

Volumen 2 Número 1

ISSN 2796- 7395

*Trayectorias de vida atravesadas por la pandemia.
Enfermería en Argentina*

AIKEN

Revista de Ciencias Sociales y de la Salud



Aiken. Revista de Ciencias Sociales y de la Salud

Esta revista es una iniciativa del Grupo de Investigación “Estudios Antropológicos” del Centro de Estudios Sociales y de la Salud (CESyS), de la Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social (FCSyTS), Universidad Nacional de Mar del Plata (UNMdP). *Aiken. Revista de Ciencias Sociales y de la Salud* es un espacio plural, abierto a la innovación y a la cobertura de vacíos teóricos y empíricos. En ese sentido, ha sido pensada como una revista que estimule enfoques y exploraciones de temas novedosos que caracterizan los proyectos que se han gestado en la FCSyTS.

Director

Gastón Julián Gil, *CONICET - Universidad Nacional de Mar del Plata*, Argentina

Consejo de Redacción

Ana Comesaña, *CONICET - Universidad Nacional de Mar del Plata*, Argentina

Karina Conde, *CONICET - Universidad Nacional de Mar del Plata*, Argentina

Ana D'Angelo, *Universidad Nacional de Mar del Plata*, Argentina

María Florencia Incaurgarat, *Universidad Nacional de Mar del Plata*, Argentina

Comité Científico

José María Gil, *CONICET - Universidad Nacional de Mar del Plata*, Argentina

Alejandro Goldberg, *CONICET - Universidad de Buenos Aires*, Argentina

Cecilia Hidalgo, *Universidad de Buenos Aires*, Argentina

María Isabel Jociles Rubio, *Universidad Complutense de Madrid*, España

Claudia Krmpotic, *CONICET - Universidad Nacional de La Matanza*, Argentina

Guillermo Macías, *Universidad Nacional de La Matanza*, Argentina

Gabriel Noel, *CONICET - Universidad Nacional de San Martín*, Argentina

Vanina Papalini, *CONICET-UNiversidad Nacional de Córdoba*, Argentina

Nick Pollard, *Sheffield Hallam University*, Reino Unido

Guillermo Ruben, *Universidad Estadual de Campinas*, Brasil (ret.)

Martín Silberman, *Universidad Nacional Arturo Jauretche*, Argentina

Gabriela Schiavoni, *CONICET - Universidad Nacional de Misiones*, Argentina

Carla Silva, *Universidad de San Carlos*, Brasil

Daniela Testa, *Universidad Nacional Arturo Jauretche*, Argentina



Juliana Burgos Editora

<https://eamdq.com.ar/ojs/index.php/aiken/index>

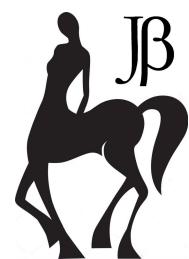


ISSN 2796- 7395

Aiken. Revista de Ciencias Sociales y de la Salud

Volumen 2 Número 1

Junio de 2022



Indice

Volumen 2 Número 1

Junio de 2022

Editorial

La salud, sus profesiones y el Estado
Gastón Julián Gil

5

Presentación

Trayectorias de vida atravesadas por la pandemia.

Enfermería en Argentina"
Maríz Pozzio

11

Artículos

"Oficio viejo, profesión nueva".

La enfermería en pandemia a través de una trayectoria laboral
Jimena Caravaca
Claudia Daniel

17

Hacer estado como enfermera. De vivencias, recursos y cuidados
Grisel Adissi
Lía Ferrero

33

Politización y trayectorias en la enfermería bonaerense
durante la pandemia de COVID-19
Ianina Lois
María Pozzio
Daniela Testa

49

Trayectorias vitales de enfermeras:
formaciones escalonadas, cuidados y responsabilidad
Mariángelos Calvo
Paula Mara Danel
Maria Eugenia Martins

63

Enfermeros y masculinidades en contexto de pandemia
Paula V. Estrella
Paula Lehner
Gladys Chávez

77

Editorial

La salud, sus profesiones y el Estado

GASTÓN JULIÁN GIL*

CONICET - Universidad Nacional de Mar del Plata

El primer número de *Aiken* se publicó cuando el impacto del SARS-CoV-2 ya ofrecía datos relativamente sólidos para imaginar una próxima y factible pospandemia. Aunque algunas “variantes” del virus todavía ofrecerían argumentos para predicciones que dilataban las posibilidades de una vuelta a la normalidad, los confinamientos comenzaban a ser parte de una historia. Más allá de aquellas y actuales incertidumbres, el intento de crear un espacio de publicación académica peculiar, con su propio estilo, fue abordado con muy pocas certezas sobre la viabilidad de la revista. En efecto, esos interrogantes siguen vigentes, pero ya hemos transitado un camino que nos encuentra en un tercer peldaño, con la expectativa además de estar en condiciones en los próximos meses de ser evaluados por distintos índices y bases de datos. Lejos de estar abrumados por los dictados de la “ciencia normal” y la cada vez mayor estructuración (algo que atenta contra la creatividad y la innovación) de las publicaciones científicas seguimos avanzando en pos de posicionar a *Aiken* en un lugar definido en el campo de las ciencias sociales en general y en el abordaje de los procesos socio-sanitarios en particular.

Este nuevo volumen tiene un carácter temático y una editora invitada, María Pozzio. Su propuesta de canalizar por *Aiken* parte de los resultados de un proyecto especial en tiempos de pandemia, referido a una profesión clave del sistema de salud -la enfermería-, cumplió a la perfección con la orientación temática y el enfoque teórico que guió la concepción de la revista.

Si bien la presentación de los textos estará a cargo de la editora invitada, esta editorial está concebida con el objetivo de encuadrar esas contribuciones en el marco de los debates y tomas de posición que, en este caso en mi rol de director, he intentado poner en escena desde junio de 2021. Tampoco se presentará en estas líneas una ponderación de esos aportes pero sí se intenta contextualizarlos en el marco de controversias y desafíos, muy pocos de ellos explícitos, en las ciencias sociales argentinas. De hecho, los ejes analíticos planteados en estas líneas replican tópicos planteados en editoriales anteriores, que hacen a las lógicas de la investigación científica o a los problemas de los enfoques e imposturas “correctas” (Becker, 2009; Gil, 2018) que suelen desbordar la normalidad de las ciencias sociales, no sólo en la Argentina.

Los cinco textos que atravesaron exitosamente el proceso de evaluación son ejemplos y disparadores para pensar, como siempre se ha intentado hacer en estas editoriales, los fundamentos de la investigación científica y el funcionamiento de los campos académicos. Todos los artículos habilitan debates y posicionan dilemas que no necesariamente están explícitos en los

* Investigador Independiente del CONICET. Profesor titular regular de Antropología y Director del Centro de Estudios Sociales y de la Salud (CESyS), Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social, Universidad Nacional de Mar del Plata. E-mail: gasgil@mdp.edu.ar  orcid.org/0000-0002-8112-2119

textos pero que en estas líneas se intentarán poner en escena como una de las tantas claves de lectura posible de resultados colectivos de investigación. En mayor o menor medida, todos los artículos son aportes significativos que ayudan a cubrir vacíos en las ciencias sociales en la Argentina. No sólo la enfermería es campo de estudio que requiere mayor tránsito y visibilidad sino que se trata de una profesión en torno a la cual es posible comprender al Estado, que además se enfrentó en la pandemia -no corresponde en estas líneas ponderar con qué grado de éxito- a uno de los mayores desafíos de su historia. La enfermería, el Estado, el “sistema de salud” no son “temas” por supuesto inexplorados y desconocidos, pero sí requieren de una mayor cantidad de estudios empíricos que no sólo consigan mostrar ese “rostro humano” (Bohoslavsky & Soprano, 2010) sino que sean abordados desde perspectivas no normativas y, en consecuencia, que aporten datos relevantes y miradas innovadoras para comprender y, eventualmente, intervenir en esos procesos.

Todos los artículos de este número temático nos interpelan sobre los prejuicios y los estereotipos, pero también sobre los horizontes y los sueños más frecuentes de una profesión en conflicto: con la sociedad, con el “sistema de salud”, con otras profesiones de la salud y consigo misma. Porque se trata de una profesión que además nos expone ante las imposibilidades estructurales que no se resuelven, tanto de las demandas históricas como de la capacidad del Estado para garantizar no sólo salarios y condiciones laborales razonables sino también la propia formación y capacitación de profesionales que respondan a las necesidades de la salud colectiva.

El estudio de esta y otras profesiones de la salud requiere además de una honestidad intelectual, espíritu crítico y creatividad que permita superar los lugares comunes más “correctos” que abruman a las disciplinas académicas. La enfermería como profesión en la Argentina presenta además un desafío no siempre bien saldado: la identificación con los sujetos de estudio. En tanto profesión cargada de postergaciones y estigmas, las voces de los nativos suelen seducir (Robben, 1999) la racionalidad de los investigadores, que tienden a verse mistificados por las categorías y claves de interpretación de los actores. Y más allá de esa identificación tan frecuente con las comunidades de sufrimiento (Das, 2001) ello obtura el desarrollo de nuevos enfoques, la búsqueda de cubrir vacíos empíricos y analíticos y estrecha los márgenes de problematización que se mueven entre la denuncia y la condescendencia con los “oprimidos”. Y si a ello le sumamos alguna eventual causa “militante” que interpela del mismo modo al investigador, podemos encontrarnos ante verdaderos callejones sin salida. El problema de las convicciones apriorísticas del investigador no es un tema novedoso pero goza de una ominosa vitalidad. Una de las tantas enseñanzas que la craneología del siglo XIX y otras tantas apuestas que buscaban legitimar “científicamente” las desigualdades, fue precisamente la necesidad de controlar esas convicciones apriorísticas de los investigadores. Sin embargo, el diseño de estudios con el objeto de probar los prejuicios del investigador, ornamentados con citas eruditas y una “sofisticada” metodología, siguen siendo moneda corriente en *todas* las disciplinas, tanto las “duras” como las “blandas”. Y los riesgos se acrecientan cuando además esos prejuicios están sostenidos por un sentido común de época que encarna una hegemónica comunidad moral que se autopercibe como la depositaria del bien común, la “empatía” o los intereses genuinos del “pueblo”.

Más allá de que los artículos de este número se produjeron en pandemia y en el marco de una línea de proyectos orientada a estudiar los efectos de esa pandemia, nos colocan frente a preguntas cuyas respuestas son imposibles de contestar con contundencia. Fuera de la simplificación de ciertos procedimientos administrativos o la generalización de actividades remotas (desde clases hasta las consultas médicas) no resulta sencillo aventurar respuestas acerca de si, por ejemplo, la pospandemia nos colocará frente a cambios significativos en la sociedad y en el propio sistema de salud. Tal vez la manera en que se dio respuesta a la amenaza del SARS Cov-2 no haga otra cosa que intensificar las desigualdades, como tal vez sugieren los datos presentados en estos artículos. De hecho, los testimonios presentados por todos los autores describen un contexto en el que la enfermería aparece abrumada por los reclamos sectoriales, la estigmatización, las adversas

condiciones de trabajo y los conflictos permanentes con la profesión hegemónica en el campo de la salud: la medicina. Tampoco se advierten siquiera atisbos de un discurso “contrahegemónico” que desafie el saber biomédico. La política del *confinamiento de los sanos* aparece en los testimonios como un dato naturalizado mientras se tiende a replicar, en mayor o menor medida, todas esas metáforas bélicas que operaron como marco de interpretación omnímodo de la pandemia.

Datos, preguntas y entrevistas

Estos artículos también nos obligan a pensar en la validez epistemológica y los límites de los recursos metodológicos habitualmente empleados en las ciencias sociales. El uso de entrevistas (remotas), biografías e itinerarios profesionales, en algún caso a partir de un sólo “informante clave”, es ampliamente conocido y legitimado en las distintas disciplinas de las ciencias sociales. Si bien esta editorial no es el lugar para desarrollar en detalle la viabilidad de hacer girar un artículo o hasta un libro completo en torno a la relación de uno o más investigadores con un interlocutor definido, sí es posible realizar algunos planteos que de algún modo interpelan a los artículos de este volumen. En principio, no se puede dejar de recordar que la rica y ya larga historia de la antropología nos exime de justificar que no sólo ello es posible sino que puede dar lugar a riquísimas intervenciones sobre una determinada sociedad. Los ejemplos de Marcel Griaule (1955) con Ogotemeli y la cosmología dogon, y de Victor Turner (1980) con Muchona y el ritual y la religión ndembu, son por demás elocuentes, además de recordatorios de la riqueza en ocasiones olvidada de las obras clásicas y no tan clásicas. Sin embargo, problemáticas como la ilusión biográfica (Bourdieu, 2001) o la mencionada mistificación de las explicaciones nativas, son algunos de los recurrentes problemas con que se enfrentan las investigaciones sostenidas en “entrevistas”. Cada vez más en las ciencias sociales, y es particularmente llamativo en antropología social, la descripción (más o menos “densa”) parece perder todo valor de prueba etnográfica en contraste con un dialogismo que se entrega a la comodidad de la transcripción de una suma de testimonios e interlocutores como aparente garantía de sostén empírico. En sus casos más extremos, ese empirismo ingenuo que además se queda a mitad de camino, asume que la reunión de un alto número de “informantes” que responden muchas preguntas “semiestructuradas” configura el ideal de investigación etnográfica.

Por otra parte, aunque en directa relación con ese uso tan habitual de la entrevista como recurso metodológico fundamental, una de las tantas maneras en las que se expresa esa mistificación de las concepciones nativas ocurre cuando los investigadores se identifican plenamente con sus sujetos de estudio. El hecho de compartir pasiones militantes con los interlocutores es, por supuesto, una situación habitual y manejable, siempre y cuando se empleen controles reflexivos, esa “toma de conciencia potencialmente liberadora” (Bourdieu & Wacquant, 1995: 156). La ausencia de esos controles suele desembocar en el investigador-portavoz, que asume desde esa “antropología de oídas” (Malinowski, 1991) todas las “verdades” proporcionadas por sus interlocutores. Además de los inconvenientes bastante obvios que conlleva esa postura, ello implica dejar de formularse inquietudes más profundas por replicar un discurso nativo que es santiificado por pertenecer a un grupo (profesional, militar) cuyo posicionamiento del lado del bien ya fue aceptado. Una buena parte de la ciencia social contemporánea está convencida de que es posible partir de esas certezas y que su tarea es “militar” esos acuerdos colectivos a partir de distintos géneros, como la denuncia y la apología. De allí que no sea extraño que muchos *papers* comiencen definiendo períodos recientes de la historia democrática de un país con valorizaciones tajantes, ya sean condenatorias o laudatorias según el caso, que luego además funcionan como marco interpretativo de la investigación/ensayo/intervención. Antes como crítica al

cientificismo (Gil, 2016) y hoy al academicismo, no pocos científicos abrazan con pasión las agendas militantes (de un partido político, de sus sujetos de estudio) y emplean acríticamente las categorías nativas de los sujetos de estudio, que además suelen ser las propias, como claves de explicación teórica.

Imaginando el futuro

Una forma posible de encuadrar las contribuciones que aparecen en este volumen es pensar en la gran cantidad de vacíos que las ciencias sociales pueden cubrir para una mejor comprensión de la salud colectiva. Esta clase de proyectos sistemáticos sobre una profesión en el campo de la salud son, en definitiva, piedras fundamentales para pensar, tal vez de manera urgente, en la necesidad imperiosa de contar con un mayor número de investigaciones de campo. Esos estudios podrían abarcar, por ejemplo, a las distintas profesiones de la salud, desde su historia hasta la conformación de cada campo profesional. Tal vez como profesión más visible en contraste con la medicina, la enfermería aparece como el objeto más lógico y seguramente más visitado. Sin embargo, el ejercicio de la medicina está atravesado por una amplia diversidad de temas y problemáticas relevantes. El sistema de residencias médicas, el ethos profesional, las especialidades y sus trayectos de formación y ethos específicos, configuran algunos de los tantos “casos” que no suelen concitar el interés académico. Del mismo modo, las otras profesiones de la salud, de mayor o menor visibilidad (terapia ocupacional, nutrición, fonoaudiología, kinesiología), también podrían ser incorporadas para favorecer una mirada sistémica de la salud colectiva en la Argentina (Gil & Bassi Bengoechea, 2021). En definitiva, lo que se requiere son etnografías intensivas que se ocupen de muchas otras “realidades” y “voices ausentes”, de las cotidaneidades de clínicas y hospitales, de las que se necesitan datos muchos más rigurosos y abarcativos. En ese sentido, develar las “metafísicas nativas” (Viveiros de Castro, 2010) en el campo de la salud colectiva no es otra cosa que describir y comprender las antropologías específicas que desde las profesiones, especialidades y demás actores del campo se configuran sobre la salud y el bienestar. Por ejemplo, dar cuenta de la *carne y sangre* de las guardias de un hospital es una labor fundamental para que sea posible documentar los pesares cotidianos de esos profesionales sin caer en fáciles esquematismos, sin construir un mundo de buenos y abnegados trabajadores de la salud que carecen de reconocimiento material y simbólico de una sociedad clasista que sólo venera el saber biomédico. Por ello es necesario poner a prueba nuestros prejuicios, nuestras simpatías y nuestros rechazos, pero apelando a una honestidad intelectual que conduzca a una reflexividad permanente que garantice la posibilidad de “objetivar al sujeto objetivante” (Bourdieu, 1987). En definitiva, ese conocimiento exhaustivo y minucioso de las realidades complejas, extensas, ambiguas y contradictorias es el que permitirá que aquellas profesiones, como la enfermería, que tanto padecen las falencias del sistema de salud puedan desempeñarse de la mejor manera posible y ser actores relevantes para una mejor salud colectiva. Porque este “rostro humano” no es una inquietud literaria, es imprescindible para pensar un Estado que administre y gestione del mejor modo posible los recursos para beneficio general.

En cuanto a esta revista, seguirá abierta a esta clase de propuestas mientras se intenta consolidar su posicionamiento como una publicación de referencia. Paralelamente, nuestro grupo de investigación continúa explorando nuevos horizontes, incorporando estudiantes, graduados e investigadores formados. Nuestra triple empresa (intelectual, institucional y editorial) se mantiene pujante, aunque sin el sostén institucional que desearíamos. Sin embargo, ello no impide que sigamos generando la energía emocional necesaria para seguir adelante en estas apuestas colectivas y proyectos individuales que componen la vida de un grupo de investigación cada vez más sólido. El segundo volumen del segundo año ya se encuentra en proceso y, en la medida que surjan inquietudes y propuestas, se irán intercalando otros números temáticos y/o dossiers sobre temas o enfoques específicos. Pero ello no se hará desde una perspectiva que alimente la hiperespecializa-

ción sino a partir del cumplimiento de aquel axioma que indica que los “casos” constituyen una posible manera virtuosa de conceptualizar y comprender problemáticas de mayor alcance partiendo de “estudios exhaustivos de situaciones particulares, organizaciones o tipos de acontecimientos” (Becker, 2016: 17).

Bibliografía

- Becker, H. (2009). *Trucos del oficio. Cómo conducir su investigación en ciencias sociales*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Becker, H. (2016). *Mozart, el asesinato y los límites del sentido común. Cómo construir teoría a partir de casos*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Bohoslavsky E. & Soprano, G. (2010). *El estado con rostro humano. Funcionarios e instituciones estatales en Argentina (desde 1880 hasta la actualidad)*. Buenos Aires: Prometeo.
- Bourdieu, P. (1987). *Cosas dichas*. Barcelona: Gedisa.
- Bourdieu, P. (2011). La ilusión biográfica. *Acta Sociológica*, 56: 121-128.
- Bourdieu, P. & Wacquant, L. (1995). *Respuestas. Por una antropología reflexiva*. México: Grijalbo.
- Das, V. (2003). Trauma and testimony. Implications for political community. *Anthropological Theory*, 3 (3), 293-307.
- Gil, G. J. (2016). Politics and academy in the Argentinian social sciences of the 1960s: Shadows of imperialism and sociological espionage. *History of the Human Sciences*, 29: 63-90. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0952695116653538>
- Gil, G.J. (2018). De las imposturas a los «trucos de oficio». Reflexiones «metodológicas» desde la antropología social”. *Empiria. Revista de Metodología de Ciencias Sociales*, 40, 107-128. Disponible en: <https://doi.org/10.5944/empiria.40.2018.22013>
- Gil, G. J. & Bassi Bengochea, A. I. (2021). Antropología y Terapia Ocupacional: Apuntes para una perspectiva híbrida en problemas socio-sanitarios". *Revista de Salud Pública*, 26 (2), 125-138. Disponible en: <https://doi.org/10.31052/1853.1180.v26.n2.34770>
- Griaule, Marcel (1966). *Dieud'eau. Entretiens avec Ogotemmêli*, Paris: Fayard.
- Malinowski, B. (1991). *Crimen y costumbre en la sociedad salvaje*. Barcelona: Ariel.
- Robben, A. (1995). Seduction and Persuasion: The Politics of Truth and Emotion among Victims and Perpetrators of Violence. En A.Robben & C. Nordstrom (eds.), *Fieldwork under Fire. Contemporary Studies of Violence Survival* (pp: 81-103). Berkeley: University of California Press.
- Tuner, V. (1980). *La selva de los símbolos. Aspectos del ritual ndembu*. Madrid: Siglo XXI.
- Viveiros de Castro, E. (2010). *Metafísicas caníbales. Líneas de antropología postestructural*. Buenos Aires: Katz.

Trayectorias de vida atravesadas por la pandemia. Enfermería en Argentina

MARÍA POZZIO*

Universidad Nacional Arturo Jauretche / CONICET

La enfermería como objeto de estudio

En la introducción a *La Ciudad Impura*, Diego Armus (2007), pionero de los estudios sociales de la salud y la enfermedad en América Latina, postula que hablar de la tuberculosis en la ciudad de Buenos Aires le permite también hablar de muchas otras cosas, una densa trama que enlaza la historia de la enfermedad con la modernidad en el país: "Aún cuando hay cambios, fenómenos que se destaca en ciertos años y coyunturas pero no en otros, la continuidad es la que parece dar el tono a esa historia" (Armus, 2007: 25). El campo de estudios historiográficos que ha pensado la salud y la enfermedad se ha ido constituyendo como un campo prolífico dentro de la investigación social en nuestro país, abarcando la indagación sobre la conformación de grupos profesionales, la implementación de políticas sanitarias, la producción de ideas y armados institucionales, la construcción de saberes y los avatares del mundo social en el pasado y en la escena contemporánea (Biernat y Ramacciotti, 2014). Una de las continuidades de este campo de estudio es la preocupación por analizar la persistente subvaloración de la enfermería. A pesar de los procesos de profesionalización, esta ocupación, atravesada por lógicas de género y clase, sigue siendo, en el punto de vista de sus integrantes, débilmente reconocida. Es por ello que los estudios sobre este colectivo laboral, tanto en perspectiva histórica como actual, se han vuelto un objeto de estudios complejo, cuya visibilización y comprensión permite una entrada al análisis de esa "densa trama" de relaciones entre coyunturas y estructuras a las que Armus aludía para el caso de la tuberculosis.

Como se plantea en la editorial de este número, la comprensión del "sistema de salud" hace parte de la comprensión del funcionamiento del Estado y sus múltiples agencias y por lo tanto, no podemos reducir su estudio sólo al análisis de una de sus profesiones. Entiendo a estas, más aún las que forman el "sistema de salud", como una ecología profesional (Abbot, 1999), cuyas relaciones y disputas van más allá de las relaciones de hegemonía/subalternidad entre medicina y enfermería. Ahora bien, es cierto que en la mayoría de los estudios de este campo predominan las investigaciones sobre estas dos profesiones, sus saberes y prácticas; poco se ha investigado aún sobre otras ocupaciones tan importante -aún en pandemia- como la kinesiología, la terapia ocupacional, la nutrición, entre otras.

* Licenciada en Sociología (UNLP), Magíster en Antropología Social (IDES-UNSAM) y Doctora en Ciencias Antropológicas (UAM-Iztapalapa, México). Investigadora adjunta del CONICET. Docente-Investigadora de la Universidad Nacional Arturo Jauretche (UNAJ). E-Mail: mariapozzo@gmail.com  <https://orcid.org/0000-0003-1801-3574>

cional, la farmacia, etcétera. ¿Por qué insistir entonces con la enfermería? Una respuesta posible -y provisoria- tiene que ver con mirar el problema con perspectiva de género: si gran parte del “sistema de salud”¹ se encuentra feminizado, la enfermería es la profesión que a lo largo de las últimas décadas, más ha mostrado su rostro feminizado, ocupado en gran medida por mujeres de sectores populares, muchas de ellas migrantes (Mallimacci, 2016), a cargo de una de las tareas más infravaloradas en el mundo del trabajo remunerado, como son los cuidados. Mirar “el sistema de salud” con esta perspectiva, obliga a mirar una y otra vez la problemática de la enfermería inserta en esa “densa trama” que mencionaba más arriba.

La investigación sobre la sociedad argentina contemporánea y la Pandemia por COVID-19

Testeos, cuidados intensivos, vacunación: el personal de Enfermería se volvió un actor protagónico durante la Pandemia por COVID-19. Con la intención de articular con mirada federal las investigaciones sobre la enfermería y con el escenario de la pandemia como un contexto más que significativo, surgió el proyecto de investigación “Los cuidados sanitarios y la enfermería en la pandemia y la post pandemia en Argentina”, en el marco de la convocatoria PISAC (Programa de Investigación sobre la sociedad argentina contemporánea)-COVID. El proyecto, radicado en la Universidad Nacional de Quilmes bajo la dirección de la Dra. Karina Ramacciotti, fue conformado por más de 100 investigadoras/es de todo el país. La propuesta metodológica del mismo se basó en tres ejes: búsqueda, clasificación y análisis de documentos; una encuesta autoadministrada de carácter nacional a personal de enfermería -respetando los cuotas de representación según titulación- y realización de entrevistas en profundidad a integrantes de los sistemas sanitario nacional y provinciales, a líderes sindicales, autoridades universitarias, legislativas y a enfermeras y enfermeros que se encontraran trabajando durante la pandemia. El guión de las entrevistas se realizó entre diciembre de 2020 y febrero de 2021 y las mismas -más de 200- se realizaron entre abril y junio de 2021. Algunas de estas fueron realizadas de forma presencial, otras vía WhatsApp, llamadas telefónicas, o plataformas tipo Zoom. Los artículos compilados en este número temático forman parte de las investigaciones surgidas en ese proyecto, principalmente de material obtenido de las mencionadas entrevistas. Una vez procesada toda la información común que las mismas brindaban, sobre todo en términos cuantitativos -sobre formación, salarios, sindicalización, medidas de bioseguridad, contagios, etcétera- que permitían una puesta en común del colectivo en la pandemia, empezamos a ver todo lo otro, lo que quedaba afuera. Hago referencia a información cualitativa, particular, no generalizable, que sin embargo, había surgido en las entrevistas y que también hablaba de la situación de las enfermeras y enfermeros, de sus historias de vida, anécdotas y emociones.

La propuesta de este número temático consistió en la selección y análisis de algunos de esos rasgos singulares y de hallazgos del campo que permitieran ser entendidos desde relatos construidos como casos; es decir, utilizando un recurso metodológico de la antropología, que permite entender el caso como parte de un “proceso de molecularización de procesos sociales” que actúan en escala reducida (Frederic y Soprano, 2005). El equipo de investigación estaba conformado por 16 nodos, cuyos integrantes tienen distintas formaciones disciplinares y prácticas de investigación; así, mi mirada desde la antropología social me permitió ver el modo en que eso singular, el dato cualitativo, lo que a primera vista podía ser anecdotico, contenía un potencial de análisis etnográfico que fue el que me animó a realizar la convocatoria para este número temático. En la propuesta editorial de *Aiken*, se encontró el lugar para concretarla, sabiendo que esta re-

¹ El uso de las comillas alude a la forma en que las y los trabajadores aluden a las políticas de salud y la estructura sanitaria del sector salud en Argentina.

vista apela desde el inicio a una lectura ya preparada para articular ciencias sociales y salud desde una mirada antropológica.

