler, 2020) que trastocó el trabajo cotidiano en las instituciones de salud y también distintos aspectos de la vida de las enfermeras, muchas problemáticas en las condiciones laborales de la enfermería estaban presentes desde antes de la emergencia sanitaria. Optamos entonces por entender a la pandemia como un *evento crítico*, es decir como un hecho social que implicó transformaciones en el trabajo cotidiano de enfermería, pero que también actuó como catalizador de procesos preexistentes, al punto de visibilizar y/o profundizar una serie de problemáticas que ya estaban presentes en el sector (los bajos salarios, la escasez de personal, los contratos precarios, la sobrecarga de tareas, etc.). A su vez, consideramos que dentro de las trayectorias profesionales de las enfermeras una situación determinada, como fue la pandemia, se enlaza con otros múltiples contextos (Pozzio, 2022). En este sentido decimos que la emergencia sanitaria fue un catalizador que potenció y/o aceleró procesos que ya se venían gestando al interior del colectivo de enfermería. Pero, a la par, también significó un contexto en sí mismo, es decir desde la perspectiva de las enfermeras, la pandemia representó un momento novedoso y bisagra que atravesó distintos aspectos de sus vidas.

Esta serie de desplazamientos teórico-metodológicos, nos permitieron avanzar en el recorte de la unidad y periodo de análisis, al calor de cambios en la perspectiva metodológica y el progreso del trabajo de campo, lo cual también modificó la formulación del problema u objetivo inicial de la tesis. Si ahora la pregunta de investigación se orientaba a comprender las experiencias de las enfermeras que se desempeñaban en clínicas privadas de la ciudad de La Plata durante el periodo 2018-2021, nos adentrábamos en un nuevo y amplio marco de discusiones: los debates sobre la categoría de experiencia. En este sentido, la experiencia fue el punto de partida para dar cuenta de la complejidad que tenía esta actividad laboral, lo cual hasta el momento nos resultaba inasible. El registro de las experiencias concretas de las trabajadoras era importante porque nos permitía conocer las dinámicas cotidianas del trabajo de cuidado en enfermería dentro de las instituciones de salud. Sin embargo, no nos permitía ir más del espacio laboral. Esta tesis brindará elementos para afirmar que en la práctica de cuidado de la salud se involucran múltiples dimensiones que van más allá de lo que sucede en el espacio de trabajo; es una actividad que por sus características permea y es permeada por otras aristas y tiempos de la vida y atraviesa el cotidiano de las enfermeras al punto incluso de alterarlo. De esta forma, el quinto desplazamiento fue *de la pregunta por las experiencias a la multidimensionalidad del trabajo de cuidado en enfermería*. Este último

movimiento permitió situarnos en un campo de discusiones vinculado a los estudios del cuidado y terminar de construir los aportes analíticos de la tesis.

Por último, quisiéramos plantear que recuperar las experiencias de las trabajadoras también implicó asumir un posicionamiento teórico-metodológico sobre cómo aproximarnos a nuestro objeto de estudio y, en concreto, como concebir el lugar de las enfermeras en el proceso de investigación. En este sentido, el análisis de los cuidados plantea un desafío epistemológico a las ciencias sociales. Consideramos entonces que el conocimiento del trabajo de cuidado, como proceso organizado de actividades, comienza con lo que de él saben sus protagonistas, con la comprensión moral que tienen de sus actividades, la mayoría de las veces excluidas en tanto sujetos (Paperman, 2019). Como sostiene Natacha Borgeaud-Garciandía:

“Conocer la realidad del trabajo de cuidado implica partir de los relatos en primera persona de quienes se dedican a esa tarea. Partir de la voz de los actores resulta absolutamente ineludible para indagar no sólo las representaciones y sentidos a los que da lugar, sino la complejidad intrínseca de la tarea que entremezcla saberes materiales, técnicos, corporales, relacionales, cognitivos, afectivos, y remite a la condición humana que nos hace mortales, vulnerables y dependientes. Partir de los actores ayuda a evitar caer en la trampa de la naturalización de conocimientos y afectos implicados en el trabajo (...)” (Borgeaud-Garciandía, 2018:20)

Mostrar por qué decimos que el trabajo de cuidado en enfermería es *multidimensional* implica entonces contribuir al análisis de las múltiples desigualdades y de las relaciones sociales y de poder que genera la división del trabajo de cuidado en nuestras sociedades (Borgeaud-Garciandía et. Al., 2010). Buscamos entonces registrar las voces y los saberes de sus propias protagonistas. Aportar a la construcción de conocimiento sobre un grupo compuesto por una mayoría de mujeres, de sectores populares cuyas tareas han sido socialmente desvalorizadas y escasamente reconocidas.

Precisiones sobre el abordaje, las técnicas y el recorte de la unidad de análisis

Teniendo en cuenta el recorrido que derivó en la escritura de esta tesis, para el abordaje de nuestro objeto de investigación adoptamos una perspectiva metodológica cualitativa que nos permitiese adentrarnos y explorar el mundo de la vida cotidiana para así comprender los sentidos y los significados que los sujetos de esta investigación construyen y le asignan a su mundo. Buscamos acceder a las prácticas y a las perspectivas de los propios actores para conocer como ellos interpretan sus experiencias en sus propios términos (Valles,

1997; Marradi et. Al. 2018). Para ello movilizamos diversas técnicas de investigación y consultamos distintas fuentes de información. Entre las técnicas que utilizamos se destacan la entrevista en profundidad y la observación participante, cuya información fue complementada mediante otras técnicas cualitativas como la revisión de fuentes documentales y estadísticas.

La unidad de análisis de esta investigación fueron las trabajadoras de enfermería que se desempeñan en establecimientos privados de salud de la ciudad de La Plata. Por esta razón para la selección de los espacios de trabajo donde realizar trabajo de campo adoptamos un muestreo intencional (Marradi et. Al., 2018) siguiendo dos criterios relevantes para nuestra investigación. En primer lugar, se trabajó con los clínicas privadas con internación que están incluidos en el CCT N°122/75 en el cual interviene la Federación de Trabajadores de la Sanidad Argentina (FATSA) y los representantes de la Confederación Argentina de Clínicas Sanatorios y Hospitales (CONFECILISA), de la Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la República Argentina (ADECLA); de la Cámara Argentina de Clínicas y Establecimiento Psiquiátricos (CACEP); de la Asociación Argentina de Establecimiento Geriátricos (AAEG) y de la Cámara Argentina de Entidades Prestadora de Salud (CEPSAL).

En segundo lugar, se seleccionaron los espacios laborales a partir de los datos disponibles en el Registro Federal de Establecimientos de Salud (REFES). Según este registro podemos encontrar, por un lado, instituciones privadas de salud sin internación de diversa índole, es decir de diagnóstico y tratamiento (Centros Médicos, Cirugía Ambulatoria, etc.); de diagnóstico (Centros de Diagnóstico por Imágenes, Laboratorios de Análisis Clínicos, etc.) y de tratamiento (Centros de Diálisis, etc.). Por otro lado, entre los establecimientos de salud con internación -espacios que interesan a esta tesis- hallamos instituciones con servicio de internación general, con internación especializada salud mental, con internación especializada tercera edad y con internación enfocada en otras especialidades. A su vez, los establecimientos con internación se clasifican según el grado de complejidad de ésta, es decir: de alto riesgo con terapia intensiva; de mediano riesgo con internación en cuidados especiales y de bajo riesgo con internación simple. En concreto, la ciudad de la Plata cuenta con 113 establecimientos con internación general y especializada en salud mental, adultos mayores y otras especialidades.

En esta investigación, nos centramos en los establecimientos privados con internación, específicamente con internación general de alto riesgo que cuentan con terapia intensiva (es decir institutos, sanatorios, clínicas y hospitales privados) y con internación

especializada en salud mental de bajo riesgo. A lo largo de la tesis nos referiremos al primer grupo de instituciones como “clínicas” o “clínicas privadas” y, nombramos al segundo grupo como “clínicas de salud mental”. La selección de las instituciones con internación que integran la tesis estuvo vinculada a, por un lado, criterios de acceso a los establecimientos de salud, en el marco de proyectos de investigación colectivos señalados anteriormente y a partir del contacto con informantes claves y porteros (Marradi et. Al. 2018). Por otro lado, la selección de los casos contempla características de los servicios de internación de las instituciones. Concretamente, incluimos clínicas privadas donde las trabajadoras de enfermería se desempeñen en sectores generales y de mayor complejidad y también incorporamos clínicas de salud mental de bajo riesgo donde las internaciones tienen ciertas especificidades vinculadas al tiempo de permanencia y a las patologías de los pacientes. En este sentido buscamos conocer el trabajo de cuidado en enfermería a partir de registrar experiencias de enfermeras que atendían a personas con diversas características y patologías de distinto tipo y gravedad y contemplar también la dinámica de los diversos sectores de internación. Dejamos entonces por fuera de esta investigación a los establecimientos con internación especializada en adultos mayores (geriátricos)¹⁶ y los establecimientos con internación enfocada en otras especialidades (oftalmología, traumatología, etc.). Siguiendo la nomenclatura del REFES, todos los establecimientos con internación general (ESCIG) seleccionados para esta investigación son clasificados como de alto riesgo con terapia intensiva mientras que los establecimientos de salud mental (ESCIESM) son clínicas con internación simple de bajo riesgo.

Concretamente, en el año 2021, en la ciudad de La Plata encontrábamos 11 establecimientos clasificados como de alto riesgo con terapia intensiva. En el transcurso de esta investigación logramos entrevistar a enfermeras de 9 clínicas privadas diferentes, realizar observaciones participantes en una de ellas y tomar registros cualitativos en otra clínica con internación general. En lo que respecta a las clínicas de salud mental con internación simple de bajo riesgo, para el año 2021 La Plata contaba con 16 establecimientos de estas características emplazados en su territorio. Realizamos entrevistas a trabajadoras de tres instituciones y tomé notas cualitativas de las observaciones realizadas en una de estas clínicas.

¹⁶ Dejamos por fuera de esta investigación a los establecimientos geriátricos, puesto que suelen ser descriptos tanto por referentes sindicales como por las mismas trabajadoras como espacios donde las condiciones laborales asumen características particulares. Por esta razón sería interesante realizar estudios que pongan en foco en dichas instituciones.

Para realizar las entrevistas semiestructuradas en profundidad a las trabajadoras de enfermería, adicionalmente a los criterios vinculados al tipo de establecimiento, seleccionamos a las enfermeras entrevistadas a partir de un muestro intencional y debido a las dificultades de acceso también nos servimos de la técnica de bola de nieve (Marradi et. Al., 2018). En este sentido, contemplamos, por un lado, las características del sector donde se desempeñaban las enfermeras (internación general, pediatría-neonatología, cirugía, terapia intensiva, maternidad, unidad coronaria) y el turno de trabajo (mañana, tarde, noche). Por otro lado, también reparamos en el perfil de las personas a entrevistar, es decir consideramos la distribución por género (teniendo en cuenta que la mayor parte del personal de enfermería está conformado por mujeres) y el nivel de formación alcanzando (auxiliar, técnico y profesional). Cabe señalar que, para homogeneizar criterios, quienes manifestaban haber cursado carreras de tres años de duración fueron incluidas en el nivel técnico, independientemente del tipo de titulación alcanzando (por ejemplo, Enfermera Universitaria, Enfermera Profesional, Técnica Profesional). Sobre la heterogeneidad de titulaciones, especialmente en el nivel técnico, profundizaremos en el Capítulo 1.

Concretamente, entre 2019 y 2020 realicé diez entrevistas semiestructuradas en profundidad a trabajadoras/es de enfermería (Marradi et. Al, 2018). Como señalamos en el apartado anterior, por las particularidades de la población bajo estudio, algunos encuentros se concretaron en los espacios de trabajo, en alguna pausa dentro de la jornada y/o antes de ingresar, otros encuentros fueron en la sede del sindicato ATSA-LP y también pautamos entrevistas en confiterías/restaurantes cercanos a los lugares de trabajo. Cabe señalar que algunas de estas personas fueron entrevistadas nuevamente durante la pandemia. El guion de entrevista contempló distintas dimensiones de análisis dentro de los cuales se agrupaban una serie de preguntas abiertas. El guion se estructuró por dimensiones en tres grandes bloques. En primer lugar encontramos aquellas preguntas orientados a captar las características de la organización, las condiciones de empleo y de trabajo en la clínica, el sector y el turno y las relaciones con Otros en el marco del trabajo (pacientes, familiares, médicos/as); luego incorporamos una serie de preguntas referidas a la trayectoria profesional y formativa de las enfermeras; para finalmente, realizar una serie de preguntas orientadas a captar otros aspectos de sus vidas cotidianas (familia, social, etc.). Además, de las entrevistas a enfermeras en ejercicio, tuvo diversas conversaciones más o menos informales con delegados/as y autoridades gremiales y también logré entrevistar a la coordinadora de la Escuela de Enfermería de la Asociación de Trabajadores de la Sanidad Argentina (ATSA-LP) en distintas oportunidades.

Teniendo en cuenta las complicaciones para continuar con el trabajo de campo producto de la declaración de la emergencia sanitaria, cuestión que señalé en el apartado anterior, entre septiembre del 2020 y marzo del 2021, pude realizar tres entrevistas en profundidad a través de la plataforma MEET y concreté dos entrevistas presenciales en el mes de junio del 2021 con delegado/as de ATSA-LP, lo cual me permitió tener una mirada más general del proceso que atravesaba el subsistema de salud privado de La Plata en dicho periodo. En este sentido, cabe señalar que el guion de entrevista sufrió modificaciones tendientes a incorporar preguntas sobre las transformaciones experimentadas en el trabajo de enfermería durante la pandemia. A su vez, entre los meses de abril-junio del 2021, junto con las/os integrantes del proyecto PISAC-COVID19 del Nodo 2- La Plata realizamos 40 entrevistas semi-estructuradas en profundidad a trabajadoras de enfermería del ámbito privado y público.

En el marco del proyecto, también entrevistamos a tres autoridades sanitarias de la provincia de Buenos Aires (de la Dirección de Vigilancia Epidemiológica y de la Dirección de Registro y Fiscalización Sanitaria) y al director de Talento Humano y Conocimiento del Ministerio de Salud de la Nación. Posteriormente concretamos entrevistas con dos directivos de espacios de formación de enfermería de la ciudad (Instituto de Formación Técnica Profesional y Universidad Nacional de La Plata) y con referentes del Programa Nacional de Formación de Enfermería (PRONAFE). Asimismo, producto de mi inserción como docente en la carrera de enfermería pude establecer conversaciones informales con estudiantes y enfermeras que también son docentes de instituciones de formación donde dicta la carrera (Escuela Enfermería de ATSA, Instituto del Sindicato de Salud Pública, Instituto de Formación Técnica Profesional N°221, Universidad Nacional de La Plata).

En lo que respecta a las observaciones participantes pude realizar observaciones sistemáticas en una clínica privada con internación general. Debido a las dificultades de ingreso a este tipo de instituciones, la selección de este espacio de trabajo contempló la facilidad en el acceso (Sánchez Serrano, 2004) y la disposición de las personas que allí se desempeñan para participar en nuestra investigación (cuestión que fue desarrollada en el apartado anterior). Concretamente, durante el mes de noviembre del 2019 pude ingresar a la clínica privada acompañando a la docente y a los/as estudiantes del tercer año de la Tecnicatura Superior en Enfermería de ATSA-LP quienes realizaban sus prácticas profesionalizantes en dicho espacio. Concretamente concurrí cada mañana durante el transcurso de un mes, desde las 6Hs. hasta las 12 Hs. del mediodía, momento en el que los/as practicantes y la docente se encontraban en el establecimiento. Las observaciones

participantes permitieron involucrarme durante un periodo prolongado de tiempo en un conjunto de actividades cotidianas (Marradi et. Al. 2018) que realizaban las enfermeras en distintos sectores de internación de la clínica. A lo largo del mes, pude realizar registros de las prácticas de atención-cuidado en distintas áreas: internación general, pediatría y unidad coronaria. Durante dichas observaciones compartí distintos momentos y establecí conversaciones informales con las trabajadoras que allí se desempeñaban, así como también con otros grupos y actores que ingresaban a dichos servicios (familiares, médicos, jefes de área, etc.). Asimismo, recorrí otros espacios comunes de la clínica junto con la docente y los/as practicantes (patios comunes donde los/as trabajadores/as suelen salir a fumar, pasillos, salas de espera, buffet, etc.). Después de cada sesión de observación, registré los datos de manera sistematizada en un cuaderno de campo (Sánchez Serrano, 2004). Busqué anotar todo aquello que observaba, es decir las actividades, las acciones, los instrumentos y elementos involucrados en las prácticas de cuidado, pero también puse atención a las interacciones, los diálogos y todas aquellas situaciones cotidianas que sucedían en los distintos sectores de la clínica.

Adicionalmente, y en el marco de los proyectos de investigación sobre CyMAT-RPST mencionado anteriormente, pude realizar observaciones en una clínica de salud mental durante el mes de febrero del año 2018. Específicamente, tomé notas de campo durante el turno noche en dos sectores donde se encuentran internados adultos mayores con demencia senil. En este caso, producto de las particularidades de la organización del trabajo en la clínica, una enfermera era responsable de cada sector y, a diferencia de lo que sucedía en el turno mañana o tarde o en otro tipo de instituciones no hallamos presencia de otros grupos profesionales. A su vez, cuando encuestaba a los/as trabajadores de la clínica en el marco de este mismo proyecto de investigación en uno de los consultorios de la institución cercanos a la sala de espera y a la recepción de la institución también realicé una serie de registros cualitativos de los encuentros/as con dichos/as trabajadores/as y de lo que sucedía en la clínica durante el turno mañana y tarde.

Además de estas técnicas de producción de datos, la tesis incluye información recabada durante el largo proceso de investigación que describimos en el apartado anterior. En este marco, podemos mencionar otros registros cualitativos tomados en diversas reuniones e instancias de intercambio con referentes y delegados/as de ATSA-LP y autoridades de clínicas privadas de la ciudad. También debemos mencionar los registros de conversaciones informales con enfermeras, docentes y estudiantes de carreras de enfermería que se desprenden de mi extensa y activa inmersión en el campo que se inicia en el año 2015.

De forma complementaria, a lo largo de la tesis también incluimos el análisis de otras fuentes de datos estadísticas y documentales que nos permitieron comprender en mayor profundidad las condiciones de empleo y de trabajo en el sector salud y de la enfermería en particular. En concreto, utilizamos los resultados de la Encuesta Nacional de Enfermería del Proyecto PISAC-COVID “La enfermería y el cuidado sanitario profesional durante la pandemia y la post pandemia del COVID 19” para dimensionar el impacto de algunas problemáticas laborales durante la pandemia. Para describir la situación de los trabajadores/as del sector salud también se trabajó con datos cuantitativos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) y de la Encuesta Nacional sobre Condiciones de Empleo, Trabajo, Salud y Seguridad (ECETSS) del 2018. Se complementó esta información con la revisión de acuerdos colectivos de trabajo y escalas salariales para analizar la evolución de las remuneraciones de la enfermería tanto en el subsector público como privado. También analizamos otros documentos como leyes que regulan el ejercicio de enfermería a nivel nacional (tales como la Ley de Ejercicio de Enfermería y la Ley de Contrato de Trabajo) y en el ámbito público de la provincia de Buenos Aires (Ley de Carrera Profesional Hospitalaria y Ley de Administración Pública). En este marco, para situar el trabajo de enfermería en la provincia de Buenos Aires y en el municipio de La Plata también incluimos mapas de la Región Sanitaria XI y de La Plata en particular.

En lo que respecta a la formación en enfermería se incluyen datos extraídos de observatorios nacionales e internacionales que describen la cantidad y el nivel de formación que poseen las enfermeras que se encuentran en ejercicio en Argentina. También realizamos un análisis de distintos programas y políticas públicas destinadas a la formación en enfermería (Plan Nacional de Desarrollo de la Enfermería (2009-2016); el Programa Nacional de Formación de Enfermería (2016-2020) y el Plan Nacional de Enfermería (2020-2024)). Complementariamente se incluyen resoluciones provinciales y nacionales sobre los planes de estudio de la tecnicatura y la licenciatura en enfermería. Para complementar el análisis del proceso de profesionalización de la enfermería en Argentina se incluyen también imágenes y fotografías que dialogan con investigaciones historiográficas sobre este grupo.

A su vez, para describir las medidas tomadas por el gobierno durante la pandemia de COVID-19 se incluyen otras fuentes documentales como decretos de necesidad urgencia, documentos periodísticos de agencias oficiales y de prensa nacional y local, así como también materiales producidos por el gremio Asociación de Trabajadores de la Sanidad (ATSA-LP) y otros organismos públicos (Ministerio de Salud, Ministerio de Trabajo).

Además de las especificaciones respecto de la estrategia metodológica, la selección de los casos y las técnicas utilizadas quisiéramos señalar algunas decisiones vinculadas al periodo de tiempo que contempla esta investigación. Concretamente, el recorte temporal comprende desde 2018 hasta el 2021. En el año 2018 fruto de la devaluación que aquejó a la economía argentina (Barrera Insúa & Pérez, 2019), el sector asistencial privado se vio especialmente afectado. Durante el trabajo de campo distintos actores (trabajadores/as, referentes sindicales y empresarios) señalaron ese año como el inicio de un momento crítico para dicho sector. Esta situación derivó en un aumento de la conflictividad durante el periodo que se expresó en la amenaza de cierre y/o de quiebra de diversas clínicas, deudas en el pago de salarios y/o de aportes a los trabajadores/as, cese en el pago de otras bonificaciones, no incorporación de nuevo personal, aumento en el control de los insumos utilizados, entre otras situaciones.

Como señalamos anteriormente, a mediados de marzo del 2020, un episodio inesperado puso a los servicios de salud en el centro de la escena: la declaración de la emergencia sanitaria y la definición de todo el personal de salud como trabajadores esenciales. Esta situación, que trastocó todas las esferas de la vida (Assusa & Kessler, 2020), impactó particularmente en las instituciones de salud (Neffa et. Al., 2020; Ramacciotti, 2023). Después de dos años álgidos para el sistema de salud, el volumen del corpus analítico producido nos brindó eventos de campo de mucha riqueza para comprender en profundidad el trabajo de cuidado de enfermería. Por esta razón, el recorte temporal finaliza en el año 2021. De esta forma, el registro de las diversas temporalidades nos permitió analizar las experiencias de enfermeras que se desempeñaban en instituciones privadas antes del inicio de la pandemia y las transformaciones y las continuidades producto de ese contexto de gran excepcionalidad. Como señalamos anteriormente, la pandemia fue incluida en esta investigación como un *evento crítico* que actuó como catalizador de problemáticas preexistentes.

Por último, quisiéramos realizar algunas aclaraciones respecto al lenguaje que utilizaremos a lo largo de la tesis. Dado que la enfermería constituye un colectivo de trabajo fuertemente feminizado y que las divisiones sexo-genéricas ordenan la distribución de tareas y roles dentro de las instituciones de salud, nos referiremos a este grupo laboral en femenino (las trabajadoras, las enfermeras) aunque no desconocemos que también encontramos enfermeros varones y con otras identidades sexo-genéricas. Asimismo, utilizaremos el género masculino para referirnos a los profesionales médicos (los médicos, los profesionales médicos). Nuevamente, si bien no desconocemos la presencia de mujeres y otras identidades,

así como el crecimiento que se produjo durante los últimos años en el porcentaje de mujeres dentro de este grupo, nos interesa resaltar la división sexo-genérica dentro de las profesiones de salud (Pozzio, 2012), en tanto consideramos al género como una relación que expresa relaciones sociales y de poder. Los estudios historiográficos muestran cómo la medicina fue construyéndose como una ocupación hegemónica con un perfil masculino y científico mientras que, por el contrario, la enfermería fue catalogada como una ocupación “de mujeres” y, por ende, asociada a conocimientos prácticos vinculados a habilidades supuestamente femeninas. Veremos entonces que estos imaginarios y construcciones simbólicas sobre los roles y las profesiones se reactualizan en el cotidiano.

A su vez, también quisiéramos señalar que para resguardar la identidad de las personas entrevistadas hemos procurado garantizar su anonimato colocándoles nombres ficticios y también utilizamos seudónimos genéricos para preservar la identificación de los establecimientos privados donde realizamos trabajo de campo (“clínica privada”, “clínica”, “clínica de salud mental”). Para finalizar, hemos tomado una serie de decisiones respecto del estilo de escritura que es necesario especificar: utilizaremos el entrecomillado junto con cursivas para identificar fragmentos de entrevistas y de notas de campo, así como también categorías de los sujetos que son objeto de reflexión. Los fragmentos entrecomillados sin cursiva indican que se trata de una cita directa de otro autor. Las palabras en cursiva sin entrecomillados refieren a categorías o conceptos relevantes para el análisis conceptual.

Estructura de la Tesis

La tesis se estructura en dos partes: 1- Legados históricos del trabajo de cuidado en enfermería, 2-La *multidimensionalidad* del trabajo de cuidado en enfermería.

La **primera parte** está conformada por dos capítulos. En el **Capítulo 1** “De *empíricas* a profesionales: la construcción de una ocupación subordinada” realizamos una reconstrucción cronológica del proceso de profesionalización de la enfermería haciendo énfasis en una serie de dimensiones que configuran, hasta nuestros días, el trabajo de cuidado en enfermería. Concretamente, nos referiremos a los procesos que derivaron en la feminización del sector, a su habitual asociación como un oficio sin instrucción formal (o empírico) y a la subordinación respecto de la medicina. Posteriormente, y teniendo en cuenta estas dimensiones, profundizaremos en las disputas por la autonomía profesional y en los vaivenes presentes en los distintos programas estatales que buscaron aumentar la cantidad de enfermeras en servicio y contribuir a su formación profesional, cuestión que derivó en trayectorias formativas disímiles al interior del propio colectivo.

En el **Capítulo 2** “Condiciones laborales de enfermería: fragmentación del sector salud y particularidades en las instituciones privadas” nos centramos en las características del sector salud y en particular en las condiciones laborales de los trabajadores/as de la salud y de la enfermería en particular, en el subsector privado de la ciudad La Plata, tanto antes como durante la pandemia. Analizaremos entonces las problemáticas que permean el trabajo en instituciones privadas de salud, entendiendo a las mismas como legados sectoriales y laborales que hacen a la *multidimensionalidad* del trabajo de cuidado en enfermería. Específicamente, reconstruiremos los condicionamientos vinculados a la fragmentación y la desarticulación del sector que caracterizan al sistema de salud argentino desde hace ya varias décadas y profundizaremos en la organización del sector en la región de La Plata. Luego, ahondaremos en una serie de problemáticas que afectan a los trabajadores/as de enfermería como, por ejemplo, los mecanismos de extensión de la jornada laboral a través del pluriempleo y la realización de horas extras; las formas de contratación precarias y los sistemas de gestión de personal.

Ambos legados, vinculados a la profesión, al sector y a las condiciones laborales, son explicativos de muchas de las dimensiones que hacen a la experiencia del trabajo de cuidado en enfermería. Estas condiciones históricas no se circunscriben al tiempo pasado o bien constituyen el “telón de fondo” de esta investigación, sino que actúan como condicionamientos que limitan, posibilitan y vehiculizan las acciones que realizan los sujetos en el tiempo presente y también lo que proyectan a futuro. A su vez, estas dimensiones no solo construyen posiciones sino también imaginarios sociales sobre el trabajo de enfermería, es decir representaciones que permiten a los Otros y también a las propias enfermeras construir juicios y/o evaluaciones sobre su trabajo. Cotidianamente las enfermeras dialogan, se apropian, buscan diferenciarse e incluso discutir con esas representaciones.

La **segunda parte** de la tesis, denominada “la *multidimensionalidad* del trabajo de cuidado en enfermería”, presenta los principales argumentos y aportes de la tesis a partir del análisis del campo empírico. En cada capítulo mostraremos y fundamentaremos empíricamente las dimensiones analíticas que, consideramos, hacen a la *multidimensionalidad* del trabajo de cuidado en enfermería.

En el **Capítulo 3** “El espacio de trabajo. Mecanismos de control y márgenes de acción en el trabajo de enfermería en clínicas privadas”, nos centraremos en el análisis de las condiciones laborales en el espacio de las clínicas privadas. Buscaremos comprender la *multidimensionalidad* del trabajo de cuidado en enfermería a partir de analizar las formas de organización del trabajo y los mecanismos de control presentes en las instituciones privadas

de salud. Indagaremos particularmente en los sistemas de evaluación y en las políticas de gestión de calidad considerando las transformaciones que supuso la pandemia. A su vez, argumentaremos que para comprender esta dimensión del trabajo de cuidado en enfermería debemos registrar también las tensiones entre los mecanismos de control empresarial y las acciones o márgenes de autonomía que construyen los sujetos.

En el **Capítulo 4** “Tiempos laborales y extralaborales. El trabajo de cuidado en enfermería y su entrelazamiento con otros proyectos y esferas de la vida”, nos enfocaremos en la relación y los intercambios entre el tiempo de trabajo y otras esferas de la vida de las enfermeras. Para ello miraremos dos problemáticas vinculadas a las condiciones laborales en el sector: la extensión de la jornada (a través del pluriempleo y la realización de horas extraordinarias) y los horarios atípicos (turno noche, turnos rotativos). No obstante, si bien partiremos de considerar dos problemáticas laborales buscaremos mostrar que para comprender la *multidimensionalidad* debemos analizar lo que sucede “dentro” y también fuera del espacio laboral. Veremos que la configuración de una jornada laboral apremiante limita otros tiempos de la vida y tiene consecuencias en otros proyectos y aristas del cotidiano de las enfermeras. En este sentido, argumentaremos que, si bien estas problemáticas históricas atraviesan las experiencias profesionales de estas trabajadoras, las enfermeras también tienen capacidad de agencia y toman decisiones en ese marco de posibilidades.

En el **Capítulo 5** “La relación con Otros significativos.¹⁷La construcción de un perfil profesional específico de la enfermería”, haremos énfasis en otra dimensión que hace a la *multidimensionalidad* de una profesión escasamente reconocida y subordinada, concretamente nos referiremos a las relaciones con otros actores significativos como los/as profesionales médicos, los pacientes y sus familiares y también otras colegas y/o compañeras de trabajo. Argumentaremos que las percepciones y esencialmente los juicios de los Otros, sean reales o imaginarios resultan fundamentales para la construcción de un perfil profesional específico de la enfermería. Mostraremos cómo, en ese marco de relaciones, las trabajadoras de enfermería reconocen y hacen uso de las representaciones que recaen sobre su trabajo para construir un perfil profesional, a través de procesos de identificación, diferenciación y/o (auto) evaluación de las prácticas de cuidado que realizan. Para ello, nos

¹⁷ Cabe señalar que utilizaré “Otro/s” con mayúscula para señalar la idea de un exterior o un “Otro” constitutivo y/o significativo para la enfermería en tanto como grupo, es decir en un sentido más amplio del término (por ejemplo, “la mirada de los Otros”, “orientado al cuidado de Otro”). Por el contrario, utilizaré “otros” en minúscula para referirme a grupos o personas específicas y/o puntuales (“hacia otros pacientes”, “otros grupos laborales”, etc.).

centraremos en la discusión sobre el prestigio de las tareas de enfermería y en las comparaciones y distinciones que las trabajadoras efectúan respecto de otras profesiones prestigiosas del campo de la salud.

En el **Capítulo 6** “Sentimiento, emociones y afectos. La construcción de una “comunidad de sensibilidad” en el trabajo de cuidado de Otro”, argumentaremos pues que los afectos y las emociones resultan aspectos estructurantes de la práctica de cuidado de Otro y, por ende, representa otra dimensión que hace a la *multidimensionalidad* del trabajo de cuidado en enfermería. El registro de la sensibilidad y el manejo de las emociones de otros - pacientes y sus familiares- resulta un aspecto central de esta práctica. Pero para poder incidir en esas emociones, las enfermeras también deben tramitar y aprender a gestionar sus propios sentimientos. Veremos que en esas experiencias sensibles se pondrán en juego compromisos personales-subjetivos que, a la vez, serán exigidos y evaluados a partir de determinadas reglas del oficio.

Finalmente se presentan las conclusiones generales de la tesis, donde se sistematizan sus aportes y se explicitan futuras líneas de investigación.

En suma, en esta tesis pondremos el foco en la comprensión de las experiencias de enfermeras que se desempeñan en clínicas privadas de la ciudad de La Plata durante el periodo 2018-2021, para así mostrar la *multidimensionalidad* del trabajo de cuidado en enfermería.

PRIMERA PARTE:

Legados históricos del trabajo de cuidado en enfermería

Capítulo 1– De *empíricas* a profesionales: la construcción de una ocupación subordinada

Tal como adelantamos en la introducción de esta tesis, la subvaloración representa un rasgo constitutivo del trabajo de cuidado en enfermería. En nuestras sociedades, quienes se encargan de las tareas de cuidado suelen ser sujetos que ocupan posiciones subalternas dentro del entramado social (mujeres, sectores populares, migrantes, etc.) (Molinier, 2012). En esa articulación de desigualdades se hace visible un sistema complejo de estructuras de opresión que son múltiples y simultáneas y que se expresarán en las experiencias biográficas concretas de las enfermeras que son objeto de esta investigación

Considerando este punto de partida, en este capítulo reconstruiremos los legados históricos de la profesión que permean la *multidimensionalidad* del trabajo de cuidado en enfermería y que, consideramos, contribuyeron a construir una posición subalterna de este grupo profesional. Concretamente, nos referiremos a la feminización del sector, a su habitual asociación como un oficio sin instrucción formal (o empírico) y a la subordinación respecto de la medicina. Posteriormente, y teniendo en cuenta estas dimensiones, profundizaremos en las disputas por la autonomía profesional y en los vaivenes presentes en los distintos programas estatales que buscaron aumentar la cantidad de enfermeras en servicio y contribuir a su formación profesional, cuestión que derivó en trayectorias formativas disímiles al interior del propio colectivo.

A partir de una reconstrucción cronológica del desarrollo profesional de esta ocupación argumentaremos que para comprender las experiencias específicas de las enfermeras será necesario entablar un diálogo permanente entre el pasado y el presente, en tanto los sujetos son posicionados en el espacio social por legados históricos que los preceden, que producen y limitan su accionar. No obstante, si bien estos legados habilitan la construcción de imaginarios sobre la profesión, no conforman estructuras cerradas y/o ancladas en el pasado, sino que se reactualizan permanentemente en el presente configurando distintas dimensiones de la experiencia profesional de las enfermeras. Señalaremos entonces que existe una relación entre las características que tuvo el desarrollo profesional de la enfermería y las múltiples dimensiones que hacen a la experiencia cotidiana de este grupo, cuestión que fundamentaremos empíricamente en la segunda parte de esta tesis.

En términos teóricos, debemos considerar que la condición subalterna de este grupo se vincula con la organización de los espacios de salud a partir de un conjunto de saberes y

prácticas propias del denominado modelo médico hegemónico. Dicho modelo implica una forma de organizar la atención sanitaria que jerarquiza la mirada biomédica y subordina otras dimensiones del proceso salud-enfermedad (tales como los aspectos emocionales, psicológicos, culturales y socioeconómicos) (Menéndez, 1992). Además de este elemento ordenador del trabajo en salud, también debemos considerar que las profesiones constituyen instituciones donde se plasman relaciones sociales de género. En este sentido, la diferenciación de actividades según divisiones sexo-genéricas permiten jerarquizar algunas y subordinar otras: sobre las distintas ocupaciones se construyen estereotipos en torno a lo masculino y lo femenino y, por ende, tareas, roles y cualidades esperadas para mujeres y varones (Pozzio, 2012). Concretamente, las tareas de cuidado de la salud son labores socialmente definidas como femeninas, hasta el extremo de presuponer que constituyen habilidades naturales (como la predisposición al servicio, la entrega, el amor, la dulzura, etc.) y, por ende, desprovistas de formación específica (Wainerman & Geldstein, 1980)

En este marco, para reconstruir el proceso de profesionalización de la enfermería tomaremos la dimensión temporal como una clave analítica y organizadora de este capítulo. En primer lugar, considerar el desarrollo de la enfermería de manera procesual nos permitirá comprender cuáles fueron los lineamientos y las acciones que abonaron a la gestación y posterior consolidación de muchas de las características que hoy en día describen al sector. En este sentido, incorporar una mirada histórica permitirá mostrar que gran parte de los rasgos que hoy en día se asocian a la ocupación no siempre fueron así, sino que forman parte de un proceso de construcción social que implicó luchas e involucró a distintos actores (estatales, organismos internacionales, grupos profesionales, etc.). En segundo lugar, realizar una reconstrucción cronológica del proceso de profesionalización de la enfermería constituye un recurso para mostrar de qué forma ciertas dimensiones, que se presentaban de forma desarticulada hacia fines del siglo XIX, fueron aglutinándose hasta transformarse en características duraderas.

El capítulo se organiza de la siguiente forma: en el primer apartado haremos un recorrido por los orígenes de la enfermería argentina hasta mitad del siglo XX, haciendo énfasis en el carácter femenino, de clase y empírico de la ocupación. Esta reconstrucción histórica nos brindará elementos para, en el segundo apartado, recorrer las distintas acciones estatales destinadas a contribuir a la calificación de este grupo en un marco de disputas por la autonomía profesional respecto de la medicina.

1.1 Nacimiento y desarrollo de la enfermería: la construcción de una ocupación feminizada y orientada al servicio

Muchas de las características que en la actualidad son atribuidas al trabajo de cuidado en enfermería deben interpretarse a la luz de las tensiones presentes en los orígenes del oficio y en sus primeros años de desarrollo. Puntualmente, a lo largo de este apartado, nos referiremos al vínculo entre el trabajo de cuidado sanitario y las actividades de servicio y/o caritativas y a las divisiones sexo-genéricas y de clase que paulatinamente permearon la experiencia del trabajo en enfermería. Consideramos que ambos elementos contribuyeron a la construcción de una posición subalterna y heterónoma de la enfermería dentro de los espacios de salud: en primer lugar, al ser caracterizada como un oficio empírico y/o de idóneos que no requería formación teórico-técnica específica para su ejercicio; en segundo lugar, al ser situada como una actividad auxiliar y/o de ayuda a los profesionales médicos, responsable de realizar las tareas que otros grupos delegaban.

Los imaginarios contruidos en torno a este grupo constituyen legados que aún hoy explican muchas dimensiones de la experiencia profesional de las enfermeras e incluso están presentes en las discusiones sobre la definitiva profesionalización de la ocupación y en materia de condiciones laborales. Por un lado, la asociación de las tareas de cuidado de la salud a habilidades propias del género femenino (como el servicio, la abnegación, la dulzura, etc.) contribuye a la invisibilización de la formación necesaria para su ejercicio, abonando al carácter esencialmente empírico del oficio y a su dependencia respecto del control médico. Por otro lado, sumado a la condición de género, el componente de clase de las aspirantes favoreció a la construcción de representaciones de subalternidad de la profesión que aún se encuentran fuertemente arraigadas en el imaginario social.

Para reconstruir analíticamente estas dimensiones utilizaremos los estudios históricos que indagaron en el proceso de profesionalización de la enfermería desde fines del siglo XIX hasta mitad del siglo XX. Concretamente, nos referiremos a dos periodos: en el primero de ellos identificaremos los primeros intentos de modernización de la enfermería y en el segundo sistematizaremos las principales transformaciones y continuidades en el sector de enfermería en el marco de la implementación de una política sanitaria de masas.

1.1.1 Primeros intentos de modernizar a la enfermería en Argentina: experiencias desde fines del siglo XIX

Para comprender cómo el trabajo de cuidado en enfermería llegó a constituirse dentro del imaginario social como una actividad esencialmente práctica, femenina y orientada al servicio vamos a retrotraernos a los inicios de la profesión en Argentina.

A mediados del siglo XIX, mujeres de distintas congregaciones religiosas y miembros de las Sociedades de Beneficencia eran las encargadas de realizar tareas vinculadas al cuidado sanitario dentro de los centros de salud¹⁸. Tal fue el caso de las Hermanas de la Caridad quienes realizaban un conjunto de tareas vinculadas a la asistencia de los pacientes como manejar la despensa y la ropería, vigilar la limpieza del lugar, administrar la medicación, curar a los enfermos y distribuir la comida en las salas (Wainerman & Binstock, 1992). A su vez, las mujeres de la aristocracia porteña también realizaban cuidados sanitarios en los hospitales de Buenos Aires administrados por las Sociedades de Beneficencia. Desde una visión caritativa e individual, “las damas” asistían a los “pobres y desvalidos” que allí se encontraban internados. Recordemos que en esa época los problemas relativos a la salud-enfermedad no constituían una función estrictamente estatal puesto que el Estado Nación argentino estaba en plena conformación. Los servicios de salud eran prestados mayormente por sociedades filantrópicas, religiosas y/o de comunidades migrantes. Las autoridades se limitaban a controlar epidemias y enfermedades transmisibles y el personal de salud estaba escasamente profesionalizado (Wainerman & Binstock, 1992).

De esta forma, los sentidos asociados a la religiosidad y a la beneficencia permearon el desarrollo de las tareas asistenciales dentro de los espacios hospitalarios. Esta característica inicial contribuyó a la construcción de imaginarios que vinculaban las labores de enfermería con significados morales tales como el servicio, la vocación y la caridad que, a su vez, estaban ligados a un componente sexo-genérico. Como sostiene Ramacciotti (2019) señalar que los cuidados sanitarios eran una actividad guiada por la lógica del sacrificio permitió considerarla como una práctica *ad honorem* y, por ende, escasamente remunerada en términos económicos, cuestión que se configuraría como una problemática estructural del sector hasta nuestros días.

Hacia fines del siglo XIX, en paralelo con la consolidación del Estado Nacional y el proceso de ampliación de los servicios de salud, se registró un parteaguas en el desarrollo

¹⁸ Por ejemplo, la Orden de los Betlemitas en el Hospital de Santa Catalina y en el Hospital de la Residencia de la Ciudad de Buenos Aires.

profesional de la enfermería producto de la creación de la primera Escuela de Enfermeras, Enfermeros y Masajistas de la Ciudad de Buenos Aires (EEEYM) cuya fundadora fue la médica Cecilia Grierson¹⁹ (Wainerman & Binstock, 1992). La escuela constituía un espacio donde concurrían tanto estudiantes externos como internos (es decir personal que se desempeñaba en hospitales municipales, pero sin titulación formal para ello). La duración de la carrera era de dos años: al finalizar el primer año se otorgaba el título de “asistente” y al cabo del segundo el diploma de “enfermero/a”.

En concordancia con los debates sanitarios de la época, desde la Escuela se buscó incentivar la modernización profesional de la enfermería, cuestión inspirada en experiencias internacionales como la de Florence Nightingale²⁰ en Gran Bretaña. El «modelo de Nightingale» promovía a la enfermería como una disciplina profesional, independiente, reconocida y aliada -pero no subordinada- a la medicina y esencialmente femenina, a partir de una selección estricta de sus aspirantes. Además, el programa de Nightingale expresaba la necesidad de crear unidades escuela en los hospitales donde las alumnas estudiarían y harían sus prácticas en el marco de un sistema de internado. Dichas escuelas estarían dirigidas por enfermeras superiores, quienes seleccionarían y orientarían a las aspirantes con plena autonomía respecto a las autoridades médicas de los hospitales (Martin, 2012; Ramacciotti & Valobra, 2017).

Las autoridades de la EEEYM también advertían sobre las condiciones inhumanas bajo las cuales se desempeñaban las enfermeras en los hospitales: guardias de 24 a 36 horas día por medio, sin horarios fijo para alimentarse, ni momentos ni sitios adecuados para el descanso y la higiene personal. Las malas condiciones de ejercicio de la enfermería radicaban en que la mayor parte de las personas atraídas por la ocupación provenían de sectores sociales de bajos ingresos. Sin otras posibilidades, las aspirantes aceptaban el trabajo pese a los escenarios de precariedad que debían afrontar. Lo que sucedía en Argentina se alejaba de lo que pasaba en Gran Bretaña donde la enfermería se constituía como una

¹⁹Cecilia Grierson (1859-1934) fue la primera graduada en Medicina de la Universidad de Buenos Aires, en el año 1889. Anteriormente también se había recibido de maestra normal. Durante su vida, estuvo especialmente comprometida con el desarrollo del sistema sanitario argentino y con los derechos y la educación de las mujeres. Promocionó la enseñanza de la enfermería en diversos ámbitos; creó la Sociedad de Primeros Auxilios; colaboró con la Cruz Roja y fundó la Asociación Obstétrica Nacional. En 1899 participó del “Congreso Internacional de Mujeres” y en 1910 fue presidenta del “I Congreso Femenino Internacional”, organizado por la Universidad de Buenos Aires (Binda et. Al, 2010). <http://www.scielo.org.ar/pdf/rar/v74n4/v74n4a03.pdf>

²⁰ Florence Nightingale (1820-1910) creó el modelo que lleva su nombre en 1860, en el Hospital Saint Thomas de Londres. La llamada “mujer de la lámpara” diseñó un dispositivo de capacitación profesional para poder quebrar la larga tradición ligada al empirismo y al fuerte sesgo religioso.

opción para mujeres jóvenes, de familias encumbradas que buscaban realizar una tarea “profesional” y “decente”, y, por ende, muy bien remunerada y reconocida tanto por otros grupos profesionales como por el Estado (Wainerman & Binstock, 1992; Martín, 2012). Para que en Argentina la enfermería finalmente sea considerada una profesión “digna de ser ejercida” era necesario contribuir a su calificación, pero también mejorar sus condiciones laborales.

Bajo esta evaluación, en 1905, el organismo de Asistencia Pública de Buenos Aires promulgó una ordenanza municipal que obligaba a los hospitales a capacitar a los/as enfermeros/as en servicio con el objetivo de formar personal idóneo. No obstante, la medida fue resistida por quienes ocupaban cargos directivos en los hospitales puesto que descreían de la necesidad de formar teórica y prácticamente a quienes ya cumplían con funciones de enfermería, además, que ello supondría contar con menos personal en sus salas mientras se realizaran las capacitaciones (Wainerman & Binstock, 1992).

Sumado a esta resistencia, durante las primeras décadas del siglo XX, las políticas estatales para la enfermería tomaron un rumbo que contribuiría a reforzar el carácter empírico y femenino de la ocupación. Concretamente, el alejamiento de Cecilia Grierson de la dirección de la Escuela significaría un corrimiento respecto de aquellas visiones que buscaban modernizar la actividad (Martín, 2012). En este marco, se modificaron aspectos centrales de la orientación formativa de la Escuela: el plan de estudios fue reformado reduciendo las clases teóricas y prácticas de doce a tres meses, con un periodo de internado remunerado que tenía como fin “estimular” a las candidatas que provenían de sectores de bajos ingresos. Por último, se limitó el ingreso solo a estudiantes mujeres y externas, lo cual implicó el fin de la ordenanza de 1905 y, como sostienen Wainerman y Binstock (1992), marcó el camino hacia la definitiva feminización de la ocupación. La prohibición del ingreso a varones significó un punto de inflexión que marcaría el devenir de la enfermería durante todo el siglo XX. Era el propio Estado quien legitimaba los argumentos que atribuían a las mujeres cierta “predisposición femenina” para el ejercicio del cuidado sanitario. Dicha restricción se sostenía en una valoración positiva de rasgos considerados “femeninos” tales como la suavidad, la paciencia, el orden, la minuciosidad y la abnegación.

"La mujer es más apta que el hombre a esta clase de estudios, para esta tarea de abnegación sincera, que requiere un trato suave y labor paciente, algunos conocimientos generales, nociones de higiene, economía doméstica y cierta cultura más propia de la mujer y no del hombre de esa clase social" (Resolución dictada por

la Dirección de la Asistencia Pública, citada por Wainerman & Binstock, 1992, pp.281).

Finalmente, entre 1912 y 1916, se terminará de consolidar este proceso a partir de la habilitación para emplear a mujeres en salas con pacientes varones y la sustitución de los enfermeros por personal femenino en los hospitales municipales (Wainerman & Binstock, 1992). Recordemos que hasta ese momento, varones y mujeres concurrían a hospitales diferenciados y eran atendidos por personal de su mismo sexo. los varones conformaban más de la mitad del personal de enfermería, tanto en hospitales municipales como en los hospitales nacionales y de las comunidades -exceptuando al Hospital Británico. La presencia de varones entre aspirantes de enfermería se puede observar en la Imagen 1.

Imagen 1 - Escuela de Enfermeras y Enfermeros del Círculo Médico Argentino. Circa 1909.



Fuente: Archivo General de la Nación Argentina

De esta forma, durante las primeras décadas del siglo XX, el desarrollo de la enfermería argentina era pausado y dificultoso. Esta cuestión se evidenció con mayor fuerza cuando enfermeras expertas como Bertha Pullen y Jane Martin White²¹ arribaron a nuestro país. En su evaluación señalaron que la instrucción y los programas de estudio necesitaban un ajuste drástico, puesto que la enfermería “se encontraba en condiciones similares a la de sus pares británicas y norteamericanas antes de la segunda mitad del siglo XIX” (Martin, 2012:17). La escasa modernización de la profesión se evidenciaba en la presencia de un

²¹ Berta Pullen fue una *nurse* de origen norteamericano y directora hasta 1938 de la Escuela de enfermeras Anne Nery, de la Universidad Federal de Río de Janeiro. Jane Martin White también fue una *nurse* norteamericana, que, ante la falta de enfermeras formadas para tal función, en 1940 fue elegida regente de la Escuela de Enfermeras de la Universidad Nacional del Litoral (UNL) (Martin, 2012; Bocalla & Allevi, 2019)

número elevado de enfermeras sin titulación formal. En esta línea, un informe realizado por la intendencia de la ciudad de Buenos Aires entre 1935 y 1936, mostraba que el 76% del personal de enfermería que se desempeñaba en hospitales porteños no contaban con estudios específicos. A su vez, la convivencia de enfermeras diplomadas y sin instrucción (llamadas *empíricas*) dificultaba la promoción de la ocupación como una tarea calificada y jerarquizada en términos técnicos, contribuyendo a la persistencia de salarios bajos y condiciones laborales precarias.

De esta forma, con excepción de las iniciativas de Cecilia Grierson, la lectura que realizaron los diversos agentes estatales sobre el «modelo de Nightingale» fue parcial. El carácter modernizador de esta propuesta consistía, por un lado, en incentivar la formación en base al reconocimiento de la enfermería como una profesión independiente, con conocimientos específicos y calidad en su formación teórico-técnica. Por otro lado, en el modelo británico, la enfermería era considerada una carrera calificada para muchas mujeres que estaban interesadas en el bienestar sanitario de la población. Sin embargo, en nuestro país, pese a que el modelo se organizaba a partir de estas dos grandes dimensiones, los sentidos en torno a la vocación femenina prevalecieron por sobre los incentivos a su desarrollo profesional. A diferencia de lo que sucedió en otros países, el programa impulsado por la figura de Cecilia Grierson quedó subordinado a una suerte de “código ético” que redujo el saber enfermero a una serie de cualidades propias del género femenino cuya principal tarea era auxiliar a los médicos. Ello se plasmó en los reglamentos internos de las Escuelas de la época y en los manuales de estudio de la carrera (Martin, 2012).

El género, en tanto relación social, pasó a constituir tempranamente una dimensión organizadora de la enfermería, lo cual persiste hasta la actualidad, pese al paso del tiempo y a los diversos programas de formación impulsados por el Estado. Como sostiene Ana Laura Martin (2012:2) “las ideas respecto de la naturaleza femenina y masculina apoyaron la división del trabajo sanitario. Los médicos se manejaban en el campo científico y las enfermeras, en cambio, en el empírico”. Mientras que se presentaba a la enfermería como una extensión de tareas domésticas vinculadas a la suciedad y la limpieza del cuerpo enfermo, desprovista de conocimientos teóricos y asociada a la vocación, la medicina se construía como una ocupación masculina, tempranamente profesionalizada, reconocida por su manejo del plano biomédico, fuertemente corporativa y con una enorme incidencia en el ámbito público de principios del siglo pasado. La persistencia de enfermeras formadas “en

servicio” para auxiliar las tareas de los médicos²² contribuía a la división sexo-genérica del trabajo sanitario, reforzando estereotipos que situaban a esta profesión como una actividad estrictamente femenina, desprovista de conocimientos específicos y subordinada al escalafón médico (Martin, 2015).

1.1.2 Política sanitaria de masas y Escuelas de formación: la enfermería hacia mediados del siglo XX

A partir de la década del 40’, los procesos de formación de enfermeras a cargo del Estado nacional profundizaron algunos aspectos del periodo anterior, especialmente en su impronta de género, de clase y religioso/caritativo, pero también incorporaron nuevas características vinculadas a la política sanitaria de masas. La coordinación centralizada por el Estado Nacional, la jerarquización de la atención pública y el aumento de los recursos destinados a la ampliación del sistema sanitario derivaron en un detrimento del rol que hasta ese momento cumplían organizaciones de caridad y sociedades de socorros mutuos en la atención de la salud de la población. El impulso de una política sanitaria de masas durante los gobiernos peronistas necesitó no solo de la construcción de nuevos hospitales sino también de la ampliación de la dotación de personal disponible. En este marco, durante el primer gobierno de Juan Domingo Perón, se crea el Ministerio de Salud a nivel nacional, siendo designado como ministro el Dr. Ramón Carrillo²³, quien advirtió sobre la necesidad de aumentar la cantidad de enfermeras disponibles y combatir la cultura del “empirismo sanitario” mediante la efectiva profesionalización de esta disciplina. Carrillo aludía a las «mucamas disfrazadas de enfermeras» para describir un tipo de profesionalización que lejos estaba del nivel de excelencia que se propiciaba desde el Ministerio que conducía (Ramacciotti & Valobra, 2010)²⁴.

El gobierno peronista fundó entonces dos escuelas de enfermería en la ciudad de Buenos Aires: la Escuela de Enfermeras, dependiente de la Subsecretaría de Salud Pública -

²² A lo largo de la tesis utilizaremos el masculino para referirnos a los profesionales médicos, si bien no desconocemos la presencia de mujeres y otras identidades, así como el crecimiento del porcentaje femenino dentro de este grupo; nos interesa resaltar los aspectos de género puesto que, consideramos, ordenan roles y tareas dentro de las profesiones de salud (Pozzio, 2012). Desde el plano simbólico, la medicina fue construyéndose como una ocupación hegemónica con un perfil masculino y científico; por el contrario, la enfermería fue catalogada como una ocupación “de mujeres” y, por ende, asociada a conocimientos prácticos que no necesitaban de instrucción formal por estar vinculados a habilidades supuestamente femeninas (como la vocación, la entrega, la suavidad, etc.).

²³ Médico, neurocirujano, neurobiólogo y principal exponente del sanitarismo nacional. Fue el primer ministro de Salud de Argentina (1946-1954) durante las presidencias de Juan Domingo Perón.

²⁴ Para una reconstrucción detallada del proceso de profesionalización de la enfermería durante el peronismo consultar Ramacciotti, K.; Valobra, A. (2009). La profesionalización de la enfermería en Argentina: Disputas políticas e institucionales durante el peronismo. *Asclepio*, 62 (2), 353-374.

en 1947- y la Escuela de Enfermeras «7 de mayo» a cargo de la Fundación Eva Perón -en 1950-, a partir de las cuales se inspiraron otras Escuelas del país.²⁵ Si bien ambos espacios compartían los objetivos generales, tenían diferencias respecto a la orientación programática y el perfil social de su alumnado. Como sostienen Ramacciotti y Valobra (2010) “la intención de la Escuela de Enfermeras que dependía de la administración sanitaria era «formar personal auxiliar de la medicina, técnica y moralmente capacitado»” (pp. 364). Desde esa perspectiva, el egreso de nuevas trabajadoras permitiría satisfacer las demandas en los centros hospitalarios y en las actividades de difusión sanitaria —tales como campañas de vacunación, educativas, talleres, escuelas, etc.—. El plan de estudios tenía una duración de tres años, con materias teóricas y prácticas, como por ejemplo la asignatura llamada «Arte de la enfermería» donde se incluían saberes referidos al trato ético hacia el paciente y a la incorporación de habilidades prácticas como armar correctamente una bandeja, tender una cama, desinfectar correctamente una habitación, etc.

La formación estaba impregnada de un perfil religioso que se expresaba en una serie de rituales como por ejemplo la “imposición de Tocas”, las cuales eran bendecidas por sacerdotes para las aspirantes que ingresaban al primer año. En esta ceremonia las estudiantes de dicha escuela de enfermeras recibían la cofia que utilizarían a lo largo de su ejercicio profesional (ver Imagen 2). Ese elemento no sólo tendría una función práctica como parte del uniforme laboral, sino que también cumplía una función simbólica en tanto expresaba una serie de compromisos y valores constitutivos de la profesión como el servicio, la misericordia y la humildad (sobre este punto volveremos en el Capítulo III).

²⁵ El modelo formativo de estos espacios también se extendió a otras Escuelas del país: por ejemplo, en 1949 se creó un Centro de Enseñanza para Enfermeras Rurales en Santa Fe; en 1951 la Escuela Mixta de Enfermeros en San Rafael, Mendoza y la Escuela de Enfermería en Tucumán en 1954 (Ramacciotti, 2019).

Imagen 2 - Ceremonia de imposición de Tocas, inauguración nueva sede de Escuela de Enfermeras del Ministerio de Salud



Fuente: Imagen extraída de la Serie Documental “Crónica de la Enfermería Argentina”²⁶

A diferencia de lo que sucedía en la Escuela «7 de mayo», la Escuela del Ministerio esgrimía una visión más elitista en el perfil de sus alumnas. Por ejemplo, la ayuda económica brindada por la administración sanitaria era destinada a financiar becas para egresadas que, según sus méritos académicos, buscaban perfeccionar sus estudios luego de finalizar la carrera (Ramacciotti & Valobra, 2010). Por su parte, el perfil de las aspirantes debía cumplir con una serie de condiciones: tener entre 17 y 35 años, ser solteras o viudas sin hijos y tener cierta talla y peso corporal. Sin ser completamente excluyente el ingreso para los varones, las comunicaciones públicas se dirigían a reclutar aspirantes femeninas.

En el caso de la Escuela de la Fundación Eva Perón, se invitaba especialmente a “aspirantes de origen humilde”, es decir mujeres jóvenes de entre 16 y 21 años que provenían de sectores populares y, también, de otras provincias y países de Latinoamérica. Quienes ingresaban a la Escuela podían acudir a un sistema de becas orientado a financiar sus estudios y utilizar el sistema de internado para vivir durante los años de su formación. Esta impronta orientada a estudiantes de bajos recursos no solo diferenciaba a la Escuela Eva Perón de la Escuela del Ministerio de Salud sino también de sus antecesoras: las damas de las Sociedades de Beneficencia. Como explican detalladamente Ramacciotti y Valobra (2017), en este

²⁶ Crónicas de la Enfermería Argentina (25 de julio de 2019). *Crónicas de la Enfermería Argentina. Capítulo 1: Las Enfermeras de la Fundación Eva Perón*. [Archivo de Video] https://www.youtube.com/watch?v=WBLw2P7m2Ss&ab_channel=Cr%C3%B3nicasdeEnfermer%C3%A4DaArgentina - Dirección Alejandro Edgardo Alem. Año 2014

espacio formativo se impulsó un modelo de enfermería centrado en la detección de necesidades sociales y sanitarias en lugares carenciados con una impronta asistencial pero también eminentemente política. Por ejemplo, en el plan de estudios de la carrera además de materias típicas como Anatomía y Fisiología, Epidemiología General y Hemoterapia, se incluyó una asignatura denominada «Formación Política» que tenía por objetivo enmarcar las tareas de las enfermeras en la nueva teoría de los derechos políticos femeninos. También hallamos la materia «Defensa Nacional y Calamidades Públicas» cuya pretensión era construir a las enfermeras como “las nuevas heroínas del orden y la salud del cuerpo social”. En una nota para *Tiempo Argentino*, Beatriz Boch, enfermera formada en la Escuela Eva Perón, recuerda las frases que resonaban durante esos años “vamos a formar muchas enfermeras para ofrecerle a la Patria mujeres sacrificadas, capaces y dignas del pueblo argentino”²⁷ (Stambuli,2020)

Asimismo, debemos señalar que, durante el gobierno peronista, los discursos en torno a la relación entre trabajo-enfermería fueron algo contradictorios. Por ejemplo, en el Primer Congreso Argentino de Enfermería, realizado en 1949 en La Plata, se enfatizó la importancia de la formación y la necesidad de mejorar la remuneración de esta actividad. Sin embargo, un año después, en el Decálogo de Ética Profesional difundido por el Ministerio de Salud, se dejaron por fuera las cuestiones remunerativas para hacer foco en el carácter de auxiliar respecto a la medicina. A la par, se promovían recomendaciones morales que señalaban la vocación de servicio y la sensibilidad como condiciones necesarias para desarrollar correctamente estas labores.

“En el mencionado Código de Ética Profesional de las Enfermeras se señalaba su «obligación de llevar a cabo las instrucciones del médico inteligentemente, de evitar malentendidos o inexactitudes y de rehusar su participación en prácticas que no considere éticas»” (Ramacciotti & Valobra, 2010:373).

De esta forma, si bien durante esos años se incentivó la profesionalización de la enfermería, este proceso adquirió un fuerte sesgo de género que profundizó la feminización iniciada a fines del siglo XIX²⁸, pero con nuevos matices. Por un lado, el cuidado sanitario

²⁷ Stambuli, S. (21 junio de 2020) Las enfermeras de Evita, una política sanitaria que recobra sentido en tiempos de pandemia. *Tiempo Argentino*. <https://www.tiempoar.com.ar/informacion-general/las-enfermeras-de-evita-una-politica-sanitaria-que-recobra-sentido-en-tiempos-de-pandemia>

²⁸ Pese a que en algunas escuelas había presencia de varones, -por ejemplo, la Escuela de Enfermeras de la Cruz Roja de Capital Federal no restringía el ingreso por razones de sexo- los programas se adaptaban a varones y mujeres: los primeros debían cursar “Venereología y Educación Sexual”; mientras que las aspirantes mujeres “Maternología e Infancia”. Bajo la órbita del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires también funcionaba una Escuela de Enfermería que tampoco hacía distinciones de sexo entre sus ingresantes.

se consolidó como una opción para numerosas mujeres de sectores de bajos ingresos que veían en esta actividad una posibilidad para ingresar al mercado laboral, en un contexto de ampliación de derechos para las mujeres²⁹. Por otro lado, perduró una visión jerarquizada de las profesiones sanitarias donde la enfermería, en tanto trabajo asociado al género femenino, continuó ocupando una posición subordinada respecto al escalafón médico que, desde un plano simbólico, se identificaba con un perfil masculino y científico. A su vez, tanto en las comunicaciones públicas como en los programas de estudio de ambas escuelas anteriormente citadas continuaron las referencias a la vocación de servicio y al espíritu caritativo de la profesión (Ramacciotti, 2019).

1.2 Disputas por la autonomía profesional de la enfermería y programas de formación a cargo del Estado durante la segunda parte del siglo XX

A mediados del siglo XX, la enfermería se constituía como un oficio desarrollado mayormente por mujeres de sectores populares y subordinado a la práctica médica que no lograba alcanzar su modernización profesional definitiva. En este marco, durante la segunda parte del siglo XX y hacia comienzos del siglo XXI, el desarrollo de la enfermería argentina giró en torno a dos dimensiones que se entrelazaron con las problemáticas reseñadas anteriormente: por un lado, nos referimos a las disputas por el reconocimiento de la autonomía profesional respecto de la medicina y, por otro, a los diversos incentivos estatales que tuvieron como objeto incrementar la cantidad de enfermeras en servicio y fomentar la formación profesional de este grupo.

En este sentido, ambos elementos serán fundamentales para analizar la experiencia profesional de la enfermería en nuestro campo empírico. En particular, las disputas por la autonomía respecto de la práctica médica nos permiten comprender por qué, en el cotidiano, las enfermeras aún reclaman por el reconocimiento profesional de sus labores y, en ese marco, establecen comparaciones y distinciones con los profesionales médicos. A su vez, indagar en los vaivenes de los lineamientos estatales y en los distintos programas educativos nos permite comprender las heterogeneidades de trayectorias y recorridos formativos presentes en este colectivo, que hacen a experiencias laborales disímiles, pero que también aglutinan a muchas mujeres de sectores populares y/o migrantes que ven a la enfermería como un horizonte de posibilidad laboral (Mallimacci Barral, 2016, 2018; González & Malleville, 2021).

²⁹ Por ejemplo, mediante la sanción del voto femenino en 1947.

Para reconstruir estas dimensiones mantendremos una organización cronológica del texto donde, además de incorporar estudios historiográficos analizaremos las normativas y los programas estatales destinados a la enfermería. Primeramente, ahondaremos en la influencia que tuvieron los organismos internacionales en los debates sobre el desarrollo de la enfermería en nuestro país, luego profundizaremos en los avances en la autonomía profesional producto de la implementación de la Ley Nacional de Ejercicio de la Enfermería. Posteriormente, nos adentraremos en los diversos programas estatales que durante las primeras décadas del siglo XXI buscaron revertir los problemas de descalificación de la ocupación para finalmente analizar cómo los vaivenes en las políticas públicas impactaron en los recorridos formativos de las enfermeras.

1.2.1 La impronta de los organismos internacionales en la formación de enfermería

Hacia la década del '60, con la implementación de políticas desarrollistas y la apertura a capitales extranjeros, la formación en enfermería se vio influida por la impronta de los organismos internacionales, quienes comenzaron a tener mayor injerencia en la política local -Organización de las Naciones Unidas (ONU), Organización de Estados Americanos (OEA), Organización Mundial de la Salud (OMS) y Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)-.

Una vez más, la mirada externa visibilizó la falta de enfermeras en la atención hospitalaria y el déficit en su capacitación profesional, sobre todo en comparación con los estándares elaborados por los países centrales. Por ejemplo, una publicación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para 1960 establecía que se necesitaban seis enfermeras y veintisiete auxiliares cada cien camas repartidas en tres turnos (24 horas en total) proporción alejada de lo que sucedía en Argentina. En términos formativos, el Primer Catastro Nacional de Recursos y Servicios de Salud advirtió que prácticamente el 50% del personal de enfermería no contaban con titulación, número que ascendía a un 70% en algunas provincias (Ramacciotti & Valobra, 2010)³⁰. Entre las enfermeras que sí tenían certificación formal eran pocas las que habían cursado estudios terciarios o universitarios; por el contrario, buena parte de ellas había obtenido el título a partir de rendir un examen impulsado por el Estado para formalizar al personal empírico en servicio (Ramacciotti, 2019).

³⁰ Ramacciotti & Valobra (2010) también señalan la dificultad para encontrar datos sobre el perfil sociodemográficos del personal de enfermería, por ejemplo, no hay información oficial acerca de la distribución según género.

Para este momento, los recorridos formativos al interior de la disciplina eran cada vez más heterogéneos: en los establecimientos de salud podíamos encontrar personal sin instrucción formal o bien que habían rendido algún examen para validar sus conocimientos, personal auxiliar con algún curso de formación y enfermeras profesionales que se diferenciaban entre egresadas universitarias y diplomadas no universitarias. Cabe señalar que la incorporación de la figura de “auxiliar en enfermería” supuso algunos debates que finalmente fueron saldados ante la necesidad de incrementar el número de personal disponible. Quienes se oponían señalaban que dicha figura iba en contra de la efectiva consolidación de la enfermería como una ocupación moderna y, por ende, de carácter profesional.

De esta manera, en un contexto donde resultaba necesario profesionalizar la enfermería y ante las presiones internacionales y nacionales -por ejemplo, desde las distintas Escuelas de Enfermería- las autoridades impulsaron una serie de acciones para incentivar la formación en espacios de enseñanza formales. Por ejemplo, la Universidad de Córdoba (1956), Santa Fe (1959) y Buenos Aires (1960) crearon sus propias Escuelas de Enfermería. Si bien eran muy pocas las enfermeras universitarias recibidas, el tránsito por estas instituciones fue significativo para la jerarquización de la profesión y la construcción de mujeres referentes y egresadas de la educación superior (Ramacciotti & Valobra, 2017). A su vez, desde el Estado Nacional incentivaron cursos para auxiliares de enfermería como forma de aumentar la cantidad de personal en servicio y acercar a la Argentina a los estándares internacionales. Ejemplo de esto fue el programa «Argentina 25» ejecutado a partir de una serie de convenios con organismos extranjeros. Para alentar a las aspirantes, quienes tomaran el curso recibían una beca que era financiada por los gobiernos provinciales y la OMS (Ramacciotti & Valobra, 2010).

Respecto a la relación entre enfermería y medicina, Ramacciotti (2019) trae un ejemplo muy interesante para comprender ese vínculo durante el periodo. Ella sostiene que, en 1965, Francisco Martone, un médico que tuvo un papel destacado en la reforma curricular de las Escuelas de la Cruz Roja describía una multiplicidad de tareas que realizaban las enfermeras en los ámbitos hospitalarios: promover la salud mediante el auxilio de los dictados de la medicina preventiva, presentar informes y trabajos de investigación y programación, dar instrucciones a pacientes y familiares, entre otras acciones. Asimismo, en esos escritos, la referencia al tipo de vínculo entre medicina y enfermería estaba muy presente: “junto al médico”, “secundar al médico en los procedimientos”, “colaborar y asesorar a otros profesionales” eran expresiones utilizadas por Martone para referenciar la

relación entre ambas disciplinas. En ese entonces la enfermería continuaba referenciándose como una ocupación que no podía circunscribirse a un campo de acción específico, puesto que realizaba múltiples y variadas tareas dentro de los espacios hospitalarios, las cuales siempre estaban destinadas a auxiliar y/o a colaborar con los profesionales médicos.

En este marco, el año 1967 representó un momento significativo en la discusión sobre la autonomía de la enfermería. Bajo la dictadura de Onganía, se sancionó la Ley Nacional N°17.132 de Ejercicio de la Medicina, Odontología y de las Actividades de Colaboración con ambas disciplinas, es decir actividades donde se incluía a la enfermería. A partir de esta regulación, la nominación de la enfermería como una disciplina auxiliar de la medicina se hizo explícita en términos normativos. Además, la nueva ley establecía condiciones para el ejercicio de la ocupación en ámbitos públicos y privados, puntualmente se permitía el desarrollo de la actividad a enfermeras con título universitario, diplomadas o profesionales y auxiliares, excluyendo así a toda persona que no haya recibido formación en establecimientos educativos autorizados por el Estado (Wainerman & Geldestein, 1991). Sin embargo, en la práctica, el porcentaje de enfermeras sin instrucción formal continuaba siendo muy elevado. En términos concretos en el año 1969, el personal de enfermería estaba compuesto por 0,88% de licenciadas, 35% técnicas; 22% de auxiliares y 41,9% eran *empíricas*. Diez años después solo un 0,44% eran licenciadas, el 24,8 % eran enfermeras profesionales o diplomadas, el 38,2% auxiliares y un 36,4% del personal no contaba con educación formal (OPS, 1995).

De esta forma, si bien existía un fuerte consenso interno y alentado por los organismos internacionales sobre la necesidad de modernizar al sector a partir de aumentar la cantidad de personal disponible y elevar su calidad formativa, la promoción de la enfermería como una carrera necesaria para el desarrollo del país no iba acompañada de un reconocimiento profesional de la tarea e incluso la propia legislación avalaba su posición supeditada a la práctica médica. En las últimas décadas del siglo XX, la situación de la ocupación no era muy diferente a lo que se experimentaba a principios de siglo: las enfermeras desarrollaban sus labores en condiciones de trabajo sumamente precarias y escasamente recompensadas en términos económicos, cuestión amparada en los sentidos que, desde un origen, le atribuían al oficio un carácter femenino, empírico y, por ende, signado por una vocación de servicio que se construía como un sentimiento opuesto al interés material y al reconocimiento profesional de las labores de cuidado de la salud.

1.2.2 La Ley Nacional de Ejercicio de la Enfermería y los programas de reconversión profesional

La década del noventa constituye un momento clave hacia el reconocimiento de la enfermería como una actividad autónoma por parte del Estado. Concretamente, en 1991 se sancionó la Ley Nacional de Enfermería N°24.004 que, en su texto, condensó una serie de luchas históricas de la profesión. La nueva normativa suplantó a la ley vigente desde 1967 y significó un importante avance para este colectivo: por primera vez el Estado argentino reconocía a la enfermería como una práctica autónoma respecto de la medicina. En este marco se definieron dos niveles para su ejercicio: el auxiliar y el profesional, a su vez este último incluía dos categorías técnico/a profesional y licenciada/o.

“a) Profesional: consistente en la aplicación de un cuerpo sistemático de conocimientos para la identificación y resolución de las situaciones de salud-enfermedad sometidas al ámbito de su competencia;

b) Auxiliar: consistente en la práctica de técnicas y conocimientos que contribuyen al cuidado de enfermería, planificados y dispuestos por el nivel profesional y ejecutados bajo su supervisión.” (Art. 3°, Ley N°24004)

Además, la normativa prohibía el desarrollo de la práctica a toda persona que no estuviera comprendida en dichas categorías, estableciendo sanciones a las instituciones que contratasen personal que no reuniera los requisitos exigidos por la ley. La nueva regulación también permitió la creación de un marco jurídico para las provincias que carecían de legislación específica. Sin embargo, la ausencia de sanciones efectivas y de controles estatales a nivel local habilitaron a que muchas instituciones -especialmente del subsector privado- igualmente contratasen personal empírico y sin matriculación para realizar tareas de enfermería bajo condiciones sumamente precarias que incluso incumplían con los reglamentos de un máximo de carga de trabajo (OPS, 1995).

En este marco, y pese a la nueva normativa, la necesidad de incrementar la cantidad de enfermeras con titulación y capacitar a quienes no contaban con instrucción formal continuó siendo una problemática central. Un informe publicado por la OPS en 1995 advertía sobre los aspectos sanitarios, educativos, pero también sociales y simbólicos que incidían en el escaso desarrollo profesional de la ocupación:

“En Argentina, como en los demás países latinoamericanos, la enfermería tiene rasgos críticos de tipo cualitativo y especialmente cuantitativo tanto en la formación como en la práctica, como en la organización de los servicios y en su oferta y

demanda. Esta problemática en parte tiene raíces en el proceso de constitución histórica del actual modelo de atención, pero también tiene connotaciones sociales muy importantes referidas a la escasa valoración social y profesional que se le otorga; de allí que cualquier propuesta de transformación debe considerar tanto factores políticos y económicos, como técnicos, culturales y sociales” (OPS, 1995:27)

En paralelo a las críticas internacionales, también proliferaban las voces y los reclamos de las propias protagonistas quienes desde diversos espacios comenzaron a estudiar la situación de la ocupación en todo el país y a elaborar propuestas para lograr mejoras en la formación y en las condiciones de ejercicio de la profesión (OPS, 1995) Enfermeras en servicio y docentes participaron de distintos encuentros con representantes de organismos internacionales en un marco de discusión sobre la formación sanitaria y el desarrollo de acciones que contribuyan a la efectiva profesionalización de la ocupación³¹.

En este contexto, el Estado lanzó diversas políticas para consolidar la formación de enfermería. Dichos programas fueron impulsados por referentes de la disciplina en distintas jurisdicciones del país con el apoyo de los Ministerios de Salud de la Nación y de las Provincias con la asesoría de la OPS. Para 1994, de un total de 85.000 enfermeras, el 1,17% eran licenciadas; el 29,4% profesionales o diplomadas; el 57,6% auxiliares y el 11,7% no contaba con titulación. Si comparamos estos porcentajes con los aludidos anteriormente, con relación a lo que sucedía hacia fines de la década del '70, observamos un importante retroceso del personal empírico y un incremento del porcentaje de enfermeras auxiliares. En este sentido, durante los primeros años de la década del noventa, las autoridades orientaron las políticas públicas a reconvertir el personal empírico en auxiliar mediante la implementación de distintos cursos de formación en servicio.

Concretamente, los cursos de auxiliar tenían una duración de entre nueve y doce meses y para ingresar solo se solicitaba contar con estudios primarios completos. No obstante, quienes accedían a esta titulación se encontraban en un escalafón muy inferior en términos de calificación respecto a quienes cursaban la carrera profesional o de licenciatura puesto que éstas necesariamente tenían educación secundaria completa y habían pasado por instancias de formación de tres años, en el caso de las primeras, y de cinco años para las licenciadas. En este sentido, las estudiantes que realizaban cursos de auxiliar en enfermería eran mayormente mujeres que provenían de sectores populares y/o migrantes de otras provincias o de países limítrofes. Para muchas de ellas transitar por ese espacio formativo

³¹ Como por ejemplo el Seminario de Recursos Humanos en Enfermería realizado en 1988, en Buenos Aires.

representaba una oportunidad en términos educativos, laborales y de ascenso social, especialmente en comparación con la posición socioeconómica de sus familias de origen (Wainerman & Geldestein, 1991).

Luego de la implementación de cursos de formación para el personal “empírico” y ante el incremento del porcentaje de auxiliares en relación con el número de enfermeras profesionales y licenciadas, hacia fines de la década del noventa, el Estado lanzó el Plan Nacional de Profesionalización de Auxiliares de Enfermería, para convertir ahora a las enfermeras auxiliares en profesionales. En un primer momento, quienes impulsaron el proyecto tenían la intención de profesionalizar a “diez mil enfermeras” para el año 2000, objetivo que se redefinió a “cinco mil enfermeras” y, finalmente, egresaron 1796 enfermeras, cumpliéndose con el 36% de la meta esperada (Heredia et Al., 2005). En este sentido, los especialistas de la OPS (1995), señalaban que la alta deserción de las estudiantes, junto con el bajo estatus social de la profesión y las malas condiciones de empleo condicionaban el desarrollo efectivo del programa. Asimismo, cuestionaban las características del currículo formativo, señalando una visión “biologicista” e “individualista” del proceso salud-enfermedad que era más bien propio de la medicina hegemónica y no representaba la orientación que debía tener la formación en enfermería.

“Los contenidos educativos organizados según especialidades médicas, privilegian el conocimiento del individuo, en sus aspectos predominantemente biológicos y descuidan el estudio de la persona, su familia y su entorno social (...) Existe un divorcio entre teoría y práctica y es esta última privilegiada sin reflexión conceptual, lo que contribuye a una formación fragmentaria en todos los órdenes (...)” (OPS, 1995:49-50).

En conclusión, hacia fines de la década del '90 muchos de los problemas reseñados durante las primeras décadas del siglo continuaban presentes en el ejercicio de la enfermería en Argentina. La escasez de personal en los servicios de salud preocupaba tanto a los organismos internacionales como a las autoridades locales y a los espacios que agrupaban a referentes de la ocupación. En este marco, si bien se logró titular a muchas enfermeras *empíricas* a partir de la implementación de cursos de auxiliar, la profesionalización seguía siendo una deuda pendiente que se expresaba en el bajo porcentaje de enfermeras con título terciario y/o universitario que prestaban servicios en el sistema de salud.

A su vez, los esfuerzos estatales para elevar la calidad en la formación comenzaron a generar una gran heterogeneidad de recorridos y espacios donde se dictaba la carrera, cuestión que como veremos derivó en distintas trayectorias educativas dentro del propio

grupo, especialmente en términos generacionales. La diversidad de experiencias formativas estuvo signada por la impronta y los objetivos que asumieron los programas estatales en cada periodo histórico. En esta línea, las enfermeras entrevistadas que ingresaron a trabajar durante la década del noventa expresaban recorridos similares: buena parte de ellas comenzó a ejercer sin contar con instrucción formal siendo contratadas por las instituciones de salud bajo la categoría de “mucamas”. Una vez en servicio, muchas de ellas accedieron al título de auxiliar a través de los cursos impulsados por el Estado. Dichos cursos se dictaban en diversas instituciones: Hospitales, Escuelas de Sindicatos, Cruz Roja, institutos públicos y privados. Para ejemplificar este tipo de trayectorias, podemos traer el testimonio de Eva, quien trabaja en la misma clínica privada de la ciudad de La Plata desde hace treinta años:

“Empecé como mucama en la parte de pediatría de la clínica, fui enfermera empírica. Después estudié y siempre estuve en la parte de pediatría, de neonatología, estuve también en la recepción del recién nacido y ahora estoy en la parte de gineco-obstetricia (...) Es como que la mucama cumple un rol de ayudarle a la enfermera a sostener un chico, entonces vas aprendiendo, vas viendo y así empezamos todas, hasta que después ya era una exigencia el título”. (Eva, Auxiliar en Enfermería, Clínica Privada, Ginecología y Obstetricia, febrero 2021).

En su testimonio Eva señala que, hasta la década del noventa, las diferencias entre enfermeras y personal de limpieza resultaban difusas, a tal punto que el trabajo conjunto entre ambas categorías representaba una forma de organizar las tareas de cuidado dentro de las instituciones de salud. En su caso, trabajar junto a otras compañeras le permitió “aprender” una serie de labores propias de la enfermería. Más allá de estar contratada bajo la figura de “mucama”, las tareas que efectivamente realizaba ubicaban a Eva en el rol de “enfermera empírica”. Posteriormente, al calor de la implementación de la Ley Nacional de Ejercicio de la Enfermería, el Estado exigió a los empleadores que formasen al personal sin instrucción que estaba contratado bajo otras categorías. En ese contexto Eva se anotó en el curso de auxiliar que dictaba el sindicato de la sanidad y, luego de finalizar la cursada, accedió a una certificación que no solo mostraba su paso por dicho espacio formativo, sino que también formalizaba los saberes adquiridos en la práctica concreta.

El caso de Eva nos permite afirmar que, entre las entrevistadas con más antigüedad, resulta difícil encontrar personas que accediesen a estudios terciarios o universitarios sin antes haber ejercido como *empíricas* y/o auxiliares. A diferencia de otras profesiones de la salud donde el ingreso se encuentra necesariamente supeditado a la posesión de ciertas credenciales educativas, en enfermería la lógica que operó durante años fue la inversa: primero el servicio y luego, la instrucción formal. De esta forma, no encontramos un único

recorrido formativo y laboral, sino que existieron distintas formas de ejercer la ocupación: un grupo importante de enfermeras realizaba tareas dentro de las clínicas sin credenciales específicas mientras que quienes habían transitado por espacios de instrucción formal tenían diversas titulaciones. Entre estas últimas, algunas alcanzaron el título de “auxiliar en enfermería” a partir de realizar cursos en distintas instituciones (públicas, privadas, sindicales) que no requerían tener nivel secundario completo y, entre las enfermeras con titulación profesional, había diplomadas universitarias y no universitarias, cuyos títulos también eran diversos, producto de los distintos objetivos que tenían los programas de formación impulsados por el Estado.

1.2.3 La persistencia de problemas en la formación profesional: los programas estatales hacia principios del siglo XXI

Pese a los esfuerzos anteriormente reseñados, entrado el siglo XXI, el déficit en la cantidad y en la calidad de la formación del personal de enfermería continuaba siendo una preocupación para el funcionamiento del sistema sanitario. La efectiva profesionalización de la enfermería aún representa un problema público que se expresa en diversos programas estatales destinados a fomentar la instrucción en el nivel superior. Específicamente, en las últimas décadas, las autoridades nacionales crearon tres programas sucesivos enfocados en aumentar el número de enfermeras formadas en instituciones de educación superior: el Plan Nacional de Desarrollo de la Enfermería (2009-2016), el Programa Nacional de Formación de Enfermería (2016-2020) y el actual Plan Nacional de Enfermería (2020-2024).

En 2008 se crea el Plan Nacional de Desarrollo de la Enfermería (2009-2016), enmarcado, nuevamente, en una serie de compromisos internacionales que asumió el país con el objetivo de aumentar el número de enfermeras calificadas³². Las metas definidas para el periodo eran: 1) formar cuarenta y cinco mil enfermeras para mejorar la relación numérica entre el personal de enfermería y los/as médicos/as; y 2) aumentar el nivel de profesionalización invirtiendo la relación entre profesionales y auxiliares. El plan definía a la enfermería como un “recurso humano crítico y prioritario” con la intención de, por un lado, estimular a la población para que estudie la carrera y, por otro, profesionalizar a quienes ya formaban parte del sistema de salud bajo la categoría de auxiliares en enfermería. Otro punto importante dentro del Programa fue la modificación del Art. 3° de la Ley N°24004,

³² En el año 2007 el país se ha comprometido ante la 27ª Conferencia Sanitaria Panamericana en el cumplimiento de las Metas Regionales en Materia de Recursos Humanos para la Salud 2007-2015. Respecto de enfermería, el compromiso de llevar la relación médico/enfermera a uno implica formar 45.000 nuevas enfermeras calificadas.

reconociéndose dos niveles para el ejercicio profesional de la enfermería: a) Licenciada/o en Enfermería; b) Enfermera/o Profesional o Enfermera/o Universitario. Además, se señalaba que los auxiliares de enfermería dejarían de ser considerados como posibles integrantes de los equipos de salud, desalentándose su formación a partir del año 2008.

El texto del programa reconocía a la Argentina como uno de los veintinueve países de la Región de las Américas con menos de treinta enfermeras cada diez mil habitantes³³ y señalaba que el 60% de los cuidados eran impartidos por personal auxiliar con “mínima o ninguna formación”. El déficit en el nivel profesional implicaba que solo un 7,2% del personal en servicio contase con título de licenciatura; un 29,7% fuese técnico/profesional mientras que el personal auxiliar llegaba a un 63%. Asimismo, muchas de las trabajadoras auxiliares eran mujeres, de edad avanzada y que sólo tenían primaria completa, cuestión que limitaba su profesionalización ya que para acceder a estudios superiores era necesario contar con nivel secundario.

Respecto a la trayectoria de las aspirantes, el propio texto del Plan Nacional de Desarrollo de la Enfermería visibilizaba que, si bien el número de inscriptas en las instituciones terciarias y universitarias crecía año tras año, existía una fuerte deserción, especialmente luego del primer año de la carrera, lo cual se asociaba con las dificultades socioeconómicas y familiares que experimentaban las aspirantes. Además, en la misma redacción del programa, se advertía que la escasez de personal tenía consecuencias en la atención de la salud de la población, especialmente cuando se “sobrecarga el número de pacientes a cargo de cada enfermera”.

En 2016, una vez finalizado el Plan Nacional de Desarrollo de la Enfermería, el Estado nacional continuó con dicha política a partir del Programa Nacional de Formación de Enfermería (PRONAFE)³⁴. En su texto las autoridades señalaban que, si bien en esta última década la Argentina inició un movimiento para alcanzar mayores y mejores niveles de formación, la relación entre enfermeras/médicos seguía estando por debajo de los estándares recomendados por organismos internacionales (0,56 aproximadamente, es decir la mitad del mínimo indicado por la OPS). En este marco, desde el Ministerio de Educación, a través del Instituto Nacional de Educación Tecnológica (INET), la secretaria de Políticas Universitarias y el Ministerio de Salud de la Nación se propusieron -nuevamente- el objetivo

³³ Cabe señalar en todo el programa se utiliza lenguaje femenino para referirse a “las enfermeras”.

³⁴ <http://www.inet.edu.ar/index.php/pronafe/>

de aumentar la cantidad y calidad de los enfermeros/as en la República Argentina para el año 2020.

La nueva política también buscó fortalecer los espacios formativos de enfermería y realizar un seguimiento de las trayectorias de sus estudiantes. Para el 2020, el programa nucleaba a cerca de 200 instituciones que ofrecían la Tecnicatura Superior en Enfermería distribuidas en quince provincias, de los cuales el 71% estaba bajo gestión estatal. Además, 28 Universidades Públicas Nacionales firmaron acuerdos para adherir a algunos de los beneficios del programa. En este marco, con el objetivo de mejorar las condiciones estructurales de las instituciones que dictan la carrera y fortalecer el campo de la práctica, el PRONAFE brindó aportes económicos para la compra de equipamiento de los Gabinetes de prácticas de enfermería, se entregaron kits de simulación³⁵ y se crearon Centros de Simulación Clínica.

Imagen 3 - Estudiantes del PRONAFE en la entrega de Mochilas Técnicas.



Fuente: Informe de Gestión PRONAFE 2016-2020

A su vez, como podemos observar en la Imagen 3, los/as estudiantes de las instituciones que forman parte del programa recibieron “mochilas técnicas” con los elementos necesarios para realizar las prácticas profesionalizantes³⁶. También, se creó la

³⁵ El kit de simulación contiene: maniquí de cuerpo entero de adulto; maniquí de cuerpo entero de niño. brazo de adulto para inyección intravenosa; brazo de niño para inyección intravenosa; torso de adulto para RCP; torso de niño para RCP, pelvis para cateterismo vesical y rectal.

³⁶ Las “mochilas técnicas” se entregan a todos/as los/as estudiantes de 2° año de la carrera de enfermería de institutos de formación inscriptos en el PRONAFE. El kit contiene los siguientes elementos: mochila, estetoscopio tipo Rappaport, esfigmomanómetro anerode para adultos y niños, estetoscopio de Pinard, termómetro clínico digital, oxímetro de pulso autocontenido, linterna clínica, reloj analógico con segundero, lazo hemostático, par de anteojos de seguridad, tijera de Lister, par de guantes de examinación de látex, descartador de agujas de bolsillo, gestograma de bolsillo, cinta obstétrica símil, cinta para perímetro cefálico, caja de curaciones completa y Clipboard para anotaciones.

