

Enfermeros y masculinidades en contexto de pandemia

Male Nurses and masculinities in the context of a pandemic

PAULA ESTRELLA *

Universidad Nacional de José C. Paz (UNPAZ)

PAULA LEHNER **

Universidad Nacional de José C. Paz (UNPAZ)

GLADYS CHÁVEZ ***

Universidad Nacional de José C. Paz (UNPAZ)

RESUMEN. La historia de la Enfermería en Argentina demuestra que en sus inicios se trató de una profesión masculina y que a comienzos del siglo XX sufrió un proceso de feminización con la incorporación de mujeres y la prohibición de la formación de varones. Sin embargo, éstos siguieron optando por realizar una profesión que posee una fuerte connotación femenina, en tanto la enfermería es considerada mayormente como un trabajo de mujeres. El propósito del artículo es describir y analizar las prácticas de los enfermeros varones en el contexto de pandemia. Para ello, retomamos algunos conceptos de la perspectiva de intersectorialidad, considerando que la división sexual del trabajo es resultado del sistema sexo/género que asigna roles e identidades según el sexo biológico de las personas. En este sentido, nos interesa indagar en torno a los roles, las tareas de cuidados, las percepciones de riesgo y los sentimientos que aparecen en las palabras de enfermeros varones durante su ejercicio profesional en contexto de pandemia. Se analizará un corpus de 20 entrevistas realizadas a enfermeros varones de distintas partes del país en el marco del proyecto de investigación "La enfermería y los cuidados sanitarios profesionales durante la pandemia y la post-pandemia del COVID-19 (Argentina, siglos XX y XXI)" de la convocatoria PISAC-COVID19.

PALABRAS CLAVE: enfermeros varones; masculinidades; interseccionalidad; Covid-19

ABSTRACT. The history of Nursing in Argentina shows that in its beginnings it was a male profession and that at the beginning of the 20th century it underwent a process of feminization with the incorporation of women and the prohibition of the training of men. However, they continue to opt for the profession, challenging the strong connotation that nursing acquired as a women's job. The purpose of the article is to describe and analyze the practices of male nurses in the context of the pandemic. To do this, we return to some concepts from the intersectoral perspective, considering that the sexual division of labor is the result of the sex/gender system that assigns roles and identities according to the biological sex of people. In this sense, we are interested in investigating the roles, care tasks, risk perceptions and feelings that appear in the words of male nurses during their professional practice in the context of a pandemic. A corpus of 20 interviews with male nurses from different parts of the country will be analyzed within the framework of the research project "Nursing and professional health care during the COVID-19 pandemic and post-pandemic (Argentina, 20th and 21st centuries)" of the PISAC-COVID19 call.

KEY WORDS: male nurses; masculinity; intersectionality; Covid-19

* Licenciada en Antropología (UNLP), Magíster en Antropología Social (IDES/UNSAM) y Doctora en Antropología (UBA). Coordinadora de la Carrera de Lic. en Enfermería (UNPAZ). Docente- investigadora del Instituto de Estudios Sociales en Contexto de Desigualdad (IESCODE-UNPAZ). E-mail: pvestrella@gmail.com  <https://orcid.org/0000-0001-9137-9332>

** Licenciada en Sociología (UBA), Magíster en Estudios Especializados en Sociología, (Universidad Autónoma de Barcelona) y Doctora en Ciencias Sociales (UBA). Docente de la Universidad de Buenos Aires, de la Universidad Nacional de José C. Paz y de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Investigadora del Área de Salud y Población del Instituto de Investigaciones Gino Germani (IIGG- UBA) y del IESCODE (UNPAZ). E-mail: mariapaulalehner@gmail.com  <https://orcid.org/0000-0001-9402-3438>

*** Licenciada en Enfermería (UNLP). Docente en el Instituto de Ciencias de la Salud (UNAJ), docente-investigadora del IESCODE y de la Licenciatura en Enfermería de la UNPAZ. E-mail: gladyschavez81@gmail.com  <https://orcid.org/0000-0002-1079-5818>

Introducción y ejes teóricos

Varios estudios sobre la historia de la Enfermería en Argentina han demostrado que en sus inicios se trató de una profesión masculina desempeñada por la Orden de los Betlemitas, congregación religiosa llegada a Buenos Aires en 1747 (Wainerman y Binstock, 1992; Jara, 2000). Esta Orden desarrollaba sus actividades en el Hospital Santa Catalina y en el Hospital de la Residencia, instituciones que sabemos, eran depósitos de pobres y “lugares para morir” (Wainerman y Binstock, 1992; Armus y Belmartino, 2001). Según Wainerman y Binstock “el origen humilde y la presencia masculina entre las personas que cuidaban la salud persisten en la etapa de constitución formal de la enfermería en la segunda mitad del siglo XIX” (Wainerman y Binstock, 1992: 272). En el mismo sentido, Lobato (2017) menciona que, en el siglo XVIII, en las instituciones de salud los que realizaban cuidados eran enfermeros varones laicos.

Fue en 1885 que se creó la Escuela Municipal de Buenos Aires de Enfermeros y Enfermeras bajo la dirección de Cecilia Grierson (1859-1934) y comenzó un errático proceso de profesionalización de la disciplina que debió sortear diversos tipos de obstáculos. Hasta entonces, en palabras de Grierson, el conocimiento de enfermería era empírico, se formaban en el trabajo diario, incluso algunos estudiantes eran analfabetos (Wainerman y Binstock, 1992). En sus comienzos, la Escuela era autónoma e independiente, luego pasó a depender del Círculo Médico Argentino y en 1892 pasó a la esfera estatal, como la Escuela de Enfermería de la Asistencia Pública (Martín, 2015 en Jara, 2020). Luego, a partir de una ordenanza de 1912 la Escuela Municipal atraviesa varias reformas que incluyen un proceso radical de feminización ya que, entre otras modificaciones, se limita la inscripción sólo a mujeres excluyendo a los varones (Jara, 2020). Esta reestructuración responde a concepciones de las mujeres como más aptas que los varones para las “tareas abnegadas, más minuciosa, más ordenada”, capaces de brindar un “trato suave”, llevar a cabo una “labor paciente”, y se les atribuye una “cultura más propia de la mujer”, un carácter “más suave y bondadoso” (Wainerman y Binstock, 1992; Wainerman y Binstock, 1993). Diversas autoras (Jara, 2020, Martín 2015, Ramacciotti y Valobra, 2015, Ramacciotti 2020) relacionan la feminización de la enfermería con las condiciones de trabajo precarias, la sumisión, los bajos salarios, la falta o escasa formación, la falta de reconocimiento y desvalorización como profesionales, entre otros aspectos. Podríamos decir que la feminización no se resume únicamente en una mayor incorporación de mujeres dentro de la enfermería, sino al proceso de precarización material y simbólica de la profesión.

Un hecho relevante tuvo lugar a principios del siglo XX y fue la huelga de enfermeros varones del año 1916, lo que da cuenta de las resistencias al proceso de feminización de la profesión (Wainerman y Binstock, 1993). Sin embargo, la presencia masculina tendió a ser invisibilizada en la historia de la enfermería, y si bien no llegó a ser total, la tendencia muestra el triunfo del modelo de la feminización (Wainerman y Binstock, 1992). De hecho, la primera promoción de la escuela de Cecilia Grierson tuvo siete mujeres y tres varones (Ramacciotti y Valobra, 2015 en Ramacciotti, 2020). Vemos que a lo largo de los años de desarrollo de la enfermería en Argentina, si bien persiste la tendencia de una mayor proporción de mujeres enfermeras, también permanece y se sostiene una minoría masculina en el campo laboral.¹

Retomando a Wainerman y Binstock (1993) la feminización se sustenta en un discurso sexista que enaltece rasgos “esenciales”, “propios” de las mujeres que las califican de manera excluyente para el cuidado. Las autoras señalan también el triunfo del modelo Nightingale -aplicado en Europa y Estados Unidos- en el Hospital Británico porteño que admitía solo a mujeres y concluyen que la actual “marca genérica no es, por ende, natural; obedece a representaciones cultura-

¹ Según datos del Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud -Ministerio de Salud de Argentina- en el año 2019 fueron 234.527 la cantidad total de enfermeros/as en edad activa -sin distinción por titulación-, de los cuales el 80,3% se corresponden a mujeres (188.486 personas) y el 19,6% a hombres (46.041 personas). Datos elaboración propia. (En: www.argentina.gob.ar/salud/observatorio/datos/fuerzadetrabajo 25-03-2022).

les y a necesidades sociales que han ido cambiando históricamente” (Wainerman y Binstock, 1993: 29).