Lo singular: Narrativas y trayectorias en la enfermería Argentina durante la pandemia

Cuando el grupo de investigación planificaba el cuestionario, se definió realizar las entrevistas por medios virtuales (plataformas tipo zoom, meet, etcétera) porque estábamos en medio del Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) pero también, porque queríamos entorpecer lo menos posible el trabajo -y también el descanso- de las y los enfermeros que eran en ese momento quienes estaban en el “frente de batalla”² de la pandemia. Esas entrevistas, aún con la distancia que la tecnología puede poner en el diálogo entre dos personas, tuvieron en muchos casos una gran carga emotiva y se convirtieron para muchas enfermeras y enfermeros, en el primer momento de detenerse y hacer una reflexión de “todo lo sucedido”. Para quienes venimos de la antropología y entendemos que es la investigadora o el investigador quien produce el campo como relación social y los hallazgos del mismo como parte de esa relación, era necesario poner de relieve lo singular de esos encuentros, al mismo tiempo que advertir que el recurso a las entrevistas semi-estructuradas y virtuales, implica ciertos riesgos que están ya esbozados en la editorial (reducción al discurso, ilusión biográfica, identificación con el sentido “nativo” que nos brinda un solo informante).

Así, concibiendo lo singular como una encarnación situada y contextual de lo múltiple, lo estructural, lo macro, surgían algunas preguntas ¿cómo se anuda lo común del colectivo de la enfermería en trayectorias laborales concretas? ¿Cómo encarnan en biografías? ¿Cómo emergen como recuerdos o relatos? ¿Cómo permiten pensar los distintos espacios sociales y laborales, las identidades y repertorios políticos?

Me parece interesante considerar lo singular por su riqueza, el de la materia prima procedida al decir de Burke (1997), quien usa la metáfora de la abeja para dar cuenta del modo en que el análisis socio-histórico -atravesado por las viejas peleas entre lo particular y lo general, el caso y la teoría- debe seguir el ejemplo de este insecto que, a diferencia de la hormiga (recolectora de casos) y de la araña (tejedora de grandes teorías) “busca materia prima y la transforma también y su parábola es tan aplicable a la historia de la investigación histórica y social como a la historia de las ciencias naturales” (Burke, 1997: 30). Como estas abejas, en este número temático buscamos en lo singular de algunas trayectorias y narrativas de enfermeras/os entrevistados, anudar lo específico de un caso y leerlo a través de lo colectivo, lo compartido, lo estructural.

El estudio de trayectorias vinculadas a la formación -trayectorias educativas- y el mercado de trabajo -trayectorias laborales-, tiene una larga tradición en las ciencias sociales (Jiménez, 2009; Montes y Sendón, 2010; Mayer y Cerezo, 2016). Como bien plantean quienes se han enfocado en el estudio de trayectorias, esta propuesta permite una aproximación temporal y dinámica a las interacciones múltiples que los sujetos van haciendo con diversos actores e instituciones. Asumir la idea de trayectoria implica entonces una mirada procesual, pero no en términos de una carrera predeterminada sino de un recorrido que se va haciendo, modificando su trayectoria y a quien la recorre. Aquí es interesante pensar la propuesta de Ana Mallimacci Barral, quien estudiando las trayectorias de mujeres migrantes en Argentina y su inserción en trabajo de cuidados (Mallimacci Barral, 2016) postula la noción de “circulación laboral”, para poder entender las distintas etapas -no sólo la secuencia formación-ingreso al mercado laboral-; las formas de acceso al trabajo; las entradas y salidas del mismo; los sentidos dados a la trayectoria

² “El frente de batalla” fue la expresión que se comenzó a utilizar, tanto de parte de la prensa como de los actores involucrados. Si es bien conocido el uso de metáforas bélicas en los procesos de S-E-A-C, analizado por Susan Sontag, para un análisis enfocado en la pandemia en Argentina, véase Ramacciotti, Karina y Daniela Testa (2021).

previa; es decir, pensar todos los recorridos que no tienen como único destino el mercado laboral o el trabajo remunerado. Así, la idea de circulación, de recorrido, permiten pensar con Tim Ingold a esas trayectorias más como *líneas-huellas* de un deambular que como *líneas rectas* del transportar (Ingold, 2015). Esta noción de trayectoria está en la base de la reconstrucción de la historia de vida de Silvia -en el artículo escrito por Jimena Caravaca y Claudia Daniel- cuando pone en perspectiva sus 30 años de trabajo como enfermera, rememora su titulación como auxiliar en la Escuela de Enfermería Cecilia Grierson, reafirma su decisión de no haberse matriculado en la CABA o de no hacer más “módulos extras”; en la de Valeria -en el artículo escrito por Grisel Adissi y Lía Ferrero- y sus idas y venidas del centro de salud “Bongio” en Moreno, hacia otros cargos o escenarios laborales; o en la de Ariel -en el artículo que escribió junto a Ianina Lois y Daniela Testa- cuando pone en acto la idea de vocación en los recuerdos de cuando era niño y jugaba “a la farmacia”.

Las trayectorias descritas en estos artículos pueden ser entendidas como narrativas, en tanto objetos de indagación de la perspectiva biográfica que dan cuenta del modo en que el espacio de enunciación se vuelve performativo y produce un conocimiento reflexivo sobre la propia vida y/o trayectoria (Arfuch, 2018); un relato producido a partir de la pregunta del investigador y que resalta la relación entre experiencias y contextos, entre biografía e historia, otra vez, entre lo particular y lo general. Ese espacio de la narrativa de una vivencia que pone en escena lo íntimo, lo afectivo, para lograr un despegue de la “subjetividad otra” que permite que “ese dato singular e infortunado de la propia biografía [era en realidad] un rasgo común a una posición histórica de desvalorización y subalternidad” (Arfuch, 2018: 279). Esta propuesta remarca lo afectivo en las decisiones que marcan esas trayectorias y experiencias: el orgullo de sentirse que se hace “estadio” cuando se trabaja de enfermera, el tesón de sentir que hay que traspasar una “carrera de obstáculos” para recibirse, el miedo y el riesgo en la pandemia de un trabajo que se hace “en la trinchera”, el sacrificio de “tener que estar siempre predispostas”, y la bronca ante el descuido de los demás. Y además, supone esas relaciones afectivas como resultado de la intersubjetividad, que se pone en acto en la narrativa misma. La entrevista es un testimonio del informante y es a la vez, el modo en que ese informante reconstruye la trama de relaciones en las cuales es quién dice ser en eso que narra.

Los artículos aquí compilados buscan dar cuenta de trayectorias y narrativas de enfermeras y enfermeros durante la pandemia por COVID-19 en Argentina. Propuse pensar esas trayectorias y narrativas desde lo singular y lo situado; es posible entonces pensar la pandemia como un contexto determinado que se enlaza con otros múltiples contextos. Así, si para la antropología social son los contextos los que hacen a la lógica de uso de los términos de los actores sociales (Frederic y Soprano, 2005), podemos entender que hay múltiples contextos encajados, donde el de la pandemia, es uno, el que hace inteligible la idea de la “trinchera” o la reivindicación del reconocimiento a las labores que siempre hizo el personal de enfermería. No obstante, podemos pensar también en un contexto más general, de reconfiguración de las relaciones de género, que ha puesto en la agenda la visibilización de los cuidados -presente en el artículo de Calvo, Danel y Martins- y por qué no, la posibilidad de otras masculinidades no hegemónicas -como lo muestra el artículo de Gladys Chávez, Paula Estrella y Paula Lehner; un contexto nacional como el del inmediato post bicentenario, con la declaración de las carreras de enfermería como prioritarias, un programa de becas para la misma, y su impacto en universidades de reciente creación, proceso que enmarca los artículos tanto de Adissi y Ferrero, como el de Lois, Pozzio y Testa. Así, es posible pensar en el contexto de la pandemia como un catalizador en tanto ha potenciado y acelerado ciertos procesos que se venían dando al interior del colectivo profesional; a la vez que es un contexto que funciona, en la perspectiva de los actores, como una ocasión, un momento bisagra, en sus trayectorias profesionales y en la de la profesión como un todo.

Los artículos

¿Qué van a encontrar las y los lectores en este número temático? Por un lado, artículos que cuentan experiencias y relatos particulares de enfermeros y enfermeras durante la pandemia de COVID-19 en Argentina. Por otro lado, una propuesta que permite asomarse a algunas perspectivas de la antropología social, rescatando historias de vida, narrativas y trayectorias, de manera situada y en múltiples contextos.

El artículo que abre este dossier “Oficio viejo, nueva profesión: La enfermería en pandemia a través de una trayectoria laboral” de Jimena Caravaca y Claudia Daniel presenta la trayectoria laboral de Silvia, una mujer con más de 30 años de experiencia en el campo de la enfermería, cuyo relato permite comprender las vicisitudes del proceso de profesionalización de este oficio. El artículo va enlazando el relato de Silvia con los datos obtenidos de la encuesta realizada por el equipo de investigación “Los cuidados sanitarios y la enfermería en la pandemia y la post pandemia en Argentina”, por lo que permite analizar su narrativa a la luz de un marco más estructural. También basado en el relato de una trayectoria, esta vez la de Valeria, el artículo “Hacer estado como enfermera: de vivencias, recursos y cuidados”, escrito por Grisel Adissi y Lía Ferrero, analiza las experiencias narradas de esta enfermera para entender ciertas lógicas del accionar estatal. En el marco de un discurso que adquiere su mayor nivel de performance en la entrega de un reconocimiento a la trayectoria de la protagonista, las autoras hacen suyos ciertos “sentidos nativos”, produciendo un relato que nos pone frente a las potencialidades y riesgos del involucramiento y la empatía con el punto de vista del actor.

Así como Valeria da cuenta de su lugar como docente en una Universidad del conurbano bonaerense, el artículo que escribimos con Ianina Lois y Daniela Testa, “Pandemia, politización y trayectorias en la enfermería del conurbano sur (Florencio Varela, 2020-2021)” describe tres trayectorias en la enfermería para destacar el lugar que en las mismas tiene el haber pasado por una universidad pública (también del conurbano bonaerense), proponiendo que es este marco institucional el que activa ciertos saberes y sociabilidades que hacen inteligible un inminente proceso de politización de algunas enfermeras y enfermeros. Las trayectorias de estos muchas veces parten de una relación con los cuidados como opción laboral condicionada por el género y la clase social, como lo muestran los relatos que hilvanan el artículo “Trayectorias vitales de enfermeras: formaciones escalonadas, cuidados y responsabilidad”, escrito por Mariángel Calvo, Paula Danel y María Eugenia Martins. Las autoras destacan el carácter multisituado de las trayectorias vitales y el modo en que “vocación” y “responsabilidad” van entretejiéndose en el camino “ascendente” de la profesionalización de la enfermería. Aspectos coyunturales y estructurales que también se ponen de manifiesto en el artículo que cierra la publicación “Enfermeros y masculinidades en el contexto de pandemia” escrito por Gladys Chávez, Paula Estrella y Paula Lehner. Las autoras se corren del lugar común de señalar la feminización de la enfermería, para recuperar las narrativas de los varones en la misma, los sentidos que ellos le otorgan a esa feminización, sus vivencias, especialmente su identidad de género en el marco de una profesión no solamente ocupada mayoritariamente por mujeres, sino connotada simbólicamente como femenina. Los relatos no permiten arriesgarlo, pero el análisis supone cambios en la configuración de género del mundo laboral y las posibilidades de emergencia de nuevas masculinidades no hegemónicas.

De este modo, este volumen recupera la producción de un proyecto de investigación de corta duración pero en escala federal, realizado al calor de la demanda estatal de conocimiento aplicado en un contexto de crisis. En este caso, esa producción se centró en aspectos singulares, que iluminan con detalle ciertos rasgos puntuales de un colectivo laboral que ha encontrado en la Pandemia por COVID-19, un momento para plantear una vez más las demandas por su reconocimiento. Cinco artículos que buscan acercar al lector interesado en los procesos de salud-enfermedad y atención en Argentina, fragmentos de lo acontecido en un momento histórico determinado, que seguiremos estudiando con nuevas y renovadas herramientas, por mucho tiempo más.

Bibliografía

- Abbot, A. (2002) Écologies liées : à propos du système des professions. En *Les professions et leurs sociologies: Modèles théoriques, catégorisations, évolutions* Paris: Éditions de la Maison des sciences de l'homme. Disponible en: <https://doi.org/10.4000/books.editionsmsh.5721>
- Arfuch, L. (2018). *La vida narrada. Memoria, subjetividad y política*. Villa María: Eduvim.
- Armus, D. (2007). *La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*. Buenos Aires: Edhasa.
- Biernat, C. y Ramacciotti, K. (eds.) (2014). *Historia de la salud y la enfermedad bajo la lupa de las ciencias sociales*. Buenos Aires: Biblos.
- Burke, P. (1997). *Historia y teoría social*. México: Instituto Mora.
- Frederic, S. y Soprano, G. (comps.) (2005). *Cultura y política en etnografías sobre la Argentina*. Bernal. Universidad Nacional de Quilmes.
- Ingold, T. (2015). *Líneas. Una breve historia*. Barcelona: Gedisa.
- Jiménez, M. (2009). Tendencias y hallazgos en los estudios de trayectoria: una opción metodológica para clasificar el desarrollo laboral. *Revista Electrónica de Investigación Educativa* 11 (1). Disponible: <http://redie.uabc.mx/vol11no1/contenido-jimenez.html>
- Kessler, G. y Espinoza, V. (2003). Movilidad social y trayectorias ocupacionales en Argentina: rupturas y algunas paradojas del caso de Buenos Aires. *Serie Políticas Sociales, Serie 66, División de Desarrollo Social*. CEPAL ECLAC, Santiago de Chile. Disponible en: <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/4/12504/lc11895e-p.pdf>.
- Mallimaci Barral, A. (2016). Migraciones y Cuidados. La enfermería como opción laboral de mujeres migrantes en la ciudad de Buenos Aires. *Universitas humanística*, 81, 395-428.
- Mayer, L. y Cerezo, L. (2014). Evaluación de Impacto del Programa Potenciamos Tu Talento. Buenos Aires, Asoc. Civil Grupo Puentes.
- Montes, N. y Sendón, M. A. (2006). Trayectorias educativas de adolescentes en una Argentina fragmentada. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 11 (29), 381-402
- Ramacciotti, K. y Testa, D. (2021). ¿Trabajadoras o heroínas? Cuidados sanitarios en tiempos de crisis. *Revista de Ciencias de la Salud*, 19(Especial): 1-19. Disponible: <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.10598>

Artículos

“Oficio viejo, profesión nueva”. La enfermería en pandemia a través de una trayectoria laboral

*“Old trade, new profession”.
Nursing in pandemic analyzed through a labour trajectory*

JIMENA CARAVACA*
CIS-CONICET / IDES

CLAUDIA DANIEL **
CIS-CONICET / IDES

RESUMEN. La pandemia de COVID-19 puso en primer plano la labor de enfermeras y enfermeros, un trabajo que estuvo tradicionalmente invisibilizado. Dada su notoria centralidad, nos proponemos explorar la historia de vida de una enfermera con casi treinta años de experiencia que se desempeña en un hospital público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Se recorre una trayectoria personal para analizar a partir de ella la historia profesional en su tránsito entre el oficio, la profesión y la profesionalización, junto con las relaciones de clase que se manifiestan en este sector laboral. Luego, exploramos los vínculos y reconocimientos que otras profesiones del mundo de la salud tienen con y sobre la enfermería, las sensaciones y repercusiones del trabajo en pandemia y la exposición personal que esta particular coyuntura supuso. La trayectoria personal se recupera en base a una entrevista estructurada realizada en el marco de un proyecto PISAC COVID-19, que cruzamos, además, con legislación e información estadística proveniente de bases de datos públicas, entrevistas y una encuesta nacional realizada en el marco del mismo proyecto.

PALABRAS CLAVE: enfermería; profesionalización; historia de vida; pandemia

ABSTRACT. The COVID-19 pandemic brought to the fore the nurses' irreplaceable role within health system, work which at the same time was traditionally invisibilized. Given its notorious centrality, we intend to explore the life story of a nurse with almost thirty years of experience who works in a public hospital in the Autonomous City of Buenos Aires, Argentina. A personal trajectory is taken to analyze from it her professional history in her transit between the nursing profession and professionalization, together with the class relations that are manifested in this labor sector. Then, we explore the links and acknowledgments that other professions in the health sector have with and about nursing, the sensations and repercussions of working in the pandemic, and the personal exposure that this particular situation entailed. The personal trajectory is recovered based on a structured interview carried out within the framework of a PISAC COVID-19 project, which we also cross-referenced with legislation, statistical information from public databases, interviews and a national survey carried out within the same project.

KEY WORDS: nursing; professionalization; life story; pandemic

* Licenciada en Ciencia Política y Doctora en Ciencias Sociales por la Universidad de Buenos Aires. Investigadora CONICET, CIS-IDES. E-Mail: jimenacaravaca@gmail.com  <https://orcid.org/0000-0002-7060-9255>

** Licenciada en Sociología y Doctora en Ciencias Sociales por la Universidad de Buenos Aires. Investigadora CONICET, CIS-IDES. E-Mail: cdaniel@ides.org.ar  <https://orcid.org/0002-4204-7494>

Introducción

Si bien la enfermería no nació como profesión femenina, rápidamente se convirtió en eso. Como sostienen Wainerman y Binstock, “su actual marca genérica no es natural, obedece a representaciones culturales y a necesidades sociales que han ido cambiando históricamente” (1992: 284). Los estudios históricos sobre la enfermería profesional identifican un quiebre fundamental hacia 1912-1916, cuando, en primer término, los hospitales de Buenos Aires pasaron a ser mixtos. A partir de entonces la escuela de enfermería municipal pasó a admitir solamente mujeres entre sus inscriptas. Al desaparecer las instituciones sanitarias exclusivas para hombres, desaparecía también la necesidad de asistencia masculina por parte de enfermeros, como ocurría hasta entonces. Es decir, el primer tramo de la vida profesional de la enfermería en la Argentina, entre la creación de la Escuela de Enfermeras, Enfermeros y Masajistas de la Ciudad de Buenos Aires en 1886, obra de quien fuera luego la primera médica mujer de la argentina, Cecilia Grierson, y la desaparición de los hospitales divididos por sexo, estuvo conformado tanto por enfermeras mujeres como por enfermeros varones. La feminización posterior tuvo consecuencias económicas, sociales, culturales, todas ellas cruzadas por la cuestión de género. Como sostiene Ramacciotti:

así como las aptitudes de cuidado, abnegación y amor las convertían en naturalmente capacitadas para realizar tareas domésticas, encontraron también en el ámbito público un lugar donde podían desplegar esas dotes naturales. En segundo lugar, al considerar las intervenciones de las mujeres en el sistema sanitario como propias de sus condiciones naturales se produjo una desvalorización de sus tareas y, como consecuencia, un menosprecio a su capacitación y a sus derechos laborales (Ramacciotti, 2019: 11).

So pretexto de la caridad como don femenino, las instituciones sanitarias usufructuaron los saberes domésticos de las primeras enfermeras, proponiendo al cuidado fuera del hogar como manifestación de una condición natural femenina. De allí que, en tanto condición considerada natural, los salarios no fueran acordes a un trabajo, sino una contribución menor, práctica habilitada, por otro lado, por una concepción patriarcal según la cual el ingreso fuerte de los hogares, cuando no el único, es el proveniente del salario masculino. La mujer, en todo caso, recibía una compensación por la extensión de sus labores de cuidado del ámbito familiar al social, aun cuando para emprender ese tránsito se hubiera capacitado.

Las investigaciones históricas sobre el sector dan cuenta del salto cualitativo que significa en la vida de las mujeres provenientes de sectores populares la inserción laboral formal. El efecto no es resultado solamente del ingreso económico, sino que se conjuga con el valor social asignado al cuidado como una tarea meritoria. Reintroducir la noción de clase como factor a tener en cuenta al momento de analizar este sector laboral hace que la explotación deba ser una variable tenida en cuenta. Como sostiene Skeggs, “cuando se produce un abandono, debemos preguntarnos de quienes son las experiencias silenciadas, de quiénes son las vidas ignoradas y de quiénes son las vidas consideradas dignas de estudio” (Skeggs, 2019: 33). Esto cobra sentido cuando Ramacciotti sostiene que “las historias de las enfermeras no forman parte del “panteón” de la medicina” (Ramacciotti, 2019: 10). Pieza fundamental del sistema de salud, sus historias de vida tienden a ser silenciadas.

En este trabajo nos proponemos reflexionar acerca de la profesión de enfermería a partir de una historia de vida particular, la de Silvia¹. Silvia tenía 58 años al momento de realizar la entrevista a distancia, en junio de 2021, en plena segunda ola del COVID-19 en la Argentina. Nos basamos en una historia particular para hablar de las problemáticas de la profesión en general porque consideramos que a través de la historia de vida y la etnografía como método:

el conocimiento producido de manera singular aumenta la universalidad del conocimiento

¹ A efectos de mantener el anonimato, el nombre de pila y algunos datos personales de la entrevistada fueron modificados.

general, produce nuevas preguntas teóricas, reformula las viejas y supone la necesaria distinción entre la forma y el contenido, un contexto concreto, situado, y ciertas problemáticas, preguntas, estructuras, conceptos, que nacen de lo concreto, pero pasan por procesos de abstracción que sirven para otros contextos (Pozzio, 2021: 17).

Uno de los desafíos de esta investigación fue la realización de entrevistas de manera no presencial, debido a las restricciones a la circulación que impuso la pandemia, primero, y luego a los cuidados extremos que las enfermeras y enfermeros entrevistados en el marco de la investigación mostraron al evitar en todo lo posible los encuentros presenciales. Sin embargo, creemos haber logrado la descripción densa que propuso Geertz (1989) aun a distancia. En el caso de Silvia, la entrevista se realizó por una video llamada. Esto, de pronto, nos ubicó dentro de su casa y le dio a ella la comodidad para contestar nuestras preguntas. La entrevista tuvo varios momentos muy emotivos que lograron acortar la distancia física. Que el proceso de entrevistas haya coincidido con la segunda ola de casos de COVID-19 en la Argentina les dio a los testimonios la crudeza de una coyuntura única por la exigencia para el sector salud en el que los y las enfermeras cumplen un rol central. Vale la pena recordar que entre los meses de mayo y junio de 2021, con un número pico de 30.000 casos diarios de COVID-19 a nivel nacional confirmados por prueba diagnóstica, el sistema sanitario argentino estuvo al límite de su capacidad instalada derivado de la por entonces baja tasa de vacunación², con una ocupación de camas en los servicios de Unidad de Terapia Intensiva (UTI) superior al 90% tanto en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires como en la provincia de Buenos Aires, mientras que otras jurisdicciones entre las que se cuentan Chubut, Córdoba, Mendoza, Neuquén, Río Negro, Santa Fe, Santiago del Estero y Tucumán tenían más del 95% de ocupación de sus camas disponibles en UTIs (SATI, 2021: 2).³ El índice de ocupación de las camas disponibles para internación es un indicador del peso que recae entre los profesionales que llevan adelante el cuidado en esas unidades de internación. Es decir, el límite era también el referido a la capacidad de los recursos humanos disponibles para la atención de aquellas personas internadas, fuera por COVID-19 u otras afecciones. Como señaló la ministra de Salud de la Nación Carla Vizzotti, en abril del año 2021: “Necesitamos entender que no solamente el sistema de salud tiene un límite. El recurso humano tiene un límite también: cada cama, cada respirador, cada bomba de infusión, va acompañada de una persona que tiene que estar entrenada y que tiene que dedicar tiempo, y que está exhausta y que tiene un límite” (Vizzotti, 19 de abril de 2021).⁴

Silvia trabaja en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (en adelante, CABA), aunque vive en el conurbano bonaerense y se desplaza entre jurisdicciones en esa zona identificada como el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), que funciona como una única jurisdicción en muchos sentidos, pero que en plena cuarentena estricta requería de un permiso especial para el tránsito entre los cuarenta municipios bonaerenses que la componen y la ciudad de Buenos Aires que también forma parte de esa megalópolis. El AMBA congrega más de 14.000.000 de habitantes, lo que significa más del 37% de la población total de la Argentina. Allí se concentran tanto las camas de UTIs como los recursos humanos del área de salud del ámbito nacional.⁵

El proceso de análisis de datos trianguló el registro de la entrevista con textos normativos de CABA referidos al sector salud y a la profesionalización de la enfermería, en particular, con el análisis de información estadística oficial y de otros datos obtenida a partir del resultado de una encuesta online realizada en el marco del proyecto de investigación PISAC-COVID-19 0022 “La

² Al 30 de mayo de 2021 el 20,6% de la población tenía aplicada al menos una dosis y solo el 6,9% contaba con dos dosis. A fin del mes siguiente, la primera dosis cubría al 36,4% de la población y el 8,9% tenía ya dos dosis aplicadas.

³ Si bien la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (SATI) no es un organismo oficial, fue el organismo que siguió la evolución de la capacidad y ocupación de las UTIs durante la pandemia y sus relevamientos permiten tener un panorama de la ocupación.

⁴ Disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=eBiVJa01bYw&t=3699s>.

⁵ La cuestión regional de la profesión en perspectiva histórica ha sido abordada en Ramacciotti (2020).

enfermería y el cuidado sanitario profesional durante la pandemia y la postpandemia del COVID 19 (Argentina, S. XX y XXI)⁶.

Oficio, profesión y profesionalización

La historia de vida de Silvia nos permite conocer una trayectoria profesional con casi treinta años de experiencia. Silvia trabaja desde los inicios de su vida profesional en el mismo hospital público de CABA, aunque vive en el noroeste del conurbano, en el partido de Tres de Febrero. Desde entonces tiene una jornada específica en la guardia los sábados, domingos y feriados. En el “mundo” de la enfermería a esa modalidad se la denomina SA-DO-FE. Puede ser considerada uno de los límites de la profesión: en esos días el “hospital es distinto”, subraya Silvia, la presencia sindical desaparece, los médicos y médicas a cargo de los servicios tienen menor presencia y las guardias tienen características específicas relacionadas con el consumo problemático de sustancias, las peleas callejeras a la salida de los bailes y los accidentes de tránsito derivados del consumo de alcohol. El aislamiento social, preventivo y obligatorio (ASPO) impuesto por decisión presidencial en marzo de 2020 dio nueva vida al hospital y a su guardia: mientras que los motivos habituales de consulta disminuyeron, pronto se incorporó el COVID-Room, una guardia especializada que funcionaba como terapia intensiva en la práctica.