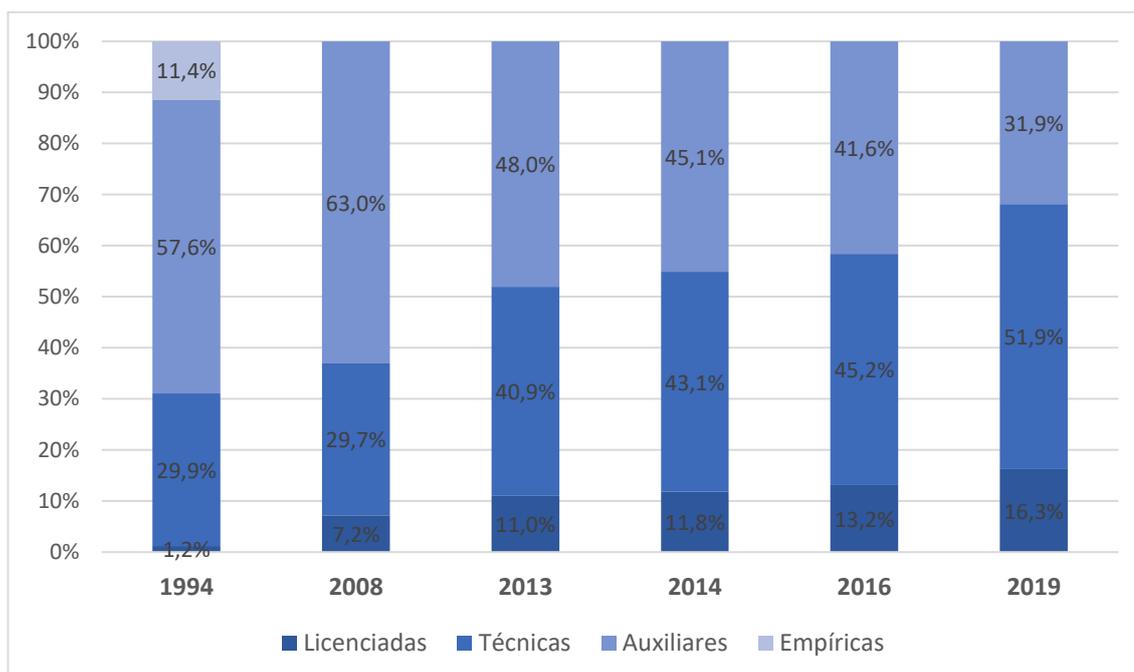
línea de Becas PROGRESAR-PRONAFE para quienes cuentan con escasos recursos económicos y quieren ingresar o ya se encuentren cursando la carrera de enfermería en algunas de las instituciones que integran el programa. Estas becas se diferencian de la línea general de becas PROGRESAR puesto que no hay límite de edad para anotarse. Desde el PRONAFE señalan que:

“esta decisión se tomó a partir de los resultados de la Auto Evaluación Institucional, mediante la cual se pudo saber que el colectivo de estudiantes de enfermería se diferencia de otros en su composición: mujeres mayores de 25 años con hijos/as” (Informe de Gestión PRONAFE, 2016-2020).

En esta línea, podemos afirmar que hacia las primeras décadas del siglo XXI la situación de la enfermería en Argentina mostró algunas transformaciones respecto al periodo anterior, pero también ciertas continuidades. En términos de distribución de género, las mujeres continúan teniendo un claro predominio por sobre los varones: cerca del 80% del personal de enfermería es femenino. Sin embargo, existe una tendencia gradual a la incorporación de varones, especialmente en los niveles de calificación más altos (OFERHUS, 2020). A su vez, los imaginarios construidos en torno a la enfermería como una carrera con salida laboral aún permean en muchas mujeres de sectores populares y/o migrantes que deciden continuar sus estudios en el nivel superior, especialmente en las tecnicaturas de tres años de duración. Fruto de los diversos programas estatales que incentivan la formación profesional en instituciones técnicas, por ejemplo, mediante becas de ayuda económica, estudiar esta carrera “circula” entre las mujeres de barrios populares como un proyecto factible de concreción y como una posibilidad para acceder a empleos de mayor calidad (González & Malleville, 2021).

Pese a las dificultades, las políticas para fortalecer la formación profesional de la enfermería se expresan concretamente en el crecimiento de la cantidad de técnicas y licenciadas durante las últimas décadas, como podemos observar en el siguiente gráfico:

Gráfico 1 - Porcentaje de enfermeras según tipo de titulación (Argentina, 1994-2019)



Fuente elaboración propia en base a OFERHUS y OPS³⁷

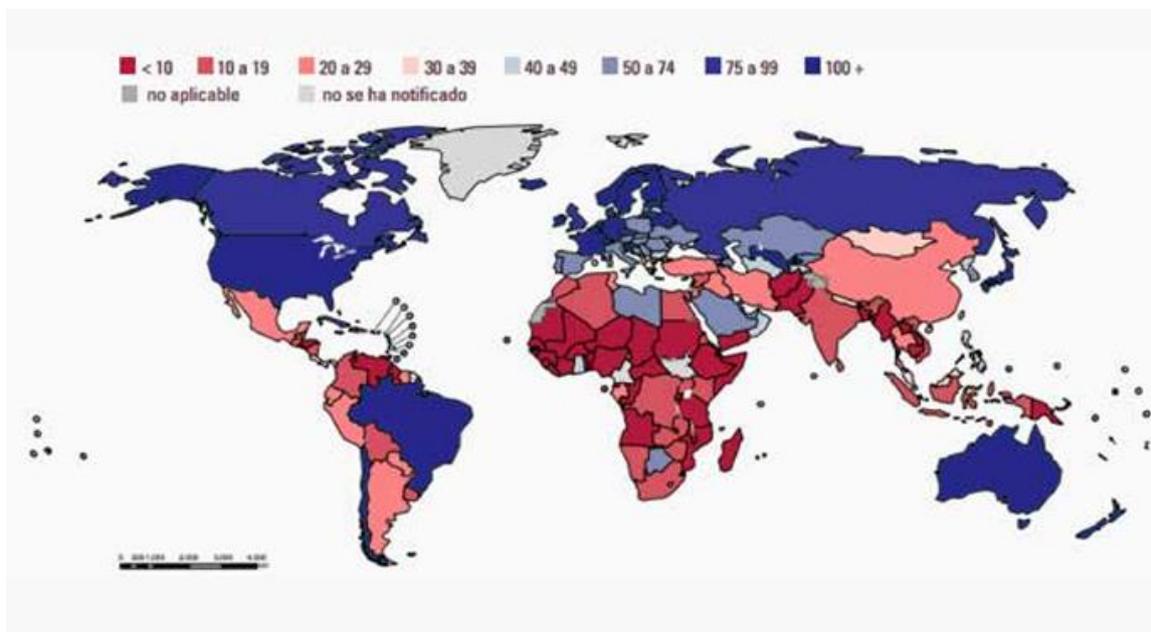
Como vemos en el Gráfico 1, el porcentaje de enfermeras auxiliares creció durante la primera década del dos mil alcanzando el 63% del personal en servicio para el 2008, cuestión que puede relacionarse con la progresiva reconversión de las enfermeras *empíricas* en auxiliares. A partir de ese momento, y en sintonía con la implementación de los programas de formación profesional en instituciones de nivel superior, el porcentaje de personal con título de auxiliar disminuyó año a año. En el 2019 de un total de 234.527 trabajadoras de enfermería, el 51,9% eran técnicas mientras que el 31,8% se desempeñaba como auxiliar y el 16,2% contaba con título de licenciatura. Entre 2013 y 2019 el número de licenciadas aumentó en cinco puntos porcentuales mientras que el personal con título técnico se incrementó en once puntos porcentuales. De esta forma, si para 2013 del total de enfermeras la proporción más alta eran auxiliares (48,04%) en 2019 el mayor porcentaje está representado por técnicas (51,9%). Pese a la paulatina reducción del personal auxiliar en relación con las técnicas, la proporción de enfermeras con titulación universitaria aún seguía siendo relativamente baja.

Más allá del paulatino aumento de la cantidad de egresadas profesionales, la falta de enfermeras sigue siendo una problemática para el sistema de salud argentino. Como podemos ver en el mapa 1, extraído de un informe sobre la situación de las trabajadoras de la salud en Argentina (East et. Al., 2020) enfermería se ubica en un puesto medio-bajo dentro

³⁷ Se seleccionaron esos años porque solo existe información oficial disponible de los mismos.

de América Latina respecto de la densidad de trabajadoras por cada diez mil habitantes. Comparte este lugar con Paraguay, Perú y Ecuador mientras que países como Chile, Brasil y también Bolivia y Uruguay tienen mayor densidad de enfermeras en relación con la cantidad de habitantes.

Mapa 1 - Densidad del personal de enfermería por cada 10.000 habitantes, año 2018.



Fuente: Cuentas nacionales del personal de salud, Organización Mundial de la Salud

Concretamente según datos del OFERHUS, para el año 2020 la tasa de enfermeras profesionales en Argentina cada mil habitantes era de 3.7, lo que representa un total de 169.051, siendo 0.9 la tasa de licenciadas y 2.8 la de enfermeras técnicas. Si sumamos al personal auxiliar la tasa de enfermeras cada mil habitantes se elevan a 5.3. (OFERHUS, 2020). De esta forma, pese a la multiplicidad y a la diversidad de iniciativas impulsadas por el Estado para formar enfermeras, la profesionalización definitiva de este grupo aún es una problemática abierta. Si comparamos la tasa de enfermeras profesionales con la relación entre médicas/os y población en Argentina vemos que la tasa es de 4.5 médicas/os cada mil habitantes. Los datos proporcionados por OMS para el año 2017, indican que el promedio en la región de las Américas es de 2.3 cada mil habitantes, por lo cual Argentina se encuentra entre uno de los países mejor posicionados, con una cantidad de médicos/as por habitante similar a los países europeos. Sin embargo, el número de enfermeras técnicas y licenciadas representa uno de los más bajos de la región (OFERHUS, 2020).

A continuación, veremos que la falta de enfermeras con título profesional se entrelaza con otra problemática que hace a la heterogeneidad del sector: las transformaciones en los programas estatales derivaron en múltiples trayectorias formativas dentro de la enfermería.

1.2.4 Diversidad de espacios de instrucción y trayectorias formativas

Las transformaciones en los lineamientos estatales respecto a qué tipo de instrucción debían recibir las enfermeras derivaron en una multiplicidad de certificaciones. En concreto, la diversidad de credenciales educativas expresa una heterogeneidad de situaciones y recorridos formativos, que incluso inciden en las inserciones laborales de las enfermeras.

Para vislumbrar esta cuestión es interesante incorporar el testimonio de Lía, quien se recibió de auxiliar en el año 2016. Al momento que le hicimos la entrevista ella tenía 42 años, un hijo de 10 y una hija de 23 años. Su caso representa el de muchas mujeres adultas que cuando sus hijas/os crecen y adquieren cierta autonomía deciden “volver a estudiar” (González,2022). Inscribirse en enfermería no fue una decisión fácil, sino que luego de mucha insistencia por parte de una amiga cercana, también enfermera, se anotó en el curso de auxiliar en enfermería que dictaba la Cruz Roja. Luego de algunos meses, Lía completó el curso en tiempo y forma, pero en un principio no ejerció como enfermera, sino que continuo con sus actividades como peluquera particular, en su casa ubicada en la periferia de La Plata. Tiempo después, como el curso de auxiliar le había gustado, se anotó en la Tecnicatura Superior en Enfermería que se dictaba en un instituto público del centro de la ciudad. Allí ingresó en el segundo año de enfermería puesto que, en ese momento, quienes tenían aprobado el curso de auxiliar podían acreditarlo como primer año de la carrera.

Si bien Lía no había trabajado formalmente como enfermera y aún seguía cursando la tecnicatura, durante la pandemia surgió una oportunidad laboral difícil de desaprovechar: el hospital provincial ubicado cerca de su casa lanzó una convocatoria para reforzar la planta de enfermeras a través de un programa de Becas de Contingencia.

“E- ¿Vos en el 2016 te recibiste de auxiliar y después trabajaste de otra cosa?”

L- Claro, yo siempre seguí trabajando de peluquera. Porque habían decretado una ley de que los auxiliares no podían ingresar hasta que se profesionalicen. Tenían que hacer los tres años sí o sí. Entonces, nunca... O sea, la opción era que si trabajaba como auxiliar tenía que ser en un geriátrico. Y no era lo que yo buscaba. Porque viste que en los geriátricos mayormente te toman por un tiempo, después te sacan... Y, bueno, y toda esa cosa. En realidad, lo que yo buscaba era un trabajo seguro, estable, y que pueda tener todo... Para mi futuro, digamos, ¿no?” (Lía, Auxiliar en Enfermería, Hospital Público, mayo 2021)

En su testimonio vemos el significado que para ella tenía estudiar enfermería: recibirse representaba la posibilidad de encontrar un “buen trabajo”, es decir un empleo estable, con ciertas garantías y posibilidad de proyectarse. Sin embargo, cuando Lía finalizó el curso de auxiliar encontró que los lineamientos estatales sobre el ingreso de enfermeras a instituciones de salud se habían modificado y los únicos espacios dispuestos a contratar

personal auxiliar eran geriátricos privados, es decir espacios que suelen ofrecer peores condiciones laborales y de contratación³⁸. En este marco, el contexto de excepcionalidad que implicó la pandemia también conllevó modificaciones respecto a las posibilidades de inserción de las enfermeras. La emergencia sanitaria y la falta de personal hicieron que las autoridades provinciales se muestren proclives a incorporar auxiliares para reforzar el plantel de trabajadoras dentro de los servicios de salud. Por ejemplo, la Dirección Provincial de Registro y Fiscalización sanitaria de la provincia de Buenos Aires, generó acciones con distintos espacios de formación para obtener los listados de graduadas/os hasta diciembre de 2019 y así entregar un certificado que habilitara al ejercicio profesional. Con esa medida, en la Provincia de Buenos Aires, se lograron matricular 1002 Auxiliares, 5087 enfermeras y 1152 licenciadas, según datos provistos por funcionario del gobierno provincial³⁹.

En este escenario, trabajar en un hospital público fue vivenciado por Lía como una posibilidad para acceder, finalmente, a un empleo con las garantías laborales que inicialmente imaginaba. Si bien el ingreso al hospital fue mediante una beca por tiempo determinado, las autoridades informaron que existía la posibilidad de incorporarlas a la planta estable y Lía tenía expectativas de que así suceda.

El testimonio de Lía nos permite afirmar que las acciones estatales respecto a la formación en enfermería inciden en las trayectorias laborales de las enfermeras. En particular, las dificultades que vivencian las auxiliares para encontrar empleo pueden vincularse con los lineamientos que, desde hace algunos años, desalientan la formación de enfermería en espacios que no sean de nivel superior. Para el año 2023, en la provincia de Buenos Aires, los institutos de gestión estatal ya no brindan certificados de auxiliar y son pocas los espacios privados que los imparten, puesto que el Ministerio de Salud dejó de validarlos. Recordemos que, en la provincia de Buenos Aires, el Plan de Estudios de la Tecnicatura Superior en Enfermería del año 2009 (Resolución 4259/09) establecía que quienes acreditaran el curso de auxiliar tendrían aprobado el primer año de la carrera, como sucedió en el caso de Lía. La resolución también disponía que las personas que aprobasen la totalidad de los módulos del primer año obtendrían una certificación intermedia como “Auxiliares de Enfermería”. Con el nuevo Plan de Estudio del año 2016 (Resolución 854/16)

³⁸ Incluso el Convenio N°122/75, que regula el trabajo en buena parte de las clínicas privadas, solo reconoce la figura de “auxiliar de enfermería” para los establecimientos geriátricos y establece condiciones de empleo diferentes respecto a quienes se desempeñan en otros establecimientos privados de salud con internación.

³⁹ Entrevista Juan Canella director provincial de registro y Fiscalización sanitaria en la Provincia de Buenos Aires, Fecha 9 de marzo de 2021 Entrevista a cargo de Nodo 2. María de los Ángeles Jara, Karina Ramacciotti y Adriana Valobra).

el gobierno provincial quitó la posibilidad de validar el curso de auxiliar y obtener esa titulación intermedia, desalentándose así la formación en ese nivel.

De esta forma, desde el año 2016, las políticas impulsadas por el Estado para la enfermería contemplan sólo la instrucción profesional en el nivel superior, tanto en instituciones terciarias como universitarias.

Concretamente, en el ámbito de la formación superior no universitaria, la carrera de Enfermería tiene una duración de tres años y toma la denominación de “Tecnatura Superior en Enfermería”. Fruto de los incentivos a la formación en este nivel, se produjo un crecimiento de las instituciones terciarias que dictan la carrera, especialmente producto de la implementación del PRONAFE. Para el año 2020 en la provincia de Buenos Aires encontrábamos 112 escuelas técnicas superiores, 61 estatales y 41 de gestión privada que dictaban la Tecnatura Superior en Enfermería, bajo la coordinación del Ministerio de educación de la provincia. A su vez, debemos considerar que la Tecnatura en Enfermería también puede dictarse en efectores que dependen del Ministerio de salud provincial⁴⁰ y en las Escuelas de Enfermería de los sindicatos de salud que tienen convenio con dicho Ministerio. Por ejemplo, en La Plata encontramos la Escuela de Salud dependiente del Sindicato de Salud Pública (SSP) y a la Escuela de Enfermería de la Asociación de Trabajadores de la Sanidad (ATSA-LP). De esta forma podemos señalar que si bien en los últimos años se avanzó en la homologación de los contenidos del plan de estudio y en el tipo de credencial que reciben quienes transitan por la Tecnatura Superior en Enfermería, las instituciones que otorgan el título técnico/profesional aún son diversas.

En lo que respecta a la formación universitaria, la misma está regulada por la Resolución Ministerial N°2721/2015 que incorpora a la Licenciatura en Enfermería en el artículo 43 de la Ley de Educación Superior como una profesión de interés público. La Licenciatura en Enfermería tiene una duración de entre cuatro y cinco años y se dicta en universidades públicas y privadas⁴¹. Cabe señalar que muchas instituciones universitarias -

⁴⁰ Por ejemplo, en la ciudad de La Plata la tecnicatura superior en enfermería es dictado en el Hospital San Juan de Dios, Hospital Alejandro Korn, Hospital sor María Ludovica, Hospital San Martín, Hospital Cestino y la Escuela de Gobierno Floreal Ferrara. Dichos espacios, no son nuevos, sino que históricamente han funcionado como ámbitos formativos de la enfermería en nuestra región. Sin embargo, la novedad radica en la homologación de los contenidos impartidos y en la organización curricular bajo la figura de la “Tecnatura Superior en Enfermería” bajo gestión del Ministerio de Salud de la provincia. Si bien son espacios abiertos a toda la comunidad, en la convocatoria para la cohorte 2021-2023, las autoridades señalaron que priorizarían la inscripción de trabajadores/as que se encuentren prestando servicio en el sistema de público de salud y egresados/as de Bachilleratos de adultos provinciales con orientación en Salud Pública.

⁴¹ En algunas instituciones de educación superior, tal es el caso de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP), la carrera tiene una duración de tres años y se otorga el título de “Enfermera/o Universitaria/o”, es decir una certificación equivalente a la de enfermero/a técnico/a y/o profesional

en su mayoría privadas, pero también públicas- ofrecen a las enfermeras técnicas cursar un ciclo complementario de dos años de duración para obtener el título de Licenciatura.

De esta forma, como observamos en la tabla 1 las diferentes instituciones y certificaciones que se otorgan derivan en distintas titulaciones producto de las transformaciones en los programas de formación impulsados por el Estado. Sin embargo, podemos comparar las titulaciones a partir de la cantidad de años que dura la formación. Así tendremos tres grandes niveles de ejercicio de la enfermería: auxiliar, técnico y de licenciatura.

Tabla 1 – Características Generales de la Formación en Enfermería en la Provincia de Buenos Aires, año 2023.

TÍTULO	NIVEL DE FORMACIÓN	DURACIÓN	ESPACIOS DE FORMACIÓN	DEPENDENCIA
Auxiliar en Enfermería	Curso de formación	Duración variable, menor a un año (entre nueve y doce meses)	Institutos de Formación estatales y privados Organizaciones Cíviles (por ejemplo, Cruz Roja)	
Técnico/a Superior en Enfermería (Enfermero/a Universitario* Enfermero/a Profesional* Enfermero*)	Superior no universitario y universitario	Carreras de tres años de duración	Institutos Superiores de Formación Técnica (públicos y privados) Universidades (públicas y privadas) Efectores de Salud Públicos Sedes de Sindicatos de la Salud	Ministerio de Educación de la Provincia de Buenos Aires Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires (MSPBA) Convenios (MSPBA / Sindicatos de la Salud / Municipios)
Licenciado/a en Enfermería	Superior Universitario	Carreras de cuatro o cinco años de duración Ciclo complementario de dos años**	Universidades (públicas y privadas)	Ministerio de Educación

*Otras denominaciones posibles para carreras de tres años de duración, según plan de estudios e institución que otorga el título.

** Para enfermeras con título técnico.

Fuente: elaboración propia

En concreto, señalar la heterogeneidad de titulaciones dentro del colectivo de enfermería, nos permite comprender por qué en nuestro campo empírico hallamos experiencias profesionales que expresan recorridos formativos diversos. Que las enfermeras

entrevistadas tengan distintas credenciales educativas vislumbra las transformaciones en los lineamientos estatales para con la enfermería y expresa las necesidades de cada periodo. Por un lado, podemos observar cómo en algunos momentos el Estado se orientó a formar auxiliares mientras que en otros desalentó dichos cursos para incentivar la formación en el nivel superior. Por otro lado, vemos que, dentro del nivel profesional no universitario, las titulaciones, los requerimientos y los espacios formativos fueron modificándose, dando lugar a una disparidad de situaciones.

A su vez, el nivel de estudios alcanzado no sólo es un aspecto que remite al proceso de profesionalización de la ocupación, sino que también repercute en las condiciones laborales y de contratación de las enfermeras (cuestión que veremos con mayor profundidad en el siguiente capítulo). Para ejemplificar esta problemática, podemos retomar la situación de las enfermeras auxiliares quienes vieron reducidas sus posibilidades de inserción laboral cuando el Estado comenzó a desalentar ese tipo de cursos de formación. Otro caso es el de las Licenciadas en Enfermería quienes, a diferencia del resto de sus colegas, son consideradas profesionales en la provincia de Buenos Aires y por esta razón, pueden ingresar a la Ley Profesional de Carrera Hospitalaria (10.471).

Sin embargo, más allá de esas trayectorias formativas diversas, también encontramos recorridos similares en consonancia con la orientación que adoptaron los programas estatales en cada periodo. Puntualmente, podemos mencionar tres grandes grupos. En el primero se encuentran las enfermeras con más años de antigüedad, quienes comenzaron a trabajar como *empíricas* y luego accedieron a cursos de adiestramiento en servicio, especialmente durante la década de los noventa. En segundo lugar, hallamos quienes ingresaron a la ocupación a partir de realizar algún curso de auxiliar y, años después, lograron profesionalizarse al calor de los programas de reconversión profesional. Cabe señalar que, en la actualidad, resulta difícil encontrar enfermeras que se presenten como *empíricas* o auxiliares, puesto que las autoridades incentivan y también controlan que las instituciones contraten personal profesional y los organismos de acreditación de calidad demandan la presencia de enfermeras matriculadas en los servicios (como veremos en el Capítulo III). En tercer lugar, podemos mencionar a las enfermeras que obtuvieron el título técnico/profesional luego de cursar una carrera de tres años, y se encuentran actualmente cursando el ciclo complementario para acceder el título de licenciadas. Dentro de este grupo es común encontrar enfermeras que estudian y trabajan: mientras se desempeñan como técnicas en enfermería en una institución sanitaria, luego de su jornada laboral, cursan el ciclo

complementario de dos años para obtener el título de Licenciatura. En este sentido, el número de enfermeras cuya primera y única instancia formativa fue la Licenciatura es reducido.

Más allá de las heterogeneidades, plantear recorridos formativos similares, nos permite señalar un elemento que atraviesa la experiencia de muchas enfermeras: la articulación entre trabajo y estudio. Dentro del sector resulta común hallar trabajadoras que a la par de prestar servicio en las clínicas también transitan por algún espacio educativo con el objetivo de aumentar el nivel de calificación que poseen y con el que ingresaron a ejercer la enfermería.

1.3 Conclusiones parciales

A lo largo de este capítulo realizamos una cronología del proceso de profesionalización de la enfermería, describiendo los legados históricos que caracterizan a la ocupación. Argumentamos que para comprender las múltiples dimensiones que hacen a la experiencia profesional de este grupo es necesario entablar un diálogo permanente entre el pasado y el presente en tanto las enfermeras son posicionadas en el espacio social por legados históricos que los preceden, que producen y limitan su accionar. Consideramos importante reconstruir estas dimensiones ya que en los capítulos empíricos de la segunda parte de esta tesis encontraremos que las enfermeras, en el cotidiano, discuten con los legados aquí señalados.

Argumentamos que la enfermería ocupa una posición históricamente subalterna al interior de los espacios hospitalarios y dentro de las profesiones de salud, en donde se entrelazan elementos de género y de clase e intervienen diferentes actores (estatales, profesionales médicos, etc.) en un marco de relaciones sociales y de poder. Retrotraernos a los orígenes del oficio nos permitió señalar que las tareas de cuidado de la salud fueron inicialmente asociadas a la caridad y al servicio, en tanto miembros de órdenes religiosas y sociedades de beneficencia se encargaban de realizarlas. También observamos que, pese a que inicialmente en los espacios hospitalarios había un porcentaje similar de enfermeros y enfermeras, esta situación cambió cuando el Estado lanzó una serie de ordenanzas tendientes a reclutar solo aspirantes mujeres. Fue así como el propio Estado comenzó a legitimar representaciones que atribuían a las mujeres cierta “predisposición femenina” para el ejercicio del cuidado sanitario, vinculándolo a una serie de cualidades como la suavidad, la abnegación, la vocación, el servicio, etc. De esta forma, las acciones estatales para modernizar a la enfermería se mantuvieron en una tensión: mientras se reclamaba más personal y mayores niveles de calificación y se lanzaban programas para convocar

aspirantes, los mismos estaban atravesados por representaciones de género que asociaban los saberes de enfermería a una especie de “código ético” femenino.

Por su parte, los imaginarios de género y la asociación de las tareas de cuidado sanitario a la caridad contribuyeron a reforzar otras dos características de la enfermería: el carácter empírico del oficio y su construcción como una labor auxiliar de la medicina. Las habilidades “naturalmente” femeninas para realizar tareas de cuidado y la entrega requerida para el ejercicio de un trabajo orientado al servicio se presentaron como opuestos a la formación formal y a los conocimientos teórico-técnicos. Durante décadas, la enfermería fue un trabajo realizado mayormente por idóneas, es decir personal que aprendía a realizar dichas tareas en la práctica cotidiana mediante capacitaciones informales brindadas mayormente por médicos y/u otras compañeras, pero sin instrucción formal para ello. Asimismo, la subordinación de la enfermería a una actividad auxiliar y/o de “ayuda” a los profesionales médicos estuvo presente en las diversas normativas que regularon su ejercicio hasta principios de la década del '90. Ambos elementos serán importantes al momento de analizar los sentidos que las enfermeras le atribuyen al conocimiento práctico y a todas aquellas dimensiones del proceso salud-enfermedad-atención que van más allá de la mirada biomédica. La cuestión de la formación, el reconocimiento profesional y la autonomía del trabajo atravesarán entonces diversas aristas de la experiencia de las enfermeras, donde las comparaciones y las distinciones con los profesionales médicos serán centrales.

A su vez, vimos que estas dimensiones que comenzaron a entrelazarse hasta constituir rasgos estructurales del sector se manifestaron en un problema concreto: la falta de enfermeras en el sistema de salud y la escasa calificación del personal en servicio. En este contexto, reseñamos diversos programas lanzados por el Estado nacional para revertir estas problemáticas. Inicialmente, el Estado buscó certificar los conocimientos de las enfermeras *empíricas* en ejercicio y, a la par, formar más trabajadoras en el menor tiempo posible a través de cursos cortos de auxiliar en enfermería que dictaban diversas instituciones. Hacia principio del siglo XXI, buena parte del personal en servicio contaba con instrucción, pero no eran profesionales por lo que el Estado lanzó distintos planes de reconversión profesional para auxiliares. Poco a poco, las autoridades desalentaron este tipo de cursos y ampliaron los espacios educativos que dictaban la carrera en el nivel superior, especialmente en instituciones no universitarias. Reseñar las transformaciones en las políticas públicas destinadas a la enfermería nos permite comprender por qué existen múltiples titulaciones al interior del colectivo, las cuales expresan distintos recorridos formativos según los lineamientos de cada periodo histórico. No obstante, también encontramos recorridos

comunes entre las enfermeras, especialmente en términos generacionales. Por ejemplo, nos hemos referido a la articulación entre trabajo y estudio, debido a que muchas enfermeras suelen formarse o continuar formándose estando en servicio.

La falta de enfermeras y los programas estatales que buscaban reclutar aspirantes a través de becas de ayuda económica, el tiempo relativamente corto de estudio y la rápida salida laboral, fueron construyendo a la enfermería como una ocupación que invitaba a mujeres de sectores populares a ejercer la profesión. Incorporar la dimensión temporal nos permite observar que el carácter de clase fue una característica que se mantuvo desde los inicios de la ocupación en Argentina, aspecto que se articuló con otras problemáticas. Por ejemplo, a comienzos del siglo XX, Cecilia Grierson ya denunciaba las malas condiciones laborales en las que se ejercía la ocupación y las vinculaba con la posición social de las aspirantes: mujeres de sectores populares que, sin otras posibilidades, aceptaban el trabajo pese a los escenarios de precariedad que debían afrontar. De esta forma, al género se sumó el carácter de clase de la profesión: la enfermería pasó a constituir un horizonte de posibilidad para muchas mujeres de bajos ingresos y/o migrantes que querían estudiar una carrera para así mejorar su situación laboral.

Por último, y en sintonía con el próximo capítulo, es importante señalar que los legados históricos de la ocupación no solo incluyen las dimensiones vinculadas al rol subordinado de la actividad, al perfil de trabajadoras que moviliza y a su arduo proceso de profesionalización sino también rasgos vinculados con las condiciones laborales en el sector salud. Ambas cuestiones pueden pensarse como una paradoja, puesto que, mientras el Estado señalaba la importancia de contar con más enfermeras en servicio y mejor formadas, se modificaban normativas para prohibir el ejercicio a quienes no contase con instrucción y se lanzaban programas para incentivar la formación en enfermería. Como veremos a continuación, ello no logró revertir las malas condiciones de ejercicio y las enfermeras continúan realizando sus labores bajo situaciones de gran precariedad laboral.

Capítulo 2 – Condiciones laborales de enfermería: fragmentación del sector salud y particularidades en las instituciones privadas

Como venimos argumentando, la enfermería ocupa un lugar históricamente subordinado dentro de las profesiones de salud donde se entrelazan aspectos vinculados al género, la clase y a su inicial caracterización como un oficio empírico y de “apoyo” a la medicina. A su vez, esta posición subalterna no solo se expresa en el plano profesional, sino que también involucra las condiciones de trabajo, que suelen ser deficientes (e incluso más deficientes que otras ocupaciones desarrolladas en el mismo sistema de salud). Contrataciones flexibles, bajos salarios, pluriempleo, escaso reconocimiento profesional, escasez de personal y sobrecarga de tareas, fragmentación de la representación, son algunos de los problemas que fueron reseñados por distintas investigaciones (Micha, 2105; Aspiazu, 2017; Pereyra et Al., 2016; Malleville & Beliera, 2020). En este sentido, las dificultades en las condiciones de ejercicio cotidianas de la enfermería pueden ser analizadas a partir de los marcos analíticos de la precariedad, especialmente en lo que refiere a sus condiciones de empleo y de contratación.

Ahora bien, si las situaciones de precariedad laboral que experimentan las enfermeras se vinculan con los legados que, históricamente han ubicado a la enfermería en un lugar de subordinación dentro de las profesiones de salud, también debemos considerar que las características estructurales del sector salud argentino inciden en la configuración de las condiciones de ejercicio cotidianas dentro de las clínicas privadas. Señalaremos entonces que existe una relación entre las características del empleo en el sector salud y las experiencias cotidianas de este grupo de trabajadoras, cuestión que fundamentaremos empíricamente en la segunda parte de esta tesis.

En este marco, el objetivo de este capítulo será analizar las problemáticas sectoriales y laborales que permean el trabajo en instituciones privadas de salud, entendiendo que las mismas hacen a la *multidimensionalidad* de la experiencia del trabajo de cuidado en enfermería. Para ello, en el primer apartado, reconstruiremos los condicionamientos vinculados a la fragmentación y la desarticulación del sector, aspectos que caracterizan al sistema de salud argentino desde hace ya varias décadas. En este sentido, si bien la tesis busca registrar las vivencias de enfermeras que se desempeñan en clínicas privadas, las particularidades sectoriales hacen que también sea necesario describir el vínculo entre el

subsector privado asistencial y el resto de los subsectores (seguridad social y público). Luego de presentar los rasgos generales del sistema de salud, profundizaremos en las particularidades que reviste el sector en la provincia de Buenos Aires y en La Plata, región donde se centra nuestra investigación. Argumentaremos que la ciudad constituye un centro sanitario de referencia por diversas razones: por ser la capital de la provincia de Buenos Aires; por formar parte del AMBA y, por ende, ser uno de los municipios más afectados durante la pandemia y por tener emplazados en su territorio un gran número de hospitales de gestión provincial y clínicas con servicios de internación de gran complejidad.

En el segundo apartado, indagaremos específicamente sobre las condiciones laborales de los/as trabajadores/as de la salud y de enfermería en particular. Señalaremos una serie de problemáticas vinculadas al empleo y al trabajo que pueden pensarse como extendidas a buena parte de los/as trabajadores/as de la salud, pero también analizaremos el impacto que dichas problemáticas tienen sobre un grupo históricamente subalterno, feminizado y escasamente profesionalizado como es la enfermería. Por un lado, mostraremos los mecanismos de extensión de la jornada laboral a través del pluriempleo y la realización de horas extras. El objetivo será plantear que, además de la falta de personal, las formas en que se organizan las jornadas de trabajo en el sector y los bajos salarios que perciben las enfermeras son dimensiones explicativas de la sobrecarga de horas de trabajo. Por otro lado, indagaremos en los diversos mecanismos de flexibilización existentes, ya sea a través de formas de contratación precarias y/o mediante diversos sistemas de rotación de personal que muchas veces se dan de forma combinada, especialmente en el subsector privado asistencial. En esta línea, consideraremos que estos mecanismos muchas veces son vehiculizados por los propios empresarios con el objetivo de reducir costos y aumentar sus beneficios, en un marco donde la salud se configura como una mercancía.

En este punto, resulta importante señalar que a lo largo del capítulo buscaremos establecer un diálogo entre lo sucedido antes y durante la pandemia, es decir enfatizaremos en las características estructurales que durante las últimas décadas se configuraron como rasgos del sector, pero también nos interesará puntualizar en las problemáticas que emergieron y/o se profundizaron durante un evento crítico como fue la emergencia sanitaria producto del COVID-19. Veremos entonces que muchas de las condiciones en las que realizan sus tareas las enfermeras no son rasgos novedosos o producto de la pandemia, sino que son problemáticas con persistencia en el tiempo.

Hacia el final del capítulo sistematizaremos los resultados parciales aportados en este segundo capítulo; para luego establecer una serie de conclusiones, también parciales, de la

primera parte de esta tesis. Es decir, recuperaremos las principales dimensiones vinculadas a los legados profesionales, sectoriales y laborales del trabajo de cuidado en enfermería y rescataremos su importancia analítica para el desarrollo de los capítulos que integran la segunda parte de esta tesis.

2.1 El sector salud argentino: rasgos estructurales y contexto de emergencia sanitaria

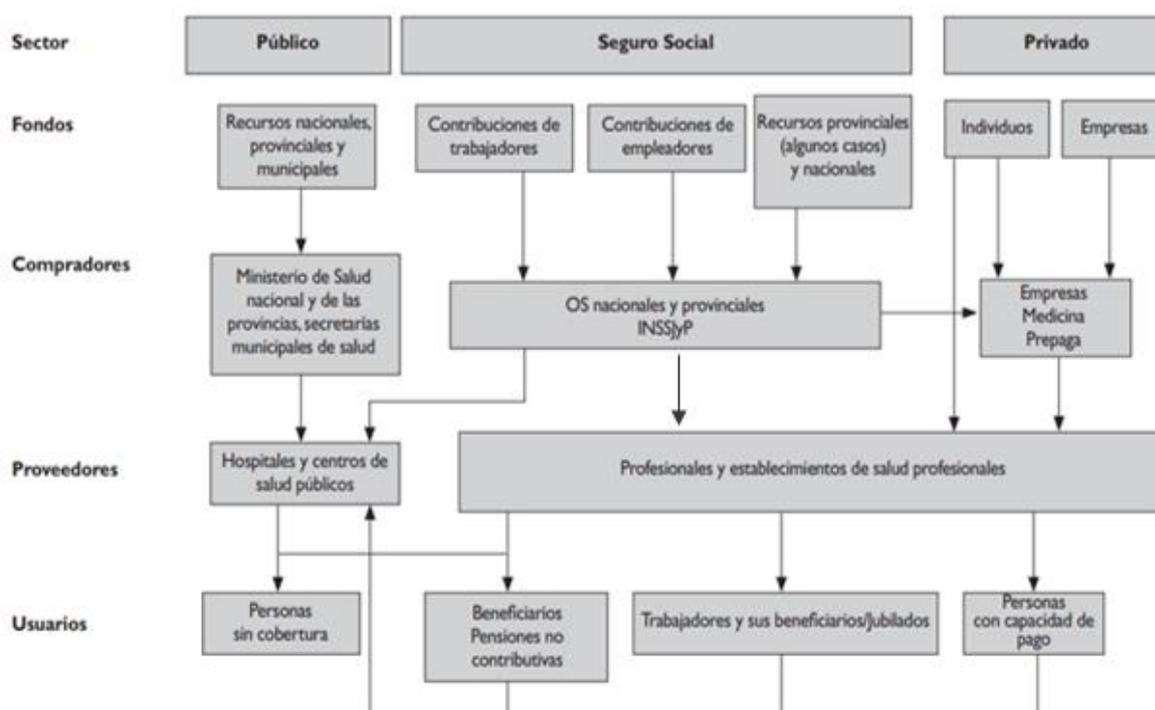
En este apartado, señalaremos que la fragmentación y escasa articulación que caracterizan al sector salud argentino cobraron mayor fuerza durante la década del noventa al calor de las reformas del Estado y la desregulación de los mercados, y no pudieron revertirse pese a los esfuerzos desarrolladas durante las últimas décadas (OPS-CEPAL, 2012; Arce, 2012; Kessler, 2014). En primer lugar, describiremos la organización del sistema de salud argentino en tres subsectores: público, privado y de seguridad social, repararemos en sus principales características (forma de gestión/administración, financiación, actores principales, tipo de pacientes/usuarios, etc.) así como también en los vínculos entre los distintos subsectores, especialmente entre el subsector privado y la seguridad social. Nos interesará mostrar cómo el subsector privado se transformó en un prestador fundamental, especialmente en lo que respecta a los servicios de internación y hotelería, y en el principal empleador de fuerza de trabajo dentro del sector. Luego señalaremos las especificidades que reviste el sistema de salud en la provincia de Buenos Aires y, en particular, en la ciudad de La Plata, en tanto capital de la provincia e integrante de un conglomerado urbano más amplio como es el AMBA. Por último, nos centraremos en el impacto que tuvo la pandemia en la región, teniendo en cuenta que el abordaje de la emergencia sanitaria fue una situación inédita que transformó el cotidiano laboral en los efectores de salud, pero también agravó y/o visibilizó situaciones preexistentes, especialmente en materia de condiciones laborales.

2.1.1 Fragmentación, desarticulación y consolidación del subsector privado de salud

El sistema de salud argentino se caracteriza desde hace años por su elevada fragmentación y escasa capacidad de articulación -en términos político, institucionales territoriales y financieros- tanto entre los distintos subsectores que lo conforman -público, privado y seguridad social- como hacia el interior de cada uno de ellos (Maceira, 2020). Esa fragmentación se plasma en la heterogeneidad de condiciones laborales que vivencian las enfermeras, cuestión que asume características particulares dentro del subsector privado.

La lógica fragmentada del sector salud se consolidó durante la década del noventa fruto de la implementación de una serie de reformas de carácter neoliberal que trastocaron distintos aspectos de la sociedad, entre ellos las prestaciones de salud (Acuña & Chudnovsky, 2002; Belmartino, 2005; Kessler, 2014). Actualmente el sistema de salud argentino está conformado por tres subsectores que prestan diversos servicios y difieren en el origen de sus recursos: el subsector público, el de seguridad social y el sector privado (Belló & Becerril-Montekio, 2011). Según un informe del Ministerio de Salud nacional para el año 2022, el 57,8% de los habitantes del país contaban con cobertura en la seguridad social mientras que un 42,2% solo tenía cobertura pública (Ministerio de Salud, 2023).

Diagrama 1 – Estructura del Sistema de salud argentino a inicios del siglo XXI



Fuente: Belló & Becerril-Montekio (2011)

El subsistema público posee una organización administrativa y financiera territorial dependiente de Ministerios y secretarías de salud de diferentes jurisdicciones -nacional, provinciales y/o municipales-; y tiene pretensión de atención universal, llegando fundamentalmente a la población sin seguridad social y de bajos recursos económicos. El financiamiento del subsector público proviene de diversas fuentes: por un lado, encontramos a la administración central y los organismos descentralizados que utilizan recursos del presupuesto nacional y, por otro lado, los organismos y ministerios provinciales que se nutren de lo que recauda cada jurisdicción y reciben algunos recursos nacionales a través de programas específicos. De esta forma, al interior del subsector público la capacidad

financiera y las decisiones en la administración y el control de los servicios de salud son heterogéneas y dependen de la jurisdicción de la que estemos hablando.

Por su parte, el subsistema de seguridad social obligatorio está estrechamente vinculado al mercado laboral formal, pues su financiamiento proviene principalmente de los aportes de trabajadores (3% de su remuneración) y empleadores (6% del salario bruto pagado a sus empleados). Se encuentra conformado por las Obras Sociales Nacionales (OSN) -que cubren a los asalariados registrados y sus familias y están administradas mayormente por organizaciones sindicales-; las obras sociales provinciales (OSP) que protegen a los empleados públicos de su jurisdicción. Por su parte, el Programa de Atención Médica Integral (PAMI) cubre a jubilados y beneficiarios de pensiones no contributivas y se financia con aportes de los/as trabajadores/as asalariados/as y con recursos fiscales centrales (Belló & Becerril-Montekio, 2011). A pesar de la magnitud de personas cubiertas por el subsistema de seguridad social (cerca de dos tercios de la población) su peso sobre el total de establecimientos asistenciales del país y su capacidad instalada es baja: para el año 2020, solo el 2% de los establecimientos del sistema de salud eran gestionados por obras sociales (OS). En la mayoría de los casos, las prestaciones de servicios las brindan profesionales, sanatorios y hospitales privados mediante convenios directos o gestionados por instituciones intermedias (Maceira, 2020).

En este sentido, para comprender muchas de las características que hacen al proceso de atención de pacientes en las clínicas bajo estudio debemos reparar en el vínculo que existe entre la seguridad social y el subsector privado. En primer lugar, porque muchas OS asumen contratos con empresas de medicina prepaga a quienes les transfieren la responsabilidad por la prestación de servicio de sus beneficiarios con mayores ingresos. La mayor parte de los socios de las empresas de medicina prepaga lo hacen derivando aportes de su actividad económica mientras que un pequeño porcentaje se encuentra afiliado de forma directa, es decir abonando la cuota mensual mediante pago de bolsillo. Un informe del Ministerio de Salud de la Nación (2023) señala que, para el año 2022, cuatro aseguradoras concentraban el grueso de los afiliados del sector (OSDE, Swiss Medical, Galeno y Sancor Salud). En segundo lugar, la conexión entre el subsector privado y de seguridad social radica en que las personas que poseen OS o contratan/derivan sus aportes a entidades de medicina prepaga reciben atención médica a través de profesionales y establecimientos del subsector privado. Es decir, las OS y las empresas prepagas contratan la provisión de servicios médicos, sanatoriales, bioquímicos y odontológicos para sus afiliados al subsector privado. Por ese intercambio, los empresarios del subsector asistencial reciben pagos de las entidades de la

seguridad social mediante distintas formas -mensuales, por cápita, módulo, etc.- que conforman buena parte de los ingresos de dichas empresas. En este sentido, los problemas en el pago de las OS a las empresas de salud tienen consecuencias en la dinámica del sector y, por lo tanto, en las condiciones de quienes allí trabajan, como veremos más adelante.

En este punto nos interesa señalar que muchas de las características que actualmente posee el subsector privado de salud fueron producto de la política de desregulación y liberalización impulsada durante la década del 90'. En esos años, se dispuso la desregulación de la seguridad social lo cual implicó que las personas puedan contratar una obra social diferente a la de su actividad económica, con el objetivo de promover la libre competencia entre las entidades. Una de las consecuencias de esta reforma fue la concentración de afiliaciones en algunas OS, mientras que otras se debilitaron o desaparecieron. Además, se modificó la forma de pago de las OS a los prestadores de servicios, es decir la antigua modalidad de honorarios por servicio o acto médico fue reemplazada por un pago mensual predeterminado por beneficiario para la remuneración de prácticas ambulatorias y pagos modulados o globalizados para la atención en internación (Belmartino, 2005). Las nuevas formas contractuales implicaron una oportunidad para algunos sanatorios o redes sanatoriales que buscaban ingresar o mejorar su posición dentro del mercado de servicios de salud a partir de negociar contratos en exclusividad bajo nuevos términos. Fue así como los establecimientos asistenciales privados mejor posicionados y con ventajas competitivas se organizaron en redes sanatoriales y ofrecieron a las OS contratos exclusivos y pagos por cápita o modulados -es decir, de una suma fija por beneficiario o por patología atendida-. Para los sanatorios, los contratos en exclusividad aseguraron un flujo de pacientes que cubría sus costos fijos, mientras que los pagos por cápita o módulo garantizaban a las OS mayor previsibilidad en el manejo de sus presupuestos (Belmartino, 2006). Como sostiene Susana Belmartino:

“las entidades sanatoriales se volcaron a la captación de porciones sustantivas de este nuevo mercado en función de condiciones competitivas que podían basarse en relaciones personales o institucionales anteriores, experiencia reciente en la organización de módulos de atención, el control de la tecnología de punta, la presencia de especialistas de reconocida solvencia o la disponibilidad de capacidad instalada con condiciones de hotelería valoradas por los sectores con mayor capacidad de pago entre los beneficiarios de obras sociales.” (2009:14).

De esta forma, las asociaciones médicas que no lograron integrarse a las nuevas redes sanatoriales enfrentaron dificultades para acceder a los nuevos contratos capitados debido a

que carecían de capacidad instalada para internación. Para superar esta dificultad, recurrieron a diversas estrategias como, por ejemplo, la adquisición de sanatorios/clínicas o de una parte de su paquete accionario (Belmartino, 2006). Esta situación derivó en la concentración de clínicas en manos de grupos empresariales que comenzaron a tener mayor protagonismo dentro de un sector cada vez más rentable.

En el año 2021, el subsistema privado asistencial incluía 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 que tiene obra social o seguros privados. Dentro del mercado privado de salud encontramos establecimientos diversos en función de sus orígenes y características: existen pequeñas y medianas clínicas que tienen origen en ampliaciones de la práctica de uno o algunos profesionales, especialmente médicos; también encontramos hospitales privados de las comunidades (como el Hospital Italiano, Hospital Español) y, finalmente, grandes clínicas y sanatorios localizados mayormente en centros urbanos. Las diferencias respecto al origen, objetivos y tamaños de dichas empresas también se expresan en la forma en que se organizan las diversas cámaras empresariales del subsector: los establecimientos representados por hospitales de las comunidades extranjeras se encuentran mayormente agrupados en la Asociación Civil de Actividades Médicas Integradas (ACAMI) mientras que las principales clínicas y sanatorios son parte de la Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la República Argentina (ADECRA) y la Cámara de Entidades de Diagnóstico y Tratamiento Ambulatorio (CEDIM); por su parte los centros pequeños y medianos de todo el país se organizan principalmente en la Confederación Argentina de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados (CONFECCLISA).

Además de las características vinculadas a la utilización de tecnologías médicas complejas y cantidad de camas disponibles, las clínicas se distinguen entre sí por la prestación de servicios relacionados a la hotelería hospitalaria y a otras prestaciones accesorias (*confort* de las habitaciones, características de las instalaciones comunes y mobiliario, calidad de los servicios de lavandería, mantenimiento, limpieza y cocina, control de ruidos y luminosidad, etc.). Los servicios de hotelería han crecido lentamente como un aspecto sobresaliente del negocio de la salud y resultan características que diferencian a los establecimientos asistenciales dentro del propio subsector. Estas diferencias se expresan en la segmentación de los servicios que reciben los pacientes en función de la cobertura que poseen. Por ejemplo, las habitaciones y las comodidades a disposición estarán en relación con el tipo de cobertura o el tipo de plan de medicina prepaga con el que cuenta la persona

internada. A su vez dichos servicios serán evaluados periódicamente por organismos externos que acreditan calidad.

En síntesis, fruto de las reformas de la década del noventa, el mercado de la salud privada fue consolidándose hasta ocupar un lugar central como prestador de servicios para la población y como fuente de empleo. Concretamente, para el año 2020, el subsector privado concentraba a seis de cada diez trabajadores/as de la salud (Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social [MTEYSS], 2021). De acuerdo con datos oficiales y según información publicada en medios nacionales, en términos de capacidad instalada siete de cada diez camas de terapia intensiva para adultos pertenecían a entidades de medicina prepaga y/o a clínicas o sanatorios independientes⁴² (La Nación, abril de 2020b). En este marco de crecimiento del subsector privado dentro del sector salud, también se dio un proceso de concentración de capitales: las clínicas de mayor tamaño y con mayor complejidad fueron adquiridas por grandes grupos empresariales con capacidad financiera para incorporar tecnologías médicas y servicios de hotelería. A la par persistieron establecimientos pequeños y medianos enfocados mayormente en la prestación de servicios de internación de menor complejidad (geriátricos, clínicas de salud mental, etc.).

Todas estas características nos permiten señalar que el subsector privado de salud posee un rol protagónico dentro de los servicios de internación, cuestión que no es actual, sino que representa una herencia producto de las reformas de los años noventa. En este sentido, la desregulación y la penetración de capitales privados en el sector salud afianzó el vínculo entre el subsector privado asistencial y el subsistema de seguridad social y configuró al mercado de la salud como un mercado cada vez más rentable. De esta forma, a diferencia de lo que ocurre en el subsector público donde prima una concepción de la salud vinculada a la universalidad y el derecho, para los empresarios del sector asistencial la salud es considerada una mercancía y el paciente asume, también, el rol de cliente. Esta diferencia sustantiva en las formas de concebir la prestación de un servicio esencial como es la salud tiene consecuencias en la organización del proceso laboral dentro de las clínicas y, por ende, en las condiciones de trabajo de quienes allí se desempeñan. Concretamente cuando la salud pasa a constituir una mercancía sujeta a lógicas propias de un mercado cada vez más competitivo hallamos diversos mecanismos empresariales orientados a aumentar las

42 En la Argentina hay 8444 camas de terapia intensiva para adultos. De ese total, 2516 son del sector público y 5928, del privado. Es decir, siete de cada diez pertenecen a empresas y entidades de medicina prepaga, a clínicas o sanatorios independientes, y a obras sociales. Los datos surgen de un relevamiento del Ministerio de Salud de la Nación que fue hecho en forma reciente, según dijeron a LA NACION fuentes de esa cartera. <https://www.lanacion.com.ar/economia/coronavirus-como-esta-sector-privado-salud-cuales-nid2350385/>

ganancias a partir de, por ejemplo, ejercer mayor control sobre el personal (cuestión que veremos en detalle en el Capítulo III). A su vez, dichos mecanismos presentarán ciertas heterogeneidades producto de las diferencias entre instituciones (por ejemplo, encontraremos distintas formas de gestión de organización de los grupos de trabajo).

A continuación, veremos algunas de las características que posee el sector salud en La Plata, con el objetivo de señalar las especificidades que posee dicha región en materia sanitaria y cómo fue particularmente afectada durante la pandemia de COVID-19. Una vez presentados los rasgos centrales del subsector privado y de la región en la que se sitúa esta investigación, profundizaremos en las condiciones laborales de los/as trabajadores/as de la salud y de las enfermeras en particular.

2.1.2 El sistema de salud local: La Plata, un centro de referencia sanitaria en la provincia de Buenos Aires

La lógica del sector salud nacional reviste ciertas particularidades en el nivel provincial y local. En este punto, como venimos argumentando, para comprender muchas de las características que hacen al trabajo de enfermería en las clínicas privadas, será importante reconstruir las especificidades que reviste el sistema de salud en la provincia de Buenos Aires y, en particular en La Plata.

Buenos Aires es la provincia más extensa y poblada de Argentina: conformada por 135 partidos y 17.569.053 habitantes -según el último Censo Nacional de Población y Vivienda (2022). Producto de las características federales de nuestro sistema de salud, la mayor parte de las decisiones relativas a la política sanitaria son ejecutadas por el Ministerio de Salud provincial. A su vez, a fines de su organización operativa, la provincia cuenta con doce Regiones Sanitarias (Ley 7.016/66 y Decreto 3377/06)⁴³ que realizan acciones de coordinación de los programas provinciales a nivel local, es decir con los diferentes municipios.

En términos sanitarios, las políticas desarrolladas durante la década del '90 a las que hicimos alusión en el apartado anterior, tuvieron especiales consecuencias en la provincia de Buenos Aires. Concretamente, el proceso de descentralización de los servicios públicos implicó una serie de transferencias progresivas desde el nivel nacional a la provincia y a los municipios, los cuales respondieron en función de capacidades administrativas y financieras

⁴³ En el siguiente *link* se puede acceder a un Mapa de la provincia de Buenos Aires con la división por regiones sanitarias y los hospitales provinciales y nacionales emplazados en su territorio <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/media/files/2021/10/hospitales-pciales-y-nac.pdf>

disímiles entre sí⁴⁴. De esta manera, la mayor parte de los hospitales de la provincia están bajo la órbita provincial y otros bajo jurisdicción municipal (Chiara et. Al., 2009) mientras que los Centros de Atención Primaria de la salud (CAPS) son administrados por los municipios. La municipalización de los centros de salud y algunos hospitales hace de Buenos Aires una provincia muy dispar en términos de acceso a los servicios de salud según cada jurisdicción.

En lo que respecta al subsector privado provincial, éste posee una lógica similar a lo que sucede a nivel nacional. Por un lado, dentro del sector de aseguradoras de medicina privada, hay organizaciones y planes asistenciales de características muy diversas que, en términos generales, se orientan hacia la población de mayores ingresos. Según datos de la Superintendencia de Servicios de Salud para el año 2022, 6.796.690 personas estaban afiliadas a alguna entidad de medicina prepaga y buena parte de esa población se encontraba en la provincia de Buenos Aires (Ministerio de Salud, 2023). Por otro lado, en relación con los establecimientos asistenciales, para el año 2021, la provincia contaba con aproximadamente 1.800 instituciones con internación general y especializada (sanatorios, clínicas, institutos, hospitales, geriátricos, clínicas de salud mental, etc.) (REFES, 2021). En este sentido los hospitales, las clínicas y los sanatorios privados de mayor tamaño (en términos de recursos humanos y de cantidad de camas disponibles) y con niveles de complejidad más altos suelen localizarse en los grandes centros urbanos de la provincia. Por esta razón, las personas que requieren atención por cuadros complejos o tienen que realizar consultas con profesionales especializados en determinadas patologías suelen trasladarse hacia los grandes aglomerados donde se localiza la mayor oferta de servicios asistenciales, como es el caso de la ciudad de La Plata. Los traslados pueden vincularse a decisiones propias y/o familiares o tener relación con las prestaciones brindadas por la obra social o la empresa de medicina prepaga contratada (como veremos plasmado en las situaciones de algunos pacientes a lo largo de los capítulos de la tesis).

Como señalamos anteriormente, el grueso de la población que se atienden en establecimientos asistenciales privados lo hace a través de la seguridad social o las empresas de medicina prepaga. En el caso de la provincia de Buenos Aires, buena parte de las personas que reciben atención y/o utilizan los servicios de internación de las clínicas privadas poseen

⁴⁴ En la provincia de Buenos Aires encontramos 76 Hospitales, 17 Unidades de Pronto Atención y 163 Centros de Prevención y Atención de Adicciones dependientes del ministerio provincial. Por su parte, según datos del REFES para el año 2021, los establecimientos con internación públicos de distinta índole y complejidad públicos que dependen de los municipios rondaban los 1500.

cobertura a través del Instituto de Obra Médico Asistencial (IOMA), es decir la obra social de los empleados estatales provinciales -que para el año 2022 contaba con 2.082.762 según un informe del Ministerio de Salud (2023)- y el PAMI. Cabe resaltar que PAMI posee un sistema de primera atención -médicos de cabecera- y un sistema complejo de derivación al segundo nivel que, en La Plata, contempla mayormente al subsector privado (Fonseca, 2021). Considerar cuáles son los pacientes que asisten a las clínicas bajo estudio nos permite comprender algunos de los rasgos que hacen al proceso de atención-cuidado de la salud por parte de las enfermeras en dichas instituciones.

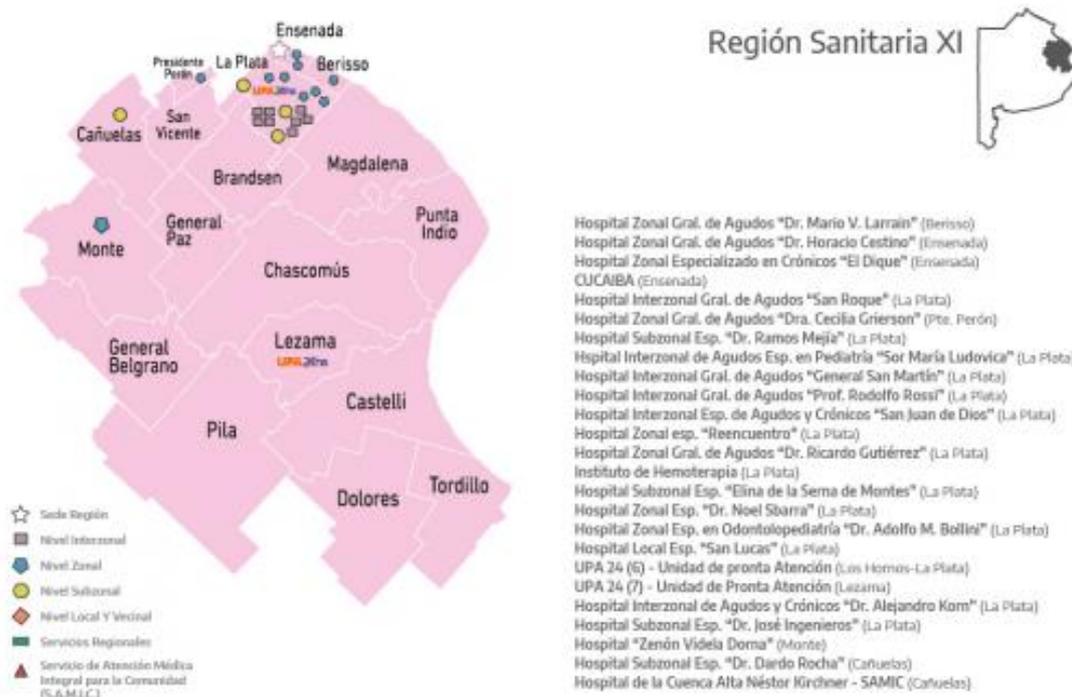
Volviendo a la organización administrativa del sector, como señalamos anteriormente, la regionalización de la gestión habilitó la presencia de un nivel intermedio de interlocución de actores y de acuerdos intergubernamentales en los espacios de las Regiones Sanitarias. La Plata integra entonces la Región Sanitaria XI junto con otros 16 municipios⁴⁵ que conforman la Región con mayor concentración de instituciones sanitarias de la provincia de Buenos Aires: de los 25 efectores provinciales ubicados en dicha región, 16 se localizan en el municipio de La Plata⁴⁶ (Ver Mapa 2). De esta forma, los partidos de La Plata, Berisso y Ensenada poseen el 80% de las 25 instituciones sanitarias públicas localizadas en la región sanitaria y el 21% de las del territorio bonaerense (Valobra et. Al., 2023). Nuevamente esta característica hace de la ciudad un centro de referencia sanitaria indiscutido donde son atendidos y derivados muchos pacientes de distintas regiones del país. Asimismo, esto la diferencia de otras localidades de la provincia que, pese a su relevancia en términos de cantidad de habitantes, tienen pocos hospitales provinciales emplazados en su territorio⁴⁷. Por esta misma razón, el Ministerio de salud provincial tiene gran incidencia como empleador de fuerza de trabajo, cuestión que explica por qué muchas enfermeras combinan el empleo en clínicas privadas con el trabajo en algún hospital provincial, como veremos en el siguiente apartado.

⁴⁵ Berisso, Ensenada, Brandsen, Punta Indio, Magdalena, presidente Perón, San Vicente Cañuelas, Monte, General Paz, Chascomús, General Lezama, Castelli, Pila, Tordillo y Dolores.

⁴⁶ La gama de servicios de salud comprende Hospitales Zonales, Interzonales o Subzonales, Especializados o Generales en agudos y Crónicos como Unidades de Pronto Atención, Instituto de Hemoterapia.

⁴⁷ Por ejemplo, el partido de La Matanza pese a tener 1.873.734 habitantes, según datos del Censo 2022, solo cuenta con dos Unidades de Pronto Atención (UPA) y tres hospitales (dos zonales generales de agudos y uno interzonal).

Mapa 2 – Región Sanitaria XI



Fuente: Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires⁴⁸

Específicamente, La Plata según el Censo de Población y viviendas del año 2022 posee 772.618 habitantes y está conformado por el denominado “casco urbano” y otras 23 localidades organizadas por delegaciones municipales. En términos de servicios de salud, como podemos observar en el Mapa 3, en el año 2021 encontrábamos 113 establecimientos privados con internación ubicados mayormente en la zona del casco fundacional (iconos azules)⁴⁹ ubicados mayormente en la zona del casco fundacional (iconos azules); lo mismo sucede con buena parte de los 14 hospitales provinciales⁵⁰ (iconos rojos) mientras que los 46

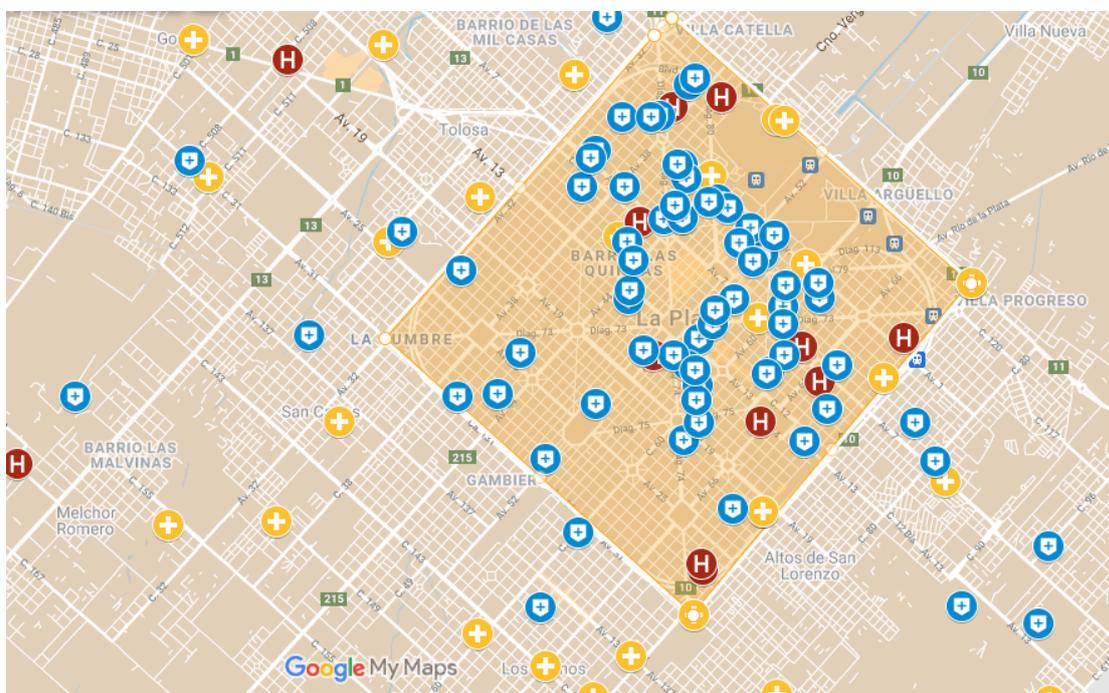
⁴⁸ Mapa recuperado de https://www.gba.gob.ar/saludprovincia/regiones_sanitarias

⁴⁹ En el Mapa 3 incluimos los establecimientos privados con internación general y especializados de baja, mediana y alta complejidad.

⁵⁰ Los hospitales provinciales que se encuentran en el partido de La Plata son: Hospital Subzonal Especializado “Dr. Ramos Mejía”; Hospital Interzonal General de Agudos “San Roque”; Hospital Interzonal de Agudos Esp. en Pediatría “Sor María Ludovica”; Hospital Interzonal General de Agudos “General San Martín”; Hospital Interzonal General de Agudos Prof. “Dr. Rodolfo Rossi”; Hospital Interzonal Especializado de Agudos y Crónicos “San Juan de Dios”; Hospital Interzonal Especializado en Toxicología y Salud Mental (ex Reencuentro); Hospital Zonal General de Agudos “Dr. Ricardo Gutiérrez”; Hospital Subzonal Especializado “Elina de La Serna de Montes”; Hospital Zonal Especializado “Dr. Noel H. Sbarra”; Hospital Local Especializado “A” San Lucas; Hospital Zonal de Odontología Especializado en Odontopediatría “Dr. Adolfo M. Bollini”; Hospital Interzonal de Agudos y Crónicos “Dr. Alejandro Korn”; Hospital Subzonal Especializado

CAPS (iconos amarillos) se encuentran distribuidos tanto en el cuadrado fundacional como en las diversas delegaciones que constituyen la zona “periférica” de la ciudad.

Mapa 3 - Efectores de Salud en La Plata, año 2021



Fuente: Elaboración propia en base a REFES (2021), Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y secretaria de Salud de La Plata⁵¹

Como venimos argumentando, La Plata se configura como un centro indiscutido de referencia en lo que respecta a la oferta de servicios de salud. Además de la presencia de autoridades sanitarias y organismos de gestión provincial producto de su carácter de capital, hallamos una gran concentración de establecimientos con internación de alta complejidad - tanto de gestión pública provincial como privada- que brindan atención a diversos grupos y cuentan con servicios generales y especializados en distintas patologías. Para ejemplificar esta cuestión, podemos centrarnos en la atención pediátrica y neonatológica. En ese caso, La Plata es una de las pocas ciudades de la provincia que cuenta con centros especializados de alta complejidad para este tipo de pacientes. Por esta razón, recién nacidos y niños/as con

“Dr. José Ingenieros”. Además, en la ciudad se ubica un Instituto de Hemoterapia y una Unidad de Pronta Atención (UPA 24 – Los Hornos).

⁵¹ Listado de CAPS del municipio de La Plata (2021) <https://www.laplata.gob.ar/#/ciudad/caps>; Listado de hospitales bajo gestión de la provincia de Buenos Aires (2021) <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/media/files/2021/10/hospitales-pciales-y-nac.pdf>; Registro Federal de Establecimiento de Salud (2021) <http://datos.salud.gob.ar/dataset/listado-establecimientos-de-salud-asedados-en-el-registro-federal-refes/archivo/cccd5cbd-af97-484f-82e5-7d40e3b358d5>

patologías de gravedad suelen trasladarse junto con sus familiares para atenderse en algunos de los efectores de la ciudad⁵².

De esta forma, y a diferencia de lo que sucede en otros partidos bonaerenses donde la oferta del subsector privado es menor – en términos del tamaño de los establecimientos y la complejidad de sus servicios- y los hospitales están bajo rectoría municipal, la ciudad cuenta con un importante número de sanatorios y clínicas con servicios de cuidados críticos de alto riesgo y especializados en salud mental. En el caso de subsector público, se destaca la presencia de 14 hospitales de gestión provincial -tanto generales como especializados y enfocados en pacientes crónicos y/o agudos- que reciben derivaciones interzonales y zonales.

Teniendo en cuenta estas características, en el siguiente apartado profundizaremos en las implicancias que tuvo la pandemia de COVID-19 en la región, considerando que La Plata, en tanto partido que integra el AMBA, formó parte del epicentro de la emergencia sanitaria.

2.1.3 El impacto de la pandemia de COVID-19

Para analizar las implicancias que tuvo la emergencia sanitaria en la organización del sistema de salud de La Plata, debemos recordar que la cercanía del municipio con otros partidos del Gran Buenos Aires y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires contribuyó a la fusión de dichos territorios en una única área urbana. En este sentido, la pandemia modificó en algún punto la dinámica de regionalización anteriormente señalada. Es decir, las principales ciudades de la Región XI quedaron incluidas en la zona urbana que conforma el AMBA e incluye a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y a otros 40 municipios de la Provincia de Buenos Aires, entre ellos La Plata. Durante gran parte de la crisis sanitaria, el AMBA funcionó como un “mismo conglomerado urbano”, es decir como una unidad en materia de decisiones sanitarias y vigilancia epidemiológica. La densidad de población - cerca del 37% de los habitantes de Argentina según el último Censo del año 2022- sumado al desplazamiento de sus habitantes entre municipios hizo que el AMBA sea una de las primeras regiones del país en sufrir el impacto de la pandemia de COVID-19 tanto en

⁵² En el caso del ámbito público, encontramos al Hospital de Niños Sor María Ludovica y en el ámbito privado hallamos sanatorios -como el Sanatorio Argentino- y/o clínicas -como la Clínica del Niño- que disponen de servicios de alta complejidad para este tipo de pacientes (neonatología, unidad de terapia intensiva pediátrica, cirugía, etc.).

términos de restricciones a la circulación como de propagación de contagios y cantidad de fallecidos, cuestión que fue señalada en reiteradas ocasiones por las autoridades sanitarias⁵³.

Recordemos que, en marzo de 2020, en sintonía con las recomendaciones de la OMS, el Poder Ejecutivo Nacional decretó inicialmente la crisis sanitaria y unos días después del ASPO en todo el territorio nacional. En un contexto de gran incertidumbre, se tomaron una serie de medidas para limitar la propagación de un virus desconocido hasta el momento cuyo contagio se originaba mediante el contacto entre personas, afectando principalmente la capacidad respiratoria de las mismas. Dada la heterogeneidad de situaciones producto de la fragmentación del sistema de salud que hemos descripto en el apartado anterior, fue necesario que el Ministerio de Salud Nacional tome una serie de decisiones centralizadas para mitigar los problemas de desarticulación entre subsectores y jurisdicciones y las disparidades regionales (por ejemplo, la implementación de protocolos de vigilancia epidemiológica; la definición de caso, caso sospechoso y contacto estrecho; la compra y distribución centralizada de elementos de protección personal (EPP), respiradores y vacunas; el traslado de personal especializado en cuidados críticos a zonas con escasez de personal, etc.). En este sentido, uno de los grandes desafíos fue adecuar los criterios de aislamiento promovidos desde OPS a la particularidad de cada territorio en función de sus especificidades y el avance de la situación epidemiológica.

Particularmente, en el AMBA la gestión de la política sanitaria no sólo implicó la implementación de disposiciones del Ministerio de Salud de la Nación sino también la coordinación entre las autoridades de distintas jurisdicciones y signos políticos (CABA, provincia a Buenos Aires y los 40 municipios). Tal como señalamos, la región ocupó un lugar clave durante la pandemia, puesto que allí se registraron las primeras “olas” de contagios y las situaciones de mayor gravedad, configurándose como el territorio “epicentro de la pandemia” según las autoridades sanitarias de todo el país. A su vez, la preocupación por la capacidad de los efectores de salud -especialmente en términos de cantidad de camas de terapia intensiva y personal disponible- y las inequidades respecto al acceso a los servicios -esencialmente en los municipios más pobres del Conurbano Bonaerense- delimitaron buena parte de las acciones del Ministerio de Salud provincial.

⁵³ Por ejemplo, el ministro de salud Daniel Gollán profundizó en una nota periodística realizada por CNN Radio, el 19 de mayo de 2020, sobre la situación del AMBA. <https://cnnespanol.cnn.com/radio/2020/05/19/gollan-el-gobernador-se-juntara-con-los-expertos-y-tomara-una-decision/>

En términos cronológicos, podemos identificar un momento inicial del desarrollo de la pandemia en el AMBA, entre fines de marzo y julio de 2020, cuando la cantidad de casos confirmados se mantuvo en un número relativamente bajo. Un segundo momento, desde agosto hasta fines del año 2020, cuando se registró la “primera ola” de contagios; seguido por un tercer período de “amesetamiento” de los casos confirmados entre febrero y mediados de marzo de 2021. Posteriormente, observamos la llegada de una “segunda ola” que implicó un crecimiento exponencial de los contagios -y de las internaciones por cuadros de gravedad- para llegar rápidamente al pico histórico entre mediados y fines de abril de 2021, con valores promedio que cuadruplican los registrados en la “primera ola” del 2020. Seguidamente se produjo una leve reducción de casos para volver a crecer rápidamente entre fines de mayo y principios de junio (Alzugaray et. Al, 2020; 2021). A fines de diciembre de 2020 llegaron al país las primeras vacunas contra el COVID-19⁵⁴ e inicio la campaña de vacunación. En un primer momento, el proceso de vacunación se orientó a la protección del personal de salud de todos los subsectores (público, privado y obras sociales). Luego, se continuó con la vacunación de las personas que integraban los grupos de riesgo hasta, finalmente, llegar a la población general.

A su vez, este escenario de emergencia demandó la compra de insumos y elementos de protección personal y tecnología específica a otros países (Argentina.gob, abril 2020)⁵⁵; la contratación de personal para reforzar los equipos de salud (terapistas, enfermeras, entre otros) y el fortalecimiento de los sistemas de atención; por ejemplo, mediante modificaciones o ampliación de los efectores de salud existentes y la construcción de hospitales modulares.

Durante los primeros meses del 2020, las autoridades buscaron reorganizar el sistema de salud y así “prepararlo” para el abordaje de la pandemia, lo cual supuso una serie de transformaciones generales en los efectores de salud que alcanzaron a buena parte de los equipos de trabajo, entre ellos las enfermeras. Entre las acciones principales podemos mencionar: i) creación de nuevos sectores destinados a la atención de casos posibles y confirmados de COVID-19; ii) reacondicionamiento de los espacios laborales (incorporación de camas para internación, cambios en la ubicación y disposición de los servicios, división de sectores destinadas a pacientes COVID y con otras patologías.); iii) adquisición de nueva aparatología (por ejemplo respiradores para cuadros respiratorios de gravedad, bombas de oxígeno etc.); iv) modificación de los grupos y las formas de trabajo

⁵⁴ <https://www.argentina.gob.ar/noticias/llegaron-al-pais-las-primeras-vacunas-sputnik-v>

⁵⁵ <https://www.argentina.gob.ar/noticias/arribo-vuelo-con-los-elementos-de-proteccion-para-el-personal-de-salud-adquiridos-en-china>

(creación de puestos, incorporación de trabajadores/as mediante contratos eventuales, traslado de personal a nuevos u otros servicios, implementación de sistema de rotación o “burbujas” para disminuir el contacto; licencias para el personal que integraba grupos en riesgo); v) creación y capacitación en nuevos protocolos de higiene y seguridad (inclusión de nuevos elementos de protección personal, refuerzo en las medidas de higiene y limpieza); vi) cambios en los protocolos de atención de pacientes (implementación de sistemas de *triage*; seguimiento telefónico de pacientes con enfermedades crónicas; suspensión de cirugías no urgentes; limitación de visitas y presencia de acompañantes en las salas; pautas de aislamiento para pacientes COVID, etc.); vii) realización de nuevas tareas (como por ejemplo, hisopados) y capacitación en la utilización de tecnologías de respiración mecánica; viii) cambios en los espacios de sociabilidad y en las relaciones entre compañeros/as (medidas de distanciamiento social, limitación en el uso de espacios comunes, como comedores y vestuarios, y en los tiempos para compartir con otros/as compañeros/as); ix) suspensión de vacaciones y licencias durante todo el 2020 (DNU N°260/2020).

La pandemia entonces tuvo un gran impacto en los efectores de salud de La Plata, debido a su pertenencia a la región del AMBA y por su centralidad en términos sanitarios. En este sentido, el abordaje de la emergencia sanitaria transformó algunos aspectos del cotidiano laboral en los efectores de salud mientras que en otros casos profundizó problemáticas históricas y/o agravó situaciones preexistentes, especialmente en materia de condiciones laborales. A continuación, puntualizaremos en algunas dimensiones que hacen a las condiciones de empleo y de trabajo en enfermería, entendiendo que las mismas se configuran como rasgos estructurales del sector que explican muchos de los aspectos que hacen a las experiencias concretas de las trabajadoras.

2.2 Condiciones laborales en el sector salud: problemáticas heredadas y actuales en el trabajo de enfermería

En este apartado indagaremos en las condiciones de empleo y de trabajo en el sector, mostraremos algunas problemáticas extendidas a todos los trabajadores/as de la salud, así como también las particulares condiciones que vivencian las enfermeras. Señalaremos que la fragmentación en términos político-administrativa, regional y financiera hace que las condiciones laborales de sus trabajadores/as sean muy heterogéneas, tanto entre subsectores, como hacia el interior de cada uno de ellos -según la jurisdicción, el tipo y tamaño del establecimiento-, y, en el caso de las enfermeras también inciden las diferentes titulaciones. Sin embargo, argumentaremos que hay ciertas problemáticas en materia de condiciones

laborales que son experimentadas de forma compartida, configurando rasgos estructurales del trabajo de cuidado en enfermería que se entrelazan con los legados históricos de la profesión reseñados en el Capítulo 1 (feminización, escasa profesionalización, etc.).

Tomando como punto de partida la noción de precariedad laboral y haciendo énfasis en las condiciones contractuales y de empleo, ahondaremos en dos dimensiones de esta problemática: por un lado, en la extensión de la jornada a través del pluriempleo y la doble jornada y su relación con la organización de los horarios en el sector y los bajos ingresos que perciben las enfermeras. Por otro lado, indagaremos en los mecanismos de flexibilización externa e interna de la fuerza de trabajo, haciendo énfasis en lo que sucede en las clínicas privadas. Concretamente nos referiremos a los mecanismos de contratación a tiempo parcial y a los sistemas de rotación e incorporación de personal mediante dichos contratos. En ese sentido, señalaremos que muchas de estas problemáticas no son novedosas, sino que permean las experiencias del trabajo de enfermería desde hace años y durante la pandemia se profundizaron o adquirieron una dinámica particular conforme avanzaba la situación de emergencia.

2.2.1 Características generales del trabajo en el sector salud y de la enfermería en particular: el fenómeno del pluriempleo y las horas extraordinarias

En el apartado inicial de este capítulo describimos algunas de las características del sistema de salud argentino y argumentamos que muchas de sus problemáticas actuales se configuraron durante la década del noventa. En este sentido, las reformas estructurales del 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 de calidad se extendieron diversas formas de flexibilización y contratación precarias, 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 & Galin, 2003). En esta línea, desde los 90' y hasta la actualidad (año 2023) podemos identificar una serie de problemáticas estructurales en materia de condiciones laborales que adquieren cierta especificidad para el caso de la enfermería.

En términos generales, según un informe oficial para el año 2020, quienes se desempeñan en el sector salud representaban al 6,1% de la población ocupada del país, siendo una de las ramas de actividad que tuvo mayor dinamismo durante las últimas décadas

(MTEYSS, 2021). A su vez, la fuerza laboral en salud posee dos características que permite distinguirla de otros grupos de trabajadores/as: por un lado, se trata de trabajadores/as altamente formados/as – un 75% posee calificación técnica o profesional- y, por otro, está compuesta por una mayoría de mujeres -aproximadamente el 70% del personal de salud es femenino- (Encuesta Nacional sobre Condiciones de Empleo, Trabajo, Salud y Seguridad [ECETSS], 2018).

Cabe resaltar que, si bien las mujeres son mayoría en todas las ocupaciones del sector, este porcentaje es más elevado en las actividades administrativas, servicios de limpieza y gastronomía, y en las ocupaciones técnicas, como la enfermería, donde representan aproximadamente el 80% de los/as ocupados/as. A la inversa, los varones se insertan mayoritariamente en ocupaciones profesionales u ocupan puestos de gerencia como, por ejemplo, jefaturas de servicios (ECETSS, 2018). En este sentido, investigaciones a nivel internacional, señalan que las disparidades de género en materia de distribución de tareas y puestos se manifiestan concretamente en brechas de ingreso entre varones y mujeres. Concretamente, según un estudio publicado en 2020 por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) para América Latina y el Caribe, las mujeres ganan un 25% menos que los varones (ONU Mujeres, 2020). En esta misma línea, un informe de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) del 2020, en base a datos de la ECETSS del año 2018 señalaba que mientras que las remuneraciones de las trabajadoras de la salud se situaban mayormente en el percentil 25 -considerando la distribución de ingresos laborales mensuales del país- los varones se encontraban mayoritariamente en la mitad de la distribución. Sumado a esta problemática, hallamos que muchas trabajadoras que se desempeñan en este sector son quienes aportan el único ingreso del hogar. Según el informe de la OIT sobre la situación de las trabajadoras de la salud de Argentina para el año 2020, el 48% de las mujeres que trabajaban en salud eran jefas de hogar -frente a un 41% para el resto de las trabajadoras en actividad- y el 53,3% tenía niños/as y/o adolescente a su cargo, de los cuales el 28,7% eran menores de 5 años (East et. Al, 2020).

El hecho de que un gran porcentaje de trabajadoras de la salud sea el único sostén de hogares muchas veces monoparentales, con presencia de niños/as pequeños/as sumado a los bajos ingresos que perciben las mujeres menos calificadas del sector deriva en experiencias de gran vulnerabilidad. Allí se manifiestan desigualdades de género vinculadas a la distribución de las tareas de cuidado dentro de los hogares que muchas veces se combinan con otras problemáticas presentes en el sector como, por ejemplo, la prolongación de la

jornada laboral a través del pluriempleo y/o la realización de horas extraordinarias, como analizaremos en profundidad en el Capítulo 4 de esta tesis.

En este sentido, el pluriempleo dentro del sector salud no es una problemática novedosa, sino que se configura como una situación presente desde hace décadas (Galín, 2002; OPS-CEPAL, 2012). Según datos de la ECETSS para el año 2018, el pluriempleo alcanzaba al 25% de los/as ocupados/as en salud, mientras que en el resto de las actividades económicas este porcentaje se reducía al 15%. Concretamente, esta forma de prolongación de la jornada representa un doble vínculo laboral donde el trabajador/a además de desempeñarse, por ejemplo, en un hospital público también realizan actividades en el ámbito privado o en otros espacios tales como docencia e investigación (Aspiazu, 2017). Como puede deducirse, esta situación repercute en la extensión de la jornada laboral, ya que quienes tienen más de un empleo trabajan en promedio 11 horas semanales más respecto a quienes tienen solo una ocupación. Además del pluriempleo otro fenómeno muy presente en el sector salud es la extensión de la jornada laboral por medio de la realización de horas extraordinarias. Según datos de la ECETSS, para el año 2018, encontrábamos que un 35,4% de los/as trabajadores/as del sector realizan horas extras mientras que para el resto de los sectores el porcentaje descendía a 17,3%.

Teniendo en cuenta este escenario compartido por muchos/as trabajadores/as de la salud y luego de presentar datos que nos permiten cuantificar dicha problemática⁵⁶, a continuación, indagaremos en las condiciones laborales de la enfermería en particular. Concretamente nos interesará profundizar en las razones que están detrás del fenómeno del pluriempleo o la realización de horas extraordinarias.

2.2.1.1 Extensión de la jornada y organización de los horarios laborales en enfermería

Como señalamos anteriormente, si bien el pluriempleo y las horas extras representan fenómenos extendidos entre los/as trabajadores/as de la salud, las razones detrás de esta situación varían según el grupo laboral del que estemos hablando y, producto de la fragmentación del sector, también tiene características específicas según la región. Entre las enfermeras, la forma en que se organizan los horarios dentro del sector, las bajas remuneraciones que obligan a la búsqueda de fuentes adicionales de ingreso y la escasez de personal son algunos de los factores que explican este fenómeno. A su vez, para el caso de

⁵⁶ Cabe señalar que analizamos los datos que refieren a todos/as los/as trabajadores/as del sector salud no solo para describir la situación de los ocupados en términos generales sino también por una limitación metodológica: no existen estadísticas oficiales que permitan analizar únicamente a las trabajadoras de enfermería.

La Plata, producto de la configuración del sector y de la amplia oferta de instituciones públicas y privadas, muchas enfermeras suelen combinar el trabajo en establecimientos privados con el empleo en hospitales de gestión provincial. Por esta razón, para comprender la particularidad de su situación y de las condiciones que las llevan a tener dos trabajos también debemos describir aspectos que hacen a la configuración de la jornada en el subsector público provincial.

En líneas generales los turnos de trabajo de enfermería en efectores públicos bonaerenses se organizan en jornadas de seis horas. Este régimen se encuentra vigente desde el año 2013, cuando se estableció la reducción de la jornada de 48 a 36 horas semanales para todo el personal de salud comprendido en la Ley 10.430 por considerar sus tareas como insalubres -además se redujo la edad jubilatoria y se restringieron las horas extras- (Micha, 2015; Aspiazu, 2017). En algunos establecimientos, los horarios también pueden organizarse a través de sistemas de guardias de 24 y 12 horas. A diferencia de lo que sucede en el ámbito público, la mayor parte de las enfermeras asistenciales que se desempeñan en clínicas privadas cumplen con un régimen diario de 8 horas de trabajo⁵⁷. La jornada entonces se divide en tres turnos: mañana (6 a 14 horas), tarde (14 a 22 horas) y noche (de 22 a 6 horas). Generalmente, cuentan con entre seis o siete francos mensuales, de carácter rotativo que solo en algunas oportunidades se transforman en 48 horas seguidas de descanso o coinciden con el fin de semana. Los días de franco varían semanalmente y suelen ser establecidos por los superiores de la institución. En algunos casos las enfermeras pueden establecer acuerdos con los coordinadores de las clínicas para organizar sus tiempos laborales y extralaborales (cuestión sobre la que profundizaremos en el Capítulo IV).

De este modo, y en acuerdo con lo que sostienen otras investigaciones sobre el trabajo de cuidado en enfermería, la forma en que están organizados los horarios del sector habilitan a que el grueso de las trabajadoras tenga dos empleos, uno en el ámbito público y otro en el privado (Micha, 2015; Micha y Pereyra, 2016; Aspiazu, 2017). Es así como, ante la necesidad de aumentar los ingresos, las enfermeras recurren a diversos mecanismos de extensión de la jornada que resultan habituales en el sector y que incluso, en el caso del subsector privado, son impulsados por los propios empleadores para evitar contratar nuevo personal a expensas de sobrecargar a sus trabajadoras. Concretamente, en los casos de enfermeras que solo se desempeñan en una institución de índole privada realizar horas

⁵⁷ En algunas clínicas, las enfermeras que trabajan en “áreas cerradas o críticas” (como, por ejemplo, terapia intensiva) tienen un régimen horario de seis horas diarias. Quienes trabajan ocho horas en este tipo de servicios suelen percibir un plus salarial.

extraordinarias resulta una práctica muy habitual. Los empleadores “ofrecen” al personal de enfermería la posibilidad de realizar “horas extras” o “doble turno” por fuera de su horario laboral. Estas horas suelen pagarse de forma no registrada, cuestión que muchas veces es aceptada por las propias trabajadoras con el fin de incrementar los ingresos percibidos.

Asimismo, durante la pandemia, las jornadas extenuantes como consecuencias de la extensión horaria se entrelazaron con otra problemática: la intensificación laboral producto del abordaje de la emergencia sanitaria y los cambios en la organización del trabajo en los efectores de salud, cuestión que detallamos anteriormente. Puntualmente, según datos de la encuesta realizada al personal de enfermería en el marco del Proyecto PISAC-COVID19 “La enfermería y los cuidados sanitarios profesionales durante la pandemia y la postpandemia del COVID 19 (Argentina, siglos XX y XXI)” (2021) un 86 % de las enfermeras de la Región Sanitaria XI afirmó que producto de la pandemia la intensidad y el ritmo de su trabajo se incrementaron, mientras que un 71% señaló que se redujeron los tiempos de descanso (Valobra et. Al., 2023). En este contexto, a una carga horaria de por sí apremiante se sumaron las exigencias de la pandemia.

En síntesis, podemos señalar que el pluriempleo o el doble turno son situaciones habituales que hacen a la experiencia del trabajo de cuidado en enfermería. Por un lado, las enfermeras que tienen dos empleos trabajan catorce horas diarias, es decir cumplen cotidianamente con un turno de ocho horas en el ámbito privado y otras seis horas en algún hospital provincial de la ciudad. Por otro lado, entre las enfermeras que solo trabajan en instituciones privadas es habitual que “acepten” reemplazar a alguna compañera que se ausenta por vacaciones, licencias, etc. Esta situación, muchas veces implica trabajar durante dos turnos seguidos, es decir dieciséis horas de forma continuada o en sus días de franco. De esta forma, la extensión de la jornada laboral en la enfermería no solo es producto del pluriempleo, sino que hallamos diversos mecanismos implícitos y cotidianos que son vehiculizados por la propia organización del trabajo en el sector y que hacen a la precariedad de las condiciones de trabajo de las enfermeras.