La tendencia a incorporar sólo a mujeres como aspirantes a enfermeras ha sido interpretada como parte de la estabilización de los roles de género y como una característica de los mercados de trabajo: los varones quedaron disponibles para otras tareas (Jara, 2020). Para comprender este proceso podemos recurrir a la idea de la división sexual del trabajo. Históricamente la división sexual del trabajo se organiza en base a la construcción de diferencias biológicas incommensurables entre varones y mujeres (Stolcke, 2000). De este modo se construyen las identidades de género que asignan caracteres diferenciados según el sexo de las personas que las vuelven más o menos aptas para algunas tareas. En palabras de Torns (2019: 1), “la división sexual del trabajo es el resultado de convertir y organizar las diferencias biológicas de tipo sexual en actividades humanas diferenciadas.” El proceso de feminización de la enfermería se sustenta en esta concepción biologicista que entiende que las mujeres poseen ciertas características ‘innatas’ que las vuelven más proclives a la realización de tareas domésticas y de cuidados. Consideramos al género como un elemento constitutivo de las relaciones sociales que se basan en las diferencias percibidas entre los sexos, y es una forma primaria de las relaciones simbólicas de poder (Scott, 2008: 65). La categoría de género ha demostrado su potencial para explicar las relaciones entre mujeres y varones; nos permite complejizar la mirada desde una perspectiva interseccional que tiene en cuenta además del sexo, la edad, la etnia, la clase social, la nacionalidad, la migración, la orientación sexual, entre otros factores (Stolcke, 2014; Valenzuela y De Keijzer, 2015).

La literatura sobre varones enfermeros advierte sobre los riesgos y los beneficios que afrontan por el hecho de elegir una profesión considerada femenina, ya que realizan un quiebre paradigmático del sistema sexo-género. Así, pueden verse discriminados o excluidos del mundo masculino, teniendo que enfrentar prejuicios homofóbicos y sospechas de ser “violador, pederasta o acosador” (Valenzuela y De Keijzer, 2015: 16). Igualmente, también encuentran beneficios por sobre la sanción social, ya que suelen recibir mejores salarios, tienen más posibilidades de elegir los lugares de trabajo y ocupan espacios de mayor poder (Hernández Rodríguez: 2011). De esta manera, la desigualdad relacionada al género se reproduce incluso dentro del seno de la profesión enfermera. Estos privilegios o ‘dividendo patriarcal’ que gozan los varones enfermeros, son beneficios que las “masculinidades patriarcales y no patriarcales otorgan a los varones (...), transformando los espacios en ‘nichos’ que las mujeres ceden sin resistencia, asumiendo como ‘natural’ que ellos se ubiquen allí como jefes de área, jefes de suministros (...).” (Valenzuela y De Keijzer, 2015: 93). Asimismo, diversos trabajos han mostrado que en sociedades patriarcales, el capital simbólico de los varones siempre resulta mayor que el de las mujeres (Bourdieu, 2000; Hernández Rodríguez, 2011; Valenzuela y De Keijzer: 2015).

En relación a las particularidades de los varones enfermeros, es que estos no suelen contemplar los riesgos que experimentan para la propia salud -incluso la vida- durante el ejercicio profesional. Así, por ejemplo; durante la pandemia se pudo observar un mayor número de fallecimientos por COVID-19 de enfermeros que de enfermeras.² Se omite, según De Keijzer (2001: 5) que ser varón es un factor de riesgo, ya que la construcción de la identidad masculina implica conductas que pueden llevar a asumir “diversas formas de descuido del propio cuerpo”, suicidio, adicciones o enfermedades psicosomáticas. Sin embargo, más allá de riesgos o beneficios, los varones enfermeros despliegan una vocación altruista, se preocupan por el cuidado, la ayuda y la rehabilitación de otros (Valenzuela y De Keijzer, 2015). En Argentina, la enfermería es una profesión con rápida salida laboral que la hace deseable para muchos, también se observa que algunos varones la ejercen como un “paso” y un medio de sostén económico hacia la carrera de medicina

² Según la Asociación de Licenciados en Enfermería (ALE) desde que comenzó la Pandemia por Covid-19 en Argentina murieron 230 enfermeros/as. De los/as cuales, 122 eran enfermeros y 108 enfermeras (En: <https://alegcba.com/2020/09/21/homenaje-a-los-enfermeros-as-heroes-caidos-en-la-pandemia-de-sars-cov-2-2/>. 20-3-2022).

(Wainerman y Binstock, 1993: 42).

Algunos/as autores/as que han trabajado o trabajan en el núcleo de las masculinidades como Valenzuela y De Keijzer (2015) consideran diferentes tipos de masculinidades a partir del concepto de masculinidad hegemónica utilizado por R.W. Connell. Esta conceptualización plantea determinadas características de la masculinidad hegemónica (autonomía, independencia, autoridad, productividad, capacidad de proveer, etc.) que son las que permiten legitimar y reproducir la dominación masculina y la subordinación de las mujeres. Sin embargo, De Keijzer (2006) sostiene que la forma en que la masculinidad hegemónica —que valora positivamente la violencia, las actitudes temerarias, el no cuidado del cuerpo y la feminización del cuidado— conlleva diversas problemáticas en tanto se convierte en un factor de riesgo para la salud en tres ámbitos: en las relaciones con las mujeres, las relaciones entre varones y las relaciones consigo mismos.

En el caso de los profesionales de enfermería se observan una diversidad de expresiones de masculinidad en un campo feminizado (Valenzuela y De Keijzer, 2015) ya sea a través del ejercicio de mayor fuerza física, o la subordinación de las enfermeras dentro del orden jerárquico que se dan en la dinámica organizacional de los servicios de salud, así como un mayor manejo y relación con la tecnología/saber. Por otro lado, aparece también una mayor capacidad ante la urgencia y el estrés; o el manejo del trabajo en situaciones de marginalidad y riesgo social; actitudes de liderazgo/toma de decisiones en las que pueden ejercer su “autoridad masculina” y “don de mando” (Valenzuela y De Keijzer, 2015:49).

Los hombres, en estos casos también enfrentan la discriminación, por ser vistos como riesgo potencial en su contacto con mujeres, niñas y niños. Williams (1989) enfatiza la percepción del “público” usuario en dos vías: el riesgo potencial que los varones representan y la discriminación por estar en profesiones identificadas como femeninas. Ante esto, sus superiores tienden a desplazar a los varones hacia otros campos y tareas más “masculinas”. Lo interesante es que este desplazamiento de los hombres tiende a ser “hacia arriba” en la escala ocupacional, con un mejor salario y un mayor prestigio. Este fenómeno se ha considerado como “escalera eléctrica de cristal” (Williams, 1989, en Valenzuela y De Keijzer, 2015: 92), metáfora utilizada para referirse a la promoción de los varones incluso en ámbitos de profesiones femeninas, por el solo hecho de ser varón. La “escalera eléctrica de cristal” contribuye al ascenso de los varones, en oposición al concepto de “techo de cristal” que es el obstáculo que las mujeres encuentran en el mundo laboral masculinizado. En ambos casos el cristal simboliza la relativa invisibilidad de los procesos (Williams, 1989, en Valenzuela y De Keijzer, 2015: 92). Las metáforas del techo y la escalera eléctrica de cristal son muy claras para explicar que en un sistema patriarcal los hombres suelen encontrar procesos facilitadores, mientras las mujeres enfrentan todo tipo de barreras. Es decir que, la dimensión de género de los hombres tiende a verse como elemento positivo en contraste con la mirada negativa del género femenino en campos como las ingenierías o las ciencias exactas, el ejército y la política. Ante los dos tipos de discriminación (horizontal y vertical) los hombres tienden a dirigirse o ser dirigidos hacia el cauce de discriminación positiva, es decir la aceptación de pares, luego de maestros y el impulso hacia arriba (Valenzuela y De Keijzer, 2015:100).

Otro aspecto que señala un estudio es que “... en su concepción de la ocupación los varones tienden a privilegiar más la formación que las mujeres, quienes tienden a privilegiar más los componentes expresivos vinculados a la ayuda, el servicio, la vocación” (Wainerman y Binstock, 1993: 43). A su vez, la presencia de varones en un campo laboral feminizado tensiona estereotipos y roles de género. “Los varones insertos en profesiones concebidas socialmente como femeninas van deconstruyendo poco a poco la identidad masculino-hegemónica para avanzar hacia una transición incierta...” (Valenzuela y De Keijzer, 2015:16).