La jornada laboral de quienes se desempeñan como “franqueros” o SA-DO-FE está tan en los límites que a la falta de catalogación como personal de salud que afecta a todas las enfermeras y enfermeros de CABA todavía considerados como personal administrativo, se le suma una jornada laboral de 12 horas, cuando por ser trabajo insalubre en días de semana la jornada es de 6 horas para las áreas cerradas (terapia, servicio de neonatología, unidad coronaria, etc.). Silvia trabajó durante años cumpliendo las 12 horas. Un episodio de enfrentamiento en el equipo fue el detonante para iniciar la acción legal que le permite que su jornada laboral sea acorde a lo establecido en la normativa. “Y el franquero trabaja 12 horas... Ahora resultó que siempre fue ilegal”, nos comenta. Esto no supone un reconocimiento retroactivo a los años en los que duplicó la cantidad de horas máximas establecidas, solamente logró desde hace pocos meses trabajar 6 horas por día en lugar de 12. Eso fue resultado de una gestión personal, sin apoyo sindical, instancia a la que no acudió a pesar de estar afiliada hace más de veinticinco años. La información para iniciar la acción legal la obtuvo a través de compañeros que ya habían hecho ese trámite. Según sostuvo “de todos los que han sido amparados, el gremio, siendo que es un derecho del trabajador, no lo acompaña, no lo avala. Al contrario, te hacen las mil y una”.

El momento vital de Silvia le permite hacer una lectura retrospectiva de su propia trayectoria. Su lucidez la lleva a mirar por fuera de su propio camino y analizar el devenir de la profesión que dice amar. La vocación la descubrió luego de elegir la enfermería por ofrecerle una

⁶ En este proyecto participaron investigadores e investigadoras de 16 nodos (universidades nacionales y centros de investigación en diferentes regiones del país). Se trata de una encuesta autoadministrada, de carácter nacional, anónima y confidencial, que se distribuyó a través de contactos institucionales y por medio de redes sociales. Se obtuvo una muestra no probabilística de 1483 casos, de enfermeros y enfermeras de todas las provincias del país. La muestra fue construida a partir de cuotas por género, edad, regiones, nivel de formación (auxiliares, técnico/as y licenciado/as) y pertenencia al subsector público o privado, con el fin de representar la heterogeneidad del sector. Para establecer los porcentajes aproximados de las cuotas según estas variables, se tomó como referencia el informe oficial realizado por el Ministerio de Salud de la Nación “Estado de situación de la formación y el ejercicio profesional de la Enfermería julio 2020”. La base de datos contiene información sobre multiplicidad de indicadores, sobre los que se indagó a partir de 104 preguntas que se distribuyeron en núcleos temáticos: datos sociodemográficos, características de la inserción laboral, procesos, tiempos y organización del trabajo, condiciones de higiene y seguridad y medio ambiente laboral, aspectos psicosociales y emocionales vinculados al trabajo durante la pandemia. Los datos obtenidos mediante la encuesta fueron sistematizados y analizados utilizando el Software estadístico SPSS. Una aclaración sobre el análisis de los datos: por las características de la muestra y de la aplicación de la encuesta (autoadministrada online), se encontraron porcentajes altos de no respuesta en ciertas preguntas (sobre todo en las que solicitaban información sensible). En esos casos se consideraron como casos válidos sólo aquellos que tuvieron respuesta, con lo que el total sobre el que se calculan los porcentajes presentan algunas variaciones entre preguntas.

salida laboral rápida y estable. "Hice el Auxiliar de Enfermería porque salías con trabajo muy rápido. Yo fui la última promoción. Antiguamente, terminabas de estudiar en la Cecilia Grierson y salías con un nombramiento en un Hospital. Por eso hice el Auxiliar, aunque tuviese el secundario. Hice el Auxiliar, después con una beca hice el profesional". Una salida laboral rápida parece seguir siendo hoy en día, en un contexto de alta demanda, uno de los factores que atraen a las y los estudiantes a la carrera de enfermería, más allá de los casos con vocación bien definida.⁷ Esto se manifestaría en que, en los últimos años, la tendencia que se viene observando es que la población con titulación intermedia de la carrera -la tecnicatura que permite ejercer una vez completado el tercer año- triplique a aquella con la licenciatura terminada. A su vez, las inscripciones en la licenciatura de enfermería en la Universidad de Buenos Aires mostraron un salto en 2021 motivado en parte por la visibilidad que adquirió la profesión durante la pandemia.

La escuela de enfermería Cecilia Grierson a la que alude Silvia es la histórica institución fundada en 1886 que continúa bajo órbita del gobierno de la CABA. En la actualidad, ofrece solamente la carrera de Enfermería profesional o el ciclo de complementación para quienes posean ya un certificado de Auxiliar de enfermería. En ambos casos, es requisito de admisión la presentación del certificado de estudios secundarios completos. Esto no era así en al momento en que Silvia hizo su primer estudio como enfermera Auxiliar, cuando aún se podía ingresar a esa carrera solo con el nivel primario completo. En la actualidad, existen al menos tres niveles de formación en enfermería conviviendo en el sistema de salud nacional. En primer término, quienes poseen certificación de formación como auxiliares de enfermería, diploma que supone dos años de estudio. Luego, en orden creciente de años de formación, aquellos/as que se han formado como profesionales (o que han realizado el curso de complementación para auxiliares para diplomarse como profesionales), lo que insume tres años de cursada y prácticas. Y finalmente los/las licenciados/as, lo que supone ya una carrera universitaria completa de cinco años. A esto se suman quienes poseen formación de posgrado con maestrías, que representan la menor proporción. Las incumbencias de cada titulación también son diferentes. El sistema de formación es mixto, incluye instituciones públicas como la Escuela Cecilia Grierson, que es formalmente un Instituto de Formación Técnica Superior (IFTS), un tipo de institución creado en el año 2005 a partir de la sanción de la Ley 26.058 de Educación Técnico Profesional.⁸ Junto al sistema público existen institutos terciarios y universidades privadas y otros de origen sindical.

Junto a estos profesionales titulados coexisten en el sistema de salud nacional aquellos que ejercen lo que se conoce como enfermería empírica, sin formación más allá de la práctica misma, a pesar de la expresa prohibición que rige desde la sanción de la ley 17.132 en 1967 que regula el ejercicio de la medicina, odontología y actividad de colaboración de las mismas. Se trata de personas que ingresaron a hospitales y clínicas privadas como ayudantes y han pasado a hacer alguna tarea menor relacionada con la enfermería como la toma de signos vitales y la administración de medicación. Suelen ser personas de difícil identificación, ya que desempeñan sus tareas mayormente en ámbitos privados y son contratadas formalmente como personal de maestranza. En CABA, desde el año 1999, se reglamentó el ejercicio de la profesión a través de dos categorías, la Profesional (que incluye a licenciados/as y enfermeros/as profesionales, es decir, a quienes posean títulos habilitantes expedidos por universidades nacionales públicas o privadas o por institutos terciarios no universitarios); y la de Auxiliares, también con título habilitante expedido por instituciones reconocidas por las autoridades competentes. De acuerdo a la normativa, "Corresponde al nivel profesional el ejercicio de funciones jerárquicas, de dirección, asesoramiento, docencia e investigación, y la presidencia e integración de tribunales que entiendan en concursos para el ingreso y cobertura de cargos de enfermería" (Ley 298/99, artículo 11). En ningún caso se acepta el

⁷ La opinión de varios especialistas va en este sentido. Ver: <https://www.lanacion.com.ar/sociedad/la-carrera-universitaria-con-salida-laboral-rapida-que-duplico-las-inscripciones-despues-de-la-nid28022022/>

⁸ Sobre la formación profesional y la relación entre formación y trabajo puede consultarse Jacinto (2015), entre otros trabajos de la autora.

ejercicio de la práctica de enfermería sin título habilitante y las instituciones que tuvieran contratado personal sin titulación tenían un plazo máximo de seis años para la adecuación de la situación al nuevo estándar desde la reglamentación de la ley 298/99, so pena “de las sanciones previstas en la legislación vigente, sin perjuicio de la responsabilidad civil, penal o administrativa que pudiere imputarse” (Ley 298/99, artículo 7).

La evolución de la distribución de enfermeras y enfermeros por nivel de formación en CABA muestra la progresiva disminución en el tiempo del peso relativo de auxiliares, la estabilidad del grupo de enfermeras/os profesionales en torno a la mitad de la población total que ejerce esta actividad laboral y el crecimiento de la proporción de licenciadas/os, según los datos oficiales del sistema público de salud del distrito (ver tabla 1).

Tabla 1. Distribución de las titulaciones en enfermería por años seleccionados

Años	Auxiliares	Profesionales	Licenciatura	Total
2007	45.00	47.99	7.01	100
2013	37.08	48.83	14.09	100
2019	25.36	49.64	25.00	100

Fuente: para 2007 y 2013 ANEXO - RESOLUCIÓN N° 1436/MEGC/17. Disponible en: <https://boletinoficial.buenosaires.gob.ar/normativaba/norma/356336>
 para 2019: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/estado_de_situacion_de_la_formacion_y_el_ejercicio_profesional_de_enfimeria_ano_2020.pdf

Estos informes no incluyen en el cálculo la presencia de enfermeros/as empíricos/as. Los datos de nuestra encuesta revelan que en el AMBA un 3,8% de quienes ejercen tareas de enfermería lo hacen sin poseer titulación formal. Los números, siempre de acuerdo a nuestra encuesta, difieren sustancialmente en otras jurisdicciones. Por citar un ejemplo, de quienes respondieron a la encuesta en la provincia de La Pampa, el 16,3% declara no poseer titulación formal. En provincias como Chaco y Corrientes ese porcentaje de respuestas se ubica alrededor del 11%.

Recordando la etapa inicial de su vida profesional, a Silvia le resultó significativo recuperar en la entrevista la relación con las enfermeras auxiliares: “yo aprendí mucho de las auxiliares, mucho, porque tienen una experiencia que te dan vuelta como una media. Lo que no tienen es el fundamento, no saben el por qué hacen cierta cosa. Pero la experiencia que tienen es impresionante, yo tuve compañeras auxiliares que me enseñaron muchísimo”. Su relato pone de manifiesto una valorización positiva de la experiencia acumulada por aquellas enfermeras que llevaron adelante una práctica profesional que fue a la vez formadora. Silvia vivió el tránsito entre la enfermería con resabios de empiria y la profesionalización, de la que su propia trayectoria es una muestra. De allí que su definición sea tan precisa, se trata de un “oficio viejo, profesión nueva”.

La trayectoria formativa de Silvia es completa hasta el nivel de licenciatura. Sin embargo, para los registros administrativos es diferente: “Hice el Auxiliar, después con una beca hice el profesional, después hice la Licenciatura en la Universidad”. Su trayecto formativo muestra las múltiples instancias disponibles: la escuela de enfermería como primer paso hacia la titulación de auxiliar, que luego complementó en la misma institución con una beca PROPAEBA, un progra-

ma de profesionalización de auxiliares de enfermería que tuvo vigencia entre 1993 y 1996. El sistema de becas reconocía que para el momento de su creación en 1993 el 39% del personal de enfermería a nivel nacional era empírico, a lo que se sumaba un 34% de auxiliares de enfermería. Esto daba un panorama con más del 70% del personal del área de enfermería a nivel nacional sin formación o con la mínima indispensable (RES nacional 1027/1993). De allí el lanzamiento del programa de becas para la profesionalización del sector. Un informe sobre la presencia de personal con formación empírica en enfermería a nivel nacional de la Organización Panamericana de la Salud presenta que para el año 1995 el 11,6% del personal de enfermería era empírico (OPS, 1995). Si bien las fuentes de las que extraemos la información son distintas y el personal empírico resulta difícil de rastrear porque el ejercicio de la profesión les estaba explícitamente prohibido por lo que su práctica es ilegal, podemos ver la baja de casos a nivel nacional del 39% al 11,6% y relacionarla con el programa de profesionalización del que Silvia fue también parte. Luego, Silvia realizó la licenciatura de complementación que ofrece una institución universitaria privada. En este último caso, los costos de esa cursada fueron cubiertos por ella. Lo paradójico es que, aun siendo licenciada en enfermería por nivel de estudios alcanzado, no realizó el trámite de matriculación y está contratada en la categoría Profesional. La elección de Silvia parece tener que ver con las responsabilidades que la matriculación implica: "legalmente si me matriculo tendría que responder por todos los auxiliares que están en mi turno", junto con un hartazgo por la cuestión administrativa "no me matriculé ni nada porque es un lío". Ya lo había experimentado con la matriculación de auxiliar a profesional, cuando sostiene que el reconocimiento económico llevó casi una década en hacerse efectivo: "un decreto de (el ex presidente Fernando) De La Rúa de Necesidad y Urgencia, donde por años no te pagaban lo que habías ascendido. Como 10 años estuvimos así".

La no matriculación de Silvia y su no declaración del diploma de licenciatura obtenido frente a su empleador tienen otra justificación: desde la sanción de la Ley 6.035 en 2018, el Gobierno de la CABA encuadra a enfermeros y enfermeras como personal administrativo, no como profesional de la salud como sí hace con médicos/as y otras disciplinas relacionadas (psicólogos/as, kinesiólogos/as, nutricionistas, bioquímicos/as, licenciados/as en obstetricia, etc.). Este hecho tiene consecuencias simbólicas (el desprestigio de la formación profesional en enfermería y su puesta como saber menor frente a las otras disciplinas que se ponen en práctica en el cuidado de la salud) y también materiales. Los salarios de enfermeros y enfermeras en tanto personal administrativo no tienen relación con los que perciben otras profesiones del mundo de la salud reconocidas como tal. Investigaciones recientes sostienen que parte de la penalización salarial que recae sobre las trabajadoras del mundo de la salud, y dentro de este particularmente sobre la enfermería, se basa en la identificación de "cualidades supuestamente propias de las mujeres que las habilitarían a brindar un mejor cuidado, tales como "la intuición" (que permitiría captar mejor lo que le sucede al paciente), la tendencia "innata" a proteger y/o el entrenamiento que brinda la maternidad, entre otras" (Esquivel y Pereyra, 2017: 72). La vigencia incluso entre las mismas enfermeras de este tipo de concepción acerca de la propia labor continúa afectando al proceso de profesionalización.

Silvia está en pareja con un varón también enfermero. Cada uno de ellos tiene hijas e hijos, ya adultos, y juntos crían a un nieto. Ella se define con lenguaje obrero y hace notar claramente los sesgos de clase de la profesión que comparte con su compañero. "Antiguamente había un concepto: "ah, las peluqueras y las enfermeras son todas putas", y después de ese discurso se pasó a: "Ah, es una que pincha culos". Describe el destrato tanto por parte de otros profesionales del mundo de la salud como de los pacientes. En el primer caso, sostiene que "un médico interno que se jubiló hace poco que me ha dicho: "no sé para qué tanta licenciatura, para qué tanta cosa de enfermería, si ustedes están para hacer lo que nosotros les decimos, lo que nosotros les ordenamos". Respecto de los pacientes sostiene: "En la casa tienen a las mucamas, y afuera de las casas tienen a las enfermeras para que le limpian el culo. Y es así, ellos después de comer en la casa tienen a las enfermeras afuera. Entonces, siempre ponen el pie. No toleran mucho que ahora haya uni-

versitarios, y que sepan de leyes y que defiendan sus derechos. Acordate que la (escuela) Cecilia Grierson era para las chicas mucama que venían, entonces bueno, ya tenemos quién nos limpia la casa y ahora necesitamos quién nos limpia el culo. Esta como no sabe leer ni escribir, le enseñamos a que nos limpие el culo bien. Groseramente, es así". El sesgo de clase lo ve claramente en su historia personal y en la de sus compañeras: "Una vez me acuerdo que les dije, todas somos Dalma Nerea Maradona, que es la primer Maradona que terminó el secundario".⁹ Silvia es hija de una empleada doméstica, parte de una primera generación con estudios de nivel medio terminados, con un terciario o incluso un diploma universitario como título habilitante para un trabajo que apenas cubre lo necesario para una vida digna.

La abrupta mayoría de quienes respondieron a nuestra encuesta en la zona del AMBA (93,6%)¹⁰ tienen a la enfermería como ocupación principal, es decir, es la actividad laboral por la que obtienen la mayor parte de sus ingresos, independientemente del lugar de trabajo o de las horas dedicadas a ello. A pesar de que la referencia a los ingresos suele ser un dato a tomar en cuenta con muchos recaudos metodológicos, siete de cada diez de las y los enfermeros encuestados en AMBA se ubicó en un rango de niveles de ingreso en función de lo percibido por su ocupación principal; entre ellos, el 26,1% manifestó tener un ingreso menor a \$45.000, el 49% contar con un ingreso de entre \$45.000 y \$60.000 y el 24,9% percibir más de \$60.000.^{11 12}

El sesgo de clase que Silvia identifica en la enfermería se advierte también en el emplazamiento de las instituciones públicas dedicadas a la formación profesional de enfermeras y enfermeros. La escuela Cecilia Grierson de CABA tiene un único anexo ubicado en Villa Lugano, barrio popular del sur oeste de la ciudad compuesto por complejos habitacionales de viviendas sociales. Allí vive la población más pobre de la ciudad. Se estima que "más de la mitad de los hogares de la zona sur, conformada por los barrios de La Boca, Villa Soldati y Villa Lugano, entre otros, tienen ingresos inferiores a los necesarios para cubrir los gastos de la canasta básica por lo que se encuentran en situación de pobreza" (CEM, 2021: 7). Es decir, la enfermería parece ser una profesión para pobres que contribuye en la reproducción de la pobreza. Esta relación entre enfermería y pobreza parece estar, además, feminizada. De acuerdo a lo señalado por Wainerman y Binstock (1994), los procesos de profesionalización de la década de 1990 que mencionamos antes dieron por resultado un incremento de la presencia de varones en la enfermería, quienes se graduaron mayoritariamente de la carrera profesional, mientras que el título de auxiliar de enfermería, el de más baja formación y sueldo en ejercicio, quedó como un reducto femenino. Es decir, el proceso de calificación afectó con mayor intensidad a los varones que a las mujeres. Como sostienen las autoras, mientras el ingreso de varones podía representar un cambio promisorio para cubrir el déficit persistente del personal del área de enfermería, su aparición en escena parece haber vuelto a la mujer al lugar de una enfermería más vinculada con la ayuda, el servicio y la vocación (Wainerman y Binstock, 1994).

El destrato recibido por otros profesionales del campo de la salud en el día a día, especialmente por parte de los médicos con más años de trayectoria, tiene correlato con la brecha de ingresos económicos entre una y otra profesión. Silvia sostiene que "un enfermero con los 20 módulos gana en un mes lo mismo que un médico en un día (de guardia)". Los módulos refieren

⁹ Refiere a la hija mayor del popular futbolista Diego Armando Maradona, a quien su padre presentaba como la primera de la familia en terminar la escuela secundaria.

¹⁰ Esta proporción es muy similar a la que registramos en nuestra encuesta para el total del país: 93,4%.

¹¹ En relación a la antigüedad en el empleo, que puede ser un factor que afecte el ingreso percibido, es importante tener en cuenta que el 56,1% de quienes respondieron en el AMBA señaló tener más de 10 años de antigüedad, el 21,3% entre 5 y 10 años de antigüedad y el 22,6% menos de 5 años.

¹² A modo de referencia, cabe mencionar que el salario mínimo vital y móvil establecido por el Consejo Nacional del empleo, la productividad y el salario mínimo vital y móvil para el mes de junio del año 2021 era de \$25.572, lo que equivalía entonces a alrededor de 250 dólares a cambio oficial (y se reduce prácticamente a la mitad en el cambio paralelo). El salario mínimo acompaña en general la línea de pobreza, es decir que apenas cubre los costos mínimos de una canasta básica de alimentos y servicios que debe afrontar una familia para no ser considerada pobre.

a un ingreso extra a la jornada mensual acordada, permitido por el Gobierno de la ciudad de Buenos Aires a partir de sumar hasta 20 módulos mensuales de 6 ó 7 horas cada uno de acuerdo a la zona del hospital donde se ejerzan, de "prestaciones extraordinarias desempeñadas por el personal de enfermería" para engrosar el salario (Res CABA 1762/2006).

Silvia y su pareja decidieron hace más de diez años no hacer módulos extra. No es porque tengan resuelta su situación económica, sino porque consideran importante tener una vida cultural y familiar. El conocimiento de años del "mundo" de la enfermería le permite sacar conclusiones "(las/los enfermeras/os) No tienen ocio, entonces, ahí pasa que no hay una cultura general. No se lee un libro, no se va a un teatro, nada. Por eso te digo que nosotros priorizamos tener un solo trabajo, pero, vamos al teatro, tenemos otra vida fuera del trabajo. A mi marido le gusta mucho escribir, a los dos nos gusta mucho el teatro. Yo soy una vieja muy actualizada", y continúa "los enfermeros no tienen ocio, los enfermeros se casan entre sí. Generalmente, y esto me tomé el trabajo de investigarlo, generalmente las enfermeras, no solo en Argentina, están casadas con un desocupado o con suerte con un remisero que le pagó ella el auto. Están casadas siempre con una larva".¹³ Enseguida retoma acerca de su situación particular, sin olvidar que comparte características con el colectivo profesional al que pertenece: "se te va la vida con la enfermería. Entonces, por ahí [nosotros] tenemos un autito viejo, unas zapatillas que tira más años de lo que corresponde, pero preferimos no tener dos o tres trabajos como casi la mayoría de los enfermeros tienen para priorizar otras cosas. Pero bueno, es una elección de vida. Tal vez tengo unas zapatillas más baratas que otro, no tengo el auto 0KM, tengo autito viejo pero bueno, nosotras decidimos priorizar otras cosas".

La gran responsabilidad que recae sobre los hombros de enfermeras y enfermeros en cuanto al sostenimiento del hogar a la que refiere Silvia se ve cotejada en nuestra encuesta. Según los datos que arroja para AMBA, el 58,2% se identificó como el único ingreso del hogar, el 21,5% como el mayor ingreso en coexistencia con otros, mientras que el 20,3% reconoció que otros miembros de su familia cuentan con otros ingresos similares al suyo.¹⁴ Asimismo, para más de la mitad de los/as encuestados/as en AMBA (54,4%) la situación de pandemia implicó alguna pérdida de ingresos, fuera grande (25,8%) o moderada (28,6%). Asimismo, según los datos arrojados por nuestra encuesta, casi la mitad de las y los enfermeros de AMBA (48,9%) tienen más de un empleo. Estos valores son algo superiores en comparación con los registrados para el resto del país (39,8%).

Una vida profesional que exige tantos empleos y horas extra para poder llegar a un salario de subsistencia atenta contra la profesionalización que, por otro lado, proponen como esencial las autoridades a cargo. En situación de pandemia, además, el pluriempleo atenta contra el cuidado de sí mismo y de los demás. Una colega de Silvia unos años más joven, auxiliar en enfermería, que trabaja en otra institución pública de CABA, nos señalaba durante su entrevista: "el desafío de todos los días es no contagiar. Tomar todas las medidas, todas las precauciones. Por eso te digo que el pluriempleo no es bueno, menos en pandemia, porque uno a veces está cansado y a veces quiere obviar algunas cosas. Y no podés obviar nada, no podés obviar nada, porque un error te puede llevar a contagiarte".¹⁵

A partir de su experiencia y formación, Silvia puede enfrentar los abusos por parte de otros profesionales:

(hay) médicos que no saben entubar o ahora con esto de que hay que entubar pacientes.

Me acuerdo cuando empezó la pandemia que uno de los médicos que yo estimo muchísim-

¹³ Término que en lenguaje popular refiere a una persona con poca inclinación al trabajo.

¹⁴ Es importante tener en cuenta que de un total de 363 respondentes en AMBA, el 30,9% no contestó a este interrogante.

¹⁵ De las 33 entrevistas concretadas en CABA en el marco del proyecto PISAC COVID-19 0022, 17 enfermeros y enfermeras nos manifestaron estar en esta situación de pluriempleo. Si bien esto no es generalizable al universo, no deja de llamar la atención encontrar una proporción tan alta (más del 50%) en esa situación, sin haber sido una variable de control específicamente buscada por el estudio.

mo, y él también es uno de los pocos doctores que tenemos, porque doctores tenemos muy pocos, por lo menos en mi hospital son contados con los mismos dedos de la mano. Y, peleando por el (barbijo) N95, nos dice «si ustedes no van a entubar ni nada». No sé si no vamos a entubar ¿Vos crees que si los dos médicos de shock que están entubando, tus 10/12 médicos que tenés acá en la guardia alguno sabe entubar? Te voy avisando que ninguno sabe y no dudes de que vamos a tener que entubar nosotros (refiere a los enfermeros de guardia).

Pero, además, puede convertirse en una pieza clave del sistema de salud, aportando conocimiento: “Yo que estoy muy preparada, que soy consciente de lo que sé y me paro de manos ante cualquier médico. (simula una conversación con un médico) “Hay que llevarlo a shock”... -NO. -Yo me lo llevo, después veremos.... Porque sé el conocimiento que tengo. Yo me paro ante cualquier médico, grande, viejo...los viejos no porque los viejos si yo digo, se paran. -Si Elisita te viene a joder es por algo” y continúa luego “yo sé que sé un montón. Pero digo, depende de cómo vos te muestas. Eso tiene que ver también con que te valore el compañero del equipo de salud. Te va a valorar en la medida de que vos...”. La valorización que hace Silvia de su saber y profesión la distingue de una mirada presente en un grupo mayoritario de enfermeras que, aún profesionales, destacan la importancia de la vocación y entre las cuales “las imágenes de género asociadas al cuidado permean frecuentemente los discursos” (Esquivel y Pereyra, 2017: 72). Con la puesta en valor de su saber, Silvia hace una diferencia que aporta, no solo a su propio reconocimiento, sino también al de su profesión en conjunto: “Yo me paro de manos, defiendo el paciente y me importa tres pitos, es su problema. Y ahora, ya que me recibí de vieja, todos los médicos internos yo los tuve desde pibitos,¹⁶ cuando llegaron”. El “yo los tuve desde pibitos” al que alude Silvia marca el territorio en disputa que es el mundo hospitalario. Silvia se hace cargo de su guardia, sabe que “Todos los chicos vienen mal preparados en cualquier profesión, los médicos también”, y a muchos de ellos ayudó a formarse en la práctica, con el ojo clínico entrenado y atento “yo tengo un ojo clínico, yo camino por la guardia y me doy cuenta”. La enfermería que practica Silvia adopta la forma de una pieza clave en el sistema de salud: formada y formadora.

Trabajar en pandemia: miedo, cansancio y bronca

La pandemia de COVID-19 no es la primera situación extrema que vive Silvia en su ámbito laboral. “Y lo que yo noté, por mi experiencia, le dije a mi marido: mirá, yo no tengo miedo a contagiarme de un paciente, no me contagié de la H1N1, no me contagié hepatitis, no me contagié toxoplasmosis, HIV, absolutamente nada. Yo estuve con la H1N1 en la terapia intensiva trabajando. Así que yo no le tengo miedo al paciente, ni tuberculosis ni nada. He estado con todo lo que se te ocurra”.

Sin embargo, esta vez algunas condiciones de su salud le juegan en contra. Algunas enfermedades preexistentes agravan su condición frente al COVID-19. De allí que haya pasado la primera etapa de la pandemia en uso de licencia médica. Su relato sobre el miedo que le significaba estar en el hospital durante la pandemia es escalofriante: “Yo quiero morirme en mi cama en mi casa, no quiero morirme en la terapia (llora). Yo sé lo que es estar en la terapia como paciente y como enfermera. Yo quiero morirme en mi casa, en mi cama, no quiero estar en la terapia”.

Estamos en condiciones de decir que esta sensación de miedo y extrema vulnerabilidad frente a la muerte en el contexto de la pandemia trascendió la percepción subjetiva de Silvia, y se asentó más bien como un clima bastante generalizado en el “mundo” de la enfermería. Ante la pregunta realizada en nuestra encuesta a enfermeras y enfermeros en relación a si habían experimentado temor al contagio, un 30,8% de quienes respondieron en AMBA dijeron que, desde el

¹⁶ La expresión “pibitos” es una forma de referirse a los jóvenes en el lenguaje coloquial.

inicio de la pandemia, sintieron miedo en todo momento, un porcentaje similar señaló que de manera ocasional (32,7%) y un 24,3% frecuentemente. Solo un 12,2% manifestó no haber sentido nunca temor al contagio.¹⁷ Tal temor se vuelve más tangible si se tiene en cuenta que solo guiándonos por los datos provistos por nuestro relevamiento el 37,2% de las y los enfermeros consultados en AMBA había contraído COVID-19 una o más de una vez.