En el caso del pluriempleo la extensión de la jornada laboral a 14 horas diarias, exceptuando francos, se configura como una experiencia sostenida en el tiempo. Entre quienes realizan horas extraordinarias en la misma institución la extensión del horario de trabajo no representa una situación cotidiana pero sí habitual. En este sentido, hallamos que muchas enfermeras “piden” a sus empleadores y/o supervisores ser consideradas para realizar horas extras. Ambas situaciones se configuran como una posibilidad de aumentar los ingresos para las enfermeras, como veremos a continuación.

2.2.1.2 Extensión de la jornada y situación salarial de la enfermería

Como venimos señalando, además de la organización de los horarios en el sector, los bajos salarios representan un elemento central para explicar la extensión de la jornada laboral entre las trabajadoras de enfermería. En los testimonios recogidos durante el trabajo de campo encontramos que la mayor parte de las enfermeras entrevistadas vinculaban la problemática del pluriempleo y la realización de horas extras a una cuestión “económica”:

“N- Yo te diría que tenemos casi un 90% de compañeros que están acá y en el hospital y eso ya es una carga... Nosotros queríamos, por ejemplo, que fueran solo de acá [en referencia a la clínica]. Esa es la idea, que estén en un solo lugar por todo lo que conlleva. Pero igual la gente acá pide hacer “extras”, trabajar 16 horas. Y es un montón trabajar 16 horas de asistencial. Y eso trae riesgos, accidentes, incidentes con pacientes. Pensá que los que trabajan en público y en privado hacen 14 horas por día, todos los días, es una locura. Más allá de que en lo público tienen muchos más francos que acá [en referencia a la clínica], acá tenemos 6 o 7 francos al mes y hacemos 8 horas. (Natalia, Licenciada en Enfermería, Clínica Privada, Supervisora de Área, diciembre 2020)

“E- ¿Y por qué trabajan más horas, por el sueldo?”

M- Algunos tienen familia... por sueldo, otros porque le salió y por sueldo, porque quieren hacerse una casa... o no sé [hace una pausa] hay muy pocos enfermeros que trabajen ocho horas.

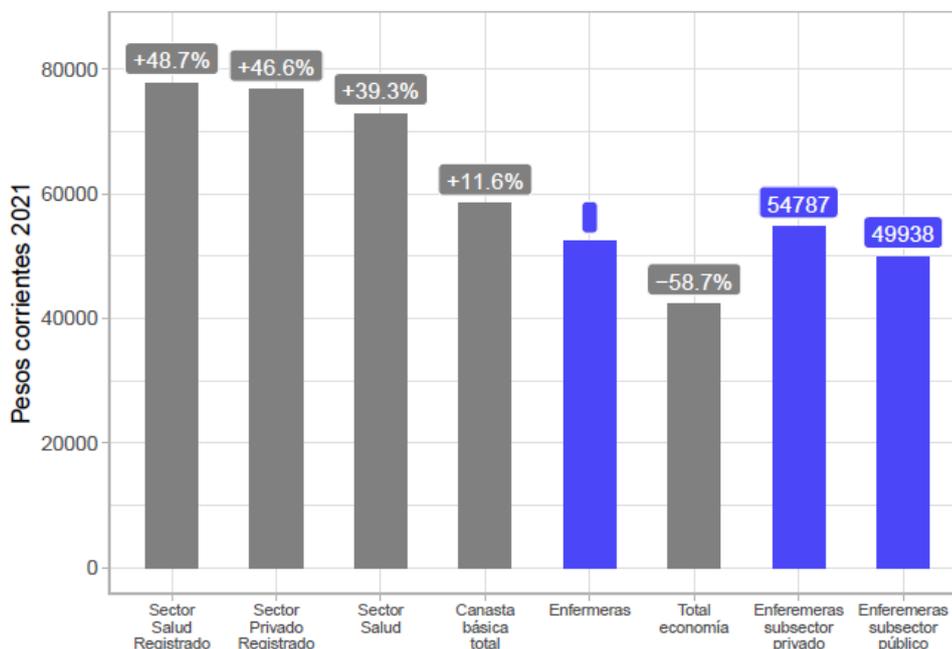
E- ¿La mayoría hace doble jornada?”

M- Sí, la mayoría hace doble jornada, pero en diferentes lugares no en el mismo... o sea ¿me entendés? en la clínica y en hospital. También se hacen horas extras... siempre se hicieron horas extras. Antes de traer gente de afuera... hay gente que le conviene hacer extras dentro de la clínica... Te ayuda, o sea, no haces el esfuerzo de doble trabajo y si te ayudan económicamente las horas extras...” (María, Técnica en Enfermería, Clínica Privada, Cirugía General, mayo 2019).

La doble jornada representa un fenómeno al que se refieren una y otra vez enfermeras y representantes gremiales al momento de describir sus experiencias y las de otras compañeras. En los testimonios recogidos, la problemática suele estar vinculada a una necesidad económica, es decir a la necesidad de aumentar los ingresos percibidos por diferentes razones tanto de índole personal como familiar (ser el único sustento del hogar, acceder a una casa propia, etc.). Ahora bien, más allá de los argumentos presentes en las narrativas de las enfermeras entrevistadas, para profundizar en este aspecto podemos realizar una comparación entre los ingresos que perciben las enfermeras respecto al sector salud y al resto de las actividades económicas⁵⁸.

⁵⁸ Teniendo en cuenta la escasez de datos sobre el sector y la heterogeneidad de condiciones, para analizar las remuneraciones de la enfermería tomamos como referencia al personal empleado por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, bajo la Ley N°10.430, puesto que allí se encuentran la mayor parte de trabajadoras de enfermería, es decir auxiliares y técnicas. Para el caso del subsector privado, tomaremos como referencia Convenio Colectivo de Trabajo 122/75 puesto que es el convenio que regula al grueso de los

Figura 1 - Remuneraciones medias, sectores y subsectores seleccionados. Primer trimestre 2021, valores corrientes.



Notas: Los salarios de enfermería fueron estimados tomando como referencia una jornada laboral de 8 horas diarias por 6 días a la semana, para poder comparar jornadas completas en ambos subsectores. La canasta básica total corresponde a un hogar de 4 integrantes y se toma del INDEC.

Fuente: Elaboración propia con base en MTEySS, EPH-INDEC, ATSA y ATE-Buenos Aires.

Como podemos apreciar en la Figura 1, existe una brecha significativa entre las remuneraciones que reciben las enfermeras y el salario promedio del sector salud. Según un estudio realizado con la colega Deborah Noguera, a partir de datos correspondientes al primer trimestre de 2021, los ingresos de este sector de actividad alcanzaron un valor estimado en un 72% superior al de la media de los/as ocupados/as en Argentina, mientras que en el caso de enfermería esa brecha se reducía al 19%. A su vez, la diferencia entre la situación de las enfermeras y del sector de salud asciende al 39%. Si llevamos la comparación al universo de asalariados/as registrados/as en el sector privado esta brecha se incrementa de manera considerable (47%). Cabe resaltar también que, al interior del colectivo de enfermería, existen diferencias entre el salario de las trabajadoras del ámbito público y el de quienes se desempeñan en el privado. En efecto, aquellas enfermeras que trabajan en el subsector público perciben una remuneración media que es un 9% inferior a la que se percibe en los establecimientos privados (Malleville & Noguera, 2021).

establecimientos asistenciales. Estos datos fueron utilizados en un trabajo realizado en conjunto con Déborah Noguera (2021), titulado ¿Situación de emergencia o problemática histórica? Salarios, pluriempleo y organización cotidiana en el trabajo de cuidado de enfermería, el cual obtuvo el primer puesto en el Concurso de Ensayos del Premio Mecón, impulsado por Agencia I+D y el Ministerio de Economía de la Nación.

De esta forma, además de los bajos ingresos, la dispersión de las remuneraciones es otra de las características que hacen a las condiciones laborales de la enfermería, cuestión que como han señalado diversas investigaciones también se vincula con la fragmentación del sector salud (Micha, 2015; Aspiazu, 2017; Esquivel & Pereyra, 2017). En este sentido, los salarios de las enfermeras dependen del subsector, la jurisdicción, el escalafón y/o el establecimiento del cual estemos hablando. La normativa que regula el ejercicio de la enfermería a nivel nacional es la Ley N°24.004 y en la provincia de Buenos Aires la Ley N°12.245. Como ya se dijo, allí se delimitan funciones y responsabilidades de la ocupación y se establecen distintos niveles de ejercicio reconocidos por las autoridades, pero no se reglamentan las remuneraciones del sector (Micha, 2015). Los salarios de la enfermería entonces se determinan por medio de diversos convenios de trabajo que representan a los/as trabajadores/as de la salud, según el subsector en el cual se desempeñen (público o privado).

En el caso de las clínicas del subsector privado, el salario se establece mediante negociaciones a nivel nacional, por lo cual la situación es más homogénea. En ese sentido, los salarios de las enfermeras de dicho subsector se encuentran reguladas por negociaciones de alcance nacional que incluyen a otras categorías de trabajadores/as (personal de cocina, maestranza, técnico, administrativo) exceptuando a los profesionales médicos. En todos los convenios interviene la Federación de Asociaciones de Trabajadores de la Sanidad Argentina (FATSA) y lo que varía es la representación de los empleadores. Puntualmente, las enfermeras de establecimientos asistenciales suelen estar enmarcadas en el Convenio Colectivo de Trabajo 122/75 en el cual intervienen la FATSA con la Confederación Argentina de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados, la Cámara de Instituciones Médico-Asistenciales de la República Argentina, la Asociación de Establecimientos Geriátricos y la Asociación Civil de Clínicas y Sanatorios Privados de Neuropsiquiatría. No obstante, si bien la negociación salarial se da a nivel nacional, es común que los empleadores otorguen “plus” salariales por fuera de lo pactado. En nuestro campo empírico hallamos que algunas clínicas establecen bonificaciones sobre el salario de base, por ejemplo, por “presentismo” o por contar con matrícula de Licenciada. Al interior de los establecimientos del subsector público de gestión provincial, las remuneraciones de las enfermeras son más heterogéneas, puesto que varían en función del escalafón al cual pertenecen (profesionales o general).⁵⁹

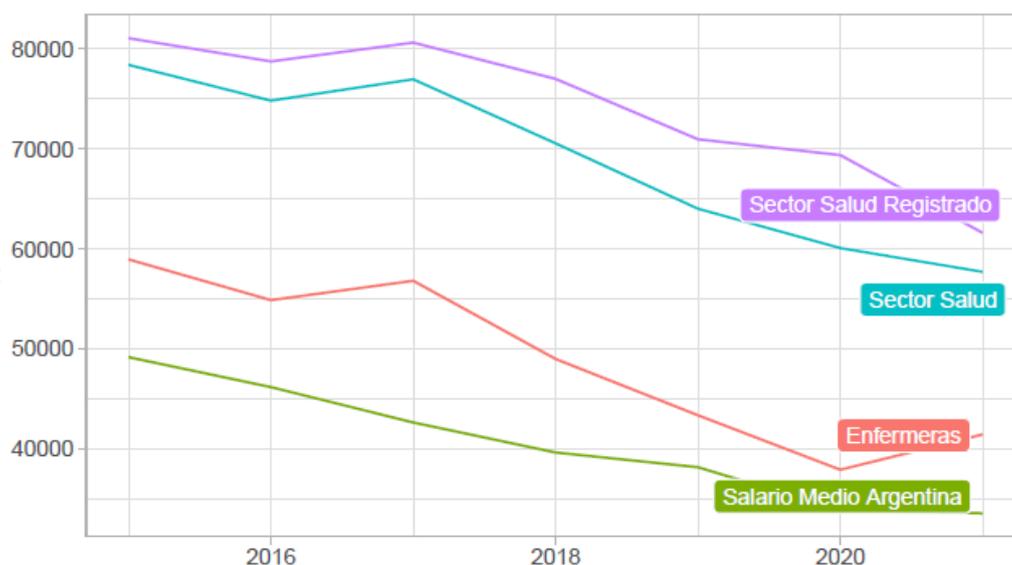
⁵⁹ Concretamente, quienes se desempeñan en hospitales públicos de La Plata son contratadas por el Ministerio de Salud de la provincia y pueden pertenecer a algunos de los dos regímenes que regulan el empleo público provincial: la Ley 10.430 de la Administración Pública y la Ley 10.471 de Carrera Profesional Hospitalaria que incluye a buena parte de los profesionales de la salud que poseen título universitario. En este sentido, como vimos en el Capítulo I, la mayor parte de las enfermeras cuenta con título técnico y/o auxiliar, por lo que se

En este sentido, podemos señalar que, además de la organización de la jornada laboral y los mecanismos motorizados por los empleadores para recargar a sus trabajadoras y no tener que contratar más personal, la cuestión salarial resulta un aspecto central para explicar la prolongación de la jornada laboral de la enfermería. Esta situación deriva en que muchas trabajadoras tengan que buscar otro empleo o bien realizar horas extras como forma de aumentar y/ compensar sus ingresos y así poder cubrir sus necesidades y las de sus familias.

En este marco, debemos resaltar que la problemática salarial no representa una situación novedosa, sino que se configura como una dimensión crítica que ya ha sido señalada por otras investigaciones sobre enfermería (Micha, 2015; Aspiazu, 2017). Como podemos observar en la Figura 2, si comparamos la evolución de las remuneraciones entre 2015 y 2021, la brecha entre la remuneración promedio de los/as trabajadores/as del sector salud y las enfermeras se mantuvo casi sin cambios significativos. Asimismo, y al igual que sucedió con otros/as trabajadores/as, la evolución del salario de enfermería cayó durante el periodo.

encuentran incluidas en la ley general de administración pública y, por lo tanto, no son consideradas en el escalafón de profesionales de la salud. La discusión en torno a la profesionalización constituye nuevamente un punto central para comprender la situación de desventaja en la cual se encuentra la enfermería. La imposibilidad de integrar la ley de carrera hospitalaria hace que los salarios sean más bajos respecto de otros profesionales (médicos/as, psicólogos/as, trabajadores/as sociales, etc.) e impide el acceso a puestos de jefatura y/o de dirección.

Figura 2 – Evolución de salario medio, sectores seleccionados. Valores constantes a precios de 2020. Período 2015-2021.



Nota: Por limitaciones en la información disponible, entre 2015 y 2017 solo se consideran las remuneraciones a enfermeras que se desempeñan en el subsector privado. Desde 2018 se incorporan también las remuneraciones de quienes se desempeñan en el subsector público.

Fuente: Elaboración propia con base en MTEySS, EPH-INDEC, ATSA y ATE.

Cabe señalar que durante 2020 y 2021, el gobierno nacional otorgó compensaciones monetarias para todo el personal de salud mediante los Decretos 315/2020, 787/2020 y 332/2021. La medida fue presentada como un “estímulo y reconocimiento” al esfuerzo realizado por este colectivo en un contexto de gran excepcionalidad. En una primera instancia las autoridades establecieron un pago extraordinario de carácter no remunerativo por la suma de 5.000 pesos en los meses de abril, mayo, junio y julio de 2020, tanto del ámbito público y privado que hayan prestado servicios en el período mencionado. Luego este incentivo fue replicado los meses de agosto, septiembre y octubre del mismo año. Si tomamos como referencia el Salario Mínimo Vital Móvil (SMVM) para octubre de 2020, ese monto equivalía a aproximadamente un 26,5% del mismo⁶⁰. Finalmente, en abril de 2021 se anunció el pago de un bono de 6.500 pesos destinado a la misma población, durante tres meses consecutivos.

Mediante los pagos extraordinarios, el Estado intentó brindar una respuesta a los reclamos salariales de los/as trabajadores/as de la salud que comenzaron a emerger conforme avanzaba la pandemia (Beliera & Malleville, 2022). No obstante, en el caso de las enfermeras de clínicas privadas la situación presentó algunos problemas. Si bien en un primer momento el foco estuvo puesto en las necesidades sanitarias de la población y en el

⁶⁰ <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/236294/20201020>

reacondicionamiento de los servicios para atender a los pacientes COVID-positivo, con el paso del tiempo surgieron los primeros conflictos. Los dueños de las clínicas comenzaron a señalar su preocupación por el “atraso” en el valor de los aranceles cobrados por las prestaciones y el aumento de los costos vinculados a insumos biomédicos y a recursos humanos. Concretamente, los empresarios aducían “dificultades” para pagar salarios debido a un “aumento de los costos operacionales” (producto de, por ejemplo, la suspensión de cirugías programadas, la compra de insumos y elementos especiales y el reacondicionamiento de sectores). En este marco, muchas clínicas se inscribieron en el Programa de Asistencia al Trabajo y la Producción (ATP) (Decreto 332/2020) por lo que el Estado asumió el pago del 50% del salario de sus trabajadores/as. Como consecuencia, en algunas clínicas privadas de La Plata el personal recibió su salario de forma fraccionada y en distintos momentos, experiencia que generó gran incertidumbre entre las/os enfermeras/os, como expresa el testimonio de Marcos:

“E- ¿Cómo fue el pago de salarios y de los bonos durante la pandemia?”

M-Mirá, el año pasado nosotros cobrábamos el ATP y la otra parte la pagaba la institución. Se generaba no sé si es la palabra correcta malestar o incertidumbre, esas dos cosas. Porque no sabíamos cuando íbamos a cobrar, si íbamos a cobrar todo el sueldo completo. Cobrábamos una parte y la otra parte pasaban quince o veinte días y no se sabía nada si íbamos a cobrar. Porque tampoco la institución nos daba nada. Así que se generó nueve o diez meses de incertidumbre y de malestar.”
(Marcos, Técnico en Enfermería, Clínica Privada, Terapia Intensiva, junio 2021)

Sumada a esta situación encontramos testimonios de enfermeras que recibieron el pago del aguinaldo y/o de los bonos decretados por el ejecutivo de forma fraccionada y/o en cuotas. Fue así como, pese al marco de emergencia y del esfuerzo realizado por los/as trabajadores/as, los empresarios ajustaron costos a través de los salarios. Diversos comunicados del gremio de la sanidad de La Plata (ATSA-LP) durante los meses de mayo y junio del 2020 describieron esta situación: “Es del empleador la responsabilidad única e intransferible abonar el 100% del salario”, “El aguinaldo no se fracciona” (Facebook ATSA-La Plata, mayo 2020).

Más allá de que esta problemática cobró visibilidad durante la pandemia, adeudar remuneraciones y/o pagarlas de manera fraccionada no representan mecanismos novedosos entre los empresarios del sector privado asistencial. Por ejemplo, meses antes de la declaración de la emergencia sanitaria, muchas instituciones se negaron a pagar los bonos decretados por el Poder Ejecutivo para el sector privado (DNU N°14/2020). Por esa razón, en marzo del 2020, el líder de la Confederación General del Trabajo (CGT) y secretario de general de la Federación de Asociaciones de Trabajadores de la Sanidad a nivel nacional

(FATSA) sostenía públicamente la posibilidad de realizar medidas de fuerza ante los incumplimientos de los empresarios del sector asistencial. Por su parte los empleadores afirmaban que *“los aranceles de las prepagas, del PAMI y de IOMA estaban desactualizados y que eso desequilibraba sus finanzas”* (Infobae, marzo 2020)⁶¹.

En este marco, podemos señalar que la problemática salarial en el sector de enfermería no representa una situación novedosa o propia de la pandemia, sino que refiere a una cuestión estructural que, durante la emergencia sanitaria se entrelazó con otras problemáticas preexistentes -como el pago fraccionado y/o con retraso de parte de los sueldos y/o de las bonificaciones percibidas-. Los bajos salarios ilustran una dimensión de la precariedad de las condiciones de empleo de la enfermería, pero también representan un elemento explicativo de otra problemática presente en el sector como es la extensión de la jornada laboral por medio del pluriempleo o la realización de horas extraordinarias. En el Capítulo 4 profundizaremos sobre las consecuencias de la extensión de la jornada laboral en las vidas de las enfermeras -y de sus familias- y también en las razones y/o momentos en que deciden -o pueden decidir- tener o dejar de tener más de un trabajo.

2.2.2 Mecanismos de flexibilización laboral: formas de contratación y organización del personal

Otra dimensión que nos permite comprender las condiciones bajo las cuales las enfermeras realizan su trabajo radica en las formas de contratación presentes en el sector. Concretamente, hallamos que el vínculo laboral de las enfermeras con sus empleadores asume características heterogéneas si miramos lo que sucede en los distintos subsectores y hacia el interior de cada uno de ellos, cuestión que expresa nuevamente la fragmentación del sistema de salud. Las trabajadoras de enfermería se insertan en un sector de por sí heterogéneo y en un marco legal constituido por las diversas normas que regulan el empleo en salud. Esta cuestión se plasma en experiencias diferenciales en materia de derechos laborales según el espacio donde se desempeñen (efectores privados o públicos; nacionales, provinciales o municipales; clínicas, sanatorios, geriátricos, etc.) y la titulación con la que cuentan (auxiliares, técnicas o licenciadas) (Aspiazu, 2017).

De esta forma, al interior del sector salud, encontramos trabajadoras que poseen contratos que garantizan estabilidad en el tiempo, es decir contratos por tiempo indeterminado en el caso de las clínicas privadas o de planta estable o permanente en el

⁶¹<https://www.infobae.com/politica/2020/03/04/tension-en-el-gremio-de-sanidad-por-las-negociaciones-paritarias-clinicas-y-sanatorios-aseguran-que-no-pueden-pagar-un-aumento-salarial/>

Estado-; también a quienes son contratadas por periodos cortos de tiempo mediante contratos a tiempo parcial o de planta temporaria e incluso trabajadoras que no poseen un vínculo laboral registrado. Respecto a este último punto, debemos señalar que, en términos generales, el sector salud se caracteriza por presentar una tasa de empleo no registrado inferior a la del resto del empleo asalariado. Según datos correspondientes al segundo semestre de 2020, el 16,4% de los/as trabajadores/as de la salud no se encontraban registrados, mientras que en el conjunto de la economía asciende al 31,1% de los puestos de trabajo. Sin embargo, esta diferencia se reduce cuando miramos sólo el sector privado; allí la tasa de no registro se eleva al 24,7%, mientras en el resto de los asalariados llega al 39% (MTEySS, 2021).

Como hemos señalado, en nuestro campo empírico, encontramos que muchas enfermeras que se desempeñan en el subsector privado también tienen otro empleo en algún efector del subsector público provincial. Allí, las trabajadoras pueden integrar la planta permanente y/o la planta transitoria del hospital⁶². Cabe señalar que, durante la pandemia, muchas enfermeras fueron contratadas a tiempo parcial mediante distintos tipos de becas (Becas de Infecciones Respiratorias Agudas Bajas (IRAB) y otras Becas de Contingencia), es decir, modalidades de contratación por tiempo determinado que se abren en épocas del año donde es necesario reforzar la planta de personal especializado, debido al incremento de pacientes con enfermedades respiratorias. De esta forma, encontramos que, durante los primeros meses de emergencia sanitaria, la incorporación de enfermeras a los servicios destinados a pacientes COVID-19 y/o a otros servicios críticos fue en gran medida mediante Becas de Contingencia. Concretamente, las autoridades provinciales adelantaron el inicio de las becas al mes de abril del 2020 para renovarse, en un principio, hasta diciembre de ese año.

Durante los primeros días del 2021, en varios de los hospitales provinciales (hospital San Juan de Dios, hospital San Martín, hospital Melchor Romero, hospital de niños Sor María Ludovica), las direcciones comunicaron a quienes estaban contratadas bajo esta modalidad que no iban a continuar prestando servicios. En nuestro trabajo de campo, encontramos que la situación fue experimentada con gran incertidumbre puesto que las trabajadoras no habían recibido algún tipo de comunicación oficial de las autoridades respecto a su continuidad laboral. Luego de días de reclamos y tensiones, muchas de las

⁶² Quienes están contratadas de forma permanente cuentan con una serie de derechos laborales vinculados a la protección social (aportes jubilatorios, licencias, vacaciones, obra social, etc.) y gozan de estabilidad en su puesto; cuestión que no está garantizada para quienes tienen contratos por tiempo determinado.

becas fueron renovadas por un nuevo periodo de tiempo en el marco de la extensión de la emergencia sanitaria. En este punto, debemos considerar que, la gran mayoría de las enfermeras contratadas bajo esta figura aspiraban finalmente a ser incorporadas a la planta estable de los hospitales. Como podemos ver en el testimonio de Jérica, para muchas enfermeras que trabajaban en el ámbito privado y público durante la pandemia, ingresar a la planta permanente de un hospital representaba la posibilidad de alcanzar condiciones laborales vinculadas a la estabilidad y a ciertas garantías:

E- Y si tuvieras que hablar específicamente de uno de estos dos trabajos: ¿cuál consideras que es tu trabajo principal?

J- Sinceramente, por cuestiones de beneficios, le doy más importancia al hospital. Tenés más francos, menos horas, tenés aguinaldo, más beneficios, cosa que en el sector privado no los tenés. Además, yo estoy a prueba en el hospital porque entré a trabajar en agosto. Ni siquiera un año, así que es donde más pongo la energía. A la clínica no es que no le doy importancia porque también intento dar lo mejor de mí, pero bueno, si tengo que elegir uno, voy a elegir el hospital obviamente. (Jérica, Técnica en Enfermería, Clínica Privada, Sector COVID, abril 2021)

A diferencia de lo que ocurre en el subsector público, las enfermeras que se desempeñan en clínicas privadas se encuentran enmarcadas en la Ley de Contrato de Trabajo N°20744 que establece disposiciones generales para el empleo privado en el país. A su vez, como señalamos anteriormente, las disposiciones específicas referidas al trabajo en salud y al ejercicio de la enfermería son establecidas mediante Convenios Colectivos de Trabajo (CCT). Los CCT establecen las categorías de la ocupación con sus tareas correspondientes y el régimen de promoción y capacitación, fijan la carga horaria semanal, el régimen de remuneraciones (sueldo básico y compensaciones) y también definen los grados escalafonarios y las licencias (anuales y especiales) (Aspiazu, 2017). En lo que refiere a la contratación del personal en el sector asistencial podemos mencionar distintas condiciones de estabilidad que hacen a experiencias diferenciales dentro del propio grupo. Por un lado, encontramos trabajadoras que gozan de contratos por tiempo indeterminado y, por ende, mayor seguridad respecto a la continuidad del empleo. Por otro lado, enfermeras contratadas por periodos cortos de tiempo (mediante contratos parciales, eventuales) que no poseen estabilidad y también trabajadoras que se desempeñan sin un contrato formal o registrado, según la Ley de Contrato de Trabajo y, por ende, no poseen garantías en la seguridad social y están por fuera del convenio colectivo. En este último caso, diversas investigaciones señalan que la precariedad contractual se agudiza en los establecimientos más pequeños, principalmente en los geriátricos, donde la falta de registro es una de las problemáticas más extendida y difíciles de resolver, tanto por las políticas de fiscalización estatal como por las

inspecciones sindicales (Aspiazu, 2017). Los geriátricos suelen ser aludidos tanto por referentes sindicales como por las mismas trabajadoras como espacios donde las condiciones laborales son más precarias (como vimos en el testimonio de Lía)⁶³.

Cabe señalar que los mecanismos de flexibilización laboral por medio de contratos a tiempo parcial o no registrados deben comprenderse en un marco de estrategias desplegadas por los empresarios del sector privado para reducir los costos que se desprenden del empleo de fuerza de trabajo. Es decir, en nuestro campo empírico hallamos que las clínicas suelen contar con, por un lado, un número de enfermeras que conforman parte del personal estable y están contratadas por tiempo indeterminado y, por otro lado, un grupo de enfermeras que son contratadas por periodos cortos de tiempo, para reforzar determinados servicios en momentos específicos, ya sea por un crecimiento de la demanda de pacientes o para cubrir los periodos de licencias de otras trabajadoras. Concretamente, las autoridades regulan y/o ajustan la cantidad de personal contratado de forma parcial, en función de la dinámica de trabajo en cada clínica. Por ejemplo, durante la pandemia, muchas clínicas privadas incorporaron personal mediante estas formas de contratación, especialmente para reforzar los servicios destinados a la atención de pacientes COVID-19 (sobre las implicancias de esta cuestión en las experiencias de las enfermeras profundizaremos en el Capítulo III).

Ahora bien, para comprender en profundidad cómo los empresarios utilizan los diversos mecanismos de contratación con el objetivo de ajustar los costos laborales debemos señalar algunos aspectos que hacen a la organización del trabajo de enfermería en las clínicas bajo estudio.

Las clínicas con internación en salud mental suelen tener 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). Las personas con estas problemáticas suelen permanecer durante largos períodos internadas en la institución -semanas, meses o incluso años-, especialmente cuando poseen cuadros severos que necesitan de cuidados especiales -como retrasos madurativos, trastornos psicológicos diversos, demencia,

⁶³ Dentro del convenio 122/75 existe la categoría de Asistente Geriátrico: “es el trabajador que se desempeña en los establecimientos geriátricos o en las secciones destinadas exclusivamente al alojamiento permanente de ancianos, de cualquier establecimiento asistencial y que efectúa la limpieza o higiene de las habitaciones, muebles y demás dependencias, sirve y suministra alimentos, ropa limpia, y está destinado al cuidado de los ancianos, viste e higieniza a los mismos, suministra medicamentos y efectúa curaciones. A cada asistente geriátrico se le podrá asignar hasta veinticuatro camas en horarios diurnos y treinta y cinco camas en horario nocturno. Cuando por razones circunstanciales una asistente geriátrica atienda más de veinticuatro camas en horario diurno y más de treinta y cinco en horario nocturno, recibirá por cada geronte más que deba atender un aumento equivalente al 5% del salario que hubiera percibido trabajando en forma normal”.

alzhéimer, etc.-. Por su parte, las clínicas que poseen servicios de internación general son espacios organizados en torno a la atención de pacientes con distintas patologías y dichos servicios se distribuyen en áreas o sectores. Dependiendo de cada institución, hallamos diferentes servicios de internación: general; pediatría y neonatología; maternidad; terapia intensiva; unidad coronaria; cirugía, etc. En las áreas cerradas o de cuidados críticos (como unidad coronaria o terapia intensiva), la disposición de los pacientes suele ser en salas generales, cuya distribución y cantidad de camas depende del tamaño del servicio con el que cuenta cada clínica. Por su parte, en servicios de internación general o maternidad, las personas están distribuidas en distintos sectores que incluyen habitaciones compartidas o individuales, según el tipo de cobertura de cada paciente.

En cada uno de los servicios hay un equipo estable de enfermeras (dependiendo de la clínica, la cantidad de sectores, el turno y la cantidad de camas) que, en algunos casos, son acompañadas por trabajadoras encargadas de la limpieza de dicho espacio en particular. En la mayor parte de las clínicas, los distintos servicios de internación poseen un espacio reservado para las enfermeras: el *office*. Concretamente, el *office* de enfermería es un cuarto próximo a las habitaciones y/o salas de internación donde se guardan los instrumentos y los insumos de trabajo (guantes, gazas, alcohol, camisolines) y también la medicación para los pacientes. Allí, las enfermeras preparan los elementos que utilizarán para realizar buena parte de las prácticas de cuidado sobre los pacientes (colocación de vías, cambio de sondas, higiene, etc.). Además, en el *office* encontramos datos sobre las patologías y la evolución de las personas internadas: por ejemplo, en las pizarras o carteleras de los servicios de clínica médica suelen anotarse los nombres de los pacientes, la habitación y la cama que ocupan y otras aclaraciones sobre su situación particular. En este espacio también se guardan informes y/o documentos del servicio, tales como el reporte de enfermería donde las trabajadoras comunican las novedades de cada turno y otros documentos con indicaciones que, por escrito, dejan los médicos/as (por ejemplo, sobre la alimentación y el suministro de medicación). El *office* representa entonces el espacio donde las enfermeras realizan muchas de las acciones previas y posteriores a la práctica de cuidado sobre los pacientes.

Si bien notamos que todos los servicios cuentan con un equipo estable de enfermeras, la cantidad de trabajadoras y la composición de esos grupos es variable. En cada clínica, la cantidad de enfermeras en relación con las camas ocupadas puede verse modificado. Además del número de integrantes, la conformación de dichos grupos de trabajo también puede fluctuar: algunas trabajan siempre en un mismo servicio, sector y turno, mientras que otras “rotan” por distintas áreas de las clínicas e incluso son llamadas por los empleadores para

cubrir a otras compañeras en determinados días y horarios. Generalmente, quienes cumplen esta última función son llamadas informalmente “*franquistas*” o “*franqueras*”. Esta forma de gestión del personal suele complementarse con los mecanismos de contratación eventuales que describimos anteriormente. Es decir, en una misma institución podemos encontrar enfermeras que poseen contratos por tiempo indeterminado mientras que otras son contratadas a tiempo parcial y/o sin registro y también hay trabajadoras que todos los días trabajan en mismo turno y sector mientras que otras no tienen previsibilidad sobre sus horarios y el sector donde se desempeñarán, sino que están disponibles según lo demanden los empleadores. Las trabajadoras que poseen contratos por periodos cortos de tiempo y quienes se encuentran no registradas suelen ser llamadas por los supervisores para realizar reemplazos de otras compañeras o reforzar determinados turnos y desempeñarse en distintos sectores.

De esta forma, si bien el trabajo de enfermería en los servicios de internación se organiza esencialmente en torno a la atención y el cuidado de pacientes a partir de grupos de trabajo distribuidos por sectores, la búsqueda por reducir costos y aumentar las ganancias constituyen elementos que hacen específica la experiencia del trabajo de enfermería en clínicas privadas, especialmente en lo que refiere a la estabilidad en el empleo y la previsibilidad de la jornada.

2.3 Conclusiones Parciales

A lo largo del capítulo mostramos que el sistema de salud argentino se caracteriza desde sus orígenes por su elevada fragmentación y escasa capacidad de articulación -en términos político, institucionales, territoriales y financieros- tanto entre los distintos subsectores que lo conforman -público, privado y seguridad social- como hacia el interior de cada uno de ellos. Estas características estructurales del sector salud pueden ser entendidas como legados históricos en tanto configuran las condiciones laborales de quienes allí se desempeñan. Resultará difícil comprender muchas de las dimensiones que hacen a la *multidimensionalidad* de la experiencia del trabajo de cuidado en enfermería si no conocemos en qué condiciones se realizan esas tareas. Sistematizamos pues las problemáticas estructurales presentes en el sector y qué especificidades posee el trabajo en el ámbito privado de salud y en la región de La Plata, en particular.

En este marco argumentamos que la pandemia puede ser analizada como un *evento crítico*. Es decir, si bien el contexto de excepcionalidad derivó en que surjan nuevas problemáticas que trastocaron el cotidiano laboral en los espacios de salud, la crisis sanitaria

no solo visibilizó, sino que también agudizó desigualdades sectoriales y regionales preexistentes, especialmente en materia de gestión y recursos.

En el primer apartado del capítulo, describimos una serie de transformaciones que posibilitaron el crecimiento del subsector privado asistencial durante las últimas décadas. La desregulación y la penetración de capitales privados afianzó el vínculo entre el subsector privado asistencial y el subsistema de seguridad social y configuró al mercado de la salud como un mercado cada vez más rentable. De esta forma, y a diferencia de lo que ocurre en el subsector público donde prima una concepción de salud vinculada a la universalidad, en el ámbito privado la salud pasa a ser una mercancía y el paciente es considerado, también, un cliente. Consideramos que esta diferencia sustantiva en la forma de concebir la prestación de este servicio esencial tiene consecuencias en la organización el proceso laboral dentro de las clínicas. Asimismo, resultó necesario reponer los vínculos entre el subsector privado con la seguridad social y el subsector público. Luego, nos enfocamos en la dimensión regional para señalar que La Plata se configura como un centro sanitario de referencia para la provincia ya que en su territorio se emplazan una gran cantidad de hospitales de gestión provincial y un amplio abanico de instituciones con servicios de internación de cuidados críticos de alto riesgo y especializados, por lo que muchas personas de otras localidades de la provincia e incluso del país se trasladan a la ciudad para recibir tratamientos y/o atención que requieren internación.

Teniendo en cuenta estos rasgos, en el segundo apartado señalamos que las reformas estructurales del sector salud, profundizadas en la década del '90, tuvieron repercusiones en la gestión de los recursos humanos y en las condiciones de empleo de los/as trabajadores/as. Específicamente, para las enfermeras, las problemáticas de fragmentación del sector se plasman en condiciones laborales heterogéneas (dispersión salarial, diferentes formas de contratación, disparidad en la representación gremial, diversas leyes y convenios que regulan el trabajo, etc.) cuestión que asume características particulares dentro del subsector privado. Sin embargo, también mostramos que existen una serie de problemáticas compartidas por las trabajadoras de enfermería que se profundizaron durante la pandemia de COVID-19. Concretamente nos referimos a la extensión de la jornada de trabajo a través del pluriempleo y/o la realización de horas extras y a los mecanismos precarios de contratación y organización del personal implementados por los empresarios de las clínicas privadas.

Respecto a la prolongación de la jornada laboral, señalamos que la organización de los horarios en el sector, y de la enfermería en particular, vehiculizan la posibilidad de combinar dos empleos. A su vez, son los propios empresarios quienes incentivan a las

trabajadoras que conforman el plantel permanente de las clínicas a realizar horas extras con el objetivo de no contratar nuevo personal. Sumado a estas cuestiones, otro rasgo estructural que explica la extensión de la jornada de enfermería son los bajos salarios que perciben, lo cual hace que muchas trabajadoras utilicen este mecanismo como estrategia de compensación salarial, a costa incluso de sobrecargarse. En lo que refiere a los mecanismos precarios de contratación presentes en las clínicas, señalamos que los empresarios incorporan enfermeras mediante contratos eventuales y/o sin registro para reducir los costos vinculados al empleo de fuerza laboral y así flexibilizar la cantidad de trabajadoras contratadas. Dichos mecanismos suelen complementarse con otras políticas de gestión de personal como son los sistemas de rotación.

En los capítulos siguientes, veremos cómo estos problemas estructurales en las condiciones laborales del sector permean las experiencias cotidianas de las trabajadoras de enfermería.

El Capítulo 1 y 2 conforman la **primera parte** de esta tesis denominada *legados históricos* del trabajo de cuidado en enfermería. Ambos capítulos tuvieron un doble objetivo. Por un lado, buscaron describir y sistematizar una serie de elementos que, consideramos, son explicativos de muchas de las dimensiones que hacen al trabajo de cuidado en enfermería dentro del sector salud y también nos permiten justificar el porqué de la elección de este grupo y el recorte espaciotemporal de esta tesis. Por otro lado, argumentamos que esos legados históricos no solo representan una descripción, son parte del tiempo pasado o bien constituyen el “telón de fondo” de esta investigación, sino que actúan como condicionamientos que limitan, posibilitan y vehiculizan las acciones que realizan los sujetos en el tiempo presente y también lo que proyectan a futuro. Es decir, no podríamos comprender muchas de las aristas que hacen a la *multidimensionalidad* del trabajo de cuidado en enfermería sino conociéramos los legados profesionales, sectoriales y laborales que permean las experiencias de un grupo históricamente subordinado.

A lo largo de los cuatro capítulos que integran la **segunda parte** de esta tesis, analizaremos de qué manera los legados históricos descritos en los Capítulos 1 y 2 se reactualizan en el devenir cotidiano y hacen a la configuración del trabajo de cuidado en enfermería en clínicas privadas. En primer lugar, entendemos que dichos legados constituyen elementos explicativos en tanto se presentan como condicionamientos que preceden, limitan y/o posibilitan el accionar de las enfermeras. Es decir, nos permiten comprender los problemas en materia de condiciones laborales con los que deben lidiar a diario, las

estrategias que podrían construir, los mecanismos empresariales con los que se enfrentan, etc. En segundo lugar, los legados históricos de la profesión y de las condiciones de ejercicio dentro del sector también vehiculizan y permiten construir imaginarios sobre la enfermería. En muchos casos, esas representaciones se transforman en juicios – que pueden ser reales o imaginarios– con los cuales las enfermeras dialogan y/o a partir de los cuales se posicionan al momento de, por ejemplo, vincularse con otros grupos laborales, discutir sobre sus condiciones de trabajo, delimitar un perfil profesional específico y/o evaluar las tareas de atención de pacientes que realizan.

Estos legados históricos dejan *huellas* -o rastros- en las experiencias cotidianas de la enfermería en la actualidad, como veremos en la segunda parte de esta tesis.

SEGUNDA PARTE:

La multidimensionalidad del trabajo de cuidado en enfermería

Capítulo 3 – El espacio de trabajo. Mecanismos de control y márgenes de acción en el trabajo de enfermería en clínicas privadas

Luego de presentar una serie de legados históricos que configuran el trabajo de cuidado en enfermería, en esta segunda parte mostraremos y fundamentaremos empíricamente las dimensiones analíticas que, consideramos, hacen a la *multidimensionalidad* del trabajo de cuidado en enfermería. En el presente capítulo nos centraremos en el espacio de trabajo; en el capítulo cuatro abordaremos los tiempos de trabajo y no-trabajo; en el cinco profundizaremos en la relación con otros significativos y en el sexto y último capítulo, indagaremos en el lugar que poseen los sentimientos en el trabajo de cuidado en enfermería. Específicamente en este capítulo buscaremos comprender la *multidimensionalidad* del trabajo de cuidado en enfermería a partir de analizar las formas de organización del trabajo y los mecanismos de control presentes en las clínicas privadas. Indagaremos particularmente en los sistemas de evaluación y en las políticas de gestión de calidad considerando las transformaciones en la organización de las tareas producto de la pandemia. En este sentido, nos interesará mirar lo que sucede en los espacios concretos de trabajo para así analizar problemáticas vinculadas a las condiciones de ejercicio de la enfermería en el subsector privado de salud.

Como mostraremos a continuación, una de las dimensiones que hacen a la práctica de cuidado en enfermería remite a cómo se organiza el trabajo dentro de las clínicas, específicamente a las tensiones entre los mecanismos de control empresarial y las acciones y/o márgenes de acción que construyen los sujetos. En este sentido, la relación entre control y autonomía representa un aspecto central de los debates de la sociología del trabajo. En términos analíticos, los estudios clásicos sobre los procesos de trabajo suelen centrarse en el análisis de sus elementos materiales (insumos, herramientas, tecnologías, etc.) y pensar el binomio control-autonomía de forma unidireccional, es decir del empleador hacia el trabajador (Braverman, 1974; Coriat, 1994). Sin embargo, en nuestro campo empírico, veremos que el control puede estar representado por distintos actores (organismos externos, empleadores, superiores jerárquicos, profesionales médicos, pacientes, etc.) manifestarse de distintas formas y a través de distintos mecanismos (por ejemplo, a través de políticas de gestión de calidad, vigilancia sobre las tareas, distinciones profesionales, cumplimiento de protocolos estrictos, formas de contratación precarias, etc.)

Asimismo, indagaremos en los mecanismos de control sobre las tareas que realizan las enfermeras en las clínicas para dar cuenta de sus alcances y limitaciones. En este sentido, por las características mismas de la práctica de cuidado de la salud, las trabajadoras poseen ciertos márgenes de acción a partir de los cuales construyen estrategias para sobrellevar y/o enfrentar situaciones problemáticas vinculadas a sus condiciones laborales o bien disputar espacios de autonomía profesional dentro de las clínicas. Para profundizar en esta cuestión, son interesantes los aportes de la psicodinámica del trabajo – a través de autores como Christophe Dejours (2009, 2013)- desde la que se plantea que la organización del trabajo no puede pensarse como algo totalmente controlado, reglado y/o regulado de ante mano, sino que los sujetos también poseen capacidad de acción. De esta forma, el análisis de lo que efectivamente sucede con el trabajo de las enfermeras en las clínicas, nos permitirá observar las problemáticas que emergen en el cotidiano y también en contextos de excepcionalidad y las acciones que realizan los sujetos para sobrellevar estos desfasajes.

Por último, a lo largo del capítulo registraremos la dimensión temporal. En primer lugar, indagaremos si los significados que las enfermeras construyen sobre sus condiciones de ejercicio refieren estrictamente al tiempo presente y/o al espacio concreto de la clínica, o dialogan también con representaciones e imaginarios sociales construidos históricamente sobre la profesión (que describimos en los capítulos de la primera parte de esta tesis). Debemos considerar entonces la dimensión material del trabajo, pero también los significados y las formas de representación y elaboración simbólica que realizan los sujetos (De la Garza Toledo, 2010). En segundo lugar, el tiempo asume un lugar central en tanto nos interesa profundizar en las transformaciones producto del reacondicionamiento de los servicios de salud durante la pandemia de COVID-19. No obstante, indagaremos si las problemáticas que cobraron visibilidad en este contexto fueron novedosas y excepcionales, o se entrelazaron con mecanismos empresariales preexistentes y extendidos dentro del subsector privado.

A lo largo del capítulo nos centraremos en las experiencias de enfermeras que trabajan en clínicas privadas con internación general, tanto antes como durante la pandemia. En un primer apartado analizaremos cómo los mecanismos de acreditación y evaluación de calidad a través de organismos externos constituyen una dimensión que hace a la experiencia del trabajo de cuidado en enfermería. En el segundo apartado, profundizaremos en las transformaciones de la organización del trabajo al interior de las clínicas producto de la pandemia., Tal como hicimos en los casos precedentes, al finalizar el capítulo

sistematizaremos las conclusiones parciales que se desprenden de los principales hallazgos de investigación.

3.1 Sistemas de acreditación y políticas de gestión de calidad, sus implicancias en el servicio de enfermería

“En las clínicas, como que dicen que brindan mejor calidad de atención a la gente ... porque viste que ellos toman a los pacientes como clientes. Acá no [en referencia al hospital público donde también trabaja] nosotros los tomamos como pacientes, pero allá son clientes”. (Marcela, Técnica en Enfermería, Clínica Privada, Terapia Intensiva, marzo 2020)

Analizar cómo los mecanismos de acreditación y evaluación de calidad a través de organismos externos constituyen una dimensión que hace a la experiencia del trabajo de cuidado en enfermería supuso partir de elementos de la cotidianeidad de quienes día a día desempeñan esa actividad. Marcela es Técnica en Enfermería y, como muchas otras enfermeras, tiene dos empleos: durante la mañana trabaja en un hospital público de la ciudad y, por la noche, en una clínica privada. En ambos casos lo hace en el servicio de terapia intensiva. En el marco de la entrevista realizada poco tiempo antes de la pandemia, Marcela establece una diferencia clara entre sus dos trabajos: si en el hospital las personas que reciben atención son catalogadas solo *“como pacientes”* en la clínica *“ellos”* -es decir los empresarios- también toman a los pacientes *“como clientes”*. En ese marco, la noción de *calidad* cobra un rol central para comprender cómo se organizan las tareas de enfermería; concretamente los mecanismos implementados por las clínicas para *“mejorar la calidad de la atención”* y así captar más pacientes/clientes se traducen en diversas exigencias sobre la organización del proceso de atención-cuidado. De esta forma, en las clínicas privadas, a diferencia de lo que sucede en el ámbito público donde la atención se organiza en torno a la universalidad y la salud se configura como un derecho que debe ser garantizado por el Estado, la salud posee el carácter de mercancía y, por ende, entran en juego lógicas propias del empleo privado. Los sistemas de acreditación y evaluación de calidad pueden ser pensados entonces como un mecanismo de control en tanto las políticas de gestión empresarial buscan aumentar ganancias a partir de brindar *“mejores servicios”* a sus clientes, lo que deriva en un aumento de la vigilancia sobre el trabajo que realizan las enfermeras en las clínicas.

Como en otras actividades privadas, los empresarios de la salud buscan atraer a un mayor número de clientes con el objetivo de mejorar su posición dentro de un mercado que se presenta como rentable y competitivo. Lograr certificaciones de calidad por parte de organismos externos contribuye a este fin. Ahora bien, para comprender la importancia de

este aspecto, debemos recordar que la financiación de los establecimientos asistenciales privados está vinculada al subsector de seguridad social (como vimos en el Capítulo II). Es decir, las obras sociales y las empresas de medicina prepaga contratan los servicios de internación de las clínicas para sus afiliados. Para lograr consolidar dichos contratos y así aumentar ganancias, los empresarios buscan captar un mayor flujo de entidades de la seguridad social. Una forma de hacerlo es adecuar sus prestaciones a los estándares de calidad que demandan, especialmente, las empresas de medicina prepaga (como OSDE, Swiss Medical, etc.). A su vez, la categorización de las clínicas ante organismos de evaluación externos otorga beneficios monetarios directos a través del reconocimiento económico de algunos financiadores. Por esta razón, los establecimientos acreditados dentro de los sistemas de evaluación de calidad muchas veces reciben “plus” monetarios por parte de las entidades financiadoras, en función del tipo de credencial con la que cuenten.

Concretamente, la adecuación de las clínicas a ciertos estándares de calidad de sus servicios contempla la evaluación de distintos aspectos: i. la estructura y las condiciones edilicias de la institución; ii. los equipamientos y las tecnologías médicas con las que cuentan; iii. las características de los servicios no médicos -que hacen al *confort* de la estadía, como por ejemplo las características de las habitaciones, la “hotelería” como mencionamos en el Capítulo 2; iv. la capacitación y la formación de los recursos humanos; v. los procesos que se llevan a cabo en la producción de la atención médica; vi. los resultados, es decir el producto final del proceso de atención, aspecto que se manifiesta en la evolución del paciente y en el grado de satisfacción por la atención recibida. Por esta razón, muchas de las prácticas que realizan los servicios de enfermería de las clínicas -es decir, en términos de procedimientos, formas y resultados de la atención- son sometidas a instancias de control a través de evaluaciones periódicas que realizan tanto los organismos externos que otorgan certificaciones de calidad como los departamentos de gestión de las mismas.

En este apartado nos preguntamos entonces ¿qué características tienen los sistemas de evaluación y acreditación de calidad externos a los que se someten algunas clínicas? ¿Cómo las exigencias en torno a la “calidad” de las prestaciones constituyen mecanismos de control sobre la organización del trabajo y, en particular, sobre las enfermeras? ¿Pueden las enfermeras construir márgenes de acción que dialoguen y/o pongan en tensión esas exigencias? Para responder estos interrogantes, indagaremos en las características que poseen los sistemas de acreditación y evaluación externos y cómo éstas influyen en las políticas de gestión de calidad internas de las clínicas. Posteriormente, mostraremos de qué

manera esas políticas pueden entenderse como mecanismos de control sobre el trabajo de cuidado que realizan las enfermeras.

3.1.1 “Eficacia en el cumplimiento de los procesos y efectividad de los resultados”. Políticas de acreditación de calidad y exigencias de formación profesional de la enfermería

Desde hace algunos años, la noción de *calidad* comenzó a permear la atención médica, especialmente en los establecimientos privados asistenciales de mayor tamaño y complejidad que compiten por ser las empresas líderes dentro del sector. En términos normativos, nuestro país cuenta con el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica (PNGCAM) el cual fue creado en 1992 -y ratificado en la resolución N°856/2017-⁶⁴. En su Artículo 1° establece por objetivo normatizar las actividades vinculadas con el accionar sanitario y proponer las medidas necesarias para garantizar la calidad de las prestaciones y la seguridad del paciente. De esta forma, el programa busca establecer directrices de organización y funcionamiento de los servicios de salud, guías para la práctica clínica, herramientas para la estandarización de procesos asistenciales y acciones que garanticen la seguridad del paciente⁶⁵.

En este marco, en los organigramas de las clínicas con internación general encontramos áreas dedicadas a la gestión de calidad (Comités de Calidad o Departamentos de Calidad) es decir espacios que evalúan periódicamente los servicios que prestan las instituciones. Los Comités de Calidad de las clínicas, suelen estar conformados por miembros del equipo de dirección, superiores y representantes de diferentes sectores de la organización, especialmente profesionales médicos/as de las distintas áreas (infectología, cirugía, clínica médica, etc.). En algunos casos, también son incluidos otros grupos, como enfermería. Estos espacios funcionan como equipos multidisciplinarios de gestión que evalúan los distintos procesos que hacen a la organización del trabajo y la atención de pacientes en las clínicas, con el objetivo de “*mejorar la calidad de las prestaciones*”, en consonancia con los requerimientos solicitados por los organismos de evaluación externa.

La adopción de este tipo de políticas es referenciada como un aspecto positivo por los empresarios, puesto que los establecimientos que aplican sistemas de evaluación de calidad garantizarían a sus pacientes la adopción de estándares médicos nacionales e

⁶⁴<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-856-2017-276830>

⁶⁵ Desde el año 2017, el programa se aplica a los establecimientos nacionales de salud, Obras Sociales Nacionales, el INNSJyP y hospitales públicos de gestión descentralizada, establecimientos de jurisdicciones provinciales, municipales, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y otras entidades del sector salud que adhieran.

internacionales y, por ende, brindarían una mejor atención -en comparación con otros establecimientos privados presentes en el mercado-. De esta forma, las políticas de gestión de calidad de las clínicas también incluyen recomendaciones de organismos de acreditación externos⁶⁶ a fin de buscar adaptar sus prestaciones a las normas que solicitan dichos organismos. Para lograr estas certificaciones, las clínicas contratan servicios externos que realizan evaluaciones periódicas según determinados estándares de calidad. En todos los casos, los procesos de acreditación son voluntarios, es decir cada establecimiento solicita su evaluación y asume el costo de la misma. En nuestro país existe un conjunto de entidades no gubernamentales reguladas por el Registro Nacional de Entidades de Evaluación Externa de la Calidad en Salud, que tienen la potestad de entregar este tipo de certificaciones⁶⁷.

Entre los organismos que desarrollan evaluaciones de calidad encontramos al Centro Nacional para la Acreditación en Salud (CENAS)⁶⁸, es decir una entidad privada que realiza evaluaciones externas de acreditación de calidad en establecimientos de salud que lo soliciten. En nuestro campo empírico hallamos que las clínicas privadas suelen exhibir las certificaciones del CENAS en sus sitios web y también en las carteleras. Asimismo, las enfermeras también nos relataban que muchas instituciones privadas, desde sus Comités de Calidad, comienzan por realizar evaluaciones de calidad internas tomando como referencia los manuales utilizados por CENAS, para luego iniciar el proceso de preparación hacia la evaluación externa que finalmente certifique calidad por parte de dicho organismo. En la página web del CENAS encontramos algunas nociones de *calidad* que la entidad posee para los servicios de salud: “*la calidad busca mejorar la eficiencia en la utilización de los recursos y la estructura; la eficacia en el cumplimiento de los procesos y la efectividad de*

⁶⁶ Esta metodología surgió en los Estados Unidos de América a comienzos del siglo XX y se expandió luego de la década del '50, con la creación de la Joint Commission on Accreditation of Hospita, actualmente Joint Comisión on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). Para un análisis del desarrollo histórico de los sistemas de acreditación en salud ver: Di Napoli y Mesa “La Acreditación en Argentina: Realidad, intención o utopía” (2015).

⁶⁷ Desde el año 2017, la Resolución (856/2017) del PNGCAM promueve “el establecimiento y validación de las modalidades de evaluación externa de la calidad de los Servicios de Salud como la Acreditación de los Servicios de Salud, la certificación de procesos de gestión de la calidad en servicios de salud y de premios a la calidad en servicios” (inciso “L” Artículo 1º). Además del CENAS, dentro de los organismos que desarrollan evaluaciones de calidad podemos mencionar al Instituto Técnico de Acreditación de Establecimientos de Salud (ITAES) y la Comisión Interinstitucional para el Desarrollo de la Calidad de la Atención Médica (CIDCAM) (Di Napoli & Mesa, 2015)

⁶⁸ Uno de los puntos que hace de CENAS una entidad de renombre dentro de los organismos de acreditación de calidad radica en que la misma es miembro de la International Society for Quality in Health Care (ISQua), es decir una institución internacional que evalúa y acredita a organismos que realizan evaluaciones con estándares superiores de calidad a instituciones de salud de distintos países del mundo. <https://isqua.org/membership/institutional-members.html>

los resultados obtenidos, procurando la mayor seguridad del sistema de atención respecto de cada paciente” (página web, CENAS⁶⁹).

Ahora bien, más allá de las características específicas que poseen los esquemas de acreditación de calidad, entendemos que dichos sistemas pueden pensarse como mecanismos de control ya que tienen un impacto concreto en las formas de organización del trabajo en las clínicas y, en particular, en varios aspectos que hacen a las tareas de cuidado en enfermería. Como señalamos anteriormente, muchos de los puntos de calidad que evalúan los organismos externos están estrechamente vinculados con el servicio de enfermería (tanto en lo relativo a los procedimientos y los resultados de la atención de pacientes como a los niveles de calificación del personal). Por ejemplo, un requerimiento con el que deben cumplir las clínicas son las políticas de identificación de pacientes y de identificación de alto riesgo, es decir procesos que suponen la estandarización de determinados aspectos de la práctica de cuidado.

A su vez, más allá de la normalización de procedimientos relativos a la atención, otra dimensión que suele ser evaluada por los organismos que acreditan calidad es la capacitación y la formación de los recursos humanos. En este punto, el sector de enfermería ocupa un lugar central en las discusiones sobre el nivel de calificación que poseen los/as trabajadores/as de las clínicas. En primer lugar, porque las formas en que se organiza la atención hacen de la enfermería un servicio fundamental: buena parte del plantel de trabajadores/as de las clínicas está conformado por enfermeras. En segundo lugar, porque los problemas históricos relativos a la cantidad y a la calificación profesional de este grupo (cuestión que vimos en detalle en el Capítulo I) hacen que el número de enfermeras con titulación -especialmente de Licenciatura- se configure como un aspecto problemático y, por ende, a evaluar por parte de los organismos que acreditan calidad.

Para comprender en mayor profundidad este punto, podemos recuperar el testimonio de Natalia. Ella es Licenciada en Enfermería y trabaja, desde hace trece años, en una de las clínicas de mayor complejidad de la ciudad. Durante la entrevista realiza un repaso por sus primeras inserciones laborales: recuerda que ingresó a la institución cuando aún era estudiante de enfermería, a comienzos de los años dos mil. Natalia remarca su condición de “estudiante” para mostrar que, durante esos años, era común que los establecimientos de salud contraten personal sin titulación o estudiantes próximas a recibirse. En esos primeros pasos, recuerda que la clínica contaba con un plantel de aproximadamente ochenta

⁶⁹ <https://www.cenas.org.ar/>

enfermeras de las cuales la mayor parte realizaba tareas sin contar con instrucción formal y solo un pequeño porcentaje tenía título profesional.

En su relato, Natalia no sólo describe su trayectoria en la clínica y en la profesión, sino que también introduce elementos que permiten vislumbrar las transformaciones que experimentó la enfermería, en tanto colectivo, durante las últimas décadas. En este sentido, recuerda un punto de inflexión respecto a las exigencias de formación de las enfermeras dentro de la clínica donde aún hoy trabaja. Concretamente, a partir de los años 2007-2008, las autoridades delimitaron un nuevo plan de gestión que buscaba transformar y, por ende, modernizar los procesos de atención de distintas áreas de la clínica, entre ellas el servicio de enfermería. En este marco se impulsó un proceso de capacitación de quienes prestaban servicio sin titulación y/o eran auxiliares que deseaban profesionalizarse. Dicho incentivo estaba en sintonía con los programas estatales que fomentaban tanto la formación de enfermeras en instituciones de educación superior como la capacitación de quienes ya realizaban tareas como “empíricas”.

Ahora bien, más allá de los programas de formación, Natalia vincula la capacitación del servicio de enfermería con otro suceso: en el marco del nuevo plan de gestión, las autoridades de la clínica buscaban adecuar sus servicios a los estándares que solicitaban los organismos externos de evaluación con el objetivo de, finalmente, lograr la acreditación de calidad de la institución y para ello necesitaban enfermeras con titulación:

“E- ¿Y la capacitación del personal de enfermería por qué empezó?”

N- Acá en la institución, por ejemplo, desde el punto de vista de acreditación de calidad está el CENAS, que es el que acredita la calidad en los servicios de salud privados. Entonces el CENAS tenía dentro de sus estándares el nivel profesional de enfermería y en ese momento estaba bueno tener enfermeros recibidos. Ahí [los directivos de la clínica] empezaron a trabajar en la acreditación, en el 2007. Había que tener algunos enfermeros recibidos con matrícula. Entonces de ahí viene el interés institucional. Después empezó a ser un interés de los profesionales que ya nos recibíamos, nos formábamos y nos especializábamos ... se hizo mucha fuerza desde enfermería y a la institución le venía bien. El beneficio era que aumentaba la acreditación del CENAS porque realmente en la acreditación del CENAS quienes hacemos los manuales de procedimiento de casi todas las áreas somos nosotros, los enfermeros, los supervisores [de enfermería] con el equipo a cargo y eso es lo que les hizo ver el interés.” (Natalia, Licenciada en Enfermería, Clínica Privada, Supervisora de Área, diciembre 2020)

Natalia sostiene que, en un primer momento, el interés que mostró la institución por aumentar el nivel de calificación de las trabajadoras de enfermería estuvo ligado a la necesidad de adaptarse a los estándares de calidad solicitados por el CENAS. Contar con un

cierto número de enfermeras profesionales -especialmente licenciadas con matrícula habilitante- era un punto importante para lograr la certificación de los evaluadores externos. Sin embargo, ella también expresa que el interés motorizado inicialmente por las autoridades de la clínica fue retomado por las propias trabajadoras. Estudiar en espacios formales, recibirse y así contar con un título, continuar capacitándose y/o especializándose no solo era experimentado como una exigencia que demandaba la empresa, sino que comenzó a configurarse como un interés propio de la enfermería, en tanto colectivo. Ese interés no sólo remitía a las condiciones de ejercicio presentes, sino que también dialogaba con legados históricos de la ocupación, esencialmente vinculados a su inacabado proceso de profesionalización y a las demandas por reconocimiento del rol como profesionales dentro de las instituciones de salud. En este sentido, si bien las políticas de calidad orientadas a aumentar el nivel de formación de enfermería en un principio podían ser leídas como una exigencia para con las trabajadoras - motorizada por los organismos de control de calidad externos- finalmente esa demanda fue (re) apropiada por el propio colectivo: *“se hizo mucha fuerza desde enfermería”*, afirma Natalia.

Asimismo, el testimonio de Natalia nos permite observar que la discusión en torno a los niveles de calificación también ponía en valor otros aspectos del trabajo que realizaban, especialmente ante la mirada de las autoridades de la clínica. Las enfermeras señalaban que incentivar su formación profesional, no solo traía beneficios particulares en tanto grupo, sino que contribuía a mejorar la organización del trabajo en las clínicas, cuestión que podía ser capitalizada por los empresarios y abonar a los lineamientos del nuevo plan de gestión. Concretamente, las enfermeras que contaban con titulación se posicionaban como un grupo que tenía los conocimientos profesionales necesarios para confeccionar manuales de procedimiento de las distintas áreas de la clínica, cuestión que también era evaluada por los sistemas de acreditación del CENAS.

En su narrativa, Natalia señala que otra transformación enmarcada en el nuevo plan de gestión de calidad fue la creación de un Departamento específico para el servicio y la implementación de “jefaturas” de enfermería para las distintas áreas de internación:

“Cuando yo entré en el 2008 no había supervisores de enfermería en diferentes áreas, era un jefe de enfermería y enfermeros. En ese momento igual éramos 75 hoy somos 180 y estuvo bueno, porque partió de la necesidad de los enfermeros que tenían muchas cosas para poder resolver. Yo estaba en un área de neonatología, por ejemplo. Trabajé 5 años en esa área, ahí me especialicé y había cosas que uno tenía que resolver... y el jefe de departamento es un jefe de departamento, pero no es especializado en el área... Entonces a partir de ahí empieza la demanda, desde la necesidad de enfermería, por eso es algo ganado. También tenemos [los/as jefes y/o

supervisores de área] *una función de docencia, nosotros capacitamos en todo lo tecnológico, herramientas nuevas, por ejemplo, bombas de infusión o de biomedicina a todo el personal que tenemos a cargo y es una función del supervisor, más allá que en la ley de ejercicio de la profesión de los licenciados está que la docencia es una de las funciones no todas las instituciones privadas le dan bola a esto. Pero acá partió desde el recambio profesional de enfermería, entonces los enfermeros empezamos a pedir y de ahí se fue dando una estructura”*. (Natalia, Licenciada en Enfermería, Clínica Privada, Supervisora de Área, diciembre 2020)

Natalia señala que, en el marco de las nuevas formas de gestión de la clínica, se reorganizó y amplió la estructura del servicio de enfermería a partir de la creación de nuevos puestos jerárquicos e intermedios. En este sentido, si bien esas transformaciones tenían por objetivo mejorar los criterios de calidad en la atención, las propias trabajadoras también propusieron una serie de transformaciones para contribuir a la organización del trabajo en el sector. Además de solicitar la creación de un Departamento propio, las enfermeras demandaron la jerarquización de otros aspectos de su trabajo, específicamente en lo que concierne al reconocimiento de competencias profesionales como, por ejemplo, las funciones de docencia y capacitación de personal. De esta forma, el crecimiento del número de enfermeras dentro de la institución y la presencia de un mayor porcentaje de Licenciadas habilitó la construcción de demandas por parte de este grupo, demandas que se relacionaban con problemas que ellas mismas habían detectado y que, finalmente, fueron retomadas por las autoridades. Por ejemplo, la inclusión de la figura de “supervisor/a de área”, como Natalia, permitió acompañar y aliviar las tareas de quienes trabajaban en la asistencia directa de pacientes y mejorar la gestión de recursos. Específicamente quienes ejercen el rol de jefes/as de área suelen ser enfermeras con título de Licenciatura, quienes, además de brindar apoyo en la atención de pacientes, se encargan de contabilizar la cantidad de camas ocupadas y disponibles, organizar y solicitar insumos y materiales, coordinar los grupos de trabajo, organizar francos y licencias, entre otras tareas de gestión.

A su vez, las transformaciones en la organización del servicio de enfermería al calor de las nuevas políticas de calidad no solo fueron percibidas por las enfermeras como una mejora en la organización de las tareas sino también en las condiciones concretas de trabajo, como señala Natalia:

“Se lograron un montón de cosas, yo la verdad que quería lograr con el equipo cambios en enfermería: dejar de arrastrar una bolsa de higiene y tener un carro, mejorar las condiciones de trabajo... tener un espacio para hacer oncología con una campana flujo laminar porque haciendo esos tratamientos. Mis compañeros también necesitan ser escuchados, entendidos. Poder darles el día de descanso, acá [en referencia a la clínica] los feriados se trabajan y no te dan un día. Valoro el equipo

que formé con mis compañeras porque ellas son más nuevas...Ahí vamos, por esa línea...Entonces es como que tengo un compromiso con mi profesión acá dentro, porque antes no era tan lindo". (Natalia, Licenciada en Enfermería, Clínica Privada, Supervisora de Área, diciembre 2020)

Por un lado, para enumerar las mejoras conseguidas en los últimos años en materia de condiciones laborales, Natalia señala que desde el equipo de enfermería lograron que la institución incorpore "carros" para facilitar el traslado de residuos y/u otros elementos de higiene que utilizan a diario en las prácticas de cuidado. Sumar este elemento de trabajo implicaba una mejora sustancial en las condiciones cotidianas de las enfermeras puesto que ya no tendría que realizar sobreesfuerzos físicos para movilizar las "bolsas de higiene", cuestión que podía causar lesiones y/o dolores musculares. Por otro lado, también señala como un "logro" de la enfermería la incorporación de una campana de flujo laminar, es decir un elemento para proteger la salud de quienes trabajan en el área de quimioterapia. Este tipo de prácticas deben desarrollarse en ambientes estériles (libres de gérmenes) tanto para evitar infecciones en los pacientes como también para limitar el contacto del personal con las partículas de quimioterapia, las cuales contienen sustancias potencialmente peligrosas para la salud.

Al mirar hacia atrás, Natalia reconoce la incorporación de estos elementos como parte de una serie de mejoras en las condiciones de trabajo de enfermería. Sin embargo, en su narrativa, las demandas para finalmente adquirir elementos de trabajo que protejan la seguridad y la salud de las enfermeras, no solo se reduce a problemáticas del tiempo presentes y circunscritas al espacio de trabajo concreto, sino que también son leídas en un marco de reclamos históricos de la profesión. Reclamar por mejoras en las condiciones de trabajo no solo significa representar el interés de un grupo específico, sino que expresa un interés por la ocupación, un "compromiso con la profesión" donde se reactualizan legados vinculados a las condiciones de ejercicio de la enfermería. "Antes no era tan lindo", señala Natalia para remarcar que, si bien las condiciones de trabajo actuales distan de ser las mejores, las situaciones que experimentaban las enfermeras más antiguas eran de mayor precariedad. De esta forma, el hecho que, en el marco de transformaciones en la organización por la implementación de políticas de gestión de calidad, los empleadores tomen en cuenta las demandas del sector de enfermería representaba una mejora en las condiciones laborales cotidianas, pero también era una posibilidad para, finalmente, ser "escuchados", "entendidos". En este sentido, la posición histórica de subordinación de la enfermería habilitaba una lectura más amplia de los sucesos. Es decir, la existencia de espacios para

canalizar demandas y/o la concreción de mejoras en las condiciones laborales, aún en un marco de exigencias de acreditación de calidad, conlleva significaciones profundas para las enfermeras, que dialogan con problemáticas y reclamos históricos de la profesión, en términos generales.

Como veremos a continuación, las exigencias en torno a la calidad en la atención, además de tener consecuencias sobre la estandarización de procesos y la incorporación de enfermeras con título profesional, también tendrán incidencia en otro aspecto que hace a las condiciones de ejercicio cotidianas de este grupo. Concretamente analizaremos las disputas en torno al uso de un elemento distintivo del uniforme de trabajo de enfermería: la cofia.

3.1.2 “Un simbolismo de género y de sumisión”. Exigencia del uso de la cofia y mecanismos de distinción

Como venimos señalando, los ámbitos de salud son espacios sumamente jerarquizados donde conviven diversos grupos laborales con un alto nivel de calificación profesional (médicos/as, bioquímicos/as, técnicos/as etc.) junto con otros/as trabajadores/as que brindan servicios complementarios (tareas administrativas, limpieza, cocina, traslados, mantenimiento, etc.). En esta línea, en muchas instituciones privadas, además de la asignación de roles y tareas específicas, las distinciones y las clasificaciones entre los grupos laborales se plasman en el tipo de vestimenta que utilizan. Por ejemplo, en una de las clínicas con internación general donde realizamos observaciones, encontramos que las enfermeras utilizaban ambo y cofia color blanco, el personal de limpieza ambo verde, el personal de cocina amarillo y los camilleros ambo celeste. Por el contrario, los médicos, solían presentarse solamente con un guardapolvo blanco y, en algunos casos, no contaban con ropa de trabajo que los identificara, por lo que resultaba difícil diferenciarlos del público en general. De esta forma, la ropa de trabajo y el color de la misma permitían distinguir, a simple vista, el agrupamiento al que pertenecía cada trabajador/a.

A su vez, en el caso de las enfermeras, más allá del tono y el tipo de vestimenta encontrábamos que muchas veces el uniforme incluía un elemento diferencial: la cofia, es decir, una especie de gorra o tocado sobre sus cabellos. En un primer momento, la cofia representaba un accesorio más del uniforme laboral, sin embargo, con el correr de las entrevistas, comenzamos a registrar que ese elemento tenía otros sentidos para las enfermeras, que incluso permeaban la lectura que hacían sobre sus condiciones de trabajo y sobre el lugar de la profesión dentro de las instituciones de salud.

Al consultar por las características del uniforme laboral, las enfermeras señalaban que la obligatoriedad del uso de la cofia constituía un elemento que el área de gestión de algunas clínicas interpretaba como criterio de calidad. Es decir, en el marco de la adopción de normas de acreditación de calidad, la cofia aparecía como un requisito necesario para adecuar el servicio de enfermería a los estándares solicitados por los organismos externos de evaluación. Sin embargo, la inclusión de este elemento distintivo fue recibido en algunos casos con resistencias por parte de las trabajadoras. Para ejemplificar esta situación podemos remitirnos nuevamente al testimonio de Marcela:

“M-Claro, a nosotros nos habían implementado las cofias el año pasado y no queríamos usar cofia porque generalmente... en el edificio cerrado [en referencia al área de terapia intensiva] por ahí te empieza a molestar, te agarra comezón, calor y eso... aparte era un punto más de inflexión. Hicieron una nota mis compañeros donde firmamos todos de que era como un punto de inflexión las cofias así que las sacaron. Un mes o dos meses usamos cofia y después olvídate, nunca más [las usaron] (Marcela, Técnica en Enfermería, Clínica Privada, Terapia Intensiva, marzo 2020)

En el testimonio de Marcela, encontramos que la exigencia respecto a la utilización de la cofia resultaba novedosa y se enmarcaba en una serie de modificaciones en la organización impulsadas por las autoridades de la clínica. Concretamente, si bien la decisión de incluir la cofia como parte del uniforme de enfermería era presentada por las autoridades como un *“criterio de calidad”*, su utilización era percibida por las enfermeras como un aspecto negativo en términos de condiciones laborales puesto que generaba malestar – comezón, calor, etc.–. Sumado a la incomodidad que despertaba su uso, la inclusión de este elemento era tematizado como una cuestión simbólica y situado en un escenario más amplio. Es decir, las trabajadoras percibían que, durante el último tiempo, el control ejercido sobre sus tareas había aumentado, lo cual conllevaba un déficit en sus condiciones de trabajo cotidianas. Para describir esta situación mencionaban los cambios en los puestos de supervisión; la vigilancia de los superiores sobre los momentos libres (por ejemplo, la prohibición del uso de celular durante la jornada); las restricciones respecto a la circulación por otras áreas de la clínica; la limitación de los espacios para alimentarse (sólo a una *“pequeña cocina”* donde también se guardaban elementos de limpieza); la prohibición de tomar mate, entre otros mecanismos de control. De esta forma, en un contexto de creciente vigilancia sobre sus tareas, aceptar el uso de la cofia era percibido como un punto de *“inflexión”*, es decir un aspecto que hacía a sus condiciones de ejercicio y sobre el cual no estaban dispuestas a ceder. Las trabajadoras, entonces, se organizaron para impulsar un

reclamo grupal ante una medida que consideraban “*injusta*”. Concretamente, confeccionaron una nota manifestando su descontento y rechazo ante la implementación del uso de la cofia, la cual fue firmada por todo el servicio. El objetivo del reclamo era que las autoridades revean la decisión de incluir este elemento como obligatorio, cuestión que finalmente lograron revertir.

Además de negarse a utilizar la cofia por considerarlo un elemento que deterioraba sus condiciones de trabajo cotidianas, las enfermeras también esgrimían otros argumentos esencialmente vinculados a las representaciones de género y a la distribución de roles y jerarquías al interior de los espacios de trabajo en salud. Para profundizar en este aspecto podemos traer nuevamente el testimonio de Natalia:

“N- Veía muchas cosas injustas ahí adentro (...) antes teníamos esas cofias puestas que eran un símbolo, de un simbolismo de género y de sumisión de un montón de cosas de no profesionales, porque la verdad que la cofia la tengo que usar es una técnica estéril y tiene que ser una cofia descartable, no una tela puesta en la cabeza. Tenemos el jefe de departamento es un hombre, también en el directorio son en su mayoría hombres, hay dos mujeres, pero todos son médicos, pero los que pueden opinar y hablar, tomar las decisiones, son hombres.” (Natalia, Licenciada en Enfermería, Clínica Privada, Supervisora de Área, diciembre 2020).

En la descripción que hace Natalia, podemos vislumbrar una serie de razones para oponerse a la incorporación de la cofia como parte del uniforme de enfermería. Por un lado, Natalia postula argumentos vinculados al rigor sanitario de su utilización. Concretamente, el material con el que estaban confeccionadas (telas como poliéster, algodón) no era descartable y, por lo tanto, no cumplían una función estricta de higiene y seguridad. La utilización de la cofia -en tanto elemento de protección personal- suele indicarse sólo para realizar prácticas de tipo estéril, es decir para efectuar cuidados que requieren reducir los riesgos ante una posible infección y/o contaminación (por ejemplo, durante una práctica quirúrgica) y debe seguir un diseño preciso. En este caso, ni material ni el diseño de la cofia que debían utilizar las enfermeras en la clínica cumplían con una función de higiene y/o protección específica, sino que representaba un elemento estético y de distinción.

Por otro lado, Natalia, plantea que su uso era interpretado como un símbolo histórico de identificación y clasificación que (re)actualizaba imaginarios vinculados al género y los trabajos de cuidado⁷⁰. En este punto, debemos recordar que, desde Florence Nightingale en adelante, la cofia -también llamada “toca”- constituye una prenda distintiva de la enfermería

⁷⁰ Otras investigaciones históricas sobre la enfermería en otras regiones del país también dar cuenta de los simbolismos asociados al uso de la cofia entre las enfermeras (Billoruo, 2020; Jara, 2020).

y cargada de simbolismos (como observamos en la Imagen 2 incluida en el Capítulo I). Junto con la lámpara⁷¹, la capa y el uniforme blanco, la cofia representaba una serie de valores tradicionalmente asociados a la profesión: la pureza, el honor, el amor al prójimo, la lealtad y la responsabilidad en el cuidado de enfermos y heridos (León Román, 2006). Es decir, dimensiones naturalizadas como propias del trabajo de cuidado en enfermería. En este sentido el uso de la cofia, además de representar una exigencia sobre las condiciones de trabajo cotidianas -en este caso, sobre el uniforme que debían portar las enfermeras-, también era interpretado como una forma de control simbólico, es decir de clasificación y distinción de las enfermeras dentro de la clínica⁷².

Oponerse a la utilización de la cofia como parte del uniforme, tenía por tanto una significación más amplia. En esa disputa no solo se ponía en juego el reclamo por condiciones de trabajo sino también una demanda por reconocimiento en términos profesionales. Negarse a utilizar un elemento con tanta carga simbólica era una forma de diferenciarse de aquellas representaciones que naturalizan las tareas de enfermería como habilidades propias del género femenino y, por ende, desprovistas de formación específica. Como hemos señalado en los capítulos iniciales, al interior de las profesiones y entre los grupos profesionales, también se manifiestan relaciones de género y de poder y, por ende, roles y jerarquías (Pozzio, 2012). Es decir, sobre las distintas ocupaciones se construyen estereotipos en torno a lo masculino y lo femenino y, por ende, tareas y cualidades esperadas para mujeres y varones. El género, como relación social, constituye una dimensión organizadora de las profesiones de salud en tanto los imaginarios respecto de la naturaleza femenina y masculina contribuyeron a la división del trabajo sanitario. Históricamente, los médicos fueron referenciados en el campo científico mientras que el trabajo de las enfermeras fue vinculado al campo empírico (Martin, 2012). El trabajo que realizan las enfermeras fue representado entonces como una extensión de cualidades supuestamente femeninas, vinculadas a tareas prácticas de limpieza e higiene del cuerpo enfermo y, por ende, desprovistas de conocimientos científico-técnicos (cuestión sobre la que profundizaremos en los siguientes capítulos). Por su parte, la medicina se construyó como una ocupación masculina, tempranamente profesionalizada y reconocida por su manejo del plano biomédico.

⁷¹ Florencia Nightingale también es llamada “la dama de la lámpara” debido a que, en la guerra de Crimea, alumbraba con una lámpara a los heridos durante su recorrido por las noches en los campos de batalla.

⁷² Los conflictos por el uso de la cofia incluso se dieron durante la pandemia, como puede verse en el trabajo de Karina Ramacciotti (2022).

En este marco, las acciones respecto al uso de la cofia en tanto elemento de clasificación, también permitía a las enfermeras elaborar significaciones más amplias respecto a cómo operan las diferencias sexo-genéricas y las jerarquías profesionales en los espacios de toma de decisiones de las clínicas. Espacios donde no sólo priman las voces de los empresarios, en tanto empleadores, sino que también suelen expresarse posiciones de quienes encarnan una figura profesional y masculina, emparentada con ocupaciones consolidadas y hegemónicas de la salud como es la medicina.

De esta forma, para una ocupación feminizada, originariamente empírica y subordinada, la obligatoriedad del uso de la cofia era interpretada no sólo como una exigencia en términos laborales sino también como un mecanismo de distinción profesional. En palabras de Natalia: “*un simbolismo de género*” y “*de sumisión*” que reforzaba la posición históricamente subalterna de la enfermería dentro de las instituciones de salud. En contexto, realizar acciones para manifestar la disconformidad con esa política de calidad y conseguir ser escuchadas por las autoridades, representaba un “triumfo” más amplio en tanto permitía subvertir, al menos en parte, la imagen no-profesional construida sobre la ocupación.

Como veremos en el siguiente apartado, la enfermería tendrá un papel fundamental en el abordaje de la pandemia, pero su participación en las decisiones que atañan a la reorganización de los servicios y las formas de resolver los problemas que emergía, no dependerá solo de su capacidad de agencia sino también de las formas de gestión y los mecanismos de control empresarial presentes en las distintas clínicas.

3.2 Entre el trabajo prescripto y el real. Transformaciones en la organización del trabajo durante la pandemia y problemáticas heredadas

“Todo el tema del costo, porque ¿Qué pasa? Muchas veces aprovechaban algunos empleadores y bueno -"Tenemos un costo de esto, vamos a tener que empezar a despedir gente porque no vamos a poder sustentar todo". Es caótico porque era como una guerra, era como las consecuencias de estar viviendo una guerra, la gente que está ahí en la trinchera, toda la gente que está ahí atrás tuyo, que se tenía que sostener en su lugar de trabajo con todos los recaudos y la parte económica que siempre está”.

(Analía, delegada Sindical ATSA-LP, junio 2021)

Como hemos señalado, la pandemia significó múltiples cambios en la cotidianeidad de las instituciones en salud y, en particular, en la organización del trabajo de cuidado en enfermería. Los barbijos, las escafandras, los camisolines -elementos que hasta ese momento se utilizaban para prácticas específicas- comenzaron a ser moneda corriente; los pasillos de

las clínicas empezaron a estar más vacíos que de costumbre; los familiares y allegados ya no podían acompañar a las personas internadas; el personal de salud tuvo que suspender los espacios de encuentros grupales, entre otras situaciones. Como describe Analía, delegada sindical de ATSA-LP, los primeros meses de la emergencia sanitaria fueron percibidos por las enfermeras como “caóticos”. La escasez de información y conocimiento sobre la propagación del virus y las consecuencias para la salud junto a los diversos lineamientos que enviaban las autoridades para adecuar los servicios a la atención de casos COVID fueron momentos cargados de incertidumbre y tensión, que incluso fueron vivenciados como una “guerra”.

En este marco, debido a que el contacto constituía una de las principales formas de propagación e infección del virus fue necesario modificar las formas en que se realizaban las tareas y se habitaban los espacios de trabajo. En concreto, estas transformaciones implicaron la reestructuración de los servicios (reorganización y creación de nuevos sectores, cambios en la distribución espacial, conformación de nuevos grupos de trabajo, traslado de personal, etc.) y la adopción de nuevas políticas de seguridad y atención de pacientes (inclusión de nuevos EPP, mayores medidas de higiene y limpieza, limitación del contacto, suspensión de visitas, etc.), cuestión sobre la que profundizamos en el Capítulo II.

Para efectivizar estas transformaciones, las autoridades sanitarias desarrollaron una serie de lineamientos y recomendaciones que fueron implementados, con sus particularidades, en cada espacio de trabajo y, como no es difícil imaginar, afectaron especialmente las prácticas de cuidado y atención de pacientes. En este sentido, las modificaciones en la organización del trabajo pueden ser interpretadas como una forma de control sobre las tareas que realizan las enfermeras, especialmente en términos de exigencias. Por ser responsables de la atención directa de pacientes, las enfermeras vieron intensificados los ritmos y las tareas que realizaban y tuvieron que adaptar las formas y los tiempos de trabajo a protocolos de seguridad estrictos: usar EPP específicos, vigilar la higiene y limpieza del lugar y de los instrumentos de trabajo, estar más atentas al ingresar a las habitaciones, capacitarse en el uso de nueva aparatología, entre otras acciones.

Específicamente, en el subsector privado asistencial, las formas en que se implementaron estos protocolos presentaron variaciones en función de las formas de organización y gestión empresarial y los recursos con los que contaba cada clínica, lo cual tuvo un impacto directo en las experiencias concretas de las enfermeras. Cuando los cambios que indicaban los superiores para reorganizar los servicios no podían implementarse correctamente o bien no tenían los resultados esperados, y/o cuando había falencias en la

comunicación de nuevas directivas o en la provisión de elementos de bioseguridad, surgían problemáticas que afectaban el trabajo de las enfermeras. A su vez, como las clínicas privadas son esencialmente empresas y la salud se configura como una mercancía, muchas de las transformaciones que encomendaron las autoridades sanitarias fueron percibidas como un costo por parte de los empleadores (comprar nuevos elementos de bioseguridad y mayor cantidad de insumos, incorporar tecnologías, reacondicionar espacios, suspender cirugías programadas, etc.). Como señala Analía, los empleadores, además de reducir costos a través de adeudar y/o pagar salarios de forma fraccionada (cuestión que vimos en el Capítulo II) también implementaron otros mecanismos para ajustar el gasto derivado del empleo de trabajadores/as y sobrecargar aún más al plantel de enfermería, incluso en un contexto crítico como fue la emergencia sanitaria.

En este apartado nos preguntamos entonces ¿de qué forma las transformaciones en la organización del trabajo durante la pandemia afectaron la experiencia del trabajo de cuidado en enfermería? ¿qué particularidades tuvieron esas transformaciones en las clínicas privadas? ¿cómo estas exigencias se entrelazaron con problemáticas laborales preexistentes en el sector? ¿qué mecanismos de control implementan los empresarios? Indagaremos en el impacto que tuvieron la reestructuración de servicios y la inclusión de nuevos protocolos de seguridad y atención de pacientes en las experiencias de las enfermeras, para luego analizar cuáles fueron las estrategias que desarrollaron para sobreponerse a las problemáticas que emergían del desfase entre el trabajo prescripto y el trabajo real.

3.2.1 *“Nosotros fuimos viendo qué se necesitaba a la hora de trabajar”*. Pandemia, reorganización de los servicios y nuevos protocolos de atención

Como hemos señalado, la distribución espacial de los servicios constituye un elemento organizador del trabajo en las clínicas privadas y, específicamente, del trabajo que realizan las enfermeras. En cada área de internación encontramos un grupo estable de enfermeras abocadas a la atención de pacientes. Por esta razón, no es difícil imaginar que, durante la emergencia sanitaria, la forma de organizar las tareas de este grupo experimentó grandes modificaciones. Esencialmente, esas transformaciones pueden vincularse con la reorganización de la disposición espacial de los servicios y la implementación de nuevos protocolos de seguridad y atención de pacientes que derivaron en nuevas exigencias para las trabajadoras.

En lo que respecta a la reorganización de los servicios, en las clínicas con internación general se crearon sectores específicos para la atención de pacientes COVID en salas de

internación de baja complejidad (para quienes transitaban la enfermedad sin complicaciones) y de alta complejidad (para los cuadros críticos que necesitaban, por ejemplo, asistencia respiratoria mecánica). Además, algunos servicios fueron trasladados hacia otros pisos de las clínicas y se habilitaron espacios que comúnmente no eran utilizados para aumentar la cantidad de camas de internación disponibles. A la par, se hicieron refacciones edilicias y cambios en la distribución de los pacientes en las salas de internación con el objetivo de generar condiciones de aislamiento. Por ejemplo, en las salas generales organizadas a partir de *boxes* se incorporaron puertas y otros cerramientos a fin de dividir y aislar los espacios y separar a los pacientes COVID de quienes estaban internados por otros cuadros críticos. De esta forma, comenzaron a implementarse distinciones entre los diversos sectores y áreas: “aislado”, “cerrado”, “sucio” para referirse a los espacios donde transitaban pacientes COVID o posibles casos y áreas “limpias” para la atención de otras situaciones “no-COVID”. Estos cambios no se dieron de una sola vez, sino que fueron adecuándose conforme surgían nuevos lineamientos y avanzaba la situación epidemiológica en cada región.

En este marco, si bien las transformaciones espaciales y el reacondicionamiento de los servicios demandaron una serie de exigencias sobre el trabajo de las enfermeras, ellas también construyeron acciones para mejorar la organización y la distribución del trabajo y así disminuir las complicaciones que surgían, especialmente, durante el proceso de atención de pacientes. Para ejemplificar estas acciones podemos retomar el testimonio de Daniela, quien a principios del 2020 se recibió de Técnica en Enfermería. Sus primeros pasos en la profesión los dio en un hospital privado donde estuvo contratada por un periodo de tres meses, poco antes del inicio de la pandemia. Cuando se decretó la emergencia sanitaria, ingresó a trabajar en una clínica privada, también con un contrato a tiempo parcial de renovación mensual. Durante la pandemia, realizó tareas asistenciales en el sector de clínica médica y en el sector COVID. En su área de trabajo, los pacientes COVID positivo, los casos sujetos a confirmación y quienes atravesaban otras patologías clínicas se encontraban en un mismo piso, separados en distintas habitaciones. En lo que refiere a los primeros momentos, Daniela señala que las decisiones sobre la reorganización de los servicios fueron tomadas por quienes ocupaban puestos de jefatura dentro de la clínica. Sin embargo, a medida que esos cambios tenían efecto en la atención cotidiana, ella y sus compañeras comenzaron a intervenir en las formas de organización del sector:

“E- Como personal de enfermería ¿participaron de las decisiones?”

D- Al principio no porque eso lo manejan los coordinadores. Todos los de arriba, pero con el transcurso de los cambios nosotros fuimos viendo qué se necesitaba a la hora de trabajar. De qué manera podríamos organizarnos. Por ahí se necesitaba un tacho más de basura, nosotros comunicamos eso. Otra cosa que fue sí, por ejemplo, de la habitación 206 a la 210 son sospecha [casos sospechosos de COVID-19] 211 y 212 son negativos y 214 son positivos. Entonces nosotros lo que hicimos fue cambiar a esos [pacientes] que eran negativos, cambiarlos para que no estén en esa área. Del 206 para allá todos lo que son COVID y los otros apartados. Siempre tratamos de hacer eso. No juntarlos. Y bueno, eso comunicamos nosotros. Ya con eso también se organizaban. (Daniela, Técnica en Enfermería, Clínica Privada, Sector COVID, junio 2021).