Teniendo en cuenta lo referido anteriormente, el propósito del artículo es describir y analizar las prácticas de un grupo de enfermeros varones en el contexto de pandemia desde una perspectiva interseccional. El abordaje de las masculinidades en la enfermería que realizaremos en este artículo constituye una aproximación respetuosa a un campo que recién comenzamos a reco-

rrer. Como ya hemos referido, la presencia masculina en el campo de la enfermería quedó restringida a comienzos del siglo XX cuando se prohibió la formación a varones; sin embargo, éstos siguen optando por realizar una profesión que posee una fuerte connotación femenina; no han sido excluidos y en ocasiones suelen ser las caras visibles de la profesión. En este sentido, nos interesa indagar en torno a los roles, las tareas de cuidados, las percepciones de riesgo y los sentimientos que aparecen en las palabras de enfermeros varones durante su ejercicio profesional en contexto de pandemia.

Metodología

Para el presente trabajo se recortó un corpus de 20 entrevistas en profundidad a enfermeros varones de diferentes localidades del país. El material forma parte del proyecto “La enfermería y los cuidados sanitarios profesionales durante la pandemia y la post pandemia del COVID-19 -Argentina, siglos XX y XXI-” dirigido por la Dra. Karina Ramacciotti, correspondiente a la Convocatoria PISAC-COVID-19: “La sociedad argentina en la post pandemia”, que contó con el financiamiento de la Agencia Nacional de Promoción de la Investigación, el Desarrollo Tecnológico y la Innovación. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas (Código de Registro CEIHO, ref427 EMnPeSe/20).

En función de explicitar criterios éticos y resguardos en relación al anonimato de los/as entrevistados/as se implementó un Consentimiento Informado, en el que se explicaban los objetivos de la investigación y sus implicancias, así como el carácter confidencial y anónimo de la participación en la entrevista y la utilización de los datos brindados en la misma. A su vez, se acordó que nadie por fuera de los investigadores podría acceder a los datos y que cuando éstos se utilizaran, se eliminaría cualquier referencia que pudiera identificarles.

A partir de un diseño exploratorio y cualitativo, se llevaron adelante 274 entrevistas al personal de enfermería que se hubiera desempeñado durante la pandemia de COVID-19. Durante los meses de abril a julio de 2021 se aplicó una guía de entrevista semiestructurada en profundidad (Archenti, Piovani, & Marradi, 2010), con los recaudos éticos correspondientes a las ciencias sociales. Debido a la situación sanitaria que impedía los encuentros cara a cara, la información se relevó de manera virtual. Para definir el tamaño de la muestra se emplearon criterios de saturación teórica (Glaser y Strauss, 1967).

A partir de un guión de entrevista flexible, que permitió contar con una estructura básica de preguntas en función de dimensiones y que permitía incorporar temas emergentes en los intercambios, se recorrieron diferentes ejes: trabajo (condiciones y ambiente de trabajo, cambios en tiempos y proceso de organización en pandemia, salud y dimensiones psicosociales, participación sindical); formación (trayectorias, sentidos, conocimientos y capacitaciones en pandemia); situación sociofamiliar y cuidados (configuración doméstica, problemáticas de la pandemia, organización de tareas del cuidado y hogar, sensaciones y emociones, medidas de cuidado en pandemia); que permitieron abordar las representaciones y las prácticas de la enfermería dentro del entramado relacional que estructura su labor cotidiana, segregación laboral y las desigualdades profesionales y de género, condiciones laborales, demandas y conflictos existentes en situaciones epidémicas pasadas y presentes, así como en la post pandemia.

La muestra fue de tipo intencional, no probabilística y los casos se seleccionaron de acuerdo a la accesibilidad a las personas y por cuotas según los siguientes criterios: edad, género, lugar de residencia, subsector de salud, grado de formación y nivel de atención. Para el análisis se realizaron varias lecturas sistemáticas de las entrevistas con el fin de identificar núcleos temáticos y ejes de significados atribuidos a las prácticas cotidianas, así como algunos aspectos de los ejes teóricos mencionados en la introducción. Para garantizar el anonimato y la confidencialidad de los entrevistados sus nombres fueron cambiados, así como cualquier otra información que pudiera revelar su identidad.

Desarrollo

La muestra está compuesta por 20 enfermeros, de los cuales nueve son licenciados en enfermería, ocho son enfermeros profesionales universitarios y tres son auxiliares de enfermería.³ Más de la mitad de los enfermeros tienen dos trabajos debido a los bajos salarios y las necesidades económicas. Todos han trabajado o trabajan actualmente en el segundo y tercer nivel de atención (hospitales generales de agudos y hospitales especializados y/o monovalentes), a excepción de un enfermero que trabaja en el primer nivel de atención (en la guardia de un Centro de Atención Primaria de la Salud). Los establecimientos en los que trabajan incluyen 14 hospitales públicos (dos hospitales de Salud Mental en CABA; un Hospital Pediátrico en CABA; tres Materno- Infantiles -dos en Córdoba y uno en Mar del Plata-; un Hospital de Alta Complejidad en el AMBA; siete Hospitales Gral. de Agudos -seis en CABA y uno en Córdoba-); un CAPS y un Hospital de PAMI en Mar del Plata; en la Secretaría de Salud Municipal en José C. Paz; tres sectores de PAMI en Zona Sur del AMBA; y tres establecimientos de salud privados en AMBA.

Del total de licenciados, tres tienen cargos jerárquicos de gestión, uno de ellos en una institución de salud privada (empresa de medicina prepaga). La franja etaria de los enfermeros entrevistados oscila entre los 25 y 61 años, con un promedio de 41 años. Con respecto a la localización del lugar de trabajo, el 80 % de los enfermeros entrevistados trabaja en el AMBA y/o CABA, un 10% en Córdoba y el otro 10% en Mar del Plata. Todas las personas entrevistadas son de nacionalidad argentina a excepción de un enfermero que es originario de Colombia, ingresando a la Argentina en el año 2012.

Con respecto a la situación familiar, de los veinte entrevistados, tres enfermeros conviven con su esposa e hijos, cuatro están separados y/o “divorciados” y conviven con sus hijos algunos días a la semana, un enfermero separado convive con tres de sus cuatro hijos de manera permanente, tres conviven con su esposa y no tienen hijos, dos están solteros y viven solos, dos conviven con su novia y/o pareja sin hijos, dos tienen pareja pero no conviven, un enfermero vive con su madre, uno con su padre, madre y tres hermanos; y uno no comunica convivencia. Cabe aclarar que en el guión de entrevista no estaba contemplada la dimensión de sexualidad. En el apartado de metodología hemos referido que se consideraron otros ejes relacionados con el objetivo del proyecto de investigación más amplio en el que se inserta este trabajo.

Otro aspecto significativo es que el trabajo de campo se realizó durante la segunda ola de la pandemia y el contexto particular de stress y agotamiento/cansancio del personal sanitario que fue el marco común de las entrevistas.

Diversos roles y tensiones en enfermería

Las funciones y roles en la enfermería han constituido un campo de disputa históricamente. En la lucha por la legitimación de la profesión, las incumbencias y tareas incluidas como parte de las prácticas enfermeras fueron transformándose a medida que crecía y se consolidaba la matriz científica de la disciplina. A pesar del gran desarrollo que ha tenido la enfermería en los últimos años a nivel mundial y en nuestro país, la correlación de fuerzas en un sistema que como hemos descrito, es patriarcal, sigue siendo desfavorable para una profesión altamente feminizada. La reproducción de relaciones desiguales de poder en el campo de la salud mediante distintas prácticas legitimadas, basadas en el reconocido modelo médico hegemónico (Menéndez, 1998) somete a trabajadores de la salud, en este caso enfermeros/as, desconociendo o minimizando sus conocimientos, habilidades y experticia, ubicándolos en un lugar de subordinación y obediencia hacia “el saber biomédico”. En este campo de disputa, la fuerza enfermera continúa planteando sus

³ En Argentina, la Ley Nacional de Enfermería N° 24. 004 regula la actividad profesional enfermera y reconoce para su ejercicio dos niveles: el auxiliar y el profesional (comprendido por los/as licenciados/as y el nivel técnico o universitario con título intermedio).

funciones, espacios de trabajo, competencias y responsabilidades. En el escenario de la pandemia se hicieron visibles las condiciones en las que trabajan gran parte de la fuerza de enfermería, la precarización laboral y los bajos salarios, conllevando la inevitabilidad del pluriempleo y del mayor riesgo para su salud en función de ello. En esta investigación, si bien los enfermeros han mencionado y denunciado las condiciones y medio ambiente de trabajo que detonó en una gran cantidad de problemas durante la pandemia, también han detallado sus tareas, roles y actividades en sus puestos de trabajo que pudimos relacionar con su condición de género. Los enfermeros que se entrevistaron como hemos referido representan una franja etaria joven, con un promedio de 41 años. Algunos pocos de mayor edad ejercen roles de gestión con una categoría jerárquica. Uno de ellos, Ricardo, que es “Jefe de División” en un Hospital de Salud Mental relata que al principio de la pandemia:

...al no tener información... se generaron tensiones... Los médicos no querían ir a ver a las pacientes con problemas mentales. Hubo vacíos por gente que tenía stress y desborde emocional... murieron dos enfermeros del hospital por COVID y gente en riesgo se tomó el artículo por licencia... eran 100 personas por enfermero. Hoy son 30 pacientes cada 2 enfermeros... Los enfermeros hacen. Se naturaliza el desborde y son responsables de todo... algunos enfermeros no conocen sus derechos.