Al inicio de la pandemia, Silvia debió pelear por los tapabocas profesionales para ella y sus compañeros del servicio de enfermería. Ya vacunada, su regreso luego de la licencia la encuentra cercana a la jubilación. Como gesto de protección, su jornada ya no incluye el trato directo con pacientes. Su trabajo consiste ahora en ser quien tiene a cargo el suministro de insumos para su servicio:

yo no quiero que les falte nada. No estaban los N95 y les dije, miren, a última hora los conseguí y les digo, miren, si voy presa yo no fumo más y me llevan chocolate al 85%. No quiero que les falte nada, quiero que tengan todo. Y estoy ahora con el tema de que coman, de que no dejen pasar el momento de la comida. Eso del compañerismo, vi que ninguno se hace el boludo, que antes era muy común. Siempre laburaban los mismos y los demás se hacían los boludos, y no, se calzan todos y van, no dejan al otro solo. Eso sí, noté un poco más de compañerismo en ese sentido.

Pareciera que mientras la pandemia agudizó ciertas distancias y tensiones entre profesionales del campo de la salud, actuó como aglutinante al interior del servicio de enfermería.¹⁸ El compañerismo fue una forma de enfrentar el miedo. En el hospital donde se desempeña Silvia falleció una compañera enfermera contagiada de COVID-19. Frente a esta situación, ella y una asistente social decidieron recorrer los pisos para conversar, como espacio terapéutico *ad hoc*. Sabe que el tema de la salud mental es tabú en su ámbito de trabajo, pero también que el miedo los aqueja de manera constante a ella y a los demás del equipo. No tuvieron instancias oficiales por parte del hospital ni del gremio para tratar estas cuestiones, por lo que funcionar cohesionados y organizarse de manera autónoma fue la salida.

La encuesta que realizamos nos permitió obtener información coincidente respecto de si se habían habilitado o no espacios institucionales de contención en el lugar de trabajo desde el inicio de la pandemia, más allá de la percepción individual de Silvia. Efectivamente, acompañando su experiencia personal, en AMBA el 44,9% de los encuestados dijo que nunca se habilitaron, 16% señaló que ocasionalmente, apenas un 5,2% manifestó de modo frecuente, mientras que un 29,8% no sabe o no contesta. Cuando interrogamos en la encuesta a enfermeras y enfermeros del AMBA acerca de sus primeras estrategias personales para sobrellevar la pandemia, la mitad de quienes se abrieron a contarnos su vivencia (es decir, excluyendo al 30% que optó por no responder) manifestó que hablaba con sus colegas acerca de lo que sentía y un 9,4% evitaba pensar en el problema, mientras que un 9,1% mencionó que había tratado de llegar a acuerdos y un 7,1% que planificaba como resolver el problema. Apenas un 7,9% había recurrido a psicoterapias, pero muchos menos se volcaron a hacer ejercicio físico (3,1%), realizar actividades placenteras fuera del trabajo (2,4%), buscaron refugio en la fe (2%) o usaron el sentido del humor (1,6%). Un 1,2% admitió auto-medicarse y un 1,6% indicó que suele evadirse del problema comiendo, fumando o bebiendo.

¹⁷ Téngase en cuenta que en la composición de la muestra de la encuesta autoadministrada siete de cada diez consultados en AMBA (69,4%) no pertenecían a grupos de riesgo mientras un 19,6% si (el restante 11% no contestó a esta pregunta); 5% dijo pertenecer a grupos de riesgo frente al COVID-19 y encontrarse contemplado/a en las licencias para grupos de riesgo, otro 7,2% encontrase en el mismo riesgo, pero no estar contemplado y un 7,4% manifestó no haber hecho uso de la licencia para integrante de grupo de riesgo, pese a formar parte de él.

¹⁸ Los resultados de nuestra encuesta nos permiten respaldar esta hipótesis: en el AMBA la abrupta mayoría experimentó pertenencia a un equipo de trabajo (40,8% siempre, 28,6% frecuentemente, 25,6% ocasionalmente) y solo un 5% no lo sintió nunca. Por otra parte, un tercio de las/os participantes (32,9%) manifestó no haber tenido nunca situaciones de conflicto en relación con sus compañeras/os desde el inicio de la pandemia y la mitad de ellos indicó que ocasionalmente (50,4%). Estos porcentajes se completan con el 15,1% que señaló que tuvo conflictos frecuentes y un 1,6% que siempre.

Los signos de agotamiento, el peso del cansancio y la experiencia del trabajo bajo presión se extienden mucho más allá del testimonio personal de Silvia. El 68,9% de nuestros/as encuestados/as en AMBA consideró que, desde el inicio de la pandemia, aumentó la intensidad y el ritmo de trabajo, el 68,6% señaló que sus tareas incrementaron la presión laboral y el 60,9% que se redujeron los tiempos de descanso. Asimismo, un 63,1% consideró que se incorporaron actividades que antes no realizaba y un 62,8% manifestó que tuvo que realizar el trabajo de otras/os compañeras/os que se contagieron de COVID-19. Las entrevistas realizadas en CABA y algunos partidos del conurbano bonaerense replican este cuadro de situación y dan cuenta de sus efectos cuando se acumulan las menciones sobre: dificultades para conciliar el sueño y problemas de insomnio, hiperactividad, crisis de llanto recurrentes, picos de stress, bajadas abruptas de peso, entre otras vivencias.

La pandemia impuso cambios en la vida interna del hospital en el que trabaja Silvia. Algunos relativos al distanciamiento necesario entre pacientes, otros a la práctica profesional. Junto a esto, se sumaron cuestiones administrativas. Antes de que le fuera otorgada la licencia por persona de riesgo, Silvia trabajó en el sector de suministros del hospital. Allí había sido apostada “gente nueva”, personal administrativo proveniente del ministerio de Salud de CABA, que tenía como misión el control de los insumos. Según describe Silvia, se trató de gente joven, sin conocimiento específico del hospital y sin una tarea clara. En relación al contenido de su tarea, nos relata:

Tenía que contar cosas. Cada tres o cuatro horas contaba las mismas cosas, haciendo 20 planillas de lo mismo. 2 personas eh. En un día voy, y contamos con una compañera que estaba en la misma situación que yo, todos los camisolines, todas las botas, todos los barbijos, todo bla bla bla.... Y venía una chica jovencita que yo nunca había visto y me dicen que es del Ministerio. Nos mira cómo contábamos las cosas que sé yo, bueno, le decimos a la farmacéutica: hay tanto esto, tanto de lo otro. Eso lo hacíamos cada 2 horas, no me preguntes porque nunca lo entendí. Entonces, la chica nos dice “yo soy del Ministerio”, necesito que cuenten los camisolines y esto. Y le digo sí mirá, recién nos viste, recién los contamos, hay tanto... Y me dice no, no, los tenés que contar mientras yo te miro. ¿Perdón? “Si, yo tengo la orden del Ministerio”... una pibita de 20 años ... “yo tengo la orden del Ministerio que tengo que mirar cuando lo cuentan. Le digo, mirá mi hijita, yo tengo 58 años, yo no te voy a permitir... a mí me parece que me estás forreando. Porque vos me viste que yo conté todo esto, yo no voy a contar, hablalo con la farmacéutica. Cosa que yo no podía creer.

Nuevamente, la experiencia y el aplomo de Silvia le permitieron poner un límite ante el pedido sin sentido. Sabía, entonces, que no debía estar en el hospital, que eso significaba exponerse demasiado para no cumplir, además, con ninguna tarea útil. Durante un año cumplió protocolo hospitalario en su propia casa, prácticamente sin visitas. Volvió a trabajar ya con las dos dosis de vacuna aplicadas y sintió como un reconocimiento el cambio de tareas, como una manera de cuidarla. Desde su regreso, continua la recorrida por el hospital, escuchando a compañeros y a pacientes solos. “A mí me parece que estando en una guardia es maravilloso que vos abras el cajón y tengas lo que necesites. O que estés en una emergencia y digas “me falta un tubo x” y que de golpe alguien te lo esté pasando. Entonces, nada, me siento súper útil, mis compañeras médicas y mis compañeros enfermeros me lo verbalizaron, están muy agradecidos, están re contentas con mi actividad. Y aparte, bueno, yo soy un bicho viejo de guardia y algunas tenemos la capacidad, no me preguntes cómo, pero sabes todo lo que está pasando, en todo momento, en todo lugar”.

Ese clima de solidaridad y compañerismo trasmitido a través del relato de Silvia se repite en testimonios de otras enfermeras que se desempeñan en ámbitos muy diferentes, como una clínica de rehabilitación de CABA en donde trabaja una enfermera técnica de 38 años que nos contó que, a partir de la pandemia, “entre colegas somos mucho más empáticos. Nos apoyamos y cuando le pasa algo a un colega o compañero de otra institución es como que nos están llevando parte de nosotros. Ahora el colectivo de enfermeros es más unido”. También para Maitena, auxiliar en enfermería, con 29 años, que se desempeña en una clínica privada: “esto que fue imprevisto nos unió más como compañeros. Antes como que cada uno hacía su trabajo, como que una no se fijaba del otro y creo que hoy en día, antes que nada, vamos a ver al compañero y nos fijamos qué

pasa y es como que está todo más humanizado".

Por otra parte, la pandemia fue una experiencia extremadamente difícil de atravesar, tal como lo trasmite Silvia con su relato, que ponía día a día a prueba a estos trabajadores y trabajadoras. Sus pares también se vuelcan a recrear ese panorama: el 44,1% de las y los enfermeros encuestados en el AMBA sintió desaliento o frustración en su trabajo de manera ocasional, un 30,4 % de modo frecuente, un 13,3% siempre desde el comienzo de la pandemia; apenas un 12,2% indicó que nunca se sintió desalentado o frustrado.

Silvia es crítica tanto con la infraestructura del hospital como de ciertas conductas de sus colegas:

Los espacios no se reorganizaron... se reorganizaron en cuanto a los pacientes, pero en cuanto al personal es imposible. El estar, ponele, donde vas a comer, donde vas a tomar tu té, lo que fuere, sigue siendo el mismo. Mismo espacio, sin ventilación, la guardia no tiene ventana, no tiene ventilación. Siguen compartiendo el mismo espacio y siguen comiendo como si nada pasara. Y siguen tomando mate como si nada pasara (...) Y siempre fuimos un poquito Superman. Te confías, y a mí no me va a pasar.

Valora a sus colegas de servicio, a su equipo:

yo volví y me commueve verlos, me commueve profundamente ver a mis compañeros y muchos chicos jóvenes nuevos que no conocía. Y cuando volví, me commueven profundamente. Entonces, por ahí viste, mi marido y compañeros me dicen "pero qué haces, si te dieron las llaves de la oficina, tarada, busca las cosas de la farmacia y encerrate ahí hasta que sea la hora y andate". Yo no puedo, ¿entendés? Estoy en la puerta del Covid (room), lo que necesiten voy, corro y se los tiro, ¿entendés? Y los veo y me commueven profundamente, y me commueve que... hay máscaras, pero unas máscaras de mierda que no sirven para nada. Entonces, cada uno cómo tuvo que comprar su máscara... no sé, me commueve verlos trabajar, me commueven profundamente.

Un punto destacable del testimonio de Silvia es el orgullo y la emoción con la que cuenta el trabajo que realizan sus compañeras y compañeros en "el frente de batalla" del COVID-19. Este sentimiento también parecía ser generalizable. Si tomamos en cuenta a quienes respondieron la encuesta en el AMBA, observamos que desde el comienzo de la pandemia seis de cada diez sintieron siempre orgullo de su trabajo (60,5%), un 17,1% de manera frecuente, pero un 22,1% solo ocasionalmente. Ahora bien, a la hora de referirse a si sintieron que su trabajo fue valorado por la sociedad, una cuarta parte de los consultados en AMBA dijo que nunca lo sintió así (25,6%). Alrededor de la mitad (47,3%) manifestó que ocasionalmente sintió que la sociedad valoraba su trabajo, 16,4% que lo había sentido de manera frecuente y otro 10,7% siempre.

La entrega de sus compañeras y compañeros que tanto commueve a Silvia es, en parte, una entrega evitable. La falta de disponibilidad de elementos de protección personal fue una constante sobre todo en el primer tramo de la pandemia. Las máscaras de calidad que debieron comprarse de manera individual que menciona Silvia en la entrevista son ejemplo de ello. Para ampliar el foco respecto de la experiencia más personal e inmediata de Silvia en relación a la compra de elementos de protección, podemos apoyarnos una vez más en los resultados de nuestra encuesta que incorporaba el interrogante acerca de si la persona había tenido que gastar dinero de sus ingresos para proveerse de equipos de protección personal. Excluyendo a quienes optaron por no responder esta cuestión, siete de cada diez enfermeras/os dijeron que lo había tenido que hacer (71,3%), de manera ocasional (42,6%), frecuentemente (13,6%) o siempre (15,1%), mientras que un 28,7% señaló que nunca tuvo que gastar de sus ingresos personales para proveerse de equipos de protección personal.

La disputa en torno de la disponibilidad de recursos volvió a poner en evidencia las diferencias establecidas entre médicos y enfermeros. "Yo soy de informarme mucho, de leer mucho. Entonces, yo sabía que tenía que usar un barbijo, sí o sí. Bueno, nadie usaba barbijo, te decían que no tenías que usar barbijo, a la siguiente guardia, ya empezaron con que sí, que había que usar un barbijo común, el quirúrgico. Ahí empezamos a pelear, yo quería los N95, y (me decían) que no....que solo iba a ser para los médicos". El destrato hacia la enfermería se replicó en la pro-

tección personal con la que contó cada enfermero en relación con la de los médicos, aun cuando los y las enfermeros hayan sido durante la pandemia la “primera línea de batalla” frente al virus. Silvia no replica las metáforas bélicas directamente, pero en la entrega que valora positivamente hay un espíritu de cuerpo que remite a lo colectivo frente a un enemigo común. Un espíritu de cuerpo logrado en parte gracias a la presencia de personas como Silvia, que atienden mucho más que sus funciones específicas, que motorizan cambios, que luchan por su servicio. En otras experiencias hospitalarias, la virulencia de la pandemia hizo estallar servicios. Llama la atención la ausencia de respuestas institucionales, más aún si se tiene en cuenta que al momento de la entrevista la pandemia llevaba ya casi un año y medio. Es decir, si podría ser entendible que el estallido epidemiológico hubiera dejado sin reacción inicial a las autoridades en sus primeros días, que luego de un año y medio no existan espacios institucionales de contención frente al desgaste físico y emocional que el trabajo hospitalario supuso es considerado por Silvia, atinadamente, como una nueva forma de destrato.

En este sentido, el escenario pandémico puso en evidencia una modalidad de trato hacia el personal de enfermería que se arrastra desde hace muchos años y atraviesa la experiencia particular de buena parte de generaciones o camadas de trabajadoras y trabajadores. Apenas explorada la cuestión en nuestra encuesta, resulta significativo señalar que la mitad de las/os consultadas/os en el AMBA mencionó que realizó algún tipo de reclamo formal individual o colectivo sobre sus condiciones laborales frente a las autoridades de su institución. De ese grupo, el 29,7% manifestó que obtuvo una respuesta parcialmente favorable, el 16,4% que obtuvo una respuesta favorable y el 14,1 % que ésta fue desfavorable. Lo más llamativo es que cuatro de cada diez enfermeras/os señalaron que no tuvieron respuesta alguna de las autoridades (39,8%). Tal ninguneo resulta otra cara de la invisibilización y el menosprecio.

Reflexiones finales

En algún sentido, la experiencia social de la pandemia constituyó un verdadero “laboratorio” en el que se fueron construyendo saberes y testeando acciones –de política pública, institucionales e incluso individuales– a prueba y error; en donde se dieron también ciclos de aprendizaje difícilmente conducidos desde un centro y mucho menos planificados. Esos aprendizajes exceden los canales de formación institucionalizada que reconstruimos históricamente en este artículo y mostramos siguiendo el caso de Silvia. Aunque fuera de manera trágica, la pandemia de COVID-19 habilitó mucho más que eso. Como ponía en su balance otro enfermero bastante más joven (35 años) que entrevistamos en el marco de nuestra investigación colectiva:

Lo positivo es que creo que nosotros aprendimos muchísimo. Aprendimos muchísimo sobre el tema de la profesión de enfermería. Aprendimos a manejarnos en pandemia. Porque la verdad que yo nunca, nunca, nunca tuve un curso, tuve una materia, que diga cómo actuar en pandemia. O desde el medio psicológico, cómo afrontar una pandemia. Siempre nos dicen cómo afrontar una urgencia. Pero convengamos que una urgencia puede ser un día, dos días. Pero no años, vamos a llegar a un año y medio... Es demasiado. Yo creo que actualmente todos los profesionales que vivieron la pandemia aprendieron muchísimo en cómo actuar. No tanto en el accionar, sino psicológicamente. (...) Entonces, yo creo que básicamente todo este año nos sirvió prácticamente como un... hicimos como un curso más. Un curso más de todos los que tuvimos en la pandemia, con pacientes positivos, con supuestos positivos y también muchos óbitos, muchas pacientes que murieron. Nos enseñaron muchísimo a cómo afrontar situaciones de emergencia.

Ese aprendizaje forzoso por el que atravesó el mundo de la salud, en general, en el caso de enfermeros y enfermeras se conjuga con condiciones laborales extremas: exigencias crecientes de formación académica y profesional que obtienen a cambio de bajos salarios, apenas por encima de la línea de pobreza nacional. Esto explica la prevalencia de la necesidad de contraer más de un empleo, lo que termina siendo un factor que limita uno de los requisitos fundamentales de la profesión: su actualización académica.

A través de una trayectoria personal, en este trabajo propusimos recuperar el lugar central de la enfermería en el cuidado profesional de la salud. La historia de vida de Silvia y su propia lectura de la enfermería nos permitió conocer un poco más la trama de relaciones en la que esta profesión se desenvuelve y que se articula con las condiciones sociales de sus miembros; en la que juegan roles de clase y género, y en la que el ejercicio de la enfermería colabora, pero a la vez se tensiona con otras profesiones. En términos generales, tanto en Silvia como en quienes entrevistamos o encuestamos, se percibe una aguda sensación de desamparo. Ese desamparo es material: se expresa tanto en los salarios que perciben, como en los insumos necesarios para hacer su práctica de trabajo segura, más aún en una emergencia de las características de esta pandemia. Pero también ese desamparo es simbólico: es omnipresente la sensación de que nadie conoce, y por lo tanto nadie respeta, la formación académica que hay detrás de una enfermera o enfermero. El reconocimiento desigual que recibe la enfermería dentro del mundo de la salud, pero también el escaso reconocimiento social hacia la profesión desde afuera de ese mundo, sumado al desconocimiento de su condición profesional que opera desde lo administrativo en la Ciudad de Buenos Aires no son producto de la pandemia, sino condiciones previas en las que ella se desarrolló. En todo caso, la situación sanitaria extrema que generó la irrupción del COVID-19 reforzó algunas de las asimetrías que se basan en jerarquías preexistentes y destratos asociados a ellas. Sostenemos que la pandemia también mostró hasta qué punto la enfermería constituye una pieza clave del sistema de salud, un lugar que fue relegado en el marco de un modelo médico hegemónico en el cual la enfermería actúa como auxiliar de un único saber considerado válido, el del profesional médico.

Consideramos que el protagonismo que tuvo el ámbito sanitario durante de la pandemia es una oportunidad para visibilizar percepciones específicas sobre la enfermería a través de trayectorias como la de Silvia, de modo dar notoriedad en la agenda pública a las cuestiones aún sin resolver respecto del reconocimiento profesional y las condiciones de trabajo de este sector.

Agradecimientos

Esta investigación forma parte del proyecto PISAC COVID-19 N° 22. Las autoras agradecen las sugerencias y comentarios realizados por los pares evaluadores.

Bibliografía

- Centro de Estudios Metropolitanos (CEM) (2021) *Las desigualdades en la Ciudad de Buenos Aires*. Documento CEM 39. Buenos Aires: CEM.
- Geertz, C. (1989). *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa.
- Esquivel, V. y Pereyra, F. (2017). Las condiciones laborales de las y los trabajadores del cuidado en Argentina. Reflexiones en base al análisis de tres ocupaciones seleccionadas. *Trabajo y Sociedad* (28), 55-82.
- Jacinto, C. (2015). Nuevas lógicas en la formación profesional en Argentina Redefiniendo lo educativo, lo laboral y lo social. *Perfiles Educativos*, 37 (148), 120-137.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1995). Desarrollo de la enfermería en la Argentina, 1985-1995, Análisis de situación y líneas de trabajo N° 43.
- Pozzio, M. (2021). Enseñar etnografía en posgrados y maestrías en salud. *Aiken. Revista De Ciencias Sociales y de la Salud*, 1(1), 11–19. Disponible en: <https://eamdq.com.ar/ojs/index.php/aiken/article/view/4/4>
- Ramacciotti, K. (2019). La profesionalización del cuidado sanitario. La enfermería en la historia argentina. *Trabajos y Comunicaciones* (49). Disponible: <https://doi.org/10.24215/23468971e081>

- Ramacciotti, K. (dir.) (2020). *Historias de la enfermería en Argentina: pasado y presente de una profesión*. José C. Paz: Edunpaz.
- Skeggs, B. (2019). *Mujeres respetables. Clase y género en los sectores populares*. Los Polvorines: Universidad Nacional de General Sarmiento.
- Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (SATI) (2021). *Ánalisis de situación del covid-19 en terapias intensivas de argentina (07/05/2021)*. Disponible en: <https://www.sati.org.ar/images/covid-19/>
- [OCUPACION DE CAMAS DE UTI ARGENTINA 7 de mayo 2021.pdf](#) [consulta: 25032022]
- Wainerman, C. y Binstock, G. (1992). El nacimiento de una ocupación femenina: la enfermería en Buenos Aires. *Desarrollo Económico*, 32 (126), 271-284.
- Wainerman, C. y Binstock, G. (1994). Género y clasificación en el sector enfermería. *Estudios del Trabajo*, 7, 43-65.

Legislación y documentos oficiales

- Resolución Nacional 1027/1993 sobre Plan de Estudios para la profesionalización de Auxiliares de Enfermería, disponible en: <https://boletinoficial.buenosaires.gob.ar/normativaba/norma/84837> [consulta: 25032022]
- Resolución 1436/2017 y Anexo del Ministerio de Educación de la Ciudad de Buenos Aires sobre aprobación del Plan de Estudios de la tecnicatura Superior en Enfermería, disponible en: <https://boletinoficial.buenosaires.gob.ar/normativaba/norma/356336>. [consulta: 25032022]
- Ministerio de Salud de la Nación (2020). “Estado de situación de la formación y el ejercicio profesional de Enfermería en Argentina”, disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/estado_de_situacion_de_la_formacion_y_el_ejercicio_profesional_de_enfermeria_anio_2020.pdf [consulta: 25032022]
- Resolución 1762/2006 del ministerio de Hacienda de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires sobre Sistema de módulos únicos para el personal de enfermería dependiente del Ministerio de Salud por servicios y prestaciones extraordinarias, disponible en: <https://boletinoficial.buenosaires.gob.ar/normativaba/norma/90763> [consulta: 25032022]
- Ley 6035/2018 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires sobre Profesionales de la salud, disponible en: https://documentosboletinoficial.buenosaires.gob.ar/publico/ck_PL-LEY-LCABA-LCBA-6035-18-5508.pdf [consulta: 25032022]
- Ley 298/99 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires sobre Sistema integral, continuo, ético y calificado de cuidados de enfermería, disponible en: <http://www2.cedom.gob.ar/es/legislacion/normas/leyes/ley298.html> [consulta: 25032022]
- Ley Nacional 26.058/2005 de Educación Técnico Profesional, disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26058-109525> [consulta: 25032022]
- Ley Nacional 17.132 /1967 sobre Reglas para el ejercicio de la medicina, odontología y actividad de colaboración de las mismas, disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/15000-19999/19429/norma.htm> [consulta: 25032022]

Hacer estado como enfermera. De vivencias, recursos y cuidados

Building the make of the state as a nurse: Experiences, resources and care

GRISEL ADISSI *
Universidad Nacional de José C. Paz (UNPAZ)

LÍA FERRERO **
Universidad Nacional de José C. Paz (UNPAZ)

RESUMEN. En este artículo presentaremos una serie de dimensiones asociadas con las vivencias cotidianas de una enfermera del conurbano bonaerense al *hacer estado*, tal como ella define su propia práctica desde el subsector público de salud. Recorremos distintos momentos de su vinculación con el mundo de los cuidados en salud, partiendo de la elección inicial de su carrera y la realidad concreta de sus primeras inserciones laborales. A través de sus experiencias, iremos acercándonos a algunos de los sentidos posibles respecto de las oportunidades y limitaciones presentes en el subsector público de salud —en distintos tipos de establecimientos (un hospital público nacional, un centro de salud en un barrio empobrecido del conurbano bonaerense, un centro de aislamiento extrahospitalario); en contextos con diversa disponibilidad de recursos materiales; bajo diferentes modalidades de contratación; en actividades asistenciales, preventivo-promocionales, y en docencia universitaria; en momentos donde trabajó desde un rol subordinado y allí donde ocupó puestos jerárquicos; a través de la participación sindical; en situaciones donde las tareas se atenían a cierta rutinización y en el contexto dinámico e inestable de la pandemia por COVID-19. De este modo, nos adentraremos en significados y prácticas presentes en quienes *hacen* en su vida cotidiana al estado, recuperadas desde el punto de vista singular de una de sus protagonistas.

PALABRAS CLAVE: estado; enfermería; relatos de vida; políticas públicas

ABSTRACT. In this article we will present the daily experiences of a nurse in the suburban area of Buenos Aires as she *builds the make of the state*, as she defines her own practice in the public health sub-sector. We will go through different moments of her involvement in the world of health care, starting from her initial choice of major and the reality of her first jobs. Through her experiences, we will come to understand some of the opportunities and limitations present in the public health sub-sector —in different types of facilities (a national public hospital, a healthcare center in an impoverished neighborhood in the *conurbano* of Buenos Aires, an out-of-hospital isolation center); in contexts with different access to material assets, under different forms of labour contract, in healthcare, educational activities, and in university teaching; at times where she worked in a subordinate role and where she held hierarchical positions; through trade union engagement; in situations where labour tasks were routinized and in the dynamic and unstable context of the COVID-19 pandemic. This way, we will explore meanings and practices present in those who *make state* in their daily lives, as seen from the singular point of view of one of its actors.

KEY WORDS: state; nursing; life stories; public policies

* Dra. en Ciencias Sociales (UBA). Departamento de Ciencias de la Salud y el Deporte, Instituto de Estudios Sociales en Contextos de Desigualdades (IESCODE), Universidad Nacional de José C. Paz. E-mail: griseladissi@gmail.com  <https://orcid.org/0000-0002-5719-2379>

** Profesora en Ciencias Antropológicas (UBA). Departamento de Ciencias de la Salud y el Deporte, Instituto de Estudios Sociales en Contextos de Desigualdades (IESCODE). Universidad Nacional de José C. Paz. E-mail: liaferrero@gmail.com  <https://orcid.org/0000-0003-2478-1350>

Introducción

Uno de los grandes protagonistas de la pandemia por COVID 19 fue el sector de enfermería. Los y las enfermeros/as fueron valorados/as como “primera línea de batalla”, como “héroes o heroínas”, como abnegados/as trabajadores del cuidado. Recibieron inicialmente aplausos, pero también maltrato e incluso golpes. Fueron objeto de discriminación cara a cara sobre todo cuando primaba el desconocimiento, y se les suponía posibles agentes trasmisores de un virus que podía ser mortal, pero nunca dejaron de serlo en relación con las condiciones de trabajo que predominan y su posición relativa dentro de los equipos de salud.