A medida que avanzaba la emergencia, Daniela menciona que desde el equipo de enfermería realizaron modificaciones en la distribución de las habitaciones dentro de su sector, con el fin de mejorar el aislamiento y evitar posibles infecciones entre pacientes COVID positivo y el resto de las personas allí internadas. En su relato, señala que, en un primer momento, los superiores establecieron separaciones por habitaciones y no por áreas, cuestión que, en la práctica, las enfermeras encontraron insuficiente para evitar el contagio. Por esta razón, decidieron generar una nueva disposición espacial que no solo separase habitaciones sino también áreas para pacientes COVID y áreas para la atención de otras patologías. Este cambio en la organización del espacio fue comunicado por las trabajadoras y, finalmente, aprobado por las autoridades de la clínica.

El testimonio de Daniela nos permite ejemplificar cómo, durante la pandemia, emergieron problemáticas en el cotidiano laboral cuando los cambios que indicaban los superiores no podían implementarse correctamente o bien no tenían los resultados esperados. Esta cuestión puede ser interpretada como un desfasaje entre el trabajo prescrito y el trabajo real (Dejours, 2009). En este sentido, la organización del trabajo dentro de las clínicas no puede pensarse como algo totalmente predeterminado y/o regulado solamente por quienes ocupan posiciones jerárquicas, sino que los/as trabajadores/as también tienen una posición activa en tanto elaboran y se (re) apropian de dichos lineamientos. En el caso específico de las enfermeras, pese a no ser convocadas inicialmente para participar en los espacios de toma de decisiones, de igual manera encontraron márgenes para construir autonomía sobre sus labores. Las acciones que desplegaron buscaban resolver conflictos que surgían de la reorganización del trabajo en pandemia y eran elaboradas en el marco de las prácticas de cuidado cotidianas que realizaban, es decir no de ante mano sino cuando los problemas se presentaban.

En este sentido, la atención directa de pacientes constituye un elemento organizador del trabajo de cuidado en enfermería, aspecto que también las posiciona en un lugar de

cercanía y, por ende, de mayor conocimiento empírico respecto de cómo evolucionaba día a día la situación epidemiológica. Concretamente, las enfermeras experimentaban los cambios en el tipo y condición de los pacientes y percibían a través de sus vivencias concretas y cotidianas los momentos de mayor complejidad y/o letalidad del virus. Durante las entrevistas, las enfermeras describían detalladamente cómo durante la primera “ola” de contagios los adultos mayores fueron los más afectados y cómo, posteriormente, comenzaron a ingresar a los servicios de internación personas jóvenes; también marcaban cuáles fueron los meses más álgidos de trabajo, en relación con el aumento de la cantidad de casos y la gravedad de los mismos. Ese conocimiento práctico y cotidiano de la situación, ubicó a las enfermeras en un rol de mayor protagonismo, cuestión que les permitió construirse como una voz autorizada al momento de señalar falencias en la organización de la atención y plantear recomendaciones para mejorar la implementación de esos nuevos protocolos, sin perder de vista las especificidades de cada sector.

No obstante, si en algunas clínicas las trabajadoras de enfermería fueron convocadas a formar parte de los espacios de decisión o bien fueron escuchadas cuando hubo que reorganizar los servicios de internación y delinear nuevas políticas de atención, en otras clínicas la posibilidad de incidir en dichos espacios no fue posible. Por el contrario, tuvieron que adecuarse a las decisiones tomadas “*desde arriba*”, es decir por quienes ocupaban puestos de jefatura y/o integraban los espacios de gestión de las clínicas. En este marco, las lógicas de gestión y las formas de organización del servicio de enfermería en cada espacio laboral influyeron en el tipo de exigencias y en los márgenes de acción que tuvieron las enfermeras durante la pandemia. Por ejemplo, en algunas clínicas se implementaron instancias concretas de coordinación para la toma de decisiones a partir de la creación de “Comités de Crisis”⁷³, es decir espacios institucionales conformados por representantes de distintos servicios y áreas de trabajo. En otras clínicas, si bien el servicio de enfermería no tenía representación en las instancias formales de toma de decisiones, las sugerencias que las trabajadoras comunicaban, basadas en la identificación de problemas, eran escuchadas y retomadas por los superiores, como muestra el caso de Daniela. Por el contrario, en algunos espacios, no fue posible realizar sugerencias ante los responsables de gestión y las acciones impulsadas por las enfermeras no contaron con aval institucional. Sin embargo, en otras clínicas la adecuación a los nuevos protocolos y la información sobre la forma de proceder durante la pandemia no fue centralizada por las autoridades. Por esa razón fueron los/as

⁷³ En el ámbito público también se crearon estos comités.

propios/as trabajadores/as quienes se encargaron de diseñar e implementar lineamientos para la atención de pacientes COVID en un momento de gran incertidumbre y escasas directrices por parte de las autoridades de las clínicas, como podemos ver en los testimonios de Luciano y Marcos:

“Lo organizamos todo nosotros. Nosotros, digo el personal: desde las mucamas, los administrativos, las enfermeras. Hemos sido autodidactas todos. Desde cómo hacer un protocolo, cómo cambiarnos, cómo desvestirnos, porque también todo tiene que ver con eso, cómo atender un paciente, cómo recibir un paciente, todo.” (Luciano, Licenciado en Enfermería, Clínica Privada, Cirugía General, junio 2021)

“M- Nosotros entendíamos y creíamos que el tema de las capacitaciones, el uso correcto del equipo de protección, el manejo y la creación de los protocolos debía estar a cargo de supervisión y no pasó. Nosotros fuimos entre los mismos colegas de la terapia o del sector de internaciones o guardia, fuimos leyendo, armando. Hicimos algunas charlas en la terapia intensiva de cómo manejar el paciente cuando ingresa, el tema de la intubación, los equipos de protección, pero fue más iniciativa nuestra que de la institución.

“E- A partir de estas cuestiones que estás diciendo ¿surgieron nuevos roles?

M- Sigue igual, como que se armaron referentes en los turnos a lo cual los enfermeros de ahí acuden por cualquier consulta. Sin ser reconocidos como referentes por la institución. O sea, los mismos pares que tomamos como referentes a determinadas personas.” (Marcos, Licenciado en Enfermería, Clínica Privada, Terapia Intensiva, mayo 2021).

Los testimonios de Luciano y Marcos, quienes se desempeñan en el quirófano y terapia intensiva respectivamente, nos permiten vislumbrar que las/os enfermeras/os de otros servicios también vivenciaban con preocupación la posibilidad de contagiarse, a pesar de no encontrarse abocados a la atención de pacientes con COVID. Las cuestiones relativas a capacitaciones y al uso de elementos de protección específicos (como camisolines, escafandras, antiparras, barbijos N95, etc.) fueron una inquietud extendida a todos/as los trabajadores/as de la salud, especialmente durante los primeros meses de la emergencia sanitaria. Sin embargo, más allá de la posibilidad de infectarse por el hecho de trabajar en espacios de circulación del virus, las/os enfermeras/os expresaban que ese “riesgo” aumentaba cuando los protocolos de atención y la provisión de EPP por parte de las clínicas eran deficientes. Como relatan Marcos, Luciano -y también anteriormente Daniela-, en algunos espacios, las/os trabajadores/as tuvieron que organizarse grupalmente para sobrellevar estas falencias: crearon protocolos de atención, generaron instancias de capacitación sobre el uso de EPP y tratamiento de cuadros respiratorios de gravedad, construyeron referentes por áreas y turnos a quienes consultar ante dudas específicas, entre otras medidas. Muchas de estas acciones, excedían las tareas prescriptas como

responsabilidad de las enfermeras e incluso esos esfuerzos no eran reconocidos por las autoridades de las clínicas.

La falta de referencias institucionales en un contexto de emergencia generó tensiones en las experiencias de las enfermeras. Por un lado, que no se comuniquen lineamientos específicos y/o capacitaciones, si bien podía ser interpretado como un escenario que otorgaba mayor poder de decisión a las enfermeras, fue vivenciado con gran incertidumbre y despertó sentimientos de angustia y descontento en un marco de desconocimiento sobre el virus y sobre sus consecuencias para la salud. Por otro lado, la falta de control respecto de la implementación de protocolos por parte de las autoridades permitió que las enfermeras pongan en juego sus conocimientos específicos, por ejemplo, al momento de elaborar y adaptar protocolos, realizar capacitaciones entre compañeras/os, entre otras acciones. La falta de un control estricto sobre la implementación de los lineamientos sanitarios o bien la falencia en las formas de aplicación de esos cambios organizacionales fueron vivenciadas con gran incertidumbre, pero también habilitaron la construcción de márgenes de autonomía profesional.

A continuación, profundizaremos en otra de las estrategias que construyeron las enfermeras para afrontar los problemas de la organización del trabajo durante la pandemia. Puntualmente analizaremos las dificultades vinculadas a la provisión de elementos de protección personal.

3.2.2. *“Tuvimos que salir a comprar los elementos de protección personal”*. Pandemia y nuevos protocolos de bioseguridad

Además de las tensiones presentes en la reorganización de la atención en los servicios de internación, otra de las dimensiones que nos permiten analizar las discrepancias entre el trabajo prescrito y la situación de trabajo concreta de las enfermeras durante la pandemia radica en las formas en que se implementaron los protocolos de bioseguridad en las clínicas. Como señalamos anteriormente, en los espacios de trabajo en salud la preocupación por la provisión y la calidad de los EPP fue una dimensión que marcó la experiencia de las enfermeras durante la pandemia, cuestión que fue descripta también por otras investigaciones sobre este colectivo (Aspiazu & Cutuli, 2022; Ramacciotti, 2022; Malleville, 2022).

Debemos recordar que, durante la emergencia, las autoridades sanitarias nacionales y provinciales difundieron medidas de higiene y seguridad y establecieron recomendaciones respecto a la utilización de EPP según cada servicio, los cuales fueron modificándose

conforme avanzaba la propagación de contagios. En el caso de enfermería, los protocolos señalaban la “*higiene de manos antes y después del contacto con todo paciente*” y en el caso de asistir a pacientes “sospechosos” o “casos confirmados” de COVID-19 la utilización de barbijo, camisolín, guantes, protección ocular (antiparras, escafandras, etc.) y para los procedimientos que generan “aerosoles” sumar barbijos N95⁷⁴. No obstante, pese a las recomendaciones y los esfuerzos en la compra de insumos y elementos de bioseguridad por parte de las autoridades sanitarias, los problemas en su provisión comenzaron a tomar relevancia pública. En distintos periódicos nacionales y locales, las enfermeras exponían esta cuestión: señalaban la escasez de insumos y elementos de protección personal (como camisolines, botas, antiparras, etc.) (Ramacciotti, 2022). En este marco, también crecían las acciones colectivas en reclamo por insumos básicos y elementos de protección que permitieran atender a los pacientes en condiciones seguras, especialmente durante los primeros meses de pandemia. Por ejemplo, los gremios de la salud bonaerenses señalaban la falta de barbijos, camisolines, guantes, protectores óculo-faciales, botas, así como cobertores de material hidrófugo repelentes (Beliera & Malleville, 2022).

En este sentido, como sostienen Aspiazú y Cutuli (2022) el acceso a los elementos de seguridad no se mantuvo igual durante todo el desarrollo de la emergencia sanitaria, sino que fue variando al calor de las acciones de las autoridades sanitarias, los reclamos de los/as trabajadores/as y la visibilidad pública que adquirió la situación en cada caso en particular. Para dar cuenta de la magnitud de esta problemática al inicio de la pandemia, podemos retomar los datos del informe sobre la situación de los/as trabajadores de la salud de La Plata, Berisso y Ensenada para los meses de junio y julio de 2020. Allí encontramos que el 45,6% de las personas encuestadas manifestaba faltantes en los insumos de trabajo y un 37,6% señalaba que no contaba con todos los elementos de bioseguridad necesarios (Malleville et. Al., 2020).

Ahora bien, en nuestro campo empírico, si bien registramos algunas excepciones, el tema insumos y elementos de protección personal constituyen una problemática extendida a buena parte de las clínicas del subsector privado asistencial que, con algunos matices, se mantuvo presente durante toda la emergencia sanitaria. Para profundizar en este aspecto podemos traer a colación los testimonios de Andrea, Jélica y Luciano, quienes se desempeñan en distintas clínicas y servicios de internación de la ciudad:

⁷⁴ Ministerio de Salud de la Nación, Argentina
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/recomendaciones-uso-epp_0.pdf

“Cuando empezó todo el caos de la pandemia empezaron a hacer las máscaras faciales ¿viste? el protector, las escafandras le dicen ... bueno eran de placas, ¿viste las placas? Las de radiografía... imagínate poner una vía, estar toda disfrazada con esas placas que se te empañan todo, salís ciega... Así que bueno, sí, yo me tuve que comprar... el material me lo compré. También me compré el camisolín porque bueno, no es de muy buena calidad lo que nos dan...” (Andrea, Licenciada en Enfermería, Clínica Privada, Sector COVID, septiembre 2020)

“E- ¿Y les dan elementos de protección personal?”

J- En la clínica al principio sí. Ahora ya no, los equipos que nos dan, no sé si está bien decir esto, pero no nos están dando muchos equipos. Quizás si una buena máscara, pero los equipos no eran muy copados que digamos.

E- ¿No son de buena calidad?”

J- Exacto. Y en el hospital sí, nos dan camisones repelentes, nos dan escafandra, nos dan antiparras, nos dan los N95, los barbijos comunes, las botas, las cofias, absolutamente todo. Incluso mamelucos nos dan. Yo tenía mameluco y lo lleve para la clínica. Eso utilizo para trabajar allá. (Jésica, Técnica en Enfermería, Clínica Privada, Sector COVID, junio 2021)

“E- ¿Y elementos de protección les dieron?”

L- En un principio no. Tuvimos que salir a comprar cada uno. Todos nos tuvimos que comprar, yo me compré un mameluco que me queda todavía, porque si vos pedís en este momento no hay. No hay los mamelucos para usar. Te dan una mascarilla, te dan barbijo. Y mucha gente se compró antiparras, máscaras, los barbijos, los guantes, los elementos de protección personal que desde un principio no había, no nos daban. Después empezaron a dar por tanta insistencia porque comenzaron a aparecer tantos casos de COVID...” (Luciano, Licenciado en Enfermería, Clínica Privada, Cirugía General, junio 2021)

Si bien los lineamientos de las autoridades señalaban la importancia de la adquisición de elementos de protección para todo el personal de salud, a medida que la crisis sanitaria se prolongaba en el tiempo, los conflictos por su provisión comenzaron a hacerse más evidentes. Como argumentamos en el Capítulo II, dentro del subsector de salud privado, la implementación de nuevos protocolos de higiene y seguridad representó un costo más, en tanto se tuvieron que adquirir nuevos EPP para todo el personal e insumos para reforzar la esterilización, desinfección y limpieza de instrumentos y espacios de trabajo. En este marco, como podemos observar en las narrativas de Andrea, Jésica y Luciano, los empresarios implementaron diversos mecanismos para disminuir los costos derivados de la compra de EPP a expensas, incluso, de la seguridad y los reclamos de las trabajadoras.

En algunas clínicas, los empresarios no adquirieron los EEP recomendados por las autoridades sanitarias, o bien compraron cantidades que no alcanzaban a cubrir a todos/as los/as trabajadores/as. En esta línea, las enfermeras remarcaban una serie de problemáticas comunes. En primer lugar, planteaban falencias vinculadas a la calidad y la confección de

los elementos de protección (los materiales eran de dudosa calidad y se deterioraban rápidamente o bien se incluían como reemplazo elementos que no eran estrictamente de bioseguridad). En segundo lugar, señalaban la insuficiencia en términos de cantidades y la imposibilidad de cubrir todos los talles y tamaños que se necesitaban (por ejemplo, para el caso de guantes y/o botas). En tercer lugar, planteaban que muchos insumos y elementos de bioseguridad se entregaban de forma discontinua, es decir solo en ciertos momentos de la emergencia sanitaria, y se controlaba la cantidad de insumos que utilizaban las trabajadoras/es. Esta problemática no es novedosa, sino que desde hace varios años las enfermeras manifiestan un aumento en la vigilancia de los materiales que se utilizan para realizar las prácticas de cuidado de pacientes. Es decir, las trabajadoras señalan que, durante el último tiempo, los empleadores comenzaron a ser más exigentes respecto al uso de elementos de protección e insumos descartables. Ejemplo de esto son las políticas que obligan a las trabajadoras a registrar por escrito el tipo y la cantidad de insumos utilizados o el control estricto respecto a la entrega de un cierto número de insumos para cada jornada y sector. Incluso, en algunas clínicas, para maximizar esa vigilancia, los supervisores exigen que las enfermeras encarguen previamente los insumos y las cantidades que necesitarán para esa jornada, cuestión que resulta difícil de prever.

Ahora bien, ante esta situación problemática en un contexto de enormes exigencias respecto del cumplimiento de los protocolos de seguridad, las enfermeras construyeron distintas estrategias para disminuir la posibilidad de contagiarse del virus y proteger su salud. Concretamente buscaron conseguir elementos de protección por vías alternativas y maximizar su utilización. Fue así como, para contrarrestar la falta de EPP, recibieron donaciones por parte de otros actores de la comunidad que se solidarizaron con la situación del personal de salud; también compraron elementos por sus propios medios, ya sea de forma individual y/u organizándose grupalmente. Incluso, muchas de las enfermeras que tenían dos empleos trasladaban los elementos provistos en los hospitales públicos a su trabajo en las clínicas para así completar los equipos de protección. En este sentido, además de realizar distintas acciones para conseguir EPP, las enfermeras también construyeron estrategias para racionar la utilización de dichos elementos durante su jornada laboral en las clínicas, tal como señala Nadia:

“E- ¿Cuál es tu opinión sobre estos cambios en los protocolos?”

N- Para mí son adecuados en cuanto a la atención al paciente. Al comienzo nosotros empezamos con el tema de los camisolines hidro repelentes, el uso de los mismos y hoy por hoy, yo noto al compararlo con la otra institución, el privado donde trabajo, que puedo implementar cosas que aprendo ahí. Por ejemplo, hay materiales que son

solamente para el uso en el caso de cuando ventilas a un paciente y no de constante uso, como lo hacíamos al comienzo, por ahí estábamos todo el tiempo con los hidro repelentes puestos y eran solo para ventilar o aspirar a un paciente, y esas son cosas que tuvimos que ir cambiando para poder darles un uso correcto, porque, como yo les digo a mis compañeras, hoy lo tenemos y no sabemos si mañana vamos a contar con esas cosas, entonces no da malgastarlas (...)” (Nadia, Licenciada en Enfermería, Clínica Privada, Terapia Intensiva, abril 2021)

En un marco de incertidumbre respecto a la evolución del virus y la prolongación de la emergencia sanitaria, y en sintonía con las directivas de los empresarios para racionar el uso de insumos de higiene, limpieza y EPP, fueron las propias enfermeras quienes participaron y motorizaron una serie de estrategias para maximizar los recursos y no malgastarlos. Por ejemplo, en el caso de los camisolines repelentes, realizaban pruebas para determinar la cantidad de veces que podían lavarse y reutilizarse sin perder su capacidad de protección y también se delimitaron los momentos y las prácticas en las que era realmente necesario utilizarlos. Incluso estas acciones orientadas a “cuidar” los recursos disponibles fueron implementadas por iniciativa de las propias enfermeras en sus empleos en el ámbito público.

De esta forma, además de las cuestiones vinculadas a la comunicación de directivas, la readecuación de servicios y las formas de implementar las recomendaciones sanitarias de las autoridades, otra de las falencias en la organización del trabajo durante la pandemia estuvo vinculada a la provisión de elementos de bioseguridad. En este marco, ante las discrepancias entre, por un lado, los lineamientos de las autoridades respecto a los protocolos de seguridad y atención de pacientes y, por otro, los elementos de protección con los que realmente contaban, las enfermeras desarrollaron una serie de acciones grupales para contrarrestar estas problemáticas y, proteger así su salud ante la posibilidad de contagiarse del virus. Como veremos a continuación, todas estas modificaciones trastocaron las formas en que las enfermeras organizaban su trabajo cotidianamente, aumentando la presión y la intensidad sobre sus tareas. Sin embargo, estas nuevas exigencias también se entrelazaron con mecanismos de flexibilización preexistentes como la falta de personal, los contratos precarios y los sistemas de rotación de personal.

3.2.3. *“Se arreglan con lo que tienen”*. Pandemia, reorganización de las prácticas de cuidado y reducción de personal

Durante los primeros meses de la pandemia, además de la creación y el reacondicionamiento de sectores y la implementación de nuevos elementos de bioseguridad, también se limitó la circulación de personas y se reorganizaron los servicios para la atención

de pacientes. En este marco, las consultas por patologías no-COVID disminuyeron considerablemente producto de las restricciones a la circulación y de las recomendaciones de concurrir a los centros de salud solo en casos de extrema necesidad. Además, los controles de enfermedades crónicas fueron parcialmente reemplazados por consultas virtuales, se suspendieron visitas y se limitó el acompañamiento de pacientes, entre otras acciones. Buena parte de estas directivas continuaron durante el 2020 y el 2021.

De esta forma, la inclusión de nuevos protocolos de atención modificó sustantivamente el trabajo cotidiano en las clínicas y, especialmente, los tiempos y las formas en que comúnmente las enfermeras desarrollaban las prácticas de cuidado sobre las personas internadas. Para ilustrar estas transformaciones, podemos adentrarnos en el relato de Jéssica quien describe cómo se organiza la jornada laboral en el sector COVID positivo en la clínica en la cual se desempeña desde hace unos meses:

“Generalmente se medica cada ocho horas o cada doce horas. Cada ocho horas es nuestro turno de la tarde. Se medican a las 15hs y a las 19hs. A las 15hs los que son cada ocho horas y a las 19hs los que son cada doce horas. Así que preparamos toda la medicación, pasamos a la carpeta todo lo que vamos a hacer y una vez que ya tenemos todo, a eso de las 16hs, porque generalmente la medicación no se da a las 15hs en punto por el tema de que no podemos entrar todo el tiempo. Tenemos que tener el menor contacto posible, así que entramos a las 16hs cosa de también darle la merienda y la medicación. Controlamos los sueros, bajamos la diuresis en caso de que tenga sonda vesical, vaciamos papagayo en caso de que orine ahí, nos fijamos la higiene como está. Obviamente revisamos las vías, si están permeables, si necesitan algo, si está muy sucia la habitación, el confort del paciente que esté cómodo, las sábanas que estén estiradas, cambios de oxígeno si es necesario. Últimamente estamos ingresando porque no sé qué problemas hay con los tubos y se agotan muy rápido, entonces uno tiene que entrar más veces. Así que hacemos eso, una vez que salimos, tipo 17:30Hs, nos sentamos, merendamos, nos ponemos a charlar un rato y a las 19Hs entramos para hacer la higiene completa: los cambios de sábanas, los que no se higienizaron a las 15hs porque por ahí tenían un poco de secreción los dejamos así y a las 19Hs ahí sí, limpiamos absolutamente todo. Y eso nos llevará a las 20:30 o 21Hs. A las 21Hs hacemos el reporte y ya está, ya finaliza el día (...)

Cuando son pocos pacientes como ahora que son quince, y somos dos chicas, generalmente una hace la medicación y la otra va a hacer los signos vitales. Entonces la que hace medicación va y le deja en la mesita de la entrada, sin entrar, la medicación. Automáticamente la otra sale, aplica la medicación, mete la merienda y sale. La otra se queda haciendo todo lo que es más administrativo, pasando las cosas en la carpeta, y todas esas cosas. Pero bueno cuando hay muchos pacientes, si o si tenemos que entrar las dos porque no llegamos con la hora (...)” (Jéssica, Técnica en Enfermería, Clínica Privada, Sector COVID, junio 2021)

La descripción pormenorizada que realiza Jérica sobre el tipo de tareas que realizan las enfermeras y el detalle respecto de la organización y los tiempos para las distintas prácticas nos permite comprender la importancia que posee la cercanía física y/o las intervenciones sobre el cuerpo del paciente en distintos momentos del proceso de atención. Es decir, el contacto directo entre enfermera-paciente se da en diversos momentos de la jornada de trabajo, por ejemplo, al limpiar secreciones, colocar sondas, higienizar las partes íntimas, suministrar medicación, etc. (Hirata, 2016). En este sentido si las tareas de cuidado suponen necesariamente el trato directo con el cuerpo del paciente y con las secreciones que este produce, durante la pandemia las enfermeras tuvieron que adaptar buena parte de los procedimientos para limitar el contacto y reducir así la posibilidad de infectarse del virus. No obstante, la inclusión de esos nuevos protocolos de atención y bioseguridad debía realizarse de forma tal que permitiese continuar garantizando todas las acciones necesarias para el cuidado de los pacientes.

Como podemos observar, Jérica no solo enumera las distintas prácticas de cuidado que realiza junto a sus compañeras, sino que también detalla los horarios y los momentos estipulados para cada una de ellas. De esta manera, una de las estrategias que encontraron las enfermeras para reducir la exposición al virus fue limitar el tiempo que pasaban dentro de las habitaciones, es decir disminuir los momentos de contacto físico con los pacientes internados. En la narrativa de Jérica, observamos cómo se esfuerzan por agrupar las prácticas que anteriormente efectuaban de forma separada o en distintos momentos de la jornada con el objetivo de reducir la cantidad de veces que ingresaban a las habitaciones y, por ende, el hecho de tener que “*vestirse y desvestirse*”, es decir colocarse y quitarse los elementos de bioseguridad. Recordemos que la utilización de EPP específicos no era continua, sino que las enfermeras debían colocárselos al momento de ingresar a las áreas denominadas “sucias” y/o para realizar determinadas prácticas (invasivas, de contacto con aerosoles, etc.) y, una vez en el *office* y/o fuera de las salas de internación, volvían a quitárselas y quedarse con los elementos de protección mínimos.

Además de agrupar prácticas para reducir las veces que ingresaban a las salas de internación, otra de las estrategias implementadas por las enfermeras fue la alternancia y la distribución de tareas entre compañeras de un mismo turno y sector. Es decir, si una de las enfermeras realizaba prácticas que implicaban “*entrar*” al área COVID, en la próxima jornada esa persona sería la encargada de las tareas de índole administrativas y/o de la preparación de insumos y/o medicaciones, es decir de actividades que podían desarrollarse

en el *office* y no implicaban el ingreso a las habitaciones. Sin embargo, cuando las demandas se intensificaban, surgían conflictos para continuar con esas formas de organizar el trabajo.

“Lo que sí, últimamente está habiendo muchos pacientes y poco personal. Cuando comenzó todo esto, en junio, julio más o menos que allá en clínica fue que explotó, llegaron a ser veintidós pacientes y solamente dos enfermeras. Fue terrible. No teníamos descanso. Y más que muchas compañeras infectadas. Yo también me infecté, así que era una cosa que tomaban chicas, pero viste uno no entra sabiendo. Necesita su período de adaptación, todos necesitamos (...)” (Jésica, Técnica en Enfermería Clínica Privada, Sector COVID, junio 2021)

Si bien Jésica señala que fue posible organizarse entre compañeras para mejorar la distribución de tareas en el sector, esa posibilidad tuvo una limitación concreta: la falta de personal, es decir la desproporción entre el número de enfermeras disponibles y la cantidad de pacientes internados, especialmente en momentos donde los casos de COVID y la complejidad de los mismos aumentaba. La escasez en el número de enfermeras respecto de la cantidad de trabajadoras necesarias para sostener la atención de pacientes podía explicarse, en un primer momento, por el traslado de personal a otros sectores y la creación de nuevos grupos de trabajo en el marco de la reorganización de los servicios. A su vez, esas complicaciones también se relacionaban con, por un lado, la implementación de sistemas de trabajo rotativos o “burbujas” y, por otro, las licencias que algunas enfermeras debían tomarse debido a que eran parte de grupos en riesgo o bien se contagiaban del virus.

Sin embargo, en las entrevistas encontramos que la intensificación de las tareas producto de la sobrecarga de pacientes a cargo no se representaba como una novedad de la pandemia, sino que se configuraba como un mecanismo muy arraigado dentro del sector. En este sentido, para reducir costos derivados de la contratación de personal, los empresarios buscan reducir el número de enfermeras disponibles en cada sector a la cantidad mínima necesaria a expensas de su sobreexplotación. Por ejemplo, en acciones de cuidado que implican movilizar al paciente, muchas trabajadoras manifestaban encontrarse “*solas*” para cumplir con una tarea que requerirían de la presencia de otras enfermeras. En las clínicas resultaba un hecho común que cuando alguna trabajadora renunciaba o se jubilaba ese lugar no era reemplazado con nuevo personal, sino que las enfermeras que permanecían en el sector pasaban a ser responsables de la atención de todas las personas allí internadas. En algunos casos, cuando la demanda resultaba excesiva los empresarios recurrían a otros mecanismos de gestión del personal sobre los que profundizamos en el Capítulo II. Por ejemplo, “*ofrecían*” a alguna trabajadora del plantel estable la posibilidad de realizar horas

extras o bien convocaban a enfermeras “rotantes” para reforzar momentáneamente el sector en cuestión.

La falta de enfermeras en los servicios de internación no representa un fenómeno novedoso, sino que puede asociarse con otra estrategia de maximización de ganancias y de control empresarial sobre la fuerza de trabajo: la reducción de personal. En este sentido, el déficit en la cantidad de enfermeras tiene consecuencias directas en las experiencias laborales de estas trabajadoras, cuestión que se hizo más evidente en un contexto de intensificación de las tareas como fue la pandemia. A continuación, veremos que este mecanismo se entrelaza con otra problemática en las condiciones de empleo del sector: la flexibilización en las formas de contratación.

3.2.4 “En la clínica se manejan así: hacen contrato de diez, de quince días, de un mes”.

Pandemia, sobrecarga de tareas y formas flexibles de contratación

Pese a la búsqueda de ajustar costos a través de reducir el número de enfermeras contratadas, la adecuación del trabajo en las clínicas para la atención de pacientes COVID tuvo consecuencias en la estructura y organización del plantel de enfermería. En este marco, para ajustar los sectores de internación a los nuevos lineamientos, los empresarios implementaron dos mecanismos que impactaron en el cotidiano del servicio de enfermería: por un lado, trasladaron enfermeras que habitualmente se desempeñaban en otros servicios (como maternidad, clínica médica, etc.) hacia los nuevos sectores COVID; por otro, tuvieron que reforzar el plantel de trabajadoras para atención de pacientes COVID a través de la incorporación de nuevo personal, especialmente de enfermeras jóvenes recién recibidas - como Jélica o Daniela-. No obstante, para incorporar nuevo personal utilizaron diversas formas de contratación flexibles: contratos eventuales o a tiempo parcial y/o contratos sin registro formal.

En este sentido, como sucede con la sobrecarga de pacientes, la reticencia de los empresarios a incorporar enfermeras mediante relaciones contractuales estables no representa una situación emergente de la pandemia, sino que constituye un mecanismo extendido dentro del sector asistencial privado para reducir costos derivados del empleo de fuerza de trabajo (como vimos en el Capítulo II). Para profundizar en este punto, podemos remitirnos al testimonio de Marcela, quien plantea la existencia de esta problemática incluso antes de la emergencia sanitaria:

E- ¿Tenés otras compañeras con las cuáles trabajas?

M- Y nosotros somos tres, tres enfermeras. Ahora últimamente estamos quedando dos porque están haciendo reducción de personal, por toda la situación que estamos

hicieron mucha reducción, antes había muchos enfermeros en negro, iban a cubrir guardia o así viste guardias por medio y así. Ahora quedamos dos. Supuestamente en la planilla nueva del mes figuramos tres enfermeros, pero no sé si nos van a poner eso... no sé, pero en la planilla figuramos tres. (Marcela, Técnica en Enfermería, Clínica Privada, Terapia Intensiva, marzo 2020)

El relato de Marcela refleja una experiencia extendida en muchas clínicas de la ciudad donde se entrelaza la reducción de personal y la precarización de las condiciones de contratación. Como hemos señalado anteriormente, desde hace algunos años, los dueños de establecimientos privados aducen que el sector se encuentra en una situación “crítica” producto del aumento en las tarifas y los precios de insumos/tecnologías médicas y el desfasaje entre los incrementos salariales que deben afrontar y los aranceles que pagan las obras sociales (Portal 0221.com.ar, 2018; El Sol Noticias, 2018). Apelando a este marco de crisis, los empresarios justifican no contratar trabajadoras mediante una relación estable. De esta forma, muchas enfermeras ingresan a trabajar a las clínicas privadas “a prueba” y/o mediante contratos eventuales que tienen una duración determinada y que puede o no renovarse según las necesidades del empleador.

La pandemia, entonces no fue una excepción, sino que por el contrario representó un momento donde los empresarios profundizaron la utilización de este tipo de mecanismos para incorporar personal y organizar el trabajo de las enfermeras en los distintos sectores, como explica Natalia:

“N- Lo que se ve es lo económico y ahora, por ejemplo, me mandan a cerrar un piso y yo fui a plantearles que.... cierran la mitad del piso porque quieren que baje a los [enfermeros] eventuales que tengo. Yo estoy evitando dejar a alguien sin trabajo desde diciembre.

E- ¿Qué es cerrar un piso?

N- Cerrar medio piso es cerrar 16 camas, el piso tiene 32, bueno 16 camas para bajar la cantidad de eventuales que tenemos y para pagar menos sueldos. Acá se entra por contrato, lo dejás libre. Yo tengo muchos eventuales en nuestro equipo a la mañana, a la tarde, a la noche porque cubren las vacaciones de otros. Nosotros [en referencia a las enfermeras con contrato por tiempo permanente] sí tenemos vacaciones o carpetas médicas...Acá se contrata eventuales. Nosotros tratamos de mantener al mismo que vaya cubriendo y así tiene trabajo mucho tiempo. Hasta un año puede estar, al año si no hay planta queda afuera”. (Natalia, Licenciada en Enfermería, Clínica Privada, Supervisora de Área, diciembre 2020)

Los mecanismos de contratación flexibles y/o los contratos sin registro formal permiten a los empresarios decidir unilateralmente en qué momento finalizar la relación laboral y lograr así un mayor control sobre las trabajadoras, en tanto sus márgenes de acción están limitados por la incertidumbre respecto a la continuidad laboral y todo lo que ello

implica en términos salariales y de otros beneficios. Para los empresarios, una forma concreta de reducir los costos laborales radica en “ajustar” la cantidad de trabajadoras contratadas. En algunos casos, esta reducción de personal implica “cerrar” completamente -o parcialmente- un “piso” de algún servicio de internación. Al disminuir la cantidad de camas disponibles también reducen el número de enfermeras abocadas a la atención pacientes. Incluso, como relata Natalia, son las propias trabajadoras que ocupan cargos de supervisión y/o gestión quienes deben comunicar a sus compañeras que no renovarían sus contratos por un nuevo plazo, lo cual las posiciona en una situación conflictiva en términos éticos (Neffa, 2015) puesto que tienen que comunicar una decisión empresarial con la cual no están de acuerdo en tanto implica dejar a alguien “sin trabajo”. Para contrarrestar esta situación de inestabilidad y alargar el tiempo de contratación, Natalia menciona que quienes realizan esos “reemplazos” suelen ser las mismas personas que son llamadas en distintas ocasiones.

Sistemáticamente, los empresarios recurren a este tipo de vínculos contractuales para reforzar el plantel de enfermeras en momentos determinados -por ejemplo, para cubrir francos, licencias o guardias- o en contextos de excepcionalidad, como la pandemia. Como señalamos en el Capítulo II, quienes cumplen dicho rol son llamadas “franquistas” o “franqueras”. A su vez, las personas contratadas de forma eventual también suelen “rotar” por distintos sectores y/o turnos, en función de la distribución de personal que organizan los supervisores. Marcos, señala que este sistema de gestión de personal permaneció incluso durante la pandemia:

M: “En cuanto al personal, se mantuvo la misma gente. Nosotros en enfermería tenemos un problema. En la institución los que son “franqueros” o los que no están como titulares en el servicio, nosotros les decimos que pasean por todos lados. Si no están en terapia los mandan a unidad coronaria sino los mandan a piso y si no los mandan a la guardia. Nosotros lo que le pedimos a la supervisión es que la gente que venía a cubrir a terapia la mantuvieran fija. Porque por ahí, venía un enfermero y a los dos días estaba en otro servicio y mandaban a otra persona. Nosotros lo que le pedimos era que a esa persona la dejen hasta que tenga franco y que no ande por toda la clínica. También hablamos con infectología porque si se contagia en terapia y anda desparramando el virus para todos lados y vos después necesitas más que nada ahora que no te podés comunicar bien por los equipos que tenés puesto. A veces con una mirada, si ya te conoces trabajando o a veces sin mirarte, cada uno hace sus cosas, sabe lo que tiene que hacer es mucho más rápido y seguro. En cambio, si todo el tiempo estás cambiando de compañero, lo que planteamos es que te tenés que empezar a conocer. Eso nos parecía un riesgo innecesario para poder contagiarnos.” (Marcos, Licenciado en Enfermería, Clínica Privada, Terapia Intensiva, mayo 2021).

En su relato, el enfermero describe dos grandes problemáticas que vincula a los sistemas de rotación del personal durante la pandemia. Por un lado, señala que en su experiencia en terapia intensiva el cambio permanente de algún integrante del equipo de enfermería dificultaba la posibilidad de consolidar el grupo de trabajo, es decir que las/os trabajadoras/es se conozcan en profundidad para así realizar las tareas con mayores niveles de coordinación. Las labores de enfermería, especialmente en áreas de cuidados críticos como terapia intensiva, demandan acciones de mucha atención e incluso requieren acciones rápidas y ordenadas puesto que los pacientes revisten mayor gravedad y su estado de salud puede cambiar rápidamente. Por lo tanto, la comunicación y la interdependencia entre compañeros/as resulta central. Marcos advierte que la posibilidad de mejorar estos aspectos se vincula esencialmente con el hecho de “*conocer*” al compañero/a de trabajo, para comunicarse rápidamente e incluso poder interactuar sin “*mirarse*”. En este sentido, durante la pandemia, el diálogo y la interacción entre las/os trabajadoras/os fue aún más difícil debido a la limitación del contacto y, especialmente, al uso de EPP que cubrían buena parte del cuerpo y no dejaban ver expresiones y gestos.

Por otro lado, la rotación de enfermeras por los distintos sectores también era evaluada como un “*riesgo*” ya que aumentaba la posibilidad de contagio entre el personal. En una situación de emergencia, donde las autoridades recomendaban reducir el contacto y conformar sistemas de “*burbujas*” entre las/os mismas/os trabajadores/as, cambiar permanentemente los integrantes del equipo de enfermería era percibido como un “*riesgo innecesario*” al cual las autoridades de las clínicas las/os exponían.

Frente a esta problemática, las/os enfermeras/os no se mantuvieron al margen, sino que delinearon una serie de acciones grupales para mejorar la organización del servicio. Por ejemplo, establecieron que quien “*rotara*”, es decir quien no estuviese “*siempre en la terapia*”, no debería intervenir en los procedimientos que involucraban la atención de pacientes COVID positivo. Las acciones de las enfermeras “*rotantes*” se limitaron entonces a aquellas acciones que no requerían del contacto directo con pacientes, tales como la preparación de medicación en el *office* y la realización de otras tareas administrativas. No obstante, si bien estas decisiones buscaban prevenir posibles contagios y tener más control sobre la organización del trabajo, también implicaban una sobrecarga para los/as enfermeros/as “*fijos*” del servicio de terapia. El testimonio de Marcos nos permite observar cómo ante las falencias en la organización del trabajo, las/os trabajadores/as de enfermería diseñaron esquemas para limitar las posibilidades de contagio entre compañeras/os. Sin embargo, estas acciones para cuidarse y cuidar a otros también fueron vivenciadas con gran

incertidumbre: el terro, el miedo, la angustia fueron sentimientos que permearon las experiencias laborales de las enfermeras durante la pandemia, cuestión sobre la que profundizaremos en los siguientes capítulos.

3.3 Conclusiones parciales

En este capítulo señalamos que para comprender la *multidimensionalidad* del trabajo de cuidado en enfermería es necesario analizar lo que sucede en los espacios concretos de trabajo, es decir las formas de organización y los mecanismos de control presentes en las clínicas privadas. Allí, la prestación de un servicio esencial asume características específicas puesto que, a diferencia de lo que ocurre en el subsector público, la salud asume también el carácter de mercancía y, por ende, entran en juego lógicas propias del empleo privado. De esta forma, la organización del proceso de atención y cuidado de la salud en las clínicas está atravesado por la búsqueda de beneficios y la reducción de costos por parte de los empresarios, cuestión que se traduce en diversos mecanismos de control sobre, en este caso, el trabajo que realizan las enfermeras.

En este marco, en el primer apartado, argumentamos que los sistemas de acreditación y evaluación de calidad pueden ser pensados como políticas de control en tanto inciden en las formas en que se desarrolla el proceso de atención-cuidado de la salud. En este sentido, mostramos que una de las dimensiones que suele ser evaluada por los organismos que acreditan calidad es la formación de los recursos humanos, cuestión que en el caso de enfermería se expresa en exigencias de titulación. Por esta razón, las autoridades de las clínicas impulsaron procesos de capacitación profesional para quienes estaban en servicio, pero lo hacían sin instrucción formal. No obstante, señalamos que, si bien la evaluación de calidad respecto de la formación en un principio podía ser leída como una exigencia sobre las trabajadoras, finalmente fue una temática que las enfermeras tomaron como propia. Estudiar e incluso continuar capacitándose comenzó a configurarse como un interés de la enfermería, en tanto colectivo. De esta forma, el crecimiento del número de profesionales -especialmente Licenciadas- dentro de la institución habilitó la construcción de nuevas demandas que finalmente fueron escuchadas por las autoridades de las clínicas y permitieron generar una estructura propia para el servicio de enfermería, mejorar la distribución de tareas y solucionar problemas vinculados a las condiciones cotidianas de trabajo.

Asimismo, señalamos que, en el marco de la adopción de normas de calidad, la inclusión del uso de la cofia como parte del uniforme de las enfermeras también se presentó como un requisito para adecuar ese servicio a los estándares solicitados por los organismos

externos de evaluación. Sin embargo, las exigencias respecto a la obligatoriedad de la cofia fueron resistidas por las propias trabajadoras. Por un lado, porque su utilización era percibida como un aspecto que deterioraba las condiciones de ejercicio ya que generaba malestar y no cumplía con una función de protección y/o de seguridad específica. Por otro lado, para las enfermeras, la inclusión de este elemento distintivo era visto como una forma de control simbólico en tanto (re)actualizaba imaginarios vinculados al género y los trabajos de cuidado que reforzaban la posición subalterna de la enfermería dentro de las instituciones de salud.

En el segundo apartado, argumentamos que las modificaciones en la organización del trabajo producto de la pandemia también pueden ser interpretadas como una forma de control sobre las tareas que realizan las enfermeras, especialmente en términos de exigencias. Es decir, por ser responsables de la atención directa de pacientes, las enfermeras vieron intensificados los ritmos y las tareas que realizaban y tuvieron que adaptar las formas y los tiempos de trabajo a protocolos de atención y seguridad estrictos que modificaron sustancialmente sus prácticas cotidianas. Asimismo, en el subsector privado, el reacondicionamiento de los servicios, la compra de elementos de protección de bioseguridad, el incremento de las medidas de higiene y seguridad fueron tomados como un costo por parte de los empresarios. En este marco mostramos que, si bien este contexto de excepcionalidad aumentó las exigencias sobre el trabajo de las enfermeras, ellas también construyeron acciones para mejorar la organización y la distribución de las tareas y así disminuir las complicaciones que surgían durante el proceso de atención de pacientes. Estas estrategias no fueron elaboradas *a priori*, sino que fueron construyéndose cuando los problemas se presentaban, es decir en el marco de sus prácticas de cuidado cotidianas.

En este sentido, señalamos que dichas acciones y/o estrategias encontraron limitaciones puesto que se toparon con diversos mecanismos empresariales de control destinados a reducir costos derivados del empleo de fuerza de trabajo. Por ejemplo, vimos que, desde hace tiempo, los empresarios buscan reducir el número de enfermeras disponibles en cada sector de internación, cuestión que genera sobrecarga de pacientes y, por ende, de tareas. Este mecanismo se entrelaza con formas flexibles de incorporación de nuevo personal a través de contratos eventuales y/o sin registrar. A través de estos mecanismos, los empresarios deciden unilateralmente en qué momento finalizar la relación laboral y logran así ajustar la cantidad de trabajadoras contratadas. A su vez, las personas que son contratadas por tiempo determinado también suelen “rotar” por distintos sectores y/o turnos, en función de la distribución de personal que organizan los supervisores. De esta forma, observamos que la pandemia representó un evento crítico que trastocó las experiencias laborales de las

enfermeras, sin embargo, muchas de las problemáticas que vivenciaron no fueron novedosas, sino que se entrelazaron con situaciones preexistentes y extendidas dentro del subsector privado asistencial.

En resumen, podemos concluir que el trabajo de cuidado que realizan las enfermeras en las clínicas privadas se encuentra permeado por mecanismos de control que asumen diversas formas, provienen de diferentes actores y están anclados en las condiciones estructurales del empleo en el sector. No obstante, esos mecanismos deben ser analizados de forma situada, en tanto pueden ser tensionados por las acciones y/o estrategias que elaboran las enfermeras en el marco de sus prácticas cotidianas, cuestión que posibilita la construcción de márgenes de autonomía. A su vez, en una ocupación subordinada, las *huellas* que imprimen los mecanismos de control en las experiencias de las enfermeras van más allá de lo que sucede en el espacio concreto de trabajo: se entrelazan con legados vinculados al reconocimiento de la profesión y a sus condiciones de ejercicio históricas. De esta forma, realizar acciones y/ o estrategias para contrarrestar las problemáticas presentes en la organización del trabajo también puede ser interpretado como una forma de construir poder.

Capítulo 4 – Tiempos laborales y extralaborales. El trabajo de cuidado en enfermería y su entrelazamiento con otros proyectos y esferas de la vida

En el Capítulo 3 profundizamos en la *multidimensionalidad* del trabajo de cuidado en enfermería a partir de indagar en los elementos que hacen a la organización del proceso laboral en las clínicas privadas de La Plata. Concretamente, analizamos distintas formas y mecanismos empresariales de control sobre el trabajo que realizan las enfermeras y los márgenes de autonomía que ellas poseen en tanto trabajadoras. Luego de analizar la organización del trabajo en el espacio de las clínicas privadas, nos interesa puntualizar en otra de las dimensiones que, consideramos, hacen a la *multidimensionalidad* del trabajo de cuidado enfermería. En este capítulo, veremos cómo las experiencias laborales de las enfermeras son permeadas por otras aristas que van más allá de las condiciones formales de empleo y de lo que sucede en los espacios concretos. Es decir, analizaremos el entrelazamiento de este trabajo con otros proyectos y de tiempos de la vida. En ese sentido, buscaremos comprender las continuidades y las tensiones entre el trabajo, la profesión y otras esferas de la vida de las enfermeras. Para ello retomaremos dos problemáticas vinculadas a las condiciones laborales en el sector a las que ya hicimos alusión: la extensión de la jornada (a través del pluriempleo y la realización de horas extraordinarias) y los horarios atípicos (turno noche, turnos rotativos).

Cabe señalar que nos interesa comprender la experiencia específica del trabajo de enfermería en tanto constituye una profesión fuertemente feminizada. Partiremos de considerar entonces que, para las mujeres, y en especial para aquellas que se insertan en ocupaciones de cuidado, los límites entre el trabajo y el no-trabajo muchas veces se vuelven difusos y resulta difícil compatibilizar las exigencias laborales con otras aristas de la vida personal, sin alterarlas. En este sentido, pese al interés que los estudios del cuidado le han otorgado a la relación entre el trabajo y otras esferas de la vida, como por ejemplo la familia, la mayoría de las investigaciones empíricas sólo dan una importancia relativa a la naturaleza de las tareas que enfrentan las mujeres y no se preocupan por el hecho de que estos aspectos dialogan y dan lugar a conflictos específicos en la experiencia de esas mujeres trabajadoras

(hallamos algunas excepciones como, por ejemplo, el trabajo de Wharton (2004) y el de Faur & Tizziani (2017))⁷⁵.

Puntualmente para el caso de la enfermería, nos interesa plantear que, si bien la extensión de la jornada laboral constituye una problemática histórica que atraviesa la experiencia profesional de estas trabajadoras (producto de los elementos reseñados en el Capítulo II) las enfermeras también tienen capacidad de agencia y toman decisiones en ese marco de posibilidades. En esas decisiones se articulan distintos proyectos personales y familiares (la maternidad, la migración, el proyecto de una casa propia, etc.) y también diversas temporalidades (en relación con la edad, el momento en la trayectoria profesional, etc.). En este sentido, analizaremos de qué manera esferas de la vida que suelen considerarse escindidas se encuentran, en lo concreto, en permanente diálogo y tensión. El trabajo de cuidado en enfermería debe comprenderse entonces a partir de reconocer la permeabilidad de la profesión respecto a otras dimensiones que hacen al desarrollo de los proyectos de estas trabajadoras.

Además, veremos que la configuración de una jornada laboral apremiante -producto de tener dos empleos o hacer horas extras- y el trabajar en horarios socialmente atípicos -como el turno noche- limita otros tiempos de la vida (como el ocio, los momentos con la familia, el descanso, etc.). Por esta razón, en un día habitual, las enfermeras deben “hacer malabares” para organizar su cotidiano y así gestionar los tiempos de trabajo y de no-trabajo (Bouffartigue & Bouteiller, 2006; Malleville & Busso, 2020)⁷⁶. Será importante registrar las negociaciones y las acciones que despliegan para conciliar el trabajo con otros ámbitos de la vida cotidiana. Consideraremos que, para lograr tramitar esas múltiples demandas, las enfermeras construyen competencias a partir de la movilización de determinados recursos sociales y subjetivos con los que cuentan.

El capítulo se estructura de la siguiente forma, en un primer apartado indagaremos en cómo la experiencia del pluriempleo es permeada por otros proyectos de la vida. Para ello recuperaremos las trayectorias profesionales de Jéssica y Norma, en el primer caso haremos énfasis en la relación entre la experiencia en el trabajo de enfermería y los proyectos en torno

⁷⁵ Para profundizar en las investigaciones que han abordado la relación entre trabajo remunerado y no remunerado en las mujeres ver Aspiazu, E. (2014) “*Conciliación entre trabajo y responsabilidades familiares: una revisión teórica con enfoque de género*” donde la autora realiza una revisión bibliográfica exhaustiva sobre dicha temática.

⁷⁶ La idea de mujeres “malabaristas” también fue utilizada por Eleonor Faur en su libro. “*El cuidado infantil en el siglo XXI. Mujeres malabaristas en una sociedad desigual* (2014). A partir de dicha metáfora, la autora describe de qué manera, las mujeres en su cotidiano deben atender simultáneamente diferentes demandas de la vida social; para conciliar, especialmente, las responsabilidades de la crianza de los/as hijos/as con las exigencias del mercado laboral.

a la maternidad; en el caso de Norma nos centraremos en la profesión y la experiencia de la migración. Posteriormente, pondremos en diálogo ambas trayectorias para mostrar cómo las decisiones respecto a la experiencia profesional tendrán especificidades según los momentos de la vida de las enfermeras. En este sentido, la elección de determinadas trayectorias profesionales constituye un recurso analítico para presentar ciertas dimensiones de la vida de las enfermeras que queremos jerarquizar.

En el segundo apartado, veremos cómo la experiencia de trabajar en horarios atípicos es permeada por otras dimensiones de la vida, pero también analizaremos cómo la profesión atraviesa otras esferas y tiempos cotidianos. Primeramente, buscaremos mostrar de qué manera la configuración de la jornada laboral incide en la organización de la vida cotidiana. Luego profundizaremos en las tensiones y los conflictos que experimentan las enfermeras al momento de conciliar las demandas laborales y familiares. En este sentido, nos interesa describir las gestiones que realizan cotidianamente sobre sus tiempos y los de otros miembros de la familia, como también las negociaciones y los acuerdos que deben movilizar para poder organizar su día a día. Asimismo, será importante resaltar los conflictos específicos que emergieron durante la emergencia sanitaria y la declaración del aislamiento social preventivo y obligatorio. Al igual que en los otros capítulos, finalizaremos con una sistematización de los principales resultados parciales aportados en este capítulo.

4.1 Pluriempleo y proyectos de vida: familia, migración y trayectorias profesionales

“Así estuve unos años hasta que me empezó a costar más porque también tenía a mi nene. Empecé a decir no y que era mucho tiempo. Me quedé solamente con el Hospital por un tiempo.” (Verónica, Licenciada en Enfermería, Hospital Público -ex Clínica Privada-, mayo 2021)

En este apartado nos preguntaremos de qué forma la experiencia del trabajo en enfermería es permeada por otros proyectos de la vida personal y familiar, los cuales tendrán ciertas características según los momentos de las trayectorias profesionales. Para comenzar a indagar en esta dimensión de la experiencia, podemos recuperar el recorrido de Verónica quien es Licenciada en Enfermería y durante varios años trabajó tanto en el sistema privado de salud como en el público. Sin embargo, al momento de hacer la entrevista (mayo 2021) Verónica se desempeñaba solamente en un hospital de gestión provincial ubicado en las afueras del casco urbano de La Plata. En su narración, nos cuenta que, desde hace algunos años, dejó su empleo en la clínica privada para dedicarse únicamente al trabajo en el ámbito

público. Si bien hace veinticinco años que trabaja como enfermera en esa institución, desde hace cinco años se desempeña en el área de gerenciamiento de camas. Allí los horarios son organizados mediante sistemas de guardias de 36 horas semanales. Además de su trabajo en el hospital, Verónica desarrolla tareas como docente de las prácticas profesionalizantes en dos Tecnicaturas Superiores en Enfermería de la ciudad. Con casi cincuenta años, un currículum extenso y pronta a jubilarse, todavía recuerda sus inicios en la profesión, los años de estudio, los primeros trabajos, su paso por distintas instituciones públicas y privadas y por los diversos servicios del hospital.

Hoy en día Verónica es Licenciada, pero, como es el caso de muchas enfermeras, ésta no fue su primera titulación. En la década del noventa estudió para auxiliar de enfermería en una Escuela de enfermería que hoy ya no existe. En su narración el recuerdo es nítido e incluso señala las calles donde se ubicaba “*Quedaba en [la intersección de las calles] 3 y 60, por ahí. Era de la municipalidad*”. Verónica comenzó a trabajar como enfermera antes de recibirse y tener el título de auxiliar. Mientras realizaba las prácticas finales en otro hospital de la ciudad, una enfermera con más antigüedad le dijo: “- *¿No venís a trabajar conmigo? Yo trabajo en la Clínica Rio de La Plata*”. A lo que respondió rápidamente con un sí: “*Yo era joven así que fui*”. Tiempo después, dejó esa clínica para ingresar a trabajar en otra institución privada de la ciudad. A la par, comenzó a desempeñarse como becada en el hospital donde hasta el día de hoy ejerce la profesión. Sus primeras tareas asistenciales fueron en una sala de pacientes crónicos, pero señala que lo “*suyo*” siempre fueron los cuidados críticos. Durante varios años de su vida trabajó en el hospital y en una clínica, hasta que, con el nacimiento de su hijo mayor decidió dejar su puesto en la clínica y “*quedarse solamente*” con el hospital, al menos, “*por un tiempo*”.

El relato que hace Verónica sobre su trayectoria profesional en el que recupera momentos que señala como significativos en su vida personal y laboral, impulsó una serie de preguntas sobre las razones detrás del pluriempleo que buscaremos desandar en el transcurso de este capítulo ¿pueden pensarse de forma entrelazada las decisiones sobre la profesión y la vida personal? ¿qué moviliza a las enfermeras a tener más de un empleo o hacer horas extras? Partimos de considerar que, si bien los bajos ingresos del sector derivan en la prolongación de la jornada laboral de las enfermeras con el fin de mejorar sus condiciones económicas, también encontramos diferencias entre las entrevistadas. En este apartado veremos que las experiencias en el trabajo de enfermería son permeadas por otras esferas y proyectos de la vida que van más allá, y que también dialogan, con las condiciones concretas de trabajo. Resultará interesante describir esa heterogeneidad de experiencias y

comprender los motivos -más allá de lo estrictamente salarial- que movilizan a las enfermeras a contar con más de un empleo. Buscaremos profundizar en los distintos aspectos que intervienen en las decisiones respecto a la profesión (la familia, la maternidad, la migración, la participación sindical). A su vez, y atendiendo a la dimensión temporal, señalaremos que esas decisiones se circunscriben a momentos específicos en las trayectorias de vida de las enfermeras. Es decir, nos interesará ahondar en por qué lo hacen y bajo qué condiciones tienen la posibilidad de dejar de hacerlo. Para ello, profundizaremos en las experiencias de Jérica y Norma,

4.1.1 “*Es por ella que hago este sacrificio*”. El caso de Jérica: maternidad, deseos y primeras inserciones laborales.

Jérica tiene 27 años recién cumplidos. Comenzó a estudiar la Tecnicatura Superior en Enfermería en la Escuela de Gobierno en Salud a los 23 años, tres años después de convertirse en madre. Vive en la casa familiar ubicada en la ciudad de La Plata con su padre, quien se desempeña como personal de salud; su madre, que trabaja como empleada doméstica y cuidadora de adultos mayores; su hermano menor quien está finalizando los estudios secundarios y su hija de siete años. Se recibió en diciembre de 2019 y, como muchas de sus compañeras de carrera, sus primeras experiencias laborales fueron en plena pandemia.

Cuando la entrevistamos, en abril de 2021, Jérica recordaba su primer trabajo como enfermera en una clínica ubicada en la localidad de Berisso, poco antes de que se declare la emergencia sanitaria. Allí se desempeñó durante aproximadamente un mes, hasta que decidió dejar su puesto por varias razones: la lejanía respecto a su casa, la mala relación con sus compañeras y el escaso sueldo que percibía. En este sentido, y producto de la fragmentación dentro del subsector, es común encontrar instituciones privadas que brindan mejores condiciones salariales que otras. A su vez, entre las propias trabajadoras circula información sobre las condiciones que ofrecen las distintas clínicas, a partir de lo cual se construyen mejores o peores referencias. Volviendo al caso de Jérica, si bien no fue fácil tomar la decisión de renunciar a su primer empleo, también remarca que tuvo “*la suerte*” de encontrar rápidamente un nuevo trabajo en otra clínica, pero esta vez ubicada en La Plata. En su relato, Jérica señala que el hecho de recibirse y, unos meses después, ingresar a trabajar en medio de una crisis sanitaria sin precedentes, resultó una experiencia significativa para su trayectoria profesional.

Actualmente trabaja en dos lugares a la vez: como becada en un hospital público durante el turno mañana, es decir de 6 a 12 Hs. y en una clínica. Si bien en el hospital realiza

el mismo turno todos los días, en la clínica no posee un horario fijo ya que concurre cuando su empleador la “llama” para reforzar áreas y/o turnos específicos. Generalmente es llamada para trabajar en alguno de los sectores destinados a pacientes COVID-19 positivo durante el turno noche, es decir de 22 a 6 Hs. Su casa queda aproximadamente a cuarenta cuadras de ambos trabajos, y como uno queda relativamente cerca del otro, va y vuelve en bicicleta. Pese a que por la hora que ingresa y sale de trabajar le da “bastante miedo” manejarse sola, prefiere utilizar la bicicleta como medio de transporte por sobre el colectivo o el taxi. Esta decisión radica esencialmente en una cuestión económica y de rapidez, ya que tiene apenas unos minutos para desplazarse de un trabajo a otro.

Respecto a la elección de su profesión, Jessica afirma que eligió enfermería por recomendación de su padre, quien también trabaja en el sector salud, pero como chofer encargado del traslado de insumos. Así recuerda el momento en el que decidió inscribirse en la carrera:

“Mi papá me recomendó. Me dijo: “-De enfermero siempre va a haber trabajo, siempre se va a necesitar gente”, “-Vas a tener una profesión”. Yo tengo veintisiete años, hace poquito cumplí veintisiete, comencé a estudiar a los veintitrés y, por más que uno es mamá o tiene experiencias en la vida, no deja de tener veintitrés años. Yo no tenía ganas de que en vida quiero hacer esto, esto y esto. Era lo seguro la enfermería, vamos a lo seguro así le puedo dar un futuro a mi hija y ahora, con veintisiete años, estoy un poco más madura y me doy cuenta de que fue lo más correcto, lo más acertado porque apenas terminé la carrera ya conseguí trabajo. Unos meses tardé en conseguir trabajo y ya le pude empezar a dar cosas a mi hija que antes no podía en lo más mínimo. Una vez que ya esté asentada en enfermería sí me gustaría estudiar nutrición.” (Jésica, Técnica en Enfermería, Clínica Privada, Sector COVID, abril 2021)

Elegir a la enfermería por sobre otras carreras puede vincularse a razones económicas, en tanto constituye una posibilidad de encontrar con cierta seguridad un empleo y, en términos más amplios, una profesión. El caso de Jésica permite vislumbrar ciertas representaciones que circulan desde hace tiempo en el imaginario público (La Nación, marzo 2022)⁷⁷: estudiar enfermería facilitaría el ingreso al mercado laboral. Como hemos reconstruido en trabajos anteriores, la enfermería constituye un “horizonte de posibilidad” para muchas mujeres de sectores populares que desean encontrar un trabajo con mejores condiciones. Este proyecto se construye esencialmente sobre la posibilidad de estudiar una carrera en el nivel superior, que habilite el ingreso a un empleo formal y, de esta forma,

⁷⁷ <https://www.lanacion.com.ar/sociedad/la-carrera-universitaria-con-salida-laboral-rapida-que-duplico-las-inscripciones-despues-de-la-nid28022022/>

permita mejorar trayectorias laborales signadas por la precariedad (González & Malleville, 2021).

En el caso de Jéssica, la decisión de estudiar enfermería también fue motivada por su padre, quien la orientó a elegir una carrera en salud para la que “*siempre se va a necesitar gente*”. Hoy en día, revisitando ese momento de su vida, Jéssica sostiene que esa elección fue “*la más correcta*”, ya que a poco tiempo de recibirse encontró trabajo como enfermera en una clínica. El contexto de elección no era sencillo. Joven y a poco tiempo de convertirse en madre soltera las condiciones iniciales no eran fáciles y las expectativas eran muchas: Jéssica quería comenzar a independizarse de su familia, quienes con mucho esfuerzo la ayudan económicamente día a día. Quería ser ella misma quien pudiera comenzar a “*darle cosas*” a su hija. “*Cosas*” que un salario propio podría proveerles. Trabajar como enfermera entonces le permitió empezar a concretar ese deseo e incluso considerar la posibilidad de continuar estudiando otra carrera universitaria vinculada a la salud, como es nutrición.

Además de las razones presentes en la elección de estudiar enfermería, en los motivos por las cuales Jéssica esgrime tener dos empleos también hallamos elementos que entrelazan lo profesional, lo económico y lo familiar. La relación con su hija, priorizar su bienestar incluso por sobre su propio “*esfuerzo*”, son aspectos que inciden en las orientaciones sobre su trabajo:

E- ¿Y sentís que de alguna forma impactó la pandemia en tu salud?

J- No, porque cuando pase esto (refiere a la pandemia) espero seguir teniendo dos trabajos, aunque sea por un tiempo. Más que nada cansancio es lo que tengo. Por ahí me duele un poco la espalda, la cintura, pero es por tener doble trabajo, no por la pandemia en general.

E- ¿Y tenés estos dos trabajos por una cuestión más que nada salarial?

J- Sí. Porque yo pretendo independizarme con mi hija así que es por ella que hago este sacrificio” (Jéssica, Técnica en Enfermería, Clínica Privada, Sector COVID, abril 2021)

Si bien Jéssica encuentra que sus tareas pueden afectar su salud no asocia ese malestar a la situación de excepcionalidad que implicó la pandemia, sino al hecho de tener “*doble trabajo*”. Se siente cansada, pero aun así espera conservar esos dos empleos por, al menos algún tiempo, incluso una vez que finalice la emergencia sanitaria. En este momento de su vida, tener dos trabajos representa aquello que le permite aumentar sus ingresos a fin de mes, a pesar de que implique un gran esfuerzo que se manifiesta en cansancio corporal y mental. Sin embargo, las fuerzas que la movilizan a realizar ese “*sacrificio*”, como ella misma lo cataloga, se vinculan a la concreción de proyectos. En ese tiempo por venir se sitúa el deseo de poder independizarse junto con su hija y darle así “*cosas*”, que no solo significan objetos

materiales sino también la posibilidad de tener un “*futuro mejor*” en un sentido amplio. Dentro de la sociología del trabajo, una de las dimensiones que permiten evaluar las condiciones laborales de un determinado grupo es el salario, es decir el análisis de los ingresos en términos objetivos, cuantificables y que pueden compararse con otros sectores de la actividad económica. Sin embargo, el salario también posee una dimensión subjetiva. Más allá de la remuneración percibida, es posible analizar los modos en que los sujetos transitan y hacen una evaluación sobre esa situación, y cómo dichas representaciones pueden diferir según las condiciones particulares de la experiencia.

Ser “madre soltera”, ser prácticamente el “único sustento” de los/as hijos/as es una experiencia que resulta común para muchas mujeres y conforma un elemento central al momento de construir significados sobre la relación entre los ingresos y el trabajo. En el caso de las enfermeras, según datos que hemos producido a partir de la Encuesta Nacional de Enfermería (PISAC-COVID, 2021) para el año 2021, un 49,4% afirmaba que su ingreso representaba el único sustento del hogar mientras que el 28% señalaba que, si bien el núcleo familiar cuenta con otros ingresos, su salario constituye el principal aporte económico. Por lo tanto, si bien la cuestión salarial representa una de las principales demandas colectivas, no es difícil imaginar que sus significaciones estarán atravesadas por la posición que los sujetos ocupan dentro de su espacio social. En concreto, para quienes forman parte de un hogar monoparental, donde el salario de esa persona representa el único sustento, los márgenes de acción serán diferentes a lo que sucede en aquellos hogares donde ambos cónyuges aportan al mantenimiento de la casa y a las necesidades de los/as hijos/as.

El caso de Jérica permite comprender cómo en la necesidad de contar con más de un empleo también entran en juego desigualdades de género y etarias. En esta experiencia también observamos cómo se entrelazan distintas situaciones: convertirse en madre joven, no poder dividir las responsabilidades con su expareja, ingresar recientemente al mercado laboral, etc. A su vez, esa experiencia también es permeada por deseos y aspiraciones futuras: trabajar en enfermería representa un proyecto profesional que permite mejorar sus condiciones de vida y, por ende, las de su hija. En estas primeras experiencias laborales, Jérica encontró que otra forma de mejorar su situación era tener dos empleos.

A su vez, para Jérica, continuar sus estudios, recibirse de enfermera y posteriormente tener dos trabajos, todo ello con una hija pequeña a su cargo, fue posible gracias al acompañamiento de su madre y de su padre. Como veremos en la segunda parte de este capítulo, las redes personales, en este caso representadas por la familia, además de funcionar

como espacios de contención y guía, también resultan fundamentales para sostener y organizar las tareas de cuidado cuando se experimentan jornadas laborales tan apremiantes.

4.1.2 “Las oportunidades son una vez en la vida”: el caso de Norma. Migración, maternidad y concreción del proyecto de una casa propia

Norma tiene 56 años, es de nacionalidad peruana y en la década del '90 migró hacia la Argentina. Al comienzo de la entrevista menciona, con gran orgullo, su formación de posgrado, especialmente su maestría en salud mental y los cursos que realizó en sus diversos viajes a la Facultad de Ciencias Médicas, en Cuba, donde la reciben periódicamente otras colegas. No es casual que, en nuestra conversación, Norma haga especial énfasis en su formación profesional. Recordemos que, como vimos en el Capítulo I, el proceso de profesionalización de la enfermería en Argentina constituye un proceso aún inacabado, que se expresa en la falta de enfermeras con titulación superior y en las demandas por el reconocimiento de este grupo como profesionales de la salud.

La trayectoria formativa de Norma comenzó en Perú, cuando se recibió de enfermera con título terciario. Sin embargo, cuando llegó a la Argentina no pudo validar esa credencial educativa⁷⁸. Para sobreponerse a esta situación decidió anotarse en el curso de auxiliar que dictaba la Cruz Roja y posteriormente se graduó de técnica profesional y licenciada. En La Plata, trabaja desde hace veintidós años en una clínica de salud mental de la ciudad donde realiza tareas asistenciales durante el turno noche. Allí se encuentran internados pacientes con problemáticas de salud mental y adultos mayores con patologías diversas, como por ejemplo demencia senil. Asimismo, desde hace varios años, es delegada gremial de la Asociación de Trabajadores de la Sanidad (ATSA-LP).

Al preguntarle por sus inicios en la enfermería, Norma recuerda su primer trabajo en Argentina. Remarca que el mismo día que presentó su currículum en un geriátrico de la ciudad de La Plata el dueño la contrató. Sin embargo, como era extranjera, su empleador debía formalizar el contrato de trabajo para poder quedarse en el país sin mayores problemas⁷⁹.

⁷⁸ Tal como señala Cerruti (2018) las dificultades en el reconocimiento oficial de los títulos superiores obtenidos en el país de origen obstaculizan la posibilidad de una inserción laboral acorde a las credenciales educativas con las que cuentan quienes migran desde otros países, como es el caso de Norma.

⁷⁹ El sector privado siempre fue un espacio de inserción para mujeres migrantes que realizan trabajo de cuidado, como la enfermería, puesto que en el ámbito público para integrar las leyes de administración pública y de carrera hospitalaria es un requisito contar con la nacionalidad argentina.

LEY N°10.430 - ARTÍCULO 2.- ADMISIBILIDAD.

Ser argentino nativo, por opción o naturalizado. Por excepción, podrán admitirse extranjeros que posean vínculos de consanguinidad en primer grado o de matrimonio con argentinos, siempre que cuenten con CINCO

“Como era extranjera ya la persona del geriátrico me había hecho los papeles -en referencia al dueño del geriátrico- porque antes o te casabas con un argentino o tu empleador te hacía el contrato de trabajo y tuve la gran suerte de que me hicieran el contrato (...) Y me dio muchas oportunidades, más que mi país, pero bueno aparte la mitad de mi vida la hice en Argentina...” (Norma, Licenciada en Enfermería, Clínica de Salud Mental, julio 2019)

Norma se muestra muy agradecida con el desarrollo profesional que pudo alcanzar en Argentina. Una vez asentada en el país, además de trabajar en el geriátrico comenzó a realizar guardias en un nosocomio privado cuidando pacientes que la contrataban de forma particular. Si bien recuerda que le gustaba trabajar con “abuelitas” -como llama a las personas mayores internadas- luego de un tiempo decidió dejar el geriátrico y buscar otro trabajo. Cuando rememora las razones de su renuncia manifiesta que allí la “*explotaban*”: era ella la única responsable de quince pacientes. La participación en el sindicato también fue determinante para Norma: debido a las “*injusticias*” que veía en su trabajo se dirigió al Ministerio de Trabajo donde la asesoraron y le recomendaron que se acerque a “*su sindicato*”. A partir de ese momento comenzó a participar en ATSA-LP, donde actualmente se desempeña como delegada en la clínica donde trabaja. En su relato, se muestra orgullosa de los logros alcanzados en materia de condiciones laborales durante su representación: incorporar más personal, respetar los días de vacaciones y licencias, contar con días por motivo de estudios, etc.

Recordemos que, dentro del ámbito de la salud, las residencias geriátricas suelen caracterizarse como espacios donde se concentran situaciones de mayor precariedad laboral. Esta cuestión es señalada por otras investigaciones empíricas realizadas en el sector (Micha & Pereyra, 2016; Aspiazu, 2017), por los/as representantes gremiales y también por las propias entrevistadas. Por lo cual, estas instituciones, suelen considerarse como de “*paso*” o “*transitorias*” en las trayectorias laborales de las enfermeras, o bien reservadas para quienes recién ingresan a la profesión o poseen “*menor formación*”, por ejemplo, a auxiliares, quienes tienen más dificultades para encontrar empleo en hospitales y/o clínicas de mayor tamaño puesto que allí solo incorporan enfermeras técnicas y/o licenciadas. De esta forma, en la escala de posibilidades, las pequeñas instituciones geriátricas ofrecen peores condiciones laborales, salariales y de desarrollo profesional para las enfermeras.

“N- Yo he trabajado toda mi vida, tuve dos, tres trabajos. Trabajé de 6 a 14 Hs. en un geriátrico y en las noches trabajaba haciendo guardias, a quienes me contrataban

(5) años como mínimo de residencia en el país. Asimismo, se admitirán extranjeros cuando se tenga que cubrir vacantes correspondientes a cargos indispensables de carácter profesional, técnico o especial.

particular en un hospital privado. Después, en el (año) 98, presenté mis papeles en el psiquiátrico y pedí de trabajar ahí.

E- Muchísimo tiempo...

N- Sí, pero tengo mi familia ... Y tal es así que a los cuatro meses que estuve en el psiquiátrico pude traer a mis hijos ... el padre me dio la firma y yo ya después ya tuve un terreno construí y bueno y así.” (Norma, Licenciada en Enfermería, Clínica de Salud Mental, julio 2019)

Norma otorga un lugar fundamental al trabajo dentro de su vida. Renunciar al geriátrico y encontrar un puesto con mejores condiciones laborales, comenzar a participar en el sindicato, ser electa como delegada gremial, son sucesos muy importantes en su trayectoria. Pero para ella, “*toda una vida*” en el ejercicio de la enfermería no solo implicó su desarrollo profesional sino también personal: la posibilidad de aumentar sus ingresos y acceder a la compra de un terreno y, posteriormente, a construir su propia casa en un barrio de la periferia de La Plata. Cuestiones que oficiaron de cierta “*garantía*” para lograr su objetivo: poder “*traer*” a sus hijos/as a vivir con ella a la Argentina.

Cuando llegó a nuestro país estaba recientemente separada del padre de sus hijos/as. En un primer momento migró solo con una amiga y su hermano, ambos profesionales de la salud. Las razones de su traslado fueron esencialmente materiales: sus amigos/as le habían comentado que en Argentina trabajar en enfermería -y en el sector salud en general- era mejor remunerado que en su país de origen. Tiempo después, cuando terminó de construir su casa, pudo garantizar el traslado de sus hijos/as. Sin embargo, lograr tener un hogar para ella y su familia no fue fácil. Norma recuerda que llegó a trabajar quince días sin descanso y, por ende, sin dormir para aumentar sus ingresos a fin de mes. Tenía dos empleos y, a la vez, aceptaba hacer horas extras cuando los empleadores la convocaban. Ante mi sorpresa, ella responde:

“N- No dormí. Yo me la banco, siempre por un sacrificio yo me la banco. ¿Cómo lo he hecho? no sé, quizás era más joven...”

E- ¿Y por qué lo hacías?

N- Porque yo estaba pagando mi casa, me compré mi casa tuve una oportunidad y las oportunidades son una vez en la vida. La colectividad peruana es muy unida. En el año 98 cuando yo compro la casa necesitaba 17 mil dólares, era un mundo de plata. En aquel entonces ganaba por semana 360 dólares. Tenía que hacer una entrega de 6000 dólares ¿cómo lo hago? ¿de dónde sacaba esa plata? entonces un amigo me presto mil dólares, otro quinientos. Nadie me cobró interés. Entonces yo con trabajo pagaba: “-Mirá, este mes te devuelvo a ti, este mes te devuelvo a ti, a ti, a ti”. Tenía que trabajar ... ¿Por qué hacía eso? [en referencia las horas extras] porque me pagaban el cincuenta por ciento más del día. Yo ya sabía que esos quince días yo sacaba dos mil cuatrocientos pesos. Entonces eso también me servía para hacer la habitación de mi hija, pagar al albañil, poner el piso, todo...” (Norma, Licenciada en Enfermería, Clínica Salud Mental, julio 2019)

Trabajar quince días de forma continua, sin el descanso adecuado para recuperarse sin dudas constituye una exigencia física y emocional muy alta que puede comprometer la salud de quienes sostienen esos niveles de intensidad. En palabras de Norma, esos momentos de su vida representaron un “*sacrificio*” pero no cualquier “*sacrificio*” sino uno que estaba dispuesta a asumir. “*Yo me la banco*” afirma dos veces. Tener más de un empleo e incluso realizar horas extras tenían un objetivo particular: construir su casa y así garantizarles un hogar para sus hijos/as. En ese proceso, ella estaba en cada detalle, sabía a qué destinaría cada porcentaje de su sueldo (pagarle al albañil, poner el piso en la habitación de su hija, etc.). El esfuerzo también representaba entonces “*una oportunidad*”, de esas que se dan “*solo una vez en la vida*”.

En su narrativa, también remarca que la “*oportunidad*” de acceder a una casa propia no solo fue posible gracias a su esfuerzo personal, sino que también contó con el apoyo de la “*colectividad peruana*”. Pese a encontrarse en un país nuevo, sin familiares cercanos, recientemente separada y con sus hijos/as lejos, Norma no se encontraba sola, sino que contaba con otras redes de contención. En esa situación, recalca la importancia que tuvieron sus “*amigos*”, en este caso otros miembros de la comunidad peruana que ya residían en el país y la ayudaron económicamente para poder asentarse. “*Con trabajo*”, afirma, pudo saldar esa deuda inicial. Como sucedió con Jessica, las redes de cercanía con las que cuentan las mujeres resultan fundamentales para la concreción de proyectos personales. En este caso, la falta de una red familiar pudo suplirse con otras redes comunitarias y de amistad, vinculadas a la experiencia compartida de la migración.

4.1.3 “*¿Cómo lo he hecho? Quizás era más joven...*”: dos momentos en las trayectorias profesionales de enfermeras

Las narrativas de Verónica, Jérica y Norma nos permiten establecer comparaciones y matices entre las experiencias profesionales de quienes recientemente ingresaron a la enfermería y quienes están próximas a jubilarse. Recuperar las experiencias de mujeres jóvenes y adultas, no sólo implica establecer una diferenciación anclada en la edad, sino que también permite hacer referencia a etapas o momentos de la vida particulares. Las representaciones en torno a la *juventud* intervienen en los sentidos que las enfermeras le atribuyen al trabajo y a los esfuerzos que realizan en ese marco. Asimismo, en nuestros casos, ese momento de la vida se encuentra atravesado por la experiencia de la maternidad: maternidades recientes que les demandaban otra organización de sus tiempos y prioridades,

mujeres que se convertían en el único sustento de sus hijos/as, mujeres migrantes que buscaban darle un hogar a sus familias, etc. Recordemos que, como vimos en el Capítulo II, cerca de un 50% de las trabajadoras de la salud son jefas de hogar -frente a un 41% para el resto de las trabajadoras en actividad- y un 53,3% tiene niños/as y/o adolescente a su cargo (East et. Al, 2020).

De esta forma, en la lectura de las experiencias vinculadas a la extensión de la jornada laboral debemos entonces hacer referencia al entrecruzamiento de distintas temporalidades: en el caso de Norma, una enfermera con más de 50 años e hijos/as adultos, la reflexión sobre el presente dialoga con el pasado, es decir con una trayectoria laboral que está llegando a su fin y que le permitió desarrollarse en distintas aristas profesionales (ser reconocidas por otros/as colegas, realizar diversos cursos y posgrados, constituirse como delegada sindical, etc.). Recordar sus inicios en la profesión le permite contemplar de qué forma logró concretar algunos de los proyectos que la movilizaron a realizar esos “*esfuerzos*”, concretamente a trabajar durante largas jornadas durante varios años para lograr “*traer*” a sus hijos/as al país, construir una casa y tener un mejor pasar económico. Por su parte, en el caso de enfermeras jóvenes y recientemente recibidas, como Jérica, la relación con el presente es leída a partir de representaciones sobre el porvenir y de la necesidad que tiene de trabajar para efectivamente alcanzar sus proyectos, es decir lograr “*independencia económica*” y “*un futuro mejor*” para su hija pequeña.

Para las enfermeras con toda una vida laboral, el hecho de trabajar sin descanso, tener hasta tres empleos o realizar horas extras también puede explicarse en el marco de etapas distintas, en el marco de una trayectoria profesional que fue modificándose. El hecho de “*ser joven*” remite a los inicios de la carrera laboral, es decir marca un momento o una etapa en la vida que suele asociarse a ciertas cualidades, esencialmente físicas, necesarias para realizar acciones que demandan gran resistencia y esfuerzo. Es decir, contar con “*mayor energía*”, y, por ende, más resistencia para no cansarse y así poder afrontar una ardua jornada laboral, incluso con pocas horas de descanso. En la entrevista a Norma, ella misma se pregunta “*¿Cómo lo he hecho?*”, en referencia a la cantidad de días que pasó sin dormir por tener dos trabajos, a lo que inmediatamente responde “*no sé, quizás era más joven...*”. De esta forma, además de los proyectos familiares que la movilizaban a trabajar durante días prácticamente sin descanso, esa condición de *juventud* le permitió “*bancarse*” el “*sacrificio*”. El esfuerzo que representa tener más de un empleo también necesita de un cuerpo que pueda tolerar ese ritmo laboral.

A su vez, “ser joven” implica situarse en un momento de la trayectoria profesional donde se registran las primeras inserciones laborales, es decir los primeros trabajos en enfermería. En términos concretos, quienes ingresan a trabajar como enfermeras en alguna institución de salud suelen experimentar situaciones de mayor precariedad respecto de las enfermeras con mayor antigüedad y estabilidad y, por lo tanto, sus márgenes de elección están más condicionados. Las condiciones salariales son inferiores entre las ingresantes puesto que no perciben retribuciones por antigüedad, suelen ser contratadas a tiempo parcial, o mediante contratos “*a prueba*” por algunos meses o días y, generalmente, son convocadas para reemplazar a otras enfermeras en sus días francos. El caso de Jéscica ilustra esta situación, en el hospital está contratada mediante una Beca de Contingencia y, en la clínica, no posee contrato formal, sino que es llamada por su empleador para “*reforzar*” la planta de personal permanente. La inestabilidad con la que convive día a día también es un factor que incide en la posesión de más de un empleo. En un momento de su vida donde desea independizarse de su familiar junto a su hija pequeña, la pérdida de alguno de los dos trabajos implicaría una reducción de los ingresos y, por ende, dificultaría la realización de ese proyecto. Sin embargo, también concibe que “*tener dos empleos*” es una decisión temporaria en su vida. Por el agotamiento que implica, no imagina poder sostener ese ritmo de trabajo durante toda su carrera profesional.

Como sostienen Bouffartigue y Bouteiller (2006) en la relación subjetiva que cada persona tiene con su presente se mezclan dos procesos: identificar las posibilidades del futuro y trabajar para cumplir las expectativas. En el conjunto de las exigencias y de los recursos que constituyen al trabajo, y por consiguiente en el sentido del tiempo presente, también se pone en juego el tiempo porvenir, como sucede en la experiencia de Jéscica. Posteriormente, a medida que la carrera profesional avanza, los/as hijos/as crecen, se concretan ciertos proyectos, se percibe una situación de mayor estabilidad laboral y mayor desgaste profesional, el desafío evoluciona: la dimensión de la “calidad del tiempo” de la situación laboral y la “cantidad de tiempo” disponible toman un lugar preponderante, como podemos observar en las experiencias de Norma.

Asimismo, las enfermeras señalan ciertos episodios de sus vidas extraprofesionales como estructurantes de la decisión de incrementar los ingresos a través del pluriempleo o la realización de horas extras. Estos momentos pueden vincularse con el desarrollo de otras esferas de sus vidas, en especial aquella vinculada a la familia y la maternidad. Como fuimos señalando, esforzarse para trabajar durante dos jornadas completas implica generar condiciones materiales para poder construir la casa propia, mejorar la situación de sus

hijos/as y/o desarrollar proyectos a futuro. Sin embargo, la extensión horaria también deriva en conflictos específicos en la experiencia de esas mujeres. Tener dos empleos o hacer doble turno implica trabajar durante 14 o 16 horas seguidas y, por ende, reducir el tiempo que pueden dedicar a otras actividades. Si los proyectos familiares y las ideas sobre la maternidad son aspectos que influyen en las decisiones que toman sobre su desarrollo profesional, también son las razones que las movilizan a dejar -o a querer dejar- de trabajar tantas horas por día o en horarios que van a contramano del resto de la sociedad.

Como veremos en el apartado siguiente, la extensión de la jornada laboral especialmente a través del pluriempleo también es vivenciada de una forma conflictiva por las enfermeras. Trabajar dos jornadas de forma cotidiana representa la posibilidad de aumentar los ingresos y brindarles un mejor porvenir a sus hijos/as, pero también implica reducir el tiempo disponible para ellos. Esta situación será gestionada de forma heterogénea por las enfermeras según las condiciones particulares de existencia y los recursos y redes disponibles.

4.2 Horarios atípicos y conflictos cotidianos: implicancias y gestión de la vida personal y familiar

“Llevo a la nena a la escuela y después ya descanso a la tarde, cuando ella llega de la escuela yo ya estoy despierta la ayudo, hago la tarea todo eso. Pero antes no, la ayudaba, pero es como que estábamos haciendo la tarea y me dormía. Solamente dormía a la mañana, ese cachito, después a la tarde no”. (Marcela, Técnica en Enfermería, Clínica Privada, Terapia Intensiva, febrero 2020)

En este apartado veremos de qué forma la experiencia en el trabajo de cuidado en enfermería permea muchas de las dimensiones que hacen a la organización de la vida cotidiana de las enfermeras. Señalaremos que, para estas mujeres trabajadoras, los límites entre el tiempo de trabajo y no-trabajo suelen tornarse difusos y se vuelve difícil compatibilizar las exigencias laborales con otras aristas y tiempos de su vida personal y familiar, sin alterarlos.

El caso de Marcela nos permite comenzar a ejemplificar algunas de estas cuestiones. Ella es Técnica en Enfermería -recibida bajo el título de Enfermera Profesional- hace casi diez años. Al momento que realizamos la entrevista le restaba cursar un cuatrimestre para recibirse de Licenciada. Su primer trabajo fue como cuidadora de adultos mayores, a los dieciocho años, recientemente egresada de la secundaria. En su relato recuerda que en esa

primera experiencia laboral emergieron muchas situaciones que “*no sabía cómo resolver*”, cuestión que la motivó a realizar un curso de “*cuidado domiciliario de gerontología*” para incorporar algunas herramientas que faciliten su tarea. Sin embargo, al poco tiempo de finalizar el curso, la señora que cuidaba falleció. Movilizada por la situación, decidió dejar de trabajar de forma particular y comenzó a hacerlo para una empresa privada de cuidados domiciliarios.

Con 28 años, y luego de casi diez como cuidadora, una amiga la estimuló a estudiar enfermería “*¿por qué no estudiás enfermería que las empresas de cuidadores te pagan más por el título?*”, recuerda que le dijo. Si bien inicialmente Marcela se mostró reticente a la posibilidad de estudiar una carrera, finalmente le pareció una buena idea. Se anotó entonces en la tecnicatura que se dictaba en el hospital público donde trabaja hasta hoy en día, a la par de su otro empleo en una clínica privada. En ese momento, Marcela no sabía que si finalizaba sus estudios en la escuela del hospital se abría la posibilidad de ingresar directamente a la planta estable de enfermería. Recordemos que esos años (2009-2016) coinciden con uno de los tantos programas de formación en enfermería impulsados por el Estado (como vimos en el Capítulo I). En el caso de la provincia de Buenos Aires, producto de la falta de personal, quienes se recibían en las Escuelas de Hospitales públicos debían prestar servicio remunerados en dichos espacios, por al menos un año y, posteriormente, existían muchas chances de ingresar al plantel estable. Finalmente, la incorporación de Marcela como enfermera en la planta permanente del hospital se dio pocos meses después de terminar sus estudios técnicos. A la par siguió trabajando en cuidados domiciliarios. Durante la entrevista, Marcela insiste en que las tareas de cuidado domiciliario suelen ser más “*complicadas*” ya que la totalidad de la responsabilidad recae en la enfermera: “*se te descompensa el paciente y estás vos sola*”, afirma. Por esta razón, cuando, a través de una compañera del hospital, la convocaron para un puesto en el servicio de terapia intensiva de una clínica dejó rápidamente el trabajo como cuidadora. En la clínica estuvo contratada unas pocas semanas como “*franquista*” hasta que, finalmente, fue incorporada por tiempo indeterminado.

Hoy en día Marcela trabaja ocho horas en la clínica, durante el turno noche y seis horas en el turno mañana del hospital. En ambos casos, se desempeña en el servicio de terapia intensiva. Desde hace cinco años, trabaja catorce horas por día⁸⁰. Cuando regresa a su casa, Marcela también se ocupa de las tareas del hogar y del cuidado de su hija pequeña de nueve años. En su narrativa, al igual que Norma o Jérica, sostiene que tener “*dos trabajos*” es una

⁸⁰ Realizar la entrevista en uno de sus lugares de trabajo era prácticamente la única posibilidad para poder concretarla ya que sus horarios son muy apremiantes.

decisión temporaria en su vida, que está movilizada principalmente por el deseo de concretar un proyecto familiar: terminar de construir la casa propia.