Con respecto a su rol, refiere que “...al cursar su maestría él entendió mucho más. El trato humanizado cambia a la gente. Darle lugar e identidad, humaniza...a veces los colegas no tienen esa mirada por falta de preparación”.

Refiere que la forma en que trabajan los expone a más riesgos: “Los enfermeros ponen mucho el cuerpo para ayudar, para contener, y... para que el virus entre y te enferme...”. Cuando se plantean los roles y funciones de enfermería aparece recurrentemente en los entrevistados la falta de reconocimiento. En este sentido Ricardo expresó que “la disciplina creció. Tiene conocimiento científico y empírico... la falta de reconocimiento sostiene el mandato patriarcal.... discrimina a las mujeres, que son 80 o 90% de la enfermería”.

Otro de los enfermeros, Ramón, que es gerente de enfermería en una empresa de medicina privada plantea una perspectiva diferente en tanto expresó: “...nosotros reconocemos que la enfermería es una profesión muy vapuleada. Pero desde sus inicios, que era una simple ocupación y que estaba limitada a las mujeres, que se quedaban en las casas y que cuidaban al enfermo, al herido, al abuelo. Pero miren a dónde ha llegado... No digo que es al 100% que tenemos reconocimiento, todavía falta un poquito. Pero sí tenemos un espacio, un rol”.

Ramón “lidera” un equipo de 2400 “colaboradores” (personal de salud, en su mayoría de enfermería): “mi rol hace que en cualquier momento del día... siempre esté conectado, dando respuestas a las necesidades... voy a un sanatorio, otro día voy a otro... cerca de los equipos de trabajo, de los jefes de enfermería y me permite acompañar más sus necesidades”. Expresó que su mayor preocupación en función de su rol al inicio de la pandemia fue “el capital humano. Mi mayor preocupación empezó, cuando esto empezó, sobre todo, fue cómo hacer para mantener las estructuras de trabajo, porque íbamos a empezar a tener mucha gente de licencia”.

La situación con respecto a los roles asumidos cambia radicalmente cuando el ámbito laboral es la terapia intensiva. Federico, enfermero de la guardia de un Hospital General de Agudos de CABA expresa:

... cuando yo ingresé... había muchas cosas de enfermería que no encajaban en el rol de enfermería. Por ejemplo, el nivel de higiene que tenía el hospital era deficiente, el shock room constaba de dos camillas en muy mal estado, un carro de paro bastante deteriorado... el enfermero principalmente era sobreexpLOTADO... el rol que cumplía era de camillero, de repositor de sus propios materiales, de repositor de medicación, de técnico auxiliar de esterilización porque reciclábamos materiales, de modificar la infraestructura, no en el sentido de agarrar elementos de albañilería, pero sí de correr muebles... Teníamos que atender una guardia polivalente que también atendía neonatos, atendía pacientes pediátricos, atiende pacientes psiquiátricos y todas las especialidades pasando por traumatología y cirugías menores... durante los dos primeros años Mauricio Macri le había cortado el presupuesto a

Pami... murieron dos generaciones de abuelos, dos generaciones de jubilados que no tenían asistencia en los hospitales privados y cayeron a los hospitales públicos que ya venían saturados... parecía un campo de concentración... era cruento ver a los abuelos morir en los pasillos, que nosotros no llegábamos con la medicación, que nosotros no llegábamos a la asistencia... Esa fue la primer crisis que nosotros atravesamos a nivel de urgencias y saturación... imaginate, entre esos dos años y la pandemia, digamos... No hubo mucha diferencia para nosotros, a excepción de la parte epidemiológica”.

Continuando con la descripción del rol de enfermería en diferentes instituciones, presentamos la situación en un Hogar Geriátrico público de CABA que cuenta con 350 residentes, lugar donde trabaja el enfermero Gastón, quien describe su rol en dicha institución en plena pandemia:

había 4 enfermeros y había, más o menos, unos 10 cuidadores. Pero de esos 10 cuidadores siempre estaban los que pedían médico, por ahí los que no iban a trabajar. Entonces, por pabellón, quedaba solamente un cuidador. Y nosotros que teníamos que recorrer por los diferentes pabellones. Tenemos un sector que son los pacientes, mayormente, de más avanzada edad, que son los totalmente dependientes. Son los que tienen vías, sonda vesical, colostomías. Tenemos un sector, también, que hay pacientes que ya son ya paliativos, en un grado ya avanzado. Así que, más o menos, en esa área tenemos 40 pacientes. Es bastante complicado porque no teníamos personal... Yo esta realidad la conocí cuando vine... Anteriormente, era trabajo asistencial. Pero asistencial de la acción de lo que es enfermería. Acá, es diferente el trabajo de enfermería. A veces, es dar muchísima contención verbal... Todos tienen la necesidad de hablar... a veces me da pena tener que cortarlos. Porque a veces les digo: pará que tengo que hacer el siguiente cambio.

Los roles asignados a un enfermero cuando recién ingresa a un Hospital pueden estar condicionados por el servicio en el que se encuentre, como refiere Hernán:

ingresé al Hospital en octubre del 2019, un poco antes de la pandemia, ... Y al ingresar al hospital estuve por todos los servicios... fue empezar a "volantear", lo que sería dar una guardia en un sector, otra guardia en otro sector, y pasé tantas tandas en clínica médica, como en la guardia, traumatología, por todos los servicios... quedé fijo en el servicio de traumatología... el enfermero/a era quien estaba más en contacto directo con los pacientes... el médico directamente no entraba a la habitación... éramos nosotros los que teníamos que ingresar... quien entró a ponerte una vía o a sacarte sangre fuimos nosotros, arriesgándonos nosotros... la Dirección de Enfermería tomó la decisión de empezar a rotar a los enfermeros, porque no querían hacerles un carga viral a los que estaban atendiendo el servicio de Covid... la terapia era lo peor... entrabas ahí y hacías todo, de recibir los pacientes entubados, y después tener que entrar con todo el equipo sin poder ver nada, porque era ponerte las antiparras, la máscara facial, que no te dejaba ver nada. Con todo eso empezabas a transpirar y la médica te pedía ponerle una vía, y con los guantes era algo muy difícil... mi compañero y yo estábamos acostumbrados solamente a atender pacientes de traumatología, con fracturas, y otras cosas. Pero después tuvimos que hacer un curso intensivo a las prácticas a las corridas, en otorrino, uro, y clínica médica. Tal vez que nunca vimos una aspiración, nunca vimos una traqueotomía, pero sobre la marcha tuvimos que hacerlo. Son otros tipos de cuidados, no es lo mismo cuidar a una nena fracturada que a una traqueotomía... en pandemia como antes de la pandemia mi trato con el paciente sigue siendo el mismo, estar ahí y acompañar. Porque... están encerrados, no tienen a nadie.

Un rol poco conocido es desarrollado en la gestión municipal de salud, en palabras del enfermero Ariel:

en telemedicina, es el seguimiento a los pacientes positivos, casos sospechosos, se intenta asistir de manera telefónica a la persona... en el sector de epidemiología hago el procesamiento de las muestras de hisopado de tres hospitales y emergencias médicas... además coordino la vacunación en la posta que hay en la facultad de medicina... hablás de la vacunación, acto que es meramente del enfermero, los médicos, van a los noticieros los médicos a hablar de la vacunación... me da bronca lo poco reconocidos que somos los enfermeros...