En el marco del “Programa de Investigación sobre la Sociedad Argentina Contemporánea” (PISAC), uno de los proyectos financiados propuso específicamente conocer las transformaciones de esa profesión en particular en aquel contexto: “La enfermería y los cuidados sanitarios profesionales durante la pandemia y la postpandemia del COVID 19 (Argentina, siglos XX y XXI)” dirigido por Karina Ramacciotti. En el marco de ese proyecto, y considerando la centralidad que tuvieron los cuidados profesionales enfermeros (Medina, 1999) en el tránsito de la pandemia, es que toma forma este artículo.

Durante la realización de entrevistas en profundidad, como parte de las estrategias metodológicas adoptadas para el mismo, dimos con Valeria Ochoa, nuestra protagonista. Valeria es Licenciada en Enfermería y abogada, colega de la carrera de Enfermería en la Universidad Nacional de José Clemente Paz (UNPAZ en adelante), institución donde nosotras nos desempeñamos como docentes. Y desde la cual conformamos uno de los nodos integrantes del proyecto PISAC.¹ Sin embargo, no llegamos a conocerla en el ámbito universitario, sino que llegamos a ella en tanto coordinadora del área de Enfermería en el “Parque Sanitario Tecnópolis”. Este fue el mayor centro de aislamiento extra hospitalario armado en nuestro país para el COVID-19, instalado en tiempo record en lo que antes de la pandemia fuera una megaexposición gratuita de ciencia y tecnología, lo cual requirió el trabajo mancomunado de distintos órganos de gobierno, tanto nacionales como provinciales y municipales.

Después de definir que Valeria sería la protagonista de este artículo, tomamos conocimiento de que había sido reconocida con el premio “Dignidad” de la Asamblea Permanente por los Derechos Humanos (APDH) por su desempeño en Tecnópolis. De tal modo, lo que incluimos en el presente artículo se basa en entrevistas en profundidad y en la observación de la entrega de aquel premio, corpus al que fuimos agregando la consulta de distintas fuentes documentales.

Tomando el relato de vida de Valeria, proponemos acercarnos a los modos cotidianos en que se *hace estado* a través de sus agentes. Al centrarnos en quienes *hacen estado*, nos ubicamos en la esfera de las experiencias de aquellos y aquellas que se desempeñan en él o actúan en su nombre, constituyendo localmente en ese accionar al estado mismo. De este modo, nos situamos en el reciente campo de estudios en Argentina que se propone indagar las realidades concretas y heterogéneas de lo estatal (Adissi, 2014), discutiendo con aquellas tradiciones que producen conocimiento empírico sobre el mismo objeto pero partiendo de suponer cierto formato ideal del Estado. En lugar de asignarle fronteras y funciones predeterminadas, dando por resultado producciones de contenido normativo (Bohoslavsky y Soprano, 2010), un abordaje investigativo como el propuesto permite conocer lo estatal a partir de “explorar e ilustrar, en la trayectoria vital de una persona, los significados y prácticas culturales en las cuales se encuentra inserta” (Restrepo 2018, p. 87). De esta manera buscamos situarnos en uno de esos múltiples puntos donde se visualiza el carácter elusivo de las fronteras entre lo estatal y lo social a partir de las perspectivas y actividades de los agentes estatales (Perelmiter, 2012), para con ello contribuir al conocimiento de las maneras de *hacer estado* en los niveles subnacionales, escala aun escasamente abordada desde los estudios sociales del Estado en Argentina (Bohoslavsky y Soprano, 2010). Los relatos aquí

¹ El proyecto, de carácter federal, estuvo organizado alrededor de dieciseis nodos con asiento en una Universidad o Instituto de investigación.

transcriptos resultan del encuentro entre nuestras inquietudes y las respuestas que nos fue ofreciendo Valeria desde su repertorio de saberes, en el marco de entrevistas semi-estructuradas. Considerando el objetivo de abordar empíricamente el accionar concreto que se realiza en su nombre, los relatos de Valeria se vuelven un punto de mira —entre otros múltiples posibles— para conocer lo estatal en concreto.

La pluralidad de experiencias que fueron eslabonando su recorrido como enfermera, y los sentidos que ella asigna a su ejercicio profesional en el subsector público de salud, nos permiten conocer modos concretos de encarnar el estado. Cabe advertir, para el caso de Argentina, que tomar como escenario al subsector público de salud implica acercarnos a la atención en salud que tiene por destinatarios/as a los grupos socialmente más desfavorecidos, dado que son mayormente quienes carecen de obra social y, por tanto, de empleo registrado, y que no están tampoco en condiciones de afiliarse a una cobertura privada (Acuña y Chudnovsky, 2002). Esta característica se acentúa cuando nos situamos, como haremos, en el conurbano bonaerense, en contexto donde las cifras de pobreza acompañan la precariedad laboral, habitacional y de acceso a bienes y servicios básicos. Dar valor histórico a la vida de una enfermera que ejerce su profesión en este contexto implica un modo de acercamiento a formatos bajo los que las instituciones estatales se les presentan a las poblaciones en situación de vulnerabilidad.

El relato vital al que hacemos referencia, los diferentes roles que Valeria fue desempeñando como enfermera en el subsector público de salud nos acercan al “Estado desde dentro”, haciendo hincapié en “los márgenes de autonomía y heteronomía históricamente dados de los actores estatales en relación con otros actores y esferas de la vida social” (Bohoslavsky y Soprano, 2010: 21). De este modo, se constituyen en una entrada analítica divergente de aquella tradicional, eurocentrada, donde el Estado aparece escindido de la sociedad civil y reificado como “forma administrativa de organización política racionalizada que tiende a debilitarse o desarticularse a lo largo de sus márgenes territoriales y sociales” (Das y Poole 2008: 19). Pensar al estado desde los márgenes, “ofrece una perspectiva única para comprender al estado, no porque capture prácticas exóticas, sino porque sugiere que dichos márgenes son supuestos necesarios del estado, de la misma forma que la excepción es a la regla” (Das y Poole 2008: 20). Hablar del estado desde una unidad sanitaria del conurbano bonaerense, desde la actividad sindical en un hospital nacional o desde un centro de aislamiento extrahospitalario, nos permite acercarnos a modos singulares en que esa “presencia fantasmagórica o inevitable” del estado (Das y Poole 2008: 21) cobra forma en escenarios particulares, considerando que es en la cotidianidad de las agencias estatales —en los entornos microsociales y en las interacciones cara a cara— donde se dirime la productividad concreta del Estado (Lipsky, 2010).

Entendemos entonces al estado, siguiendo a Trouillot (2011), como un conjunto de procesos imposibles de ser totalmente encapsulados en instituciones con límites claros y previamente definidos. A su vez, entendemos que el estado se imagina a partir, entre otras cosas, de lo que se hace en nombre suyo, encarnando sus agencias (Gupta, 2015). Esas prácticas cotidianas tienen efectos en la vida diaria de las personas: entre ellos, el concebirlo de ciertas formas. También con el mismo autor nos interesa reflexionar como “es [que] a partir de la práctica de las instituciones locales [...] una institución translocal como el estado, llega a ser imaginada” (Gupta, 2015: 98). A partir de estas inquietudes, nos interesó recuperar los sentidos con que Valeria fue concibiendo sus inserciones en lo estatal, y las definiciones que fue tomando en consecuencia.

De reconocimientos y enfermería

Unas veinte mujeres suben al escenario “Yo soy, somos, mujeres de artes tomar”. Bailan, hacen sonidos. Cuando dejan el escenario, una presentadora saluda en nombre de la APDH, “bienvenidas a los premios dignidad”. Cuenta que la Asamblea Permanente por los Derechos Humanos los entrega desde 1995 a “mujeres y colectivos que se hayan destacado por sus aportes en el plano académico, técnico profesional, en la temática de la igualdad entre los géneros y en la lucha por

la plena vigencia de los derechos humanos". Lo cuenta enmarcada por un pañuelo verde, por un cartel que dice "30.000 compañeros desaparecidos, ¡presente!", y por otro en el que se lee "Red Internacional por la Libertad de Milagro Sala". Después de una presentación musical y de un video de la propia Milagro, la presentadora ubica al evento como parte de un "feminismo popular" y "no sectario". Dice hablar desde el "enfoque de la interseccionalidad de los derechos", de la lucha contra la discriminación. Nombra una lista larga de mujeres luchadoras y "ancestrales maravillosas", que comienzan por las heroínas de los procesos de emancipación en la época colonial y que al aludir al contexto nacional van desde Cecilia Grierson, Eva Perón y Alicia Moreau de Justo hasta Taty Almeida² y Dora Barrancos,³ ambas presentes en la sala.

La primera en recibir el premio, y la más joven de quienes serían premiadas, es Valeria Ochoa. La estatuilla la entrega Barrancos. Como parte de la ceremonia, se pasa un video que resume algunos aspectos de la vida de cada mujer premiada, mostrando qué la hace merecedora de tal distinción. Para el caso de Valeria, vemos fotos de su trayectoria como enfermera, mientras una voz en *off* comenta algunos hitos de su recorrido profesional. Se puede ver a Valeria con quien era ministro de salud de la provincia de Buenos Aires entre 2019 y 2021, y con quien ejerce ese cargo ahora. Valeria con el gobernador de la misma jurisdicción. Valeria con compañeros y compañeras, con personas de distinto tipo, siempre sonriendo, con o sin ambo, con muchos carteles armados a mano alzada que anuncian actividades o muestran consignas. Luego del video, llega el turno de agradecer el premio. Habla Valeria. Lee, luego de pedir perdón por los nervios. Se le escucha comentar que la misma Organización Mundial de la Salud en el 2020 ha descrito una serie de situaciones que colocan a la enfermería como una de las profesiones del sector salud de mayor vulnerabilidad: la escasez de enfermeras, los déficits de formación y de reconocimiento, el pluriempleo, la situación de desventaja y desvalorización al interior de los equipos de salud, que se agregan a las problemáticas comunes. Dice que en nuestro país estos déficits son históricos, y que esto se puso de manifiesto durante la pandemia, donde estuvieron en la primera línea de cuidados, en el frente de batalla contra el COVID-19. Habla de las mujeres en la profesión: son su mayoría, ya que históricamente fue concebido como un oficio femenino. Analiza: "entonces, cuando hablamos de desigualdades en enfermería, también estamos hablando de cuestiones de género". Además de los agradecimientos de orden personal, agradece a distintos espacios por los que transitó en los últimos años enfatizando "la alegría de haber estado allí", y a distintas personas por las que se sintió acompañada destacando que a partir de su paso por la enfermería descubrió que "el amor es revolucionario". Todas las personas que transitaron ese camino son, según expresa, "fueguitos revolucionarios", porque cuando les dijeron que "la patria es el otro", supieron distinguir dónde había que estar, concibiendo un estado que incluye, que sostiene.

Luego es el turno de Dora Barrancos. Se la escucha decir: "Valeria sintetiza toda esa tragedia que parece que muy tempranamente tendemos a olvidar: el brutal esfuerzo que hizo la gente de carne y hueso como Valeria". Y agrega: "Valeria está representando la memoria viva de una circunstancia trágica, que pudo haber sido aún mucho más trágica si no hubiera sido por la barerra formidable del esfuerzo, de la convicción, la enorme responsabilidad, hasta la extenuación, que gente como vos nos prestó".

El afiche, detrás del escenario, a través del cual se invitó al evento, describe en el caso de Valeria a una "luchadora por el derecho a la salud, responsable de la atención de la pandemia en Tecnópolis en el 2020". Pero cuando leen su biografía al presentarla, queda claro que Tecnópolis es un eslabón más de una cadena más larga. Una cadena que empieza en su interés por la salud, pero cuyo recorrido estuvo trazado a fuerza de contingencias. Y de amor, en palabras de Valeria. Este es el estado que ella imagina, y en nombre del que actúa.

² Activista por los Derechos Humanos, referente de las Madres de Plaza de Mayo Línea Fundadora.

³ Investigadora en Ciencias Sociales, referente de los estudios de género y la historia de las mujeres en Argentina y pionera en el estudio y divulgación de estas temáticas en el país y la región.

Los inicios de un amor

Valeria se sintió atraída desde chica por el mundo de la salud, y cierto ideario social la llevó a interpretar que la atraía la medicina. Viviendo en el conurbano, comenzó el Ciclo Básico Común para la carrera de medicina en la Universidad de Buenos Aires casi sin dudarlo. El viaje era largo. Durante el primer semestre de cursada, Valeria quedó embarazada. Atenta a su nueva realidad, decidió buscar una carrera más corta. Así se enteró de que en la misma facultad se dictaba la carrera de Enfermería, y allí fue, enterada además de la existencia de un título intermedio que habilitaba al ejercicio profesional. “Había idealizado un modelo, que solamente era como el médico ahí atendiendo a todos, o la médica en mi caso, y que en realidad, hay un montón de otras carreras claramente, pero [cuando empecé] yo me enamoré de la enfermería”, nos contó. Aquellos fueron los orígenes imprevistos de un amor que la acompañaría en adelante.

Pero a veces las historias no son lineales: Valeria tuvo que abandonar sus estudios porque había empezado a trabajar, y el tiempo no era suficiente para sostener la cursada en las mismas condiciones. Un trabajo peculiar: el Ejército Argentino, “era lo que tenía disponible digamos, generalmente en los sectores populares, mucha gente que no consigue trabajo termina incorporándose a la Fuerza por una cuestión laboral” -Valeria parecía disculparse al contárnoslo, aun cuando su relato nos llegaba antes de verla en un escenario en que se denunciarían los crímenes de la última dictadura militar en Argentina. Pero el interés ya se había despertado, y en base a aquel Valeria logró saber que existía un convenio entre el Ejército y una universidad privada para que quienes trabajaban allí pudieran cursar con cierta flexibilidad horaria. Tras averiguarlo y sin dudar, decidió retomar la carrera de Enfermería. Mientras tanto, su hijo seguía creciendo, y se dio cuenta de que no podía con todo. Ya sabía qué elegir: se dio de baja en el Ejército. Le permitieron continuar con la misma modalidad de cursada hasta recibirse de licenciada.

Estudiando enfermería, Valeria se topó con una de las grandes estructuraciones del sistema de salud en Argentina: su carácter tripartito. En el subsector público de salud no era posible trabajar hasta tanto no contar con matrícula, y para eso era necesario tener el título. Algo que solía demorar más de un año y medio luego de recibirse. En este marco, Valeria se incorporó al subsector privado. Como resulta frecuente para quienes habitan en el conurbano, dada la distribución desigual de establecimientos de salud en el espacio, consiguió un empleo en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA).

Disfrutaba de su actividad, pero las dos horas de viaje que separaban a su casa de su lugar de trabajo volvían desafiante sostener sus rutinas. Valeria tomaba el primer tren a las cuatro y cinco de la mañana porque entraba a trabajar a las seis; salía a la una del mediodía y a las tres debía estar ya en la puerta de la escuela para buscar a su hijo, que salía del jardín de infantes. Cuando su hijo comenzó la escuela primaria, las rutinas tambalearon. Sin embargo, como los salarios eran mayores en la CABA que en Moreno, donde ella vivía, siguió sosteniéndolas como pudo, mientras averiguaba por posibles alternativas. Hasta que apareció la oportunidad que necesitaba.

De programas y estado

El Programa Médicos Comunitarios (PMC) fue creado en septiembre del 2004 desde el Ministerio de Salud de la Nación, en el marco de una serie de acuerdos federales, con el objeto de fortalecer el primer nivel de atención⁴ del subsector público en todo el país.

Pese a su nombre, el PMC proveía “becas” a distintos profesionales de salud, no sólo mé-

⁴ En términos sanitarios, se denomina “primer nivel de atención” a aquel conformado por establecimientos descentralizados y de baja complejidad tecnológica que, dada su cercanía geográfica a los lugares donde las personas habitan o desarrollan sus actividades cotidianas, lo vuelven más accesible y por tanto más oportuno para llevar adelante tareas extramurales de promoción de la salud, prevención de enfermedades, detección temprana o seguimiento domiciliario, así como para trabajar de manera interprofesional en una atención personalizada de grupos familiares.

dicos, entre los que se encontraban, además de psicólogos, obstétricas y nutricionistas, licenciados en Enfermería. Dichas becas representaban una retribución laboral por la capacitación en servicio, promoviendo a través de ellas la inserción de profesionales en centros de salud y unidades sanitarias tanto como el diseño y la ejecución de actividades comunitarias, con foco en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la asistencia en problemáticas prevalentes de manera cercana y accesible —para lo cual eran específicamente capacitados. Con la particularidad que, a diferencia de lo que sucede en el área de salud a nivel provincial y municipal con las contrataciones, las becas estipulaban un mismo monto para todos los profesionales, sea cual fuera su título de base. Esto implicaba una diferencia bastante importante para el caso particular de la enfermería, que por su escaso reconocimiento profesional suele contar con remuneraciones inferiores a las del resto de los integrantes de equipos de salud, aun cuando la titulación sea análoga (es decir, una licenciatura).

Cinco años después de que el programa se pusiera en marcha, Valeria se encontró con esta oportunidad de inserción que, además de permitirle estar cerca de su casa, le posibilitaba sostener su nivel de ingresos. Porque en comparación con el nivel medio de salarios para enfermería en Moreno, el PMC ofrecía una remuneración considerable. Claro que el hecho de tratarse de una beca ponía en tensión los derechos laborales, pero la prioridad era equiparar los ingresos estando cerca de su hijo. Así fue que cuando Valeria supo de la existencia de vacantes para el PMC en su municipio, no dudó en presentar su currículum, su título de licenciada y —ahora sí— su matrícula. Valeria nos confesó: “cuando me vine a trabajar a Moreno, me vine muy afligida porque no sabía si me iba a gustar o no sabía si iba a ser buena para esto. Para recuperación [de pacientes], sí, me encantaba, y aprendí todo, muy rápido porque me gustaba mucho hacerlo. Y bueno, no estaba muy convencida, pero me convencían otras cosas. Laburar, no tener que viajar cuatro horas, ya era un montón, poder llevar a mi hijo a la escuela. Así que me vine a trabajar a Moreno”. Una vez más, el amor la tomaría por sorpresa.

Si bien el PMC proponía una formación en servicio, tal como sucede con el sistema de residencias y concurrencias en salud, con frecuencia aparecía ante los profesionales como una opción de inserción laboral, independiente de la intención formativa, debido a la remuneración ofrecida. En este sentido, nos aclaró Valeria, desde su perspectiva actual como docente:

Tampoco durante mi formación tuve una aproximación con el campo de la salud pública, digamos, más que la materia de *salud pública* que existía en ese momento. Es súper distinto la formación de hoy, los estudiantes y las estudiantes, tienen un abanico de posibilidades, cuando vos salís a trabajar son otras herramientas que te brinda por lo menos la universidad. Antes vos te recibías, y como tu único mundo para ir a trabajar era un hospital, digamos no te imaginabas trabajando en otro lado.

Valeria fue destinada inicialmente a una unidad sanitaria alejada de su casa, pero al mes logró un traslado hacia aquella en que, años más tarde, conseguiría ocupar el cargo de directora. Era la “saliita” de un barrio lindero al suyo, llamada formalmente Unidad Sanitaria “Ramón Carrillo” del barrio Bongiovanni, y bautizada informalmente como *Bongio*. En Moreno, en *Bongio*, la perspectiva comunitaria parecía algo que se respiraba a diario. Valeria la fue adquiriendo por rutina, aún antes de que comenzara la capacitación formal en el tema, transcurridos dos años de su ingreso: “En la dinámica vas incorporando todos los días algo nuevo, chusmeas, mirás, qué hacen acá, qué hacen allá. Cuando te querés dar cuenta, ya sos uno más”. Pero no era una más a secas, sino que además, era enfermera. Habían pasado sólo algunos meses, y ya se estaba capacitando en el programa ampliado de inmunizaciones, dado que la vacunación es la práctica más arquetípica de esta profesión en el primer nivel de atención. Los enfermeros del centro de salud, con cargos municipales, no la miraban con buenos ojos: ella ganaba el doble que ellos.

Con el correr del tiempo, Valeria fue ocupando una posición propia, apropiándose de ese espacio. Ante otros profesionales del PMC que habían ingresado atraídos más por el salario que por las actividades comunitarias, ella fue asumiendo cada vez con más gusto la planificación y ejecución de las acciones barriales, en territorio. Ante el conjunto de profesionales del PMC, iría

siendo quien más horas pasaba en la unidad sanitaria, puesto que al deteriorarse el salario ofrecido por aquel Plan con el correr del tiempo, y por tanto disminuirse la diferencia para con los cargos municipales, los demás habían ido disminuyendo su carga horaria. Como el ingreso en enfermería era menor en relación, no eran comunes los acuerdos informales que habilitaban reducir la cantidad de horas semanales en ejercicio para el personal de esta área. Poco a poco, Valeria fue asumiendo las tareas de los dos enfermeros que estaban previamente en la salita debido a una serie de contingencias:

en principio eran, como muy celosos de esto. “No, vos sos la comunitaria, andá al barrio”, digamos, como “acá [en la unidad sanitaria] nada que ver”. Después fue sucediendo, que bueno, uno de mis compañeros se enfermó, a otro de mis compañeros lo terminan pasando de unidad sanitaria, y no me quedó como otra alternativa de hacerme cargo de- hasta que llegó otra de mis compañeras, de toda la atención, no solo la comunitaria que había que seguir sosteniéndola, sino también, la que tiene que ver con la propia dinámica en la sala, en la unidad.

La historia de Valeria en *Bongio* muestra la imbricación de una política de escala nacional como el PMC con otras de nivel municipal. Porque el municipio en que Valeria vivía, y en el que quiso trabajar para estar más cerca de su hijo, venía teniendo —ya desde hacía algún tiempo— una orientación sanitaria que priorizaba al primer nivel de atención, identificándolo como espacio apropiado para el despliegue de equipos interprofesionales en el territorio, desde una perspectiva de salud integral que articulara la atención individual a demanda, con un abordaje familiar y comunitario en promoción de la salud y prevención de las enfermedades. “Moreno tiene la complejidad de que somos casi 800 mil habitantes, si no me equivoco, y tenemos un solo hospital, más allá de la UPA [Unidad de Pronta Atención] que está en Cuartel Quinto. Entonces, claramente, el sistema de salud se sostiene por las unidades sanitarias”. Como contrapartida del fortalecimiento del primer nivel de atención y una perspectiva integral de la estrategia de atención primaria de la salud (APS), Valeria presenta a Moreno como uno de los pocos municipios en que las jefaturas de centros de salud, tanto como el cargo de responsable municipal del ejecutivo en salud (secretario/a de salud) pueden ser ocupados por profesionales no médicos.

En las rutinas en *Bongio* las distintas escalas de las políticas públicas se hacían presentes de diversas formas. Una de ellas, mediante la disponibilidad de insumos. Cuando Valeria ingresó, estaba vigente el Plan Nacer: una política pública nacional a través de la cual se buscó desarrollar los sistemas de información en salud al brindar financiamiento por prestaciones y al mismo tiempo tomar por objeto un aspecto de las “metas del milenio”,⁵ focalizando lo relativo al binomio madre-hijo en las poblaciones en condiciones de vulnerabilidad, dado que allí se verifican los peores indicadores de morbi-mortalidad. En distintas ocasiones este Plan se ha definido a sí mismo como una política orientada hacia la reducción de las tasas de mortalidad y morbilidad materno-infantil bajo un esquema innovador de pago por desempeño. El Plan Nacer comenzó de manera focalizada, en el año 2004, en las regiones noreste y noroeste del país, y cuatro años más tarde se expandió a las provincias restantes y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, instalándose como política pública a lo largo de todo el territorio nacional. De este modo, el Plan Nacer promovía el registro y contabilización de prestaciones brindadas a lo largo de distintas categorías de actividades consideradas prioritarias, orientadas a la atención materno infantil en términos amplios, y remitía a los centros de salud una suma prefijada monetaria relativa a cada actividad como modo de generar incentivo. Con ese dinero era posible realizar una serie de compras en rubros predefinidos, vinculados a su vez al mejoramiento de las condiciones en que se realizaban aquellas acciones. Ese plan permitía ir:

comprando muchas cosas [como por ejemplo] las balanzas, el pedímetro, [ya que] el Plan Nacer es un programa que te pagan por ciertas prácticas, y había en su momento, que eso

⁵ Refiere a los ocho “Objetivos de Desarrollo del Milenio”, establecidos por la Organización de Naciones Unidas en aras de alcanzar la erradicación de la pobreza a nivel mundial en 2015, operacionalizada bajo una serie de indicadores entre los que se encuentra la morbimortalidad materno-infantil.

también cambió, un fondo que iba para cada unidad sanitaria, entonces, vos, dos veces al año te mandaban un listado de cosas que podías comprar con ese dinero que te había girado Nación, digamos, para comprar ciertas cosas. Comprábamos, no insumos, sino recursos materiales, comprábamos camillas, balanzas, aire acondicionado, muchas cosas, porque era una unidad sanitaria que tenía muchas prestaciones, y también teníamos muchos talleres que eso, también, se paga muy bien. Nosotros teníamos como muy fuerte anclaje en el territorio, y además teníamos, hacíamos talleres adentro de las unidades sanitarias siempre talleres interdisciplinares.

Volvamos a Valeria. La capacitación formal del PMC la recibió entre el 2011 y el 2013 en la Universidad de Luján. La inserción en el PMC implicó el tejido de redes interprofesionales que trascendían la escala municipal: quien fuera su tutor en aquella capacitación se desempeña, al momento de escribir este artículo, como jefe de región sanitaria, y es con quien Valeria se encuentra trabajando. Pero cuando aún esto no había sucedido, al finalizar su capacitación, Valeria de repente definió un volantazo: dejó el primer nivel de atención y lo comunitario para regresar al ámbito de internación hospitalaria. Esta vez, en uno de los pocos hospitales nacionales que, tras la descentralización sanitaria de la década 1990, quedaban en el país.

Deseos pendientes

Una vez obtenida su titulación, en el año 2013, Valeria percibió algo pendiente en relación con todo lo que le atraía de la enfermería, un vacío que indicaba un tipo de prácticas que le habían estado faltando aquellos años. “Empecé a extrañar fuertemente, tenía ganas de volver a hacer asistencial, con un paciente internado, porque venía haciendo hace varios años comunitaria”. La oportunidad se presentó a través de una conocida de su padre, que siendo parte activa del sindicato en el Hospital Posadas, había tomado conocimiento de una búsqueda en enfermería. Esta vez sí Valeria dudó, porque la búsqueda era para el sector de pediatría, un área en la que prefería no desempeñarse. Finalmente acudió a una entrevista por el puesto y eligió comentar que había trabajado en recuperación cardiovascular. Para su fortuna, también se necesitaba en la Unidad Coronaria personal de enfermería, y allí entró a trabajar un tiempo, para luego, producto de circunstancias ligadas a su paso por el sindicato, ser destinada a la Unidad de Terapia Intensiva.