De esta forma, entre las enfermeras, la experiencia de trabajar en dos empleos muchas veces se combina con horarios considerados socialmente atípicos, es decir horarios que van a contramano de los tiempos socialmente establecidos (trabajar durante la noche, hacer guardias, tener turnos rotativos, etc.). La configuración de la jornada hace que para estas trabajadoras sea más difícil compatibilizar sus tiempos libres con los de sus hijos/as, familiares y/o amigos/as. Incluso también complejiza la posibilidad de conciliar sus horarios de trabajo con otros espacios relevantes para la organización de la vida familiar como, por ejemplo, la jornada escolar. En este sentido, recuperar algunos elementos de la experiencia de Marcela, nos invita a formular una serie de interrogantes respecto a cómo la experiencia en el trabajo de enfermería no solo es permeada por otras esferas de la vida, sino que también permea la organización de otros tiempos cotidianos. Nos preguntamos entonces, ¿Qué condicionamientos y aspectos de su vida personal intervienen en la decisión de trabajar en horarios atípicos? ¿Qué implicancias tienen estos horarios en su vida cotidiana? ¿Cómo sostienen una rutina tan apremiante? ¿Cómo hacen para conciliar los tiempos de trabajo con otros aspectos de su vida personal y familiar? Otras experiencias de vida de Marcela y también de Eva y Adriana, nos brindarán elementos para continuar desandando estos interrogantes.

4.2.1 “*El que trabaja a la noche vive al revés*”. Implicancias del trabajo nocturno en la vida cotidiana de las enfermeras

Para ejemplificar la experiencia de enfermeras que se desempeñan en el turno noche podemos remitirnos al caso de Adriana. Ella es Licenciada en Enfermería, tiene 39 años, hace aproximadamente catorce años que trabaja en la misma clínica y, desde hace diez años, lo hace en el turno noche. A lo largo de su trayectoria, trabajó durante ocho años en la guardia de la clínica, luego paso por el sector de maternidad hasta que, producto de la pandemia, sus empleadores la trasladaron al área de pacientes COVID-19 positivo. Su hogar está conformado por ella, su marido y su pequeño hijo de tres años. Durante la entrevista, Adriana manifiesta que si bien muchas de sus compañeras también trabajan en hospitales públicos o realizan doble turno en la misma institución para aumentar sus ingresos ella “*no puede*” extender su jornada más allá de las ocho horas porque tiene “*un nene de tres años*” al que debe “*atender*”. Sin embargo, como veremos, recurre a trabajar en el turno noche por distintas razones que entrelazan lo económico, lo profesional y lo familia.

El horario nocturno puede ser pensado como una modalidad radical de los horarios llamados “atípicos” debido a su falta de sincronización con los ritmos de la vida considerados socialmente como habituales (Bouffartigue, 2016). En este sentido, resulta evidente que trabajar durante la noche tendrá consecuencias en la regulación del sueño y, por ende, en la organización de los tiempos para descansar. El momento del día en el que buena parte de las personas acostumbramos a dormir representa para las trabajadoras nocturnas lo inverso, es decir es el momento en el cual realizan su trabajo. “*El que trabaja a la noche vive al revés*” señala con certeza Adriana.

Las enfermeras que se desempeñan en horarios nocturnos se desplazan de sus hogares en el horario de la cena; tienen que esperar el transporte público en momentos del día donde la frecuencia se reduce; en época invernal salen de sus empleos cuando todavía no amanece y llegan a sus casas a la hora del desayuno. Además, en nuestras sociedades, moverse durante la noche, o tener que esperar el colectivo en la parada, solas, también representa una situación de peligro para las mujeres, tal como sostenía Jéssica en el apartado anterior.

Las implicancias concretas que posee el empleo nocturno hacen que su ejecución tenga reglamentos específicos. La legislación nacional, a través de la Ley de Jornada de Trabajo N°11.544, establece que el trabajo nocturno no puede durar más de 7 horas y debe cumplirse entre las 21Hs. y las 6 Hs.⁸¹ En el caso particular de las enfermeras del subsector privado, el trabajo se encuentra mayormente regulado por el CCT 122/75 el cual establece cambios en el número de camas bajo responsabilidad de cada enfermera según el servicio y el turno. Por ejemplo, a una enfermera que se desempeña en servicios de internación general pueden asignarle hasta doce camas en los turnos mañana y tarde y hasta catorce camas en el turno noche. Sin embargo, en el convenio no hay aclaraciones respecto a la cantidad de horas de la jornada nocturna. El turno noche entonces se extiende durante 8Hs. -de 22Hs. a 6Hs.-, es decir sin ninguna diferencia respecto al turno matutino o vespertino. Por otra parte, en lo que respecta a las condiciones salariales, en algunas clínicas los empleadores otorgan un “plus” sobre los ingresos para quienes trabajan por la noche, pero esta cuestión queda a discrecionalidad de cada institución.

⁸¹ <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-11544-63368/texto>

Art. 2° - La jornada de trabajo nocturno no podrá exceder de siete horas, entendiéndose como tal la comprendida entre las veintiuna y las seis horas. Cuando el trabajo deba realizarse en lugares insalubres en los cuales la viciación del aire o su compresión, emanaciones o polvos tóxicos permanentes, pongan en peligro la salud de los obreros ocupados, la duración del trabajo no excederá de seis horas diarias o treinta y seis semanales. El Poder Ejecutivo determinará, sea directamente o a solicitud de parte interesada y previo informe de las reparticiones técnicas que correspondan, los casos en que regirá la jornada de seis horas.

También debemos considerar que en las clínicas el horario nocturno posee características y restricciones especiales con relación a lo que sucede con la atención en otros turnos de la jornada laboral. Por ejemplo, en las observaciones que realizamos en una clínica de salud mental, pudimos notar que durante el turno noche la oscuridad y el silencio son protagonistas. Las consultas ambulatorias y los consultorios no funcionan, el silencio en las distintas áreas solamente es interrumpido por las voces o quejidos de los pacientes que se encuentran internados; la luz de los diversos ambientes es más tenue; la presencia de profesionales y otros grupos laborales se reduce, entre otras situaciones que hacen a su particularidad. A su vez, la noche también representa el momento de descanso para los pacientes, no hay visita de familiares ni allegados. Durante este horario, las enfermeras son las principales encargadas de la atención, acompañadas por los médicos/as de guardia. Asimismo, la cantidad de enfermeras por sector suele reducirse durante este turno: si en la mañana es común encontrar dos o más enfermeras, en el turno noche este número desciende y muchos sectores quedan bajo la responsabilidad de una sola trabajadora.

Con algunas diferencias según los servicios, el trabajo nocturno en las clínicas con internación general posee características similares. De esta forma, entre los elementos que hacen particular a la experiencia del trabajo en enfermería durante la noche podemos mencionar, por un lado, la limitación de la circulación de personas y, por otro lado, la menor presencia de otros grupos laborales. Por esta razón, además de la cuestión económica, un aspecto valorado por las enfermeras que se desempeñan en el turno noche es su “*tranquilidad*”, especialmente en relación con lo que sucede con las demandas de los profesionales médicos en otros momentos del día, como podemos ver en el testimonio de Adriana:

“E- ¿Y a vos te gusta trabajar de noche?”

A- Estoy por la noche por el tema al principio económico, me gusta por el tema que no tengo que aguantar a los médicos, te soy sincera, porque tener un office lleno de médicos para mi es lo peor. Pero ahora que tengo al nene estoy más cansada, antes no teníamos al nene. Como que era otra cosa. Dormía. Pero no, ya te digo que yo ya estoy podrida. No sé cuánto hará que estoy a la noche... diez años que estoy a la noche, cuatro a la tarde estuve. Por eso, cansa. Más cuando vienen las fiestas ¿viste? son esas fechas que te pinta el bajón ... Por más que acá somos nosotros tres, pero te pinta el bajón, Querés reunirse con amigos viste... perdés toda vida social. Por eso yo digo: hasta los 50 [en referencia a que trabajará hasta los 50 años] ... Sí, perdés mucha vida social. Nosotros [en referencia a ella su pareja] no éramos de salir mucho, pero sí de juntarnos a comer los fines de semana, bueno... eso se fue perdiendo, nos juntamos en mi franco. A veces no porque no tengo ganas. Tengo seis francos mensuales y un fin de semana lo tengo cada tres meses. (Adriana, Licenciada en Enfermería, Clínica Privada, Sector COVID, septiembre 2020)

En la entrevista, Adriana señala que trabajar durante el turno noche radica esencialmente en una decisión personal en la cual se articulan distintas razones vinculadas a lo profesional, lo familiar y lo económico. Entre los beneficios del horario nocturno resalta la cuestión económica puesto que la clínica otorga un “plus salarial” a quienes realizan tareas durante la noche. También valora este turno porque hay menos presencia de médicos/as y, por ende, menos demandas de su parte. La autonomía en sus tareas resulta un aspecto que las enfermeras rescatan como positivo del trabajo durante la noche. Para ella, “*tener el office lleno de médicos*”, como sucede especialmente en la mañana, es un punto desfavorable. En ese momento del día, los/as médicos/as suele pasar a realizar controles de rutina sobre los pacientes. Durante algunas horas de la mañana puede observarse mayor presencia de este grupo en el *office* de enfermería, cuestión que merma en otros momentos del día. Además, en sus visitas, realizan preguntas a las enfermeras sobre la situación de cada paciente, dejan asentadas modificaciones en la dieta y la medicación, solicitan altas o traslados según la evolución de cada paciente e incluso dan indicaciones a las enfermeras sobre los cuidados corporales, como veremos en detalle en el Capítulo V.

Asimismo, si bien Adriana sostiene que “*le gusta*” trabajar durante la noche, desde hace un tiempo comenzó a cuestionar esta decisión ya que se siente más “*cansada*” de lo habitual. Adriana vincula este cambio a la llegada de su hijo pequeño. La maternidad modificó la organización de su vida cotidiana puesto que ya no solo debe gestionar sus tiempos, y los de su pareja, sino también los requerimientos de su hijo de tan solo tres años. En este sentido, los tiempos extraprofesionales que anteriormente podía dedicar al descanso y/u a otras actividades sociales, fueron atravesados por las responsabilidades vinculadas a la maternidad. En este último tiempo comenzó a resultarle más difícil sobrellevar las implicancias del trabajo nocturno, lo cual derivó en que comience a pensar en la posibilidad de solicitar un cambio de turno.

Otro punto que incide en la evaluación que hace Adriana sobre su experiencia profesional radica en la gestión de sus tiempos libres, es decir del tiempo disponible para pasar con seres queridos, asistir a reuniones con amigos/as, etc. Como señalamos anteriormente, en nuestras sociedades, los ritmos de la vida están estructurados en torno a los tiempos considerados como socialmente habituales. Esto implica que haya momentos del día, de la semana e incluso del año reservados para las actividades de ocio, recreativas, festivas o de descanso. En el caso de Adriana, sus horarios van a contramano de los momentos estipulados para esas actividades. Por esta razón, su jornada laboral comenzó a ser percibida como una pérdida de “*toda vida social*”. En este sentido, el trabajo durante la

noche empezó a generar conflictos en la experiencia de Adriana, especialmente en relación con la imposibilidad de compartir eventos sociales. Esta tensión se vislumbra con más fuerza en momentos específicos del año o de la semana, como “*las fiestas*” y los fines de semana, o bien durante ocasiones especiales como cumpleaños u otras celebraciones significativas para la vida de las personas.

De esta forma, si bien por las características esenciales de los servicios de salud, muchas trabajadoras del sector consideran que trabajar durante estas “*fechas*” forma parte del “oficio” profesional, esta situación también puede ser vivida con angustia. Adriana sostiene que cuando se aproximan “*las fiestas*” suele emerger cierta sensibilidad por no poder compartir esos momentos con sus seres queridos, “*te pinta el bajón*” afirma. Algo similar ocurre durante los fines de semana, puesto que sus horarios de trabajo dificultan la posibilidad de asistir a reuniones sociales. Además, las exigencias laborales y familiares hacen que, cuando llega el fin de semana, Adriana se sienta demasiado cansada y, por ende, “*no tenga ganas*” de asistir a esas reuniones. La configuración de la jornada de trabajo también incide en la concreción -o no- de otras actividades extra laborales. De esta forma, el análisis del tiempo personal y el tiempo familiar no puede dissociarse del análisis de la configuración del tiempo de trabajo (Wharton, 2004).

Asimismo, y como señalamos al comienzo de este subapartado, trabajar durante la noche puede tener consecuencias para la salud de las enfermeras puesto que los momentos de mayor esfuerzo van a contramano de los ciclos corporales. Como sostiene Bouffartigue (2016) la jornada nocturna tiene incidencia en el ritmo circadiano de la vigilia y otros efectos derivados de la privación del sueño. Algunos estudios, señalan que el sueño inadecuado altera el equilibrio biológico, tanto por el desfase de los ritmos corporales como por los cambios en los hábitos alimentarios y en la organización cotidiana. En efecto, el ritmo circadiano implica que los seres humanos dormimos más de noche que de día porque nuestro cuerpo se encuentra regulado por los ciclos de luz-oscuridad. Esta cuestión favorece a la producción de hormonas específicas que nos ayudan a dormir -como por ejemplo la melatonina- (Ávila Darcia, 2016). Las alteraciones del ritmo circadiano pueden derivar en diversos problemas de salud tales como perturbaciones del sueño, pérdida de atención, trastornos musculoesqueléticos, problemas digestivos y cardiovasculares, cambios de humor, estrés, ansiedad, angustia, entre otras cuestiones (Neffa, 2015). Estas problemáticas se vuelven centrales en la experiencia del trabajo nocturno en enfermería, como podemos observar en el relato de Eva:

“Eva- Estuve muchos años trabajando de noche, pero pensé que nunca iba a poder salir de pediatría, trabajaba de noche y me costaba salir de la noche. Hasta que hubo un lugar en el quinto piso, a la tarde con otra chica que se había enfermado del corazón y necesitaba una compañera, y ahí fui.

E- ¿Y por qué querías salir de la pediatría?

Eva- Y porque necesitaba salir de la noche...Es muy duro, es muy difícil y llega un momento que vos decís... ¿Por qué se trabaja de noche? Por la plata. Hay diferencia.... Llega un punto en el que vos decís “-Pero a ver: ¿y mi vida dónde está?!” y yo tenía un hijo chico todavía, se me escaparon muchas cosas... (silencio).

E- ¿Se te dificultaba?

Eva- Sí, sí, sí, totalmente. Tu temperatura corporal no es la misma y aunque duermas todo el día siempre estás cansada. Porque no es lo mismo descansar cinco horas de noche que diez de día. No es lo mismo y la alimentación no es la misma... entonces bueno, pasé a la tarde (...)” (Eva, Auxiliar en Enfermería, Clínica Privada, Ginecología y Obstetricia, febrero 2021)

El caso de Eva nos permite comprender cómo, en algunos periodos de la experiencia profesional en enfermería, resulta posible dominar el horario nocturno, incluso rescatar sus beneficios e integrarlo a una serie de dispositivos biográficos perdurables. No obstante, si bien muchas enfermeras logran sostener ese ritmo de trabajo durante varios años, “dejar” el turno noche comienza a volverse una “necesidad” a medida que pasan los años. El “peso” del trabajo nocturno se hace más evidente cuando comienza a afectar la salud y el desarrollo de otras esferas de la vida personal, como por ejemplo la maternidad. En la trayectoria de Eva, vemos que más de la mitad de sus años de trabajo en la clínica fueron en el sector de pediatría durante el turno noche. Luego de aproximadamente quince años de servicio, Eva “necesitó salir de la noche”. Si bien hoy en día califica el trabajo nocturno como “muy duro”, también sostiene que en el inicio de su carrera laboral representó un beneficio económico que no podía dejar pasar. Sin embargo, llegó un momento en que el cansancio y las demandas de otros ámbitos de su vida inclinaron la balanza, “¿y mi vida dónde está?” fue la pregunta que la impulsó a tomar la decisión de “dejar” su puesto durante el turno noche, después de diez años de servicio.

Al mirar hacia atrás, Eva plantea que sus horarios de trabajo también afectaron el desarrollo de su vida familiar, en especial en lo concerniente al vínculo con su hijo. De esta forma, si bien los ideales sobre la maternidad y el deseo de aumentar los ingresos para brindar un “futuro mejor” a los/as hijos/as inciden en las decisiones que toman las enfermeras sobre su trabajo, esta cuestión también es vivida de forma conflictiva puesto que implica reducir el tiempo que tienen disponible para sus familias. A continuación, indagaremos en los conflictos que experimentan cotidianamente las enfermeras, pero

también buscaremos recuperar las negociaciones y las gestiones que realizan para conciliar los requerimientos laborales con las demandas presentes en otras esferas de su vida, esencialmente aquellas vinculadas a las tareas de cuidado dentro de sus hogares.

4.2.2 *“Ella sabía que a las cinco ya nos teníamos que volver porque yo tenía que llegar, bañarme y dormir un ratito”*. Una gestión estricta de los tiempos personales y familiares

Como señalamos en el comienzo de este apartado, muchas enfermeras no solo trabajan en horario nocturno, sino que también experimentan el pluriempleo. A la imposibilidad de descansar correctamente durante toda la noche se suman las exigencias que supone trabajar catorce horas por día. En este sentido, no resulta difícil imaginar que la intensidad de este régimen horario será difícil de conciliar con otras dimensiones de la vida de las enfermeras. En este subapartado veremos de qué forma la experiencia de tener dos trabajos y hacerlo durante el turno noche atraviesa muchas de las dimensiones que hacen a la organización cotidiana de las enfermeras.

Primeramente, debemos señalar que las enfermeras evalúan diversos elementos al momento de manifestar cuáles son las implicancias de la experiencia profesional sobre su vida. En particular, sentirse más -o menos- cansadas al finalizar el día, no sólo dependerá de la cantidad de horas de trabajo sino también del ritmo con el que lo hacen. Ese ritmo estará dado por una combinación de distintos factores donde se ponen en juego las características del servicio, la cantidad de pacientes a cargo, sus patologías, el volumen y el tipo de tareas que efectuaron ese día, los requerimientos de los profesionales médicos, etc. Habrá días entonces en los que las enfermeras manifiesten sentirse *“más cansadas”* que otros. Asimismo, luego de una jornada ardua de trabajo, el cansancio que experimentan no sólo tendrá implicancias en su bienestar personal, sino que también puede alterar otros aspectos de sus vidas. Retomar nuevamente el caso de Marcela nos permite ilustrar esta situación:

“Va a hacer un año que me pasaron a la mañana -en referencia a su horario de trabajo en el hospital-. Llevo a la nena a la escuela y después ya descanso yo a la tarde, cuando ella llega de la escuela yo ya estoy despierta la ayudo, hago la tarea todo eso. Pero antes no, la ayudaba, pero es como que estábamos haciendo la tarea y yo estaba... me dormía. Solamente dormía a la mañana, un cachito, después a la tarde no. (...) Cuando salgo de acá con mi compañera de la mañana nos vamos al gimnasio hasta la una y media y después de ahí ya me voy a casa, como, me baño y me duermo o aguanto despierta hasta la tarde, cosa que llevamos a la nena a algún lado, la estábamos llevando al camping de salud a la pileta, ahí a la nena hasta las cinco de la tarde, ella sabía que a las cinco ya nos teníamos que volver porque yo tenía que llegar, bañarme y dormir un ratito”. (Marcela, Técnica en Enfermería, Clínica Privada, Terapia Intensiva, febrero 2020)

La forma en que Marcela describe sus horarios laborales y extralaborales llama la atención: a cada hora del día le corresponde una actividad determinada. De esta forma, para conciliar las exigencias de su trabajo con otras dimensiones de su vida, Marcela realiza una gestión estricta de los tiempos personales y los de su familia: establece con claridad cuáles serán los momentos del día y las horas destinadas a descansar; estipula algunas horas para realizar otras actividades que le gustan, como ir al gimnasio, salir a pasear o estudiar. Además, debe organizar sus horarios laborales de forma tal que le permitan ocuparse de las tareas del hogar y de las responsabilidades familiares: llevar a su hija a la escuela, ayudarla con los deberes, acompañarla a realizar otras actividades, etc.-.

Para las mujeres, la sumatoria de las obligaciones domésticas con aquellas derivadas del empleo construyen una jornada de trabajo sumamente extenuante, denominada por los estudios feministas como “doble jornada”. En el caso de las enfermeras la jornada de trabajo no sólo se extiende como consecuencia de las tareas de cuidado no remuneradas, sino también por el pluriempleo. Podríamos hablar entonces de una “triple jornada” o “triple presencia”. De esta forma, las exigencias laborales sumadas al poco tiempo libre del que disponen las enfermeras hacen que deban movilizar una serie de competencias temporales, realizar acuerdos y negociaciones para conciliar sus tiempos con los de sus familias y también las tareas de cuidado dentro del hogar.

En la narrativa de Marcela podemos observar algunas de las concesiones que realiza cotidianamente para priorizar las necesidades de su hija. Por ejemplo, durante las vacaciones de verano, Marcela posterga su descanso hasta las 17 Hs., ya que valora pasar más tiempo junto con familia: cuando el clima lo permite van a la pileta del camping que tiene el sindicato de salud al cual está afiliada. No obstante, remarca que los ratos de esparcimiento no pueden extenderse demasiado, sino que se limitan hasta las “*cinco de la tarde*” momento en el cual debe volver a su casa para descansar algunas horas y alistarse para una nueva jornada. Marcela señala que su hija es consciente del régimen horario extenuante de su mamá y, por eso, comprende que ella sólo tiene algunas horas libres para que compartan: “*ella sabía que a las cinco ya nos teníamos que volver porque yo tenía que llegar, bañarme y dormir un ratito*”, afirma.

Como muchas enfermeras, Marcela “hace malabares” (Bouffartigue & Bouteiller, 2006) con sus horarios, los de su pareja e hija, quienes también deben adaptarse a la organización de su jornada. Este ritmo tan intenso se traduce en una gestión muy estricta del tiempo en la vida diaria, como lo demuestra la gran precisión con la que ella explica sus horarios cotidianos, especialmente aquellos referidos a los tiempos *fuera del trabajo*.

Marcela también señala que la organización de sus tiempos cotidianos mejoró cuando logró cambiar el turno del hospital, es decir pasar de la tarde a la mañana. Realizar dos turnos seguidos, concentrar el trabajo en algunos días de la semana o realizar “*cambios de turno*” entre compañeras/os constituyen mecanismos utilizados por las enfermeras para mejorar la conciliación de sus tiempos y los de su familia. En este sentido, otro punto que posibilita mejorar su experiencia cotidiana radica en la organización de los francos semanales:

“Antes eran más considerados en la clínica, la otra supervisora sabía que yo tenía otro trabajo entonces no me hacía largos los francos... es como que no sentía ese cansancio. Cuando ella renuncia al cargo, viene otra supervisora y nos mató porque me dio ocho días y un franco. Es como que ahí sentís el cansancio, es ahí donde yo siento el cansancio (...)” (Marcela, Técnica en Enfermería, Clínica Privada, Terapia Intensiva, febrero 2020)

En las clínicas los/as supervisores/as y/o los responsables del área de recursos humanos suelen establecer los francos semanales y los días que se tomará vacaciones el personal. Resulta común entonces que la supervisión delimite y organice los días de descanso sin consultar a los/as trabajadores/as. Marcela señala que los modos en que sus supervisoras organizan los días de franco resultan un punto importante para sobrellevar de mejor manera el pluriempleo. A diferencia de lo que sucede en el hospital, donde tiene la posibilidad de “*acumular días de franco*”, en la clínica su capacidad de elección está limitada. De esta forma, la presencia de una nueva supervisora complicó la organización de sus tiempos extralaborales e hizo que sus francos se vuelvan más “*largos*”, es decir más espaciados en el tiempo y, por ende “*sienta más el cansancio*”. A su vez, Marcela relata que, hasta hace poco tiempo, la clínica era más flexible con los “*cambios de turno*” entre compañeros/as. Sin embargo, esta situación se modificó cuando desde la supervisión comenzaron a restringir la posibilidad de realizar cambios de horario a partir de acuerdos informales entre compañeras/os.

El caso de Marcela nos permite ver cómo para lograr organizar su cotidiano, debe gestionar distintos tiempos y espacios de su vida. Es decir, no solo debe delimitar muy bien sus tiempos laborales, personales y los de su familia, sino que también debe compatibilizar los horarios *en y entre* sus trabajos: conciliar ambos turnos, organizar los francos semanales de la clínica y el hospital, etc. En ambos casos, las formas de gestión y supervisión, las diferencias en materia de control de los horarios y los días de descanso en sus empleos repercutirán en el día a día de Marcela y de su familia.

A su vez, otra implicancia que tuvo en la vida de Marcela los cambios en la organización de los francos fue la imposibilidad de continuar cursando el ciclo complementario de la Licenciatura en Enfermería:

E- ¿Estuviste haciendo algún otro curso?

M- La licenciatura que me queda un cuatrimestre, ya la terminaría en agosto, pero desde la clínica no me quieren dar los días así que va a ser más difícil.

E- ¿Tenés que cursar también?

M- viernes y sábados

E- ¿Son dos años más aparte de lo que ya tenías?

M- Claro, me queda un cuatrimestre, pero lamentablemente no lo puedo hacer por eso... porque ponele entro los viernes a la una y media y salgo a las ocho y cuarenta de la noche. Y ya después tengo que ir a trabajar, después toda la mañana del sábado desde las ocho hasta las dos de la tarde y la clínica no me quiere dar franco los viernes. Así que bueno quedará ahí en standby.

E-Capaz más adelante...

M- Sí, por ahí capaz que sí... o por ahí trabajar este año y ya descansar de la noche y quedarme con esto, por ahí eso también... porque tengo una nena yo, tiene nueve años mi nena y como que ya está más grandecita como que tendría que estar más".
(Marcela, Técnica en Enfermería, Clínica Privada, Terapia Intensiva, febrero 2020)

En su narrativa, Marcela señala que, pese al deseo que la moviliza a recibirse de Licenciada, le resulta imposible conciliar los tiempos de estudio, los horarios de ambos trabajos y las demandas familiares. Esta imposibilidad se ve profundizada por la forma en que gestionan los días de descanso en la clínica. De esta forma, si bien sólo le resta cursar un cuatrimestre para terminar la licenciatura, los supervisores de la clínica no permiten que se tome todos los viernes como día de franco para poder asistir a cursar. Por esta razón, Marcela pospuso este proyecto profesional para “*más adelante*”.

Asimismo, los inconvenientes para conciliar el estudio, el trabajo y las demandas familiares, llevaron a que Marcela comience a reflexionar sobre su futuro y, centralmente, sobre la posibilidad de dejar de tener dos empleos. Luego de cinco años de desempeñarse durante la noche en la clínica y durante el día en el hospital, empieza a considerar la posibilidad de “*quedarse*” con un solo trabajo. En ese caso, Marcela dejaría su puesto en la clínica para poder “*descansar de la noche*”. Además, esta decisión estaría acompañada de un contexto material que habilita a su decisión: faltan solo algunos “*detalles*” para que, junto a su marido, finalicen la construcción de su casa, por lo cual el segundo ingreso de Marcela ya no sería imprescindible para la economía familiar.

Además, del cansancio y la imposibilidad de seguir sus estudios, Marcela comienza a sentir el peso de disponer de poco tiempo libre para pasar con su familia: su hija ya es un poco más grande y piensa que debería “*estar más*” con ella. Dedicarle más tiempo a su hija,

resulta prácticamente imposible con el régimen de trabajo que sostiene hasta el momento: dos empleos que acumulan catorce horas diarias de trabajo e incluso, uno de ellos durante la noche. En esta línea, la maternidad tiene incidencia en las decisiones que las enfermeras toman sobre su profesión. Cuando la experiencia profesional tensiona otros ámbitos de la vida, a tal punto de volverse conflictiva, las enfermeras comienzan a replantearse el lugar del trabajo en sus vidas. No obstante, la decisión de “*dejar*” un trabajo o bien “*salir*” del turno noche, no se da de forma contingente sino en un marco de condiciones materiales y profesionales que habilitan ciertas acciones por parte de los sujetos.

En este punto, debemos considerar que los conflictos en las experiencias profesionales y familiares se vieron profundizados durante la pandemia. A continuación, veremos cómo las experiencias del trabajo en enfermería son permeadas por las demandas del hogar y cómo las enfermeras gestionan las tensiones que pueden derivar de ambas esferas, en un contexto crítico como el que representó la emergencia sanitaria.

4.2.3 “*No podría hacerlo sin su ayuda*”. Pandemia y organización de las tareas de cuidado y del hogar

Como venimos señalando, la experiencia en el trabajo de enfermería se encuentra permeada no solo por las condiciones laborales bajo las cuales se ejercen las tareas sino también por otros aspectos de la vida vinculados especialmente a las responsabilidades familiares y a la concreción de proyectos personales. Argumentamos también que, en las experiencias cotidianas de las enfermeras, el vínculo entre el trabajo y el hogar o bien la relación *entre* los tiempos profesionales y extraprofesionales pueden dar lugar a conflictos específicos derivados de las múltiples demandas que reciben.

En este punto, debemos considerar que la emergencia sanitaria y el ASPO, complejizaron la organización de los cuidados al interior de los hogares, especialmente debido a las modificaciones en la escolaridad presencial y a la disminución de los ingresos familiares. Durante el 2020 y parte del 2021, se implementaron formas virtuales de escolaridad, lo cual representó una mayor presencia de los niños/as y adolescentes en las casas y, por ende, una sobrecarga en las tareas de cuidado que suelen recaer sobre las mujeres (CEPAL, 2020). Ante la imposibilidad de que los niños/as asistan a la escuela, concurren a servicios privados y/o sean asistidos por niñeras, muchos hogares tuvieron que reacomodar las formas de gestionar los cuidados, dependiendo de la composición del hogar y de la situación de cada familia. En el caso de las enfermeras, las implicancias de la pandemia en

la organización de los hogares fueron particulares puesto que desde un primer momento su trabajo fue considerado esencial.

Para ejemplificar esta situación podemos analizar el caso de Macarena. Ella es enfermera universitaria y trabaja hace diecisiete años en un hospital durante la tarde y desde hace diez años en una clínica en el turno noche. Su hogar está conformado por ella y sus dos hijos de 23 y 25 años, quienes están cursando estudios superiores en la Universidad Nacional de La Plata. Desde que se separó del padre de sus hijos, hace ya varios años, los ingresos de Macarena representan el único sustento de la familia. En su narrativa, señala que cuando se divorció de su expareja trabajaba como administrativa en la ciudad de Buenos Aires, pero de forma no registrada. Al momento de su separación su abogada le recomendó buscar “*un trabajo en blanco*” para así contar con mayor estabilidad, ya que sus hijo/as eran muy pequeños. En esa situación compleja de su vida, Macarena “*no sabía bien qué hacer*” o hacia dónde apuntar, hasta que su hermana la anotó en un curso de Auxiliar en Enfermería que dictaba la Cruz Roja. En la entrevista, Macarena recordó que, desde pequeña, su hermana le decía que “*estaba preparada*” para ejercer esa profesión.

Comenzó “*de grande*”, como ella misma sostiene, a estudiar enfermería. En un primer momento, las razones fueron económicas, pero, con una trayectoria de diecisiete años de ejercicio, Macarena señala que aquello que comenzó como una “*necesidad*” se convirtió en “*su lugar*”. Poco a poco la enfermería comenzó a representar no sólo un ingreso y, por ende, una posibilidad de brindarle una mejor situación económica a sus hijos, sino que también pasó a conformar su identidad. La enfermería, afirma Macarena, representa también lo que “*ella es*”, en un sentido mucho más amplio del término.

En la entrevista realizada durante la pandemia, Macarena relataba con claridad las complicaciones que surgieron producto de la emergencia sanitaria: se suspendieron vacaciones, se dieron más rispideces en los grupos de trabajo, hubo problemas con la entrega de elementos de protección personal, aumentó la intensidad y la presión sobre las tareas, etc. En esta línea, manifiesta que las problemáticas del trabajo en pandemia hicieron que se sienta “*más cansada*” de lo habitual y que esto repercute en la dinámica cotidiana de su hogar. Sin embargo, rescata que sus hijos comprenden la situación y, por lo tanto, cooperan con las tareas, lo cual “*facilita*” su devenir cotidiano.

E- ¿Cómo organizan las tareas de cuidado, digamos, las tareas del hogar quiénes la realizan en la casa?

M- Yo y ellos dos. Ellos se encargan de la limpieza y yo cuando tengo franco y estoy descansada hago el resto que falta, pero no, generalmente ellos lo mantienen todo

acá; aparte que como ellos ya están grandes se cocinan o compran y para mí es cero stress.

E- ¿Esa organización cambió algo durante la pandemia o se mantuvo entre ustedes?

M- No, cambió un poco porque yo a veces vengo cansada, no hago nada y ellos se encargan de hacer todo. Me facilitaron mucho. (Macarena, Auxiliar en Enfermería, Clínica Privada, Pediatría y Neonatología, junio 2021)

Los hijos de Macarena se encargan de la limpieza, de comprar alimentos y de cocinar entendiendo que su mamá llega agotada, luego de trabajar en dos lugares, y no puede garantizar dichas tareas como lo hacía en otros momentos de su vida.

Asimismo, debemos considerar que además de los cambios en las tareas cotidianas, otra de las consecuencias que tuvo la pandemia en los hogares fue la pérdida o la reducción de los ingresos debido a la suspensión y/o el despido de trabajadores/as y a la interrupción de algunas actividades económicas (Barrera Insúa et. Al, 2022). Según datos producidos a partir de la Encuesta Nacional de Enfermería (PISAC-COVID, 2021), el 31,4% de las trabajadoras encuestadas afirmó que la pandemia implicó una reducción parcial de los ingresos del hogar.

Para comprender en profundidad esta problemática podemos recuperar algunos elementos de la experiencia de Nadia. Ella tiene treinta y cinco años, es Licenciada en Enfermería y vive junto a su marido y sus dos hijos, de 4 y 14 años. Su madre y el esposo de ésta también viven “al fondo” del terreno que comparte la familia. Para Nadia la crisis sanitaria no sólo significó una intensificación de las tareas que realiza en el servicio de terapia intensiva del hospital, sino que también implicó que deba buscar otro trabajo. Su pareja es Técnico en radioterapia y trabajó en una empresa privada hasta que, después de diez años, fue despedido “*así como si nada*” durante la pandemia. Pese a que percibió una indemnización, la pérdida de uno de los ingresos del hogar derivó en que Nadia “*no tenga*” más alternativa que “*salir a buscar otro trabajo*” incluso a costa de “*exponerse*” doblemente al virus.

Actualmente Nadia trabaja por la mañana en el hospital y, por la tarde, en una clínica, en ambos casos en el área de terapia intensiva. Se levanta cerca de las cinco de la mañana y regresa a su casa para la hora de la cena. En este sentido, el despido de su marido no sólo significó una pérdida de ingresos para la familia, sino que también trastocó la organización del hogar.

“E- Con respecto a las tareas de cuidado y las tareas del hogar, ¿en este momento las realiza tu marido?”

N- Si, me las realiza mi marido y con respecto a las cosas del hogar, cambió todo, desde desinfectar todo lo que traemos del supermercado. Por ejemplo, antes yo me

iba cambiada al trabajo y me venía cambiada, hoy por hoy no, me voy con mi ropa particular, meto todo en una bolsa, toda una movida medio engorrosa, pero bueno. E- Con respecto al acompañamiento en la educación, sobre todo de tu hijo mayor que está en secundaria.

N- El bien. Está mi marido acá, cuando estoy yo siempre preguntándole, hay un grupo de WhatsApp de la escuela que lo tengo yo donde mandan los links cuando ellos se tienen que conectar. Gracias a Dios es muy aplicado, no necesito estarle, si le pregunto, soy constante, si hizo la tarea, si se conectó, como para no llevarme ninguna sorpresa, pero es muy aplicado y no necesito estarle, sí, si tiene alguna duda con respecto a una tarea, en ese caso mi marido, porque es el que está acá y el que está más tiempo. A mí a veces la cabeza no me da para pensar en nada”. (Nadia, Licenciada en Enfermería, Clínica Privada, Terapia Intensiva, abril 2021)

En su narrativa, Nadia recuerda que cuando su trabajo fue declarado esencial y las clases presenciales suspendidas, la primera complicación que emergió estuvo vinculada a que “no tenía con quien dejar” a sus hijos. Luego, cuando su marido fue despedido y comenzó a estar más presente en la casa, las responsabilidades sobre las tareas del hogar y el cuidado se invirtieron. Como Nadia tenía solo unas pocas horas libres entre ambos trabajos, su marido pasó a ser responsable de “quedarse en casa” y ocuparse de las tareas del hogar. En esta línea, resulta interesante cómo Nadia describe este cambio circunstancial de roles: ante la pregunta por quién efectúa dichas labores, afirma “me las realiza mi marido”, indicando que en tiempos de “normalidad” era ella la encargada de realizar las tareas de cuidado. Sin embargo, pese a que Nadia pasa pocas horas en su casa y termina de trabajar muy agotada, afirma que igualmente está pendiente de la escolaridad de sus hijos, en especial de su hijo adolescente. En su relato, enumera las actividades de las cuales se encarga a pesar de no estar físicamente en su hogar: integra en el grupo de WhatsApp de la escuela, le pregunta a su hijo si realizó las tareas, está pendiente de la conexión a las clases virtuales, etc. De esta forma, en el escenario doméstico, Nadia y su pareja construyen compromisos y arreglos para repartirse las tareas hogareñas y de cuidado de sus hijos. Para repartir estas tareas, contemplan las transformaciones que suscitó la pandemia tanto en el plano laboral como en la cotidianidad familiar.

Como sostienen Faur y Tizziani (2017) las tensiones para compatibilizar las responsabilidades del cuidado y las exigencias laborales no pueden resolverse más que de manera provisoria y en el día a día: “es una cuestión de presencias (y ausencias), anclada en la imposibilidad de estar al mismo tiempo en dos lugares” (pp. 85). El sentimiento de “ausencia” que experimentan las enfermeras por pasar gran cantidad de su tiempo en el trabajo muchas veces deriva en otros sentidos morales, especialmente en relación con el cuidado de sus hijos/as más pequeños/as. El caso de Jérica permite comprender algunos de

los conflictos que vivencian las enfermeras al tener que ausentarse durante tantas horas de su casa.

E- ¿Cambió un poco la forma de organizarse para cuidar a tu nena? ¿Esto de que no fuera al colegio cambió mucho tu organización o no tanto?

J- Por ahí un poco estos días que caí en que no tengo muy cuidada a la nena por el tema de que estuvo aumentando mucho de peso y bueno, le cuesta también la escuela, cosa que si yo tuviera un solo trabajo podría estar más presente en su alimentación y también en que ella pueda progresar. Aun así, mi hija es una genia. Hoy cuando la pesé dije: “basta, vamos a empezar a hacer ejercicio, vamos a empezar a comer bien” y no mosqueó para nada, empezó a comer bien, fuimos a hacer ejercicio todo el día acá cerca y ella de a poquito ya aprendió a leer en mayúscula. Se compró una historieta y está leyendo, una genia. Por ahí le cuesta lo que es mayúscula o imprenta minúscula, eso le cuesta horrores, pero ella pone muchísimo también, es una gran nena. (Jésica, Técnica en Enfermería, Clínica Privada, Sector COVID, abril 2021)

Para Jésica, tener dos trabajos, uno de ellos durante la noche, y realizar turnos rotativos que la obligan a estar rápidamente disponible hace difícil la organización de la vida cotidiana. Específicamente, resulta complejo poder estar pendiente de las tareas referidas a la alimentación y al acompañamiento de la escolaridad de su hija. Jésica hace visible su incomodidad respecto al tiempo y a la atención que puede dedicar a las tareas de cuidado, especialmente durante los meses más álgidos de la pandemia. Considera que los problemas de alimentación de su hija y las dificultades en el aprendizaje pueden vincularse con su escasa presencia en el hogar. Tener una jornada laboral de catorce horas hace que sea difícil “estar presente” en su casa y así poder intervenir en la alimentación de su hija, hacer las compras, preparar la comida, controlar que coma alimentos sanos, que se levante en determinado horario, haga ejercicios y cumpla con las tareas que demanda la escuela. Sin embargo, Jésica resalta que su hija “pone muchísimo” de sí misma en el día a día y que comprende que su mamá debe ausentarse no por cualquier razón sino porque está trabajando. Al igual que Marcela, sus hijas “saben” cuál es la profesión de sus madres y por eso comprenden que tienen poco tiempo libre para compartir junto a ellas. “Saben” que solo algunas horas al día podrán salir a pasear o ir a la pileta ya que sus mamás tienen dos empleos y deben volver a dormir para poder descansar e ingresar nuevamente a su puesto.

De esta forma, el tiempo extraprofesional también está estructurado en gran medida por la necesidad de recuperarse y apegarse a las tareas cotidianas elementales, es un tiempo que deja poco espacio para el ocio y para compartir con otros. Sin embargo, en el caso de las enfermeras, realizan esfuerzos y gestionan muy bien los tiempos por fuera del trabajo para así poder compartir, al menos, algunos momentos junto a sus hijas y acompañarlas en otras actividades que consideran importantes para su desarrollo personal. Pese a los

esfuerzos que realizan, muchas a veces, los ajustes sobre sus propios tiempos son percibidos como insuficientes y emergen sentimientos como la “culpa” debido a que no pueden ver a sus hijos/as por largos periodos de tiempo (cuestión que veremos en el Capítulo 6 donde abordaremos específicamente el rol de las emociones y los sentimientos en el trabajo de cuidado en enfermería).

A su vez, las tensiones que representa trabajar muchas horas y, por ende, tener poco tiempo para pasar con la familia serán tramitadas de formas diversas. Para ello, las enfermeras ponen en juego los recursos sociales y subjetivos con los que cuentan. Como sostienen Faur y Tiazziani (2017) el trabajo de las mujeres fuera del hogar deja una ausencia, que debe “llenarse” con otras presencias. En este sentido, además de los acuerdos con sus hijos y con sus cónyuges, las enfermeras también recurren a redes familiares y de proximidad para poder conciliar sus horarios laborales con las responsabilidades de cuidado no remunerado dentro de sus hogares.

E- ¿Cómo te organizás?

J- Y yo tengo una nena de siete años, soy mamá. Así que ella sabe cuándo me voy a la noche trato de comer acá, de estar un rato con ella, y bueno cuando vuelvo a la una, la “señorita” recién se está levantando porque con el tema de la escuela, no está yendo a la escuela. Así que se levanta y yo llego, me baño, como, y me acuesto generalmente hasta las cuatro y media, cinco. Ponele tres horas que descanso. A las cinco ya me levanto y sin ganas de nada, porque no voy a mentir, no tengo ganas de nada. Pero bueno intento llevarla a la plaza o ayudarla a hacer algún deber que también le cuesta bastante. Hacer algún quehacer y prepararme a las nueve que me voy otra vez.

E- Claro. ¿Y tenés alguien que te ayuda?

J- Sí, mi mamá. O sea, mi familia en general. Yo vivo con mis padres y la nena se queda con ellos.

E- Claro, por suerte los tenés a ellos que te ayudan.

J- Sí, sino no podría. Más allá de que me pagan, cobro por hacer el trabajo, no podría hacerlo sin la ayuda de mis padres. (Jésica, Técnica en Enfermería, Clínica Privada, Sector COVID, abril 2021)

Cuando los/as hijos/as son pequeños/as y no pueden quedarse “solos/as”, cuando las responsabilidades por la crianza no pueden ser compartidas con la pareja, las enfermeras deben recurrir a la ayuda de otras personas, principalmente a otras mujeres de la familia. En el caso de Jésica, y también de Marcela, son las madres de las enfermeras quienes contribuyen a la organización del día a día cuidando a los hijos/as cuando éstas deben ausentarse para ir a trabajar. Como Jésica comparte el hogar con su madre, padre y hermano la organización de sus horarios, los de su hija y de quienes la ayudan a cuidarla resulta un poco más fácil: cuando ella sale a trabajar sabe que estará presente su madre u otro miembro de la familia. Por el contrario, en el caso de Marcela, también debe contemplar los tiempos

que demanda “preparar” a su hija para “llevarla” a la casa de su madre antes de ingresar a sus trabajos y también delimitar la hora en la que pasará a retirarla. De esta forma, vemos cómo las enfermeras, en la gestión de los horarios propios también se involucra la consideración de los tiempos de sus hijos/as y de sus familias quienes muchas veces deben adecuarse a la organización de los horarios laborales de ellas.

Analizar la relación *entre* lo laboral y lo familiar, *entre* los tiempos profesionales y extraprofesionales desde la experiencia de los sujetos, implica poner en primer plano los arreglos que construyen las enfermeras en su día a día. Se trata de negociaciones muy costosas, que generan tensiones en tanto conflictos morales y exigen importantes resignaciones que pueden ser catalogados como esfuerzos emocionales. Entre las enfermeras que tienen dos empleos o trabajan en horarios atípicos la organización se planifica dentro de márgenes de elección muy estrechos, que se encuentran condicionados por la situación en el empleo y los recursos que pueden movilizar para coordinar las demandas familiares y laborales. En casos donde los márgenes de tiempo libre o extraprofesionales son apremiantes, se vuelven muy importantes las redes de proximidad con las que cuentan las enfermeras para así poder delegar a otros miembros de la familia (esencialmente otras mujeres) parte de las responsabilidades del cuidado de sus hijos/as y de las tareas del hogar (Faur & Tizziani, 2017). Sin embargo, como vimos, recibir la ayuda de otros familiares no invalida que esas experiencias estén cargadas de contradicciones y conflictos morales y que esas experiencias varíen conforme avancen sus trayectorias profesionales y sus proyectos personales.

4.3 Conclusiones Parciales

En este capítulo ofrecimos evidencia que permite afirmar que el trabajo de cuidado en enfermería se encuentra permeado no solo por las condiciones laborales bajo las cuales se ejercen la actividad dentro de las clínicas privadas sino también por otras dimensiones vinculadas a proyectos y tiempos de la vida personal y familiar que hacen a su *multidimensionalidad*. Argumentamos también que, en las experiencias cotidianas de las enfermeras, el vínculo entre el trabajo y otras esferas, o bien la relación entre los tiempos profesionales y extraprofesionales, pueden dar lugar a conflictos específicos derivados de las múltiples demandas que reciben estas mujeres trabajadoras.

De esta forma, buscamos comprender la *multidimensionalidad* del trabajo de cuidado en enfermería, haciendo foco en dos características que atraviesan a la experiencia en el ejercicio de la profesión: el pluriempleo / las horas extras y los horarios atípicos.

Consideramos que la prolongación de la jornada laboral y el trabajo durante la noche son dos rasgos que hacen a una experiencia de trabajo apremiante: limitan el tiempo de descanso y recuperación; reducen los momentos libres para compartir con seres queridos o realizar otras actividades extralaborales; impacta en el bienestar cotidiano y en la organización de las rutinas tanto personales como familiares. Sin embargo, también nos interesó mostrar en qué momentos y por qué razones las enfermeras toman ciertas decisiones vinculadas a su trabajo, es decir en qué condiciones realizan ciertos esfuerzos profesionales o deciden dejar de hacerlos. Señalamos entonces que para comprender la experiencia laboral del trabajo de enfermería resulta necesario indagar en su articulación con otras esferas de la vida.

En particular, señalamos que detrás del pluriempleo como mecanismo para aumentar los ingresos no solo hay razones económicas *per se* sino que las mismas se entrelazan con otros proyectos de vida vinculados a la maternidad, al deseo de construir una casa propia, a desarrollarse en la profesión. A su vez, esos proyectos laborales y familiares dialogan con otras dimensiones de la experiencia de las mujeres como la migración, las responsabilidades por el sostenimiento del hogar, etc. De esta forma, los esfuerzos vinculados a los requerimientos laborales son reinterpretados a partir de las imágenes sobre la maternidad y los proyectos familiares, pero también a otros deseos y espacios de realización personal y profesional.

A su vez, en la relación subjetiva que cada persona tiene con su presente se mezcla el tiempo pasado y el futuro. En el caso de las enfermeras jóvenes, que transitan sus primeras experiencias laborales en condiciones de mayor precariedad, vimos cómo en las exigencias laborales también se ponen en juego el tiempo por venir y los deseos sobre el futuro. Posteriormente, a medida que la carrera profesional avanza, los/as hijos/as crecen, se concretan ciertos proyectos, se tiene una situación de mayor estabilidad laboral y el desgaste profesional se vuelve más fuerte, el desafío evoluciona: la dimensión de la “calidad del tiempo” de la situación laboral y la “cantidad de tiempo” disponible toman un lugar preponderante en la experiencia profesional de las enfermeras.

De esta manera, a lo largo del capítulo vimos cómo las enfermeras logran articular distintos proyectos y dimensiones de la vida con la experiencia profesional, pero esa articulación no implica que no haya tensiones. Si el trabajo de enfermería es permeado por otras esferas de la vida, la experiencia profesional también modifica otras dimensiones y tiempos de la vida personal y familiar. En muchos casos, en la articulación de lo laboral con otras aristas de la experiencia persisten tensiones que pueden ser tramitadas a través de gestiones y negociaciones que realizan las enfermeras de manera provisoria y cotidiana. Para

organizar en el día a día las contradicciones que pueden presentarse producto de las demandas laborales y extralaborales, las trabajadoras movilizan una serie de recursos subjetivos y sociales. Construyen competencias temporales para conciliar los tiempos de trabajo -en algunos casos de ambos empleos- con los tiempos personales y familiares; realizan acuerdos dentro del hogar respecto a la distribución de tareas y reciben la ayuda de otros miembros de la familia; efectúan negociaciones morales para sobrellevar la ausencia en el hogar a través de sentidos entorno a la utilidad social de la enfermería.

De esta forma, las trabajadoras de enfermería tramitan las contradicciones que emergen de las múltiples demandas que experimentan a través de esfuerzos emocionales y negociaciones cotidianas. Pero, en algunos momentos de la biografía de las enfermeras, las exigencias profesionales tensionan otros ámbitos de su vida hasta el punto de transformarse en una experiencia conflictiva que conlleva a tomar ciertas decisiones sobre el trabajo: dejar de tener dos empleos, abandonar el turno noche, etc. Sin embargo, tener o dejar de tener dos empleos; trabajar o no durante la noche, no son decisiones que se toman de manera contingente, sino que se dan en un marco de condiciones materiales y profesionales que habilitan o imposibilitan ciertas acciones por parte de los sujetos.

En este sentido, las experiencias serán heterogéneas y moldeadas por las condiciones particulares de su situación (la composición del hogar, la responsabilidad por el sustento de la familia, el tiempo que hace que finalizaron sus estudios, las relaciones interpersonales y las redes con las que cuentan, etc.) así como también por las condiciones concretas bajo las cuales desarrollan su trabajo (las condiciones de contratación, la antigüedad en el puesto, etc.). Asimismo, vimos cómo en los relatos de las enfermeras se entrelazan diferentes temporalidades: el presente muchas veces es resignificado y reinterpretado a partir de vivencias del pasado o bien dialoga con imaginarios vinculados a deseos situados en un futuro más o menos próximo.

De esta forma, la permeabilidad de las fronteras entre el trabajo, la profesión y otros aspectos de la vida personal y familiar no necesariamente implicarán vivencias positivas o negativas para estas mujeres. Lo que sí será importante señalar es que los modos de transitar dichas interacciones difieren según las condiciones materiales y de trabajo y que las experiencias no son las mismas para todas las entrevistadas.

En resumen, podemos concluir que, en el trabajo de cuidado en enfermería, tarea que recae sobre una mayoría de mujeres, el tiempo de trabajo no solamente representa el lapso y el lugar en el que transcurre la jornada laboral. Muchas veces lo que allí sucede no puede dejarse en la “puerta” cuando termina el horario laboral, sino que entrelaza y permea otras

dimensiones, al punto de dejar *huellas*, es decir rastros o impresiones que están presentes en la experiencia vivida en otras esferas de la vida. De esta forma, el análisis de la configuración del tiempo en el trabajo de cuidado en enfermería no puede dissociarse del análisis de los proyectos y los tiempos personales y familiares.

Capítulo 5 - La relación con Otros significativos. La construcción de un perfil profesional específico de la enfermería

En el Capítulo 4 explicitamos cómo el trabajo de cuidado en enfermería es permeado por otras dimensiones de la vida de las enfermeras que incluyen, pero que también van más allá, de lo que sucede en los espacios de trabajo. Concretamente, analizamos el entrelazamiento del trabajo de enfermería con otros proyectos y tiempos de la vida y cómo los límites entre el trabajo y el no-trabajo muchas veces se vuelven difusos hasta el punto de alterar otras aristas de la vida de las enfermeras. Luego de indagar en el espacio y los tiempos de trabajo, en este capítulo, haremos énfasis en otra dimensión que hace a la *multidimensionalidad* de una profesión escasamente reconocida y subordinada: la relación con Otros significativos. El objetivo será entonces analizar la *multidimensionalidad* del trabajo de cuidado en enfermería a partir de indagar en las acciones y los esfuerzos que realizan las enfermeras para construir un perfil profesional específico. En este sentido, señalaremos que las percepciones y esencialmente los juicios de Otros, sean reales o imaginarios (Skeggs, 2019), resultan fundamentales para comprender muchas de las dimensiones que hacen a la experiencia profesional de este grupo. Principalmente nos referimos a los juicios que emiten los/as profesionales médicos, los pacientes y sus familiares y también otras colegas y/o compañeras de enfermería.

A lo largo del capítulo argumentaremos que, en la presentación de la enfermería como una profesión legítima, las trabajadoras apelan a distintas dimensiones de su trabajo que, en un principio y paradójicamente, pueden presentarse como contradictorias y/o en tensión. Veremos que, en algunos casos, las enfermeras resaltan atributos propios de las labores de cuidado (como la preocupación por la higiene y el confort, la preservación de la intimidad del paciente, la relación de cercanía, etc.) mientras que en otros momentos buscan presentarse como un grupo profesional que hace “*más que eso*”. A su vez, en el día a día, las enfermeras realizan comparaciones y distinciones respecto de otros grupos laborales para mostrar la importancia que poseen las labores de cuidado dentro de los espacios en salud. Es así como, en algunos momentos, marcan diferencias respecto de otros profesionales - especialmente de los médicos- para delimitar un estatus específico mientras que en otros se proyectan hacia los cánones de la medicina para construir respetabilidad sobre sus labores. En ese marco de relaciones, señalaremos que las trabajadoras reconocen y hacen uso de las

representaciones que recaen sobre su trabajo para construir un perfil profesional, a través de procesos de identificación, diferenciación y/o (auto) evaluación de las prácticas de cuidado que realizan.

En este sentido resulta importante considerar que dichos aspectos del trabajo de cuidado en enfermería no pueden captarse en abstracto, sino que deben ser analizados de forma situada y en un marco de relaciones y disputas con otros. No debemos perder de vista que la enfermería históricamente ha sido catalogada como un oficio empírico y subordinado a la orden médica. Su profesionalización resulta aún un proceso inacabado, que no es lineal ni armónico, e implica luchas por el reconocimiento de su estatus profesional en las cuales se establecen relaciones de poder entre los distintos actores involucrados (Faccia, 2015). A su vez, debemos considerar nuevamente que los espacios de trabajo en salud se organizan en torno a un conjunto de saberes y prácticas propias del modelo médico hegemónico, es decir en torno a un ordenamiento que jerarquiza la dimensión biomédica del proceso salud-enfermedad por sobre otras dimensiones (Menéndez, 1992) y, por lo tanto, impone restricciones a otros grupos laborales como es el caso de la enfermería.

Teniendo en cuenta estos elementos, el capítulo se estructura de la siguiente manera: en el primer apartado, nos centramos en la discusión sobre el prestigio de las tareas de enfermería. Consideraremos que, dentro del proceso de cuidado de pacientes, las enfermeras suelen ser las encargadas de realizar el “trabajo sucio” (Hughes, 1962, 1971), es decir tareas que en nuestras sociedades simbolizan aquello que choca con dimensiones tabúes de la experiencia humana, como lo impuro, la suciedad o la esfera íntima/privada. En la segunda parte de este apartado, señalaremos que, por sus características, la experiencia del trabajo de cuidado en enfermería implica el contacto con dimensiones del cuerpo humano que pertenecen a un lugar preservado y ligado a la intimidad. Gran parte del trabajo de las enfermeras consistirá entonces en saber disimular “las cosas fuera de lugar”, es decir reorientarlas de lo público hacia lo privado (Balzano, 2012).

En el segundo apartado señalaremos que las enfermeras construyen referencias a partir de la comparación con otras profesiones del ámbito de la salud, como la medicina (Beliera, 2018). En primer lugar, argumentaremos que, en la presentación de un perfil profesional de la enfermería, las trabajadoras buscan establecer un lugar legítimo de intervención a partir de valorar la relación que construyen con los pacientes, lo cual permite establecer comparaciones respecto de los profesionales médicos quienes son posicionados en un lugar de mayor lejanía respecto del proceso de atención-cuidado. En este punto, el tiempo de internación y/o de permanencia del paciente según el tipo de institución y/o el

servicio tendrán especial relevancia. Posteriormente, señalaremos que, si bien las enfermeras realizan esfuerzos para diferenciarse de la medicina, en otros momentos deben mostrarse como un grupo que también maneja competencias científico-técnicas (vinculadas a procesos de estandarización y al conocimiento biomédico) es decir, saberes asociados a profesiones hegemónicas de la salud. Por último, hacia el final, presentaremos una serie de conclusiones parciales que se desprenden de los principales elementos analíticos desarrollados en este capítulo.

5.1 Las tareas de cuidado en enfermería: prestigio, trabajo sucio y habilidades discretas

En la presentación de sí mismas como cuidadoras profesionales, las enfermeras se mueven en equilibrio permanente entre lo que deben mostrar y lo que deben ocultar de su trabajo; equilibrio que se construye siempre en diálogo con la mirada y los juicios impartidos por otros significativos. Ello se evidencia en la ejecución de tareas de cuidado vinculadas a la higiene y el confort de los pacientes, es decir tareas que suelen tener menor prestigio dentro de los espacios hospitalarios por ser catalogadas como “trabajo sucio” (Hughes, 1962, 1971). Sin embargo, también es posible reconocer dicho equilibrio en las prácticas de cuidado que exigen “habilidades discretas” (Molinier, 2012), en tanto representan situaciones donde se involucran aspectos preservados del cuerpo humano y ligados al tabú de la intimidad que raramente se exponen ante la mirada pública.

5.1.1 *“No venimos sólo a hacer higiene y confort, trabajamos sobre una vida, es una vida, una responsabilidad”*. Trabajo sucio y prestigio en las tareas de cuidado

Pese al amplio abanico de acciones de cuidado que realizan las enfermeras en los espacios hospitalarios, las representaciones sobre esta ocupación suelen situarla como un trabajo que solo se encarga de tareas ligadas a la limpieza-suciedad del cuerpo humano y al manejo de deyecciones y fluidos que emanan los cuerpos. Son acciones que en nuestras sociedades poseen una carga peyorativa por estar vinculadas a la suciedad-enfermedad y al tabú del contacto con la intimidad⁸². En este apartado indagaremos en la descripción de este

⁸² Una forma de ejemplificar algunas de las representaciones socialmente construidas sobre la enfermería es apelar a las producciones audiovisuales que han construido ciertas imágenes sobre este trabajo. En este sentido, durante la década del `90, se emitió el programa *“El mundo de Antonio Gasalla”*. Uno de los sketches giraba en torno al personaje de la “enfermera” una mujer caracterizada por el actor. La enfermera era la encargada de resolver los inconvenientes con los múltiples personajes que visitaban el hospital. Se la mostraba con “poca paciencia”, algo malhumorada y siempre portando una “chata” en la cual podía observarse “materia fecal” de algún paciente. Uno de los episodios comienza con la enfermera ingresando a uno de los sectores del hospital -con la “chata” en su mano- y diciendo “estos guachos me largan el peor trabajo a mí”. Luego también dirá que

tipo de tareas a partir de las observaciones realizadas en uno de los sectores de clínica médica de una clínica privada de la ciudad y de las entrevistas a enfermeras/as asistenciales -de terapia intensiva y cirugía- y en puestos de coordinación.

Como señala Hughes (1962, 1971) los trabajos pueden ser pensados 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, como los denominados “trabajos sucios”. Entre las ocupaciones involucradas en esta categoría podemos mencionar a quienes recolectan desechos y basura, a los trabajos de limpieza, a las prácticas que implican una relación con el cuerpo y sus deyecciones, o al trabajo con cadáveres. Pero si bien esto puede ser generalizado para todos los trabajos de limpieza, la cuestión de la impureza se torna sumamente importante en los espacios de salud.

“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, 1971:64).

No obstante, si bien en los espacios hospitalarios muchas labores se vinculan con la suciedad de los pacientes (también las tareas de los médicos, los bioquímicos, etc.) la enfermería no necesariamente goza del mismo prestigio que aquellas. Esto se debe a los aspectos relacionales, políticos y de género que atraviesan a las tareas de cuidado. A diferencia de los profesionales médicos, quienes condensan en su práctica el hecho cuasi “milagroso” de “restaurar la salud”, los orígenes empíricos de la enfermería y los imaginarios sociales que pesan sobre ella la colocan en una posición subordinada respecto de la práctica médica (Martín, 2015; Martín & Ramacciotti, 2016; Ramacciotti & Valobra, 2015, 2017). El trabajo de las enfermeras entonces suele ser reducido a realizar el “trabajo sucio” dentro de los espacios hospitalarios.

Tampoco debemos perder de vista que quienes se encuentran internados en una clínica poseen una condición que hace a la particularidad de este trabajo y lo diferencia de

será la encargada de “levantar las chatas” de todos los pisos del hospital. La imbricación entre el “trabajo sucio”, es decir el trabajo que nadie quiere realizar -como por ejemplo el retiro de deyecciones- y la enfermería se encuentra representado en este programa que tuvo gran popularidad durante esos años. <https://www.youtube.com/watch?v=uRkQRfXDsrM&t=66s>

otras ocupaciones: los pacientes atraviesan alguna patología específica. En nuestras sociedades, las representaciones sobre la enfermedad -y lo patógeno- también se encuentran asociadas a la suciedad. En este sentido, Mery Douglas (1973) plantea que, desde el descubrimiento de la transmisión de enfermedades a través de bacterias, las sociedades occidentales construyeron una idea de suciedad vinculada al conocimiento de los organismos patógenos. Desde el siglo XIX, la suciedad también es considerada como nociva para la salud y, en el marco de un sistema de relaciones, representa aquello que se encuentra “fuera de lugar”:

“La suciedad no es entonces nunca un acontecimiento único o aislado. Allí donde hay suciedad hay sistema. La suciedad es el producto secundario de una sistemática ordenación y clasificación de la materia, en la medida en que el orden implica el rechazo de elementos inapropiados. Esta idea de la suciedad nos conduce directamente al campo del simbolismo, y nos promete una unión con sistemas de pureza más obviamente simbólicos. Podemos reconocer en nuestras nociones de suciedad el hecho de que estamos empleando un compendio universal que incluye todos los elementos rechazados por los sistemas ordenados (Douglas, 1973:55).

Las enfermeras entonces no solo realizan tareas que abordan la limpieza-suciedad del organismo humano, sino que también están en contacto con la enfermedad y con todo lo que ésta representa. Ese contacto con el cuerpo enfermo cubre de especificidad al trabajo de enfermería: son las responsables de aquellas tareas que son percibidas como físicamente desagradables, simbolizar algo degradante/humillante o bien chocar con dimensiones tabúes de la experiencia humana como lo impuro, el desvío (Hughes, 1971) (pensemos en el olor de la materia fecal, al manejo de sangre y otros fluidos que emanan de nuestros cuerpos, etc.).

Para ejemplificar concretamente esta cuestión resulta interesante retomar las observaciones participantes realizadas particularmente en una clínica privada que posee servicios de internación de alta complejidad. En este caso, referiremos a una serie de eventos que sucedieron en uno de los sectores de internación general durante el mes de noviembre de 2019. Concurrí a dicho servicio junto con estudiantes del tercer año de la Tecnicatura Superior en Enfermería mientras realizaban sus prácticas finales. Junto a ellos/as, y a la docente responsable de la asignatura, recorrí los servicios de la clínica y pude observar no sólo el proceso de aprendizaje situado y la forma en que las enfermeras recibían a los/as practicantes sino también la dinámica cotidiana de los sectores y los modos en que los equipos de enfermería cuidaban a que estaban internados.

Las tareas de higiene y confort -como así también el control de signos vitales, la preparación y el suministro de medicación, la colocación, el control y el cambio de vías y sondas- representan acciones que las enfermeras realizan cotidianamente sobre prácticamente todas las personas internadas en el sector, más allá de sus situaciones específicas. Generalmente, las trabajadoras tienen ciertos márgenes de autonomía para organizar los tiempos y los momentos en que realizan estas tareas, es decir pueden estipular horarios, dividirse las habitaciones y/o los pacientes a cargo. Específicamente, en el turno mañana del sector, las enfermeras suelen bañar cerca del mediodía a quienes por su estado de salud no pueden movilizarse por sus propios medios. En este momento, además de bañarlos, cambian las sábanas de la cama, retiran pañales y colocan nuevos, revisan curaciones y apósitos, entre otras acciones de cuidado.

Una de esas mañanas observé cómo tres practicantes -dos mujeres y un varón- se ocupaban de higienizar a una de las personas internadas en el sector: José, un adulto mayor diabético que había ingresado algunos días atrás por una infección en uno de sus pies. Era un paciente conocido por las enfermeras del sector ya que periódicamente reingresa a la clínica con alguna complicación derivada de su enfermedad.

Los/as practicantes lavan primero la cabeza de José. Con un jarrito de plástico arrojan cuidadosamente el agua y ponen el champú. Para que el agua no se derrame colocan una palangana detrás de la cabeza del paciente. Luego de lavar su cara, siguen por el cuerpo y las partes íntimas. Para poder higienizar la parte trasera del cuerpo de José necesitan movilizarlo. El movimiento parece molestarlo y comienza a quejarse. Pedro, uno de los practicantes, levanta el tono de voz e interviene: - *“Escuchame, quédate tranquilo así no hacés fuerza”*, - *“Ay Dios”* se queja el hombre. Luego, Pedro lo levanta “en andas” para sacar la sábana de abajo y colocar una nueva y limpia. El practicante es joven, alto y robusto, por lo que tiene la fuerza necesaria para levantar al paciente con un solo movimiento. Mientras Pedro sostiene al paciente, las practicantes cambian rápidamente las sábanas: entre la sábana de abajo y la de arriba se pone una especie de “impermeable”, en este caso una bolsa verde que es cortada con una tijera por ellas mismas. Cuando realizan estas prácticas de higiene, perciben que algunas partes de la piel de José están algo irritadas. Por esta razón, luego de bañar y cambiar la ropa de cama, colocan talco en todo su cuerpo. Señalan que es importante *“rotar”* a los pacientes y colocar talco o vaselina para nutrir la piel y prevenir lesiones. Cuando los/as practicantes quieren levantar a José para colocarle un pañal limpio, el paciente comienza nuevamente a quejarse: - *“Cuidado, cuidado acá”*, expresa - *“Vení José, vení conmigo”* dice Pedro. Posteriormente lo levanta de la cama, pero solo un poco

para que sus compañeras puedan colocar el pañal. Luego, le ponen desodorante y lo tapan con la sábana limpia. Cuando el trabajo parecía terminado, perciben que José tiene una herida en uno de sus pies. Debaten unos segundos sobre si es necesario realizarle curaciones. Finalmente deciden que sí, y comienzan a lavar el pie:

“Sale como un “líquido amarronado” que me impresiona. - “Pica un poquito” le advierten, mientras siguen lavando su herida. José dice - “Cuidado, cuidado el pie”, Pedro levanta la voz - “Vos ayudame José, te estamos curando”. Ante mi pregunta sobre lo que le están haciendo, los/as practicantes explican que para realizar las curaciones primero utilizan agua oxigenada, luego yodo al 10% - “Para matar cualquier tipo de bacteria” y, finalmente, agua fisiológica - “Para sacar el yodo” restante. En la explicación también señalan que existen dos tipos de curaciones: con soluciones volátiles como el alcohol, y con solución fisiológica, es decir una solución que “no arde”. (Registro de campo, Clínica Privada, Internación General, noviembre 2019)

En este fragmento podemos observar cómo en una misma acción los/as practicantes no solo higienizan al paciente y lo perfuman, cambian sus pañales, colocan ropa de cama limpia, sino que también revisan las lesiones en su piel, la cicatrización de heridas y realizan curaciones. Estas tareas, que hacen al bienestar general del paciente, suelen referenciarse como acciones de carácter meramente práctico, sin embargo requieren de un conjunto de conocimientos y técnicas específicas: existen técnicas para movilizar al paciente y no dañarlo y/o dañarse; formas correctas de asear a las personas que no pueden moverse; cuidados que se deben tener al momento de bañar a un paciente para evitar mojar apósitos y/o curaciones recientes; conocimientos sobre soluciones para curaciones de heridas y/o lesiones en la piel, etc. A su vez, durante el momento del baño, los pacientes suelen manifestar dolor, incomodidad y/o molestias, situaciones donde las/os enfermeras/os recurren a distintas acciones de contención: hablarles para calmarlos, levantar la voz para dar indicaciones, tomarlos de la mano, entre otras.

Ahora bien, pese a la importancia que poseen las tareas de higiene y confort, en la escala de prestigio son labores escasamente reconocidas dentro de los espacios hospitalarios y representan tareas de las que muchos quisieran desligarse, incluso las propias enfermeras.

En el trabajo de campo registré tensiones respecto a los procesos de aprendizaje prácticos sobre los pacientes: las enfermeras responsables de algunos de los sectores de internación general no permitían que las/os estudiantes realicen prácticas “invasivas” (tales como colocación de vías, sondas, preparación y suministro de medicación, etc.) y solo delegaban en ellos los cuidados físico-corporales (como cambiar sábanas, bañar a los pacientes, colocar y vaciar “chatas” o “papagayos”, etc.). Esta situación generó

incomodidad entre la docente responsable de las prácticas y algunas de las enfermeras. Por un lado, las trabajadoras se mostraban reticentes a la presencia de estudiantes en sus áreas de trabajo y, como forma de demostrar su descontento, solo permitían que realicen cuidados de higiene/limpieza sobre los/as pacientes. Por otro lado, la docente esgrimía que los estudiantes del tercer año estaban en condiciones de hacer otras prácticas que, por tener un carácter invasivo sobre el cuerpo del paciente, implicaban la movilización de otro tipo de conocimientos científico-técnicos (de biología, anatomía, fisiología, etc.). En ese sentido, ella sostenía que realizar estas acciones en contextos reales resultaba central para el tramo final de la formación.

De esta forma, que una parte importante del trabajo de cuidado sea delegado – e incluso resistido- por las propias enfermeras muestra cómo las trabajadoras realizan acciones para correrse y/o desmarcarse -y desmarcar a la profesión- de las representaciones que históricamente han posicionado a la enfermería como un grupo que solo se encarga de la higiene y el confort de los pacientes.

En una de las tantas conversaciones cotidianas que tuve con Pedro, uno de los practicantes, pude registrar cómo dichos imaginarios eran puestos en tensión al momento de remarcar la importancia de su futura profesión.

“Pedro: Cuando le contás a alguien que estás estudiando enfermería te dicen: ¿ahora se estudia para limpiar culos?, no saben que es otra cosa, que la enfermería no se encarga solamente de limpiar culos”. La enfermería es saber más del paciente, la medicación... no es una joda, no venimos solo a hacer higiene y confort, trabajamos sobre una vida, es una vida, una responsabilidad.” (Registro de campo, Clínica Privada, Internación General, noviembre 2019.)

En este sentido, la experiencia subjetiva de quienes realizan “trabajos sucios” está fuertemente marcada por la proximidad respecto de la suciedad y la impureza, dimensiones que tienen una materialidad irreductible pero que también “funcionan como una marca cultural y social: en tanto trabajan sobre aquello que la sociedad simboliza como negativo” (Tizziani, 2022:453). Las enfermeras muchas veces buscan diferenciarse y, por ende, desmarcarse, de aquellas tareas que implican la manipulación de un objeto “impuro” o la realización de una actividad que “trasgrede” los valores morales de nuestras sociedades. Es decir, movilizan resistencias ante las labores de cuidado que son percibidas como “degradantes” y/o moralmente “humillantes” no sólo por quienes lo miran desde afuera sino también para quienes las realizan. Para ejemplificar esta cuestión podemos retomar el testimonio de María, enfermera profesional que se desempeña en el turno mañana del servicio de cirugía general:

“M- No sos sirvienta, sos enfermera, esa es la diferencia. Es que es así por cómo nace la enfermería, o sea es histórico... por ejemplo un día una señora me dice: - “Ay nena, mi marido quiere el papagayo” y le digo - “Bueno señora, en el baño está el papagayo”. ¿Por qué no lo puede hacer la esposa? Porque no estoy hablando de la hija, eso es una forma de denigrarnos a nosotros.

E- Claro, como que vos tenés que sí o sí hacerlo...

M- Claro, no solo hacerlo a eso, sino ponerle el papagayo... es la esposa. Yo no tengo problema de ponerte el papagayo si no te podés mover bien ¿no es cierto? (o) si estas solo o (ponerte) la chata, por ejemplo. Pero la esposa ¿no le pueda poner al marido el papagayo? ¿Me entendés lo que te digo? esa degradación...” (María, Técnica en Enfermería, Clínica Privada, Cirugía General, mayo 2019)

María establece una clara distinción entre las tareas que considera que le competen a la enfermería y aquellas que no estarían estrictamente bajo su responsabilidad profesional: *“no sos sirvienta, sos enfermera”* afirma con vehemencia al recordar el intercambio con la esposa de un paciente internado. Dentro de un mismo grupo laboral no todas las tareas son igualmente agradables de completar, y no todas tienen el mismo prestigio. Algunas son desagradables o son consideradas tareas serviles, indignas o *“degradantes”* para una enfermera. Pese a que los cuidados de higiene y confort representan una dimensión importante del trabajo, posicionar a la enfermería solo en ese campo de intervención es percibido como un aspecto que contribuye a la *“degradación”* de la ocupación en tanto reafirma los imaginarios que históricamente la sitúan como un oficio meramente empírico, que solo implica tareas de limpieza y de ayuda a otros profesionales de la salud. Nuevamente las tensiones respecto al reconocimiento profesional atraviesan la experiencia del trabajo de enfermería.

Como señala Hughes (1996) reconocer a la enfermería como una profesión implica también reivindicar las prerrogativas que deberían, según ellas, ir a la par de las tareas que acompañan y las responsabilidades que poseen. En este sentido, el proceso de convertir un oficio inicialmente empírico en una ocupación reconocida como una profesión a menudo implica un intento de abandonar y/o resistirse a algunas tareas o bien desmarcarse de su mera ejecución -como sucede con las labores de higiene y confort-. Al analizar esta redistribución, debemos recordar que una profesión no es sólo un conjunto de tareas, sino también un rol social, es decir un rol que las personas creen que se espera de ellos, en un espacio de relaciones con otros.

No obstante, si bien las enfermeras reconocen la mirada peyorativa que recae sobre las tareas de higiene y limpieza de los pacientes, también realizan inversiones sobre dichas clasificaciones a partir de reconocer la responsabilidad que tiene su profesión por el cuidado de la salud de quienes se encuentran más vulnerables.

E- ¿Y si tuvieses que decir lo mejor de la enfermería que sería?

N- Y lo mejor... que es la profesión en salud más humana que conozco, porque las otras también tienen humanidad, pero es la más humana que conozco. Porque dejamos de lado nuestros propios ascos... nos despojamos de eso y tenemos a las personas en las manos en las peores miserias, en los peores momentos. Yo recuerdo cuando le puse la chata a un hombre que tenía que hacer catarsis de su pudor y desde su lugar es una entrega de respeto - “Mirá lo que tenés que hacer” - “Y lo que yo tengo que hacer es lo que usted necesita y juntos estamos”. Entonces desde ahí, me parece que aprendemos que los olores ya no nos molestan. Esa humanidad a veces se nos va la mano y nos olvidamos de nosotros y es lo que hay que tratar de regular, pero si, es una profesión muy linda (Natalia, Licenciada en Enfermería, Clínica Privada, Supervisora de Área, diciembre 2020).

Como sostiene Natalia, se pueden sobrellevar más fácilmente los "trabajos sucios" cuando la experiencia habilita la construcción de otros sentidos sobre el trabajo, significaciones esencialmente vinculadas al valor y la utilidad social del cuidado. Las enfermeras son conscientes de la repulsión que pueden generarles -o efectivamente les generan- muchas de las tareas que realizan, pero para poder hacerlo ponen en primer lugar las “necesidades” del paciente. En este sentido, el *saber-hacer* adquirido mediante la experiencia y la socialización profesional permite lidiar con “los olores”, “el asco” y “el pudor”. El contacto permanente y cotidiano con este tipo de situaciones hace que las enfermeras lo vuelvan una parte de su trabajo y se despojen de las sensaciones iniciales. Dichas competencias requieren de un proceso de aprendizaje que se da en la práctica de cuidado concreta, práctica que siempre implica una producción dialógica, en tanto no puede producirse sin “actos de ayuda a otros” (Skeggs, 2019). Es decir, las enfermeras comprenden el valor de este tipo de tareas en tanto está involucrado el bienestar de ese otro-paciente cuyo cuidado se encuentra bajo su responsabilidad.

Como profundizaremos en el siguiente apartado, el aspecto relacional del trabajo de enfermería se basa en aprender a satisfacer las necesidades de ese otro-paciente, pero también en tener “*respeto*” por su intimidad y por todo aquello que podría avergonzarlo o darle pudor, aspectos que harían de la enfermería una profesión “*más humana*”, como señala Natalia.

5.1.2 “Trabajar para lograr que el paciente no se sienta incómodo”. Tabú y contacto con el universo íntimo en la práctica de cuidado

La relación entre visibilidad e invisibilidad en el trabajo de cuidado en enfermería es un elemento central para comprender las prácticas que involucran al universo íntimo de quienes se encuentran internados en las clínicas. Como venimos señalando, en nuestras

sociedades, ciertos aspectos del cuerpo humano pertenecen a un lugar preservado y ligados al tabú de la intimidad que raramente se exponen ante la mirada pública. En las tareas de cuidado de enfermería tiene especial centralidad la discusión sobre lo que puede hacerse público y lo que debe permanecer en el orden de lo privado, puesto que se trabaja con situaciones donde hay que preservar y/o aprender a disimular ciertos aspectos que no deben ser perceptibles a la mirada de otros (Malleville & Beliera, 2019).

Argumentaremos entonces que, en ocasiones, la opacidad de las tareas no es un rasgo negativo, sino que, por el contrario, se vuelve un aspecto valorable del trabajo de las enfermeras, en tanto permite delimitar un lugar legítimo de intervención y reconocer el valor específico de las tareas de cuidado frente a otros grupos profesionales. Para ello, retomaremos los aportes de Andrea Brighenti (2007), quien analiza los aspectos relacionales, estratégicos y procesuales de la *visibilidad*. El 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. De esta forma, que un proceso 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” (Brighenti, 2007:11). La visibilidad también puede ser des-empoderadora, por ejemplo, en el caso de los escándalos políticos donde se hacen públicos aspectos privados de las personas o como sucede en la práctica médica, ya que implica un modelo visual basado en la dicotomía normal/patológico en relación con el cuerpo humano concebido biológicamente.

Como hemos descripto, las tareas de cuidado de la salud implican, entre otras labores, el manejo de la limpieza-suciedad del cuerpo humano, aspecto que hace a la especificidad del trabajo de enfermería. En nuestras sociedades, la enfermedad también está asociada a la idea de suciedad, en tanto contexto que habilita lo patógeno. En este sentido resulta importante resaltar, tal como plantea Mery Douglas (1973), que la noción de suciedad-enfermedad puede vincularse con la idea de orden:

“La suciedad, tal como la conocemos, consiste esencialmente en desorden. No hay suciedad absoluta: existe sólo en el ojo del espectador. Evitamos la suciedad, no por un temor pusilánime y menos aún por espanto o terror religioso. Tampoco nuestras ideas sobre la enfermedad dan cuenta del alcance de nuestro comportamiento al

limpiar o evitar la suciedad. La suciedad ofende el orden. Su eliminación no es un movimiento negativo, sino un esfuerzo positivo por organizar el entorno.” (1973:14)

Si dentro de un sistema de relaciones nuestra idea de enfermedad/suciedad es una muestra de desorden, la limpieza representa una forma de poner en orden aquello que esta “fuera de lugar”, esencialmente ante el ojo del espectador que mira esa escena.

Para analizar esta dimensión, nos serviremos nuevamente del corpus empírico elaborado en las observaciones realizadas a fines del 2019, en el sector de internación general de una clínica privada. Concretamente, el servicio está organizado en torno a la asistencia de adultos que se encuentran internados por distintas patologías o bien son pacientes que, por presentar algún cuadro de riesgo, ingresan – o pueden ingresar– a cuidados críticos o a sala de cirugía. Los pacientes del sector presentan diversas problemáticas de salud por lo que pueden permanecer internados durante periodos cortos de tiempo o prolongados, incluso extendiéndose a meses.

Durante el turno mañana, pudimos observar que quienes estaban allí todo el tiempo eran las enfermeras. Sin embargo, en momentos específicos del día, también se presentaban otros grupos laborales, quienes se encargan de la limpieza del sector; el personal de cocina que entrega las comidas en cada una de las habitaciones o los camilleros que trasladan a las personas que ingresan o se retiran del sector. A media mañana, es común hallar la presencia de profesionales de otras categorías como los/as técnicos/as de laboratorio quienes se encargan de realizar extracciones de sangre o tomar muestras de orina para realizar análisis clínicos. Los profesionales médicos/as también suelen presentarse en ese horario para realizar controles a las personas internadas en el sector. En sus recorridas, además de evaluar la evolución de los pacientes, los/as médicos/as dan indicaciones a las enfermeras sobre cómo deben continuar los tratamientos (por ejemplo, cambios en las dosis de medicación, modificaciones en la dieta, etc.). Esas indicaciones no son solo de “palabra” sino que también son volcadas de forma escrita por los/as médicos en las distintas carpetas guardadas en el *office* de enfermería donde se encuentra la información de cada paciente.

De esta manera, los intercambios entre médicos/as y enfermeras representan una parte fundamental de la organización del proceso laboral en el servicio. Sin embargo, no debemos perder de vista que esos intercambios se dan en un espacio donde cada uno de los grupos ocupa determinados roles y posiciones que responden a una división del trabajo propia del modelo médico hegemónico (Menéndez, 2005). En los vínculos cotidianos entre enfermeras y médicos/as se reactualizan ciertos legados históricos de la profesión -reseñados en el Capítulo I-, esencialmente vinculados a la posición de subordinación de la enfermería.

De esta forma, en las relaciones entre médicos-enfermeras pueden registrarse episodios de tensión, especialmente cuando se pone en discusión la atención de los pacientes.

En una de las tantas mañanas compartidas pudimos observar de qué manera, mientras hacía su recorrida, una de las médicas daba indicaciones a las enfermeras del sector. Estas directrices no sólo se orientaban al tratamiento médico que debía seguir una de las pacientes -debido a que presentaba un cuadro febril- sino también apuntaban a las acciones que hacían a la higiene corporal, es decir tareas cuyo cumplimiento es responsabilidad de las enfermeras.

“Al ingresar al office, escuché como una de las médicas le decía a una de las enfermeras, Camila, que tenía que bañar a la paciente de la habitación 107, a lo cual responde - “Dame un ratito que ya la voy a bañar”. La médica también le indica - “¿Por qué no le pasas un algodoncito en los ojos que tiene lagañas?”. Camila no contesta y comienza a preparar la bandeja con los elementos para higienizar a la paciente. Unos segundos después, Camila le comenta a la médica que para bajar la fiebre de la paciente “le pasó paracetamol” pero que igualmente “no le baja”. La médica la corrige y le dice que - “Si esta transpirada es porque ya le bajó” y señala que es necesario “hacerle un sedimento y un monocultivo” para saber “de dónde viene la fiebre” y “cambiarle la sonda”. (Registro de campo, Clínica Privada, Internación General, noviembre 2019)

El hecho que sean visibles ciertos aspectos comprendidos dentro de las tareas de higiene del cuerpo del paciente (como las lagañas, la transpiración), habilita a que los médicos/as impartan juicios sobre las formas y los tiempos en que las enfermeras realizan sus tareas. Las labores ligadas a la limpieza y al manejo de los desechos que elimina el cuerpo humano son socialmente consideradas tabú y, por lo tanto, tienden a ser (re) orientadas al orden privado o bien disimuladas para que no sean visibles ante la mirada de otros. Tal como ha sido señalado por Molinier (2012) y Borgeaud-Garciandía (2009), la invisibilidad de este tipo de prácticas aparece como condición necesaria para que su actividad se realice exitosamente y exige el desempeño de “habilidades discretas” que deben permanecer ocultas.

Las sustancias corporales, al traspasar los límites del propio cuerpo, disturbaban el orden; y gran parte del trabajo de las enfermeras consiste en saber disimular “las cosas fuera de lugar”, es decir reorientarlas 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, secreciones, 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 al interior de los espacios de salud para construir para sí un lugar legítimo de intervención. Se deben mantener entonces en el equilibrio entre hacer

visibles e invisibles sus intervenciones sobre los pacientes, para tematizar estos aspectos del trabajo como un objeto del dominio específico de la enfermería (Malleville & Beliera, 2021).

“Los/as estudiantes le preguntan a Camila por el episodio con una de las médicas. A lo que ella responde - “No saben nada, ellas no están, pero te dicen lo que tenés que hacer, pero no saben”. La enfermera se mostraba molesta por la situación. La médica en cuestión le había llamado la atención para que “bañe y limpie los ojos” de la paciente. Una de las practicantes le pregunta si esa actitud le había sorprendido, la enfermera responde - “Siempre es un llamado de atención para enfermería, siempre es culpa nuestra, pero nadie la mira” [en referencia a que ningún profesional se ocupa de la paciente]”. (Registro de campo, Clínica Privada, Internación General, noviembre 2019)

Que una de las médicas imparta directivas sobre la limpieza-suciedad de una de las pacientes (concretamente señale que está transpirada, que necesita ser bañada, que tiene secreciones en sus ojos, etc.) es una situación vivida por las enfermeras como un cuestionamiento sobre la forma de realizar su trabajo, al punto de generar cierto malestar. Los cuidados de higiene y confort de los pacientes son una dimensión constitutiva de la práctica de cuidado en enfermería, por lo que señalar su falla o discutir su correcta realización puede ser experimentado por las enfermeras como un cuestionamiento a su responsabilidad. De esta forma, la visibilidad de las secreciones corporales puede interpretarse como una *falla* en las tareas de higiene y confort que realizan las trabajadoras sobre sus pacientes. Recordemos que una de las dimensiones que hacen a la falta de visibilidad y, por ende, de reconocimiento de las labores de cuidado es la movilización de un *saber-hacer* discreto, es decir de un conjunto de habilidades que sólo se hacen visibles cuando fallan o bien cuando son percibidas como “*mal hechas*” por quienes las supervisan.

Además, para realizar el “trabajo sucio”, las enfermeras no solo movilizan competencias profesionales que les permiten sobrellevar sensaciones negativas -como el asco, la repulsión, etc.- sino que también desarrollan ciertas competencias temporales, es decir ajustan los tiempos de trabajo en función de las necesidades de cada persona y de la organización del servicio. En este sentido, luego del intercambio con la médica, Camila señala que higienizar a las personas internadas en el horario cercano al mediodía no es una decisión arbitraria sino basada en su experiencia en el servicio: prioriza dejar para el fin de su jornada el baño de pacientes que no pueden movilizarse por sí mismos. De esa manera, al momento del cambio de turno pueden “*dejarla bañada*” y así simplificar el trabajo de las enfermeras que ingresan en el siguiente turno.

En esta línea, además de la higiene, otras tareas vinculadas a los cuidados físico-corporales, como la movilización del paciente y la prevención de lesiones en la piel, suelen

ser sometidas a la mirada de otros, especialmente de otras colegas y, evaluadas como muestra de responsabilidad respecto del cuidado de pacientes a cargo. Para ejemplificar esta cuestión retomaremos las observaciones realizadas en uno de los sectores de internación general de una de las clínicas bajo estudio. Allí, desde hacía aproximadamente cuatro meses, se encontraba internado un joven con parálisis cerebral. Anteriormente, el paciente estuvo en una clínica de la ciudad de Chascomús, pero su madre quiso trasladarlo ya que consideraba que pasaba mucho tiempo “*sedado*”. Si bien pensaba que en esa institución no le prestaban la atención suficiente, tampoco tenía los recursos para realizar una internación domiciliaria. Por esta razón, el caso fue judicializado hasta que, finalmente, la obra social garantizó el traslado y la internación en esta clínica privada de La Plata.

Una de las enfermeras del sector, Noelia, señala que cuando “Leo” -como se refiere al paciente- llegó a la clínica - “*Estaba todo lleno de escaras, en la espalda, en las piernas... porque en el otro lugar no lo rotaban*”. Las escaras -o úlceras por presión- son lesiones en la piel que resultan de una presión prolongada, por ejemplo, cuando una persona pasa mucho tiempo recostada en una misma posición. En la mayoría de los casos, las escaras se manifiestan en la piel que recubre las partes óseas del cuerpo -como talones, tobillos, caderas y coxis-. Los pacientes que permanecen largos períodos “*en cama*” debido a que no pueden moverse por sus propios medios, pueden presentar este tipo de lesiones. Para prevenir su aparición, resulta central el trabajo de cuidado corporal que realizan las enfermeras: pueden aplicarse productos hidratantes para evitar que la piel se reseque; asegurarse que el cuerpo del paciente quede “*bien seco*” luego de la higiene y/o el baño, ya que la presencia de humedad facilita la aparición de gérmenes. También son importantes las acciones de movilización y estiramiento de las extremidades de los pacientes, para evitar que permanezcan mucho tiempo recostados en una misma postura y el roce constante produzca lesiones. A su vez, en el caso del paciente en cuestión, el estiramiento cotidiano de sus piernas y brazos, además de prevenir las escaras contribuía a mejorar su calidad de vida, ya que cuando ingresó a la clínica se encontraba permanentemente “*en posición fetal*”.