Un rol nuevo para la enfermería es el realizado por el enfermero Nicolás, que además de trabajar en un Hospital de Alta Complejidad del AMBA en el servicio de gastroenterología, conforma el Comité contra la Violencia de Género del hospital. Allí refiere que:

cuando hay una denuncia –en enfermería- el representante del servicio se enoja. Porque dice que le trae más conflicto... le digo ¿por qué te genera ese conflicto? Y porque es enfermero...yo lo tengo que... separar de sus tareas porque no puede estar con...y eso me genera un conflicto. ¿Pero vos no estás viendo que acá hay un acto de violencia? O sea ¿no podés distinguir eso?... todavía falta más perspectiva de género dentro del hospital para todos los trabajadores... antes de la ley Micaela... hubo casos de violencia de género y discriminación por orientación sexual. Un mal clima laboral. ¿no? Donde se naturalizaba, digo y se sigue naturalizando ciertos actos violentos. No sé, por ejemplo, el médico tenía naturalizado que tenía que dar una orden a la enfermera y la enfermera lo tenía que cumplir sin importar el criterio... y si no gritos, peleas, destratos, maltratos... las notas se cajoneaban⁴... pasaban los meses y esa persona te volvía a violentar... en enfermería, hay mucha violencia hay mucho violento ocupando lugares de jerárquico... como supervisores, como coordinadores se van tapando entre ellos los actos de violencia... el oprimido después se vuelve opresor... gente que fue violentada y luego...ejerce violencia... me decían ¿vos estás en eso del Comité? ¿de las feminazis? Che ¿vos estás en ese comité donde denuncian cualquier cosa?... por eso las capacitaciones no son suficientes...

Los cuidados,⁵ las tareas de cuidados y autocuidado⁶

En este apartado colocamos las referencias a los cuidados que fueron mencionadas por los enfermeros, es decir, lo que ellos relacionaban, sus acciones en torno a qué cuidados realizaban, cómo se cuidaban dentro y fuera del trabajo, cómo cuidaban a su familia y amigos/as, entre otros aspectos.

En este sentido Ramón nos explicó: “cuando voy a las clínicas, me visto, me pongo el uniforme, el ambo, barbijo, todo lo necesario. Cuando me iba, que llegaba a mi casa, me sacaba todo, pasaba al baño, me lavaba las manos. No era tan obsesivo con lo de los zapatos en el trapo con lavandina, pero sí los cuidados habituales”.

Por otro lado, Ramón como gerente de una empresa de salud privada y desde una perspectiva de cuidado de sus empleados- “colaboradores” expresó que se preocupó porque:

la carga emotiva la reciben ellos [enfermeros/as] porque son el primer contacto con el paciente. Entonces, lo que sienta el paciente se lo dice al enfermero o enfermera. Cuanto más grande es una organización por supuesto que es más difícil que todos reciban al mismo tiempo un beneficio, una acción o una actividad. Pero si se hace y se sigue haciendo esto: que cada cual que lo necesita, por ahí, tenga el canal para ser escuchado...

A su vez, Federico, que trabaja en el Shock Room de un Hospital General de Agudos refirió: “tuve que prácticamente cambiar muchas costumbres en casa y también cambiar las costumbres de mi familia por el temor de ser portador del virus... naturalizamos ese comportamiento que inicialmente nos pareció exagerado. Ahora somos verdaderamente exagerados. De hecho, tenemos como cinco rociadores de alcohol al 70%, tenemos rociadores con lavandina”.

En función de las restricciones que implicó la pandemia, que prohibió la salida de residentes de un Hogar Geriátrico, el enfermero Gastón planteó que cambiaron las tareas de cuidado, que demandan más escucha: “... antes teníamos una rutina: llegábamos, cambiábamos, medicábamos. Después, ellos salían. Porque ellos salen, hacían sus compras, todo. Pero ahora los tenemos todo el tiempo ahí. ¿Y qué pasa? Todos quieren hablar... desde que empezó la pandemia, cerraron el hogar y ellos no pueden salir del hogar”.

⁴ Cajonear significa demorar el tratamiento de un asunto o trámite.

⁵ Los cuidados conllevan aquellas actividades que tienen como objetivo proporcionar bienestar físico, psíquico y emocional a las personas (Finch 1989, en Comas d'Argemir 2000:188).

⁶ El autocuidado es entendido como acciones y decisiones individuales sobre la propia salud (Menéndez, 2009).

Con respecto a los cuidados en su casa, Gastón relató: “el llegar a tu casa... Yo primero llegaba a mi casa y era como un temor... directamente meterme a la ducha, desinfectarme todo. Pero por miedo, ¿no? Por miedo a no llevarlo. Ahora directamente se que por ahí lo puedo tener en las manos, pero simplemente lo tengo que tomar como habitual el tema del barbijo, el tema del alcohol, en el cuidado con el tema de la ropa.”

El compañerismo que se veía reflejado en el cuidado mutuo entre colegas en el Hospital apareció recurrentemente en las entrevistas, en contraposición a los descuidos o pocos cuidados que brindaban las instituciones, en palabras de Hernán:

llegabas al hospital y teníamos esa, viste la cámara sanitizante que te tira alcohol por todos lados, o no sé qué. No es alcohol solamente, pero teníamos eso al ingresar y al salir. Ese era el cuidado en el hospital... la solidaridad con mis compañeros porque no es solamente que uno entre a la sala Covid, tenes que asistir a tu compañero, que se vista bien, ayudarlo cuando se desviste, y después darle con el atomizador y el alcohol. El cuidado mutuo entre nosotros...

Otro aspecto referido por los entrevistados además de la higiene en general, se relacionó con las limitaciones y/o recaudos que tuvieron que tener con su familia para cuidarse-cuidarlos, que les afectaba, como en el caso de Hernán que expresó: “antes de llegar a mi casa y que mi hija venga corriendo y me abrace, y eso es algo que tuvimos que cortar... los cuidados, el tema del alcohol, o, en un principio llegar y antes estaba ese Lysoform, me bañaba con eso, y recién podía hacer las cosas...”

En algunas entrevistas surgieron la alimentación y el ejercicio físico como autocuidados, incluso algunos plantearon que esas prácticas podían ayudarlos a transitar mejor la enfermedad si se contagiaban. En el caso de Jorge además se relacionaba con el sobrepeso producto del aislamiento obligatorio: “hago deporte, estoy entrenando, engordé 15 kilos en pandemia, no podía salir a correr... los vecinos... había gente que estaba vigilando que nadie corra... me habían robado la bici y todo. Tuve que comprar una nueva, ahora empecé a entrenar, hace un mes... mantengo distancia... yo me saco el barbijo y estoy a una cierta distancia de mis compañeros. Porque me mata ya, usar barbijo”. A su vez, Pablo, que trabaja en una maternidad en la provincia de Córdoba contó: “cuando puedo yo salgo a caminar por la montaña, hago trekking, me ayuda física y mentalmente para volver al trabajo, hay que alimentarse bien, eso ayuda, cuidarse, si estás mal alimentado es peor si te agarra covid...”

En algunas entrevistas pudimos observar que relacionaron el trabajo en enfermería con el desgaste físico, que siendo un trabajo de cuidados impacta negativamente en la salud del cuidador, incluso en el caso de Nicolás, él planteó que pensando en su cuidado:

llega un momento en donde la enfermería pesa. El trabajo de ser enfermero pesa. Porque implica mucho el cuerpo. Entonces hay algo -que siempre me dicen- qué bueno... porque ahora son joven, pero imagínate cuando seas más grande que tenés que levantar al paciente, tenés que -nosotros trabajamos mucho con la fuerza... Ahora soy joven. Tengo mínimamente fuerza o estoy despierto como para -no sé- pasa algo en urgencias, salgo corriendo. Pero el cuerpo se desgasta mucho en nuestra profesión... Empecé trabajando de muy joven en enfermería y el cuerpo y la cabeza te pasa factura después de unos años... por eso empecé a estudiar psicología...porque seguramente en algún momento el cuerpo no me va a dar.

Las percepciones del riesgo desde los enfermeros⁷

En este apartado consideramos las vinculaciones que realizaron los entrevistados en torno a las

⁷ La percepción del riesgo es un concepto utilizado en Salud Pública, vinculado en mayor medida con la prevención de enfermedades. Es en función de que los riesgos pueden ser percibidos de distintas maneras que se plantea la importancia de estudiarlos. Es decir que, su carácter subjetivo implica que los sujetos incorporan y producen conceptos particulares de riesgo (Slovic, 1987 y Barnett et al, 2001 en: Cesar-Vaz et al., 2009).

preguntas sobre aspectos de su trabajo y los riesgos que identificaban en él, así como fuera del ámbito laboral.

Ramón que trabaja en una empresa privada de medicina prepaga refirió al respecto: "Yo les digo... mirá, si me contagio no va a ser por culpa de la clínica, va a ser porque fui acá al supermercado y alguien me tosió. Aparte está comprobado prácticamente que es más social el contagio..."