Como su primer contacto fue a través de alguien del sindicato, había resultado casi natural que Valeria se acercara espontáneamente a aquel espacio. También, comenzar a participar en él. Por otra parte, siempre inquieta, Valeria había empezado a estudiar Derecho en la UNPAZ, y había comenzado a leer con mucha curiosidad los convenios colectivos de trabajo. Inmersa en aquella tarea, había encontrado que al personal de enfermería le correspondían por norma una serie de derechos que en la práctica no gozaba. Así por ejemplo encontró que el término “jornada laboral”, que para profesionales con sistema de guardia implica una jornada completa, era aplicado a quienes trabajaban con régimen de doce horas por turno como el equivalente a medio día de trabajo. Valeria comenzó a discutir con las autoridades, sosteniendo firme su postura acerca de qué consideraba justo. Así se dio a conocer en el hospital; desde el sindicato esto fue reconocido bajo el rótulo de “delegada colaboradora”. Dos años más tarde resultó elegida como secretaria gremial. Nunca sabría si para bien o para mal: si bien buscaron disciplinarla de varias formas, al mismo tiempo aquello parece haber impedido que recibiera tanto maltrato como otros/as colegas. El cambio de orientación en el Posadas fue público y notorio. El hospital estuvo durante meses cercado por fuerzas de seguridad públicas, y sus trabajadores fueron noticia de múltiples medios de comunicación.

En el mismo año en que comenzó a ocupar una posición relevante en el sindicato, cambió la gestión del ejecutivo en el estado nacional. Todo lo conseguido hasta el momento, en palabras de Valeria, “volvió a foja cero”. Pero lejos de borrarse el pasado, distintos medios de comunicación fueron mostrando cómo en el hospital las fuerzas de seguridad volvían a ser una presencia cotidiana. Esto ya había sucedido anteriormente: durante la última dictadura militar en el país

(1976-1983), este hospital había sido ocupado militarmente, y convertido en un centro clandestino de detención, tortura y exterminio donde se mantenían personas cautivas ilegalmente, en condición de desaparecidas, mientras en paralelo se continuaba con la actividad asistencial. Pero en la trayectoria de Valeria, el nuevo ingreso de las fuerzas de seguridad al establecimiento representó un punto de quiebre:

ahí arranca... la pesadilla, (...) si hubo un lugar de disciplinamiento con los trabajadores y trabajadoras, fue en el hospital Posadas, digamos, definitivamente, y fueron cuatro años muy duros, dos que fui secretaria gremial, y que claramente, después, no me renovaron, y me dejaron como asesora técnica de convenios colectivos, y después, un tercer mandato en 2019.

Valeria nos contaba que la violencia institucional estaba, por aquellos años, a la orden del día. En su caso particular, la represalia que buscaron aplicarle fue que trabajara en sectores que no eran de su agrado. Pediatría, primero. Cuidados paliativos, después. Valeria sabía que no se trataba de gustos personales sino de capacidades, y que así como se reconocen las especialidades médicas, quien trabaja en enfermería no está formado para realizar de manera genérica cualquier tipo de cuidado. Además, claro, del aspecto emocional que se pone en juego en una tarea profesional de cuidado intersubjetivo. En consecuencia, fue denunciando aquellos intentos de trasladarla de sector como negligentes en términos de responsabilidad ante los usuarios del sistema de salud. Y en su caso particular, logró evitarlos (lo cual implícitamente habla de lo que sucede en otros casos):

Fueron años muy duros para los trabajadores, digo, hay como todo un simbolismo ¿No? De disciplinamiento en un lugar que claramente es un lugar de militancia (...) Y en 2019 renuncié, en el tercer mandato, todo el mundo me decía 'estás loca, ahora que volvemos vas a renunciar'. Pero estuve muy quemada, de verdad, (...) la pase muy mal, fueron cuatro años que la pasé muy mal. (...) Fue una decisión por mi salud mental, y fisiológica inclusiva, terminé con dos nódulos en la tiroides, un estrés que se me caía todo el pelo, fue como muy terrible, muy, muy oscuro.⁶

La oscuridad de aquella época parece haber permanecido como un agujero negro en su biografía: cuando comentan quién es Valeria en la entrega de los premios Dignidad, el Posadas no aparece mencionado en ningún momento.

Regresar al amor

Habían pasado cuatro años sin *Bongio* y el tiempo se le hacía largo. Esta vez había comenzado a extrañar lo comunitario. Pero el decantar de su experiencia le fue indicando que no quería regresar si no era en un lugar de gestión. Porque Valeria ya sentía que la experiencia adquirida era suficiente como para que le resultara intolerable el escaso reconocimiento hacia la profesión que encarnaba: "hay cosas que, cuando vos haces asistencia, no tenés la misma voz si sos enfermera. Por ahí si tenés otra profesión, sí". Siendo que en el Municipio de Moreno, a diferencia de lo que sucede en buena parte de las jurisdicciones, es habitual que quienes ocupan cargos de gestión en salud no provengan de la profesión médica, aquel deseo se correspondía con las posibilidades concretas. De hecho, una amiga de Valeria, Licenciada en Nutrición y jefa de la Unidad Sanitaria del barrio en que ella vive, le venía insistiendo con que así lo hiciera.

No fue tan simple lograrlo, porque si bien cuando volvió a contactarse con la Secretaría de Salud del Municipio la recibieron con alegría y le ofrecieron una jefatura, quisieron destinarla a otra unidad sanitaria. Pese a ello Valeria, con su insistencia, logró que desestimen a quien estaba por ocupar el puesto vacante en *Bongiovani*, asumiendo finalmente como directora. Durante los dos años siguientes, su vida laboral incluyó la experiencia de ser la voz autorizada, representante de un centro de salud, como las tensiones políticas en el Hospital Posadas. Este repertorio, diver-

⁶ La referencia al haber "vuelto" alude al regreso del peronismo/kirchnerismo al ejecutivo nacional, bajo la nueva fórmula del "Frente de Todos".

so, la enfrentó con universos que por momentos parecían correr en paralelo, sin cruzarse.

Yo sé que hay cosas que se están revirtiendo, pero bueno, queda como mucho salto, y mucha gente que viene como muy lastimada de muchos años de trayectoria, que sigue muy desencantada, que por más que vos le digas "no, bueno: pero ahora los enfermeros ocupamos cargos en la gestión, podemos tomar decisiones...", al interior de los hospitales a los compañeros les pasan otras cosas, digamos. O sea, no todos trabajan en Moreno, y no todos tuvieron la suerte que tuviste vos, digamos. ¿no?.

Sin embargo, no todo era discontinuidad. Las políticas públicas habían cambiado en la órbita nacional en general, no sólo en lo atinente al Posadas. El cambio de signo político había llevado a la revisión del Plan SUMAR, asociado con el gobierno saliente, si bien buena parte de sus principios se mantendrían bajo el rótulo de "Cobertura Universal en Salud" (CUS). Entre las modificaciones, el dinero devengado en concepto de retribución a las acciones de salud era girado a las contrapartes municipales en lugar de llegar directamente a cada establecimiento de primer nivel de atención. En el marco del desfinanciamiento de otro Plan nacional que había resultado tal vez incluso más emblemático de la gestión anterior, el denominado "Plan Remediario". A través de este último se enviaban botiquines con medicamentos gratuitos a los centros de primer nivel de atención. Al revisar la logística, distribución y vademécum del Plan, el gobierno nacional instalado en diciembre del 2015 provocó la discontinuidad de los envíos. Ante esta situación, el dinero del anterior Plan Nacer (luego devenido SUMAR al incorporar nuevos sectores poblacionales, y posteriormente incluido bajo el CUS) fue utilizado en gran parte para financiar la compra de medicamentos.

Aquel nuevo contexto instaló la necesidad de decirle a los usuarios que ya no se contaba con la medicación que necesitaban. Por ejemplo, para el caso de medicación crónica "decirle a esa persona no te puedo dar un insumo tan básico para sostener tu vida es horrible". Personas con diabetes, con hipertensión, insulinodependientes, acercándose al centro de la salud como lo venían haciendo, pero esta vez yéndose con las manos vacías —tal el panorama que Valeria encontró como directora. Lo cual no hizo que bajara los brazos ni que se desalentara; por fortuna, porque pocos más años más tarde lo que iba a tener que enfrentar como autoridad sería la pandemia vertiginosa de una enfermedad desconocida hasta entonces.

Regresar en otro rol en este contexto no le permitía discernir del todo cuáles de las situaciones que se presentaban eran propias de la nueva política, y cuáles del nuevo puesto. Como directora "me tocó que se quemaba la lamparita, y bueno no teníamos caja chica, entonces, yo tenía que comprar lamparita, se me rompía la cerradura de la unidad sanitaria, la puerta de la unidad sanitaria, y yo iba a comprar la cerradura de la unidad sanitaria: esas cosas". Si bien insistió en que recursos no le faltaban, nos contó también que, mientras años atrás existían móviles a disposición de quienes hacían trabajo comunitario, cuando ella fue jefa era preciso que tuviera un auto, que lo llevara al centro de salud, y que lo pusiera "a disposición de cargar cosas". "Los trabajadores del estado estamos como un poco acostumbrados a trabajar... atarlo con alambre" —sentenció en ese sentido Valeria.

Valeria seguía ocupando el rol de jefa en marzo del 2020, el mes que quedará en la historia como aquel donde el mundo repentinamente se vio inmerso en una situación tan global como inédita: la pandemia por COVID-19. Si bien en aquel momento había cambiado nuevamente la gestión nacional —aunque recién hacía pocos meses— y no hubo falta de insumos, la reorganización total de la asistencia en poco tiempo generó la necesidad de responder desde lo local por asuntos que atañían a distintos niveles de gobierno. Tal fue el caso, por ejemplo, de la vacunación antigripal que, a pesar de que no tenía una relación directa con la evitación del Covid-19, recibió una demanda insospechada por parte de la población general: "estaba todo el mundo enloquecido que quería la vacuna antigripal, gente que no se había vacunado nunca en su vida, ni con la antitetánica, pedía la vacuna antigripal (...) Vacunamos con dosis que teníamos remanentes: teníamos que esperar que provincia nos mande las dosis nuevas y ahí se empezó a escalaronar, digamos, no era abierto como generalmente es, sino que era como muy riguroso —si estabas embarazada, si estás amamantando, si tenías una patología de riesgo, si eras mayor de 60 años (...) Me acuerdo de salir a poner la cara un día a un hombre diabético enfurecido porque no le querían dar la

vacuna, porque todavía no habían liberado el grupo de factores de riesgo, sino que estaba liberado hasta los 60 años y el señor no tenía 60 años (...) gritándole al administrativo, a la promotora, así súper sacado, nosotras salimos a explicarle que no era la unidad sanitaria, sino que era cuestión de una política pública que la determinaba el Ministerio, a quienes se vacunaba. (...) Y yo tenía la vacuna para vacunarlo (...) la tenía en la heladera, pero todavía no podía porque encima ahora se carga todo en el sistema, entonces tampoco podés cargarlo porque no te permite, te dice no, no estaba aprobado como las del COVID, no está aprobado ese grupo todavía para que se cargue su turno.

El amor a la docencia

Mientras se había ido gestando su fascinación con lo comunitario, Valeria había conocido otros roles que también le produjeron embelesamiento. Una vez más, el resorte inicial que la había lanzando a la búsqueda fue la necesidad de compensar el nivel escaso de su salario. No se trataba de algo meramente personal: en términos del sector de enfermería, compensar salarios insuficientes a través del pluriempleo es una constante, una propiedad estructural de la profesión en nuestro país (Aspiazu, 2017). Valeria se había recibido como Licenciada en una institución privada del Municipio de Merlo, a través de aquel convenio entre la Universidad Maimónides y el Ejército Argentino. En ese momento, lo que impulsaba a la territorialización de acciones educativas era más el afán de ganancia que una perspectiva democratizadora, por lo que el acceso estaba más facilitado en el sector privado que en el público. Aquella universidad, sita en el centro de la CABA, había gestionado convenios con distintas instituciones del conurbano. Para el caso de Merlo, la sede era una escuela de formación de auxiliares en Enfermería. En ella trabajaba quien luego sería su director de tesis. Fue él quien se contactó con Valeria, años más tarde, ofreciéndole trabajo en esa institución. “Fue otra de las cosas que dije bueno, sí, lo hago porque necesito agarrar un peso en este momento y me enamoré, y acá estamos”.

Descubrirse como docente la llevó a su vez a buscar nuevos destinos. En el 2013 comenzó a dar clases en el Programa Provincial de desarrollo integral de Enfermería “Eva Perón”, creado cuatro años antes con la misión de cubrir el déficit de enfermeros en los hospitales provinciales capacitando como técnicos superiores principalmente a quienes se desempeñaban anteriormente como auxiliares mediante el otorgamiento de becas de estudio. Este Programa buscó coordinar desde las regiones sanitarias de la provincia de Buenos Aires la formación en Enfermería, articulando las escuelas hospitalarias de Enfermería y formando capital humano al que a su vez se le ofrecía inserción laboral posterior, porque al recibirse podían incorporarse como trabajadores estables en el mismo centro asistencial en que habían realizado sus prácticas. Dada la articulación de escalas de gobierno, no resulta sorprendente que quienes estuvieron involucrados desde la gestión municipal coincidieran con quienes fueron contraparte local del PMC, y fue así que Valeria recibió la propuesta de ser instructora de prácticas del “Eva Perón” en el Municipio de Moreno. Esta nueva política pública provincial que eslabonaba su trayectoria la instaló en las vicisitudes del nivel local de gestión: con el cambio de signo político de quien gobernaba la provincia el programa cerró sus inscripciones, funcionando únicamente hasta el egreso de quienes ya se encontraban allí cursando. A fines del 2016, la finalización de este empleo la llevó a averiguar por otras oportunidades para ejercer la docencia.

Valeria empezaba a pensar en posibles alternativas cuando su cuñada, en aquel entonces trabajadora no-docente de la UNPAZ, le propuso acercar su curriculum vitae a la Carrera de Enfermería. Así lo hizo, sin demasiadas esperanzas. Al poco tiempo recibió un llamado: era la directora de la Carrera de ese momento, preguntándole si le interesaría tomar a su cargo la coordinación del campo práctico en el Municipio de San Miguel, y convocándola a una entrevista.

Pero aquella carrera se encontraba en pleno giro copernicano. Estaba modificándose el Plan de Estudios, y como parte de la disputa que se dio entre quienes fueron designados para diseñar la nueva propuesta curricular, adaptada a los lineamientos del Ministerio de Educación de la Nación, y quienes defendían el Plan anterior principalmente por estar a él acostumbrados y gozar

de ciertos derechos adquiridos, la orientación de la carrera fue revisada y con ella, fue reemplazada su autoridad máxima.

El nuevo director de carrera asumió su rol con un estado de situación algo caótico, y al convocar a una reunión, Valeria fue llamada como integrante del cuerpo docente. Rápidamente puso al corriente al nuevo director de aquella confusión, y casi en el mismo movimiento, al tomar conocimiento del conflicto, tomó partido por el nuevo plan. Alineada con la renovación de la carrera, tomó el cargo que le habían ofrecido inicialmente y agregó también una designación en la materia “Deontología, salud, y derechos humanos”, correspondiente al primer ciclo de la carrera (aquel que habilita a la obtención del título intermedio como Enfermero universitario).

¿Qué habrá enamorado a Valeria del nuevo plan? ¿Su orientación hacia lo comunitario y hacia el primer nivel de atención? ¿El perfil ampliado que incluye no sólo lo asistencial sino también a la gestión, la docencia y la investigación como tareas conectadas con lo profesional? Tal vez no haya sido más que una intuición inicial. Lo cierto es que en la entrega de premios Valeria hablaría con orgullo de aquella “universidad en territorio plebeyo” que busca contradecir el destino que suele asignárseles a quienes, como ella, habitan el conurbano: ser pobres, no acceder a la educación superior, y conformarse.

La sorpresa de un nuevo amor

Si pudo haber un evento inesperado en la vida de cualquier enfermero/a posiblemente en todo el mundo, este fue la pandemia por COVID-19. Valeria, como jefa del *Bongio*, lo supo inmediatamente.

Pero tal vez para Valeria la sorpresa haya sido mayor que para otros/as colegas, porque vino de la mano con un ofrecimiento inesperado. A unos meses de iniciada la pandemia, Valeria recibió el llamado del director de la carrera de Enfermería de UNPAZ, quien le habló por primera vez de algo llamado “Parque Sanitario Tecnópolis”. Un proyecto ambicioso, que buscó construir en pocos meses el centro de aislamiento extra hospitalario más grande de la región, para alojar a quienes por diferentes circunstancias no pudieran recluirse en sus hogares, siguiendo las normas sanitarias de aquel momento para casos confirmados y sospechosos. Valeria, volviéndose a enamorar, respondió “si es donde la patria me necesita, voy”. En aquellos días, priorizar las necesidades de la patria implicó no ser del todo franca con sus seres queridos, preocupados ante la posibilidad de que Valeria se abocara a trabajar con quienes estaban cursando el COVID.

Valeria ingresó a Tecnópolis como coordinadora de Enfermería, y esto le permitió la creatividad de armar un espacio desde el principio, y de poder hacerlo por tanto siguiendo su repertorio de saberes acerca de la salud, del cuidado y del rol de la enfermería. “La verdad que todo, o sea, pensar en un dispositivo hospitalario, pero con una mirada social me encantó, como esa vuelta de rosca que todos le queremos dar a la salud, pero no podemos...toda la cuestión de la educación, de la promoción de la salud, de la recreación, de la contención social, todo como en un mismo lugar, era como lo que siempre queremos para todo nuestro sistema de salud ahí”.

Tecnópolis inicialmente fue, para la vida de Valeria, uno de sus cuatro empleos, al que debía conciliar con los restantes en función de dar lugar tanto a lo fascinante como a lo sustentable:

En Tecnópolis (...) lo que hacía era: iba, por ejemplo, martes y jueves, al principio los días que iba a la *uni*, como estábamos en virtualidad, la virtualidad la hacíamos desde ahí, yo la hacía desde Tecno, me conectaba, porque teníamos Wi-Fi y demás, yo tenía una oficina en ese momento, entonces podía estar ahí como haciendo doble rol, y después miércoles... lunes, miércoles y viernes iba por la tarde y también bueno, iba los sábados, iba los domingos, iba a la noche, tenía la posibilidad de que, como está abierta las 24 horas, yo podía ir como manejando esos horarios y si un día estaba complicada con algo, iba más tarde, igual generalmente pasaba porque me gustaba ver a todos los turnos, charlar con los enfermeros para ver que se podía mejorar, íbamos viendo que funciona bien, que no, digo, sí hubo mucho... algo que me dio... que funcionó muy bien o que funcionó todo el tiempo fue mediar la palabra ¿No? Con los equipos, digo, todos veníamos de otros laburos, por lo cual

veníamos... estábamos cansados y demás y estaba bueno juntarnos a charlar un rato, como para preguntarnos por lo menos como estábamos y eso me gustaba a mí, pasar y visitar a los equipos y demás".

Tecnópolis pudo ser un empleo más, entre otros, en la vida de Valeria. Sin embargo, terminó siendo aquél espacio donde pudo poner en práctica lo que había aprendido antes: "fue una de las mejores experiencias, porque abre una puerta a pensar que otro modelo de salud es posible, no centrado en la enfermedad, porque estas personas si estaban enfermas pero, todo el abordaje que se hacía no era solo de la enfermedad". Una concepción integral de la salud, que contemple no sólo la asistencia sino también la promoción y la prevención, y una mirada atenta a las necesidades subjetivas de las personas además de a sus necesidades fisiológicas u orgánicas, plasmada en el subsector público de salud.

También, una vez más, Tecnópolis convocó al repertorio de saberes aprendidos al actuar *qua* estado: oficiar como garante de la constancia con que se presenta aquello que se ofrece. Porque, como Valeria ya sabía, las instituciones estatales tienen tiempos administrativos que muchas veces se desacoplan de las necesidades (con frecuencia, urgentes) de las personas:

cuando contratamos a las personas dijimos "no, acá van a venir todos sanos, no van a tener ninguna patología" y un día llegó un diabético y al otro día metieron, un paciente HIV y al otro día... y así ¿No? Entonces era "bueno, pero frente a eso, un diabético, no tenemos para controlar, no tenemos hemogluco", bueno, era salir a conseguir nosotros... le decíamos "la distribución de la riqueza" (...) trayéndonos cosas de otros lugares, porque hasta que el Ministerio te mandaba, digo, todo eso tardaba un tiempo y vos necesitabas resolverlo ya, tenías un paciente que era diabético, tenías que controlarle la glucemia.

Valeria nos insistió en que consideraba que, si bien Tecnópolis fue una propuesta que contó con apoyo de distintos entes estatales, y donde nunca hubo que enfrentar una escasez presupuestaria, no hubiera logrado ser lo que era si los trabajadores que encarnaban el Parque Sanitario día a día no hubieran puesto a disposición sus ideas, sus ganas, su cuerpo, para que todo funcione del mejor modo posible:

los trabajadores y las trabajadoras se pusieron al hombro el dispositivo y cada uno sentía como que era su cuota de responsabilidad en la pandemia, como profesionales algunos y otros como compañeros y militantes, digo, porque también tenías el enfermero que iba a laburar por el sueldo y también tenías compañeros y compañeras que eran militantes y eso formaba parte de su militancia, sabían que tenía que salir bien, digo, a como dé lugar y en eso, la verdad es que todo el mundo como que lo tuvo súper claro. Por eso siempre digo, si las cosas funcionan bien, funcionan bien porque las bases hacen que funcionen bien.

Otra de las definiciones que el espacio habilitó, y a través de la cual se actualizaron saberes previos de Valeria, fue en lo relativo al reconocimiento profesional. Porque un rasgo distintivo del Parque Sanitario fue el equipamiento entre médicos/as y enfermeros/as, tanto en términos de salarios, de acceso a recursos y equipamiento —desde una perspectiva de derechos laborales— así como en lo relativo a la toma de decisiones. Esto, que para Valeria representaba una continuidad de las mejores experiencias que había ido coleccionando en sus años profesionales, y una discusión con sus malos recuerdos, para otros profesionales —tanto enfermeros/as como no enfermeros/as— resultó una completa novedad:

el último mes nos dedicamos a hacer cierres de charlas de reflexión, de que había salido bien, de que salió mal, y todo el mundo, o sea, te decían que la experiencia que habían tenido en Tecnópolis no la habían tenido en ningún otro lugar, y el reconocimiento además de los compañeros y compañeras enfermeras, que los licenciados cobran lo mismo que los médicos: todos los licenciados cobraban lo mismo que los médicos. Y además, los enfermeros de turno noche tenían camas para dormir, y eso no es un detalle menor porque a mí cuando yo lo dije me dicen "¿Y cómo duermen los enfermeros en el hospital?", bueno, primero no tienen permitido dormir y segundo tenés que dormir en una silla, "yo no puedo creer que sean tan hijos de puta" me decía uno de los trabajadores sociales que era de la dirección ejecutiva "¿Cómo que duermen en sillas? ¿Cómo las instituciones...?" estaba como re envenenado porque claro, nosotros traímos una realidad que ellos nunca habían vivido y el revés ¿No?

Las condiciones de trabajo en enfermería en el Parque Sanitario incorporaron el derecho al descanso: al tomar aquella definición, Valeria había considerado que era tan agotador estar tres horas seguidas con el equipo de protección personal completo puesto que la jornada laboral incluía una parte de asistencia y otra, equivalente, de descanso:

Trabajaban tres horas descansaban tres, trabajaban dos descansaban dos, estaba así pensando, entonces esas tres que vos trabajabas o dos si las querías las pasabas mirando la tele, escuchando música, comiendo algo, tomándote un café o durmiendo, o sea era indistinto, y trajo como mucha repercusión y además estaba la habitación del coordinador de enfermería, no existe eso, o sea, no existe la habitación del coordinador de enfermería, existe la habitación del coordinador médico, entonces teníamos una habitación y me acuerdo que una vez se metió un médico y entonces yo como muy amablemente, después renunció ese grupo de médicos, y no, el chabón estaba indignado, porque como puede ser que una enfermera viniera echarte, o sea, "tenés que estar laburando, flaco: sos enfermero". Y bueno, y eso también sucedió, digo, sucedieron como un montón de cosas que yo le decía a mis compañeros, bueno, llévense esta experiencia reclamen en sus hospitales y en sus lugares de trabajo que una salud y que sus derechos pueden ser distintos ¿Por qué? Porque, o sea, históricamente nosotros estuvimos bajo el ala o el sesgo como de... de... o sea, como los profesionales de segunda, no, o sea, empecemos a reclamar que nosotros somos profesionales igual que el resto del equipo de salud, digo, y a mí también como... como que un poco me empodera la posibilidad de que vivía en Moreno porque tal vez si no estuviera en Moreno en donde todos los trabajadores tenemos las mismas posibilidades de acceder a cargos de conducción tampoco me lo hubiese planteado así, aunque siempre lo pensé, pero bueno, tal vez no lo... no lo hubiese potenciado tanto, entonces a mí me parece que si hay otra manera de hacer salud, digamos, y de generar derechos para los grupos que siempre estuvieron postergados.

Epílogo

El estado como empleador la fue dejando a Valeria en un "gris", donde no contaba con un empleo registrado y sus correspondientes derechos, sin tampoco llegar a ser una empleada totalmente informal. Contratos y becas, becas y contratos: su única inserción formal, paradójicamente, fue en el marco del subsector privado de salud, en los inicios. El PMC la empleó como becaria; el estado municipal luego la hizo directora mediante un contrato temporario; el estado provincial la contrató para el Programa Eva Perón entre los meses de marzo y diciembre de los años en que trabajó; el estado nacional a través del Hospital Posadas la contrató de manera interina, y lo mismo hizo a través de la UNPAZ. En Tecnópolis la contratación fue, nuevamente, a través de una beca. Esto generó bastante ansiedad en los trabajadores, pero hasta el momento en que escribimos este artículo aquellas becas se siguieron renovando. Para el caso de Valeria, la renovación –una vez cerrado el Parque Sanitario– fue en función de continuar desempeñándose para el Ministerio de Salud provincial en lo relativo a la logística de las inmunizaciones y los vacunatorios. Sin embargo, a pesar de la inestabilidad de sus inserciones, ante los ojos de quienes reciben las acciones estatales, Valeria busca, según afirmaba al recibir el Premio Dignidad, mostrar "un estado presente".

Consideraciones finales: sobre el amor y lo estatal

Valeria imagina un "estado presente", al que fue poniendo en acto a lo largo de sus distintas inserciones. La propuesta de este artículo fue recuperar sus relatos para, a través de ellos, adentrarnos en aquella filigrana cotidiana que nos permite visualizar los contornos de lo estatal, allí donde la realidad concreta de éste se construye a través de sus agentes. En función de esto, nos fuimos deteniendo en las estrategias con las que fue capitalizando, recreando y articulando recursos en su *hacer estado*, a lo largo de un recorrido profesional en que fue concibiendo su rol en contrapunto con cómo imaginaba lo estatal, de allí ese *hacer* marcado por el amor conciben sus propios términos. Al encarnar, en contextos concretos políticas públicas gestadas en espacios más amplios y en tiempos más antiguos, Valeria habla en su nombre y en este gesto, les otorga sentidos específicos, im-

posibles de ser anticipados por los marcos formales, imposibles de ser agotados por prescripciones normativas.