En este evento de campo podemos observar cómo la visibilidad de las lesiones en la piel habilita evaluaciones respecto a los cuidados corporales brindados por otras enfermeras -en este caso, de otra clínica- a la par que permite enfatizar el *buen trabajo* que Noelia y sus compañeras realizaron para mejorar el día a día de ese paciente. La presencia de escaras entonces representa un indicio visible del tipo de atención que las enfermeras brindan a los pacientes que están bajo su responsabilidad. Como en el caso de las secreciones del cuerpo, su aparición marca la falla, vislumbra cierta falta de orientación de las enfermeras respecto

a las necesidades de las personas internadas que, en este caso, vivía una situación de mayor vulnerabilidad debido a la dependencia absoluta de su condición.

Episodios vinculados a la higiene/limpieza y al cuidado corporal de los pacientes nos permiten observar de qué forma la *responsabilidad* por el cuidado de otros resulta un aspecto central en la construcción de un perfil propio de la profesión. Es decir, para invertir las clasificaciones que colocan a la enfermería en una posición de inferioridad respecto a otros grupos laborales, las enfermeras buscan dar muestras de respetabilidad a partir del vínculo diferencial que construyen cotidianamente con las personas que cuidan, especialmente respecto de quienes se encuentran más vulnerables. En esos “actos de ayuda a otros”, condición constitutiva de todo trabajo de cuidado, las enfermeras construyen una posición enunciativa dotada de valor y responsabilidad (Skeggs, 2019).

En la entrevista a Natalia, podemos observar el valor que las enfermeras le asignan a la “*confianza*” de los pacientes para con ellas, que se basa en el respeto por su universo íntimo y todo lo que ello representa:

“Si, es una confianza, un respeto. Una cosa que para nosotros está muy naturalizado. La primera vez que entramos [en referencia a la habitación] somos un desconocido [para el paciente]. Para nosotros es normal ver a alguien sin ropa, para el otro no. Entonces a partir de ahí trabajar para lograr que el paciente no se sienta incómodo y que pueda entender... porque puede ser mujer, hombre, lo que sea no tiene que ser el género igual. Tenemos que tener un poco más de tacto, desde ese lado de humanidad se hacen muy buenas cosas” (Natalia, Licenciada en Enfermería, Clínica Privada, Supervisora de Área, diciembre 2020)

Como sostiene Natalia, parte de las tareas de las enfermeras consiste en aprender a manejar sensaciones -como el pudor, la vergüenza-. Es decir, sensaciones que pueden tener los pacientes al momento de mostrarse desnudos o someterse a una práctica invasiva frente a una persona que, en un primer momento, resulta desconocida. En esta línea, una de las formas que tienen las enfermeras para reconocer el valor que posee su trabajo es dar muestra de “*respeto*” hacia los pacientes que cuidan. Respeto que, en la práctica concreta, puede asociarse a la responsabilidad que recae sobre ellas al momento de preservar el universo íntimo del paciente, y también de sus familiares.

Para detenernos aún más en esta cuestión, podemos retrotraernos a un episodio que transcurrió en otra de las tantas mañanas en el sector de internación general donde realizamos la mayor parte de las observaciones. Allí, registramos cómo asistían a la paciente de la habitación 107, es decir la paciente sobre la cual habían tenido el intercambio Camila y una de las médicas. La mujer en cuestión tiene aproximadamente 60 años y se encuentra internada en la clínica luego de sufrir un ACV hemorrágico que desencadenó en una muerte

cerebral. El cuadro resulta irreversible, es decir la paciente no está consciente, posee una traqueotomía que la ayuda a respirar y solo persisten algunas de las funciones autonómicas del cuerpo (como el ritmo cardíaco y la regulación de la temperatura). En nuestros intercambios cotidianos, las enfermeras comentan algunos pormenores de su internación y señalan que quienes trabajan en el sector la “*recontra conocen*”, ya que hace casi un año que permanece internada.

Ella tiene tres hijos/as, de 23, 16 y 14 años, quienes suelen visitarla en los horarios permitidos. Una mañana, al ingresar a su habitación, pude notar que, a diferencia de lo que sucedía con otras habitaciones de la clínica -donde no hay elementos que visibilicen la particularidad de quienes allí están internados- el espacio parecía habitado: había un peluche en una de las sillas y varias pertenencias personales colocadas sobre la otra cama que se encuentra desocupada. Además, observé que las enfermeras tenían un vínculo de mayor cercanía con los/as hijos/as de la paciente en cuestión. Por ejemplo, un día, al comenzar el horario de visitas, una de sus hijas adolescentes ingresó al servicio. Antes de ir a la habitación de su mamá entró al *office* para saludar a las enfermeras con un beso en el cachete. Al retirarse, Noelia, una de las enfermeras, le grita, en chiste, - “*Sacate esa camiseta*”: la chica vestía la camiseta del club Estudiantes de La Plata. Al escuchar el comentario, se da vuelta, sonríe y sigue por el pasillo hacia la habitación de su mamá.

Ese mismo día, aproximadamente a las 11Hs., me acerqué a la habitación 107, para observar cómo dos de los practicantes y una de las enfermeras realizaban tareas de higiene corporal sobre dicha paciente. Cuando me dirigía hacia allí saludé a la hija, quien se encontraba parada con su celular en el pasillo esperando que terminen de bañar y cambiar a su mamá. En mi estadía en el servicio, noté que cada vez que las enfermeras se disponían a cambiar, bañar o realizar alguna práctica que implicaba la desnudez de las personas se les pedían a los familiares que se retiren de la habitación, esperen en el pasillo y cierren la puerta.

“Al ingresar a la habitación pude observar cómo bañaban, cambiaban y realizaban curaciones sobre algunas heridas que tenía la mujer en su cuerpo (por ejemplo, en sus brazos y piernas). La paciente se encuentra desnuda en la cama y es movilizadora por la enfermera y los practicantes: levantan sus piernas y brazos, la colocan en posición ginecológica para poder higienizar sus partes íntimas, etc. Todos tienen puesto un camisolín, cofia y guantes (...) A medida que avanzan con la higiene, la enfermera pide a los estudiantes que le alcancen algunos elementos (por ejemplo, una crema para colocar en las heridas, más gasas para reemplazar las que van quitando, etc.). También les indica que todo aquello que “saquen”, como por ejemplo antiguas vendas, lo tiren en la bolsa de basura que llevaron desde el office. En ese momento, ingresa a la habitación la profesora, para observar el desempeño de sus alumnos. Uno de los practicantes estaba en el baño cambiando el agua del recipiente plástico que utilizaban para el aseo de la paciente. Como la puerta de

ingreso a la habitación obstaculiza la entrada/salida del baño, la profesora dejó la puerta entreabierta para que su alumno pueda salir de allí. En este lapso, la puerta de acceso a la habitación, que da al pasillo del sector, queda abierta por unos pocos segundos. En ese instante, la enfermera observa que la puerta está abierta y nos dice en tono algo ofuscada “-Pueden cerrar la puerta por favor, que está la hija afuera”. La profesora responde “-Sí”, y se dispone rápidamente a cerrarla.”. (Registro de campo, Clínica Privada, Internación General, noviembre 2019).

En este fragmento podemos observar cómo en las acciones de cuidado que involucran el universo privado de las personas, las enfermeras deben dar muestra de respeto por quienes cuidan, en tanto son las responsables de manejar situaciones de extrema vulnerabilidad y exposición, más aún cuando la persona no puede valerse por sus propios medios. En este punto, disimular las “cosas fuera de lugar”, también es quitarlas del dominio público, del espacio visual que es compartido con otros, para resguardar así su privacidad e incluso proteger a sus familiares -en este caso a su hija- de presenciar situaciones que pueden resultarles desagradables o dolorosas. Como sostiene Pascale Molinier (2018) la preocupación por el confort del otro en este tipo de saber-hacer busca no incomodar al otro, respetar su pudor y su deseo de autonomía, no generarle sentimientos de vergüenza, evitarle la humillación de la dependencia.

A su vez, involucrarse con el universo más íntimo del paciente no solo se limita a la cuestión estrictamente corporal, sino que en muchos casos implica conocer a su familia, sus historias, sus luchas, los episodios de sufrimiento y, a partir de ese conocimiento, respetar procesos y sensibilidades. En este punto resulta central el reconocimiento de las relaciones y las redes de afecto en las que están inmersas las personas internadas: se involucra a las familias, se conversa sobre las dificultades que tienen, se favorece la permanencia de éstos en el servicio, se permite la presencia de objetos de valor afectivo, se les hace chistes para descomprimir, etc. Como veremos a continuación, esta dimensión del trabajo se sustenta en otro aspecto que las enfermeras rescatan como distintivo de su trabajo: el tipo de relación que construyen con los pacientes, en tanto se basa en el tiempo compartido, les permite establecer comparaciones y diferenciaciones respecto de otros grupos laborales, como los médicos, y construir una presentación de un sí-profesional ante los otros.

5.2 La referencia a otras profesiones de la salud: entre la cercanía y el conocimiento biomédico

A través de las experiencias cotidianas de las enfermeras pudimos vislumbrar los esfuerzos que realizan para mostrar y a la vez disimular y/o preservar aspectos de la práctica

de cuidado que involucran el universo íntimo del paciente -y de su familia- y que suelen ser considerados tabú. Hemos evidenciado también que la relación que las enfermeras establecen con ese tipo de tareas de cuidado (como la limpieza del cuerpo, el contacto con la genitalidad, etc.) implican un esfuerzo entre lo que se debe ocultar y lo que se debe visibilizar para lograr tematizar estos aspectos como un objeto del dominio específico de la enfermería.

Por un lado, señalaremos que, en la presentación de sí mismas como una profesión específica, las enfermeras establecen comparaciones y buscan diferenciarse de los profesionales médicos y delimitar un lugar legítimo de intervención a partir de valorar la relación que construyen con los pacientes; pero, por otro lado, también veremos que las enfermeras deben mostrar que son capaces de estandarizar procesos y movilizar conocimientos científico-técnicos vinculados a la biomedicina. Es decir, manejar una serie de competencias propias del canon de profesiones hegemónicas de la salud, como la medicina.

5.2.1 *“Somos nosotras las que estamos permanentemente con los pacientes”*. Jerarquizar la cercanía y el tiempo compartido en la práctica de cuidado

Jerarquizar el tiempo que comparten con los pacientes que cuidan es un elemento que permite construir un perfil profesional específico de la enfermería. En las entrevistas realizadas, hallamos que una y otra vez las enfermeras utilizaban distintas expresiones para afirmar que son ellas quienes pasan más tiempo con las personas internadas. *“Somos nosotras las que estamos permanentemente con los pacientes”*, *“Somos las que estamos todo el tiempo”* eran algunas de las frases que aparecían reiteradamente en el corpus empírico de nuestra investigación. Para las enfermeras, apelar al tiempo que pasan con los pacientes constituye una referencia al momento de delimitar un lugar legítimo de intervención y revertir, al menos en parte, su subordinación respecto de otras profesiones de salud, especialmente de los profesionales médicos.

Para contextualizar la relación entre enfermeras y médicos resulta importante considerar dos cuestiones que ya hemos desarrollado, en primer lugar, no debemos perder de vista que la enfermería nace como un oficio empírico y subordinado a la orden médica, que logra su autonomía recién en la década del noventa. Por otro lado, producto de las formas en las que se organiza el trabajo dentro de las clínicas, ambos grupos trabajan cotidianamente de forma conjunta en la atención y el cuidado de la salud de las personas internadas. En este marco de relaciones de poder, los profesionales médicos suelen encarnar la figura de un

superior y, por ende, estar habilitados a cuestionar las formas en que las enfermeras realizan sus tareas -como vimos en el apartado anterior-. Sin embargo, ellas también realizan acciones para invertir esa posición de subordinación. Una manera de hacerlo es mostrar el vínculo que forjan con los pacientes que cuidan y compararlo con la relación que establecen otros grupos profesionales. Es decir, en sus narrativas, las enfermeras remarcan una y otra vez que los médicos tienen un contacto esporádico con los/as pacientes y que comparten escasos momentos del proceso de internación. Esta cuestión permite posicionarlos en un lugar de lejanía, posición desde la que no podrían comprender la situación de los pacientes en términos integrales y tampoco conocer el porqué de las decisiones que toman las enfermeras sobre sus cuidados en el cotidiano. “*Ellas no están, pero te dicen lo que tenés que hacer*”, plantea con cierto enojo Camila ante una crítica que recibió de una de las médicas y que considera injusta.

En el testimonio de Jéssica también podemos observar cómo la relación que las enfermeras tienen con los pacientes es un aspecto que permite delimitar características específicas del trabajo de cuidado de enfermería, distinción que también se sustenta en una oposición *nosotros-ellos*, donde el “*ellos*” está representado por la figura de los profesionales médicos:

E- ¿Y qué es lo que más te gusta del trabajo de enfermería?

J- Creo que el aporte que estoy haciendo a los pacientes porque, por ahí, es como habíamos al principio. No es muy reconocido el trabajo de enfermero y ahora con esto se visibilizó un montón lo que hacemos. Ahora los médicos, como siempre, vienen, te dan las indicaciones, entran, miran al paciente, lo revisan, se van y después no vuelven más. Nosotras somos las que tenemos que estar todo el tiempo viendo los cambios y todo eso, para poder informarle luego al médico. Creo que se visibilizó un montón porque también mucha gente estuvo internada que con la pandemia no iba a caer a una clínica o un hospital, así que ahora se dan cuenta (...) Somos un equipo [en referencia al equipo de salud]. Ellos [los médicos] tienen que decirnos qué hacer y nosotros sabemos cómo hacerlo porque por más que ellos estudien casi el doble que nosotras la experiencia nunca la van a tener porque nosotras somos las que estamos con los pacientes o no van a ver los valores de los pacientes, que están tristes porque no ven a su familia. Eso no lo van a entender (...) El estado anímico pesa mucho en las personas, demasiado. Cuando están tristes es abismal el cambio. El bajonazo que pegan. Después, ¿cómo hacés para sacarlo?, ¿cómo hacés para sacar a un abuelo triste?, cuando el abuelo se vence no lo sacás con nada porque ya están grandes...” (Jéssica, Técnica en Enfermería, Clínica Privada, Sector COVID, abril 2021)

Al momento de señalar cuál es el aspecto que más le gusta de su profesión, Jéssica no duda en señalar el “*aporte*” del trabajo de enfermería para con la salud de los pacientes, especialmente en un contexto de excepcionalidad como fue la emergencia sanitaria por el

COVID-19. Para Jérica, la pandemia visibilizó, al menos en parte, el trabajo que realizan las enfermeras, abonando a su reconocimiento público. Sin embargo, en su relato, Jérica no solo se limita a señalar los aspectos que valora de la enfermería, sino que también apela a la comparación con el trabajo de los médicos/as para jerarquizar las labores de cuidado de la salud. El elemento diferenciador entre ambos grupos debe encontrarse en el tipo de vínculo que se construye con el paciente. Describir las características de esa relación permite marcar distinciones y diferenciar a la enfermería de otros profesionales que históricamente han ocupado un lugar de mayor autoridad y prestigio dentro de los espacios de salud. En este sentido, para comprender la construcción de un perfil profesional debemos reconstruir el marco de relaciones en el que se insertan, ya que, como afirma Hughes (1996) al trabajo que hace un individuo le corresponde un determinado lugar en una organización y es imposible comprender el trabajo de un grupo sin hablar del trabajo de los demás.

Particularmente, en una ocupación subordinada y heterónoma, donde históricamente los límites entre las tareas que le correspondían resultaban difusos y se cuestiona el nivel de formación necesario para su ejercicio, lo propio del trabajo de enfermería también debe buscarse en otros aspectos que van más allá de la enumeración y el tipo de tareas que efectúan. En este caso, las enfermeras apelan a una construcción simbólica del vínculo enfermera-paciente que se elabora siempre en comparación y/o contraste respecto del vínculo que forjan otros grupos laborales. Es decir, la enfermería tiene *algo* que los demás grupos no poseen: la experiencia que les brinda el “*estar*” de forma permanente con los pacientes durante toda su internación. Esa experiencia les permite construirse como una voz legítima y poseedora de una mirada específica dentro de los equipos de salud.

Como plantea Hughes (1996) una profesión no es sólo un conjunto de tareas, sino también un rol social donde hay personas asumiendo lo que se espera de ellas. En este sentido, las enfermeras apelan a los roles construidos en torno a los trabajos de cuidado para construir un perfil profesional dentro del espacio de la clínica: la predisposición y el servicio hacia el paciente, el reconocimiento de sus necesidades, la valoración de su estado emocional, es decir dimensiones que van más allá de las intervenciones biomédicas sobre el proceso salud-enfermedad y que solo pueden reconocerse en esa relación de permanencia y cercanía. Recordemos que los trabajos de cuidado pueden pensarse como un conjunto de actividades destinadas a garantizar el sostenimiento cotidiano de la vida, reconociendo que las necesidades humanas son de bienes y servicios, pero también de afectos y relaciones (Carrasco, 2001). En esta línea, si bien las representaciones en torno a los trabajos de cuidado han contribuido al escaso reconocimiento de este tipo de labores -por considerarlas tareas de

índole meramente práctica y naturalmente femeninas-, en nuestro campo empírico encontramos que, en determinadas situaciones, apelar a cualidades como la predisposición y/o el servicio hacia el otro permite realizar inversiones y tensionar el lugar subalterno en el que históricamente se ha ubicado a la enfermería. Es decir, “*estar todo el tiempo*” con el paciente implica posicionarse en un lugar de legitimidad que se sustenta en la experiencia cotidiana en el servicio, experiencia que aporta saberes que van más allá de los conocimientos científicos-técnicos que ostentan otros grupos hegemónicos.

Ahora bien, el tipo de relación enfermera-paciente no solo se circunscribe a la forma de vincularse en un ámbito laboral-profesional, sino que implica una reflexión más amplia sobre las formas en que los distintos grupos laborales conciben el objeto de intervención que comparten, en este caso la atención del proceso salud-enfermedad. En la entrevista realizada a Matías, enfermero de Unidad Coronaria, podemos vislumbrar esta cuestión:

“Yo [a los pacientes] les voy de igual a igual, con respeto, pero de igual a igual, - ¿?” *Cómo andas? ¿Cómo pasaste la noche?”* porque el médico firma las indicaciones y se mete a su habitación a tomar mate y se terminó, el enfermero está las ocho, diez, doce horas con el paciente... Los que sabemos realmente lo que le pasa al paciente somos nosotros. Estamos ahí permanentemente, el médico no se entera si el paciente tiene frío, tiene dolor, si tiene miedo, si tiene temores, no se entera de nada el médico, nosotros nos enteramos de todo. Biologicistas son ellos, dicen: - “Vamos a ver el hígado de la cama cuatro”. ¡No! “-vamos a ver al señor González que es una persona, que es un ser humano distinto a los demás” (Matías, Licenciado en Enfermería, Clínica Privada, Unidad Coronaria, junio 2019).

Matías reafirma un *nosotros* de la enfermería a partir de valorar la permanencia y el conocimiento de todo aquello “*que le pasa al paciente*” durante la internación, y se diferencia de un “ellos” encarnado por los profesionales médicos, quienes son posicionados en un lugar distante respecto de las necesidades diarias del paciente. En esa construcción nosotros-ellos, los médicos/as representan una figura que se hace presente solo en algunos momentos del día o durante intervenciones puntuales orientadas a cuadros clínicos y/o a la atención de la salud en un sentido estrictamente biologicista del término. Como sostiene Molinier (2009), a diferencia de otros grupos de profesionales de la salud, las enfermeras tienen que cuidar a los pacientes también a nivel relacional puesto que si no contemplan esa dimensión los pacientes se convierten en “la prótesis de la habitación 26”, “el estómago de la 13” o, como en este caso, “*el hígado de la cama 4*”, es decir se transforman en un número, en un mero cuerpo biológico -o en una parte de ese cuerpo- sobre el cual se realizan intervenciones.

En este marco, las enfermeras construyen una posición de legitimidad y respetabilidad de sus tareas a partir de visibilizar y distinguir el tipo de vínculo que construyen con los pacientes. Es decir, una relación de cercanía y permanencia que no solo permite reconocer a los sujetos en su totalidad, sino que también posibilita la incorporación de otras dimensiones del cuidado de la salud que exceden a la mirada biomédica sobre el cuerpo biológico (registran los temores, los miedos, los dolores, etc.). A su vez, reconocerse como un grupo que posee una visión integral de la salud permite discutir con las miradas que despersonalizan o parcializan al paciente. En la presentación de un sí-profesional de la enfermería ante los Otros, el objeto de intervención no es un órgano puntual del cuerpo humano o un individuo que solo es referenciado con el número de cama que ocupa sino una persona con un nombre, una historia propia y con sentimientos particulares. Como veremos en el Capítulo VI, reconocer y gestionar las emociones de los pacientes serán acciones que les permitirán a las enfermeras diferenciar al trabajo de cuidado que realizan dentro de los espacios hospitalarios.

5.2.2 “Cuando te conocía, se tranquilizaba”. La construcción de una “relación familiar” en internaciones prolongadas

Hemos señalado que uno de los elementos al que apelan las enfermeras para delimitar un estatus específico dentro de los espacios hospitalarios y diferenciarse de otros grupos profesionales, como los/as médicos/as, es el tipo de relación que construyen en el cotidiano laboral con los pacientes que cuidan. Ahora bien, esa relación de cercanía fundada en el tiempo compartido puede adquirir características específicas según el área o servicio del cual estemos hablando, especialmente cuando las internaciones se prolongan en el tiempo. Asimismo, debemos considerar que según las características y las patologías de las personas internadas se jerarquizarán algunos aspectos del cuidado de la salud que van más allá del tratamiento clínico y la dimensión biológica del cuerpo.

Para ello, nos referiremos puntualmente a la experiencia en el ejercicio de la enfermería en clínicas de salud mental que atienden a pacientes agudos o crónicos. Las personas con estas problemáticas suelen permanecer largos períodos internados en la institución -semanas, meses o incluso años-, especialmente cuando poseen cuadros severos que necesitan de cuidados especiales -como retrasos madurativos, trastornos psicológicos diversos, demencia, alzhéimer, etc.-. Por un lado, argumentaremos que la relación enfermera-paciente en este tipo de instituciones no solo se refuerza a partir del tiempo compartido con las personas internadas, sino que dicho vínculo asume ciertas características

que hacen a una experiencia profesional particular. Puntualmente nos referimos a la atribución de características asociadas a una relación de tipo familiar-afectiva. Encontramos entonces que el diálogo y los intercambios entre las experiencias laborales y familiares resultan nuevamente explicativos del trabajo de cuidado que realizan las enfermeras -como vimos en el Capítulo IV-. Por otro lado, señalaremos que las enfermeras delimitan un lugar de intervención específico a partir del reconocimiento de la indefensión y la dependencia de quienes se encuentran internados durante largos periodos de tiempo en una misma institución. En este sentido, veremos de qué manera el cuidado de la salud de quienes, por su condición atraviesan situaciones de especial vulnerabilidad, permite otorgarle un componente ético a la profesión.

Para ejemplificar esta cuestión, podemos analizar algunos fragmentos de las observaciones realizadas en una clínica de salud mental, durante el mes de febrero de 2018. Dicha clínica al momento del trabajo de campo poseía una capacidad de ciento cincuenta 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, personas mayores con demencia senil, entre otros). En uno de los sectores de la clínica donde se encontraban internadas personas ancianas con demencia senil encontramos a Nilda, una enfermera auxiliar que hace dieciocho años se desempeña en el turno noche. El trabajar con personas que padecen demencia senil 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 hasta los últimos días de sus vidas. 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 realizan otro tipo de actividades que configuran su cotidianidad: el almuerzo y actividades colectivas en el espacio del comedor junto a otras personas que se encuentran internadas, la participación en talleres artísticos, entre otras actividades terapéuticas.⁸³ De esta forma, se construye el día a día en la clínica.

Durante el trabajo de campo, pude registrar esta especificidad al entrevistar a Nilda en su lugar de trabajo. Cuando llegué, aproximadamente a las 11pm, estaba terminando de acostar a los pacientes y suministrándoles la medicación. Mientras preparaba a los/as ancianos/as del sector para dormir, también intentaba calmar a uno de ellos, quien se quejaba

⁸³ 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.

y gritaba. Con palabras suaves, ella le decía “ya está, ya está”, mientras terminaba de ponerle la ropa de cama y de cambiar sus pañales. Por un lado, en su práctica, Nilda realizaba acciones estandarizadas propias de las labores de enfermería, es decir sistemáticas para todos los internados en la clínica con horarios más o menos estipulados. Acciones sobre las cuales, como vimos en el apartado anterior, las enfermeras tienen ciertos márgenes de autonomía para fijar los momentos y formas de realizarlas. Pero, por otro lado, la práctica de la enfermería se mueve entre procesos estandarizados y el reconocimiento de las particularidades de las personas internadas, como puede apreciarse en el siguiente registro de campo:

“(…) Si bien es un trabajo que se realiza de noche me dice que ella no se puede dormir, debe permanecer atenta a las demandas de los pacientes, porque se levantan muchas veces durante la noche, para ir al baño o porque padecen insomnio. 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 nuestra charla se escuchaban 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. 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 a 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, duerme eh! Por favor.”- con una voz un poco más elevada, pero que no me sigue pareciendo un reto, sino una orden impartida con un tono de voz calma, que quiere convencer al otro.” (Registro de Campo, Clínica de Salud Mental, febrero 2018)

Como hemos señalado, calmar personas angustiadas mediante la palabra y la contención son acciones que las enfermeras resaltan como propias de su labor de cuidadoras. En ese fragmento del registro de campo podemos observar que en el mismo momento que Nilda realiza las tareas habituales de la noche, como higienizar y acostar a los pacientes, también los contiene y los escucha. En este gesto los reconoce no sólo como un cuerpo

biológico sino como una persona que tiene emociones y sentimientos (dimensiones sobre las que profundizaremos en el Capítulo VI). Interesa señalar que ese reconocimiento implica la movilización de un saber específico basado en el conocimiento del otro, adquirido a través de los largos momentos compartidos. Allí se ponían en juego tanto los años de antigüedad de Nilda en la clínica y en el ejercicio de la enfermería como las particularidades del trabajo con pacientes con patologías de salud mental severas. Ese contacto cotidiano y prolongado permitía forjar un conocimiento mutuo, un vínculo de cierta familiaridad que diferencia a la enfermería de otros grupos laborales. En este sentido, si bien las enfermeras realizan acciones de cuidado que son comunes para todos los internados, también enfatizan el reconocimiento de la particularidad de cada persona, aprender “*sus mañas*”, saber sus historias personales y familiares e incluso, en algunos momentos de la entrevista, referirse a los pacientes como “*abuelos/as*” para visibilizar esa condición particular de los sujetos que cuidan. De esta manera, un elemento importante al momento de describir la cercanía del vínculo construido con los pacientes radica en reforzar no solo las características particulares de la persona en cuestión sino también su condición, en este caso pacientes que se encuentran en una situación de doble vulnerabilidad: son adultos mayores que padecen demencia senil.

En este sentido, algunos fragmentos de las entrevistas realizadas a Laura, pueden iluminar un poco más esta cuestión. Laura es Licenciada en Enfermería y trabaja desde hace más de veinte años en una clínica de salud mental donde hay personas internadas con diversas discapacidades -tanto mentales como motrices-, lo cual hace a los pacientes sumamente dependientes de los cuidados que prestan las enfermeras. Durante nuestros encuentros pude registrar que muchos/as de los pacientes eran presentados por ella a partir del término “*niños/as fundadores/as*”. Esa expresión aludía a las personas internadas en la institución desde su fundación en la década del noventa, es decir pacientes que ingresaron siendo muy jóvenes -prácticamente niños/as- y crecieron allí hasta convertirse en adultos. De esta forma, la cantidad de años en el ejercicio de la enfermería también representaba para Laura el tiempo compartido con muchos de los pacientes internados en la clínica. En el cotidiano, ella se había ocupado de la atención de estas personas durante buena parte de sus vidas y, a la par, el cuidado de esos pacientes representaba gran cantidad de sus años de ejercicio. Rescatar su antigüedad en la institución y la situación de los pacientes, le permitía mostrar la particularidad del vínculo forjado con ellos.

En el siguiente fragmento podemos observar cómo Laura describe esta relación, a partir de relatar la situación que atraviesa una paciente internada en la clínica desde hace más de quince años:

“No hablaba nada nada ella...bueno, ella te conocía con la voz. Voz que no conocía, era como que se alteraba, pero cuando te conocía se ponía tranquila ¡Hay una relación familiar! Se hace ahí, porque vos fijate que yo trabajo con los catorce que están internados allí, ¡están internados hace rato y viven ahí! los 365 días viven ahí... es su casa. Algunos me dicen "mamá", entonces yo les digo -"yo no soy mamá, yo soy Laura ", pero ellas me dicen: -"pero puede ser mi mamá por hoy día", -"Bueno si aceptaré, le digo" (risas)... entonces la pérdida es como que pierdes a un familiar también ¿no?" (Laura, Licenciada en Enfermería, Clínica de Salud Mental, mayo 2019)

Laura afirma que la clínica representa una “*casa*” para muchos de los pacientes que vivencian internaciones prolongadas, en tanto pasan “*todos los días de su vida allí, desde hace años*”. En ese contexto, los roles ocupados en la relación de cuidado enfermera-paciente pueden incorporar otros sentidos asociados al hogar, es decir sentidos vinculados a una relación de tipo familiar-afectiva.

En los relatos y observaciones a Laura y Nilda, vemos que algunos de los pacientes con patologías de salud mental son referenciados como “*niños/as*” o “*abuelos/as*”, en el caso de los adultos mayores. En el testimonio de Laura, se incorporan imaginarios en torno a la maternidad, es decir a un tipo de relación asociada al afecto y a la responsabilidad por el cuidado dentro del hogar. En este sentido, hacer referencia al rol de “*madre*” implica también una presentación de un sí cuidador(a): la figura de la madre personifica a una persona cuidadora y responsable de anticiparse de las necesidades de otros. De esta forma, señalar que el vínculo entre enfermera-paciente puede volverse una “*relación familiar*”, implica reconocer que la dimensión afectiva representa un aspecto que hace específico al trabajo de cuidado. Las enfermeras entonces manifiestan cariño y cercanía con los pacientes, cuestión que se vuelve posible a través de la experiencia cotidiana y prolongada en el tiempo. Los momentos compartidos, el conocimiento de sus historias, el verlos crecer y/o pasar sus últimos años de vida en la misma institución hacen a la construcción de atributos propios de la enfermería. En este sentido, valorar la calidad del vínculo con los pacientes incluso apelando a imaginarios sociales sobre la familia, con el peso simbólico que ese conlleva, también implica una declaración de principios que permite construir una identidad profesional específica y legítima ante los Otros.

Para reforzar la cercanía del vínculo formado con las personas internadas, las enfermeras también remiten a experiencias sensoriales. En el caso de Nilda, la experiencia construida en las muchas noches que ha pasado en el mismo turno y sector le imprime a su práctica un gran componente sensorial. Durante las observaciones participantes registramos que Nilda prestaba atención y clasificaba los sonidos que escuchaba en su sector durante el

turno noche. Aquellos sonidos que le parecían habituales los minimizaba y frente a otros se mostraba más atenta al punto de pausar lo que estaba haciendo para revisar en qué situación se encontraban los pacientes. En el caso de Laura, los años cuidando de una misma paciente también le permitían construir una relación basada en otros sentidos sensoriales, más allá del habla. En la situación a la que hicimos mención, dado que se trataba de una paciente con retraso madurativo que le impide expresarse, la comunicación no verbal asumía un lugar fundamental en su atención. En este sentido, el conocimiento mutuo, permitía que la paciente pueda identificar la voz de Laura, en tanto constituía un sonido familiar que incluso contribuía a “*calmarla*” cuando vivenciaba algún episodio de alteración producto de su condición.

De esta forma, al momento de realizar una presentación y delimitar su estatus profesional, las enfermeras deben mostrar que ocupan un rol específico dentro de las clínicas que no solo está ligado a la atención de la salud según los cánones de la medicina hegemónica, sino que posee características particulares. Esa especificidad se sustenta en la relación de cercanía que construyen en el cotidiano con los pacientes que cuidan. Asimismo, en el cuidado de personas internadas en instituciones de salud mental, que atraviesan trastornos severos – e incluso irreversibles- que los hacen más vulnerables y dependientes de los cuidados, reconocer la indefensión y la dependencia de quienes se encuentran internados permite otorgarle un componente ético a la profesión. Como sostienen Soprano & Rodríguez (2018) un proyecto profesional puede organizarse a partir del énfasis en características distintivas como el altruismo y la ética lo cual implica una declaración de principios que permite construir una identidad profesional específica y legítima ante los Otros. La construcción de respetabilidad de la enfermería se ve reforzada por el tipo de personas que asisten en ese contexto laboral -muchas veces doblemente vulnerables- y el tiempo de acompañamiento que brindan durante la estadía en la clínica, especialmente en servicios donde las internaciones se prolongan durante meses e incluso años. No obstante, en el siguiente apartado veremos que las enfermeras no solo delimitan un perfil profesional específico a partir de establecer diferencias con otros grupos profesionales, sino que, según el caso, también deben dar pruebas de respetabilidad a partir de mostrar que manejan conocimientos científico-técnicos, es decir conocimientos asociados tradicionalmente a profesiones hegemónicas, como la medicina.

5.2.3 “Tenés criterio, tenés conocimiento, podés avalar tu práctica”. Debatir en términos biomédicos: estandarización de prácticas y conocimiento científico

Las enfermeras no solo buscan diferenciarse a partir de reivindicar la particularidad de la enfermería como profesión, sino que también se proyectan hacia los cánones de la medicina para construir respetabilidad sobre sus labores. Dependiendo de la situación y del interlocutor, también se presentan a sí mismas como un grupo con capacidades científico-técnicas, es decir con competencias usualmente asociadas a profesiones consolidadas dentro del sistema de salud (Beliera, 2018). Recordemos que la medicina ha construido criterios profesionales en base a la estandarización de procesos y a la jerarquización de la dimensión biológica del cuerpo humano. En ese marco de relaciones, apelar a dichos conocimientos permite a las enfermeras correrse y/o diferenciarse de aquellos imaginarios que posicionan a la ocupación como un oficio meramente empírico, es decir un trabajo que no requiere de instrucción formal para su ejercicio. A su vez, mostrarse como un grupo que maneja este tipo de habilidades, brinda herramientas para discutir con los profesionales médicos en el cotidiano laboral, especialmente al momento de intercambiar pareceres sobre la atención y/o el tratamiento de pacientes.

De esta forma, si en algunos casos el reconocimiento de la particularidad y la relación de cercanía con las personas internadas son aspectos valorados por las enfermeras, en otros momentos la estandarización de procesos se vuelve un aspecto clave en la presentación de un perfil profesional. Para dar cuenta de esta situación, vamos a recurrir a las entrevistas realizadas a Karina quien se desempeña en el sector de pediatría y neonatología del turno mañana en una clínica privada de la ciudad. Ella ingresó al servicio hace siete años, como enfermera asistencial. Primero lo hizo como “rotante”, es decir cubriendo francos y licencias de otras compañeras, hasta que finalmente fue contratada por tiempo indeterminado. Luego de algunos años en el cuidado directo de pacientes, comenzó a observar con mayor detenimiento las formas en que se utilizaban los insumos descartables, se realizaban los pedidos y se gestionaba la medicación en el sector. A partir de esa observación, realizó una sistematización y posterior evaluación del manejo de dichos recursos y comenzó a realizar pequeñas modificaciones dentro del servicio. Concretamente, incorporó algunos criterios para organizar y racionalizar el uso de insumos y medicamentos. Finalmente, la propuesta que elaboró fue tomada en cuenta por las autoridades de la clínica, quienes le propusieron ocupar un puesto de gestión específico dentro del sector:

“K-Yo empecé como [enfermera] asistencial, el último orejón del tarro... digamos era la que cubría, la que estaba cuando la llamaban, pasé por todos los turnos,

empecé de abajo y como siempre me interesó el tema de prever y la cuestión de la gestión digo... - “¿No se dan cuenta que el tiempo que uno gasta y desgasta en hacer tal o cual cosa se puede hacer de otra manera? Y de a poquito, de a poquito, de a poquito hasta que alguien me vio y me dijo - “¿Te querés encargar de esto? “- listo, sí!”

E- ¿No estaba ese puesto antes?

K- No existía ... y en realidad hice bastante para que me lo dieran, presenté gráficos de torta, cantidad de pacientes que tenían tal o cual patología. Hice como toda una investigación de cuánto se podía ahorrar, los costos-beneficios. Y aparte lo mucho mejor que se podía administrar la medicación porque antes por ahí turno mañana abría la medicación y no le ponía ni día ni rótulo ni nada. Entonces, vos sabés que un frasco que se pincha tiene siete pinchazos y pierde el sello porque es que está contaminado, ¿entendés? y si no sabés cuando se preparó tampoco sabés cuanto tiempo tiene de uso, eso sucedía un montón”. (Karina, Técnica en Enfermería, Clínica Privada, Pediatría y Neonatología, noviembre 2019)

En un día típico de trabajo Karina realiza diversas tareas de gestión y coordinación. Una de las tareas consiste en relevar y cargar en la computadora los datos de todas las personas internadas en el sector; coloca en el pizarrón del *office* nombre, edad⁸⁴, habitación y cama de cada paciente. Karina enfatiza que además de organizar y comunicar la información a las/os trabajadoras/os del sector, escribir el nombre de las personas internadas en el pizarrón contribuye a “*que los médicos y las enfermeras puedan tratarlos por el nombre*”. En este sentido, plantea que es importante contabilizar la cantidad de pacientes y tener en claro sus patologías para así mejorar la gestión de insumos y la medicación solicitada al departamento de farmacia de la clínica. No es lo mismo “*tener el servicio desbordado*” que contar con menos pacientes, afirma. Además de centralizar la información de quienes están internados en el sector, Karina es el “*nexo*” con el departamento de farmacia, es decir día por medio realiza el pedido de insumos y medicamentos según la cantidad y las características de las personas internadas en ese momento (cantidad de gases, jeringas, agujas, antibióticos, etc.). Otra de las funciones que tiene Karina es identificar, ordenar y controlar la cantidad de medicación utilizada diariamente. Es decir, es la encargada de preparar los medicamentos, según las indicaciones brindadas por los/as médicos/as para cada uno de los pacientes, medicación que luego aplican y/o suministran las enfermeras asistenciales. Además, es la responsable de contabilizar y rotular los frascos que se utilizan, no solo para saber la fecha de apertura y su conservación, sino también para evitar malentendidos entre los/as profesionales de los distintos turnos y mejorar su correcta administración y mantenimiento (prevenir la contaminación, etc.)

⁸⁴ La edad de los pacientes pediátricos es importante porque la dosis que se puede suministrar dependerá de esta característica.

Cabe señalar que esta forma de organización no se extiende a todas las áreas y/o servicios de la clínica, sino que representa una particularidad del sector de pediatría que surgió por iniciativa de Karina. La experiencia en el sector, la observación de lo que ocurría cotidianamente sumado a sus conocimientos de farmacología le permitieron sistematizar y evaluar lo que pasaba cotidianamente en el servicio. De esta manera Karina encontró ciertos problemas regulares y planteó soluciones para racionalizar la utilización de insumos y medicación. Los empresarios encontraron que su propuesta contribuía a mejorar la administración de recursos y, por ende, reducía los gastos que demandaba esa compra, razón por la cual crearon un puesto para que desarrolle tareas de gestión en el sector. A su vez, mostrarse como una profesional con saberes específicos le permitió a ella negociar ciertos beneficios laborales con sus empleadores: consiguió una reducción de su horario laboral de ocho a seis horas, la posibilidad de ingresar una hora más tarde y amplió la cantidad de días con licencia por estudio para poder terminar de cursar la Licenciatura en Enfermería. En este marco, estandarizar y racionalizar procesos no sólo mejoró la situación personal de Karina, sino que también contribuyó a la organización del trabajo y a la distribución del trabajo dentro del servicio. Concretamente permitió aliviar las tareas de las enfermeras asistenciales quienes ya no deben encargarse de preparar la medicación, de controlar su utilización y de realizar pedidos al sector de farmacia.

Asimismo, los conocimientos de Karina sobre farmacología ampliaron sus márgenes de autonomía profesional dentro de la clínica. Mostrarse como una enfermera formada en dichos aspectos le permitió tener más injerencia sobre los tratamientos indicados por los/as médicos/as:

"K- Ahora yo me siento referente porque vienen los médicos y me consultan, yo manejo por ejemplo todo lo que son formularios terapéuticos del [Hospital] Garrahan o de otros hospitales. Entonces yo pido cuentas a los médicos cuando "-¿Por qué estás dando esta medicación y no esa otra?" o "-Esta medicación no la suspendieron y la tendrían que haber suspendido" y no me pueden decir "-Vos no sabés nada" porque saben que yo estudio y lo debato con él (...) El otro día, vino el médico y me preguntó "Hay un chico que está con un cólico renal ¿puede seguir con Diclofenaco y Dexametasona?" "-No, tiene dolores, andá con corticoides " le digo. Tener ese lugar de referencia y de consulta para enfermería es un re paso.

E- ¿Y a qué te parece que se debe ese cambio de paradigma o de mentalidad?

K- Y del conocimiento, el conocimiento que se genera, el saber que no sos una planta que estudió técnicas y que solamente tiene que ejecutarlas, sabés, tenés criterio, tenés conocimiento, podés avalar tu práctica, podés negarte incluso." (Karina, Técnica en Enfermería, Clínica Privada, Pediatría y Neonatología, noviembre 2019)

En su narrativa, Karina plantea que, en el cotidiano, además de realizar las tareas de gestión también dedica parte de su tiempo de trabajo a estudiar y capacitarse. Para ello

consulta distintas fuentes de información sobre farmacología pediátrica como, por ejemplo, la información disponible en los formularios terapéuticos del Hospital Garrahan⁸⁵. En ese material de consulta para equipos de salud, se encuentra sistematizada información sobre medicamentos: nombres genéricos y comerciales, grupos de medicamento, acción terapéutica, dosis, vías de administración, efectos adversos, etc. En este sentido Karina enfatiza que la formación permanente y el conocimiento científico le permitieron posicionarse en un lugar de mayor legitimidad ante los profesionales médicos, incluso hasta ser considerada una referente dentro de la clínica. Para poder debatir con los médicos y ser referenciada como una voz autorizada dentro del servicio, Karina tuvo que dar pruebas de su profesionalismo. En este caso, la jerarquización de su figura no fue a través de la experiencia en servicio o al vínculo con los pacientes, sino que implicó demostrar que tenía conocimientos sobre farmacología (dosis máximas y mínimas, reacciones adversas, posibilidad de mezclar o no determinados medicamentos, cambios sugeridos según la sintomatología del paciente, etc.). A su vez, manejar dichos conocimientos le permitió ubicarse en una posición de más igualdad ante los médicos y construir mayores niveles de autonomía en su práctica cotidiana. Incluso el puesto de gestión le otorgaba márgenes para discutir con los profesionales médicos sobre los tratamientos indicados a los pacientes.

La movilización de conocimientos científico-técnicos, adquiridos tanto en espacios formativos como en la práctica cotidiana, permiten entonces que las enfermeras disputen ciertos sentidos atribuidos a su trabajo. Por un lado, al momento de posicionarse frente a otros grupos profesionales presentes en los servicios de salud, especialmente los/as médicos/as, quienes históricamente han construido legitimidad en base a la jerarquización de la mirada biomédica sobre la atención del proceso salud-enfermedad. Por otro lado, apelar a dichos saberes como parte de la formación en enfermería, permite diferenciarse y/o separarse de aquellas representaciones que han catalogado a la ocupación como una tarea de idóneas, desprovista de conocimientos teóricos y en un rol de colaboración/subordinación respecto de la autoridad médica.

De esta forma, si en algunas ocasiones las enfermeras remarcaban como distintivo de su trabajo el reconocimiento de las particularidades de los pacientes y de otras dimensiones del cuidado que hacen a la integralidad de la salud, en otros momentos jerarquizaban las competencias profesionales basadas en conocimientos asociados a la biomedicina. La presentación de un sí-profesional específico puede construirse a partir de

⁸⁵ <https://farmacia.garrahan.gov.ar/Vademecum/Busqueda>

delimitar ciertos sentidos morales o éticos de la ocupación, pero también puede comprender la definición de un repertorio singular de saberes y prácticas técnicas, científicas y/o académicas (Rodríguez & Soprano, 2018). En el trabajo de cuidado en enfermería ambos aspectos no se presentan como mutuamente excluyentes. En un marco de disputas por el reconocimiento profesional de sus labores, las enfermeras deben dar pruebas permanentes de respetabilidad en sus labores, para lo cual apelan a diferentes áreas de la experiencia del trabajo de cuidado en enfermería.

En este marco, una de las formas que tienen las enfermeras para invertir esa posición de subordinación y mostrar que son un grupo que se encarga de otras acciones que van *más allá* de las tareas de cuidado corporal de pacientes es apelar a la formación y a la capacitación permanente -ya sea en espacios de instrucción formal como por cuenta propia-. El testimonio de Marcos, quien es Técnico en Enfermería y trabaja en el área de terapia intensiva de una clínica privada desde hace seis años nos permite evidenciar dicha apelación:

“E- ¿Qué es lo que más te gusta de tu trabajo?”

M- A mí siempre me gustó lo que es emergencias, urgencias y pacientes críticos. Me interesa y me capacito, estudio y durante la pandemia estudié. Ahora sigo estudiando. Cursos, congresos, seminarios, lo que salga. Siento por lo menos yo que aporto un granito de arena para salvar una vida. Lo tomo desde ese lado. Obviamente discuto mucho con el tema de mi profesión, hay gente de la comunidad que piensa que el enfermero solamente pone inyecciones y limpia culos, nada más. Hacemos mucho más que eso. Trato de explicar y enseñar lo que hacemos. Hasta me pasa con compañeros. Con colegas que no les interesa estudiar más y trato de alentar un poco a que estudien y se capaciten para que estén un poco actualizados. Nos pasó el año pasado con la pandemia. Yo tenía colegas que me preguntaban - “¿Y cómo funciona el virus?” Yo decía, - “¿no lees?”, - “¿No te metes en la página mundial de la salud?” Los protocolos de las entidades científicas que sacan de la SATI [Sociedad Argentina de Terapia Intensiva], de la SAE [Sociedad Argentina de Emergencias]...No leían, esperaban a que vos leas, les explicarás.” (Marcos, Técnico en Enfermería, Clínica Privada, Terapia Intensiva, mayo 2021).

Cuando entrevistamos a Marcos durante la pandemia, le preguntamos por aquello que “más le gustaba de su trabajo”: sin dudar él mencionó “*las emergencias, las urgencias y los pacientes críticos*”, cuestión que se condice con el área en la que se desempeña. A su vez, la emergencia sanitaria irrumpió como una situación de excepcionalidad que impulsó otro de los puntos que Marcos resalta como más gratificantes de su experiencia como enfermero: estudiar y capacitarse permanentemente. En este sentido, que el entrevistado apele a enumerar distintos espacios formativos que revisten cierta formalidad -como, por ejemplo, cursos, seminarios y congresos- o bien fuentes de información confiables -es decir publicadas por organismos oficiales- puede ser interpretado como un intento de posicionar

a la enfermería en el campo del conocimiento científico. Para jerarquizar el lugar de la profesión al interior de los espacios de salud, las/os enfermeras/os señalan que dentro de sus competencias están las tareas vinculadas a la higiene corporal de pacientes -y también la “*aplicación de inyecciones*”- pero que esas acciones no representan la única área de intervención de la enfermería. El espectro de prácticas de cuidado que realizan cotidianamente es mucho mayor: “*No solo ponemos inyecciones y limpiamos culos*”, enfatiza con algo de enojo Marcos. En este sentido, en su narrativa, también plantea que busca “*explicar y enseñar todo lo que hace*” un enfermero en una jornada de trabajo típica y “*todo lo que se hace y se puede hacer*” desde la profesión, es decir transmitir a Otros -y también a sus propios/as compañeras/os- el amplio campo de intervención que posee la enfermería (por ejemplo, la investigación, la coordinación, la docencia, etc.).

De esta forma, “*estudiar*”, “*formarse*” (ya sea a través de espacios formales, capacitaciones, cursos, lecturas, búsqueda de información a través de fuentes confiables, etc.) constituyen aspectos que abonan al reconocimiento del estatus profesional de la enfermería dentro los equipos de salud. Reconocimiento que no solo se pone en juego ante la mirada de Otros externos sino también hacia el interior del propio grupo. En un contexto de emergencia sanitaria, “*leer*”, “*capacitarse*” también representan formas de adquirir conocimiento científico y, por ende, contar con mayores herramientas para conocer el comportamiento del virus y los protocolos de seguridad. En este sentido, como vimos en el Capítulo III, dicho conocimiento permitió la construcción de acciones destinadas a protegerse y proteger a otros de posibles contagios. No debemos perder de vista que el debate en torno a los problemas de formación del personal de enfermería adquirió más visibilidad pública durante la pandemia, cuando se hizo evidente la necesidad de contar con mayor cantidad de trabajadores/as especializados en cuidados críticos y cuadros respiratorios. Situación que se solapaba con el déficit histórico en la cantidad y la calidad de la formación de la enfermería, en relación con la cantidad de médicos/as y a la población de nuestro país, como vimos en el Capítulo I. El desconocimiento inicial respecto de las características del virus, de la implementación de nuevos protocolos y de las modificaciones que se suscitaban conforme avanzaba la pandemia representaron enormes desafíos para los/as trabajadores/as de la salud, desafíos que necesitaban de una actualización permanente en términos formativos.

5.3 Conclusiones parciales

En este capítulo analizamos la *multidimensionalidad* del trabajo de cuidado en enfermería a partir de indagar cómo la relación con Otros significativos constituye un aspecto fundamental en el proceso de construcción de un perfil profesional específico de la enfermería. Principalmente nos referimos a los juicios que emiten los/as profesionales médicos, los pacientes y sus familiares y también otras colegas y/o compañeras de trabajo. En este sentido, señalamos que las restricciones que impone el modelo médico hegemónico (Menéndez, 1990) y el inacabado proceso de profesionalización de la enfermería resultan elementos centrales para comprender muchos de los aspectos que hacen a la experiencia específica de este grupo. Puntualmente nos referimos al carácter originariamente empírico de la ocupación, a su reducción a habilidades prácticas que no requieren instrucción formal, a las representaciones que asocian las tareas de cuidado en enfermería sólo con la higiene y la limpieza corporal de pacientes y a la subordinación histórica que ha experimentado la enfermería respecto de la medicina (cuestiones que señalamos en el Capítulo 1 como legados históricos de la profesión).

En el primer apartado, nos centramos en la discusión sobre el prestigio de las tareas de enfermería haciendo hincapié en aquellas labores que pueden ser catalogadas como “trabajos sucios” (Hughes, 1962, 1971) y que implican el contacto con el universo íntimo del paciente. Señalamos que, en nuestras sociedades, ese tipo de tareas lidian con dimensiones tabúes de la experiencia humana -como lo impuro, la suciedad o la esfera privada- y, por lo tanto, la relación entre visibilidad/invisibilidad debe analizarse de forma situada. En este sentido, gran parte del trabajo de enfermería consiste en saber disimular “las cosas fuera de lugar”, es decir reorientarlas de lo público hacia lo privado (Balzano, 2012) a partir de movilizar una serie de “habilidades discretas” (Molinier, 2012). Por esta razón, en ocasiones, la opacidad de las tareas que realizan las enfermeras se vuelve un aspecto valorable de su trabajo. Que ciertas tareas se vuelvan visibles ante la mirada de otros profesionales que supervisan el trabajo -como los médicos y/u otras compañeras- era experimentado por las enfermeras como una crítica o un cuestionamiento a su trabajo y, en particular, a la responsabilidad que muestran para con los pacientes.

Asimismo, argumentamos que muchas veces son las propias enfermeras quienes se resisten o buscan diferenciarse de aquellas representaciones que reducen el trabajo de enfermería a una serie de prácticas de higiene y cuidado corporal, en tanto invisibilizan la formación y otros campos de intervención que posee la profesión. Sin embargo, también

encontramos que para delimitar un estatus específico las enfermeras debían mostrar la importancia que poseen este tipo de tareas de cuidado. Las enfermeras se deben mantener entonces en el equilibrio entre hacer visibles e invisibles sus intervenciones sobre los pacientes, para tematizar estos aspectos del trabajo como un objeto del dominio específico de la enfermería (Malleville & Beliera, 2021). En este sentido, las enfermeras se presentaban como las responsables de llevar a cabo acciones que, pese a contar con menor prestigio social, son centrales para el día a día de las personas internadas. De esta forma, dar muestras de reconocimiento y respeto por quienes atraviesan situaciones de gran vulnerabilidad y dependencia resulta un aspecto central a la hora de reafirmar el valor de su profesión.

En el segundo apartado, argumentamos que las enfermeras construyen procesos de identificación a partir de establecer comparaciones y distinciones respecto de otras profesiones prestigiosas dentro del ámbito de la salud, como la medicina. De esta forma, vimos como las enfermeras construían un lugar legítimo de intervención a partir de elaborar una presentación de sí que rescataba la especificidad de la relación enfermera-paciente. En este punto, uno de los elementos que mostraban como distintivo de su experiencia profesional era el tiempo compartido con las personas internadas, aspecto que les permitía construir una relación de mayor cercanía y conocimiento mutuo. El reconocimiento de la particularidad de cada paciente y de otras dimensiones del cuidado de la salud que iban más allá de las intervenciones científico-técnicas sobre el cuerpo biológico les permitía diferenciarse de los profesionales médicos y delimitar un rol específico de la enfermería.

Ahora bien, también registramos que, si en algunos escenarios las enfermeras buscaban diferenciarse de otros grupos profesionales, en otros momentos se proyectaban hacia los cánones de la medicina para construir respetabilidad sobre sus labores. Dependiendo de la situación y del interlocutor, las enfermeras se presentaban a sí mismas como un grupo con capacidades científico-técnicas, es decir con competencias usualmente asociadas a profesiones consolidadas dentro del sistema de salud (Beliera, 2018). Para las enfermeras, apelar a conocimientos biomédicos y/o a la estandarización de prácticas permitía, por un lado, diferenciarse de los imaginarios que colocaban a la ocupación en el ámbito del saber práctico o empírico, es decir como un trabajo que no requiere instrucción formal para su ejercicio. Por otro lado, reconocerse como un grupo que podía realizar acciones de gestión, estandarización e investigación no solo posibilitaba la presentación de sí como un grupo que maneja conocimientos científico-técnicos, sino también permitía ampliar sus márgenes de autonomía y debatir con los profesionales médicos sobre la atención de pacientes.

En ese sentido, las enfermeras deben mantenerse en un equilibrio respecto de sus labores cotidianas y al momento de construir un lugar legítimo de intervención profesional. Es decir, según el interlocutor y la situación específica, las trabajadoras de enfermería realizan esfuerzos, por un lado, para jerarquizar ciertos aspectos de la práctica de cuidado o bien diferenciarse de los juicios y las representaciones que recaen sobre esas tareas y, por otro, mostrar y/u ocultar determinados aspectos de su trabajo, especialmente en lo que concierne a intervenciones con pacientes. Es decir, muchas de las dimensiones del trabajo de enfermería que, en un principio, pueden presentarse como contradictorias y/o en tensión, en el cotidiano conviven y dejan *huellas* que hacen a la construcción de una experiencia profesional específica en un marco de relaciones con Otros significativos. De esta forma, en la delimitación de un perfil de la enfermería se actualizan discusiones sobre el propio proceso de profesionalización de la ocupación. Las enfermeras habitan, invierten y discuten con esa posición de subalternidad en la que históricamente se las ha colocado y a partir de allí reafirman un lugar legítimo de intervención. Esa posición de subordinación dentro de las profesiones de salud y el escaso prestigio social de las labores de cuidado que realizan representan legados que se reactualizan en el presente y que cobran un lugar central en la presentación de la enfermería como un grupo profesional específico orientado al cuidado de la salud de Otros.

Capítulo 6 – Sentimiento, emociones y afectos. La construcción de una “comunidad de sensibilidad” en el trabajo de cuidado de Otro

En el capítulo anterior indagamos las acciones y los esfuerzos que realizan las enfermeras para construir un perfil profesional específico. Señalamos que las representaciones sobre las tareas de cuidado y los juicios que emiten otros significativos resultan fundamentales para comprender muchas de las dimensiones que hacen a la experiencia profesional de este grupo. En este marco, también mostramos que reconocer y gestionar las emociones durante el proceso de atención de pacientes eran acciones importantes, en tanto permitían establecer distinciones entre el trabajo de cuidado que realizan las enfermeras y otros grupos laborales presentes en las clínicas.

Retomando este punto, a continuación, profundizaremos en otra dimensión que, consideramos, hace a la *multidimensionalidad* de la experiencia de trabajo en enfermería: los sentimientos. Argumentaremos pues que los afectos y las emociones⁸⁶ resultan aspectos estructurantes de la práctica de cuidado de Otro. Es decir, las tareas que realizan las enfermeras en los servicios de internación implican el contacto cotidiano con la vida y la muerte y, por ende, con los sentimientos que estas experiencias sensibles despiertan (alegría, tristeza, dolor, temor, incertidumbre, etc.). Por esta razón, en la práctica de cuidado cotidiana, las enfermeras movilizan un fuerte componente de “trabajo emocional” (Hochschild, 2008). El registro de la sensibilidad resulta entonces un aspecto central al momento de cuidar la salud de las personas internadas. Concretamente, las labores de enfermería suponen el manejo de las emociones de Otros para lograr transformar y/o producir estados emotivos que contribuyan al bienestar de las personas. Pero para poder incidir en esas emociones, las enfermeras no solo deben manejar los sentimientos expresados *hacia y para con* esas otras personas, sino que también deben tramitar sus propias emociones, es decir elaborar todo eso que les pasa cuando se enfrentan a situaciones que pueden afectarlas subjetivamente, tanto de forma negativa como positiva. De esta forma, en

⁸⁶ Si bien no desconocemos que existen debates en torno a la forma de conceptualizar y establecer distinciones entre los afectos, las emociones y los sentimientos, siguiendo a Alí & Enciso Domínguez (2013) referiremos a ellos de forma indistinta. En tanto la pregunta por los sentimientos constituye una herramienta analítica que nos permitirá comprender el lugar de la experiencia sensible en una actividad específica como es el trabajo de cuidado en enfermería. En este sentido, no nos interesa definir, ni caracterizar qué es la emoción, el sentimiento o el afecto sino abordarlos como insumos para analizar otras de las dimensiones que hacen a la *multidimensionalidad* de este trabajo.

el cotidiano, realizan importantes esfuerzos emocionales para manejar sus sentimientos y así volverlos apropiados o adecuados a lo que se espera de un profesional de la salud en un espacio de trabajo concreto como es la clínica.

En términos teóricos, además de los valiosos aportes de Arlie Russell Hochschild (1979; 2008) en este capítulo resulta interesante incorporar otras aproximaciones que han problematizado el lugar de las emociones en el análisis de lo social. Puntualmente, nos referimos a la perspectiva del cuidado adoptada por Patricia Paperman (2019). Esta autora sostiene que los sentimientos no deben ser tratados como categorías “aparte”, sino como una modalidad, como una conducta que debe conectarse con las actividades prácticas en las cuales cobran sentido y efecto. Realizar un análisis situado de los sentimientos supone reconocer su carácter moral y social, es decir comprenderlos en el marco de las relaciones en las cuales están presentes y de las cuales no pueden ser disociados. En una sintonía similar, las lecturas del giro afectivo, señalan que cuando hablamos de emociones no solo hablamos de las emociones en sí mismas, sino que su análisis permite describir experiencias, explicar conductas y relaciones, en tanto tienen la potencia de movilizar o paralizar a los sujetos (Ahmed, 2015). Realizar un análisis sociológico de los sentimientos implica pensar las emociones en un campo de relaciones, es decir vinculadas a las prácticas concretas a las que alude (Sirimarco & Spivak L’Hoste, 2018).

En estas páginas nos aproximaremos al estudio de las emociones y los sentimientos no de forma abstracta sino como insumo más para comprender la *multidimensionalidad* del trabajo de cuidado, en este caso a partir de analizar las experiencias sensibles de las enfermeras. Sin embargo, no debemos perder de vista que, como han señalado los estudios feministas sobre la clase (Arruzza, 2010; Federici, 2018), el componente emocional ha sido utilizado para justificar situaciones de precariedad laboral y el escaso reconocimiento – material y simbólico– de las tareas de cuidado dentro de nuestras sociedades. Es decir, históricamente, este tipo de trabajos fueron asociados a cualidades supuestamente femeninas, como el amor y la entrega, cuestión que abonó a la invisibilización de las competencias y los esfuerzos necesarios para su ejercicio (Esquivel, 2011; Amaya Guerrero, 2019; Aguilar, 2019).

El capítulo se estructura de la siguiente forma, en el primer apartado nos centraremos en episodios del trabajo cotidiano de las enfermeras que pueden dar lugar a sentimientos como la tristeza y el dolor. Para ello analizaremos de qué forma las enfermeras elaboran y gestionan las emociones propias y ajenas. Allí será clave registrar los procesos de aprendizaje que se dan en el marco de la socialización profesional y grupal. En segundo

lugar, abordaremos los sentimientos que emergieron durante el trabajo en pandemia. Indagaremos en las estrategias y negociaciones que construyeron para procesar sensaciones contradictorias como el temor, la incertidumbre y la culpa. En el tercer apartado nos abocaremos al análisis de experiencias afectivas vinculadas al amor -en tanto acto de entrega con cierta connotación altruista- para referirnos tanto a las relaciones que establecen con los pacientes que cuidan y, en términos más amplios, respecto de la enfermería como profesión. Argumentaremos que en esas experiencias sensibles se ponen en juego compromisos personales-subjetivos que, a la vez, serán exigidos y evaluados a partir de determinadas reglas del oficio. Finalmente, sistematizaremos una serie de conclusiones parciales para este último capítulo de la tesis que abonan a la idea de la *multidimensionalidad* del trabajo de enfermería.

6.1 La muerte de un paciente: elaborar el dolor y la tristeza

*“E- ¿Hubo algún episodio que digas “esto me marcó”?
N- Sí tengo tres recuerdos, pero el que más que me impactó fue la primera vez que vi a una mamá que murió el nene en Neo [neonatología]. Su llanto, sus gritos y es como que esto lo recuerdo y me sensibiliza porque es lo más desgarrador que hay la muerte del hijo al nacer...” (Natalia, Licenciada en Enfermería, Supervisora de Área, diciembre 2020)*

La muerte constituye un tipo peculiar de suceso que, en sociedades occidentales como la nuestra, suele estar asociado al sentimiento de dolor y tristeza. En nuestro caso, el análisis de las implicancias que tiene esta experiencia sensible no busca registrar la dimensión familiar-afectiva del vínculo, sino el rol que ocupan las emociones asociadas a este tipo de eventos cuando se dan en un contexto laboral. En este sentido, si bien el fallecimiento de un paciente representa un evento posible dentro de los espacios hospitalarios, su abordaje no deja de tener un gran componente emocional en tanto posee la potencialidad de afectar a quienes trabajan. Cuando en las entrevistas le consultamos a las enfermeras por “algún episodio” que las haya “marcado”, los recuerdos en torno a la muerte de algún paciente suelen condensar ese momento disruptivo en tanto constituyen una *huella* o marca en sus trayectorias profesionales. Como sostiene Natalia, incluso muchos años después, recuerda el llanto “*desgarrador*” de una madre que experimentó el fallecimiento de su hijo pocos minutos después de su nacimiento.

El contacto con situaciones límites representa una experiencia extendida para muchas enfermeras, pero dichas situaciones asumen ciertas particularidades según el servicio donde se desempeñan, las características de las personas internadas, el tipo de vínculo construido con los pacientes y sus familias, entre otras cuestiones. No nos interesa analizar de forma

abstracta las emociones que vivencian las enfermeras ante la muerte de un paciente, sino indagar cómo esas emociones son utilizadas para delimitar ciertos atributos de la profesión. Nos preguntamos entonces ¿qué consecuencias tienen esas vivencias en la experiencia profesional? ¿de qué manera el manejo de las emociones vinculadas al dolor y la tristeza se vuelve una dimensión central del trabajo de cuidado en enfermería? Para abordar estas preguntas analizaremos eventos de nuestro trabajo de campo donde las enfermeras narran el fallecimiento de algún paciente. Nos centramos en servicios donde las características de las personas internadas hacen que sean aún más dependientes de los cuidados brindados por las enfermeras, hablamos específicamente de niños/as y personas con trastornos de salud mental.

6.1.1 “*Que ese nene vea otra cosa que no sea esa tristeza*”: aprender a desdramatizar el dolor

Para comprender en mayor profundidad experiencias sensibles vinculadas al fallecimiento de un paciente podemos adentrarnos nuevamente en el relato de Karina, quien durante la mayor parte de su trayectoria se desempeñó en el servicio de pediatría de distintas clínicas privadas de La Plata. Durante la entrevista, recorrimos distintos aspectos de su trabajo y también de su vida personal y familiar. Luego de un tiempo de conversación, pregunté si recordaba algún episodio significativo en su carrera profesional, y sin pensarlo demasiado, ella comenzó a relatar las sensaciones que despertó el primer contacto con un paciente oncológico en el sector de pediatría:

“Cosas que me marcaron fue la primera vez que atendí un pacientito oncológico... no podía entrar a la habitación, el olor a muerte, es un olor muy particular... estaba en una instancia tremenda, estábamos esperando viste... [en el proceso de fin de vida] Yo la verdad que tenía un equipo muy bueno, mi coordinadora era una persona de referencia, se llama Blanca, es genial, y yo me acuerdo que un día me puse a llorar y le dije –“Por favor no me manden a esa pieza ¡por favor!” y entonces me dijo -“Mira la única persona que entra ahí en esa habitación somos nosotras, acá hay una tristeza infinita” dice, -“Pero la oportunidad de que ese nene vea otra cosa que no sea esa tristeza es a partir de vernos a nosotras, acompañame ... y vamos” [imita la voz de Blanca]–“Hola Nicolás como andás, y que se yo”... Empezó a hacer unos juegos y el nene se rió... A mí se me ponía la piel de gallina de ver toda esa situación, viste, como desdramatizar... Entonces ahí enfoqué los barcos y dije: -“Vamos a hacer una juegoteca, vamos a invitar a los nenes que estén sanos”, había chicos que estaban con algo traumatológico, algo que no podían complicar nada, a compartir con el nene, llevamos tempera, hicimos un libro de cuentos, fue como dar vuelta la cabeza. Y nada, “se fue” [en referencia a que falleció] de otra manera, y a mí me dejó eso...” (Karina, Técnica en Enfermería, Clínica Privada, Pediatría y Neonatología, noviembre 2019).

Los primeros encuentros con la enfermedad y la muerte, en especial en pacientes que transitan cuadros de gravedad que resultan irreversibles, pueden resultar experiencias laborales significativas. En el caso de Karina, atender por primera vez a un paciente pediátrico que transitaba una enfermedad oncológica supuso un enorme desafío. Para materializar y así transmitir esa vivencia, Karina apela a una descripción detallada de la situación: refiere a gestos, como el llanto o la “*piel de gallina*”; recorre también a otras sensaciones como el olor que sintió al ingresar a la habitación, etc. La descripción entonces permite contextualizar las sensaciones que experimentó, en tanto las emociones funcionan sobre la base de la confianza en que cierta expresión (por ejemplo, llorar) corresponde a una determinada gama de experiencias interiores que se desean comunicar (por ejemplo, la tristeza, el dolor, la angustia). En el intercambio social, la elaboración de las emociones es representada mediante gestos concretos (Hochschild, 2008).

Pese a que el episodio transcurrió durante sus primeros años de carrera, Karina recuerda esa experiencia sensitiva vívidamente, al punto de señalarlo como un hecho que marcó su trayectoria profesional. En su relato, además de describir esa experiencia señala que esos sentimientos que sintió fueron transformándose, pasando por distintas etapas que la llevaron a reflexionar sobre su rol como enfermera y, en términos más amplios, sobre qué tipo de tareas son constitutivas de la práctica de cuidado de la salud. Como sostiene Hochschild (2008), cuando una persona experimenta situaciones de gran carga afectiva es consciente de las discrepancias entre:

“lo que siente en realidad y lo que quiere sentir (proceso que, a su vez, resulta afectado por lo que uno cree que debería sentir en tal situación). En respuesta, el individuo puede tratar de eliminar la discrepancia elaborando los sentimientos. Tanto la sensación de discrepancia como la respuesta a ella pueden variar con el tiempo” (Hochschild, 2008:142)

El acto de elaboración de una emoción, por ejemplo, para invertir un sentimiento específico puede darse en poco tiempo o bien requerir un gran esfuerzo temporal. No es fácil manejar las emociones, aun cuando estas respondan a un contexto laboral, es necesario un arduo proceso que, como veremos, implica aprendizaje. En nuestro caso, Karina señala que en un primer momento sintió gran angustia al conocer la gravedad de la situación que debía atender. El contacto entre ella y el paciente comenzó cuando el tratamiento médico había llegado a su etapa final y el estado avanzado del cuadro solo podía derivar en el fallecimiento, más o menos pronto, del niño, por lo que “*solo quedaba esperar*”. Ese primer

encuentro con un “*pacientito*” oncológico, como ella lo llama, derivó en una crisis de llanto y en la sensación de querer abandonar el puesto de trabajo.

En su narración, además de reponer la tristeza que supuso ese primer encuentro con un paciente oncológico, es interesante observar cómo la muerte es representada a partir de otros sentidos del cuerpo humano, que exceden a lo que se ve, se escucha o se toca. En este caso, resalta un olor “*muy particular*”, “*el olor a muerte*”, es decir una sensación que se percibe con el sentido del olfato y que resulta difícil de transmitir a quienes no presenciaron experiencias similares. Apelar a esos otros sentidos, también permite representar aquello que excede al discurso oral y a la capacidad de poner en palabras el costado físicamente expresado de esa vivencia (Sirimarco & Spivak L’Hoste, 2018). En este caso, permite expresar la potencia de aquello que sintió al conocer el cuadro de ese niño, sentimiento que incluso le impedía ingresar a la habitación para realizar otras tareas asistenciales.

Sin embargo, más allá de las primeras sensaciones, Karina recuerda ese episodio cargado de “*tristeza*” como un evento que la “*marcó*” profesionalmente, en tanto le permitió comprender la importancia que poseen las tareas de cuidado que realizan las enfermeras. Puntualmente, en el caso de pacientes que atraviesan la fase final de una enfermedad oncológica, el tratamiento médico sobre el cuerpo físico se reduce a intervenciones mínimas y cobran jerarquía otro tipo de cuidados: el acompañamiento, tanto de la persona como de sus familiares; la preparación para afrontar el desenlace; la reducción del dolor, etc.⁸⁷ En ese contexto, las enfermeras señalan el rol fundamental que poseen las tareas de cuidado: resaltan la “*oportunidad*” que representa compartir mucho tiempo con los pacientes y también con sus familias. Esta particularidad posibilita un mayor conocimiento del proceso de internación y habilita la elaboración de otro tipo de cuidados sobre la salud, orientados a “*acompañar*” y, de alguna forma, incidir en el estado emocional de los pacientes que atraviesan estados emocionales cargados de “*tristeza*”. De esta forma, si bien continúan efectuando tareas de cuidado estandarizadas -como el control de signos vitales, el suministro de medicación, el mantenimiento de la higiene y el confort-, Karina resalta que, en los últimos momentos de la vida, son otros los aspectos de la práctica de cuidado que adquieren

⁸⁷ Es decir, una serie de tareas que pueden pensarse dentro de lo que se conoce como “cuidados paliativos”. El Programa Nacional de Cuidados Paliativos plantea: “Los cuidados paliativos son la asistencia activa, holística, de personas de todas las edades con sufrimiento severo relacionado con la salud, debido a una enfermedad grave con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los pacientes, sus familias y sus cuidadores. Suponen la atención de las personas en su integridad biológica, psicosocial y espiritual a lo largo de todas las fases de la enfermedad oncológica: desde la prevención y el diagnóstico hasta el tratamiento de los síntomas, comprendiendo también los cuidados del final de la vida”. <https://www.argentina.gob.ar/salud/instituto-nacional-del-cancer/institucional/programa-paliativos>

mayor relevancia. La posibilidad de “*desdramatizar*” y, por ende, transformar o generar ciertas emociones en las personas, constituyen dimensiones fundamentales del trabajo de cuidado que realizan y exceden a las intervenciones biológicas sobre el cuerpo humano.

En el caso de Karina, realizar acciones que revaloricen lo lúdico (por ejemplo, creando una juegoteca), fomentar el arte (a través de la pintura, la lectura, etc.) y los vínculos entre los/as niños/as internados, más allá de sus patologías específicas, permitieron configurar esos sentimientos. Esa elaboración no sólo permitió invertir sus primeras sensaciones, sino que también habilitó otras formas de pensar la atención y el cuidado y, por ende, otra manera de posicionarse ante experiencias que poseen una enorme carga emocional, pero que también forman -y formarán- parte de su trabajo cotidiano. Durante el trabajo de campo en el servicio de pediatría donde se desempeña Karina actualmente, pude observar cómo prácticas vinculadas al juego y al arte aún eran impulsadas por ella y sus compañeras. Por ejemplo, durante los meses previos a la navidad del año 2018, realizaron una chimenea con regalos a partir de una estructura de cartón que fue pintada y decorada con luces navideñas que simulaban el fuego en su interior. Para la noche de reyes, dibujaron y pintaron un paño de tela con la imagen de los reyes magos y pusieron pasto y agua para recibirlos⁸⁸. Como la institución no aporta recursos económicos para esas iniciativas, las enfermeras se encargan de comprar los materiales de decoración y también de conseguir lápices de colores u otros artículos de librería para que los/as niños/as dibujen durante el periodo de internación.

De esta forma, podemos observar que episodios que inicialmente despiertan emociones dolorosas o tristes también pueden impulsar a que los sujetos accionen, tomen posición y/o inviertan cierto orden establecido. La positividad o negatividad de determinados sentimientos entonces no pueden definirse de antemano, sino que, en última instancia, la clasificación recae en la posibilidad de aumentar u obstaculizar la capacidad de actuar y de pensar las circunstancias de la afección (Losiggio, 2017). Situar el manejo de las emociones, tanto propias como ajenas, en el campo de competencias específicas de la enfermería le permitió a Karina resignificar un episodio doloroso de su trabajo y transformar la angustia inicial en acción, en tanto la gestión de las emociones pasó a formar parte de su intervención como profesional.

⁸⁸ En el marco de las conversaciones que tuve mientras realizaba las observaciones, las enfermeras del sector de pediatría me mostraron fotos -guardadas en sus celulares- de la decoración que habían colocado en el lugar. Me llamó la atención el tamaño que tenían esas producciones -eran grandes estructuras realizadas en cartón-, el nivel de detalle de cada una de ellas, es decir no era un trabajo “de un día para otro” sino que podía apreciarse el tiempo y el esfuerzo dedicado.

A su vez, desdramatizar situaciones complejas, acompañar a las personas internadas y a sus familiares, jerarquizar las necesidades de juego y los vínculos interpersonales por sobre la condición de paciente, no representan vivencias individuales, sino que son tematizadas por las enfermeras como una dimensión central de su trabajo al punto que hace a la especificidad de la práctica de cuidado de la salud. La posibilidad de resignificar un episodio de gran tristeza y otorgarle potencial político, es decir transformarse en un campo de acción, es producto de la socialización profesional de las enfermeras dentro de los espacios de trabajo en salud. Es decir, su delimitación como un aspecto constitutivo del trabajo de cuidado no es natural ni deviene de un recorrido individual, sino que es posible mediante un proceso de aprendizaje compartido y orientado por otras compañeras, en este caso colegas con más experiencia en el servicio.

Las enfermeras aprenden, en un marco de relaciones específicas, a elaborar una emoción o un sentimiento, lo cual implica un esfuerzo para que se produzca un cambio en el grado o en la calidad de la emoción. Los intentos y las acciones que efectivamente realizan para modificar esas primeras sensaciones -como la tristeza, el dolor- implican una posición activa frente al sentimiento en tanto no se buscan evitar ciertas emociones sino configurarlas, para así tratar de matizarlas o transformarlas (Hochschild, 2008). De esta forma, si bien el trabajo *con* y *sobre* las emociones suele naturalizarse como una condición femenina y, por ello, desprovista de formación y conocimientos específicos, observamos cómo esas habilidades son construidas social y profesionalmente e implican una posición activa de los sujetos. Ello permite construir recursos que ayudan a enfrentar al desgaste emocional vinculado a las exigencias laborales.

6.1.2 “*Yo no podía llorar*”: elaborar la tristeza ante la pérdida de un paciente

Otro aspecto que las enfermeras resaltan como importante para abordar situaciones de gran carga emocional es el reconocimiento sobre sus labores y la formación técnica-profesional. Allí se entrelazan dimensiones que hacen a la experiencia en servicio, a las relaciones con los pacientes y sus familias como así también a la instrucción formal y a la jerarquización de ciertos conocimientos y competencias técnicas que deben poseer las enfermeras. Para comprender en profundidad esta cuestión podemos adentrarnos nuevamente en el relato de Laura. Como señalamos en el capítulo anterior, Laura se desempeña desde hace más de diez años en el turno noche de una clínica de salud mental especializada en discapacidades motrices y mentales. Su trabajo consiste en el cuidado de

los pacientes internados de forma permanente quienes transitan distintas patologías (retraso mental profundo, severo y leve; psicosis, esquizofrenia, etc.).

Al momento de iniciar la entrevista, Laura comienza explicitando la situación crítica que atraviesa la clínica donde trabaja. En 2018, la institución ingresó a “*concurso de acreedores*”, lo cual se tradujo en problemas concretos para las trabajadoras: atraso o pago fraccionado de sueldos, suspensión de bonificaciones, reducción de la cantidad de personal, limitación de otras actividades terapéuticas. Si bien la narración de Laura comienza por enumerar una serie de problemas en sus condiciones laborales, rápidamente el relato deriva en una reflexión sobre la imposibilidad de, bajo esas condiciones, brindar un “*servicio de calidad*” para los pacientes. En ese marco, y luego de hacer una breve pausa, Laura describe el episodio que vivió hace tres años atrás con una de las pacientes internadas de forma permanente en su sector. La mujer en cuestión tenía 35 años y estaba allí desde que se fundó la institución:

“Un día estábamos de guardia. Eran como las tres de la mañana y comenzó a moverse la cama, esta “niña” estaba desde los 15 años más o menos, a los 35 falleció... El establecimiento tiene 36 años más o menos y los niños... hay niños fundadores... [se detiene, piensa en la palabra que] ¡Niños les digo yo! pero no son niños...ya son adultos. Ella estaba durmiendo y de pronto comenzó a convulsionar, era una chica epiléptica, con retraso mental profundo y a la vez tenía cuadriplejia (...) Fue triste ese día porque entró en un paro y yo le realicé... le hice RCP [Reanimación Cardio Pulmonar]. Ella volvió, vino la ambulancia y fue trasladada, pero a las 10 de la mañana de ese día falleció (...) Los padres quedaron re mal, a mí me da pena por ellos... yo no los quería ni ver, pero hay un sentimiento de que yo hice todo lo que estaba a mi alcance. Ellos me agradecieron, el padre me dijo - "Laura, gracias porque pude despedirme de ella".” (Laura, Licenciada en Enfermería, Clínica de Salud Mental, mayo 2019)

La partida de esa paciente no representó un evento más en la experiencia profesional de Laura sino un hecho que marcó su trayectoria como enfermera. Conocerla desde muy joven, relacionarse con sus padres, son aspectos que hacen que un evento con un gran componente emocional, como la muerte, adquiera mayor potencia afectiva debido a la construcción de una relación de cercanía, casi “*familiar*”, basada en todos esos años compartidos (cuestión sobre la que profundizamos en el Capítulo V). En la narración observamos que la tristeza que despertó inicialmente la muerte de la paciente pudo tramitarse a partir de jerarquizar las necesidades de Otros: por un lado, de la paciente, cuyo estado de salud era muy frágil debido a que sufría, desde hace años, distintas patologías que la hacían totalmente dependiente (epilepsia, retraso mental profundo, cuadriplejia). Por otro lado, pudo revertir ese sentimiento negativo a partir de la gratificación que mostraron los padres

de la paciente hacia su trabajo. En ese agradecimiento, no solo se remarca el rol que ella ocupó durante todos los años de internación de la paciente sino también su accionar en ese momento crítico que finalmente derivó en el fallecimiento. Sentir satisfacción por el trabajo realizado, incluso en contextos dolorosos, también radica en la posibilidad de recibir muestras de gratificación y reconocimiento tanto de los pacientes como de su entorno cercano.

Además de valorar el lugar que posee el reconocimiento del trabajo realizado al momento de tramitar episodios de gran carga emocional, Laura también menciona el rol que poseen los conocimientos específicos, en este caso vinculados a las técnicas de reanimación cardiopulmonar:

“Nosotras nos poníamos a pensar con mis compañeras -"Imaginate si me toca a mí, yo no soy enfermera, ¿qué hago? ... hasta que venga la ambulancia hubiera fallecido". Mi compañera entró a la clínica como mucama y ascendió ahí conmigo, pero ella tuvo que aprender RCP en ese momento. Se puso nerviosa, yo le decía: - "¡Llamame a la ambulancia ya-ya!" ¡Qué sensación! Mi corazón explotaba, no lo sentí en el momento, pero cuando vi que a la nena se la llevaban ¡me tocó y era un corazón que explotaba! taquicardia tenía. Y lo peor de todo que yo no podía llorar en esa situación porque yo veía que todo el mundo lloraba, mi compañera lloraba porque se puso re mal, pero yo le decía -"Hiciste bien las cosas, lo hiciste..." Bueno esa fue la situación que a mí me tocó vivir. Y como te digo, he luchado para que se den capacitaciones, por ejemplo, de RCP, pero nunca conseguí respuesta del establecimiento, de la dirección. Por eso te digo... más allá está sostenido por los trabajadores porque entre nosotras nos enseñamos. Tengo una pizarra donde pongo la técnica de RCP, la técnica cómo realizarlo, pero ellas [en referencia a sus compañeras de trabajo] quisieron tener el muñeco para poder hacer las compresiones... pero no, no hay eso". (Laura, Licenciada en Enfermería, Clínica de Salud Mental, mayo 2019)

En su narración, Laura sostiene que, pese a que no se desempeña en un área crítica, la capacitación permanente (por ejemplo, en maniobras de emergencia) otorga herramientas concretas para el ejercicio de la enfermería. En este caso, saber cómo se realiza una técnica de reanimación cardiopulmonar le permitió intervenir rápidamente ante la descompensación, acelerar el tiempo de respuesta y aumentar las posibilidades de supervivencia de la paciente. A su vez, el manejo de conocimientos técnicos específicos también constituye un elemento de distinción dentro del propio grupo de enfermeras. Al describir los pormenores de su accionar, Laura reafirma su condición de Licenciada en Enfermería, las capacitaciones realizadas a lo largo de su carrera y, por lo tanto, los conocimientos específicos que posee y que la diferencian de quienes tienen menores niveles de calificación. Jerarquizar su formación le permite posicionarse en un lugar diferente respecto de sus compañeras, quienes en su mayoría ingresaron a la institución como “mucamas” y en la práctica comenzaron a

realizar tareas de la enfermería, pero sin conocimientos teórico-técnicos para ello. Ante la escasez de personal con titulación de licenciatura y la falta de espacios impulsados por los directivos de la clínica para fomentar la formación profesional, ella plantea que muchas instancias se sostienen gracias a las iniciativas de las propias enfermeras. En ese marco, reafirma su rol como delegada y enfermera profesional: señala los reclamos que presentó ante las autoridades de la institución para solicitar espacios de formación y, ante esta falta, resalta las tareas de “*docencia*” que asume, por ejemplo, al momento de realizar capacitaciones informales para sus compañeras.

A su vez, demostrar tristeza, tener una crisis de llanto ante la muerte de un ser querido representan expresiones socialmente válidas en ámbitos familiares-afectivos; por el contrario, en un contexto laboral donde prima un abordaje profesional de las emociones, este tipo de expresiones deben contenerse. Expresar públicamente el miedo o la tristeza, llorar ante una situación de emergencia o ante la muerte de un paciente puede denotar cierta falta de profesionalismo al momento de abordar situaciones que son propias del trabajo de las enfermeras en los espacios hospitalarios. El trabajo de enfermería es, ante todo, un trabajo sobre y con el cuerpo; por lo que la vulnerabilidad, el sufrimiento, “deben desaparecer para que la presencia de la enfermera sea tranquilizadora” (Molinier, 2008:126). Si bien las enfermeras deben mostrar compasión y empatía con los pacientes y con sus familias y esto, como veremos, será una parte distintiva para considerar al trabajo como *bien hecho*, deben moverse en un equilibrio, en tanto la dimensión expresiva de la emoción no puede rebasar ciertos límites profesionales.

Si una de las características de las ocupaciones vinculadas al “trabajo emocional” es manejar los sentimientos, al punto de que resulta central contar con recursos subjetivos para intervenir sobre emociones ajenas y generar así sensaciones específicas, las enfermeras también deben gestionar la propia emocionalidad durante la jornada laboral. En esta línea, no debemos perder de vista que las emociones se despliegan de maneras que reflejan patrones sociales más amplios (Hochschild, 2008). Las personas entonces, “tratan de sentir” determinadas emociones según lo habilite el contexto social. Las pautas sociales que indican cómo “queremos” o “tratamos” de sentir podrían describirse como un conjunto de reglas socialmente compartidas, aunque a menudo latentes. Mantener la calma ante la emergencia, ocultar los nervios y/o la tristeza, forman parte del trabajo cotidiano de las enfermeras y son el resultado de un arduo proceso de aprendizaje que involucra experiencias profesionales de distintos espacios: en el tiempo compartido con otras colegas, en los años de ejercicio, en el

paso por instituciones de educación formal, en la formación a través de capacitaciones y cursos, entre otros.

A continuación, veremos cómo las enfermeras logran gestionar emociones en contextos de gran presión sobre su trabajo. Nos referiremos puntualmente a las sensaciones que emergieron del trabajo durante la pandemia. Buscaremos no sólo registrar los modos en que las enfermeras elaboraron emociones como el temor, el miedo y/o la culpa sino también las estrategias que desplegaron para sobrellevarlas.

6.2 El temor y la culpa durante el trabajo en pandemia

“Cuando estudiaba no sabía o no llegaba a entender de qué se trataba. Y ahora me doy cuenta que no se si soy fría o qué, pero yo estoy ahí para mejorar la estadia de los pacientes cuando están internados. Yo no tengo la culpa, o al menos es lo que me digo cuando me siento mal, que no tengo la culpa de lo que les está pasando. Mi trabajo es hacerlos que se sientan bien. Estar para ellos, nada más. Ahora no sé cómo superar esto que me está pasando, de estar cansada de ver todas esas cosas” (Jésica, técnica en Enfermería, Clínica Privada, Sector COVID, junio 2021)

Como hemos argumentado, la pandemia significó un hecho sin precedentes que atravesó la experiencia cotidiana de las enfermeras, tanto en el plano laboral como personal y familiar. A la par que se transformaba la organización del proceso laboral en las clínicas, también emergían nuevas sensaciones, sobre todo entre quienes realizaban trabajos de proximidad con los pacientes internados: incertidumbre ante la falta de información o indicaciones confusas; miedo por las consecuencias que tendría la enfermedad; culpa por la posibilidad de *“llevar el virus a casa”* o pasar mucho tiempo fuera del hogar, entre otras sensaciones. La pandemia representó una excepcionalidad, es decir una experiencia completamente novedosa que intensificó muchas de las dimensiones del trabajo cotidiano de enfermería, pese a que, por el carácter de sus tareas, este grupo está acostumbrado a actuar en situaciones de gran presión y carga emocional.

En este marco, para algunas enfermeras con pocos años de antigüedad o recién recibidas, como Jésica, ingresar a trabajar o dar los primeros pasos en la profesión en ese contexto fue una experiencia movilizadora que significó un proceso de aprendizaje precipitado. Sentirse *“mal”* o *“culpable”* respecto de una situación que no podían prever y que incluso las desbordaba, tanto en términos profesionales como personales, fueron sensaciones compartidas por muchas de las trabajadoras entrevistadas.

En tanto estas sensaciones fueron parte de la experiencia de las enfermeras y también del personal de salud en general, distintas encuestas buscaron registrarlas. En esta línea, los datos que hemos producido a través de la Encuesta Nacional de Enfermería del proyecto PISAC-COVID del cual formé parte, permiten observar que durante la pandemia el 86% de

las enfermeras encuestadas sintió temor de contagiarse (30% “siempre”, 21% “frecuentemente” y 35% “ocasionalmente”). Otro ejemplo, es el informe sobre situación de los/as trabajadores/as de la salud del Gran La Plata, en donde encontramos que, durante los primeros meses de la emergencia sanitaria, el 82,9% de los/as encuestados/as expresaba temor de contagiar a sus familiares mientras que el 51,2% sentía temor por contagiar a sus compañeros/as de trabajo (Malleville et Al., 2020).