En muchas entrevistas fueron mencionados recurrentemente comentarios acerca de la negligencia y/o irresponsabilidad de los médicos, que pusieron en riesgo a sus compañeros trabajadores por negarse a usar los elementos de protección personal o no saber cómo usarlos, así como también por no querer vacunarse. En este sentido Federico expresó:

durante los primeros dos meses de inicio de pandemia la institución, o sea, no había una bajada institucional de qué es lo que deberíamos hacer ni qué elementos deberíamos usar con certeza... antes de la pandemia, los únicos que usaban elementos de bioseguridad eran los enfermeros en la guardia... fue muy difícil trabajar sobre el tema de bioseguridad... el personal médico... ellos fueron los primeros en poner en riesgo a todo el equipo de salud, incluidos enfermeros... fue toda una situación de estrés, a la cual nos sometimos... la parte médica por su soberbia termina comprometiendo a los equipos de salud... la propaganda que hicieron los médicos en contra de la vacuna Sputnik particularmente fue desastrosa... gente más joven es la nueva víctima. O sea, ya no estamos viendo muertos de 60 años para arriba sino de 60 años para abajo... la situación de estrés aumenta...

Otro aspecto recurrente en las entrevistas se relaciona con la exposición a riesgos producto de la falta de insumos y recursos, así como las contradicciones en las normativas y protocolos cambiantes. De ello da cuenta Gastón: "... desde el lugar de trabajo nos sentimos muy desprotegidos. Básicamente, no teniendo los insumos para afrontar la pandemia... primero el barbijo sí, después dijeron que no, después dijeron que sí. Y era el miedo: ah, pero yo ya atendí... y por ahí decían que no era necesario, entonces no nos mandaban los insumos..."

La metáfora de la guerra y los riesgos que produce una guerra surgieron en varias entrevistas. Además, la carga horaria, el cubrir los horarios de compañeros enfermos o de licencia, fueron mencionados como generadores de riesgos. En las palabras de Hernan:

los enfermeros que estaban en "primera línea", les decían "la trinchera". Y la verdad que, si lo comparas con lo que era una guerra, era la verdad, éramos los primeros que teníamos que ir al choque, y éramos los primeros que recibían las bajas. Después tuvimos varios compañeros que se infectaron, también tuvimos algunos que fallecieron lamentablemente. Y era como recibir una herida de bala, tenés que ir a recuperarte rápido, y otra vez a la trinchera, porque no dejaban de venir los pacientes. Lo vivimos de esa manera... nos saturaron con los horarios (...) Conocer al virus me dio más tranquilidad, y empezar a manejar bien con el equipo de protección, con los pacientes, es lo que fue haciendo que pierda más el miedo. Hoy en día, ese miedo no se siente... miedo no pero sí respeto

Otro aspecto que fue compartido por muchos entrevistados se relaciona con el riesgo de contagiar a familiares o amigos. En este sentido Jorge refirió:

estoy separado... tengo dos hijas... la más chica es una persona de riesgo... empezo la pandemia hasta septiembre, nosotros prácticamente nos comunicábamos por zoom, el video llamada de WhatsApp y me costaba mucho... estoy con más contacto con personas que tienen COVID. COVID en serio y estoy por todos lados. Y yo no me perdonaría si contagiara por mi culpa. Ella ya tuvo varias internaciones por enfermedad respiratoria y bastante fulera.

A su vez, Omar añadió (al igual que la mayoría de los entrevistados): "querés proteger a tu familia, entonces dejas de verla. Vos sabés que sos el vehículo que puede llegar a contagiar a tus seres queridos... la mayoría de nosotros no queremos ser causante de contagio...". La idea de que "ellos", por su trabajo, son los "factores de riesgo" estuvo presente en la mayoría de las entrevistas, así como también la decisión del distanciamiento que debieron tomar con sus familiares y

amigos/as para evitar el riesgo de un posible contagio.

Enfermeros y sentimientos⁸

Como hemos aclarado, el momento en el que se realizaron las entrevistas fue durante la segunda ola, en un contexto/marco de cansancio y estrés. Creemos que ello quizás facilitó que expresaran sus sentimientos y emociones más abiertamente. Muchos expresaron que esperaron la entrevista para poder desahogarse o que les gustó la entrevista porque pudieron descargarse y contar lo que les pasó, lo que sintieron y vivieron en la pandemia como enfermeros. Colocamos a continuación aquellas citas que condensan los sentires que refirieron en torno a su trabajo y vida durante la pandemia.

Ricardo expresó que lo que más sintió durante la pandemia fue: “incertidumbre, el temor, la muerte”.

Por su parte, Ramon sintió en su trabajo en el ámbito privado: “Crisis... uno empieza a ver lo mejor de sus equipos de trabajo, aún más potenciado, pero también saca lo otro -lo negativo, lo peor de algunos-... uno que tiene que liderar... más que nunca tenemos que estar en esta sintonía y sintonía total para ayudarnos y mantenernos”.

Federico expresó que en un momento de la pandemia se deprimió y eso afectó sus defensas y en la segunda ola la vulnerabilidad continuaba porque no cambió la infraestructura:

si uno ve la película Alien y ves que sos el último sobreviviente y decís “bueno, yo también estoy cerca de esto... me deprimió esa situación. Entonces yo, que venía cumpliendo el tema de los cuidados de bioseguridad como un reloj suizo, es ahí donde hice mella. Particularmente, pienso que yo contraí Coronavirus por la alta carga viral del sector y por la depresión que me causó una baja en las defensas...

el personal de enfermería claro, ya con un año de haber puesto el cuero en peores condiciones, este año sí ya no tuvimos falta de materiales... pero la infraestructura no cambió con lo cual la vulnerabilidad continúa hasta ahora ... la segunda ola debió ser afrontada desde esa perspectiva... dio un poco de bronca eso... la soledad del personal de salud... una soledad que venía de parte de los sistemas (...) Es aberrante. La verdad, uno está inmerso todavía, shockeado por la parte de los efectos de la pandemia en nosotros y que no se ha logrado abordar siquiera el tema de la parte económica... estaba esperando la entrevista, porque es una manera de desahogarme (risas).

El miedo o temor apareció en la mayoría de las entrevistas, en algunas era un miedo a lo desconocido, en palabras Gastón:

yo siempre fui uno de los enfermeros que nunca le tuvo temor a nada. Siempre me gustó el tema de la gerontología. Pero con la pandemia me pasó algo muy especial, que era temor a lo desconocido, ya que nunca antes había estado en una pandemia... pasé muchos momentos complicados, y ahora un poquito es como un respiro... en junio, julio, que muchos de mis compañeros estaban positivos, tomar una guardia era como entrar a un campo de batalla, más o menos. Porque sabías que tenías que estar solo o con gente nueva... había más gente positiva. Más casos sospechosos. Y era como entrar en una guerra en ese momento. A mí me daba un poco de pánico. A mí me daba un poco de pánico...

En otras entrevistas aparecía el miedo, el cansancio y la bronca recurrentemente en los entrevistados, como expresó Hernán: “... estaba el miedo, estaba el miedo generalizado en todo el

⁸ Desde la perspectiva de la Antropología de las emociones, Le Bretón (2013), plantea que los sentimientos y las emociones no son sustancias transferibles ni de un individuo ni de un grupo a otro. Son relaciones, y por tanto son el producto de una construcción social y cultural. La emoción, para dicho autor, es a la vez interpretación, expresión, significación, relación, regulación de un intercambio; se modifica de acuerdo con el público, el contexto, se diferencia en su intensidad, e incluso en sus manifestaciones, de acuerdo a la singularidad de cada persona. Es por ello que nos interesó abordar cuáles eran los sentimientos y emociones que expresaron los enfermeros entrevistados.

hospital. Lo que más se notaba era el miedo, el miedo de por ejemplo, de estar en contacto con algún paciente Covid y tener que regresar a tu casa con toda tu familia... A mi no me importaba estar en el servicio de Covid, no tenía problema... bronca que por ejemplo uno pueda tener por no tener descanso...".

El cansancio, el miedo y la angustia por poder contagiar sin querer a un ser querido también fue frecuente en las entrevistas, en palabras de Omar: "en esta pandemia... se ha visto más que nada cansancio... cansancio físico y psíquico es mucho mayor... angustia... mi señora, porque es factor de riesgo entonces... es diabética y ... entonces más que eso... Si vos sos mi enemigo, vas a tener igual de miedo de vos que un amigo..."

A la vez, en el trabajo (más allá de la pandemia) Gastón comentó que:

"es muy triste ver cómo personas grandes tienen que seguir un ritmo de vida que no es la mejor que uno espera tener en la vejez. Privados de salir, privados de no comer lo que ellos quieren, privados también de tener las cosas que ellos quieren... cuando yo ingresé a trabajar muchas veces como que llegué a mi casa así muy emocionado, llorando... Y yo me fui encariñando. Y, después, me fui dando cuenta que la realidad de ellos era fea. Porque a veces me decían que no querían comer esa comida, que no les gustaba. Y la verdad que yo miraba la comida y tampoco era tan rica...una paciente... padecí mucho cuando falleció... me volví un poquito más frío. Más frío como de mis sentimientos. Los escuchaba, los comprendía, pero ya no traté de vincularme tanto. Porque sé que van a morir o porque después uno lo padece, ¿no?".