Valeria *hizo estado* desde distintos espacios. Uno de ellos, en que tuvo la oportunidad de poner en juego los saberes acumulados previamente, resultó clave y ameritó un reconocimiento público (algo poco usual, señalemos, para la profesión de enfermería). En nombre del amor y del estado a un mismo tiempo, articulados, Valeria hizo estado desde lugares modestos como una unidad sanitaria del conurbano y desde lugares con fuerte visibilidad, como el “Parque Sanitario Tecnópolis” durante la pandemia de COVID-19. Lo hizo en el trabajo territorial, en la defensa del derecho al descanso, en la equiparación profesional entre enfermeros/as y otros/as profesionales. El compromiso militante con el que rellena en sus relatos cada uno de los lugares ocupados es la encarnadura que tal vez otros y otras, aquellos y aquellas que entran en contacto con las agencias estatales, interpreten como la mera presencia estatal. Pero ese estado, al que Valeria imagina y al que pone en acto, no sería posible —tal como ella misma señala— sin que sus agentes pongan a disposición ideas, ganas y cuerpos. De este modo singular es que se dirime la productividad concreta del estado allí donde Valeria lo vuelve presente, corpóreo.

Valeria nos fue confirmando en sus relatos que el estado no puede “encapsularse” remitiendo únicamente a instituciones: se *hace* al poner en juego un repertorio de saberes, consolidados a lo largo del tiempo y a través del paso por distintos espacios, confirmados por múltiples interacciones y templados al calor de sus posicionamientos personales. Saberes sobre lo deseable, lo conveniente, lo razonable, lo esperable. Los escollos que fue sorteando también hablan de bordes de lo estatal, de situaciones donde el disciplinamiento concreto no es “bajado” desde un órgano central, escindido de la sociedad civil y reificado como actor racional, sino que es ejercido por agentes concretos en base a sus propios repertorios de saberes —como al destinar a un profesional a aquel sector donde no podría desempeñarse correctamente.

Encarnar al estado es encarnar una ficción dinámica, cambiante, donde la continuidad parece muchas veces reposar más en sujetos concretos que en esferas centrales de toma de decisiones. Porque más allá de los vaivenes de gobiernos municipales, provinciales o nacionales, la preocupación de Valeria es ponerse a disposición, como entiende que debe hacerlo el estado. En palabras suyas: el amor es revolucionario, y los fueguitos revolucionarios que fueron eslabonando su recorrido supieron distinguir dónde había que estar para hacer del eslogan “la patria es el otro” un estado que incluye y sostiene.

Bibliografía referenciada

- Acuña, C. y Chudnovsky M. (2002). El sistema de salud en la Argentina. Documento de Trabajo N°60. Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional (CEDI), Fundación Gobierno y Sociedad, Buenos Aires, Argentina.
- Adissi, G. (2014). *Reveses del Derecho: Estado y vida cotidiana. Un análisis desde el área de salud mental de los CeSACs (Centros de Salud y Acción Comunitaria, Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires)*. [Tesis para optar por el título de Doctora en Ciencias Sociales. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires]. Repositorio digital de la Facultad de Ciencias Sociales, UBA: <http://repositorio.sociales.uba.ar/items/show/2052>
- Adissi, G y Ferrero, L. (2021). Ponencia presentada en las XIV Jornadas de la Carrera de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales- Universidad de Buenos Aires
- 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.
- Bohoslavsky, E. y Soprano, G. (2010). *Un estado con rostro humano. Funcionarios e instituciones estables en Argentina (desde 1880 hasta la actualidad)*. Buenos Aires: Prometeo.
- Cornejo, M., Mendoza, F. & Rojas, R.C. (2008). La Investigación con Relatos de Vida: Pistas y

- Opciones del Diseño Metodológico. *Psyche (Santiago)*, 17 (1), 29-39. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282008000100004>
- Das, V. y D. Poole (2008). El Estado y sus márgenes. Etnografías comparadas. *Cuadernos de Antropología Social*, 27, 19-52.
- Gupta, A. (2015). Fronteras borrosas: el discurso de la corrupción, la cultura de la política y el estado imaginado. En P. Abrams, A. Gupta y T. Mitchell (eds.), *Antropología del Estado* (71-143). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Lipsky, M. (2010). Street-Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Service. *American Political Science Association*, 76 (1), 1-275
- Medina J.L. (1999). *La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería*. Barcelona: Laertes
- Perelmutter, L. (2012). Fronteras inestables y eficaces. El ingreso de organizaciones de desocupados a la burocracia asistencial del Estado. Argentina (2003-2008). *Estudios Sociológicos*, XXX (89), 431-458
- Restrepo, E. (2018). *Etnografía. Alcances, técnicas y éticas*. Lima: Fondo Editorial de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos / Facultad de Ciencias Sociales.
- Trouillot, M. (2001). “La antropología del Estado en la era de la globalización: encuentros cercanos del tipo engañoso”. *Current Anthropology*, 42 (1), 125-138. Traducción: Alicia Comas, Cecilia Varela y Cecilia Diez Revisión: María Rosa Neufeld (mimeo).

Fuentes documentales

Ministerio de salud de la Nación. Resolución 1379/2020. Recuperado de:

<https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/233714/20200818> (7 de marzo de 2022).

https://www.entrerios.gov.ar/msalud/?page_id=11684 Sitio visitado el 7 de marzo de 2022

<https://msaludsgo.gov.ar/web/programa-medicos-comunitarios/> Sitio visitado el 7 de marzo de 2022

<https://regionsanitaria1.com/desarrollo-de-recursos-humanos-en-enfermeria.html> Sitio visitado el 7 de marzo de 2022

Boletín PROAPS - REMEDIAR VOLUMEN 2 - Nº 11 - JUNIO 2004. Recuperado de:

<https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-06/boletin-remiar-11.PDF> el 7 de marzo de 2022

Presidencia de la Nación. El Plan Nacer y su efecto en la satisfacción de los usuarios de los sistemas de salud provinciales. 4. Año de Publicación: 2013. Recuperado de: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/re_el_plan_nacer_y_su_efecto_en_la_satisfaccion_de_los_usuarios_de_los_sistemas_de_salud_provinciales_ft.pdf el 9 de marzo de 2022

<https://www.argentina.gob.ar/salud/sumar> Sitio visitado el 9 de marzo de 2022

<https://www.facebook.com/secretariadesaludmoreno/> Página visitada el 17 de marzo de 2022

<https://www.agustinabermejo.edu.ar> Sitio visitado el 17 de marzo de 2022

<https://www.maimonides.edu/carreras/enfermeria/> Sitio visitado el 17 de marzo de 2022

<https://www.cepal.org/es/temas/objetivos-de-desarrollo-del-milenio-odm/objetivos-desarrollo-milenio> Sitio visitado el 23 de marzo de 2022

Crenzel, E. (2012). Memorias de las desapariciones. Los vecinos del Centro Clandestino de Detención del Hospital Posadas, Buenos Aires, Argentina. *Revista Crítica de Ciências Sociais* [Online] 88 consultado el 23 marzo 2022. URL: <http://journals.openedition.org/rccs/1707>; DOI: <https://www.apdh-argentina.org.ar> Sitio visitado el 25 de marzo de 2022

Pandemia, politicización y trayectorias en la enfermería del conurbano sur (Florencio Varela, 2020-2021)

Pandemic, politicization and trajectories in nursing in southern conurbano (Florencio Varela, 2020-2021)

IANINA LOIS *

Universidad de Buenos Aires / Universidad Nacional Arturo Jauretche

MARÍA POZZIO **

Universidad Nacional Arturo Jauretche / CONICET

DANIELA TESTA ***

Universidad Nacional Arturo Jauretche

RESUMEN. La pandemia por coronavirus ha puesto de manifiesto la centralidad de la labor del personal de enfermería. Los muchos estudios realizados al respecto señalan sobre todo lo común de ese colectivo laboral: condiciones de trabajo precarias dentro de un campo fuertemente profesionalizado, pero escasamente reconocido. Estas dos cuestiones, que ya formaban parte de la enfermería, recrudecieron durante la pandemia y dieron mayor visibilidad a las demandas de dicho colectivo. Esto conllevó, en algunos casos, un proceso de politicización de las trayectorias laborales e identidades del personal de enfermería. En este artículo describiremos tres trayectorias laborales de personas que se desempeñan en el ámbito de la enfermería para conocer, a partir de las mismas, los modos específicos en que ese proceso de politicización ha tomado cuerpo. El estudio de trayectorias nos permitirá entender qué circunstancias, saberes, instituciones y sociabilidades han posibilitado ese proceso de politicización que no estaba ausente previamente, pero que el contexto de la pandemia ha puesto de relieve. Se concluye sobre la importancia de la experiencia universitaria para la comprensión del mencionado proceso.

PALABRAS CLAVE: politicización; enfermería; trayectorias laborales; reconocimiento; COVID 19

ABSTRACT. The pandemic has remarked on the centrality of nursing work. Many studies point out the precarious working conditions and scarce recognition as characteristics of nursing groups. Both characteristics have intensified during the pandemic; as a result, nursing demands have gained greater visibility. In some cases, this has meant a process of politicization of labor trajectories. In this article, we described this process from three trajectories, which will allow us to understand the circumstances, knowledge, institutions and sociability that have made it possible. Our research concludes on the importance of the university experience in the mentioned process.

* Licenciada en Ciencias de la Comunicación (UBA), Magíster en Política, Sociedad y Género (FLACSO) y Doctora en Sociología (UNSAM). E-Mail: ianinaplois@gmail.com  <https://orcid.org/0000-0003-2235-1779>

** Licenciada en Sociología (UNLP), Magíster en Antropología Social (IDES-UNSAM) y Doctora en Ciencias Antropológicas (UAM-Iztapalapa, México). Investigadora adjunta del CONICET. Docente-Investigadora de la Universidad Nacional Arturo Jauretche (UNAJ). E-Mail: mariapozzio@gmail.com  <https://orcid.org/0000-0003-1801-3574>

*** Licenciada en Terapia Ocupacional (UNSAM), Magíster en Políticas Sociales (FLACSO) y Doctora en Ciencias Sociales (UBA). E-Mail: danitestu@yahoo.com.ar  <https://orcid.org/0000-0003-1293-3775>

Introducción

La pandemia por coronavirus -fenómeno mundial desatado por la COVID19 entre 2020 y 2021- ha puesto de manifiesto la centralidad de la labor del personal de enfermería en las políticas de salud y las estructuras sanitarias. Los muchos estudios realizados al respecto (Ramacciotti y Testa, 2021a; 2021b), señalan sobre todo lo común de ese colectivo: las condiciones laborales precarias dentro de un campo fuertemente profesionalizado y el escaso reconocimiento material y simbólico que tiene la profesión, sobre todo en relación al resto de las profesiones de la salud. Estas dos cuestiones, que ya formaban parte de la enfermería, recrudecieron durante la pandemia. Pero a la vez, ese mismo contexto, contribuyó a darle visibilidad al colectivo a partir de mostrar su relevancia en el sistema de salud, los reclamos por mejoras en condiciones de trabajo y otras acciones públicas en pos de mayor reconocimiento. Todo esto contribuyó, en algunos casos, con un proceso de politización de las trayectorias laborales e identidades¹ de enfermeras y enfermeros.

De este modo, en este artículo, describiremos tres trayectorias de personas (a quienes llamaremos Griselda, Eugenia y Ariel²) que se desempeñan en el ámbito de la enfermería para conocer, a partir de las mismas, los modos específicos en que ese proceso de politización ha tomado cuerpo. A los tres los hemos conocido a partir de nuestro propio ámbito laboral; luego, les entrevistamos en profundidad en el marco del proyecto de investigación PISAC.³ Es necesario, entonces, remarcar que los relatos obtenidos a partir de las charlas y entrevistas, constituyen una narrativa de la trayectoria laboral en múltiples contextos encajados: las preguntas de las investigadoras en el marco de una investigación que pone de relieve el papel de la enfermería en la pandemia, la pandemia en sí, y el proceso de politización y visibilización de la enfermería como tal -sobre todo, a partir de julio-agosto de 2020. Estas trayectorias son siempre peculiares y se dan en un marco de relaciones sociales que entrelazan circunstancias, saberes, instituciones y sociabilidades que hacen posible y dan cuerpo a ese proceso de politización. Como veremos, en los casos que hemos tomado para el análisis, esas circunstancias, saberes y sociabilidades se despliegan en un marco institucional que es el paso por la universidad pública, en este caso, por la Universidad Nacional Arturo Jauretche (UNAJ) y su íntima vinculación con el Hospital El Cruce de Alta Complejidad en Red Néstor Carlos Kirchner (HEC).⁴

Por tanto, este artículo se propone describir la articulación de trayectorias con procesos de politización y búsqueda de reconocimiento (en los sentidos que más abajo detallamos) como las principales claves para entender qué circunstancias, saberes, instituciones, sociabilidades han posibilitado ese proceso de politización que no estaba ausente previamente, pero que sin duda, la situación de pandemia ha puesto de relieve. En ese sentido, la crisis del COVID-19, con sus luces y sombras se ha develado como un catalizador de procesos frecuentemente ignorados. Como observaremos en las trayectorias de Griselda, Eugenia y Ariel, el paso por la universidad pública am-

¹ Nos referiremos a identidades profesionales, queriendo dar cuenta con ello a la configuración identitaria -siempre relacional- que asumen las personas en función de los colectivos laborales y profesionales en los que se socializan.

² En pos de la anonimización, hemos modificado sus nombres.

³ Las autoras constituimos uno de los nodos de investigación del Programa de Investigación Social de Argentina Contemporánea (PISAC) "La enfermería y los cuidados sanitarios profesionales durante la pandemia y la postpandemia del COVID-19 (Argentina, siglos XX y XXI)", dirigido por Karina Ramacciotti dentro del cual se inscribe este trabajo.

⁴ La Universidad Nacional Arturo Jauretche (UNAJ) es parte de un conjunto de universidades (denominadas como universidades del Bicentenario), que conforman una política de estado nacional dirigida a favorecer el acceso a la educación superior garantizando la inclusión social y la calidad académica. Está ubicada en el sudeste del conurbano de la provincia de Buenos Aires (Argentina), un distrito de alta densidad poblacional de sectores medios y bajos. Se desarrolla en estrecha vinculación con el Hospital El Cruce de Alta complejidad en Red Néstor Carlos Kirchner (HEC) ubicado en la misma área.

plió sus horizontes de lo posible y dejó marcas en sus biografías personales y familiares. Pero, por sobre todo, en un escenario global de crisis sanitaria que da un marco peculiar a históricos reclamos por parte del personal sanitario, las luchas por el reconocimiento buscan en la politización y en los procesos colectivos una posibilidad de transformación.

Elegimos el concepto de *trayectoria* pues este concepto nos permite incorporar dos sentidos complementarios: por un lado el de itinerario corporal y, por otro lado, el de carrera. Por carrera, seguiremos a Becker (2009), quien plantea la importancia de las interacciones entre el sujeto de la trayectoria y las múltiples instituciones por las que va transitando. Así, para este autor, una carrera es una acción colectiva que va impactando y configurando la identidad (en nuestro caso laboral y profesional) del sujeto. Este enfoque nos permite poner en un lugar central algunas de las instituciones que han tenido un papel central en la dinámica y lógica de las trayectorias en estudio, principalmente, la universidad. Consideraremos como trayectorias laborales y/o profesionales al camino recorrido por una persona desde el momento en que comienza a tomar decisiones para incorporarse a una ocupación. En los casos que trabajaremos en este artículo, esta trayectoria comienza con la entrada a la universidad para estudiar Enfermería.

La noción de *itinerario corporal* (Esteban, 2004) pone de relieve el aspecto encarnado de esa trayectoria: el modo que vivencias, saberes, aprendizajes y sociabilidad van haciéndose cuerpo en los sujetos. La dimensión corporal permite múltiples análisis; en este caso nos interesa especialmente por tres aspectos: por el modo en que la identidad profesional se va haciendo cuerpo en los sujetos; porque el proceso de politización implica "poner el cuerpo"; porque el material de análisis serán las narrativas que los sujetos elaboran de su experiencia. Dicha experiencia es una experiencia encarnada y las prácticas y representaciones de los sujetos que se narran, están atravesadas por la experiencia corporal: las prácticas se hacen con el cuerpo, las representaciones parten del cuerpo, ambas son parte de la noción de corporalidad que no se limita al cuerpo físico.

El estudio de trayectorias se enmarca en el lugar cada vez más importante que las ciencias sociales y los estudios de género han dado al espacio biográfico. Para el estudio de trayectorias es central el lugar de las narrativas y relatos, el modo en que el sujeto -el "yo" del espacio biográfico- narra y al narrar, configura y dota de sentido su propia experiencia e identidad. De este modo, partimos de una noción configurativa y performática del lenguaje y de la situación de entrevista como una relación, un momento donde unos y otros, en una interacción, producen relatos. Estos relatos son producto de esa interacción; al dar cuenta de la temporalidad, la noción de narrativa permite entender el modo en que esos relatos configuran un devenir, una puesta en el tiempo de la trayectoria que la va constituyendo como tal, de cara a quien pregunta por ella (Guber, 2001; Arfuch, 2018).

Por proceso de *politización* entendemos al fenómeno por el cual ciertos actores y espacios sociales insertan su accionar en el espacio público, aumentando sus intervenciones en el mismo, articulando, visibilizando demandas y enmarcando las mismas en repertorios y narrativas disponibles dentro de la cultura política. Este enfoque está inspirado en la antropología social que asume que la política no se aloja exclusivamente en los espacios formal y tradicionalmente asignados a ella -el sistema político, los partidos- (Masson, 2005). Así, en determinadas situaciones y contextos, sujetos, instituciones, grupos, se politizan, asumiendo en el espacio público una identidad y un repertorio que es leído como político por todos los actores que conforman el entramado de relaciones que participan del proceso. A esta mirada antropológica debe sumarse la perspectiva de género y feminista, que permite ensanchar la noción de la política y lo político, como lo ha hecho la historia de las mujeres, apuntando a que esta indagación no sólo encuentre, ilumine y rescate ciertos protagonismos de las mujeres y otras identidades- sino también nuevos sentidos e interpretaciones de lo que es político y del modo en que política e identidades se retroalimentan (D'antonio, Grammatico y Valobra, 2020).

Para comprender los procesos de *reconocimiento* nos basamos en Axel Honneth (1992) quien propone tres formas de reconocimiento en su teoría social: la del amor -reflejada en las relaciones primarias de cuidado y dedicación emocional- la del reconocimiento jurídico - que se da

a través del derecho y la igualdad jurídica - y la de la valoración social - o el grado de estima que el individuo o grupo recoge en la medida en que su contribución es considerada como valiosa para la sociedad. También, desde la psicodinámica del trabajo, Cristophe Dejours (2015) establece relaciones entre el sufrimiento en el trabajo y el reconocimiento. Las vinculaciones entre los modos de organización del trabajo y las posibilidades de solidaridad y cooperación -de cara a la soledad de aquellos entornos que buscan el máximo desarrollo de las performances individuales-, encuentran en el reconocimiento entre pares, en los lazos de confianza y la camaradería, un recurso potente para la transformación y la participación en la vida pública.

Por último, consideramos central la propuesta metodológica de "personalizar" al Estado y sus políticas (Bohoslavsky y Soprano, 2010). Estos autores plantean que el Estado "son normas que lo configuran y determinan, pero también son las personas que producen y actualizan sus prácticas cotidianas dentro de formaciones institucionales" (Bohoslavsky y Soprano, 2010: 24). Para nosotras, las profesiones, más aún, las profesiones de Estado (Rodríguez y Soprano, 2018) pueden ser entendidas bajo la misma óptica. Por ello, estudiar un proceso de politización de una identidad profesional implica enfocar en las trayectorias personales de quienes encarnan y traccionan esos procesos.

Griselda: training de compromiso

Sobre el final del año universitario de 2020, conocimos a Griselda, que es una más de las muchas estudiantes de enfermería, ya tituladas como enfermera universitaria, a quien acompañamos como tutoras en el proceso de realización en su tesina de licenciatura en el Instituto de Ciencias de la salud de la UNAJ. Nos dio curiosidad desde el principio, pues el tema de su tesina es "Rol enfermero y atención de las infancias trans". Al respecto, ha buscado bibliografía y desde el campo de la enfermería, no ha encontrado casi nada de material bibliográfico: no hay docentes que tengan experiencia sobre la temática. Al mismo tiempo, Griselda, trabaja en un hospital público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) lo cual le deja poco margen de tiempo para "sentarse a escribir". A pesar de ello, desborda alegría y se muestra apasionada por el tema. Le propusimos un recorte de la temática, para hacer sostenible la realización de su tesina en medio del trabajo agotador de la pandemia y seguimos en contacto. Durante casi un año, intercambiamos mails, videollamadas y largas charlas por whatsapp, que es como mejor se escucha su voz ronca, pero energética: por audio de whatsapp, en ese modo diferido de la charla que permite ponerte a pensar, meditar una respuesta, escucharse decir, volver a grabarla, borrarla, etcétera. Por ese medio, llegamos a intercambiar una serie de conversaciones que lograron hilvanar el interés de su tema de tesina y la labor de la tutoría en dicho proceso, a su trabajo en el hospital, su militancia, su paso por la universidad y nuestro interés como investigadoras en las temáticas del género y profesiones sanitarias. En esta relación dialógica -mediada y posibilitada por el whatsapp- Griselda se convirtió en una "informante clave" de la investigación sobre "La enfermería y los cuidados sanitarios en la pandemia". Más aún, en muchos sentidos, ella es la co-productora de algunas de las ideas que sostienen esta indagación.

Griselda tiene 50 años y hace 6 años que empezó a estudiar Enfermería. Antes de ello, se había dedicado al comercio y a criar a sus hijos. En su narración, hay dos hechos que explican que a los 44 años comenzara su vida en "esta noble profesión": por un lado, acompañar a una amiga en un tratamiento oncológico y ver de "cerca" la labor de cuidados del personal de enfermería; y por otro, que en la localidad donde había estudiado el secundario, Florencio Varela, abriera una universidad pública, gratuita, que dictara la carrera de Enfermería -la UNAJ. Se inscribió y empezó a cursar, se recibió a los 3 años con el título intermedio de enfermera universitaria y comenzó a trabajar de la profesión, primero de forma autónoma y al poco tiempo, como empleada del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires en uno de los hospitales públicos de la zona sur de la CABA. Griselda tiene el mismo perfil que gran parte de las primeras cohortes de es-

tudiantes de enfermería de las universidades públicas, especialmente de las del Bicentenario⁵: mujer residente en el conurbano, que comenzó a estudiar “grande”-luego de haber tenido y criado a sus hijos-. También, como muchas de sus compañeras, fue la primera en su familia en tener una experiencia universitaria y muy rápidamente, se insertó en el mercado laboral (la enfermería es una de las profesiones de servicio con más demanda en Argentina y en el mundo).

El paso por la universidad fue, en sus palabras, un “*training de compromiso*”: por un lado, el esfuerzo personal -que era suyo y de casi todas las personas que estudiaban y cursaban con ella- de conciliar la vida universitaria -el estudio pero también, los trámites, el habitar el espacio universitario, etcétera- con la vida familiar, el trabajo y los viajes en transporte público. En la narración de Griselda se mezclan el cabeceo de compañeros de aula por el sueño luego de una noche de trabajo, con el deslumbramiento ante clases y lecturas de salud mental, comunitaria, antropología, género: “Todo me gustaba”, confiesa y eso se nota en nuestras charlas sobre su tema de tesis, donde es difícil recortar, delimitar sólo un problema, una pregunta ya que todo la entusiasma: busca bibliografía y sigue sumando objetivos de investigación y temas de interés.

En los intercambios acerca de su trabajo de tesis, envía audios donde cuenta por qué “se enganchó” con la cuestiones de género, explica y se apasiona: “no hay nada en enfermería sobre este tema -cuidados de las niñeces trans-”, y es como si ella quisiera ocupar esa nada con su tesis que luego se le dificulta terminar por la pandemia y porque trabaja a “full” y también participa en protestas y reclamos. Sus condiciones de trabajo se empiezan a colar en nuestras charlas: tiene un problema en la rodilla pero la jefa no le aprobó la carpeta médica, se cayó volviendo del trabajo, las compañeras no siempre son solidarias, la ART,⁶ el delegado gremial, el gobierno de la ciudad. La profesión de “la que se enamoró” es también “una cordillera de obstáculos”: a Griselda le gustan esas figuras retóricas cuando habla. Le gusta expresarse de manera rica, elocuente. Y no es sólo su manera de hablar. En su estado de whatsapp tiene una foto de las marchas de autoconvocados en las que participó y firmó una carta de denuncia pública a las autoridades de la ciudad. Hay una foto de su estado que sintetiza mucho de lo que habíamos estado conversando de manera fragmentaria y que motiva la decisión de “entrevistarla” formalmente para el proyecto (habíamos entrevistado ya, en el marco de esta investigación, a seis).

En esa foto de su estado de whatsapp, ella está trepada a las rejas que bordean el edificio del Congreso: puño en alto, cabello suelto, con su guardapolvo de enfermera y un cubreboca con una inscripción que dice “Enfermería no se calla más”. Ante la pregunta por las circunstancias de la foto, se ríe. Está contenta con esa imagen, aunque pareciera no ser consciente de todo lo que la misma condensa. Ella inscribe ese momento en sus sentimientos de siempre contra la injusticia, pero también, en su devenir enfermera y en su paso por la Universidad: “entra una persona y sale otra”, “para mí -y lo repite- fue abrasador, contenedor, movilizador”: está hablando de su “paso” por la Universidad -no dice la UNAJ, dice la universidad pública, inscribiendo su afirmación en un discurso más amplio de reivindicación de las universidades públicas. Ese “*training de compromiso*” que la volvió una persona autorizada - “ahora una sabe cosas, sabés qué está mal, que técnicamente no es así o que no se puede, no se puede vulnerar el derecho del paciente, el derecho de un compañero”. Su paso por la Universidad, implica un doble saber: el técnico y el ético político. Los dos fueron enseñados, para los dos la universidad “autoriza”. Ella destaca la inserción territorial, la importancia que se le da a lo comunitario, pero también agrega: “en la UNAJ hay de todo, romances, profes admirables, amigos”; es decir, no sólo es lo que se enseña en las currículas. Pero es eso que se enseña, también: “entrás a trabajar y el sistema es una cordillera de obstáculos, el recorte presupuestario, todo lo que no se ve... pero aprendí, aprendí que además de ejercer una profesión, estoy luchando. Me han llegado a decir que estaba haciendo las cosas demasiado bien, que

⁵ Se denominan “universidades del bicentenario” al grupo de universidades nacionales creadas en durante el bicentenario de la Argentina, sobre todo, en el primer gobierno de Cristina Fernández de Kirchner.

⁶ Así lo denomina la entrevistada, alude a las Aseguradoras de riesgo del Trabajo, más conocidas por sus siglas.

los demás se deslucían". Podemos ver aquí el reconocimiento de un saber y además, el saber cómo enfrentarse a esa "cordillera de obstáculos", que entiende es propia de la experiencia de su colectivo profesional, que en contexto de luchas feministas y pandemia, está cambiando. Ella quiere estudiar sobre niñeces trans, quiere investigar y prestigiar a la enfermería, y para eso, estudia, pero también sale a la calle.

Eugenia: políticas que configuran agencia e identidad

Conocíamos a Eugenia por haberla acompañado durante las tutorías para la elaboración de Tesinas. Luego, la contactamos para entrevistarla en el marco del proyecto PISAC. El encuentro virtual se realizó a inicios de abril de 2021 y fue grabado con su autorización. Su voz es tranquila, serena, pero seria; Eugenia responde de forma concreta sin ir más allá de lo que se pregunta. Ella es licenciada en enfermería, graduada por la UNAJ. Tiene 41 años, vive en Florencio Varela, provincia de Buenos Aires, con su marido y su hijo adolescente. Trabaja en una clínica privada del barrio de Recoleta en la CABA. Ingresó apenas recibida de enfermera universitaria y continuó su formación como licenciada trabajando allí. Su turno es el de la noche, entra a las 20 horas y se retira a las 6 de la mañana. En varios momentos de la pandemia estuvo asignada en alguno de los pisos de pacientes con COVID.