Teniendo en cuenta la extensión de este tipo de sensaciones vinculadas al trabajo en pandemia, en este subapartado nos interesa registrar la *multidimensionalidad* del trabajo de enfermería haciendo foco en los sentimientos que emergieron en un momento concreto como fue la emergencia sanitaria. Cabe señalar que no nos interesa indagar en esas emociones *per se* sino en cómo a través del análisis de la dimensión emocional se pueden comprender distintos aspectos de la experiencia del trabajo de cuidado en pandemia. Nos preguntamos entonces ¿de qué manera las enfermeras gestionaron los sentimientos que emergían de sus labores en pandemia? ¿cuáles fueron las implicancias emocionales y los conflictos morales que experimentaron? ¿qué acciones realizaron para tramitar esos sentimientos y/o transitar situaciones de gran carga emocional? Puntualmente partiremos de analizar experiencias sensibles vinculadas con el temor y la culpa, e indagaremos en qué medida esas emociones que, si bien tienen un origen en la esfera laboral, también atravesarán y permearán otras dimensiones de la vida de las enfermeras.

6.2.1 “*Al principio le teníamos miedo a lo desconocido*”: el temor y la culpa frente al contagio del virus

Para profundizar en los sentimientos que configuraron la experiencia profesional durante la pandemia, podemos retomar algunos testimonios de enfermeras que se desempeñaron en la atención directa de pacientes en distintos servicios de internación. Como ya hemos señalado, una de las particularidades que hacen a las tareas de cuidado de la salud es el contacto físico, basado en la cercanía y la interacción permanente con las personas internadas. En este sentido, debido a las características mismas de la práctica de cuidado, las trabajadoras de enfermería enfrentaron sentimientos de angustia por saberse más expuestas al virus y, por ende, tener más riesgo de contagiarse.

Registrar la temporalidad de las emociones resulta un aspecto central para analizar la experiencia de las enfermeras durante la pandemia, puesto que los sentimientos que despertó el trabajo en ese contexto excepcional no fueron unánimes ni se dieron de una vez para

siempre, sino que se transformaron a medida que el tiempo pasaba, los protocolos se perfeccionaban y el plan de vacunación avanzaba.

En este sentido, el miedo fue una de las sensaciones preponderantes en los testimonios de las enfermeras, especialmente durante los primeros meses de pandemia, momento en el cual había poco conocimiento sobre las características del virus, de su impacto en la salud y de los tratamientos a seguir. Asimismo, las enfermeras señalaban que sus temores se acrecentaban ante un panorama cambiante sobre las indicaciones que debían seguir. En retrospectiva, esas primeras sensaciones pueden vislumbrarse en el testimonio de Adriana, quien trabajó en el sector COVID-19 de una clínica privada y fue entrevistada en septiembre de 2020, es decir seis meses después de la declaración de la emergencia sanitaria y en el momento que trascurría la primera “ola” de contagios en el AMBA (Alzugaray et Al., 2020).

“Al principio a lo desconocido le teníamos miedo ¿viste? porque no sabíamos mucho del virus. En realidad, yo pienso que tampoco se sabe mucho porque viste que van diciendo cosas y se contradicen... entonces sí, al principio sí, tuve miedo.” (Adriana, Licenciada en Enfermería, Clínica Privada, Sector COVID, septiembre 2020)

Como sostiene Adriana, en los momentos iniciales de la pandemia el miedo fue más fuerte debido a la escasa información que se tenía sobre el virus en este contexto sanitario sin precedentes y, específicamente, ante la posibilidad de infectarse. Recordemos que, durante los primeros meses del 2020, el coronavirus dejó de ser una enfermedad de “viajeros” que regresaban al país, para comenzar a “circular” de forma “comunitaria”. Entre los primeros infectados de COVID-19 encontramos al personal de salud y, en particular, a quienes realizaban tareas de enfermería.

Ahora bien, más allá del temor concreto que implicaba el riesgo de infectarse del virus y atravesar la enfermedad, esa posibilidad no era narrada como una vivencia individual, sino como una experiencia colectiva que involucraba al entorno laboral cercano. Al momento de transmitir las sensaciones que despertó el trabajo en tiempos de pandemia, las enfermeras relataban experiencias que incluían a sus compañeras/os y/o a los pacientes que cuidaban. Para ejemplificar esta situación podemos retomar el testimonio de Karina, quien recuerda la confirmación del primer caso de COVID-19 en una de sus compañeras de sector como un momento disruptivo en su experiencia como enfermera durante la pandemia:

“K- El primer impacto fue la primera compañera contagiada, que se contagió de su compañero, de su pareja, penitenciario y a su vez era enfermera en terapia intensiva pediátrica y contagió a dos pacientes que estaban con respirador. O sea, tuvimos dos pacientes positivos que fueron los dos primeros casos y esta enfermera. Fue muy traumático para ella. Fue víctima de violencia de su propia gente. Todavía yo creo

que tiene un trauma que todo el tiempo dice ‘cuando pase esto voy a hacer algo con eso’, porque se sintió muy mal, la pasó muy mal.

*E- ¿Quedó expuesta a las familias de los pacientes o con sus compañeros de trabajo?
K- Claro, de los pacientes, sintiéndose culpable, sintiéndose todo el tiempo responsable y aparte, el riesgo que significaba, pacientes que estaban tan críticos, que se hayan contagiado; si, fue muy fuerte. Hubo varios compañeros que se contagiaron, pero la mayoría de los contagios fueron de enfermeros que tenemos dos trabajos. Casi todos tenemos dos trabajos, pero hay alguno que otro que solamente trabaja en el sanatorio, ellos no se contagiaron y los que trabajaban en hospitales y otras instituciones, hasta dos veces tuvieron COVID”. (Karina, Técnica en Enfermería, Clínica Privada, Pediatría y Neonatología, mayo 2021)*

En su relato, además de reconstruir la cadena de contagios (desde la pareja de la enfermera en cuestión hasta la infección de dos pacientes pediátricos) Karina repone otras situaciones que se suscitaron luego de confirmarse ese “primer caso” de COVID positivo dentro del sector. En particular, se centra en describir cuáles fueron las reacciones que despertó el episodio -tanto entre compañeros/as de trabajo, como entre los familiares de los niños internados - y cómo su compañera vivió dicha situación.

De esta forma, si al inicio de la emergencia sanitaria la sensación que primaba entre las trabajadoras era el temor ante el contagio, cuando esa potencialidad se transformó en un hecho concreto emergieron otras emociones que también afectaron a las enfermeras. En muchos casos, el temor inicial se transformó -o bien se entrelazó- con otros sentimientos como la culpa. Las enfermeras, en tanto cumplían un rol clave como trabajadoras/as esenciales, no solo experimentaron temores en relación con su propia salud sino también ante la posibilidad de ser las “responsables” de contagiar a los pacientes que cuidaban. En nuestras sociedades, la culpa en muchas ocasiones se encuentra asociada al sentimiento de haber cometido algún tipo de transgresión, generalmente respecto a un determinado ordenamiento. En esa falta no solo se involucra a la persona en cuestión, sino que también se compromete a un Otro. En este caso el sentimiento de culpa fue exacerbado por la gravedad del contexto de emergencia y, esencialmente, por la condición de vulnerabilidad de las personas internadas, es decir pacientes pediátricos que atravesaban cuadros de gravedad para los que infectarse del virus podía traer complicaciones serias e incluso, la muerte. Además de la responsabilización individual respecto al contagio de dos pacientes del sector, Karina señalaba que ese episodio resultó una experiencia “traumática” para su compañera, quien vivenció situaciones de violencia y estigmatización por parte de familiares de quienes se encontraban internados.

El temor inicial y la culpa frente al contagio entonces no eran transitados por las enfermeras como experiencias vividas solo en primera persona, sino que involucraban a

Otros: infectarse del virus implicaba poner en riesgo a los pacientes que cuidaban, cuestión que era vivida con una enorme responsabilidad hasta el punto de sentirse culpables. Como señalamos, la culpa es un sentimiento vinculado a ciertas reglas sociales y, por ende, está relacionada con la evaluación de conductas que pueden ser catalogadas moralmente, y en contextos específicos, como “correctas” o “incorrectas”, “buenas” o “malas”.

Vale la pena recordar que, en un primer momento, los medios de comunicación sostenían que las enfermeras -y otros trabajadores/as de la salud-, estaban en “la primera línea de atención” en la “batalla” contra el coronavirus (Salerno, 2020; Ledesma Prietto & Queirolo, 2022). Así, durante las primeras semanas, además de referenciar a la pandemia a partir de metáforas bélicas, también proliferaron una serie de representaciones que resaltaban la condición heroica del personal de salud, cuestión que se visualizó en la convocatoria a realizar “aplausos” al personal de salud todos los días a las 21 horas. Las personas se convocaban a “salir a la vereda”, “a la ventana”, “al balcón” o “al patio” para mediante el aplauso reconocer el esfuerzo que realizaban, cuestión que era reflejada por distintos medios de comunicación (Infobae, marzo 2020). Sin embargo, debido a su trabajo en espacios con mayor circulación del virus, las enfermeras también fueron identificadas como personas que *a priori* podrían vehicular el contagio. El sentimiento de culpa experimentado por muchas enfermeras también fue producto de las representaciones que las situaban en un lugar de mayor responsabilidad debido a su condición de “trabajadoras de la salud” o “personal esencial”. Este tipo de señalamientos se daban incluso en ámbitos extralaborales, por ejemplo, cuando volvían a sus hogares y eran señaladas por sus vecinos, cuestión que fue divulgada por distintos medios de comunicación.⁸⁹

6.2.2 El temor de “llevar el virus a casa”: estrategias de cuidado para *proteger* a los seres queridos

El temor y la culpa en relación con el contagio, no se circunscribió únicamente al ámbito laboral, sino que permeó otras aristas de la vida de las enfermeras. Ante la pregunta por las implicancias que tuvo el trabajo en pandemia, las entrevistadas no dudaron en mostrar su preocupación ante la posibilidad de “llevar el virus a casa”. Por esta razón, la necesidad de proveer cuidados para las personas con quienes convivían se volvió muy importante.

⁸⁹ Durante la pandemia, en distintas partes del país, enfermeras y otros/as trabajadores/as de la salud denunciaron públicamente que sufrieron “escraches” por parte de sus vecinos. Estos testimonios fueron plasmados en distintas notas periodísticas (Infocielo, abril 2020; La Nación, abril 2020a; Minuto Uno, abril 2020). Incluso, en la Ciudad de Buenos Aires, la legislatura porteña sancionó una ley que permitía multar a aquellas personas “que hostiguen, amenacen, discriminen o hasta maltraten físicamente al personal sanitario por su condición laboral” (Telam, mayo 2020)

Saberse más expuestas al virus, derivó en extremar sus medidas de cuidado tanto durante la jornada laboral como al regresar a sus casas.

En esta línea, la potencia de una experiencia inicialmente negativa radica en la capacidad que tuvieron las enfermeras para elaborar ciertas acciones que permitieron tramitar situaciones que les provocaban temor y/o culpa. De esta forma, las estrategias defensivas (Dejours, 2009) vinculadas al cuidado de la salud no solo se limitaron al espacio laboral (como vimos en el Capítulo III) sino que rebasaron el espacio de trabajo hasta llegar incluso a los hogares. Más que en otros momentos, el sentido que las enfermeras le asignaban a la noción de “*cuidado*” asumió un significado amplio, que involucró otros espacios de la vida personal. “*Cuidarse y cuidar a otros*” representaba entonces una forma de proteger la salud de sus hijos/as, de los adultos mayores de la familia, de seres queridos que pertenecían a grupos en riesgo, etc. y también, como veremos, las ubicaba en un rol de responsabilidad para con la sociedad en su conjunto.

Lo que podemos denominar *estrategias de cuidado y autocuidado* pasaron a configurarse como un aspecto muy importante de la vida cotidiana de las enfermeras. Puntualmente, las acciones que realizaban al momento de salir del trabajo y volver a sus casas fueron centrales, ya que no solo las “*ayudaban*” a sentirse más protegidas, a reducir el riesgo de infectarse del virus y, por ende, de contagiar a las personas con las que convivían. Cabe señalar que, si bien estas prácticas eran mencionadas como individuales y desconectadas unas de otras, en nuestro campo empírico hallamos que dichas acciones eran compartidas por buena parte de las entrevistadas. En esta misma línea, otros artículos sobre el trabajo de enfermería en pandemia mencionan estrategias de autocuidado similares a las que encontramos en nuestra investigación (Garazi & Rodríguez Blanco, 2022; Aspiazu & Cutuli, 2022, Ramacciotti, 2022)

Más allá del resultado en términos epidemiológicos, las estrategias de autocuidado representaron un esfuerzo realizado por las enfermeras para elaborar y/o manejar las emociones que emergían del trabajo en pandemia. De esta forma, prácticas que en un principio parecían individuales se configuraron como acciones concretas de protección, sostenidas en el tiempo, y compartidas por buena parte de las trabajadoras de la salud, al punto de generar sentimientos de “*tranquilidad*” entre quienes las efectuaban.

Específicamente entre las estrategias desplegadas por las enfermeras al interior de la familia y sus hogares, podemos mencionar dos grandes grupos: las que refieren a estrategias de higiene y limpieza, y las implementadas con relación a limitar el contacto físico.

En primer lugar, observamos un despliegue de acciones vinculadas a extremar las medidas de higiene y limpieza, tanto a nivel personal como respecto de los elementos utilizados durante la jornada laboral. Algunas de estas estrategias son detalladas por Daniela, enfermera “rotante” de una clínica privada y por Luciano, enfermero de cirugía general:

“Cuando llego de trabajar afuera dejo las cosas que traigo de afuera. Trato de no traer las cosas que uso en área COVID a mi casa. Uso alcohol, lavandina en la puerta donde dejamos las cosas. Eso cambió bastante. Siempre con el alcohol. Con las amistades ya no nos juntamos como antes porque ahora está limitado todo. Con la familia tratamos de no juntarnos más de seis personas. Que se yo, por una comida o un cumpleaños. Nos limitamos bastantes cosas” (Daniela, Técnica en Enfermería, Clínica Privada, Sector COVID, junio 2021)

“E- ¿Y a vos te afectó en tu familia, por ejemplo?”

L- Por supuesto. Yo tengo una hija, la tercera, que es diabética tipo 1; se cuida, se recontra cuida, está bien tratada, medicada, todo. Ya le dieron una dosis, falta la segunda dosis, que es todo un tema, pero el temor de los... el hecho de que yo llegaba a casa y me ponía a repasar todo, implica que yo llegue a mi casa y te imaginás: el alcohol, sacarte la ropa, dejarla en un lugar, todo eso; ese es el gran temor de todos. Todos los días hacer eso, ya es una rutina. El alcohol, ya las manos ya las tengo reseca de tanto lavarme, lavarme, lavarme y alcohol.” (Luciano, Licenciado en Enfermería, Clínica Privada, Cirugía General, junio 2021)

En los testimonios de ambos podemos enumerar algunas de las acciones implementadas por las enfermeras/os cuando regresaban a sus casas, luego de un arduo día de trabajo: lavarse las manos, utilizar alcohol, desinfectar superficies y elementos que provenían del exterior; cambiarse de ropa al ingresar y dejar el uniforme de trabajo fuera de la casa, entre otras. En términos generales, las medidas implementadas recuperaban muchas de las recomendaciones brindadas por las autoridades sanitarias en las múltiples campañas de prevención (extremar las prácticas de higiene, reducir el contacto físico, etc.). Además de la función biológica de estas acciones, en términos de limitar la posibilidad de trasladar el virus desde el espacio laboral hacia la casa, permitían establecer límites claros entre el trabajo y el hogar, ese decir mantener físicamente separados ambos espacios.

Con el correr del tiempo, y a medida que la emergencia sanitaria se prolongaba, muchas de las prácticas que comenzaron como una excepcionalidad fueron interiorizándose por las enfermeras, al punto de formar parte de su día a día. Tal como señala Luciano, cambiarse de ropa o lavarse las manos continuamente se volvieron una “rutina” que incluso transformó los modos en que transitaban el regreso al hogar luego del trabajo. A su vez, como hemos señalado, la dimensión temporal nos permite ver algunos matices respecto a las sensaciones que se dieron durante los primeros momentos de la pandemia. El conocimiento científico sobre el virus, el avance en los tratamientos y en el plan de vacunación contribuyó

a mermar el miedo inicial. Especialmente entre quienes convivían con personas que, como la hija de Luciano, transitaban enfermedades asociadas a un aumento del riesgo del curso de la infección de coronavirus.

En segundo lugar, otra de las estrategias implementadas por las enfermeras para “cuidar” la salud de su entorno familiar cercano fue limitar el contacto físico con quienes convivían⁹⁰. Para ejemplificar dichas acciones, podemos citar nuevamente el testimonio de Adriana y sumar el de Macarena, quien se desempeñó durante la pandemia en el servicio de pediatría y neonatología de un hospital público y de una clínica privada:

“Te venís con miedo [en referencia a su casa] porque no sabés si hiciste bien. Al principio más, ahora llego, me desnudo allá [alude a un lugar apartado dentro de su casa], me voy a bañar allá porque yo uso otro baño, no comparto el de ellos. Pero bueno, al principio te juro que tenía un miedo... Y desde que empezó la pandemia tomo mate sola, obviamente. Pero tenía miedo de contagiarlos, sí. No compartimos nada, yo tengo mi vaso, viste, eso separamos. Porque imagínate acá vive mi marido, mi hijo y mi sobrina... y pienso “qué culpa si los contagio a ello” porque tranquilamente podría ser asintomática, no tener nada, pero viste... me daba miedo eso”. (Adriana, Licenciada en Enfermería, Clínica Privada, Sector COVID, septiembre 2020)

“E- ¿Qué reacciones u opiniones o emociones surgieron en el grupo familiar por ser vos trabajadora se la salud durante la pandemia?”

M: Ellos con mucho miedo porque yo me puedo contagiar. Había días que les decía que se fueran a su dormitorio y yo me quedaba en otro lado y ellos me traían un café, porque a veces como entraba a la sala de pacientes COVID y, por más que tenía la protección, el miedo siempre está, así que ellos muchas veces han tenido miedo; por ellos y por mí.” (Macarena, Técnica en Enfermería, Clínica Privada, Pediatría y Neonatología, junio 2021)

Entre las múltiples formas que encontraron las trabajadoras para limitar los intercambios corporales con sus familiares convivientes, podemos señalar, por un lado, las medidas de distanciamiento a partir del aislamiento en cuartos separados y/o al evitar compartir espacios comunes, en especial, áreas de la casa donde el riesgo de intercambio de fluidos era más alto -como el baño-. Por otro lado, la transformación en las prácticas cotidianas dentro del hogar también implicó extremar los cuidados en la utilización de otros elementos de uso común: por ejemplo, no compartir utensilios y/o vasos y cambiar ciertas costumbres, como “tomar mate”.

⁹⁰ En distintos medios de comunicación, se reflejaron casos de enfermeras que extremaron las medidas de protección al punto de llegar a dormir en habitaciones aisladas o incluso mudarse (Grupo la Provincia, agosto 2020) <https://www.grupolaprovincia.com/interes-general/enfermera-de-pacientes-de-covid-19-se-mudo-a-un-motorhome-para-protoger-a-su-familia-558020>

Asimismo, las medidas para limitar el contacto físico no solo se circunscribieron a los integrantes del hogar, sino que también involucraron a otros ámbitos de la vida social de las enfermeras. Concretamente, limitaron y/o suspendieron reuniones con personas que no formaban parte de su círculo más cercano y, especialmente, evitaron encontrarse con familiares “de riesgo”. En este sentido, si bien la mayor parte de la población experimentó transformaciones en su vida social, producto de las restricciones en la circulación y en las reuniones sociales, ese distanciamiento se vivenció con más fuerza entre las enfermeras, en especial por la responsabilidad que conllevaba su condición de personal de salud. De esta forma, como sostienen Aspiazu y Cutuli (2022: 486) “en el entorno familiar-afectivo, el cuidado asumió también la forma de distanciamiento del otro (...)”. Sin embargo, las estrategias de distanciamiento respecto del grupo familiar o de otros seres queridos también fueron vivenciadas con cierta culpa por las enfermeras, debido a la imposibilidad de estar cerca y/o de mantener un contacto cotidiano con esas personas.

A continuación, veremos cómo el sentimiento de culpa asociado al hecho de pasar mucho tiempo fuera del hogar afectó la experiencia familiar-afectiva de las enfermeras, particularmente en lo que concierne a la relación con sus hijos/as y con las responsabilidades por las tareas de cuidado.

6.2.3 “*Me siento muy culpable de no ver a los chicos*”: el sentimiento de culpa y las negociaciones morales

En la experiencia de las enfermeras, el sentimiento de culpa en relación al trabajo en pandemia no solo era vinculado con la posibilidad de contagiar a los seres queridos. En nuestro campo empírico, hallamos que entre quienes también eran madres, la sensación de “*culpa*” emergía cuando debían pasar mucho tiempo fuera del hogar, cuestión que implicaba no ver a sus hijos por largos periodos y/o no poder ocuparse de las tareas de cuidado como lo hacían anteriormente. Pese a los “malabares” efectuados para conciliar las exigencias del trabajo en pandemia con las demandas del hogar (como abordamos en el Capítulo IV), muchas veces esos esfuerzos eran percibidos como insuficientes y derivaban en estados emocionales negativos entre las enfermeras. Para complejizar esta idea podemos retomar el caso de Nadia, quien manifestaba que la sensación de *falta* en relación con las demandas del trabajo y del hogar giraba en torno al poco tiempo que podía pasar con sus hijos/as. En su experiencia, a la intensidad del trabajo en pandemia se sumaba la exigencia de tener dos empleos, es decir trabajar durante catorce horas diarias:

“Por ahí yo me siento muy culpable ahora, ayer cuando vine después de no verlos por veinticuatro horas, le digo a mi marido, me siento mal, no me lo van a perdonar. El más grande no, porque el más grande entiende, el más chiquito es por ahí el que más te extraña (...)” (Nadia, Licenciada en Enfermería, Clínica Privada, Terapia Intensiva, abril 2021)

Al igual que muchas otras mujeres que trabajan durante largas jornadas y se ocupan del cuidado de sus hijos/as y de las tareas hogareñas, las enfermeras inscriben sus acciones en función de categorías ordinarias del “bien” y del “mal”, es decir categorías construidas social y culturalmente (Faur & Tiazziani, 2017). Las tensiones en las experiencias laborales de las enfermeras durante la pandemia pueden pensarse en términos de conflictos morales, que se traducen en estados emocionales específicos, como la culpa. Cuando Nadia relata que se siente “culpable” o “mal” por no ver a sus hijos; cuando con angustia se pregunta si ellos, especialmente el más pequeño, la van a “perdonar” por ausentarse durante tantas horas, las enfermeras refieren a contradicciones morales. Como señalamos, la culpa también es un sentimiento que puede vincularse con ciertas reglas morales, en este caso asociadas a roles de género y, por ende, a ciertas conductas que se esperan de las mujeres, y particularmente de aquellas que son madres. Específicamente, las enfermeras con hijos/as pequeños/as a su cargo, experimentan tensiones entre las demandas que provienen de sus empleos, de sus hogares y de los ideales en torno a la maternidad. De esta forma, el sentimiento de culpa nace de juzgar sus propios actos a partir de confrontarlos con representaciones en torno a lo femenino. Es decir, con representaciones sobre qué obligaciones corresponden a la maternidad y sobre el rol que deben ejercer las mujeres en el cuidado de los/as hijos/as en nuestras sociedades.

“De mi turno soy la única que trabaja en dos lados, el resto por ahí no. Y claro, ellos notaban ese malestar en mí y me decían, “vos porque estás cansada”. Sí, estoy cansada pero no lo elegí, lamentablemente mi necesidad hoy me lleva a tener que trabajar en dos lados. Que me encanta lo que hago, me encanta, porque yo voy a trabajar contenta y me duele irme y dejar a mis hijos, porque es lo único que me duele, el miedo de traer algo a mi casa, de contagiar a mi familia, pero yo cuando estoy allá me olvido de todo porque hay otras personas que necesitan más. Entonces, como yo les digo, no es que yo elija tener que ir porque no tengo nada que hacer. La situación me lleva y obvio que estoy cansada, porque duermo poco, porque me acuesto a dormir y sueño con monitores, con bombas que suenan, con respiradores, con que se te para un paciente, o sea, ni siquiera cuando dormís, dormís en paz, lamentablemente es así. Llego al punto de que salgo de trabajar y pongo la música fuerte en el auto para sacarme los ruidos de la cabeza, por ejemplo” (Nadia, Licenciada en Enfermería, Clínica Privada, Terapia Intensiva, abril 2021)

El relato de Nadia nos permite comprender la heterogeneidad de experiencias del trabajo de cuidado en enfermería durante la pandemia. En especial, su situación es diferente a la de otras compañeras: es la única enfermera del grupo de la terapia de una de las instituciones en las que trabaja que, por razones que escapan a su deseo, tiene simultáneamente dos empleos. En el caso del vínculo con sus hijos, Nadia señala que el esfuerzo que realiza cotidianamente para sostener dos empleos no es una cuestión de “elección”. Los condicionamientos estructurales vinculados a la pérdida de uno de los ingresos de la familia durante la pandemia son la razón que lleva a Nadia a ausentarse de su casa durante tantas horas. Ella resalta que no “*elige*” trabajar bajo esas condiciones, pero no “*tiene*” otra alternativa.

Además, en el testimonio de Nadia podemos observar que, aunque se sienta sumamente cansada por tener dos empleos, con temor de contagiarse y contagiar a su familia y también culpable por tener que dejar muchas horas a sus hijos, afirma varias veces que le “*encanta*” lo que hace, que disfruta de su profesión y que va a “*trabajar contenta*”. De esta forma, las trabajadoras de enfermería tramitan las contradicciones que emergen de las múltiples demandas que experimentan a través de esfuerzos emocionales. En este caso Nadia rescata la importancia del rol social que tienen las enfermeras en el abordaje de la pandemia. En ese sentido, ofrece elementos para pensar que el *cuidado* excede los límites del espacio laboral y del hogar, hasta configurarse como una responsabilidad social en un contexto sanitario excepcional.

De esta forma, en el trabajo de cuidado de la salud que realizan las enfermeras se ponen en juego compromisos morales y valorativos. Cuando se enfrentan a las demandas de cuidado de sus hogares y de sus trabajos se encuentran muchas veces en una encrucijada. Para resolverlo, necesariamente deben realizar negociaciones morales, es decir jerarquizar ciertos aspectos de su experiencia. En un contexto de emergencia, la responsabilidad que conlleva ejercer la profesión permite habitar las tensiones que se experimentan. No es por cualquier razón que no están en sus casas, sino que las ausencias se justifican en nombre de un *bien común*. De esta manera, los conflictos en las experiencias de las enfermeras son elaborados a partir de una valoración social de la enfermería, de su orientación al servicio de Otros, ya que como sostiene Nadia “*hay otras personas que necesitan más*”. A pesar de los horarios apremiantes, de tener dos empleos, de trabajar hasta sacrificar el bienestar personal, el interés por el ejercicio de esta actividad se reafirma en todas las entrevistas. Las enfermeras sostienen firmemente que sus tareas son “*fundamentales*” para la sociedad, especialmente en un contexto donde su trabajo fue considerado como esencial. En este

sentido, no es extraño que el 82% de las enfermeras encuestadas en 2020 en distintos puntos del país manifiesten sentir con frecuencia “*orgullo*” por la profesión que ejercen (Encuesta Nacional de Enfermería PISAC-COVID, 2021).

Sentir que la profesión que ellas ejercen permite ayudar a otras personas que lo “*necesitan más*”, resulta un aspecto que, en algunos casos, permitió enfrentar el enorme desgaste emocional que supuso el trabajo en pandemia. En el caso de Nadia, la extensión de la jornada laboral producto del pluriempleo sumado a las exigencias propias del trabajo durante la emergencia sanitaria, derivaron en que se sienta muy cansada y tenga problemas para conciliar el sueño: duerme pocas horas, sueña con “*monitores*”, sigue escuchando las bombas de oxígeno y los respiradores, piensa en su trabajo, aunque ya no este allí y permanece en continuo estado de alerta. Recordemos que, al momento de entrevistarla nos encontrábamos en mayo de 2021, época en la cual se registró un pico histórico de casos y fallecidos por COVID-19 en nuestra región (Alzugaray et. Al, 2021). La intensificación del trabajo y las exigencias en pandemia sumadas a las necesidades económicas que llevaron a Nadia a buscar otro empleo se expresan en agotamiento emocional y físico.

Sin embargo, el desgaste laboral no fue experimentado de la misma manera por todas las enfermeras. En muchos casos, sentirse orgullosas por el trabajo realizado no fue suficiente para lograr procesar estados emocionales negativos. En esas situaciones, algunas de ellas tuvieron que tomar licencias psiquiátricas o bien atravesaron problemas de salud físicos tales como dificultad para conciliar el sueño, trastornos en la alimentación, aumento de peso, problemas gastro intestinales, dolores de cabeza y cervicales, tal como nos mencionaron en las entrevistas. Cabe señalar entonces que las emociones no son estados de la percepción, sino que resultan un fenómeno corpóreo. La emoción no sólo es expresada mediante la palabra, sino que también se vive, rebaza hacia otros sentidos y adquiere materialidad en el cuerpo de quien la experimenta (Sirimarco & Spivak L’Hoste, 2018). De esta manera, quienes estuvieron más expuestas a contagiarse de COVID-19 por atender pacientes de forma directa también se vieron afectadas negativamente por el sobreesfuerzo emocional que realizaron. Experimentar el miedo, el temor, la angustia de forma sostenida también tuvo consecuencias físicas concretas en las enfermeras.

Ahora bien, los sentimientos vinculados a la satisfacción en la profesión resultan centrales para comprender muchas dimensiones de la experiencia del trabajo de cuidado en enfermería, más allá del especial contexto de pandemia. En el siguiente apartado nos centraremos en el lugar que ocupa el afecto tanto respecto al cuidado de Otro como a la elección de la enfermería como profesión.

6.3 El amor en el trabajo de cuidado de enfermería: entrega y afecto hacia los pacientes y la profesión

“Tenés que amar lo que hacés, si no, no podés. Tenés que amar lo que hacés, tenés que amar la enfermería. Calmarle el dolor, te tiene que dar satisfacción el hecho de que le calmaste el dolor a esa persona.” (Eva, Auxiliar de Enfermería, Clínica Privada, Ginecología y Obstetricia, febrero 2021)

En este apartado nos centraremos en el lugar que poseen los afectos asociados al servicio y la entrega en la práctica de cuidado de pacientes y en, términos más amplios, en los sentidos construidos sobre la profesión. Como sostiene Eva, para ejercer la enfermería es importante dar pruebas de “*amar*” lo que se hace, es decir encontrar satisfacción en el bienestar de Otro, hacer todo lo posible para “*calmar*” el dolor a quienes atraviesan situaciones de vulnerabilidad y dependencia.

Ahora bien, debemos considerar que apelar al amor en los trabajos de cuidado suele remitir a aquellos actos de entrega y/o de servicio que poseen cierta carga o connotación altruista. Históricamente, cuando una tarea es emparentada con el amor suele asociársela a cualidades “naturalmente” femeninas, resaltarse su carácter caritativo y/o voluntario y, por ende, opuesto a aquellas actividades que se realizan con un fin racional y/o a cambio de una retribución económica. En este sentido, detrás del vínculo amor-trabajo se condensan otros sentidos como la vocación, la abnegación y el sacrificio que han contribuido a invisibilizar los saberes y las habilidades necesarias para desarrollar tareas de cuidado, como es el caso de la enfermería.

A diferencia de los apartados anteriores donde buscamos indagar en cómo las enfermeras elaboran y gestionan aquellas situaciones que revisten una carga emocional que puede pensarse, inicialmente, como negativa, aquí nos interesa analizar cómo a partir de sentidos vinculados al amor se construyen aptitudes y competencias que hacen a la *multidimensionalidad* de la experiencia del trabajo de cuidado en enfermería. En este caso nos interesa, mostrar que aquellas prácticas vinculadas al amor”, como expresión de *algo* de lo afectivo, no describen un estado emocional preexistente, sino que se aprenden en el ámbito profesional y cobran significados específicos en un marco de relaciones con Otros. Allí circulan codificaciones, significados y juicios que construyen determinadas formas de ejercer la enfermería que no son innatas y/o naturales, sino que están social y profesionalmente regladas. Nos preguntamos entonces ¿qué sentimientos son catalogados como aptitudes necesarias para ejercer la enfermería? ¿qué implicancias tiene el afecto en las tareas de cuidado de enfermería? ¿qué evaluaciones realizan las enfermeras sobre su

trabajo y el trabajo que hacen otras compañeras? Para ello profundizaremos en eventos de campo en donde se involucren sentimientos vinculados al amor, es decir eventos que nos permitan mostrar cómo la predisposición y/o la entrega hacia alguien que se encuentra en estado de vulnerabilidad permite delimitar ciertos rasgos de la práctica de enfermería y generar, en un sentido más amplio, satisfacción respecto de la profesión. Luego analizaremos las reglas que las enfermeras construyen para evaluar las tareas de cuidado que realizan cotidianamente.

6.3.1 “Admiraba con el amor que lo hacían”: sensibilidad y satisfacción en el trabajo de cuidado de Otro

A lo largo del trabajo de campo muchas de las enfermeras entrevistadas describían situaciones de su trabajo a partir de alusiones al amor y/o al cariño. Generalmente esas expresiones afectivas aparecían al momento de mencionar la relación con los pacientes o bien estaban ligadas a un sentido más amplio que hacía referencia a lo que “*sentían*” por la profesión. El amor entonces pasaba a ser una característica muy valorada por las propias enfermeras, una categoría utilizada para referirse a los aspectos positivos y, por qué no, distintivos del trabajo de enfermería, especialmente al momento de describir las *formas de hacer* las tareas y las competencias necesarias para *ser-enfermera*.

Para profundizar en el lugar que posee el afecto en la experiencia del trabajo de cuidado en enfermería podemos traer el testimonio de Eva, una enfermera de 60 años, que trabajó toda su vida en la misma institución, a la cual ingresó durante la década del noventa como mucama en el “*área de recepción del recién nacido*”. Allí comenzó a desarrollar tareas de enfermería de forma empírica, hasta que finalmente realizó un curso de auxiliar. Eva es una de las pocas enfermeras que quedan con titulación auxiliar en la clínica. Su caso nos permite traer nuevamente a colación la experiencia de muchas enfermeras que comenzaron a ejercer el oficio sin instrucción formal. En ese entonces la formación era eminentemente “*en servicio*”, es decir en el ejercicio mismo a partir de la observación de lo que realizaban otras enfermeras con más años de antigüedad y, en el mejor de los casos, de las capacitaciones informales que ellas mismas realizaban para las jóvenes ingresantes. En la entrevista, Eva no sólo recuerda de qué manera aprendió a realizar las tareas de cuidado, sino que también rescata positivamente una serie de cualidades de esas enfermeras que ya no forman parte del plantel, pero que le enseñaron a realizar sus labores:

“Hace muchos años que estoy, yo aprendí de las otras enfermeras. Aprendí de las otras enfermeras que ahora ya se jubilaron. Siempre andaba atrás de ellas porque mi trabajo en la recepción del recién nacido, en la nursery, tenía mucho que ver con

la madre. Entonces siempre estaba con las otras enfermeras, yo las veía y además las admiraba, con el amor que le hacían la higiene, le revisaban la vía. En esa época se trabajaba de otra manera: no teníamos camillero, la paciente para bajar unas escaleras tenía que bajar con sonda, con suero, ya lista para bajar al quirófano. Ahora es distinto, ahora tenemos camillero todo el día, toda la noche, a la paciente se la prepara en cirugía, es como que hay menos trabajo para nosotras” (Eva, Auxiliar de Enfermería, Clínica Privada, Ginecología y Obstetricia, febrero 2021)

Cuando Eva refiere a sus primeros pasos en el oficio, menciona el interés que le despertaba “*mirar*” cómo las enfermeras con más antigüedad realizaban las tareas de cuidado sobre los pacientes. “*Siempre andaba atrás de ellas*” afirma, para resaltar también su búsqueda personal por formarse. En esas primeras prácticas como enfermera empírica observaba cómo las enfermeras higienizaban al paciente, cómo realizaban otras acciones de índole técnica, como por ejemplo revisar una vía. Para Eva, aprender esa *forma de hacer* el trabajo de enfermería implicó distintas instancias de aprendizaje situado y basado en la observación diaria. Es decir, más allá de que ella no había atravesado por espacios de instrucción formal antes de ingresar a la clínica, señala que “*aprendió*” enfermería en ese proceso de formación “*en servicio*”. Un proceso que llevó tiempo y que no fue individual, sino que se dio junto con otras enfermeras de más experiencia que, incluso, fueron las encargadas de marcar las formas de realizar “*correctamente*” sus tareas. En las narraciones, muchas de las entrevistadas suelen nombrar a otras enfermeras como figuras claves dentro de su trayectoria profesional, especialmente durante sus primeras inserciones laborales: personas que las orientaron, que les enseñaron y de las cuales se llevaron *algo* que marcó su experiencia. Por la tradición misma de la enfermería, la formación “*en servicio*”, el aprendizaje con otros, especialmente con “*referentas*” que asumen, formal o informalmente, la tarea de enseñar a las nuevas generaciones representa una figura clave en el proceso de formación y en la construcción de ciertas competencias profesionales de la enfermería, incluso en el plano emocional.

En este sentido, más allá del caso concreto de Eva, en las observaciones realizadas en la clínica privada junto con las/os practicantes y su docente también pudimos registrar cómo se daba cierto proceso de aprendizaje *in situ*, es decir en el marco de las prácticas profesionales del tercer año de enfermería. Allí observé cómo, cuando las/os estudiantes realizaban distintas acciones de cuidado sobre los pacientes, la profesora no solo intervenía para realizar correcciones en términos de la técnica, sino que también corregía las conductas y las expresiones que tenían las/os practicantes para con los pacientes. Generalmente la profesora observaba cómo realizaban esas prácticas y al finalizar llamaba aparte a cada una/o

de las/los estudiantes para realizar devoluciones: por ejemplo, si alguien comenzaba una intervención sin antes preguntar el nombre de la persona o consultarle cómo se sentía, la profesora marcaba ese modo de proceder como una falta que debía corregirse.

Volviendo al testimonio de Eva, su experiencia junto con otras enfermeras más antiguas no sólo le permitió aprender cuáles eran las tareas propias de la enfermería sino también de qué modo debía hacerlas. Llama la atención que, al recordar esas situaciones, en tanto instancias formativas, resalta un aspecto vinculado a las *formas de hacer* el trabajo, un aspecto que podía ser reconocido a través de la observación: el “*amor*” con el que las enfermeras más antiguas hacían sus labores. En ese *cómo*, Eva señala la dimensión afectiva del cuidado, es decir no se centra en describir los procedimientos para colocar una vía y/o las técnicas para realizar la higiene del paciente, sino que “*admira*” las cualidades de esas enfermeras para hacer sus tareas, bajo el imperativo de “*hacer con amor*”. Como seguiremos desarrollando, “saber-hacer” el trabajo y “ser” determinado tipo de enfermera muchas veces resulta difícil de escindir (Molinier, 2006). Para “hacer” correctamente el trabajo de cuidado muchas veces es necesario asumir cierta forma de “ser” que, a su vez, representa una posición subjetiva para o con ese Otro-paciente que se cuida.

Como señalamos, apelar a sentimientos que suponen “actos de entrega”, servicio o predisposición hacia el paciente por sobre todas las cosas, históricamente ha contribuido a abonar y/o justificar situaciones de precariedad en nombre del amor. En este sentido las condiciones laborales de las enfermeras aún hoy distan de ser las mejores. En este grupo la cuestión de la precariedad se expresa no solo en dimensiones vinculadas a las formas de contratación y el reconocimiento -material y simbólico- sino también en aspectos que hacen al día a día. Cuestión que se materializa en las múltiples tareas que muchas veces son absorbidas por las enfermeras, aunque estrictamente no les correspondería realizar. En palabras de Dejours (2009) existe un desfase entre el trabajo prescripto y el real, es decir entre las tareas que deberían hacer según su función y lo que las enfermeras efectivamente hacen en su jornada laboral. Para ejemplificar esta cuestión podemos retomar el testimonio de María, quien se desempeña en el área de cirugía general en una clínica privada de la ciudad, desde hace veinte años:

“Hay otros que somos más sensibles o hay una camada que éramos más sensibles... Un ejemplo: falta el camillero, no hay camillero y vos tenés que llevar al paciente a rayos ¿qué le vas a decir? -"No, no te llevamos porque no hay camillero". La otra vez me cuestionaban las chicas de la tarde que los sábados a la tarde no hay camillero. Si entra una urgencia, tienen que llevarla a rayos o tienen que llevarla a ecografía, lo tienen que llevar en silla de ruedas ellas. Entonces yo les digo -"Bueno chicas, ustedes en el momento lo hacen, después vemos de quién es la

responsabilidad, si te tienen que pagar algo más, si tienen que buscar otra cosa", Pero contestar -"No porque no me corresponde" no es nuestra forma de trabajar. Pero no porque estemos en privado, o sea yo tengo amigas (piensa) mi hermana trabaja en el hospital y después tengo mi comadre que trabaja en el [Hospital de] niños y hace millones de cosas que no le corresponden. Pero vos no lo hacés por el Estado, por el médico, o por el coso...vos lo hacés por el paciente" (María, Técnica en Enfermería, Clínica Privada, Cirugía General, mayo 2019)

En su relato María establece distinciones dentro del propio colectivo, para firmar que existen enfermeras "*más sensibles*" que otras. La sensibilidad se expresa concretamente en el hecho de desarrollar muchas tareas que estrictamente "*no les corresponden*", pero que sienten que deben realizar "*por el paciente*", es decir con el objetivo de priorizar su bienestar incluso por sobre los inconvenientes que pueden surgir en el espacio de trabajo. María también remarca que ese compromiso con el paciente vislumbra una determinada "*forma de trabajar*" que no representa una forma natural y/o compartida por todas las enfermeras, sino que se aprende en la práctica de cuidado cotidiana y con el paso del tiempo. Dichas cualidades no sólo son valoradas por considerarse una prueba, es decir una muestra de interés por la vulnerabilidad del paciente, sino que también representan aspectos que, en un sentido más amplio, hacen a la dimensión ética de la enfermería en tanto profesión -como vimos en el Capítulo V-.

A su vez, apelar al amor, en este caso a partir de remarcar la sensibilidad y el registro de la vulnerabilidad del paciente, muchas veces pone a las enfermeras ante un dilema. Concretamente en la clínica donde trabaja María, la falta de personal se traduce en que los sábados por la tarde no haya camilleros, tal como nos comentaba en la entrevista. Frente a esta falencia, en caso de ser necesario realizar algún traslado a otro sector de la clínica o bien si ingresa una urgencia, las enfermeras suelen encargarse de trasladar a los pacientes, más allá de que esta tarea no representa una función específica de su puesto. Esta situación trajo aparejadas tensiones dentro del propio grupo: si, por un lado, algunas enfermeras se negaban a realizar dichas acciones ya que consideraban que no formaban parte de su campo de acción; por otro lado, María afirmaba que, ante la necesidad del paciente, las enfermeras deben dar una respuesta inmediata y luego plantear el reclamo ante las autoridades por esa falencia en la organización del trabajo.

En este sentido, María resalta que si bien trasladar a los pacientes no es parte del repertorio de acciones de la enfermería igualmente *deben* hacerlo no "*por la institución*", o porque lo "*solicite un médico*", o las "*autoridades de la clínica*" sino "*por el paciente*": lo que está en juego y lo que debe priorizarse es el bienestar de las personas que cuidan. Como

sostiene Nancy Folbre, (2001) las trabajadoras del cuidado muchas veces se vuelven “prisioneras del amor”, ya que por las características mismas de las tareas que realizan, enmarcadas en el registro de la dependencia y de la vulnerabilidad de los sujetos con los que trabajan, no pueden dejar de hacer determinadas acciones, aunque estrictamente estén por fuera de sus obligaciones. Estas situaciones pueden llevar a que las enfermeras soporten y/o justifiquen condiciones de precariedad, que incluso ponen en riesgo su propia salud. Por ejemplo, una problemática muy mencionada por las enfermeras durante las entrevistas son las lesiones musculares que experimentan -como desgarros, contracturas, etc.- producto de los sobreesfuerzos físicos que realizan al levantar solas o sin elementos de protección adecuados a algún paciente que lo necesita -ya sea para higienizarlo, movilizarlo, etc.-

Más allá de que esos actos de entrega hacia los pacientes que cuidan puedan tener consecuencias físicas, las enfermeras no sólo vinculan su trabajo con la abnegación o el sacrificio, sino que también ponen en juego otros sentidos. Concretamente, ese sentimiento altruista, es decir esa sensación de abocarse a satisfacer las necesidades de quienes cuidan conlleva sentimientos positivos como el entusiasmo y/o la satisfacción en el trabajo y, en un sentido más amplio, permite valorar a la enfermería como profesión. Esa elaboración siempre es dialógica, en tanto se da a partir de la relación cotidiana con ese Otro-paciente. Como señala Eva, la satisfacción y, por ende, la identificación con la profesión resulta del hecho de encontrar que su trabajo permite calmar el sufrimiento de otra persona:

“Tenés que amar lo que hacés, si no, no podés. Tenés que amar lo que hacés, tenés que amar la enfermería. Calmarle el dolor, te tiene que dar satisfacción el hecho de que le calmaste el dolor a esa persona.” (Eva, Auxiliar de Enfermería, Clínica Privada, Ginecología y Obstetricia, febrero 2021)

En su relato Eva resalta en varias oportunidades el amor que debe mobilizarse para *poder* trabajar en enfermería. En primer lugar, ese imperativo hace referencia a la práctica concreta de cuidado de pacientes “*tenés que amar lo que hacés*”; en segundo lugar, la expresión asume un sentido más amplio “*tenés que amar la enfermería*”. De esta manera, el amor por el trabajo y por la profesión se reafirma en la capacidad de dar una respuesta a las necesidades de quien sufre -o bien priorizar la atención del paciente por sobre todas las cosas- pero también ese acto de entrega debe aportar cierto grado de satisfacción personal e identificación profesional para quien lo realiza. Las enfermeras entonces encuentran gratificación en sus tareas cuando reconocen el sufrimiento y logran “*calmar el dolor*” de las personas que cuidan. En este punto, son interesantes los aportes de Pascale Molinier:

“para hacer bien ese trabajo, es decir, para *sustraer de él un placer*, es necesario sentir el sufrimiento del otro, lo que implica ponerse a prueba uno mismo en su propia carne; *sentir su propio sufrimiento*. La *compasión* es la forma de sufrimiento generada por el trabajo de enfermería. Por *compasión* hay que entender en este caso, más allá de toda connotación religiosa y en su etimología literal, un *sufrir-con*, en el cual se debe demostrar sensibilidad frente a la desgracia del otro.” (2008:126).

Al momento de analizar los trabajos de cuidado, los sentimientos vinculados al amor -tales como la vocación, el servicio y la entrega-, suelen pensarse como una expresión de la abnegación del trabajador/a, en un sentido muchas veces negativo del término. Allí, el lugar del sujeto-trabajador es pasivo o meramente receptivo. Por el contrario, en la experiencia de trabajo de cuidado en enfermería encontramos que detrás de ese compromiso con el Otro, detrás de la “compasión” con su dolor, hay otras maneras afectivas de encarar la tarea. Es decir, experiencias sensibles vinculadas al amor son susceptibles de entrelazarse con otros estados afectivos que permiten matizar esa entrega asociada al sacrificio: hay recompensas y satisfacciones, hay gusto por lo que se hace, hay placer en el trabajo, hay proceso de identificación con la profesión, tal como señala Molinier (2008). Como vimos en el apartado anterior, cuando las enfermeras resaltan la importancia del acompañamiento en situaciones límite -como la muerte- y/o la utilidad social de la tarea en un contexto de emergencia, también construyen sentidos positivos en base a su experiencia en el trabajo que impulsan su capacidad de accionar.

Ahora bien, como veremos en el siguiente apartado, si la sensibilidad y el afecto para con otros son piezas fundamentales del trabajo de cuidado que realizan, las enfermeras también serán permanentemente evaluadas por su compromiso personal y, por ende, su capacidad de sentir.

6.3.2 *Calmar el dolor del alma: reglas del oficio y reglas del sentir*

Señalar cierto gusto manifiesto en la empatía, en mostrar sensibilidad por quien está vulnerable, en ponerse en el lugar de quien sufre -ya sea el paciente y/o la familia- (Balzano, 2012), también se asume como un cierto grado de compromiso personal- subjetivo, de un *saber-ser*, que obviamente requiere un esfuerzo emocional. El amor puede volverse también un imperativo, anclado en una determinada *forma de trabajar* lo cual implica dar pruebas de cierta predisposición subjetiva al cuidado y también requiere de ciertas competencias emocionales, que serán exigidas y sometidas a evaluaciones, incluso dentro del propio grupo de trabajadoras.

Un fragmento extenso del testimonio de Luciano puede ayudarnos a comprender esta dimensión del trabajo de cuidado de enfermería:

“Mirá, enfermería..., la fundadora es la Florence Nightingale, que es una mujer de muchísima plata que fue a la guerra y que ayudaba a los soldados en la guerra, pero en realidad enfermería es estar con el paciente, darle la mano, darle la contención emocional, sacarle el dolor del alma; porque para el dolor de alma no hay medicación, para darle contención emocional no hay medicación, es estar, charlar, observarlos. Cuántas veces yo me he puesto a llorar, ver abuelitos o pacientes con algunas secuelas, los he visto y he discutido y también así me he peleado mal, muy mal. Ver que la paciente agarra la cuchara y quiere comer, pero nadie la ayudaba y decía: -"Loco, ¿no te das cuenta que no puede comer? Ayúdala, por favor, ayudala". Me acuerdo muchísimo de eso, entonces fui yo y le di de comer, y se ponen a llorar, porque dicen: -"Quiero agua". Eso para mí es enfermería, que es mucho más, que, por supuesto tiene mucho que ver las técnicas que tenemos que usar para cumplir o realizar un procedimiento, desde saber poner un suero, no te creas que... hay enfermeras, yo digo: -"Chicas, paren la mano, déjense de joder". Les ponen un lazo a las abuelitas, le pinchan dos, tres; vienen y te dicen: -"No le puedo poner la vía". Hay que aprender, hay que saber cómo se pone una sonda. Son procedimientos que te los enseñan, pero no es que no lo quiera aprender, lo saben, pero no tiene ganas. Entonces no sé si te dije bien, para mí enfermería es el hecho de ir y que la cama esté bien armadita o la sonda bien colocada. Por supuesto que para mí el paciente tiene que tener una cama bien hecha con las sábanas estiradas y tenerlo contento, porque el paciente que está en una cama no es porque está de vacaciones, porque si estuviera de vacaciones, estaría en otro lado, no estaría ahí” (Luciano, Licenciado en Enfermería, Clínica Privada, Cirugía General, junio 2019)

El compromiso con la persona a la que se le brindan cuidados aparece como uno de los componentes más valorados en la mayor parte de las entrevistas realizadas. En el extenso fragmento de la entrevista a Luciano podemos registrar que, en un primer momento, explicita aspectos que considera centrales de la enfermería. Para ello evoca la figura de Florence Nightingale máxima representante de la enfermería moderna y, quien, pese a tener un buen pasar económico, dedicó su vida al cuidado de enfermos y heridos. En un segundo momento, Luciano menciona los conocimientos científico-técnicos que debe tener quien realiza tareas de cuidado, pero enfatiza en un punto: la enfermería es “*mucho más que eso*”, es decir las competencias que se necesitan para “ser-enfermera/o” exceden a la mera formación técnica. Enfermería “*es estar con el paciente*”, “*darle la mano*”, “*darle la contención emocional*”. La enfermería se encarga entonces de “*calmar el dolor*”, pero no cualquier dolor -como el dolor físico que puede tratarse con medicación- sino el dolor como la expresión de un sentimiento más profundo que vivencia quien sufre: “*el dolor del alma*”. El componente de “trabajo emocional” que poseen las labores de enfermería se expresa en esa capacidad de incidir o transformar estados emocionales de las personas -como el sufrimiento-, sobre todo entre quienes vivencian situaciones de gran vulnerabilidad y dependencia. Mitigar el

sufrimiento a partir de la empatía, la contención emocional y el registro de su padecimiento pasan a conformar una parte importante de las competencias profesionales de la enfermería.

En el testimonio de Luciano, incluso, podemos ver que ante las necesidades materiales de los pacientes (de alimentación, hidratación, higiene y confort) la tarea del enfermero/a no solo se limita a atender esas demandas sino también a anticiparse: que la cama esté bien armada, las sábanas estiradas, etc. Como el sufrimiento a simple vista “no se ve”, hay que aprender a registrarlo y para ello hay que esforzarse. Para jerarquizar la dimensión emocional de su trabajo, él rememora distintos eventos del cotidiano en donde, a partir de la evaluación de las formas en que realizan sus tareas otras compañeras, puede mostrar cuál sería la forma incorrecta de brindar cuidados: no percibir que una anciana necesita ayuda para alimentarse, realizar procedimientos invasivos reiteradas veces, etc. Como plantea Pascale Molinier (2008) para aliviar el sufrimiento es necesario saber anticiparse a la demanda de la persona en cuestión, mostrarse predispuesta y activa para responder a esas necesidades. Esta anticipación puede llevarse a cabo mediante acciones y gestos comunes y corrientes, tales como dejar un vaso de agua cerca. La preocupación por el confort psicológico del Otro está siempre implicada en las labores de enfermería: tratar de no incomodarlo, respetar su pudor, no generarle sentimientos de vergüenza, evitarle la humillación de la dependencia (como vimos en el Capítulo V).

A su vez, registrar la necesidad de Otro antes de que la mencione o bien aprender a calmar el dolor de quien sufre implica un proceso de aprendizaje que aparece en tensión en el testimonio de Luciano: si bien menciona que aprender a colocar correctamente una sonda representa un procedimiento técnico que requiere de enseñanza y práctica; también señala que es necesario tener cierta predisposición personal para realizar correctamente ese tipo procedimientos, que va *más allá* del conocimiento técnico que se requiere: “*lo saben, pero no tienen ganas*”, cuestiona Luciano.

El imperativo detrás de *amar lo que se hace*, esa necesidad de dar muestras de predisposición hacia el Otro, configura una disposición personal hacia el cuidado que será permanentemente evaluada por las propias enfermeras en distintas prácticas que hacen a la experiencia cotidiana. Aquí resulta importante señalar las comparaciones, las clasificaciones y las diferenciaciones que efectúan las enfermeras al interior del propio grupo. Es decir, los esfuerzos que realizan para distinguir su trabajo -y en muchos casos el trabajo de sus compañeras más cercanas- como las formas correctas de ejercer la profesión en contraposición con lo que sucede en otros turnos, sectores e incluso otras clínicas. Para ello podemos incluir los interesantes aportes de Beverly Skeggs (2019), quien en su investigación

sobre mujeres de sectores populares estudia los procesos que hacen a la construcción de una disposición al cuidado. La autora plantea que para que esto suceda debe darse un involucramiento personal que permite construir posiciones subjetivas e identificaciones:

“Ser una persona cuidadora [*caring person*] implica tener que dar pruebas de responsabilidad asumiendo ciertos rasgos de personalidad como la ausencia de egoísmo. La responsabilidad, uno de los significantes clave de la respetabilidad, se demuestra a través de formas de presentación del sí, a través de la conducta y los modales, o través del cuidado y los deberes con los demás (...) El sí cuidador es una producción dialógica: no puede producirse sin actos de ayuda a los otros (2019:102).

De esta forma, resultará difícil “cuidar a Otros” sin preocuparse por ellos y, por lo tanto, para ocuparse de esos Otros hay que incorporar ciertas disposiciones personales que hacen a una *buena enfermera*. Cuidar implica la asimilación de prácticas concretas que no pueden separarse de los sentimientos personales. Las enfermeras son evaluadas y evalúan las prácticas de otras compañeras por su capacidad de sentir, por las respuestas afectivas y emocionales que brindan, en tanto expresan un *saber-ser-enfermera*. Como sostiene Pascale Molinier (2019):

“el reconocimiento entre pares se desarrolla en el ejercicio mismo de esta comunidad de sensibilidad, mediante los relatos que la constituyen como tal, y a través de los cuales se elaboran las reglas del oficio que permiten arbitrar lo que pertenece o no al “*buen trabajo*”” (2019:198)

Ahora bien, a diferencia de otras tareas que son cuantificables o medibles, las acciones de cuidado vinculadas a las emociones resultan difíciles de objetivar: ¿con cuánto amor trató una enfermera a un paciente? ¿qué tan cordial fue al referirse a un familiar? ¿qué tan preocupada estaba por su atención? ¿cuán responsable fue? Para describir estas experiencias sensitivas apelan a reconstruir escenas cotidianas del trabajo, especialmente escenas donde pueden vislumbrar formas de relacionarse y de tratar a los pacientes.

Para ejemplificar esta cuestión podemos retomar nuevamente las entrevistas realizadas a Karina, quien se desempeña en los sectores de pediatría y neonatología. El turno mañana está conformado por un equipo de enfermeras que trabajan conjuntamente desde hace varios años. Tanto en la narrativa de Karina como en la de otras enfermeras que trabajan en este tipo de servicios, se remarca la especificidad que reviste el trabajo cuando el sujeto de cuidado es un/a niño/a, resaltando que la comunicación y la relación de cercanía que se construye con ellos son aspectos fundamentales. Los/as niños/as, a diferencia de los adultos, tienen más dificultades para comunicar su sintomatología o para expresar otras necesidades

vinculadas a su internación, lo cual hace que las enfermeras deban estar “*más atentas*” a las expresiones no verbales. A su vez, la dimensión afectiva de la práctica de cuidado se vuelve “*muy fuerte*”: si un adulto puede comprender cuál es el fin de una intervención invasiva sobre su cuerpo, el paciente pediátrico “*necesita de la proximidad y también necesita saber que uno no viene a lastimarlo, que viene para cuidarlo, para ayudarlo a que se sienta mejor, para que ese cuerpito sane*”. El miedo ante los tratamientos invasivos, las manifestaciones de dolor y/o incomodidad, la imposibilidad de comprender la situación en la cual se encuentran, son aspectos que hacen a la particularidad de los cuidados en pediatría. Registrar la dimensión afectiva como parte del campo de acción de la enfermería, resulta entonces un aspecto sumamente valorado por las enfermeras:

“K- Tengo unas compañeras de pediatría que son increíbles, realmente.... y hace poquito tuve una nena que se cayó y estaba internada en el mismo piso en la parte de adultos y nosotras desde que entramos a una habitación es un juego viste... ”- ¡Hola amiga, ¿cómo te llamas? Pa-pa-pa [sonido que imita una secuencia de acciones]”, ya interactúas con una criatura de una manera. Y en este caso fui al sector de adultos, entró la enfermera y no me reconoció porque yo estaba con el pulóver no tenía el ambo puesto, y la enfermera entró como si nada, ni buenas tardes dijo... Y yo dije... ni siquiera - “Hola me llamo fulanita” ¿viste? nada ...

E- ¿No se presentó...?

K- Nada... y yo digo como un mundo de diferencia en un mismo piso atienden de dos maneras completamente diferentes... ¿hay de todo no? (...) A veces los papás vienen con situaciones de mucha violencia porque los han tratado mal y para mí el desarme es: - “¿En qué te puedo ayudar?” o sea, yo entiendo, estás mal, estás enojado, ahora en este momento - “¿Qué puedo hacer por vos?”, estoy de tu lado (...) Por eso el equipo es tan importante. En la parte donde yo estoy hay una urgencia y estamos todos, tenés todo, todas las que estamos, estamos, bancándonos, llamando al médico, puteando, buscando una máscara, lo que sea, lo que haga falta, corremos con el carro de paro, lo que sea, estamos todas y eso es una característica del turno mañana.” (Karina, Técnica en Enfermería, Clínica Privada, Pediatría y Neonatología, noviembre 2019)

Karina marca diferencias en los gestos y las conductas de su grupo frente a las enfermeras que se desempeñan en otros turnos y servicios de la clínica. Para realizar estas distinciones describe las formas de interactuar y el trato que tienen sus colegas de otros sectores para con las personas internadas: enfatiza que no saludan ni preguntan el nombre del paciente al ingresar a una habitación, contrapone un tono de voz amigable con la apatía. Es decir, narra una serie de acciones concretas que suceden en el cotidiano laboral y que podrían pensarse como apenas perceptibles pero que hacen a la evaluación de los cuidados que brindan las enfermeras. En su relato también podemos observar la importancia que revisten las muestras de predisposición y/o de ayuda a Otros, sea hacia los pacientes o hacia el entorno cercano de quienes se encuentran internados. Aquí, ponerse en el lugar del Otro

implica comprender que los familiares de las personas internadas -especialmente quienes tienen hijos/as pequeños/as -, vivencian situaciones de gran emocionalidad que, incluso, pueden derivar en malos tratos hacia las propias trabajadoras, pero que deben comprenderse en ese contexto de vulnerabilidad. A su vez, Karina establece distinciones respecto a la forma de ejercer la enfermería en su sector y turno a partir de jerarquizar el trabajo en equipo, el compañerismo y la orientación hacia el paciente, especialmente en casos de urgencia. La predisposición hacia el Otro no solo debe mostrarse en el vínculo que las enfermeras tienen con sus pacientes y/o sus familias sino también con sus propias compañeras.

De esta manera, más allá de que sea difícil visibilizar y/o estandarizar los modos en que lo afectivo se hace presente en la práctica de cuidado concreta, es posible reconstruir ciertas significaciones sobre cuál es el *deber-ser* de la enfermería. Esas reglas del oficio y esos límites entre lo “correcto” y lo “incorrecto”, se construyen a partir de las clasificaciones permanentes de las prácticas de cuidado que realizan, tanto ellas mismas como sus colegas.

En los relatos de Karina y Luciano, pero también en los de Eva y María, podemos observar cómo las enfermeras evalúan sus prácticas cotidianas y las de sus compañeras, las *formas de hacer* el trabajo, pero también evalúan cuáles son las competencias profesionales que debería tener una enfermera y, por tanto, ciertos modos correctos de *ser-enfermera*. Allí las expresiones afectivas cobran un rol central. Las enfermeras entonces forman parte y construyen cotidianamente una ética común o lo que Molinier (2018) denomina una “comunidad de sensibilidad”. Las experiencias sensibles son orientadas por determinadas reglas del sentir, es decir en códigos morales que establecen ciertas maneras de actuar y de juzgar lo que está bien y lo que está mal, lo que debo sentir y lo que tengo que sentir cuando se trabaja en el cuidado de la salud de un Otro. En este sentido, el amor, la sensibilidad y todo lo que ello representa, son aspectos que se encuentran en los orígenes de la ocupación y que aún constituyen orientaciones respecto de cómo debería concebirse el sentir(se)-enfermero/a.

Todo esto permite señalar que los sentimientos en el trabajo de enfermería no pueden catalogarse como expresiones individuales o íntimas, universales o dadas por cierta naturaleza humana vinculada al género, sino que son materia de una expresión socialmente reglada (Sirimarc & Spivak L’Hoste, 2018) e implican un proceso activo de construcción que se da en un marco de relaciones específicas, en este caso dentro de un marco laboral/profesional. Como señalamos anteriormente, el trabajo con los sentimientos – la posibilidad de elaborarlos, de gestionar la emocionalidad propia y ajena- implica un arduo proceso de aprendizaje que se da en el marco de la socialización profesional, un proceso que

involucra distintos actores, momentos y espacios de las trayectorias de las enfermeras. Además, vemos que esos sentimientos están sujetos a ciertas reglas del sentir: las enfermeras elaboran sus emociones recurriendo a normas, expectativas, creencias, juicios, significados, es decir, apelando a catálogos emocionales (Hochschild, 2008). Si la forma correcta de hacer las tareas y de mostrar aptitudes para ser-enfermera implica dar pruebas de “*amar*”, tanto respecto de lo que se hace por el paciente como por la profesión -en un sentido más amplio-, las enfermeras serán evaluadas por su capacidad de sentir. Aquellas trabajadoras cuyos sentires no cuadran del todo con estas normativas pueden dudar de sus motivaciones, desistir de las tareas o tener que realizar un profundo trabajo emocional para reparar sus deficiencias en esta dimensión central del *ser-enfermeras*, en decir en el sentir.

6.4 Conclusiones parciales

En el trascurso de este capítulo mostramos que para comprender la *multidimensionalidad* del trabajo de enfermería debemos partir de una premisa fundamental: si estamos ante una actividad orientada al cuidado de la salud de Otro, no podemos escindir su dimensión material y/o técnica de su dimensión afectiva-emocional. Los sentimientos tienen entonces un rol analítico fundamental y explican muchas de las aristas que hacen al trabajo de cuidado en enfermería.

Ahora bien, a lo largo del capítulo, no hicimos un uso abstracto de las emociones, o las reducimos a la psicología de los sujetos o a una mera expresión de estados interiores y/o situados en el plano de la irracionalidad. Es decir, no buscamos estudiar la naturaleza del temor, el dolor, la culpa, el amor o la satisfacción sino comprender cómo esas emociones y afectos encarnan en lógicas de acción particular, en tanto expresan relaciones sociales (Sirimarco y Spivak L'Host, 2018). Ahondar en las experiencias sensitivas de las enfermeras nos permitió mostrar que los sentimientos no pueden definirse de antemano, sino que es necesario reponer el contexto y el momento en el cual se producen. En última instancia, la positividad o negatividad de determinados sentimientos recae en la posibilidad de aumentar u obstaculizar la capacidad de pensar y de actuar en las circunstancias de la afección por parte de los sujetos (Losiggio, 2017).

En el trabajo de campo encontramos que situar el manejo de las emociones -tanto propias como ajenas- dentro de las competencias específicas de la enfermería, permitió resignificar experiencias dolorosas vinculadas al trabajo de cuidado de pacientes y así transformar la angustia inicial en acción, en tanto la gestión de las emociones pasó a ser percibido como parte del campo de intervención profesional. En este sentido, vimos que las

emociones no representan estados estáticos ni inmutables, sino que ante determinadas situaciones las enfermeras pueden experimentar sensaciones que las paralizan o las afectan negativamente, pero si cuentan con ciertos recursos subjetivos y/o profesionales pueden construir acciones para (re)elaborar y/o resignificar esas sensaciones iniciales. A su vez, los procesos de elaboración y gestión de las emociones no son contingentes o naturalmente dados, sino que siguen determinadas reglas del oficio que configuran *formas del sentir* en el trabajo de cuidado en enfermería. Para elaborar dichos sentimientos es necesario atravesar un arduo proceso de aprendizaje que conlleva tiempo y que no se da individualmente sino de manera grupal en el marco de la socialización profesional. Incluso lograr gestionar las emociones tanto propias como ajenas no representa un proceso que se da de una vez y para siempre, sino que involucra experiencias diversas y contradictorias. A lo largo del capítulo mostramos que para gestionar emociones inicialmente negativas como el temor o la culpa las enfermeras despliegan acciones y construyen estrategias de cuidado y autocuidado. Asimismo, para sobrellevar las contradicciones que emergían de sus experiencias laborales y familiares, las trabajadoras realizaban negociaciones morales para responder a las demandas que provenían de ambas esferas. Finalmente, señalamos que en la experiencia del trabajo de enfermería los afectos vinculados al amor aparecen entrelazadas a otros sentidos que históricamente han sido asociados con esta ocupación como la abnegación, la entrega y el servicio. Esa predisposición hacia el Otro puede derivar en que las enfermeras soporten situaciones que las sobrecargan. No obstante, no todo es abnegación o pasividad. Las enfermeras también sustraen de su trabajo cierto placer, en tanto es necesario sentir cierta empatía con el sufrimiento del Otro y lograr satisfacción al calmar ese sufrimiento (Molinier, 2008).

De esta forma, las trabajadoras de enfermería dan pruebas permanentes de predisposición y, por ende, de responsabilidad hacia ese Otro que cuidan, lo cual implica mostrar ciertos rasgos de personalidad, es decir ciertas conductas y modales para con los demás. En esas acciones cotidianas no solo se presentan ante los Otros como “saber-hacer” determinadas prácticas sino también un “deber-ser” de la enfermería, en un sentido más amplio. El trabajo de cuidado en enfermería entonces involucra una fuerte dimensión afectiva al punto de dejar *huellas* subjetivas profundas que se expresan en las *formas de sentir* y en lo que *deben sentir* al desarrollar la profesión. Las enfermeras son evaluadas y evalúan las prácticas de otras compañeras por esa capacidad de sentir, es decir por las respuestas afectivas y emocionales que brindan. Los sentimientos que *debe* poseer una enfermera entonces no son naturales ni universales, sino que se configuran a partir de

determinadas reglas, significaciones que son aprendidas, compartidas y permanentemente (re)elaboradas por el grupo y hacen a esa “comunidad de sensibilidad” (Molinier, 2018) de la cual forman parte.

Conclusiones finales

A lo largo de los capítulos que integran esta tesis, realizamos un análisis situado y procesual que nos permitió registrar la especificidad de las experiencias de enfermeras que se desempeñan en instituciones de salud privadas de la ciudad de La Plata, en el periodo 2018-2021, con el objetivo de comprender la *multidimensionalidad* del trabajo de cuidado en enfermería.

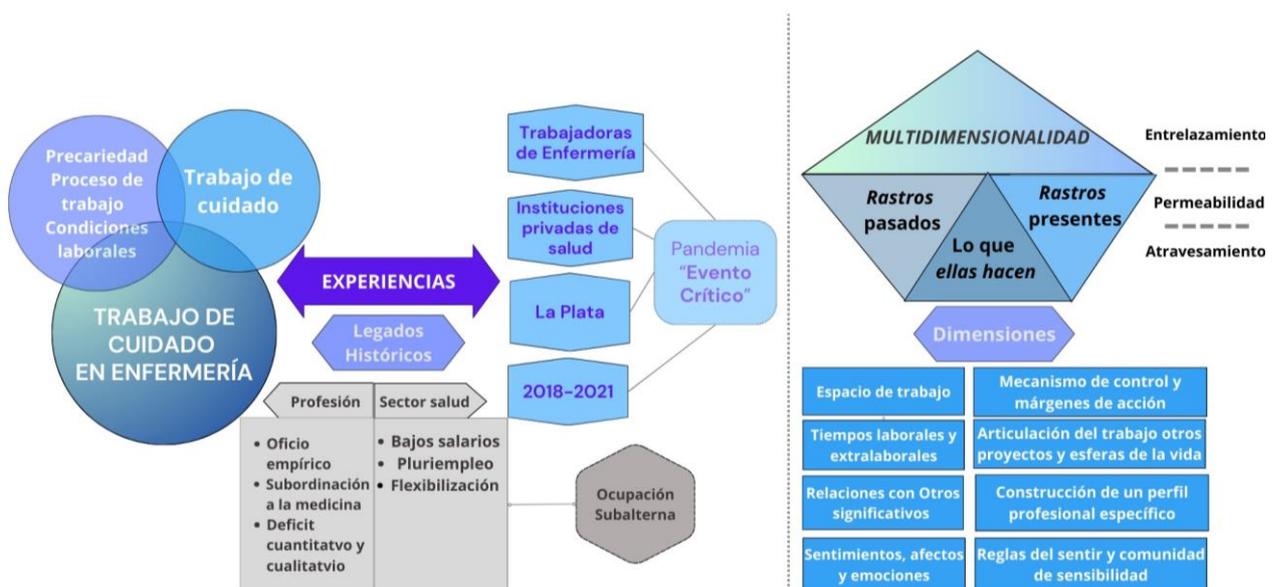
En la introducción señalamos que utilizaríamos la metáfora de las *huellas del cuidado* para sintetizar en una imagen conocida un planteo más extenso que nos permitía describir una serie de características que configuran a nuestro objeto de estudio. En este sentido, si bien la definición de *huella* tiene distintas acepciones quisiéramos referirnos a una serie de aspectos generales del término que abonan a la construcción de los principales aportes presentes en las conclusiones. Una *huella* entonces remite a lo sedimentado, a una impresión profunda y duradera que permanece pese a sufrir modificaciones a lo largo del tiempo y que está compuesta por distintas capas. Esa impresión, al relacionarse con la superficie donde se apoya, deja un rastro es decir un vestigio sobre ese algo o alguien. Por último, si bien la idea de *huella* hace referencia a un rastro que puede ser compartido por quienes lo poseen cada una de ellas reviste ciertas especificidades que la hacen particular y la diferencian de otras.

La metáfora de las *huellas* vinculada esencialmente a la idea de *rastros* -pasados, presentes y compartidos, pero también singulares- nos permite retomar tres aspectos centrales que ordenan las conclusiones de esta tesis y presentan las dimensiones que construyen la idea de la *multidimensionalidad* del trabajo de cuidado en enfermería⁹¹. En primer lugar, bajo la idea de *rastros pasados -o que permanecen-*, ahondaremos en el lugar que poseen los legados históricos del trabajo de enfermería y cómo esos elementos persisten pese al paso del tiempo y se reactualizan en el presente. El trabajo de enfermería es *multidimensional* porque en dicha actividad se expresan rastros del pasado, legados vinculados a la profesión y al trabajo en el sector salud que explican muchos aspectos de lo que sucede en el día a día. Esta idea entonces nos permite desarrollar aquello que se imprime y deja rastros en las experiencias de las trabajadoras de enfermería; aquello que, pese al paso

⁹¹ En la tesina de grado presentada para la obtención del título de Licenciada en Sociología (FaHCE-UNLP, año XX) utilizamos la idea de las *marcas del trabajo* para analizar cómo la organización del proceso laboral en las instituciones privadas de salud impactaba en el bienestar de los/as trabajadores/as. Utilizamos esta metáfora para describir de qué manera el trabajo dejaba *marcas* en los sujetos, es decir rastros o identificaciones que permitían describir las condiciones laborales y los riesgos para la salud. En la tesis doctoral indagamos desde otros prismas teóricos y metodológicos sobre el trabajo de cuidado en enfermería, cuestión que nos llevó a *desplazarnos* de la idea de *las marcas del trabajo* a la metáfora de *las huellas*.

del tiempo y los movimientos, permanece. En segundo lugar, retomaremos la idea de *rastros presentes* para, por un lado, argumentar que el trabajo de cuidado en enfermería deja ciertos vestigios en las biografías de quienes lo realizan. El trabajo de enfermería es *multidimensional* porque no pasa inadvertido en las vidas de quienes ejercen estas tareas de cuidado de la salud, sino que deja marcas subjetivas más o menos profundas y/o visibles. Por otro lado, señalaremos que esta actividad está entrelajada a otras esferas de la vida de las enfermeras. Por esta razón, afirmamos que es importante estudiar lo que sucede “dentro” y “fuera” del espacio laboral y los intercambios que se generan. Planteamos entonces que el trabajo de cuidado en enfermería es *multidimensional* porque se vincula con otras aristas y tiempos de la vida hasta el punto incluso de alterarlas y/o generar experiencias conflictivas. Por último, ahondaremos en lo que *ellas hacen*, incluso de manera contradictoria, con esos *rastros* que condicionan su accionar, es decir con los legados históricos que pesan sobre su profesión y con los vestigios que el trabajo de cuidado en enfermería deja en sus vidas, tanto a nivel subjetivo como en otras esferas cotidianas. A su vez, queremos resaltar que cada uno de los elementos analíticos que integran las conclusiones de esta tesis comparten una serie de características, es decir en cada uno de esos rastros podemos encontrar entrelazamientos, permeabilidades y atravesamientos entre las distintas dimensiones que configuran la *multidimensionalidad* del trabajo de cuidado en enfermería. Este planteo puede observarse en el siguiente esquema:

Esquema de Síntesis Final – La *multidimensionalidad* del trabajo de cuidado en enfermería



Fuente: Elaboración propia

Antes de sistematizar los aportes analíticos, quisiéramos resaltar que la tesis también construyó evidencia que contribuye a los estudios empíricos sobre la enfermería en tanto grupo laboral y, en particular, al conocimiento de las dinámicas que posee esta actividad cuando se realiza en instituciones del subsector privado de salud. A lo largo de los capítulos mostramos la especificidad que reviste el trabajo de cuidado en enfermería cuando se encuentra permeado por lógicas propias del empleo privado, pero también señalamos algunos diálogos con el subsector público de seguridad social donde se expresa la organización político-administrativa y financiera del sistema de salud argentino. En este marco, también aportamos evidencia para profundizar en las características que posee el subsector privado de salud en la ciudad de La Plata, capital de la provincia de Buenos Aires y región sanitaria de referencia y cómo esas características configuran experiencias laborales específicas. Asimismo, el recorte temporal de la tesis nos permitió conocer las implicancias que tuvo la pandemia por COVID-19 en las instituciones de salud y en las condiciones laborales de enfermería en particular, es decir en uno de los grupos protagonistas en el abordaje de la emergencia sanitaria. En este sentido, mostramos no solo las transformaciones sino también las continuidades de una serie de problemáticas laborales preexistentes en el sector y ahondamos en las consecuencias que la emergencia sanitaria tuvo en otras aristas de la vida de las enfermeras.

Rastros pasados -o rastros que permanecen-. El trabajo de cuidado en enfermería y los legados históricos

A lo largo de la tesis, además de realizar un análisis situado que nos permitió registrar las experiencias específicas de las trabajadoras de enfermería que se desempeñaban en instituciones privadas de salud de La Plata en el período 2018-2021 también adoptamos una mirada procesual que derivó en la incorporación de la dimensión temporal como clave analítica. Argumentamos entonces que para comprender la *multidimensionalidad* del trabajo de cuidado en enfermería no solo debíamos situarnos en el tiempo presente, sino que era importante registrar aquellas dinámicas que evidenciaban temporalidades más amplias. Concretamente, reconstruir el estado del arte sobre el desarrollo profesional de esta ocupación y sistematizar aquellas investigaciones que ahondaban en las características estructurales del trabajo en sector salud, nos permitió reconocer los elementos que hacían a la dimensión temporal en nuestra investigación.

A su vez entendimos que dichos procesos se daban en un marco de relaciones sociales y de poder que involucraban a distintos actores y grupos que ocupaban distintas posiciones

y roles dentro del campo de la salud. Los legados históricos que atravesaban a la enfermería se daban en un marco de relaciones con Otros significativos. En este sentido, en las vivencias cotidianas de las enfermeras y en las relaciones con otros grupos se evidenciaba un rasgo central que permeaba las experiencias de estas trabajadoras: el hecho de ocupar una posición social subalterna. Es decir, la precariedad de sus condiciones laborales, la subordinación profesional y la desvalorización de las tareas hacían del trabajo de cuidado en enfermería una experiencia compartida y fuertemente interiorizada.

No obstante, si partíamos de considerar a la enfermería como una ocupación subalterna debíamos profundizar en los aspectos que considerábamos centrales para comprender esa subordinación y plantear el lugar que dichos elementos tendrían en nuestro campo empírico. De esta forma, a lo largo de los dos primeros capítulos de la tesis, describimos y jerarquizamos una serie de rasgos que definimos como legados históricos del trabajo de cuidado en enfermería. A partir de una reconstrucción cronológica del proceso de profesionalización de la enfermería, de documentos oficiales y de datos sobre el sector mostramos, por un lado, que en los legados históricos se entrelazaban elementos vinculados a las desigualdades de clase y de género propias de las actividades de cuidado y también se ponían en juego aspectos específicos del inacabado proceso de profesionalización de la ocupación. Por otro lado, describimos una serie de problemáticas laborales persistentes dentro del sector salud y en las condiciones laborales que actuaban como condicionamientos estructurales. Concluimos entonces que para analizar la *multidimensionalidad* del trabajo de cuidado en enfermería debíamos considerar la dimensión temporal y procesual, es decir los legados históricos que se presentan como rasgos permanentes y configuraron el lugar subalterno de la enfermería, tanto en términos profesionales como laborales.

Vimos también que los esfuerzos que realizaban las enfermeras para ser reconocidas como un grupo profesional con conocimientos específicos, las referencias y las comparaciones permanentes con otras profesiones consolidadas dentro del campo de la salud y los sentidos vinculados a la vocación, a la entrega y al servicio eran elementos que aparecían una y otra vez en las narrativas de las enfermeras. Comprendimos que esos elementos no solo remitían a un momento o situación específica de su trabajo, sino que dialogaban con procesos históricos más amplios. Concretamente, las referencias a sus propias trayectorias profesionales y/o la utilización de términos nativos para describir determinadas situaciones no eran meras referencias y/o anécdotas, sino que aparecían reiteradamente en nuestro campo y, por lo tanto, nos decían *algo más* del trabajo de cuidado en enfermería. La subordinación profesional de este grupo era una experiencia compartida

que no solo atravesaba las trayectorias personales sino también a la ocupación como un *todo* y tenía su correlato en el plano laboral concreto. Los legados que recaían sobre la profesión entonces se entrelazaban con rasgos estructurales vinculados a la organización del sistema de salud y a las condiciones de precariedad laboral dentro del sector. Es decir, muchas de las experiencias de las enfermeras no solo debían ser leídas en términos de su desarrollo profesional, sino que también debían ser situadas a un marco de condicionamientos sectoriales y laborales propios de una ocupación feminizada. Las formas de organización del sistema de salud en La Plata, las particularidades del subsector privado y de las condiciones laborales de enfermería eran rasgos que explicaban muchos de los problemas que atravesaban a este colectivo de trabajadoras.

Sin embargo, esos legados no constituían elementos meramente descriptivos y/o anclados en un tiempo pasado, sino que configuraban una serie de rasgos más o menos permanentes que caracterizaban a este grupo. Tampoco podían ser interpretados como un “telón de fondo” donde trascurrían las acciones, sino que representaban un marco de condicionamientos en los cuales, y a partir de los cuales, las enfermeras construían esas acciones e interpretaban distintos aspectos de su trabajo cotidiano. Los rasgos estructurales de la profesión y del sector configuraban entonces las posiciones que serían habitadas por las enfermeras y, por lo tanto, actuaban como condicionamientos que limitaban, posibilitaban y/o vehiculizaban las estrategias que las trabajadoras podían desplegar y también las lecturas que hacían de las situaciones que las interpelaban.

Asimismo, argumentamos que en esos legados históricos se entrelazan diversos elementos que permean al trabajo de cuidado en enfermería y que, a la par, vehiculizan y/o permiten construir imaginarios sobre la ocupación. Señalamos entonces que las posiciones que habitan las enfermeras son socialmente construidas y, por ende, se encuentran cargadas de valoraciones. Es decir, sobre las distintas posiciones se construyen representaciones y/o imaginarios y, por ende, tareas, roles y cualidades que se esperan de quienes habitan esos lugares. Las enfermeras conviven en el día a día con las representaciones que otros actores significativos del campo de la salud tienen sobre lo que *hacen* o sobre lo que *deben hacer*. En muchos casos, esos imaginarios se transforman en juicios— que pueden ser reales o imaginarios—con los que las enfermeras dialogan y/o discuten para generar procesos de identificación y/o de diferenciación respecto de otros grupos laborales. En este sentido, argumentamos que las trabajadoras de enfermería interpretan muchas de las situaciones vinculadas a su trabajo a partir de los legados históricos que recaen sobre su profesión, es

decir son conscientes de la posición de subalternidad que posee la enfermería y leen sus experiencias cotidianas en esa clave.

A su vez, a lo largo de la tesis, mostramos que las enfermeras respondían a los roles socialmente contruidos sobre sus tareas, al tiempo que disputaban ciertas atribuciones que las colocaban en un lugar subordinado. Se generaban así diversos procesos por medio de los cuales escapaban o resistían a las clasificaciones que las ubicaban en determinadas posiciones y/o roles. Por ejemplo, al momento de analizar los mecanismos de control que tensionaban las experiencias de las enfermeras encontramos que muchas de las exigencias que recaían sobre sus labores no sólo eran interpretadas a partir de las condiciones de trabajo presentes, sino que también dialogaban con el inacabado proceso de profesionalización de la enfermería y con demandas por el reconocimiento de su rol como profesionales de la salud. La experiencia compartida de subordinación y precariedad laboral habilitó una lectura más amplia de los sucesos del tiempo presente, ya que conllevaba significaciones profundas que discutían con problemáticas y reclamos históricos de la profesión como un todo.

De esta forma, concluimos que los legados históricos pueden ser interpretados como rastros que permanecen al punto de atravesar las experiencias del presente. El trabajo de enfermería es *multidimensional* porque allí se expresan y reactualizan elementos vinculados al proceso de profesionalización de la enfermería y a las condiciones laborales dentro del sector salud. Dichos legados constituyen rastros profundos que prevalecen pese al paso del tiempo y a las condiciones particulares de ejercicio de la actividad y bajo determinadas circunstancias y condiciones se reactualizan en las experiencias cotidianas de las enfermeras que son objeto de esta investigación.

Rastros presentes. El trabajo de cuidado en enfermería y los compromisos subjetivos e intercambios con otras esferas de la vida

Para profundizar en los *rastros presentes* que configuran la *multidimensionalidad* del trabajo de cuidado en enfermería nos referiremos a dos cuestiones, en primer lugar, ahondaremos en los compromisos subjetivos que demanda el ejercicio de estas tareas; allí profundizaremos en el lugar que poseen los aspectos emocionales, afectivos, relaciones y éticos implicados en el cuidado de Otro. En segundo lugar, analizaremos el vínculo entre el trabajo de cuidado en enfermería y otras esferas de la vida de estas trabajadoras, ahondaremos en los intercambios y los conflictos que derivan de las exigencias de los distintos ámbitos.

Rastros y compromisos subjetivos. *Saber-ser-enfermera*

Posicionar a la enfermería como un trabajo organizado en torno al cuidado de un Otro implica rescatar que estamos ante una actividad centrada en la atención de quienes atraviesan situaciones de vulnerabilidad e interdependencia. En este sentido, para cuidar la salud de las personas internadas las enfermeras movilizan una serie de saberes y habilidades que van más allá de las acciones materiales y/o científico-técnicas sobre el cuerpo del paciente puesto que en el proceso de atención de la salud-enfermedad se involucran otras dimensiones de índole emocional, afectiva y relacional.

En el trabajo cotidiano, las enfermeras deben aprender a manejar los sentimientos de Otros (pacientes, familiares, allegados) para lograr transformar y/o producir estados emotivos que contribuyan al proceso de atención-cuidado. Sin embargo, para poder incidir en esas dimensiones del ser humano, no solo deben manejar los sentimientos expresados *hacia* y *para con* esas otras personas, sino que también deben elaborar sus propias emociones, es decir tramitar *todo eso que les pasa* cuando se enfrentan a situaciones que pueden afectarlas subjetivamente. De esta forma, argumentamos que en el accionar cotidiano, las trabajadoras del cuidado realizan importantes esfuerzos para manejar sus sentimientos y así volverlos apropiados y/o adecuados a lo que se espera de una profesional de la salud en un contexto laboral específico. Decimos entonces que el trabajo de cuidado de enfermería permea la subjetividad de quienes lo realizan hasta el punto de comprometer sus emociones; se convierte entonces en una experiencia sensitiva que atraviesa el plano de los sentimientos y repercute en la capacidad de afectar a Otros y, en ese movimiento, de ser afectadas. En el día a día, las enfermeras deben aprender a lidiar con las emociones que su trabajo genera para tematizarlas como parte de las competencias específicas de la profesión y así evitar verse comprometidas negativamente por los esfuerzos emocionales que realizan.

De esta forma, analizar el rol de las emociones y los afectos en el trabajo de cuidado en enfermería nos permitió discutir con las interpretaciones que naturalizan la predisposición de determinados sujetos (especialmente mujeres) para realizar tareas de cuidado. A lo largo de los capítulos de la tesis, mostramos que las habilidades emocionales y afectivas son construidas social y profesionalmente e implican una posición activa de las personas. Las emociones no representan estados estáticos ni inmutables, sino que ante determinadas situaciones las enfermeras pueden experimentar sensaciones que las paralizan o las afectan negativamente, pero si cuentan con ciertos recursos subjetivos y/o profesionales pueden construir acciones para (re)elaborar y/o resignificar esas sensaciones iniciales. Es decir, para

gestionar los sentimientos que emergen en la relación de cuidado las trabajadoras atraviesan un arduo proceso de aprendizaje que conlleva tiempo y que no se da individualmente sino de manera grupal. Ese aprendizaje se da en el marco de la socialización profesional e involucra distintos actores, momentos y espacios de las trayectorias de las enfermeras y resulta de un proceso compartido y orientado por Otros. Afirmamos entonces que las expresiones afectivas representan una conducta, una modalidad que debe enmarcarse en determinadas relaciones sociales y conectarse con las actividades prácticas en las cuales cobran sentido y efecto. De esta forma, aportamos evidencia empírica para afirmar que los procesos de elaboración y gestión de las emociones no son propios de determinados sujetos, contingentes o naturalmente dados, sino que conllevan determinadas *reglas del oficio* que configuran ciertas *formas del sentir* propias del trabajo de cuidado en enfermería.

A su vez, argumentamos que reconocer al paciente como una persona que posee emociones, es decir reconocer que existen otras dimensiones que hacen a la atención de la salud y sobre las cuales es importante intervenir, permite construir procesos de identificación profesional. En un marco de relaciones con Otros, las enfermeras encuentran un lugar legítimo para su profesión a partir de posicionarse como el grupo que puede reconocer al paciente en su integralidad, que contempla los aspectos subjetivos y afectivos implicados en la práctica de cuidado de la salud. En el reconocimiento de la complejidad del ser humano, las enfermeras construyen un nosotros a partir de valorar la permanencia respecto de quienes están internados y el conocimiento de todo aquello que *“le pasa al paciente”* durante la internación. A la par, esa construcción de un sí-profesional de la enfermería permite marcar diferencias y distinciones respecto de grupos laborales presentes en las clínicas, principalmente con los profesionales médicos.