También un enfermero joven como Marcelo refirió la pandemia no le generó ningún sentimiento particular: "...por ahí sea muy frío o muy duro, pero la verdad es que no siento que me haya afectado –la pandemia–".

Durante el trabajo, varios entrevistados expresaron sentimiento en torno a la muerte de un colega, amigo o desconocido como en el caso de Ariel: "... me pasó de llamar a una persona y que te digan no, acaba de fallecer mi papá, y es algo que te... de por sí ya es algo que me cuesta de por sí expresarme... decir, «uy, lo siento mucho» a una persona que no conozco... complicado... me impactó porque para mí es una de las pocas veces que tengo contacto así con la muerte directamente...".

En el caso de Nicolás le llamaba la atención la falta de acompañamiento/entendimiento y/o humanidad de jefes frente a la muerte de un compañero:

creo que hay que humanizarse más. Creo que las personas que ocupan un lugar jerárquico alto tienen que bajar un poco ¿si? A los trabajadores y acercarse y hablar ¿cómo están? ¿Qué necesitan? Buen día, el otro día decía... Hay un servicio que está muy triste porque hemos perdido un compañero. Ese compañero era uno de mis mejores amigos... terminamos de velar a un amigo, a un compañero. Tomamos la guardia y ahí no pasó nada. No se acercó un jefe nunca a decirnos...chicos, entiendo la situación, cómo están viviendo, nadie se acercó... Hay que humanizarnos. Empatía. Eso es lo que hace falta también...

Por otro lado, Nicolás sentía agradecimiento hacia las instituciones públicas: "Yo me sentí cuidado por la salud pública... vengo de una familia muy humilde y la salud pública nos ha salvado mucho en muchas ocasiones. La salud pública me salvó también porque yo fuí el primer universitario de la familia... estar trabajando en una universidad pública es como yo les estoy volviendo un poco al sistema lo que me dio".

Los caminos que los llevaron hacia la enfermería

Los caminos que llevaron a los entrevistados a estudiar enfermería que retomamos en este apartado creemos que pueden darnos indicios acerca de los vínculos entre enfermería y masculinidades. Si bien algunos autores que hemos mencionado han vinculado la elección de la carrera de enfermería como un escalón para la carrera de medicina, lo que hemos observado en nuestro recorte es que la mayoría de los entrevistados que comenzaron estudiando medicina, tuvieron que abando-

narla por razones económicas o porque no les gustó la carrera. En muchos casos, la situación económica les imposibilitó continuar con medicina. Por otro lado, muchos de los enfermeros poseen familiares enfermeros/as con los que se identificaron o no para seguir la carrera. Y también es recurrente en las entrevistas que la elección de enfermería en general se vinculó con la posibilidad de una salida laboral rápida, además de lo vocacional.

En el caso de Ramón se relacionó con aprovechar la oportunidad:
 en mi familia hubo varios enfermeros: mi mamá, mi abuelo y mi abuela materna, una tía, un tío que después dejó... yo no la elegí por vocación a la enfermería, fue una situación y la aproveché... cuando terminé la colimba a mitad de año ya no me podía anotar en la facultad y empecé enfermería, a fin de año me fui a estudiar genética al norte... me volví... y terminé la carrera de enfermería... En el 90' me recibí y en el 91' me fui a Capital.

Por otro lado, Gastón contó:

... trabajaba como comisario de a bordo en Buquebus... yo quería pasar al área de flota aérea. Y los requisitos que pedían ellos era, bueno, tener buen nivel de inglés y tener una carrera que sea humanista... tenía que estudiar Medicina, Turismo y Hotelería o estudiar Enfermería. Y yo ahí me anoté para Enfermería. Cuando empecé a estudiar enfermería... yo dejé lo que es Buquebús por dedicarme a lo que es la enfermería, porque a mí me gustó en la práctica... cuando me mandaban a áreas desconocidas, y yo me veía con cosas tan complejas que nunca pensé ver, ni poder hacerlas. Yo me sentía, no sé, como un héroe. Salía muy... no sé, era como un orgullo interno... me llevaba una satisfacción muy grande a mi casa.

Hernán -como muchos otros enfermeros entrevistados- intentó estudiar medicina y por cuestiones económicas tuvo que abandonar:

volví a Bolivia y de ahí estudié medicina. Ahí comencé un año y medio de medicina en una facultad privada, pero por motivos de plata no pude continuar. Entonces, regresé para acá, y acá, por incentivo de mi hermano que es enfermero, seguí enfermería. Terminé en el 2018, lo empecé en el 2016... De chico viste cuando vas a un hospital y te hacen esperar, y bueno, yo dije, voy a estudiar y no voy a hacer esperar así a la gente. No pude llegar como médico, pero estoy como enfermero. Me gustaría seguir estudiando, no sé si la licenciatura...

En el caso de Jorge, en su recorrido pudo resignificar la enfermería y su elección:

cuando yo era chico mi abuela era enfermera de la Segunda Guerra Mundial... yo lo que rescataba era emergentología. Quería hacer paramédico toda mi vida... en Buenos Aires y por lo que yo veía era... estudiar medicina. Así que me ingresé en el 2000 a estudiar medicina pero justo hubo un montón de problemas económicos... mi viejo me dijo: Y porque no estudias enfermería?... hice auxiliar de enfermería en la Cruz -Roja... en la Cecilia Grierson me enseñaron a amar enfermería. A partir de ahí, ahí me formé como enfermero... Cecilia Grierson me abrió la cabeza. O sea, entendí a mi abuela... todos los hospitales grandes e importantes de la capital eran para nuestra escuela. Entonces yo conocí todas las guardias de la capital.

Ariel relató una vivencia que lo dejó marcado y que él identifica como el origen de su decisión profesional:

...mi prima... convulsionó... empezó a convulsionar y la reacción que tuve de ese momento... desencadenó ese acto de cuidado, que terminé siendo enfermero, no sé, tuve la reacción de ponerla boca abajo, ser cuidadoso, levantarla, llevarla corriendo a avisarle a mi papá, y después verlo a mi papá- que es enfermero-, verlo hacer acciones de RCP a una nena de dos años, era su sobrina, es su sobrina...

Nicolás reflexionó varios acontecimientos de su vida que lo llevaron a estudiar enfermería:

yo cuando era chiquito... mi juego favorito era jugar a que trabajaba en un hospital... primero jugar con cajitas de la farmacia que era la farmacia del hospital o hacer recetas... que era médico, entonces tenía como una idea hacer que curaba... yo sabía que en algo en sa-

lud en algún momento iba a hacer. También mi mamá en su momento había estudiado -ahí en realidad había querido estudiar enfermería-. Entonces yo también tuve esa idea de que mi mamá no pudo ser enfermera... Estaba la guía del estudiante en ese momento. Entonces comencé a ojear y dije a ver... enfermería universitaria. Era lo que me cerraba en ese momento por una cuestión de que vengo de una familia muy humilde y dije, bueno, esto me cerraba... La idea era recibirme pronto, empezar a trabajar y bueno, después...se fue dando.

Para Raul fue una posibilidad laboral en la que pudo ayudar a los otros:

...fui cocinero en el hospital Gandulfo... bueno...me gustó que sé yo. Y bueno, en ese tiempo se estudiaba de 2 de la tarde a 10 de la noche. Ehhhh, el auxiliar de enfermería... Después una vez que empecé a trabajar de enfermero empecé a estudiar enfermería profesional. Y yo me recibí de la maestría en gerenciamiento de servicios de salud a los 54 años... a mí me gustó y punto... Era muy satisfactorio estar en un servicio y decir bueno, puedo ayudar a alguien"

Julián es el único entrevistado que coincidiría con el planteo de los autores sobre que enfermería sería un paso para seguir medicina:

Yo quería estudiar ingeniería, ingeniería genética y por una opinión de mi hermana... Ella me dijo "yo estudiaría enfermería me dijeron que es lindo" y cuando me fui anotar me anoté en enfermería creo que, por la mera opinión de mi hermana y yo dije después "¿para qué la escuche?". "El primer año no me gustaba hasta que tuve el contacto con la pediatría. Y ahí sí fue otra cosa, cambió. Como me gustaba pediatría seguí...ahora me anoté en el CBC... en medicina.