El componente afectivo y emocional del trabajo de cuidado también reviste una dimensión relacional que pone el acento en la condición de vulnerabilidad de ese Otro-paciente que necesita atención. Las enfermeras entonces construyen una posición de legitimidad y respetabilidad de sus tareas a partir de visibilizar que el tipo de vínculo que construyen con los pacientes es distinto al que pueden elaborar otros grupos profesionales. Es decir, se presentan así mismas como quienes establecen una relación de cercanía y permanencia con las personas internadas, aspecto que no solo permite reconocer a los sujetos en su totalidad, sino que también posibilita la incorporación de otras dimensiones centrales para el cuidado de la salud, que van más allá de las intervenciones científico-técnicas sobre el cuerpo biológico de las personas.

En este marco, las enfermeras delimitan un lugar de intervención legítimo y específico dentro de las instituciones de salud a partir de reconocer los aspectos emocionales, afectivos y relacionales implicados en la práctica de cuidado, lo cual también permite otorgarle un componente ético a la profesión. Reafirman la especificidad de su trabajo apelando a la capacidad de reconocer y dar respuesta a las necesidades de quienes sufren y/o de priorizar al paciente “*sobre todas las cosas*” lo cual se entrelaza con otros significados morales sobre las actividades que realizan. De esta forma, el énfasis en ciertas características históricamente asociadas a la enfermería -como el altruismo, el servicio, la vocación, etc.- implica una declaración de principios que permite construir una identidad profesional distintiva y legítima ante los Otros. Apelar a la dimensión ética, al componente moral del trabajo de cuidado que realizan permite a las enfermeras construir una *razón de ser* de su profesión y un reconocimiento mutuo en tanto colectivo. Decimos entonces que el trabajo de cuidado en enfermería es *multidimensional* porque involucra diversos saberes y habilidades que conjugan distintas dimensiones implicadas en el cuidado de la salud donde se entrelazan componentes emocionales, afectivos, relaciones e incluso éticos y morales.

En este punto, señalamos que una profesión no es sólo un conjunto de tareas y/o acciones, sino también un rol social donde las personas asumen ciertas posiciones y realizan lo que se espera de ellos. Mostramos entonces que las enfermeras apelan a los imaginarios sociales construidos sobre los trabajos de cuidado para construir un perfil profesional específico. De esta forma, si bien las representaciones vinculadas al componente sentimental de los trabajos de cuidado fue emparentado con sentidos asociados al servicio, la entrega y el altruismo, es decir sentidos que históricamente han contribuido a la desvalorización de las tareas de enfermería, en nuestro campo empírico encontramos que, en determinadas situaciones y circunstancias, las enfermeras apelan a esas cualidades de su trabajo para realizar inversiones y/o tensionar el lugar subalterno que posee la enfermería dentro de las instituciones de salud. En la construcción de un perfil legítimo ante los Otros las enfermeras realizan esfuerzos permanentes para visibilizar al tipo de personas que asisten en ese contexto laboral. Sin embargo, observamos que en esos *actos de entrega* hacia un Otro las enfermeras también realizan procesos de identificación profesional que aportan cierto grado de satisfacción y/o gratificación personal. Es decir, registrar las experiencias cotidianas de las trabajadoras de enfermería nos permitió concluir que detrás del compromiso o de la compasión respecto de quienes necesitan atención, hay maneras afectivas de encarar la tarea. En este sentido, afirmamos que las experiencias de orden sensible pueden entrelazarse con otros estados afectivos que permiten matizar ese costado vinculado al “sacrificio”. Tal como

señala Molinier (2006) en el trabajo de cuidado en enfermería también hay recompensas y satisfacciones, hay gusto por lo que se hace, hay placer en el trabajo, hay proceso de identificación con la profesión. Por ejemplo, cuando en nuestro campo encontramos que las enfermeras resaltan el componente ético o moral de sus tareas, ya sea al momento de acompañar situaciones límites como la muerte o bien al rescatar la utilidad social que tienen sus labores en contextos de emergencia sanitaria, también construyen sentidos positivos sobre el trabajo que impulsan su capacidad de accionar.

Ahora bien, en un marco donde los sentimientos para con Otros son aspectos fundamentales del trabajo, las enfermeras también serán permanentemente evaluadas por su capacidad de sentir y, por ende, por el compromiso personal que demuestren con la actividad que realizan. De esta forma, en el cotidiano, las trabajadoras deben dar prueba y mostrar que tienen ciertos rasgos de personalidad para realizar tareas de cuidado de la salud. Presentarse a sí-mismas como personas capacitadas para realizar labores de enfermería implica apelar a ciertas conductas y modales que se esperan de quienes cuidan a las personas que están bajo su responsabilidad. En concreto, las enfermeras son evaluadas y (auto)evalúan las prácticas de cuidado que realizan tanto ellas mismas como sus compañeras por su capacidad de sentir, es decir por las respuestas afectivas y emocionales que brindan, en tanto expresan ciertos rasgos de personalidad acordes con un *saber-ser-enfermera* que debe mostrar preocupación por el bienestar de ese Otro. Aquellas trabajadoras cuyos sentires no cuadran con estas reglas del sentir pueden dudar de sus motivaciones, desistir de las tareas que deben hacer o bien tener que realizar profundos esfuerzos emocionales para reparar sus deficiencias en términos del compromiso subjetivo para con la profesión.

De esta forma, concluimos que el trabajo de cuidado en enfermería es *multidimensional* porque exige compromisos emocionales y personales que no pasan inadvertidos, sino que dejan rastros en la subjetividad de quienes lo realizan. Para poder cuidar la salud de un Otro y presentarse a sí mismas como un grupo profesional responsable, las enfermeras deben dar pruebas de que poseen determinados rasgos de personalidad, rasgos que se construyen dentro de una “comunidad de sensibilidad” (Molinier, 2018) a partir de reglas del sentir y códigos morales que sus propios miembros (re)elaboran, ponen a prueba y evalúan en la práctica cotidiana.

Rastros e intercambios con otras esferas de la vida. *Más allá del espacio de trabajo.*

A lo largo de la tesis, construimos evidencia empírica que nos permitió afirmar que para comprender al trabajo de cuidado en enfermería no sólo debíamos mirar lo que sucedía

dentro de las clínicas, sino que debíamos *ir más allá* del espacio de trabajo concreto. Por las características de la actividad que realizan, las experiencias de las trabajadoras son permeadas por circunstancias que involucran, pero también exceden las condiciones formales de empleo y se entrelazan con otras aristas y tiempos de la vida de las enfermeras -y también de sus familias-, hasta el punto incluso de alterarlos.

En nuestro caso, encontramos que uno de los factores que permitía explicar los intercambios y la intromisión del trabajo en otras esferas de la vida estaba asociado a las características de la jornada laboral de enfermería. Concretamente buena parte de las enfermeras prolongan los tiempos dedicados al trabajo a través de mecanismos como el pluriempleo y/o la realización de horas extraordinarias, producto de una serie de problemáticas estructurales del sector. Los bajos salarios que históricamente han percibido sumado a la organización de los horarios en las instituciones de salud y a los mecanismos de gestión impulsados por los empresarios, son elementos que habilitan la prolongación de la jornada laboral y, por ende, reducen los tiempos que podrían dedicarse a otras actividades extralaborales. A su vez, en nuestro campo empírico, hallamos que la extensión de la jornada muchas veces se entrelaza con el trabajo durante horas atípicos, es decir en horarios de trabajo que van contramano de los tiempos socialmente establecidos, como, por ejemplo, el turno noche.

Decimos entonces que otro de los aspectos que abonan la idea de la *multidimensionalidad* del trabajo de cuidado en enfermería radica en que dicha actividad resulta una experiencia apremiante para quienes lo realizan. Trabajar durante catorce o dieciséis horas seguidas o durante las horas de la noche, limita los momentos libres que pueden destinarse a descansar y recuperarse, a realizar otras actividades sociales y/o a compartir momentos con los seres queridos. De esta forma, cuando el trabajo abarca casi todo el tiempo disponible o bien cuando los horarios laborales van a contramano de los tiempos socialmente establecidos, las experiencias de las trabajadoras de enfermería pueden volver conflictivas, llevando al límite la propia tolerancia y el cansancio.

En este sentido, si bien encontramos que el sostenimiento de una jornada laboral apremiante es un rasgo compartido por buena parte de las enfermeras las tensiones entre las exigencias laborales y extralaborales varían en función de ciertas condiciones profesionales y de trabajo. Por un lado, encontramos que los conflictos serán mayores en determinados momentos de las trayectorias de las enfermeras, es decir en momentos donde reciben más demandas de esas otras esferas de sus vidas como. Por ejemplo, cuando experimentan mayores exigencias vinculadas a la maternidad y al cuidado de los/as hijos pequeños/as. A

su vez, los esfuerzos que demandan los horarios laborales serán experimentados de forma más apremiante cuando el desgaste físico y/o mental ya no sea fácilmente tolerable. Por ejemplo, porque sus cuerpos están lesionados y/o más cansados producto del paso del tiempo y los años de ejercicio. Por otro lado, los conflictos derivados de la extensión de la jornada laboral se amplifican bajo determinados contextos laborales, cuestión que se hizo evidente durante la emergencia sanitaria y la declaración del ASPO. En ese periodo, las enfermeras no solo experimentaron la intensificación de los ritmos de trabajo y la presión sobre sus tareas, sino que también tuvieron que afrontar otras complicaciones derivadas de la organización de los cuidados al interior de sus hogares.

Ahora bien, en la tesis, también señalamos que la relación entre el trabajo de enfermería y otras esferas de la vida no solo se vislumbra en el plano personal sino también en aspectos que hacen al vínculo de las enfermeras con sus familias y seres queridos. Concretamente, el trabajo de enfermería atraviesa la organización de las rutinas cotidianas y limita los momentos disponibles para compartir con otros, ocuparse de tareas del hogar y/o del cuidado de los hijos/as. La configuración de una jornada laboral apremiante hace que sea muy difícil compatibilizar los tiempos personales de las enfermeras con los tiempos de las otras personas de su círculo. Por esta razón, decimos que el trabajo de cuidado en enfermería incide en la concreción -o no- de otras actividades extralaborales. Registrar los intercambios entre esferas, entre lo laboral y lo extralaboral, es central porque en el caso de las enfermeras el análisis del tiempo personal y el tiempo familiar no puede dissociarse de la configuración de los horarios de trabajo.

A su vez, a lo largo de los capítulos, mostramos que el intercambio entre lo laboral y otras esferas de la vida no solo se realizan en una dirección, es decir del trabajo *hacia fuera* del espacio laboral, sino que lo que sucede en esas otras esferas también permea las experiencias laborales de las enfermeras. Es decir, las trabajadoras interpretan lo que les pasa en su trabajo cotidiano a partir de otros proyectos de sus vidas y en función de temporalidades más amplias. En este sentido, en algunos periodos de tiempo y bajo determinadas circunstancias las enfermeras logran dominar la extensión de la jornada laboral y/o el horario nocturno al punto de integrarlos a una serie de dispositivos biográficos perdurables, rescatando incluso sus beneficios (económicos, profesionales, etc.). Si bien la prolongación de la jornada laboral o el trabajo en horarios atípicos puede leerse como una estrategia que deben adoptar las enfermeras para aumentar sus ingresos, allí hay razones económicas que se entrelazan con otros proyectos de sus vidas. Esforzarse y trabajar dos jornadas completas y/o durante la noche implica generar condiciones materiales que se

encuentran cargadas de otros deseos (la casa propia, la posibilidad de mejorar la situación de sus hijos/as y/o proyectarse a futuro, etc.). A su vez, esos proyectos de vida dialogan con condicionamientos estructurales que hacen a las experiencias de estas mujeres trabajadoras tales como la migración, el ser madre soltera, las responsabilidades por la crianza de los hijos/as, entre otras. De esta forma, los esfuerzos vinculados a los requerimientos laborales son reinterpretados a partir de las imágenes que las enfermeras construyen sobre esas otras esferas y proyectos -tanto a nivel profesional como personal y familiar- en un marco de condiciones estructurales que limitan o posibilitan determinadas decisiones sobre su trabajo.

Encontramos entonces que, si bien muchas enfermeras logran sostener horarios laborales apremiantes durante buena parte de sus vidas, a medida que pasan los años la posibilidad de dejar uno de esos dos empleos o bien abandonar el turno noche comienza a volverse una “*necesidad*”. Cuando el trabajo comienza a afectar el desarrollo de otras esferas de la vida las enfermeras se replantean el lugar de la profesión en sus vidas. Si los proyectos familiares y las ideas sobre la maternidad son aspectos que influyen al punto de incidir en las decisiones que toman sobre su profesión, también son las razones que las movilizan a dejar -o a querer dejar- de trabajar tantas horas por día o en horarios que van a contramano del resto de la sociedad. El trabajo de cuidado de enfermería permea otros tiempos y aristas de la vida, y a la inversa, también es permeado por dimensiones que exceden al plano profesional o lo que sucede en el ámbito de trabajo concreto. Como sostienen Bouffartigue y Bouteiller (2006) en la relación subjetiva que cada persona tiene con el tiempo presente se mezclan dos procesos: identificar las posibilidades del futuro y trabajar para cumplir las expectativas. En el conjunto de las exigencias y de los recursos que constituyen al trabajo, y por consiguiente en el sentido del tiempo presente, también se pone en juego el tiempo pasado y el porvenir. A medida que la carrera profesional avanza, los/as hijos/as crecen, se concretan ciertos proyectos, se percibe una situación de mayor estabilidad laboral y mayor desgaste profesional, el desafío evoluciona: la dimensión de la “calidad del tiempo” de la situación laboral y la “cantidad de tiempo” disponible toman un lugar preponderante y se entrelaza con las condiciones laborales que experimentan dentro del sector y de la empresa en particular.

En esta misma línea, otro aspecto que nos permite mostrar los múltiples intercambios que se dan entre el trabajo de cuidado en enfermería y otras esferas de la vida es la relación entre los sentidos vinculados a la familia y a la maternidad y la delimitación de un perfil específico de la profesión. Para ejemplificar esta cuestión aportamos evidencia empírica que nos permitió señalar que muchas enfermeras experimentan sentimientos asociados a la culpa

por ausentarse durante largos periodos de tiempo de sus hogares y, por ende, no estar físicamente presentes para encargarse de las tareas y las demandas cotidianas que hacen a la crianza de sus hijos/as. Debido a la configuración de sus jornadas laborales, las enfermeras dedican gran cantidad de horas a su trabajo, lo cual limita otros tiempos de sus vidas. Esta cuestión muchas veces repercute en las formas en que las trabajadoras vivencian la maternidad y el cuidado de sus hijos/as más pequeños/as. Surgen entonces conflictos entre las demandas que provienen de la esfera familiar y los requerimientos de sus empleos.

Asimismo, si la configuración de los tiempos laborales tiene incidencia en la vida personal y familiar de las enfermeras, los sentidos morales vinculados al ámbito familiar también permean los significados construidos sobre el trabajo y sobre la profesión en términos más amplios. Este aspecto se vislumbra en la relación que las enfermeras establecen con los pacientes que cuidan, especialmente con aquellas personas que hace mucho tiempo se encuentran internadas o bien poseen alguna condición que las hace aún más vulnerables y dependientes de la atención (niños/as, adultos mayores, personas con problemas de salud mental y/o discapacidades, etc.). Las enfermeras entonces le atribuyen a la relación que construyen con ciertos pacientes características del tipo familiar-afectivas. En este sentido, valorar la calidad del vínculo construido con los pacientes en la práctica de cuidado incluso apelando a imaginarios asociados la familia, con el peso simbólico que eso conlleva, representa una declaración de principios que permite delimitar una identidad profesional específica y legítima de la enfermería ante los Otros, cuestión sobre la que profundizamos en el apartado anterior.

Concluimos entonces que el trabajo de cuidado en enfermería es *multidimensional* porque sus implicancias *van más allá* de lo que sucede en el espacio de trabajo concreto, al punto de atravesar otros tiempos de la vida personal y familiar de estas trabajadoras. El diálogo y los intercambios entre lo laboral y lo extralaboral, entre el plano profesional y extraprofesional dejan rastros que muchas veces son experimentados de manera conflictiva por las enfermeras quienes deben responder a las múltiples exigencias que provienen del ámbito laboral y de otras esferas de sus vidas.

Lo que ellas hacen. Contradicciones, malabares y equilibrios en el trabajo de cuidado en enfermería

En esta tesis también construimos evidencia empírica para indagar en la relación y los intercambios entre el trabajo de cuidado en enfermería y otras esferas de la vida de las enfermeras. En este sentido, no solo nos interesó mostrar las formas en que estos aspectos

dialogan sino también profundizar en cómo esos intercambios dan lugar a conflictos específicos en la experiencia de estas mujeres trabajadoras. En los distintos capítulos vimos cómo a través de diversas gestiones y negociaciones, las enfermeras lograban articular la experiencia profesional con otras demandas y exigencias del cotidiano, pero esa articulación no siempre era posible o bien requería de grandes esfuerzos.

Asimismo, mostramos que las enfermeras se vuelven “malabaristas” puesto que para lograr congeniar sus horarios de trabajo con otros tiempos de la vida personal y familiar deben hacer una serie de arreglos para responder a las múltiples demandas que reciben (Bouffartigue & Boutellier, 2006; Malleville & Busso, 2020). Hacer “malabares” con sus tiempos y el de sus familias implica ejecutar y gestionar una serie de acciones con gran destreza y agilidad para así conciliar las diferentes y simultáneas demandas que reciben de distintos ámbitos de la vida social; especialmente aquellas demandas vinculadas con las responsabilidades en la crianza de los/as hijos/as y las exigencias del mercado laboral. Concretamente, en los casos de enfermeras que realizan jornadas laborales extensas (producto del pluriempleo, las horas extras, etc.) y a la par deben cumplir con las responsabilidades vinculadas al hogar y a sus familias, observamos que realizan una serie de arreglos y negociaciones para poder organizar sus tiempos y responder a esas demandas. En este sentido, uno de los recursos que utilizan para sostener esta dinámica es la gestión estricta de los tiempos, es decir las enfermeras organizan no solo los turnos de trabajo sino también el tiempo entre sus empleos y delimitan con gran precisión las actividades extralaborales que realizan (los horarios y tiempos de descanso, de ocio, para hacer actividades deportivas, etc.). En esa gestión de la vida no solo se incluyen los tiempos y las necesidades personales sino también los horarios y las actividades de otros integrantes de sus familiares, como, por ejemplo, llevar a sus hijos/as a la escuela, ayudarlos/as con los deberes, acompañarlos/as a realizar otras actividades recreativas, etc.

Las exigencias que suponen jornadas laborales tan apremiantes hacen que las enfermeras deban movilizar una serie de competencias temporales, realizar acuerdos y negociaciones para conciliar sus tiempos con los de sus familias y también con otras tareas de cuidado. En casos donde los márgenes de tiempo extraprofesionales son escasos, las enfermeras también despliegan una serie de negociaciones dentro del escenario doméstico. Es así que con sus parejas o con sus hijo/as construyen compromisos y arreglos para repartirse las tareas hogareñas y de cuidado. De esta forma, analizar la relación entre lo laboral y lo familiar, desde la experiencia de sus protagonistas implicó poner en primer plano los arreglos que construyen las mujeres trabajadoras en su día a día. En este sentido,

argumentamos que se trata de negociaciones muy costosas, que generan tensiones y/o conflictos morales y, por lo tanto, exigen importantes resignaciones que pueden ser catalogadas como esfuerzos emocionales. En el caso de las enfermeras que tienen dos empleos o que trabajan en horarios atípicos la organización cotidiana se planifica dentro de márgenes de elección muy estrechos, que se encuentran condicionados por la situación en el empleo y los recursos que pueden movilizar para coordinar las demandas familiares y profesionales. Trabajar muchas horas conlleva tensiones y, por ende, tener poco tiempo para pasar con sus familias serán tramitadas de formas diversas y dependerán de los recursos sociales y subjetivos con los que cuentan las enfermeras.

Como sostienen Faur y Tiazziani (2017) el trabajo de las mujeres fuera del hogar deja una ausencia, que debe “llenarse” con otras presencias. En este marco, además de los acuerdos con sus hijos/as y con sus cónyuges o convivientes, las enfermeras también recurren a redes familiares y de proximidad para poder conciliar sus horarios laborales con sus otras responsabilidades dentro del hogar. Concretamente cuando los/as niños/as son pequeños/as y no pueden quedarse “solos/as” o ayudar con algunas de las tareas domésticas o bien cuando la responsabilidad por la crianza de los hijos/as no puede ser compartida con la pareja (por ejemplo, porque son madres solteras), las enfermeras deben recurrir a la ayuda de otras personas, esencialmente a la asistencia de otras mujeres de la familia. De esta forma, señalamos que la relación entre las demandas de cuidado que provienen de otras esferas y las exigencias de sus empleos no pueden resolverse más que de manera provisoria es una cuestión de presencias y ausencias que deben gestionarse en el día a día (Faur & Tiazziani, 2017).

En algunos casos, cuando las demandas de sus empleos “chocan” con los ideales en torno a la maternidad las experiencias se tornan demasiado contradictorias y dichas tensiones no logran resolverse mediante acuerdos y/o negociaciones familiares. En esos momentos emergen otros sentidos morales vinculados, por ejemplo, a la culpa por no estar “*presentes*” en sus hogares o por no poder ocuparse de las tareas de cuidado de la forma que ellas quisieran. Para resolver esas tensiones que las ponen en una encrucijada entre el trabajo y la familia, las enfermeras realizan negociaciones morales, es decir jerarquizan ciertos aspectos de su experiencia profesional. Por ejemplo, deben apelar a la utilidad y/o responsabilidad social que conlleva ejercer la enfermería para construir sentidos sobre su profesión que les permitan matizar esas sensaciones negativas. Es decir, las enfermeras construyen significaciones en torno al componente ético detrás del ejercicio de una profesión como la enfermería para así poder resignificar las “*ausencias*” del hogar.

Indagar en los diálogos y los intercambios que se dan entre las distintas esferas de la vida de las enfermeras y ahondar en los conflictos específicos que esos intercambios producen nos permite afirmar que las formas que las trabajadoras gestionan las contradicciones que experimentan en su día a día tiene un rol fundamental para comprender la *multidimensionalidad* del trabajo de cuidado en enfermería. Sin embargo, la relación entre lo laboral y lo extralaboral no representaba el único aspecto donde las tensiones del trabajo de cuidado se nos presentan como una dimensión analítica. Es decir, en diversos momentos del proceso de investigación notamos que la contradicción era parte constitutiva de muchos eventos de nuestro campo empírico. Si los conflictos entre las exigencias del ámbito laboral y familiar nos permitían caracterizar lo apremiante de las jornadas de enfermería y mostrar los “malabares” que realizaban; las tensiones presentes en la propia práctica de cuidado y en la presentación de un sí-profesional representaban un aspecto que nos permitían describir aún más la singularidad de esta actividad. Tuvimos entonces que habitar esas tensiones, es decir considerarlas como un elemento que hacía a la especificidad de las tareas de cuidado en enfermería.

Concretamente, registramos que las enfermeras se movían en una permanente contradicción: mientras que en algunos momentos rescataban ciertos aspectos de sus labores como parte fundamental de su trabajo en el día a día y de la profesión, en otras circunstancias discutían o bien intentaban correrse de aquellas tareas de cuidado que anteriormente habían mencionado como parte constitutiva de su trabajo. A su vez, esas contradicciones no se presentaban de forma abstracta o descontextualizada, sino que estaban ancladas a un marco de relaciones y de procesos más amplios vinculados a las propias paradojas del desarrollo profesional de esta ocupación.

Esta dimensión del trabajo de cuidado en enfermería se hacía evidente cuando ahondábamos en las prácticas de cuidado vinculadas a la higiene y el confort de las personas internadas. Es decir, cuando estamos frente a las tareas que, en nuestras sociedades, suelen ser menos prestigiosas por estar vinculadas a la suciedad y/o a la limpieza del cuerpo humano y al manejo de las secreciones que éste genera. De esta forma, afirmamos que el contacto con el cuerpo enfermo otorga cierta especificidad al trabajo de enfermería, en tanto posiciona a las trabajadoras como responsables de una serie de tareas que son percibidas como físicamente desagradables, por simbolizar algo degradante/humillante o bien chocar con dimensiones tabúes de la experiencia humana (Hughes, 1971).

A su vez, señalamos que la presencia de suciedad y/o secreciones en el cuerpo de los pacientes también habilitaba a que otros grupos laborales presentes en las clínicas juzguen

las formas en que las enfermeras realizan sus tareas. Esta cuestión mostraba la especificidad que adquiere la cuestión de la visibilidad en el trabajo de enfermería: si las labores ligadas a la limpieza y al manejo de los desechos que elimina el cuerpo humano son socialmente consideradas tabúes, tienen que ser (re) orientadas de lo público hacia lo privado o bien disimuladas para que no se hagan visibles ante la mirada de Otros. Como describen Molinier (2012) y Borgeaud-Garciandia (2009) la invisibilidad de estas acciones aparece como condición necesaria para que la práctica de cuidado se realice exitosamente y exige el desempeño de un conjunto de “habilidades discretas” que deben permanecer ocultas. Asimismo, en ese disimular las “cosas fuera de lugar” también están involucrados aspectos vinculados al tabú de la desnudez. En su trabajo cotidiano, las enfermeras deben “cuidar” la intimidad de las personas, es decir quitar ciertos aspectos privados del dominio público para resguardar así la intimidad del paciente. La preocupación por el confort del Otro implica no incomodarlo, respetar su pudor y su deseo de autonomía, no generarle sentimientos de vergüenza y, por ende, evitarle la humillación de la dependencia (Molinir, 2018).

No obstante, al analizar la especificidad de las tareas de cuidado de la salud, encontramos que, si bien las enfermeras deben ocultar de la mirada de Otros muchas de las acciones cotidianas que realizan, también deben mostrar el valor y la importancia que poseen dichas prácticas. Para ello deben visibilizar que las tareas de higiene y confort contribuyen al bienestar de quienes se encuentran más vulnerables. De esta manera, las enfermeras se deben mantener en un equilibrio entre hacer visibles e invisibles sus intervenciones para así tematizar estos aspectos del trabajo como un objeto del dominio específico de la enfermería (Malleville & Beliera, 2021). Las trabajadoras entonces reconocen la mirada peyorativa que históricamente recae sobre las tareas de higiene y limpieza de los pacientes, pero también realizan inversiones sobre dichas clasificaciones a partir de reconocer la responsabilidad que tiene su profesión por el cuidado de la salud de quienes se encuentran más vulnerables. En este sentido, si bien reconocían que limpiar secreciones y desechos y/o estar en contacto con la desnudez representaban acciones poco valoradas socialmente, también debían mostrar ante los Otros que esas acciones son imprescindibles para el día a día de los pacientes y que eran ellas el único grupo responsable de sostenerlas.

A su vez, si en el trabajo de campo encontrábamos que las enfermeras reafirmaban la importancia de su rol profesional dentro de las clínicas apelando a este tipo de prácticas de cuidado corporal, en otras ocasiones buscaban presentarse a sí mismas como un colectivo que realizaba otro tipo de tareas, es decir como un grupo profesional capaz de realizar otras intervenciones más allá de las prácticas de higiene y confort. Nuevamente debían construir

cierto equilibrio entre lo que debían mostrar y lo que debían ocultar para presentar a la enfermería como un grupo profesional respetable ante la mirada de los Otros. Posicionar a la ocupación únicamente en el campo de las tareas de higiene y confort era percibido como un aspecto que contribuía a su desvalorización en tanto reafirmaba imaginarios que asociaban a la enfermería a un oficio empírico, que solo se maneja en el plano del conocimiento práctico. Nuevamente las tensiones y los legados históricos presentes en desarrollo de la ocupación y las demandas por reconocimiento profesional atravesaban la experiencia de las enfermeras generando contradicciones que debían habitarse de alguna u otra forma.

Otro de los aspectos que nos permite sistematizar las tensiones y los equilibrios presentes en la elaboración de un perfil específico de la enfermería radica en las distinciones y las comparaciones permanentes que las enfermeras realizaban respecto de otros grupos profesionales, especialmente con los médicos. A lo largo de los capítulos de la tesis mostramos que para construir legitimidad en sus labores las enfermeras buscaban diferenciarse de otros grupos profesionales, sin embargo, también se proyectaban hacia los cánones de profesiones hegemónicas de la salud, como la medicina. Encontramos que, dependiendo de la situación y del interlocutor, las enfermeras reafirmaban que lo específico de su trabajo era registrar otras dimensiones implicadas en el cuidado de la salud (que iban más allá de lo biológico), reconocer las particularidades de cada paciente y construir una relación de cercanía con las personas internadas. Es decir, la construcción simbólica del vínculo enfermera-paciente siempre implicaba la comparación y el contraste con otros grupos laborales. Sin embargo, también registramos que, en otros momentos, las enfermeras se presentaban a sí mismas como un colectivo con capacidades científico-técnicas, es decir como un grupo con competencias usualmente asociadas a profesiones consolidadas dentro del sistema de salud (Beliera, 2018) para así quitarle protagonismo a los saberes y habilidades vinculadas a lo emocional, lo afectivo y/o lo relacional. En ese marco, las enfermeras apelaban a criterios profesionales basados en la estandarización de procesos y en el conocimiento biomédico para diferenciarse de aquellos imaginarios que posicionan a la ocupación como una labor que no requiere de instrucción formal para su ejercicio y que se maneja en el plano de la práctica.

En este sentido, las enfermeras realizaban importantes esfuerzos para delimitar una serie de intervenciones y saberes propios de la enfermería. Debían mantenerse en un equilibrio para lograr definir una serie de tareas cotidianas como propias y, a la par, construir un lugar legítimo de intervención profesional. Es decir, según el interlocutor y la situación

específica, las trabajadoras realizaban esfuerzos para jerarquizar ciertos aspectos de la práctica de cuidado y, en ese movimiento, diferenciarse de los juicios y las representaciones que recaían sobre su trabajo. Muchas de las dimensiones que en un primer momento podían pensarse como en tensión y/o contradicción, eran constitutivas del trabajo de cuidado en enfermería y hacían a su *multidimensionalidad*. En un marco de relaciones de poder, las enfermeras construían equilibrios cotidianos más o menos estables para incorporar como parte de su campo de intervención aquellos aspectos que, en un principio, podían pensarse como contradictorios y/o en tensión (particularidad vs. estandarización; conocimiento científico vs. afectos y emociones). A su vez, elaborar esos equilibrios permitía habitar, invertir e incluso discutir con las representaciones que históricamente colocaban a la enfermería en una posición de subalternidad.

Para finalizar, entonces, concluimos que el trabajo de cuidado en enfermería es una actividad *multidimensional* que exige a las enfermeras una serie de “malabares” en el día a día para así lograr compatibilizar las exigencias que provienen del ámbito laboral y de las responsabilidades del hogar y la familia. A su vez, las enfermeras también elaboran equilibrios profesionales, es decir se mueven y habitan las tensiones que pueden surgir entre lo que deben mostrar y lo que deben ocultar de su trabajo, cuestión que está siempre está relacionada con los legados históricos que recaen sobre la profesión y con la mirada de los Otros significativos.

En suma, en esta tesis hemos puesto el foco en las múltiples dimensiones presentes en el trabajo de cuidado en enfermería, dimensiones que se entrelazan y permean entre sí, entre las cuales hay intercambios y atravesamientos permanentes; que contemplan temporalidades y procesos históricos más amplios, llegan a comprometer la subjetividad de quienes lo realizan y pueden alterar otras aristas y tiempos de la vida de las trabajadoras que ejercen esta ocupación. De esta forma, analizar las experiencias de trabajadoras de enfermería que se desempeñaban en instituciones privadas de salud de La Plata entre los años 2018-2021 nos permitió mostrar la complejidad del trabajo de cuidado y así explicitar su *multidimensionalidad*.

Para finalizar quisiéramos señalar que, en el proceso de investigación de esta tesis, a partir de la participación en distintos proyectos colectivos de investigación y en espacios vinculados a la formación en enfermería han surgido distintos interrogantes o líneas de indagación para futuras investigaciones. Concretamente, la evidencia empírica construida nos permite afirmar que la cuestión de la formación es un aspecto central de esta ocupación,

no solo en términos teóricos sino también en materia de política pública. Prueba de ello son los diversos programas estatales que el Estado ha lanzado para fomentar la profesionalización de este grupo, favorecer la formación continua y aumentar la cantidad de trabajadoras de enfermería según las necesidades de las distintas provincias⁹².

Teniendo en cuenta este escenario, resulta importante continuar con el análisis de las políticas de formación destinadas a la enfermería. Sin embargo, la evidencia empírica construida a lo largo de la tesis nos permite afirmar que para lograr la profesionalización de este colectivo y aumentar la cantidad de trabajadoras disponibles las políticas públicas no deben centrarse únicamente en el plano de la formación. Es decir, si bien el Estado lanza programas y becas de ayuda económica para convocar más aspirantes a estudiar la carrera de enfermería existen otras problemáticas que limitan el crecimiento del número de enfermeras recibidas. Centralmente podemos señalar dos elementos, por un lado, el déficit en las condiciones de empleo y de trabajo que experimentan quienes se reciben y la falta de reconocimiento profesional de la enfermería dentro del espacio laboral. Por otro lado, aspectos vinculados a los condicionamientos -sociales, económicos, familiares- que experimentan y deben afrontar las personas que eligen estudiar enfermería.

Respecto al primer elemento, podemos señalar que, en la provincia de Buenos Aires, las enfermeras aún luchan por integrar la Ley de Profesionales de la salud en el ámbito público y en todos los subsectores las trabajadoras demandan mejoras en sus condiciones de trabajo cotidianas y en el monto de los salarios puesto que se encuentran muy por debajo de lo que perciben otros grupos profesionales. De esta forma, afirmamos que sería interesante profundizar en el vínculo entre educación y trabajo, concretamente analizar los procesos de inserción laboral de las enfermeras recientemente recibidas y luego realizar un seguimiento de esas trayectorias dentro del sistema de salud.

En lo que refiere al segundo elemento, sería interesante recuperar las características y las trayectorias -laborales, familiares- de las personas que estudian y/o trabajan en enfermería. En otras investigaciones empíricas hemos registrado que la enfermería se constituye dentro del “horizonte de posibilidades” de muchas mujeres de sectores populares y/o migrantes que desean continuar sus estudios -por ejemplo, luego de finalizar el nivel secundario con plan FiNES- y encontrar así un empleo con ciertas garantías (González & Malleville, 2021). Encontramos que, en la construcción de la enfermería como un proyecto

⁹² En abril del año 2023, se aprobó la ley de Promoción de la Formación y Desarrollo de la Enfermería en el país, que había sido impulsada desde el Ministerio de Educación de la Nación y presentada por el presidente Alberto Fernández en el año 2021 en el marco de la crisis sanitaria por el COVID-19.

posible de concretar, se articulaban experiencias vinculadas a trabajos que anteriormente habían realizados estas mujeres (cuidado de ancianos, niños, etc.) y también experiencias de cuidado comunitario, por ejemplo, en merenderos, comedores u otros espacios barriales y/o de organizaciones sociales/políticas. Podríamos entonces, pensar las especificidades que revisten esas *trayectorias laborales vinculadas al cuidado* en un sentido más amplio. Es decir, relacionadas al trabajo remunerado y no remunerado, realizadas en el ámbito laboral pero también dentro del hogar y en el barrio para así captar los intercambios entre esas diversas esferas de la vida, intercambios mediados por esas tareas de cuidado. Asimismo, sería interesante indagar en las diferencias generacionales, es decir en los espacios de formación encontramos, por un lado, muchas mujeres que eligen estudiar enfermería en el marco de un proceso más amplio de “volver a estudiar”, cuestión que es posible cuando sus hijos/as son más grandes y las responsabilidades por su cuidado son menores. Por otro lado, también hallamos mujeres y -cada vez más- varones jóvenes recientemente egresados/as del nivel secundario que eligen la carrera de enfermería para continuar sus estudios superiores. Un punto importante a seguir problematizando serían la cuestión de las diferencias sexo-genéricas al interior de una profesión históricamente feminizada.

Por último, quisiera plantear que el campo de estudios de la enfermería en Argentina presenta muchos desafíos para las ciencias sociales, que se vinculan con una problemática pública como es la falta de enfermeras dentro del sistema de salud. En este sentido, será importante continuar participando en distintos proyectos colectivos orientados a comprender la situación de un grupo históricamente subalterno, pero con una enorme centralidad para el cuidado sanitario de las personas y las comunidades. Entendemos que visibilizar que se trata de una actividad *multidimensional* que va más allá de espacios y jornadas de trabajo y que atraviesa, organiza rutinas y distintas esferas de la vida de las enfermeras y de sus familias y amigas/os, es un paso en pos de contribuir a un mayor reconocimiento de esta actividad, una forma de revalorizar (y cuidar) a quienes nos cuidan.

Bibliografía

- Acuña C. & Chudnovsky M. (2002) “El sistema de salud en Argentina”, Documento N°60, Universidad de San Andrés-CEDI. Buenos Aires. Disponible en <http://www.ccgsm.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/salud.pdf>
- Aguilar, P. (2019). Pensar el cuidado como problema social. En Guerrero, G. N., Ramacciotti, K. I., Zangari, M. (Comp.) *Los derroteros del cuidado*. Bernal, Argentina: Universidad Nacional de Quilmes, Unidades de Publicaciones del Departamento de Economía y Administración. Pp. 19-30.
- Ahmed, S. (2015). Vínculos Feministas. En Ahmed, S. *La política cultural de las emociones*. México: Universidad Nacional Autónoma de México. Pp. 255-286.
- Alí, L. & Enciso Domínguez, G. (2013). El Giro Afectivo. *Athenea Digital*, 13(3), 101-119. <http://dx.doi.org/10.5565/rev/athenead/v13n3.1060>
- Amaya Guerrero, R. (2019). *Pensar el cuidado como problema social*. Universidad Nacional de Quilmes, Unidades de Publicaciones del Departamento de Economía y Administración. Pp. 67-78.
- Alzugaray, L.; Peiró, M. & Santa María, J. (2020). Tercer reporte: Evolución de la pandemia de COVID-19 en el Gran La Plata a nueve meses de su inicio. Ensenada: Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación.
- Alzugaray, L., Peiró, M. & Santa María, J. (2021). Quinto reporte: Actualización de la evolución de la pandemia de COVID-19 en el Gran La Plata. Ensenada: Universidad Nacional de La Plata, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación.
- Arce, H. (2012). “Organización y financiamiento del sistema de salud en la argentina”. En *Revista Medicina*, Vol. 72, N.º 5, 414-418.
- Arruzza, C. (2010). *Las sin parte: matrimonios y divorcios entre feminismo y marxismo*. Madrid: Traficante de sueños.
- Aspiazu, E. (2010). Los conflictos laborales en la salud pública en argentina. En Trabajo, ocupación y empleo. Una mirada a sectores económicos desde las relaciones laborales y la innovación. Serie Estudios Nro.9, Buenos Aires, MTEySS.
- Aspiazu, E. (2008). *Una aproximación a los conflictos laborales de los profesionales de la salud en Argentina*. IX Congreso Nacional de Estudios del Trabajo, Buenos Aires.
- Aspiazu, E. (2011). *Los conflictos laborales en la salud pública en la argentina* [Subsecretaría de Programación Técnica y Estudios Laborales, MTEySS].
- Aspiazu, E. (2016). Heterogeneidad y desigualdades de género en el sector Salud: Entre las estadísticas y las percepciones sobre las condiciones de trabajo. *Revista Pilquen. Sección Ciencias Sociales*, 19(1), 55-66.
- 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.

- Aspiazu, E. (2022). Representación sindical y conflictividad laboral de la enfermería durante la pandemia en Argentina. El caso de la ciudad de Mar del Plata. *Zona Franca*. 208-238. 10.35305/zf.vi30.301.
- Aspiazu, E. & Cutuli, R. (2022). Condiciones de Trabajo de la enfermería: percepciones, prácticas y riesgos psicosociales durante la pandemia COVID-19. Mar del Plata, Argentina. *Ejes de Economía y Sociedad*. 6, 462-495.
- Assusa, G. & Kessler, G. (2020). Pandemia y crisis social: activación de repertorios históricos, exploraciones metodológicas e investigación sociológica. *Prácticas de oficio investigación y reflexión en Ciencias Sociales*. Vol. 1, N°25, 33-47
- Ávila Darcia, S. (2016). Implicaciones Del Trabajo Nocturno. *Medicina Legal de Costa Rica*, 33(1), 1-9.
- Balzano, S. (2011): “Del Cuidado a los que Cuidan: Síndrome de desgaste laboral crónico en una colonia neuro-psiquiátrica”. En Balzano, S. (ed.) *De la Nueva Cuestión Social al Cuidado y la Sociabilidad*. Buenos Aires: EDUCA. Pp. 207-234.
- 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.
- Barrera Insua, F., Noguera, D., & Busso, M. (2022). La pandemia y el empleo registrado privado en Argentina. Un análisis de la desigualdad salarial en clave regional y sectorial. *Cuestiones De Sociología*, (26), e132. <https://doi.org/10.24215/23468904e132>
- Barrera Insua, Facundo & Pérez, Pablo. (2019). “Como comer y descomer”: flexibilización laboral y baja salarial durante el gobierno de Cambiemos. En Barrera Insua, F, Belloni, P y Cantamutto, F. (coords.) *La economía política de Cambiemos Ensayos sobre un nuevo ciclo neoliberal en la Argentina*. Buenos Aires: Batalla de Ideas. Pp. 187-212
- Beliera, A. (2018). La enfermería como profesión. Autonomía y heteronomía en los procesos de delimitación de un perfil profesional en el entramado del Hospital Provincial Neuquén. En G. Soprano & L. G. Rodríguez (Eds.), *Profesionales e intelectuales de Estado. Análisis de perfiles y trayectorias en la salud pública, la educación y las fuerzas armadas*. Prohistoria. Pp. 229-252.
- Beliera, A. (2019). *Lo sindical en su multiplicidad: Trabajo, profesiones y afectos en el hospital*. Buenos Aires: Miño y Dávila.
- Belló, M. & Becerril-Montekio, V. M. (2011). Sistema de salud de argentina. *Salud pública de México*, 53, 96–109.
- Belmartino, S. (2005). “Una década de reforma de la atención médica en argentina”. En *Revista Salud Colectiva*, 1(2), 155-171.
- Belmartino, S. (2006). La reforma del sector salud en la Argentina. En Nieves Rico, M. y Marco, F. (coord.). *Mujer y empleo. La reforma de la salud y la salud de la reforma en la Argentina*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores. Pp. 101-147.
- Belmartino, S. (2009). Las políticas de salud en el siglo XX: legados históricos. 5° Foro del Bicentenario. Panel Políticas de Salud Pública en el siglo XX. Buenos Aires, Argentina.

Secretaría de Cultura de la Nación. Recuperado de:
http://www.unsam.edu.ar/escuelas/politica/centro_historia_politica/material/190.pdf

- Bérourd, S., & Bouffartigue, P. (2009). Quand le travail se précarise, quelles résistances collectives. *La Dispute*, 53, 7-34.
- Billorou, M. J. (2020). La Escuela Provincial de Enfermeras Joaquín A. Ferro en La Pampa. En Ramacciotti, K. (direc). *Historias de la enfermería en Argentina: pasado y presente de una profesión*. José C. Paz: EDUNPAZ. Pp. 395-422.
- Braverman, H. (1974). *Trabajo y capital monopolista*. México: Nuestro Tiempo.
- 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.
- Borgeaud-Garciandía, N., Hirata H. & Makridou, E. (2010): “Note de lecture sur Gilligan, Tronto, Paperman, Laugier et Molinier”, *Cahiers du Genre*, N°49, 219–225.
- Borgeaud-Garciandía, N. (2018). Introducción. En Borgeaud-Garciandía, N. (comp.) *El trabajo de cuidado*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Fundación Medifé Edita.
- Bouffartigue, P. (2016). ¿Se está trivializando el trabajo nocturno? El caso francés de las enfermeras y las auxiliares de enfermería en el medio hospitalario. En Monod Becquelin, A., & Galinier, J. (Eds.), *Las cosas de la noche: Una mirada diferente*. México: Centro de estudios mexicanos y centroamericanos.
- Bouffartigue, P. & Bouteiller, J. (2006). Jongleuses en blouse blanche : la mobilisation des compétences temporelles chez les infirmières hospitalières. *Actes des IXèmes Journées de Sociologie du travail*, 27-28 novembre, Paris, France, 39-47.
- Busso, M. & 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*. Buenos Aires: Ciccus/CEIL-PIETTE. Pp. 201-220).
- Castel, R. (1997). *Las metamorfosis de la cuestión social: una crónica del salariado*. Buenos Aires: Paidós.
- Castillo, J. J. (2000). “La Sociología del Trabajo hoy: la genealogía de un paradigma”. En De la Garza Toledo, E. (coord.) *Tratado Latinoamericano de Sociología del Trabajo*. FCE, México.
- Carrasco, C. (2001). La sostenibilidad de la vida humana: ¿Un asunto de mujeres? *Mientras Tanto*, 82, 43–70. <http://www.jstor.org/stable/27820584>
- Castilla, M.V.; Kunin, J. & Blanco Esmoris, M.F (2020). Pandemia y nuevas agendas de cuidados. Documento N°8. Secretaría de Investigación Instituto de Altos Estudios Sociales.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2020). Cuidados y mujeres en tiempos de COVID-19. La experiencia en Argentina. Documentos de proyectos.

Santigado:CEPAL. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/items/79cc9635-b360-419c-bd6c-6f82434848f7>

- Cerrutti, M. (2018). Migrantes y migraciones: nuevas tendencias y dinámicas. En: Piovani, J. I. y Salvia, A. (coords.) *La Argentina en el siglo XXI: Cómo somos, vivimos y convivimos en una sociedad desigual: Encuesta Nacional sobre la Estructura Social*. Siglo XXI Editores Argentina, 443-465.
- Chiara, M.; Di Virgilio, M. M. & Moro, J. (2009). Inequidad(es) en la atención de la salud en el gran buenos aires. una mirada desde la gestión local. *Revista POSTData: Revista de Reflexión y Análisis Político*, N°14, 97-128
- Cingolani, P. (2009). “Ce qu'il y a de nouveau dans le travail précaire entre réflexion savante et questionnement politique”. En Bérout, S., y Bouffartigue, P. (2009). *Quand le travail se précarise, quelles résistances collectives*. Paris: La Dispute.
- Biernat, C.; Cerdá, J.M. & Ramacciotti, K. (2015). *La salud pública y la enfermería en la Argentina. Argentina*: UNQ Editorial.
- Coriat, B. (1994). *El taller y el cronómetro*. Siglo XXI. México. (ajustar año en texto)
- Dejours, CH. (2009). *El desgaste mental en el trabajo*. Madrid: Modus Laborandis.
- Dejours, C. (2013). *Trabajo vivo II: Trabajo y emancipación*. Buenos Aires: Topía Editorial.
- De La Garza Toledo, E. (2000). Subjetividad, Cultura y Estructura. En Red de Bibliotecas Virtuales CLACSO. Disponible en: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/Mexico/dcsh-uam-i/20100518064934/garza.pdf>.
- De La Garza Toledo, E. (2010). “La revitalización del debate del proceso de trabajo”. *Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo*, 16, 7-35.
- De La Garza Toledo, E. (2018). *La metodología configuracionista para la investigación social*. Universidad Autónoma Metropolitana: Gidesa Editorial
- Díaz Echenique, M.; Stimolo, M. I. & Caro, N. (2010). Satisfacción Laboral y Síndrome de Desgaste Laboral en Enfermeros de Hospitales Públicos Córdoba–Argentina. *Med. Secur. Trab.*, 56 (218), 22-38
- Di Napoli, S. & Mesa, S. (2015). La Acreditación en Argentina: Realidad, intención o utopía. Gestión I Asociación de Bioquímicos de la Ciudad de Buenos Aires. Disponible en: <chrome-extension://efaidnbnmnibpcjpcglclefindmkaj/https://www.auditoriamedicahoy.com.ar/biblioteca/Acreditacion%20en%20Argentina.%20Mesa%20Di%20Napoli.pdf>
- Douglas, M. (1973). *Pureza y peligro. Un análisis de los conceptos de contaminación y tabú*. SIGLO XXI: Madrid.
- East, S; Laurence, T. & López Mourelo, E. (2020). COVID-19 y la situación de las trabajadoras de la salud en Argentina. Buenos Aires: OIT, UNFPA, ONU-Mujeres. Disponible en: https://argentina.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/wcms_754614.pdf.
- Esquivel, V. (2011). La economía del cuidado en América Latina: Poniendo a los cuidados en el centro de la agenda. PNUD. Área Práctica de Género. Serie Atando cabos, deshaciendo nudos.

- Esquivel, V. (2014). La pobreza de ingreso y tiempo en buenos aires, argentina. un ejercicio de medición de la pobreza para el diseño de políticas públicas. Reporte Técnico, Panamá: PNUD.
- Esquivel, V., Faur, E., & Jelin, E. (2012). Las lógicas del cuidado infantil. Entre las familias, el Estado y el mercado IDES, UNFPA, Unicef. Buenos Aires, Argentina: IDES-UNFPAUNICEF.
- Esquivel, V. & 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), 55-82.
- Faccia, K. (2015). Continuidades y rupturas del proceso de profesionalización de la enfermería (1955-2011). En C. Biernat, J. M. Cerdá, & K. Ramacciotti, *La salud pública y la enfermería en la Argentina*. UNQ Editorial. Pp. 315-333.
- Faur, E. & Tizziani, A. (2017). Mujeres y varones. Entre el mercado laboral y el cuidado familiar. En Faur, E. (Comp.), *Mujeres y varones en la Argentina de hoy: Géneros en movimiento*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Siglo XXI Editores. Pp. 75-99.
- Faur, E. (2014). *El cuidado infantil en el siglo XXI. Mujeres malabaristas en una sociedad desigual*. Buenos Aires: Siglo XXI
- Federici, S. (2018). *El patriarcado del salario*. Madrid: Edición Traficante de Sueños.
- Folbre, N. (2001). *The Invisible Heart. Economics and Family Values*, Nueva York, The New York Press.
- Fonseca, M. (2021). El campo de salud en La Plata. En Amoretti, L. (comp.) *Ciudad de iguales. Pensar un futuro para La Plata*. La Plata: Leandro Tomás Amoretti. Pp. 71-82.
- Galín, P. (2002), “Dependencia y Precarización Laboral: Los Profesionales de la Salud en Argentina”. *Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo*. Año 8, N°15.
- Garazi, D., & Blanco Rodríguez, G. (2022). Al principio me dio pánico, mucho pánico”: Enfermería, trabajo y emociones en el marco de la pandemia de Covid-19. *Revista Latinoamericana de Trabajo y Trabajadores*, (4), 27–48. <https://doi.org/10.48038/revlatt.n4.58>
- Gollac, M. (Dir) (2011). *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser*. París: Ministère du Travail, de l'Emploi et du Dialogue Social.
- González, F. (2022). *Volver a la estudiar: Experiencias de educación, trabajo y política en barrios populares*. Buenos Aires: Miño y Dávila
- González, F. y Malleville, S. (2021). La enfermería como proyecto: articulaciones y narrativas en egresadas del Plan FinEs2 en la ciudad de La Plata. *Cuadernos de antropología social* (54), 99-114. https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.14547/pr.14547.pdf
- Heredia, A. M; Espino, S.; Malvárez, S. & Habichayn, A. (2005). Profesionalización de auxiliares de enfermería en argentina. En Malvárez, S. (coord.), *Profesionalización de Auxiliares de Enfermería en América Latina*. Serie Iniciativa Regional para la Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe, Edición Especial N° 1. Washington, D.C: OPS. 17-29.
- Hirata, H. (2016). Subjetividade e sexualidade no trabalho de cuidado. *Cadernos Pagu*, 46. <https://doi.org/10.1590/18094449201600460151>

- Henry, M. L. (2016). La encuesta como herramienta de recolección de datos sobre riesgos psicosociales. Características y balance metodológico del relevamiento realizado entre trabajadores la Anses. Ponencia presentada en las IX Jornadas de Sociología de la UNLP. La Plata, 5- 7 de diciembre.
- Hochschild, A. (1979). Emotion Work, Feeling Rules, and Social Structure *American Journal of Sociology*, vol. 85, n° 3, 551-575.
- Hochschild, A. (2008). *La mercantilización de la vida íntima. Apuntes de la casa y el trabajo*. Buenos Aires: Katz.
- 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.
- Hughes, E. (1996). Pour étudier le travail d’infirmière. En *Le regard sociologique. Essais choisis. Textes rassemblés et présentés par Jean-Michel Chapoulie (Éditions de l’École des Hautes Études en Sociences Sociales)*.
- Iglesias, E., Lucca, J. B., Bacolla, N., & Castro Rojas, S. (2022). Protestas sociales del sector salud en pandemia: análisis de la enfermería en la prensa de Rosario, Argentina. *Cuadernos De H Ideas*, 16(16), e071. <https://doi.org/10.24215/23139048e0>
- Jara, M. A. (2020). La profesionalización de la enfermería en Río Negro. En Ramacciotti, K. (direc.). *Historias de la enfermería en Argentina: pasado y presente de una profesión*. José C. Paz: EDUNPAZ, Pp. 455-484
- Kergoat, D. (1997). Por una sociología de las relaciones sociales. Del análisis crítico de las categorías dominantes a una nueva conceptualización. En Hirata, H. & Kergoat, D. (coomp). *La división sexual del trabajo. Permanencia y cambio*. Buenos Aires. Editado por Asociación trabajo y sociedad. Pp. 15-30.
- Kessler, G. (2014). *Controversias sobre la desigualdad: Argentina, 2003-2013*. Buenos Aires: FCE.
- Ledesma Prietto, N., & Queirolo, G. (2022). Entre esenciales y descartables, pero nunca profesionales. Las representaciones periodísticas de la enfermería en La Plata durante la pandemia COVID 19. *Zona Franca*, (30), 137–174. <https://doi.org/10.35305/zf.vi30.31>
- León Román, C. (2006). El uniforme y su influencia en la imagen social. *Revista Cubana de Enfermería*, 22(1). Recuperado en 30 de octubre de 2023, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000100006&lng=es&tlng=es.
- Losiggio, D. (2017). “La política desde el affective turn: el rescate de las pasiones”. En Abramowski, A, y Canevaro, S. (comp.) *Pensar los afectos. Aproximaciones desde las ciencias sociales y las humanidades*. Los Polvorines: Universidad Nacional de General Sarmiento, 49-58.
- Lusnich, C. (2011). Salud y enfermedad, desgaste y padecimiento subjetivo en los trabajadores del área de enfermería. Congreso Nacional de Estudios del Trabajo, ASET (Asociación Argentina de Especialistas en Estudios del Trabajo), Buenos Aires.
- Maceira, D. (2020). Caracterización del Sistema de Salud Argentino. Debate en el contexto Latinoamericano. *Revista Estado y Políticas Públicas*, N°14, 155-179.

- Malleville, S. (2017). Las marcas del trabajo. Un estudio sobre las condiciones de trabajo y la salud de los trabajadores y las trabajadoras de una clínica de medicina privada de la ciudad de La Plata (2016) (Tesis de grado). Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Memoria Académica. <https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/tesis/te.1467/te.1467.pdf>
- Malleville, S. (2022). El trabajo de cuidado de la salud en tiempos de pandemia: Transformaciones en el proceso laboral y estrategias de afrontamiento en enfermeras del subsector privado de La Plata. *Ejes De Economía Y Sociedad*, 6(11), 359–383. <https://doi.org/10.33255/25914669/6103>
- Malleville, S., & Beliera, A. (2020). El lugar del reconocimiento en el trabajo de enfermería. Repensando el concepto de precarización laboral. *Estudios del Trabajo. Revista de la Asociación Argentina de Especialistas en Estudios del Trabajo (ASET)*, 59, Article 59. <https://aset.org.ar/ojs/revista/article/view/73>
- Malleville, S., & Busso, M. (2020). Malabaristas de la pandemia. *Nación Trabajadora*. <https://lanaciontrabajadora.com/ensayo/enfermerxs/>
- Malleville, S.; Fernández, M.; Fernández, M; Fonseca, M; Mirada, J. M.; Murua, S.; Ramírez, L.; Bernat, M. S. & Sala, J. (2020). Informe de resultados. Los trabajadores y las trabajadoras de la salud en tiempos de pandemia (COVID-19). Dirección de Redes Intersectoriales en Salud, Universidad Nacional de La Plata Disponible en <https://unlp.edu.ar/salud/resultados-de-la-encuesta-sobre-la-situacion-laboral-de-los-trabajadores-de-la-salud-19692>
- Malleville, S., & Noguera, D. (2021). ¿Situación de emergencia o problemática histórica? Salarios, pluriempleo y organización cotidiana en el trabajo de cuidado de enfermería. En *Ensayos sobre economía y género*. Ministerio de Economía; Biblioteca Nacional; Manuel Belgrano Ediciones. Disponible en: <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/180350>
- Malleville, S. & Beliera, A. (2022). “Enfermería dice basta”. Heterogeneidad y conflicto laboral en enfermería en el contexto de pandemia. *Zona Franca*, (30), 175–207. <https://doi.org/10.35305/zf.vi30.238>
- Mallimaci Barral, A. I. (2016). Migraciones y cuidados. La enfermería como opción laboral de mujeres migrantes en la ciudad de Buenos Aires. *Universitas humanística*, 82, 395-428.
- Mallimaci Barral, A. I. (2018). Mujeres migrantes y la gestión de los cuidados. La enfermería en el horizonte laboral. En Borgeaud-Garciandía, N. (comp.) *El trabajo de cuidado*. Ed. Fundación Medifé. Pp.137-146.
- Marradi, A.; Archenti, N. & Piovani, J. I. (2018). *Metodología de las Ciencias Sociales*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Martin, A. (2012). Cuidar en Buenos Aires. La enfermería porteña (1886-1940). *Sociedades, Cuerpos y Saberes Biomédicos*, 1-34
- Martin, A. (2015). Mujeres y enfermería: Una asociación temprana y estable (1886-1940), Ana Laura Martin. En C. Biernat, J. M. Cerdá, & K. Ramacciotti, *La salud pública y la enfermería en la Argentina* UNQ Editorial. Pp. 257-287.

- Martín, A. L. & Ramacciotti, K. I. (2016). Profesiones sociosanitarias: género e historia. *Avances del Cesor* 13 (15):81–92.
- Menéndez, E. (1992). “El modelo médico hegemónico. Estructura, función y crisis”. En Menéndez, E. *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. Ed: Alianza, México
- Menéndez, E. (2005). “El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores”. En *Salud Colectiva*, La Plata, 1(1): 9-32.
- Micha, A. (2015). “Las condiciones de trabajo de la enfermería en Argentina: algunos determinantes político-institucionales”. *Revista Estudios del Trabajo* N°49/50, 61-90.
- Molinier, P. (2008). Trabajo y compasión en el mundo hospitalario. Una aproximación a través de la psicodinámica del trabajo. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 26, 2: 121-138.
- Molinier, P. (2009). Temps professionnel et temps personnel des travailleuses du care : perméabilité ou clivage? Les aléas de la « bonne distance ». *Temporalités*. 9. <https://doi.org/10.4000/temporalites.988>
- Molinier, P. (2012). El trabajo de cuidado y la subalternidad. Disponible en: <https://hal.archivesouvertes.fr/hal-01075702>
- Molinier, P. (2018). El cuidado puesto a prueba por el trabajo. Vulnerabilidades cruzadas y saber-hacer discretos. En Borgeaud-Garciandía, N (comp.) *El trabajo de cuidado*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Fundación Medifé Edita.
- Neffa, J.C. (2015). Los riesgos psicosociales en el trabajo. Contribución a su estudio. Buenos Aires: CEIL/CONICET/FCE-UNLP/CITRA.
- 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. (2019) ¿Qué son los riesgos psicosociales en el trabajo? Buenos Aires: CEIL libros/Proyectos.
- Neffa, J. C., & Henry, M. L. (Eds.). (2017). ¿Quién cuida a los que cuidan? *Serie Documentos de Trabajo, año 1, n.º 1*. Disponible en: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/72269>
- Neffa, J. C., & Henry, M. L. (2019). Los RPST en una clínica de salud mental. Reflexiones a partir de una investigación sobre el sufrimiento en el trabajo emocional y de cuidado. Buenos Aires: CEIL libros/Materiales. Disponible en: <https://bit.ly/2S00gUk>
- Neffa J. C., Kohen J., Henry M. L., Korinfeld, S., Lualdi C. & Padrón R. (2020). *Pandemia y riesgos psicosociales en el trabajo: una mirada interdisciplinaria y la experiencia sindical*, Buenos Aires: Homo Sapiens
- Novick, M. & Galín, P. (2003). Flexibilidad del mercado de trabajo y precarización de empleo: El caso del sector salud. En Observatorio de recursos humanos en salud en Argentina: Información estratégica para la toma de decisiones. Buenos Aires: OPS/OMS.
- Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud (2020). Datos 2019. Fuerza de trabajo en el sector salud en Argentina. Disponible en: www.msal.gob.ar/observatorio.

- Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud (2020). Datos 2020. Fuerza de trabajo en el sector salud en Argentina. Disponible en: www.msal.gob.ar/observatorio
- ONU Mujeres (2020). El impacto del covid-19 en las mujeres con enfoque en américa latina y el caribe. Reporte Técnico, Oficina Regional para las Américas y el Caribe.
- OPS (1995). Desarrollo de la enfermería en Argentina 1985-1995. Análisis de la situación y líneas de trabajo. Publicación N°43.
- OPS-CEPAL (2012). Estudio comparativo de las condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud: Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú. Reporte Técnico.
- Ortega, J. (2019a). “Una cuestión de entrega”: desigualdades de género y factores de riesgo psicosocial en el trabajo de enfermería. *Sociedade e Cultura*, 22(1):48–65.
- Ortega, J. (2019b). Trabajos de(s)cuidados: Reformas neoliberales, feminización y precarización de las condiciones de trabajo en enfermería. *Athenea Digital. Revista de pensamiento e investigación social*, 19(3). Disponible en: <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.2333>
- Paperman, P. (2019). *Cuidado y sentimientos*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Fundación Medifé Edita
- Pasero, V., & Carabaca, C. (2022). Cortar por lo más fino. La precariedad del trabajo de las enfermeras, exposición a las violencias, conflictos y estrategias de cuidado. *Zona Franca*, (30), 97–136. Disponible en: <https://doi.org/10.35305/zf.vi30.239>
- 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. & 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. *Salud colectiva*, 12, 221–238.
- Pozzio, M. (2012). Análisis de género y estudios sobre profesiones: propuestas y desafíos de un diálogo posible -y alentador-. En *Revista Sudamérica*, Mar del Plata, 1, 102-129.
- Pozzio, M. (2022). Temporalidades; Universidad Nacional de José C. Paz; Bordes; 23; 151-156
- Ramacciotti, K. (2019). La profesionalización del cuidado sanitario. la enfermería en la historia argentina. *Trabajos y Comunicaciones*, (49), e081. En Memoria Académica. Disponible en http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.9373/pr.9373.pdf
- Ramacciotti, K. (2020). Cuidar en tiempos de pandemia. *Descentrada Revista interdisciplinaria de feminismos y género*, 4 (2), e126. En Memoria Académica. Disponible en: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.11942/pr.11942.pd
- Ramacciotti, K. (2022). Trabajar en enfermería durante la pandemia de la covid-19. Cuadernos de H ideas. 16. e060. Disponible en: 10.24215/23139048e060.
- Ramacciotti, K. (2023). La enfermería y los cuidados sanitarios profesionales durante la pandemia de la COVID-19. Disponible en: <https://doi.org/10.54871/cl23p30c>

- Ramacciotti, K. & Valobra, A. (2010). La profesionalización de la enfermería en argentina: disputas políticas e institucionales durante el peronismo. *Asclepio*, 62(2):353–374.
- 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*. UNQ Editorial. Pp. 287-315.
- Ramacciotti, K. & Valobra, A. M. (2017). El dilema nightingale: controversias sobre la profesionalización de la enfermería en argentina 1949-1967. *Dynamis*, 37(2), 367–387.
- Ramacciotti, K. & Testa, D. (2022). Reflexiones sobre los cuidados sanitarios ante situaciones críticas en Argentina. Disponible en: <https://doi.org/10.2307/j.ctv2v88ds0.13>.
- Rodríguez, L. G., & Soprano, G. (2018). *Profesionales e intelectuales de estado: Análisis de perfiles y trayectorias en la salud pública, la educación y las fuerzas armadas*. Prohistoria Ediciones.
- Rodríguez Enríquez, C. (2012) La cuestión del cuidado: ¿el eslabón perdido del análisis económico? *Revista de la CEPAL*, 106, 23-36
- Salerno, P. (2020). Enfermeras en pandemia: El discurso público, entre el cuidado y la heroicidad. En C. Barbato (Ed.), *El cuidado es político. Reflexiones transversales en tiempos de precariedad*. Poliedro Editorial de la Universidad de San Isidro.
- Sánchez Serrano, R. (2004). La observación participante como escenario y configuración de la diversidad de significados. En *Observar, escuchar y comprender. Sobre la tradición cualitativa en la investigación social*. México: El Colegio de México/FLACSO.
- Skeggs, B. (2019). *Mujeres respetables: clase y género en los sectores populares*. Los Polvorines: UNGS.
- Sirimarco, M. & Spivak L'Hoste, A. (2018). Introducción: la emoción como herramienta analítica en la investigación antropológica. En *Etnografías Contemporáneas*. 4 (7): 7-15
- Taylor, S. y Bodgan, H. (1986). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Buenos Aires: Paidós.
- Tizziani, A. (2020). El “trabajo sucio” de las ciudades. Condiciones y experiencias laborales de los trabajadores de limpieza urbana en la Ciudad de Buenos Aires. *Revista Trabajo y Sociedad*, Vol.23, N°38, 449-465.
- Tobar, F., Olaviaga, S., & Solano, R. (2012). Complejidad y fragmentación: las mayores enfermedades del sistema sanitario argentino. Reporte Técnico 108, Documento de Políticas Públicas. Buenos Aires: CIPPEC
- Tronto, J. C. (1987). Más allá de la diferencia de género. Hacia una teoría del cuidado”. En *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, University of Chicago, (12):1-17. [Traducción del Programa de Democratización de las Relaciones Sociales. Escuela de Posgrado. Universidad Nacional de General San Martín. Aprobada y autorizada su publicación por la autora].
- Valles, M. (1997). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis.
- Valobra, A.; Queirolo, G.; Malleville, S.; Ledesma Prietto, N.; de Martinelli, G. & Aveni, S. (2023). Que el barbijo no nos calle”: conflictos en la enfermería platense. En Ramacciotti, K.

(coomp.) *Estudiar, cuidar y reclamar: la enfermería argentina durante la pandemia de COVID-19*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Biblos, 303-320.

Wainerman, C. y Geldstein, R. (1980) Género y vocación entre auxiliares de enfermería. En *Medicina y sociedad*, 14 (1): 23-29.

Wainerman, C. & Geldstein, R. (1991). Género y vocación entre auxiliares de enfermería. *Medicina y Sociedad*, 14(1), 23-29.

Wainerman, C. H., & Binstock, G. (1992). El nacimiento de una ocupación femenina: La enfermería en Buenos Aires. *Desarrollo Económico*, 32(126), 271-284. Disponible en: <https://doi.org/10.2307/3467331>

Wharton, A. (2004). Femmes, travail et émotions : concilier emploi et vie de famille. *Travailler*, 12, 135-160. Disponible en: <https://doi.org/10.3917/trav.012.0135>

Wlosko, M. (2013) “Violencia y organización del trabajo: reflexiones en torno al caso del personal de enfermería”. En Zelaschi M. C., Amable M., Garaño P. (comps.) *Trabajo y salud mental. El trabajo, las instituciones y la subjetividad*. Unirio. Córdoba.

Otros documentos citados

Normativa

Convenio Colectivo de Trabajo N°122/75. Sanidad, clínicas y sanatorios. Disponible en <https://www.trabajo.gba.gov.ar/documentos/convenios/c122-75.pdf>

Decreto 3377/2006 Aprueba la reglamentación de la Ley 7016, regionalización sanitaria de la provincia de Buenos Aires. Deroga el Decreto 805/67. Disponible en: <https://normas.gba.gob.ar/ar-b/decreto/2006/3377/40710>

Decreto 14/2020 Trabajadores del Sector Privado. Dispónese incremento salarial mínimo y uniforme. Disponible en <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/224341/20200104>

Decreto 260/2020 Emergencia Sanitaria Coronavirus (COVID-19). Disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=335423>

Decreto 297/2020 Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio. Disponible en <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227042/20200320>

Decreto 315/2020 Asignación estímulo a la efectiva prestación de servicios. Disponible en <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227193/20200327>

Decreto 787/2020 Extiéndase el pago de la asignación estímulo a la efectiva prestación de servicios. Disponible en <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/235719/20201005>

Decreto 125/2021 Distanciamiento Social, Preventivo y Obligatorio y Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio. Disponible en <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/241290/20210228>

Decreto 332/2021 Asignación estímulo a la efectiva prestación de servicios. Disponible en <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/244551/20210519>

Ley N°7.016 Regionalización Sanitaria de la Provincia de Buenos Aires. Disponible en: <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/media/files/2021/10/hospitales-pciales-y-nac.pdf>

Ley N°11.544 Jornada de Trabajo. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-11544-63368/texto>

Ley N°24.004 Ejercicio Nacional de la Enfermería. Disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/403/norma.htm>

Ley N°12.245 Ejercicio de la Enfermería en la Provincia de Buenos Aires. Disponible en http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/pepst/files/2017/02/Ley_12245.pdf

Ley N°10.430 Estatuto y escalafón para el personal de la Administración Pública de la Provincia de Buenos Aires. Disponible en <https://normas.gba.gob.ar/documentos/VrIKqtOx>

Ley N°10.471 Carrera Profesional Hospitalaria de la Provincia de Buenos Aires. Disponible en <https://normas.gba.gob.ar/documentos/Vmb9NTI0.html>

Ley N°25.877 Ordenamiento del Régimen Laboral. Disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/90000-94999/93595/norma.htm>

Ley N°27548 Programa de Protección al Personal de Salud ante la pandemia de coronavirus COVID-19. Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/230239/20200608#:~:text=Los%20establecimientos%20de%20salud%20deben,un%20mayor%20riesgo%20de%20contagio>

Plan Nacional de Desarrollo de la Enfermería (2009-2016). Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: <https://www4.hcdn.gov.ar/dependencias/dsecretaria/Periodo2009/PDF2009/SANCIONES/0028-PE-2008.pdf>

Programa Nacional de Formación de Enfermería (2016-2020). Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2017-03-03-programa-nacional-de-formacion-en-enfermeria.pdf>

Plan Nacional de Enfermería (2020-2024). Ministerio de Salud de la Nación.

Programa Nacional de Cuidados Paliativo <https://www.argentina.gob.ar/salud/instituto-nacional-del-cancer/institucional/programa-paliativos>

Resolución N°4259/2009 Aprobación del Diseño Curricular de la Carrera Tecnicatura Superior en Enfermería. Disponible en: http://servicios.abc.gov.ar/lainstitucion/organismos/consejogeneral/tecnicatura/res/4259_09_enfermeria.pdf

Resolución N°2721/2015 Ministerio de Educación de la Nación. Aprobación de los contenidos curriculares básicos, la carga horaria mínima, los criterios de intensidad de la formación práctica y los estándares para la acreditación de la carrera correspondiente al título de Licenciado en Enfermería. Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/135700/20151109>

Resolución N°856/2016 Aprobación del Diseño Curricular de la Carrera Tecnicatura Superior en Enfermería. Deja sin efecto Resolución N°4259/2009. Disponible en <http://www.ibeltran.com.ar/archivos/Resolucion%20854-16%20Enfermeria.pdf>

Resolución N°856/2017 Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-856-2017-276830>

Resolución N°4/2020 Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social Consejo Nacional Del Empleo, La Productividad y El Salario Mínimo, Vital y Móvil. Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/236294/20201020>

Fuentes periodísticas

Argentina.gob (2020, marzo 3). Salud confirma el primer caso de coronavirus en el país. *Argentina.gob*. Recuperado a partir de: [https://www.argentina.gob.ar/noticias/salud-confirma-el-primer-caso-de-coronavirus-en-el-pais#:~:text=El%20caso%20fue%20notificado%20por,Salud%20\(ANLIS\)%20%E2%80%99CDr.](https://www.argentina.gob.ar/noticias/salud-confirma-el-primer-caso-de-coronavirus-en-el-pais#:~:text=El%20caso%20fue%20notificado%20por,Salud%20(ANLIS)%20%E2%80%99CDr.)

Argentina.gob.ar (2020, abril 20). Arribó vuelo con los elementos de protección para el personal de salud adquiridos en China. *Argentina.gob.ar*. Recuperado a partir de: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/arribo-vuelo-con-los-elementos-de-proteccion-para-el-personal-de-salud-adquiridos-en-china>

Diagonales.com (2020, marzo 26). Se confirmó el primer caso de coronavirus en La Plata. *Diario Diagonales*. Recuperado a partir de: https://www.diagonales.com/region/se-confirmando-el-primer-caso-de-coronavirus-en-la-plata_a6213b10825ae55da0147510b

CNN Radio Argentina (2020, mayo 19). Daniel Gollán: "El gobernador se juntará con los expertos y tomará una decisión". *CNN en español*. Recuperado a partir de: <https://cnnespanol.cnn.com/radio/2020/05/19/gollan-el-gobernador-se-juntara-con-los-expertos-y-tomara-una-decision/>

El Sol Noticias, (2018, agosto 11). Las clínicas privadas de la Provincia lanzan una alerta por la crisis. *El Sol Noticias*. Recuperado a partir de: <https://elsolnoticias.com.ar/las-clinicas-privadas-de-la-provincia-lanza-un-alerta-por-la-crisis/>

Grupo la Provincia (2020, agosto 8). Enfermera de pacientes de Covid-19 se mudó a un *motorhome* para proteger a su familia. *Grupo la Provincia*. Recuperado a partir de: <https://www.grupolaprovincia.com/interes-general/enfermera-de-pacientes-de-covid-19-se-mudo-a-un-motorhome-para-proteger-a-su-familia-558020>

Infobae (2018, noviembre 20). Clínicas y sanatorios privados advirtieron que atraviesan una situación de crisis que se podría transmitir al resto del sector. *Infobae*. Recuperado a partir de: <https://www.infobae.com/economia/finanzas-y-negocios/2018/11/20/clinicas-y-sanatorios-privados-advirtieron-que-atraviesan-una-situacion-de-crisis-que-se-podria-transmitir-al-resto-del-sector/> sacar no?

Infobae (2020, marzo 4). Tensión en el gremio de Sanidad por las negociaciones paritarias: clínicas y sanatorios aseguran que no pueden pagar un aumento salarial. *Infobae*. Recuperado a partir de: <https://www.infobae.com/politica/2020/03/04/tension-en-el-gremio-de-sanidad-por-las-negociaciones-paritarias-clinicas-y-sanatorios-aseguran-que-no-pueden-pagar-un-aumento-salarial/>

Infocielo (2020, abril 4). Médico se defiende de los escraches: “estamos para ayudar; no padecemos la pandemia y contagiamos”. Portal Infocielo. Recuperado a partir de: <https://infocielo.com/sociedad/medico-se-defiende-los-escraches-estamos-ayudar-no-padecemos-la-pandemia-y-contagiamos-n116717>

La Nación (2020, abril 2). Coronavirus en la Argentina: denuncian consorcios ante la Justicia por los escraches a los médicos. *La Nación*. Recuperado a partir de:

<https://www.lanacion.com.ar/sociedad/coronavirus-argentina-vecinos-escrachan-amenazan-profesionales-salud-nid2350006/>

La Nación (2020, abril 3). Prepagas y clínicas: cómo está hoy el sector privado de la salud, que atiende a dos tercios de la población. *La Nación*. Recuperado a partir de: <https://www.lanacion.com.ar/economia/coronavirus-como-esta-sector-privado-salud-cuales-nid2350385/>

La Nación (2022, marzo 1). La carrera universitaria con salida laboral rápida que duplicó las inscripciones después de la pandemia. *La Nación*. Recuperado a partir de: <https://www.lanacion.com.ar/sociedad/la-carrera-universitaria-con-salida-laboral-rapida-que-duplico-las-inscripciones-despues-de-la-nid28022022/>

MinutosUno.com (2020, abril 8). Es enfermera y decidió no volver a su casa por los escraches: “La semana pasada nos aplaudían y hoy nos tienen miedo”. *Minuto Uno*. Recuperado a partir de: <https://www.minutouno.com/sociedad/por-beatriz-ibarguen/es-enfermera-y-decidió-no-volver-su-casa-los-escraches-la-semana-pasada-nos-aplaudian-y-hoy-nos-tienen-miedo-n5094271>

Portal 0221.com.ar (2018, agosto 9). Clínicas bonaerenses en crisis: "Estos meses nos pasó un tsunami económico por encima". *0221.com.ar*. Recuperado a partir de: <https://www.0221.com.ar/nota/2018-8-9-10-44-0-clinicas-bonaerenses-en-crisis-estos-meses-nos-paso-un-tsunami-economico-por-encima>

Stambuli, S. (2020, junio 21). Las enfermeras de Evita, una política sanitaria que recobra sentido en tiempos de pandemia. *Diario Tiempo Argentino*. Recuperado a partir de: <https://www.tiempoar.com.ar/informacion-general/las-enfermeras-de-evita-una-politica-sanitaria-que-recobra-sentido-en-tiempos-de-pandemia>

Telam Digital (2020, mayo 18). Habrá multas de hasta \$17.000 por escraches al personal de la salud. *Agencia Telam*. Recuperado a partir de: <https://www.telam.com.ar/notas/202005/469413-legislatura-portena-multas-discriminar-personal-salud.html#:~:text=Las%20personas%20que%20hostiguen%2C%20amenacen%2C%20discriminen%20o%20hasta,Legislatura%20porte%C3%B1a%20que%20reformul%C3%B3%20el%20C%C3%B3digo%20de%20Contravenciones>

Documentos e informes de organismos oficiales

Listado de Centro de Atención Primaria de la Salud en el municipio de La Plata (2021). Recuperado de: <https://www.laplata.gob.ar/#/ciudad/caps>

Listado de hospitales públicos (2021). Recuperado de: <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/media/files/2021/10/hospitales-pciales-y-nac.pdf>

Mapa Región Sanitaria XI. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Recuperado de: https://www.gba.gov.ar/saludprovincia/regiones_sanitarias

Ministerio de Salud de la Nación (2020, abril 14). Sala de Situación COVID-2019 Nuevo Coronavirus 2019 Trabajadores de la salud. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/trabajadores-de-la-salud-14-10-se42.pdf>

Ministerio de Salud de la Nación (2020). Recomendaciones para el uso de los EPP Coronavirus. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/recomendaciones-uso-epp_0.pdf

Ministerio de Salud de la Nación (2023, mayo). Coberturas en Salud en Argentina, año 2022. Secretaria de Equidad. Buenos Aires. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2023-06/coberturas-de-salud-en-argentina-2022-deiss.pdf>

Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social [MTEYSS], 2021 Situación ocupacional de los trabajadores de la rama salud. Sobre datos de EPH y SIPA", Buenos Aires. 2021. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2018/12/informe_sobre_el_mercado_de_trabajo_del_sector_salud.pdf

MPyT; SRT (2019, octubre). Encuesta nacional a trabajadores sobre condiciones de empleo, trabajo, salud y seguridad. Reporte Técnico, Buenos Aires: Ministerio de Producción y Trabajo, año 2018. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ecetss_informe_de_resultados.pdf

Registro Federal de Establecimiento de Salud (2021). Disponible en: <http://datos.salud.gob.ar/dataset/listado-establecimientos-de-salud-asentados-en-el-registro-federal-refes/archivo/cccd5cbd-af97-484f-82e5-7d40e3b358d5>

Otras fuentes

Crónicas de la Enfermería Argentina (2019, julio 25). Crónicas de la Enfermería Argentina. Capítulo 1: Las Enfermeras de la Fundación Eva Perón. [Archivo de Video] https://www.youtube.com/watch?v=WBLw2P7m2Ss&ab_channel=Cr%C3%B3nicasdeLaEnfermer%C3%ADaArgentina - Dirección Alejandro Edgardo Alem. Año 2014

Facebook ATSA-La Plata (2020, mayo). *ATSA-LAPLATA*. <https://www.facebook.com/atsalaplata>. Facebook. Recuperado el 17 de agosto de 2023

ANEXOS

Anexo 1. Cuadro de entrevistadas/os

Nombre Ficticio	Tipo de Institución	Sector	Turno	Nivel de Formación	Antigüedad	Edad en 2021	Lugar de nacimiento	Hijxs	Fecha de la entrevista	Marco donde se realizó
ÁMBITO PRIVADO										
Nilda	CLÍNICA DE SALUD MENTAL	Internación	Noche	Auxiliar	18 años	54 años	Argentina	s/e	feb-18	Proyecto CYMAT-RPST
Sonia	CLÍNICA PRIVADA	Internación	Noche	Técnica	1 mes	35 años	Argentina	2	feb-18	Proyecto CYMAR-RPST
María	CLÍNICA PRIVADA	Cirugía general	Mañana	Técnica	20 años	52 años	Argentina	1	may-19	Individual
Laura	CLÍNICA DE SALUD MENTAL	Internación	Noche	Licenciada	11 años	50 años	Perú	2	may-19	Individual
Norma	CLÍNICA DE SALUD MENTAL	Internación	Noche	Licenciada	22 años	59 años	Perú	3	jul-19	Individual
Luciano	CLÍNICA PRIVADA	Cirugía general	Tarde	Técnica	32 años	59 años	Argentina	1	jun-19	Individual
Matías	CLÍNICA PRIVADA	Unidad Coronaria	Mañana	Licenciado	20 años	50 años	Argentina	1	jun-19	Individual
Nora	CLÍNICA PRIVADA	Internación general	Mañana	Técnica	7 años	35 años	Argentina	1	nov-19	Individual
Karina	CLÍNICA PRIVADA	Pediatría y Neonatología	Mañana	Técnica	9 años	49 años	Argentina	1	nov-19	Individual
Marcela	CLÍNICA PRIVADA	Terapia Intensiva	Noche	Técnica	5 años	38 años	Argentina	1	feb-20	Individual
Adriana	CLÍNICA PRIVADA	Internación general-COVID	Noche	Licenciada	16 años	39 años	Argentina	1	sep-20	Individual
Natalia	CLÍNICA PRIVADA	Coordinación	Mañana	Licenciada	13 años	45 años	Cuba	2	dic-20	Individual
Eva	CLÍNICA PRIVADA	Ginecología y obstetricia	Tarde	Auxiliar	29 años	60 años	Argentina	1	feb-21	Individual
Jésica	CLÍNICA PRIVADA	Internación general-COVID	Noche	Técnica	9 meses	27 años	Argentina	1	abr-21	Proyecto PISAC
Nadia	CLÍNICA PRIVADA	Terapia Intensiva	Tarde	Licenciada	7 años	35 años	Argentina	2	abr-21	Proyecto PISAC
Karina*	CLÍNICA PRIVADA	Pediatría y Neonatología	Mañana	Técnica	9 años	49 años	Argentina	1	may-21	Proyecto PISAC

Marcos	CLÍNICA PRIVADA	Terapia Intensiva	Tarde	Técnico	18 años	40 años	Argentina	1	may-21	Proyecto PISAC
Daniela	CLÍNICA PRIVADA	Internación general-COVID	Tarde	Técnica	2 años	36 años	Perú	2	jun-21	Proyecto PISAC
Rosa	CLÍNICA PRIVADA	Internación general-COVID	Mañana	Técnica	1 año	25 años	Paraguay	2	jun-21	Proyecto PISAC
Macarena	CLÍNICA PRIVADA	Pediatría y Neonatología	Tarde	Técnica	11 años	53 años	Argentina	2	jun-21	Proyecto PISAC
Laura*	CLÍNICA DE SALUD MENTAL	Internación	Noche	Licenciada	11 años	50 años	Perú	2	jun-21	Individual
Luciano*	CLÍNICA PRIVADA	Cirugía general	Tarde	Técnica	32 años	59 años	Argentina	1	jun-21	Individual
Analia	Delegada ATSA-LP	-	-	-	-	-	Argentina	-	jun-21	Individual

*Fueron entrevistadas/os en dos oportunidades diferentes.

ÁMBITO PÚBLICO PROVINCIAL

Lía	HOSPITAL PÚBLICO PROVINCIAL	Cirugía	Tarde	Auxiliar	6 años	42 años	Argentina	1	abr-21	Proyecto PISAC
Verónica	HOSPITAL PÚBLICO PROVINCIAL (ex clínica privada)	Gerenciamiento de camas	Guardia	Licenciada	26 años	49 años	Argentina	2	may-21	Proyecto PISAC

Anexo 2. Cuadro de documentación

Normativa	
Leyes y resoluciones nacionales	-Ley N°11.544 Jornada de Trabajo -Ley N°24.004 Ejercicio Nacional de la Enfermería -Ley N°25.877 Ordenamiento del Régimen Laboral
	-Ley N°27548 Programa de Protección al Personal de Salud ante la pandemia de coronavirus COVID-19.
	-Resolución N°856/2017 Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. -Resolución N°4/2020 Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social Consejo Nacional Del Empleo, La Productividad y El Salario Mínimo, Vital y Móvil
	-Ley N°7.016 Regionalización Sanitaria

Leyes de la provincia de Buenos Aires	<ul style="list-style-type: none"> -Ley N°12.245 Ejercicio de la Enfermería en la Provincia de Buenos Aires -Ley N°10.430 Estatuto y escalafón para el personal de la Administración Pública de la Provincia de Buenos Aires -Ley N°10.471 Carrera Profesional Hospitalaria de la Provincia de Buenos Aires
Decretos provinciales y nacionales	3377/2006 Reglamentación de la Ley 7016 regionalización sanitaria provincia de Buenos Aires
	<ul style="list-style-type: none"> 14/2020 Incremento salarial mínimo, Trabajadores Sector Privado 260/2020 Emergencia Sanitaria Coronavirus (COVID-19) 297/2020 Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio 315/2020 Asignación estímulo a la efectiva prestación de servicios 787/2020 Asignación estímulo a la efectiva prestación de servicios 125/2021 Distanciamiento Social, Preventivo y Obligatorio y Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio 332/2021 Asignación estímulo a la efectiva prestación de servicios
Convenios Colectivos de Trabajo y escalas salariales	<ul style="list-style-type: none"> -Convenio Colectivo de Trabajo N°122/75, escala salarial 2015-2021 -Escala salarial, Asociación Trabajadores del Estado (ATE), Ley 10.430, 2015-2021
Planes, programas y resoluciones de carreras de enfermería	<ul style="list-style-type: none"> -Plan Nacional de Desarrollo de la Enfermería (2009-2016) -Programa Nacional de Formación de Enfermería (2016-2020) -Plan Nacional de Enfermería (2020-2024)
	<ul style="list-style-type: none"> -Resolución N°2721/2015 Aprobación de los contenidos curriculares básicos, la carga horaria mínima, los criterios de intensidad de la formación práctica y los estándares para la acreditación de la carrera correspondiente al título de Licenciado en Enfermería. -Resolución N°4259/2009 Aprobación del Diseño Curricular de la Carrera Tecnicatura Superior en Enfermería -Resolución N°856/2016 Aprobación del Diseño Curricular de la Carrera Tecnicatura Superior en Enfermería
Documentos periodísticos	
Agencias oficiales de noticias	<ul style="list-style-type: none"> -Argentina.gob.ar, abril 2020 -Telam, abril 2020
Medios internacionales, nacionales y locales	-CNN Radio Argentina, mayo 2020
	<ul style="list-style-type: none"> -El Sol Noticias, agosto 2018 -Grupo la Provincia, agosto 2020 -Infobae, noviembre 2018; marzo 2020 -La Nación, abril 2020; marzo 2022 -Diario Tiempo Argentino, junio 2021

	<ul style="list-style-type: none"> -Portal 0221.com.ar, agosto 2018 -Diario Diagonales, marzo 2020 -Infocielo, abril 2020
Otros documentos oficiales	
Distribución de establecimientos de salud (La Plata-Región Sanitaria XI-Buenos Aires)	<ul style="list-style-type: none"> -Listado de Centro de Atención Primaria de la Salud (2021) municipio de La Plata -Listado de hospitales públicos (2021) Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires -Registro Federal de Establecimiento de Salud (2021) -Mapa Región Sanitaria XI. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires
Informes y reportes técnicos	<ul style="list-style-type: none"> -Ministerio de Salud de la Nación (2020, abril 14). Sala de Situación COVID-2019 Nuevo Coronavirus 2019 Trabajadores de la salud. - Ministerio de Salud de la Nación (2020). Recomendaciones para el uso de los EPP Coronavirus. -Ministerio de Salud de la Nación (2023, mayo). Coberturas en Salud en Argentina, año 2022. Secretaria de Equidad. Buenos Aires. -Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social [MTEYSS], 2021 Situación ocupacional de los trabajadores de la rama salud.
Datos de Encuestas	
Organismos oficiales	<ul style="list-style-type: none"> -Encuesta Nacional sobre Condiciones de Empleo, Trabajo, Salud y Seguridad (ECETSS), 2018. -Encuesta Permanente de Hogares (EPH), INDEC, 2015-2021 -CENSO, 2022
Proyectos	<ul style="list-style-type: none"> -Encuesta Nacional de Enfermería (PISAC-COVID-19), junio 2021 -Encuesta Relevamiento de la situación de los/as trabajadores/ de la salud en pandemia (La Plata, Berisso y Ensenada), Dirección de Redes Intersectoriales de Salud-UNLP, mayo-julio 2020.