En el caso de Pedro, en su recorrido eligió enfermería por sobre medicina:

en realidad yo no elegí estudiar enfermería. Yo había entrado a medicina, al primer año. Eh, bueno, yo llevo 10 años en pareja. Eh cuando cumplimos dos años, el aniversario a mi pareja se le diagnosticó cáncer. Por lo cual yo en ese momento estaba terminando la secundaria, eh tenía 18 años, eh bueno, salía de la secundaria, me iba a cuidarlo durante el tratamiento de quimioterapia... la enfermera vio que me gustaba y me dice, vení ahora vamos a cuidar, a curar, un catéter central... un día cuando me enteré que iba a abrir la Universidad de Hurlingham y tenía el proyecto de enfermería, dije, a la mierda medicina, me voy a enfermería.

Algunas reflexiones finales

A lo largo de este artículo hemos podido describir los diversos roles que asumieron los enfermeros en sus trabajos antes y durante la pandemia, las condiciones y medio ambiente de trabajo precarias y desfavorables, las múltiples tensiones en los vínculos que mantienen con los médicos, la falta de reconocimiento de sus roles profesionales, los cuales fueron mencionaron por casi todos los entrevistados. A su vez, algunos entrevistados como Ricardo y Nicolás, relacionaron la falta de reconocimiento de los enfermeros con el sostenimiento del sistema patriarcal. Nicolás incluso planteó el tema de la violencia en la enfermería, cómo se reproduce, la falta de perspectiva de género en la profesión, pero también en todo el sistema, y la falta de humanización. Resulta interesante su perspectiva acerca de cómo una persona que fue oprimida se convierte en opresora pensando en la enfermería.

A través de los relatos fue posible reconocer en ellos los vínculos que establecían entre la falta de reconocimiento de sus saberes, conocimientos profesionales, y cómo al no ser tenidos en cuenta, ello impactaba en la falta de insumos y recursos que, en el caso más extremo relatado por Federico, repercutía en la muerte de jubilados antes de la pandemia.

Los entrevistados expresaron muchas veces "frustración" y "bronca" por sus condiciones de trabajo precarias, por la carga horaria y de trabajo, por los bajos salarios, por los riesgos de contagio a los que los exponían las instituciones y los médicos, entre otros. Sin embargo, en sus

discursos prevalecía cierta abnegación y/o altruismo, que los hacía aguantar, soportar el esfuerzo físico, el agotamiento, el cansancio, la desidia del sistema institucional. Es allí donde reconocemos algunas características de la masculinidad hegemónica, el no querer faltar al trabajo a pesar de haber tenido covid, retornar a trabajar con secuelas sin estar recuperados, el sentirse en una guerra, enfrentando un enemigo, poniendo el cuerpo, hasta que el cuerpo no aguante. En esta metáfora de la guerra, es también en donde hallamos indicios del mandato patriarcal, que exige a los hombres fortaleza y arriesgar su vida para pelear en la guerra. Todos estos aspectos aparecen en sus relatos. Sin embargo, algunas voces más jóvenes, como Nicolás plantean la necesidad de pensar en el desgaste físico que produce el trabajo en enfermería. Frente a ello, él comenzó a estudiar otra carrera para evitar llegar “hasta que el cuerpo aguante”.

Fue interesante escuchar la diversidad de masculinidades que aparecían en los diferentes relatos. Partiendo de la hegemónica, en las narraciones iban surgiendo otras características que daban cuenta de otras masculinidades no hegemónicas, los cuidados que señalaban como fundamentales para las personas como escucharlas, agarrarles la mano, el contacto, el “trato humanizado”, y también aparecían en los relatos sobre sus angustias, llantos, miedos, pánicos, y sobre la soledad, tristeza y depresión que sintieron. En este sentido, hemos iniciado una aproximación a esta temática que recién comenzamos a abordar.

A modo de cierre, retomamos algunos autores que presentan una mirada generacional, a partir de la cual se plantean cambios en las relaciones entre géneros, en donde los hombres han tenido que soltar el control, encontrándose en situaciones de crisis y sufrimiento. Creemos que la pandemia potenció en cierto sentido este proceso. Y ello implicó, una masculinidad que Echeverría (2012), describe como “inaguantable, incongruente e insoportable”, porque ya no es coherente con las nuevas relaciones de pareja, donde los varones sufren por tener que defender un modelo que los anula como seres afectivos, que no logra responder a las necesidades afectivas de su pareja (Valenzuela y De Keijzer, 2015: 98), o familiares/amigos/as. En el escenario actual, que no deja de ser incierto, en el campo de la enfermería las diversas masculinidades tensionan la hegemónica.

Bibliografía

- Archenti, N.; Piovani, J. I. & Marradi, A. (2010). *Metodología de las Ciencias Sociales*. Buenos Aires: Emecé.
- Armus, D. y Belmartino, S. (2001). Enfermedades, Médicos y Cultura Higiénica. En A. Cattaruzza, (dir.), *Nueva Historia argentina. Crisis económica, avance del Estado e incertidumbre política (1930 - 1943)*, tomo VII (pp. 283-329). Buenos Aires: Sudamericana, Buenos Aires.
- Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.
- Cezar Vaz, M. R. et al. (2009). Risk perception in family health work: study with workers in Southern Brazil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 17 (6), 961-967. .
- Comas d'Argemir, D. (2000). Mujeres, familia y estado del bienestar. En T. del Valle, T. (ed.), *Perspectivas feministas desde la antropología social* (pp. 187-204). Barcelona: Ariel.
- Comas d'Argemir, D. (2016). Hombres cuidadores: Barreras de género y modelos emergentes. *Psicoperspectivas*, 15(3), 10-22. DOI: <https://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol15-Issue3-fulltext-750>
- Cruz, S. N. E. & Ávila, M. Á. C. (2011). Los hombres en la Enfermería. Análisis de sus circunstancias actuales. *R E V I S T A*, 6. Disponible: <https://www.medicgraphic.com/pdfs/conamed/con-2011/cons111f.pdf>
- De Keijzer, B. (2001). Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. Ponen-

- cia presentada en el *VI Congreso de Ciencias Sociales y Salud*, Lima, Perú.
- Glaser, B. y A. Strauss (1967). *The Discovery of Grounded Theory Strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldine.
- Hernández Rodríguez, A. (2011). Trabajo y cuerpo: El caso de los hombres enfermeros. *La ventana. Revista de estudios de género*, 4(33), 210-241.
- Irwin, L. (s. f.). *Homophobia and heterosexism: Implications for nursing and nursing practice*. 25(1), 7. Disponible en:
- Le Bretón, D. (2013). Por una antropología de las emociones. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, 10 (4), 69-79.
- Menéndez, E. E. (1998). Modelo Médico Hegemónico: Reproducción técnica y cultural. NATURA MEDICATRIX, 51, 17-22.
- Menéndez, E. E. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar.
- Ministerio de Salud de la Nación (2019). *Datos sobre fuerza de trabajo*. Obtenido de www.argentina.gob.ar/salud/observatorio/datos/fuerzadetrabajo
- Restrepo Sánchez, A. (2019). *Los hijos bastardos de Nightingale: Sexo, género y sexualidad en las prácticas de cuidado del hombre enfermero*.
- Stolcke, V. (2000). ¿Es el sexo para el género lo que la raza para la etnicidad... y la naturaleza para la sociedad? *Política y Cultura*, 14, 25-60.
- Stolcke, V. (2014). ¿Qué tiene que ver el género con el parentesco? *Cad. Pesqui.*, 44 (151). Disponible en: <https://www.scielo.br/j/cp/a/jzysh58kMMhYrfXb3QXNrSz/?lang=es>
- Tajer, D. (2021). Cuidados generizados en salud. *Revista Symploké*, 2. Disponible en: <http://www.revistasymploke.com/revistas/SymplokeEGN2.pdf>
- Torns, T. (2019). Ausencias y presencias de las mujeres en el mundo del trabajo. *Pasos a la Izquierda*, 16, Disponible en: <https://pasosalizaizquierda.com/ausencias-y-presencias-de-las-mujeres-en-el-mundo-del-trabajo/>
- Valenzuela, A. & De Keijzer, B. (2015). *Masculinidades en profesiones femeninas de salud y ciencias sociales*. Santiago, Chile. Disponible en: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/libros/libros-000107.pdf>
- Wainerman, C. y Binstock, G. (1992). El nacimiento de una ocupación femenina: la enfermería en Buenos Aires. *Desarrollo Económico*, 126 (32), 271-284.
- Wainerman, C. y Binstock, G. (1993). Ocupación y género. Mujeres y varones en enfermería. *Cuadernos del CENEP*, 48.
- Williams, C. (1989). The glass escalator: hidden advantages for men in the “female” professions. En M. Kimmel y M. Messner (eds.), *Men's Lives* (pp. 285–299). Boston: Allyn y Bacon.