Empezó a trabajar como enfermera apenas se recibió, con 35 años cumplidos. Nos dice que su sueño era estudiar para policía científica o enfermera. Su primera opción fue la policía, pero al ingresar a la fuerza "me pedían que deje mis hijos por un año y dije que no. Así que lo descarté. Hice todo el curso- todo- quedé, pero no quería". Su tía, que es enfermera, la orientó para buscar dónde hacer la carrera, "hasta que justo se abrió la *Juárez* en esos meses porque yo me estaba por anotar en la UNQUI⁷ y fue como un alivio". Eugenia decidió estudiar cuando sus hijos ya estaban en el secundario. La elección de la carrera estuvo signada no solamente por su vocación, "su sueño", sino por la posibilidad de estudiar en un lugar cercano a su casa.

Ser enfermera durante la pandemia la llevó a poner en juego y revisar los aprendidos durante la cursada de la carrera. Sin embargo, en sus palabras puede leerse que no es un aprendizaje que se inicia de cero, sino que el paso por la universidad le da capacidad de aprendizaje ante situaciones nuevas como, por ejemplo, los protocolos y medidas de seguridad que se incorporan de forma cotidiana. Además de esta capacidad aprendida que puede ser pensada en términos de competencia -saber resolver nuevas problemáticas- Eugenia logró reposicionarse y disputar roles en el equipo de salud, en su lugar de trabajo. Por ejemplo, ante la situación de nuevos riesgos, temores y cuidados personales, apareció la necesidad de reclamar por insumos y materiales. En varios momentos, sobre todo luego de la primera ola -julio-agosto de 2020-, las enfermeras de la clínica donde trabaja tuvieron que exigir que no les "mezquinen materiales y que envíen todo que se necesita. No solamente camisolín y guantes". Al pasar el momento de shock inicial, los pedidos de insumos volvieron a los procesos y tiempos institucionales habituales. "Fue una lucha", dice Eugenia al describir la exigencia de contar con cofias, botas y barbijos adecuados a la tarea: "Al principio de la pandemia era como medio dinámico después ya cuando empezó a pasar un poquito el miedo, era como más peleado como que tenías que hablar con la supervisora, supervisora tenía que hablar con los jefes de supervisores y hablar con los médicos, a ver si estaban de acuerdo. Era todo más, más tironeado. No fue cosa fácil".

También, aparece un reposicionamiento respecto de las jerarquías profesionales. Eugenia relata que en los primeros meses de la pandemia la clínica designó a una infectóloga para capacitar a las enfermeras, pero según su criterio y al ser todo tan novedoso, eran ellas quienes terminaban capacitando al resto. En su frases puede leerse que la pandemia, al modificar reglas, protocolos y prácticas previas, generó -por algunos momentos- instancias institucionales donde

⁷ Así refiere la entrevistada, aludiendo a la Universidad Nacional de Quilmes.

ciertas jerarquías previas entre las profesiones de salud se pusieron en pausa y se vivenciaron intercambios interprofesionales de un modo más horizontal y menos asimétrico.

Otro aspecto que Eugenia remarca es el trato y el cuidado entre enfermeras, en comparación con el resto del equipo de salud. Señala que los médicos se mostraban temerosos de ingresar a las habitaciones de pacientes con COVID pero que ellas tenían que entrar porque al “paciente no lo podés abandonar”. La estrategia para afrontar esa situación fue generar un acuerdo de cuidado y protección mutua entre enfermeras: “Las tres chicas que somos enfermeras en el sector nos estamos cuidando todo el tiempo. Y tratamos de corregirnos entre nosotras sin que haya ofensa. Ya entre nosotras estaba pactado que cuando vos veías que la otra cometía un error, se lo teníamos que recalcar nosotras mismas”.

Eugenia está afiliada al sindicato pero no participa de las acciones de protesta. Sólo recibe la información que le mandan por Whatsapp. Es decir, no es una persona que puede considerarse “politizada” ni participa activamente en espacios políticas formales en torno a su profesión ni a otros aspectos de su vida. Se decidió a estudiar enfermería luego de criar a sus hijos y de descartar ser policía. Al finalizar la carrera, ingresó al mundo laboral. En estas decisiones priorizó su rol de madre y ama de casa y es desde allí que se posiciona como enfermera. Sin embargo, el paso por la universidad la colocó en otra posición profesional y política. En primer lugar, para su tesis de licenciatura convirtió una preocupación “cotidiana” como la alimentación en el turno noche de su clínica, en una preocupación académica que la ayudó a re-encuadrar la problemática. Así, el tema alimentario pasó a ser entendido como parte de las “condiciones de trabajo de enfermería turno noche”. Lo mismo puede ser pensado respecto a la pandemia, posiblemente, el gran hito en su experiencia laboral. Esta circunstancia y su lugar como reciente graduada -con título de licenciada- la impulsó a tener que reclamar y pelear por lo que entiende como su derecho al cuidado y la vida (no solamente de ella sino de su familia). Es más, la volvió una persona “autorizada” para exigir los insumos de protección personal.

Los protocolos y normativas establecen las reglas del juego, marcan un límite entre lo posible y lo impensable y se crean los paradigmas de argumentación aceptados como legítimos. Sin embargo, no son absolutos, hay discusiones, negociaciones, adaptaciones y rechazos sobre las interpretaciones o partes de ellas, mismo al interior de una institución. En el discurso de Eugenia, en lo que dice y también en lo que no dice, podemos encontrar tensiones y disputas respecto de la propia profesión como de su rol durante la pandemia. Y sobre todo, en la puesta en acto de esos discursos y los acuerdos sostenidos con sus compañeras, podemos ver la ocasión en que ella se atrevió a opinar, argumentar, ponerle voz y cuerpo, a esas interpretaciones y adaptaciones.

Ariel: poner el cuerpo y la escucha

Cuando era chico a Ariel le gustaba jugar a la farmacia y a repartir medicamentos entre sus muñecos y pacientes imaginarios. Al momento de elegir los estudios secundarios se inscribió sin dudarlo en un bachillerato con orientación en salud. Cuando llegó el tiempo de pensar en los estudios de nivel superior no tuvo mucho para dilucidar: iba a ser el primero de su familia en pisar la universidad para obtener el título de enfermero. El mismo diploma que había sido un sueño frustrado para su mamá.

Al momento de la entrevista Ariel tiene 36 años y una vasta experiencia laboral; egresó como enfermero universitario de la Universidad Nacional de Quilmes (UNQ) y se recibió de licenciado en la Universidad Abierta Interamericana (UAI). Conversamos por videoconferencia una tarde de junio en contexto de “aislamiento social preventivo obligatorio”. Ariel conocía solo a una de las dos entrevistadoras, sin embargo, ni eso ni la mediación de la pantalla afectaron la calidez del relato vivaz que hilvanaba fragmentos de una trayectoria laboral que no siempre fue fácil. El primer trabajo, logrado en base a la extrema necesidad económica y a la picardía - “lo di todo, necesitaba imperiosamente trabajar”-; la especialización en terapia intensiva; el ingreso al mundo de las clínicas privadas y su llegada al HEC (que muy pronto se convertiría en su “segunda casa”); la

mención a estudios de posgrado y a otra carrera universitaria en curso (psicología) fueron algunos de los mojones en los que se detuvo.

El médico francés Cristophe Dejours dice que trabajar es en primer lugar fracasar y en segundo lugar sufrir pero, también afirma, que trabajar es transformarse en uno mismo. Según ese autor, es la lucha frente a las dificultades que presenta la tarea la que da lugar a la creatividad, a la búsqueda de soluciones -y hasta de artilugios- para llevar el trabajo adelante; y es justo en ese espacio donde se recrea la inteligencia del oficio para que el trabajo se transforme en trabajo vivo. Ya no estamos, entonces, ante la mera reproducción de la fuerza de trabajo sino de trabajadores que son protagonistas: puestos en juego los saberes de oficio se implican subjetivamente, construyen identidad y reconocimiento.

Ariel construye su narrativa atento a las preguntas de las entrevistadoras, le interesa ser claro y preciso en las respuestas. Abierto y generoso, dibuja con palabras un itinerario corporal cargado de deseos, logros, desvelos y reconocimiento. Si bien su historia es única y está llena de peculiaridades biográficas es una más entre tantas de estudiantes de sectores populares que ingresaron a las universidades públicas creadas en las últimas décadas. En su voz resuenan otras que intentaron dar un revés a la pobreza, realizar sus sueños y concretar vocaciones. Su relato habla de sí, de su experiencia como enfermero, de las prolongadas rutinas de trabajo y del cansancio que se siente en el cuerpo que se desgasta. Como cuentas de un collar entrela je episodios, miradas y silencios que muestran aristas del sufrimiento y del goce de la materialidad del trabajo enfermero. Ariel habla de sí y de las instituciones; de sí y de los otros y la solidaridad; de nosotros y nosotras y las relaciones de poder; de lo que es parte del oficio y de lo que no se puede cambiar pero igual es bueno intentarlo. Porque si es cierto que a través de su itinerario corporal Ariel conoce padecimientos, violencias y soledades, también lo es su convicción de involucrarse para transformar: “Se armó un grupo dentro del hospital que se llamaba Enredados, donde yo fui el fundador.”

“Enredados” se trataba de un grupo de voluntarios que concertaba diversas disciplinas: “Hacíamos una labor social que yo, implícitamente, también trabajaba dentro del hospital”. Con “Enredados” realizaron diversas actividades recreativas y solidarias en el hospital y hasta viajaron al Impenetrable de Chaco. Llevaron juguetes, vacunas, alimentos, agua. Tomaron muestras de sangre para prevenir la enfermedad de Chagas, compartieron saberes. Cuando volvió, Ariel sintió que algo en él se había transformado: “Fue el viaje de mi vida”, nos dijo. “Todo lo que aprendí ahí fue maravilloso, te das cuenta de que todo lo que tenés acá vale oro” y luego, alegre y suave, rió.

Nosotras, las entrevistadoras, en ese momento también reímos; tal vez no entendíamos del todo la commoción de su experiencia pero algo, que luego comprenderíamos mejor, comenzaba a suceder. En ese viaje, Ariel conoció algo nuevo sobre el alcance de la profesión enfermera pero al mismo tiempo descubrió otros registros de sensibilidad que no estaban allí antes. En palabras de Dejours, cuando eso sucede se “descubre el mundo (...) y en realidad es la vida la que se está despertando (...), es la vida subjetiva la que crece” (Dejour, 2015: 14). Entonces intuimos que el placer de la vida que crece recorría el relato de Ariel y que su empeño y entusiasmo eran mucho más que logros, adversidades y experiencias acumuladas. Esa intuición tuvo una importancia fundamental porque nos remitió al trabajo vivo, al trabajo que transforma y lucha, aspecto que se hizo tangible cuando Ariel, simplemente, rió. La comprensión del trabajo en el sentido subjetivante que plantea Dejours, no debe ser interpretada en clave meramente individual sino que su sentido se hace tangible en términos de politización, en tanto identidad asumida en el espacio público a partir de “poner el cuerpo” como portavoz de necesidades y contradicciones de los grupos a los que se pertenece.

Unos años después, una experiencia novedosa imprimió una marca en su biografía. Por cierto, contar con un Protocolo de acción institucional para la prevención e intervención ante situaciones de violencia o discriminación de género u orientación sexual, no es algo común en las instituciones sanitarias argentinas. El HEC es pionero en esa iniciativa puesta en marcha en el

mes de marzo de 2020. Y Ariel, según sus palabras, “tuvo la suerte” de ser convocado a ser parte del Comité de Actuación, constituido por un equipo interdisciplinario como autoridad de aplicación del protocolo.

“Era necesario un cambio radical porque el hospital venía sufriendo, la gente venía sufriendo muchas cuestiones relacionadas con la violencia. No solo a la violencia de género, sino a todo tipo de discriminación”. Nos habla “con la mano en la corazón”. Tal vez le duele la cantidad de denuncias recibidas, los prejuicios que identifica como obstáculos a derribar, especialmente la ceguera o la negación ante los hechos de violencia: “Hemos sufrido mucho y muchos tipo de violencia y discriminación pero todavía falta más perspectiva de género dentro del hospital para todos los trabajadores”. La naturalización de actos violentos y de atribuidos lugares de subordinación asignados al personal de enfermería constituye un nudo de conflictos interprofesional. También lo es la violencia al interior del equipo enfermero: el reconocimiento entre pares está debilitado, el reconocimiento vertical es escaso y “siempre llega tarde”. Por el contrario, prepondera el individualismo, la falta de cooperación y la soledad. Sin embargo, el equipo funciona “porque el enfermero tiene en su sangre que la guardia debe continuar”.

Frente a ese panorama, Dejours tal vez nos diría que si la dinámica del reconocimiento falta, el sufrimiento del trabajo no encuentra sentido en su realización y que esto lleva a resoluciones patógenas que perjudican al trabajador y a la organización del trabajo. Violencia, consumos problemáticos de sustancias, depresión y hasta suicidios, además de otras dolencias somáticas, pueden desencadenarse en relación a situaciones de este tipo. En el mismo escenario, Ariel encuentra al menos dos antídotos: la escucha atenta y la participación en el Comité del Protocolo. Ambos recursos le permiten involucrarse en el espacio público, aumentar sus intervenciones y articular registros subjetivos con diversas formas de sufrimiento que Ariel desea transformar y visibilizar.

La charla cotidiana “mate de por medio” y la empatía son algunos de sus horizontes cotidianos: “Hay que humanizarnos. Eso es lo que hace falta. Es un trabajo, sé qué es difícil, pero después nos preguntamos por qué fracasan las gestiones”. De cara a los conflictos, se define como un escuchador: es un “domador de fieras” gracias al mate. Del trabajo en el Comité del Protocolo dice que no es fácil, que algunos jefes le pusieron distancia y hasta que perdió amigos. Con respecto a la mirada de los otros sobre su participación en el Comité “Me pasa mucho mucho esto”, nos dice, y reproduce un diálogo con un interlocutor que en ese momento imaginamos:

-Che, pero vos no vas a ser más enfermero, ¿no?

-Sí, yo soy enfermero - ratifica- esto es el día a día, es una herramienta más, para ayudarte a vos, a mí, a todos...

No obstante las opiniones despectivas –“estás con las femininazis/eso es un curro”– siente que “ahí dentro creció años luz” y que vale la pena ponerle el cuerpo a las “ganas de cambiar las cosas” y correr los contornos de la tradicional imagen que suele asociarse al trabajo enfermero.

Casi al final de la entrevista, Ariel nos interpela: “¿saben qué es necesario? que cuando vos estás trabajando alguien venga, te ponga la mano en el hombro y te diga: ¿todo bien? ¿cómo va tu día?” Resume en una sencilla frase gestos, pensamientos y afectos que condensan su saber de oficio y expresan posibles modos de ser enfermero en un hospital que, si bien se caracteriza por innovaciones institucionales y científicas interesadas en recuperar perspectivas de géneros y de derechos, aún “queda mucho por cambiar y mejorar”. Al momento de la despedida, Ariel agradece a “la salud y a la educación pública” porque, por su origen humilde, el hospital “lo ha salvado a él y a su familia muchas veces”. No solo porque es el primer universitario de la familia, además, está seguro de que pasar por la universidad pública lo transformó profundamente como sujeto individual y como sujeto político. De otro modo, “nunca lo hubiese logrado”, afirma. Hoy en día siente que trabajar en el sistema público es una manera de devolver un poco de lo mucho que recibió. Nos saludamos, se está por cortar el zoom que ya renovamos varias veces. Ariel en-

cuentra palabras cálidas y graciosas. Reímos juntos una vez más.

Trayectorias únicas y comunes

Si bien las historias de Griselda, Eugenia y Ariel dan cuenta de énfasis y vivencias diversas e irrepetibles, la lectura de conjunto nos muestra trayectorias comunes en numerosos y muy relevantes aspectos. A continuación, mencionamos las más significativas en el marco de este artículo.

Por un lado, la mención en las tres entrevistas al esfuerzo personal de estudiar mientras se trabaja dentro y/o fuera del hogar, junto con el impacto simbólico que constituye desarrollar una carrera universitaria en un entorno familiar donde eso no es lo habitual. El acceso a un título de educación superior resulta un hito en estas trayectorias y da lugar a un reconocimiento social que aparece en los relatos de modo muy evidente y explícito. Aún más, en carreras con alta carga simbólica en torno a las nociones de sacrificio, entrega y abnegación, este esfuerzo personal va a adquirir el poder de un capital político-moral.

Además, es de destacar otra cuestión central cómo es que ese esfuerzo y compromiso personal y familiar se vio acompañado o, mejor dicho, enmarcado en instituciones educativas (como la UNAJ, en este caso) que posibilitaron y acogieron esos deseos, necesidades, vocaciones e intereses en torno a la formación superior. Difícilmente podríamos recuperar estas trayectorias sin la existencia de las llamadas “universidades del bicentenario” que permitieron el acceso a la educación universitaria de estos grupos de población. En sintonía, también podemos señalar la relevancia de estas *nuevas* trayectorias universitarias que se alejan de los perfiles históricamente imaginados por los/as tomadores de decisión en la materia, donde quienes ingresan a la universidad son mayormente jóvenes de clases medias y altas en busca de profesiones liberales. En este caso, dos de las entrevistadas son mujeres que iniciaron su carrera luego de resolver o dejar organizado el rol de madres y esposas; Griselda y Eugenia comenzaron a estudiar con sus hijos ya criados y con menor demanda de trabajo doméstico. Sus trayectorias dan cuenta de estos corrimientos y ponen en tensión las imágenes más clásicas del/la estudiante universitario/a, a la vez que construyen otras imágenes de la/el estudiante universitario del mundo popular: mayor en edad, conciliando con esfuerzo la vida familiar, laboral y universitaria y marcando el hito de ser las /os primeros/as que cuentan con un título universitario.

Por último, y este es uno de los ejes centrales, la constatación de que el paso por la universidad no sólo les aporta conocimientos que les permiten acceder al mundo laboral desde la legitimidad de la acreditación de saberes y experticias sino que los/as coloca en otra posición “política” para reconocer injusticias, exigir mejores condiciones de trabajo y reclamar derechos. Griselda, Eugenia y Ariel nos muestran que el acceso a un título superior y el paso por las aulas universitarias no sólo otorga la posibilidad de ingresar al mercado laboral formal en condiciones más convenientes, sino que la identidad profesional ocupa un lugar central en su vida personal y colectiva, involucrando afectos, sentimientos, anhelos, y claro, posiciones políticas que se transforman y reconfiguran. Una identidad profesional del ser enfermeras y enfermeros que no es fija, esencial ni inmutable sino que se reconfigura a partir de las interacciones con otras/os profesionales en escenarios y espacios institucionales diversos o ante el surgimiento de situaciones inesperadas y novedosas como fue la pandemia. Los conflictos, las tensiones y las pujas en las prácticas laborales cotidianas, junto con las nuevas formas de conceptualizar y narrar la propia historia nos muestran la vitalidad de estas trayectorias que, sin dejar de ser individuales, se entraman en recorridos colectivos de grupos y sectores sociales que asumen posiciones políticas novedosas.

Reflexiones finales

A lo largo de este artículo intentamos mostrar el modo en que los procesos de politización permiten articular trayectorias encarnadas en espacios y temporalidades específicas. Así, las trayectorias de Griselda, Eugenia y Ariel, nos permiten comprender cómo el pasaje por la universidad pública

contribuyó al “descubrimiento” de otros mundos posibles de ser y hacer la enfermería, desde el momento que posibilitó espacios para involucrarse y extender otros repertorios de participación pública. Esto les permitió legitimar o cuestionar posiciones, identificar aliados y adversarios, visibilizar tensiones genéricas y discutir alcances y limitaciones que atraviesan sus vidas laborales y personales.

Desde la lucha sutil de Eugenia y sus compañeras para que les dieran los elementos de protección en una clínica privada de barrio norte de la CABA, del lugar de “domador de fieras” gracias a la charla y el mate de Ariel, al reclamo callejero de Griselda bajo la consigna “enfermería no se calla más”, nos encontramos con grados y modos en que las demandas de reconocimiento de las personas por su labor se vuelven asunción personal de los problemas de la profesión. Gestos, acciones y escenarios que demuestran que el reconocimiento tiene que ver no solamente con la gratitud por el servicio brindado sino con el juicio sobre la calidad del mismo. Por un lado, como refleja la lucha de Griselda, es importante el juicio sobre la utilidad económica y social que presta el colectivo profesional enfermero a la organización del trabajo (se relaciona con el status que se le otorga en la sociedad). Por otro lado, también valen (y mucho) los juicios de belleza realizados “desde adentro” a partir de las propias reglas del oficio. Este juicio de tipo horizontal suele ser el más severo y también el más apreciado (la necesidad de “la mano en el hombro” que relata Ariel). Su impacto sobre la identidad es significativo porque habilita la pertenencia y el respeto de los pares. Por eso, las articulaciones entre reconocimiento y sufrimiento son parte de las estrategias de defensa colectiva de los trabajadores en situaciones adversas. Si bien el trabajo no enferma ni cura por sí solo las condiciones materiales, los modos de organización y el reconocimiento sí son factores que se encarnan y recrean en las trayectorias laborales y que inciden en las posibilidades y grados de politización.

Como plantea Norbert Elías, “apenas alguien entra en una profesión, estos problemas institucionales se convierten en sus propios problemas, las dificultades en sus propias dificultades, los conflictos en sus propios conflictos” (Elías, 2011: 12) El autor alemán nos permite entender el modo en que las experiencias, encarnadas en trayectorias, narrativas y subjetividad, toman una visibilidad y un estatus de asunto público, que antes no tenían. Las demandas y reclamos se van enmarcando en los reclamos de un colectivo profesional. Y al mismo tiempo, esas contribuciones singulares, en un contexto de emergencia sanitaria, pandemia y declaración del trabajo de enfermería como “esencial”⁸ (Camarotta y Testa, 2021), se politizan. Esto significa que ser considerado vital, neurálgico y, por lo tanto, estar eximido de restricciones, otorgaba a estos grupos una visibilidad y poder de enunciación y negociación que no habían tenido hasta entonces. Como habíamos planteado, la politización es un proceso por el cual ciertos ámbitos y demandas se articulan en un contexto particular con repertorios y acciones colectivas que los dotan de sentido político. En las trayectorias que hemos analizado aquí, es un marco institucional específico el que convoca a esa politización, y un contexto peculiar, la pandemia, los que en su encuentro lo producen. El marco institucional es el de una carrera de enfermería en el seno de un Instituto de Ciencias de la Salud, con un discurso y una impronta fuerte en la atención primaria de la salud (APS), inspirado en las ideas de la medicina social, la medicina preventiva, el derecho a la salud, con fuerte articulación territorial (Pozzio, 2018). Una carrera que se dicta en una universidad joven, asentada en un territorio históricamente relegado, con una población universitaria fuertemente feminizada y compuesta por mayoría de personas que son primera generación de universitarios (Informe de Investigación N°1, 2017; Mingo Acuña et al., 2020).

Con todo esto, hacemos referencia a circunstancias, saberes, instituciones, sociabilidades que, impactando en diferente medida en las tres trayectorias, permiten comprender que Ariel, de

⁸ “Esenciales” es la fórmula que utilizó el decreto presidencial 297/2020 para abarcar al personal que eximía de las restricciones del ASPO a ramas de actividad consideradas neurálgicas; el persona del salud fue considerado “esencial” por ese decreto.

organizar viajes solidarios al Chaco entendiera como necesario un "cambio radical en el hospital", cambio que es facilitado por una nueva gestión que peleó en la calle la defensa del Hospital público⁹ y de la que él forma parte; que Eugenia convirtiera su preocupación sobre las condiciones de trabajo y alimentación en la clínica donde trabajaba, en tema de tesis y ya licenciada, se animara a elevar a las autoridades del lugar los reclamos sobre las medidas de protección y bioseguridad en plena pandemia; que Griselda entendiera las negativas de sus superiores a darle la carpeta médica, como ejemplo de la precarización general que le hizo tomar la calle con el resto de Autoconvocados.

Si como planteamos al comienzo, numerosos estudios han puesto en relieve las adversas condiciones de trabajo y la histórica falta de reconocimiento material y simbólica de la enfermería, a lo largo de este artículo quisimos mostrar cómo la pandemia fue un contexto que propició que estas situaciones emergieran en la escena pública. Si las búsquedas del reconocimiento involucran siempre tres planos (el individual, el social y el jurídico) que no pueden ser escindidos ni ignorados (Honneth, 1992), la descripción de estas tres trayectorias laborales muestran cómo el paso por la universidad pública articula esos tres planos y permite pensar en un proceso de politización de las demandas de un colectivo profesional. Consideramos que la pandemia implicó una ruptura y puesta en cuestión que dio lugar, al menos temporalmente, a nuevos roles, saberes y dinámicas interprofesionales. Esos nuevos roles, saberes y dinámicas están atravesados por *cierta* experiencia universitaria, atravesada a su vez por *cierta* cultura política que está presente, en distinto grado, en estas tres narrativas. La noción de narrativa y trayectoria, nuestra experiencia como docentes en la carrera de Enfermería, pero sobre todo, el tiempo, las ganas y el compromiso con las tareas y la propia palabra de las personas que hemos entrevistado, son los elementos que nos permiten llegar a estas conclusiones. Por último, a la luz de estas experiencias, la noción de politización nos muestra una vez más la diversidad de connotaciones, grados y variedades de lo político y su íntima relación con la experiencia personal, cotidiana y, por qué no, profesional; sobre todo cuando -como hemos fundamentado en este artículo- estos múltiples entrecruzamientos disputan sentidos sobre las relaciones entre la universidad y lo político.

Bibliografía

- Arfuch, L. (2018). *La vida narrada: memoria, subjetividad y política*. Villa María: EDUVIM.
- Becker, H. (2009). *Outsiders. Hacia una sociología de la desviación*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Bohoslavsky, E. y Soprano, G. (2010). Una evaluación y una propuesta para el estudio del Estado en Argentina. En E. Bohoslavsky y G. Soprano (comps), *Un Estado con rostro humano* (pp. 9-55). Los Polvorines: Prometeo/UNGS.
- Camarotta, A. y Testa, D. (2021). Introducción. Pasado y presente: miedos, enfermedades y pandemias. En Adrián Camarotta y Daniela Testa (comps.), *Esenciales en debate. Las ciencias de la salud en clave histórica: profesionalización, Estado, actores e intervenciones* (pp. 9-24). Buenos Aires: Imago Mundi.
- D'Antonio, D.; Grammatico, K. y Valobra, A. (2020) Palabras iniciales. En D. D'Antonio, K. Grammatico y A. Valobra (comps.), *Historias de mujeres en la acción política. De la revolución rusa a nuestros días* (pp. ix-xvi). Buenos Aires: Imago Mundi.
- Dejours, C. (2015). *El sufrimiento en el trabajo*. Buenos Aires: Topia.
- Elías, N. (2011). Estudios de la génesis de la profesión naval. *Apuntes de Investigación del CECYP*, 20, 9-31.

⁹ Ante la crisis presupuestaria que afectó especialmente al HEC, en 2018 se realizó un masivo "abrazo" al hospital, con el slogan "Salvemos el Cruce": participaron miles de personas, entre ellas, trabajadores, pacientes y la comunidad toda.

- Esteban, M. L. (2004). *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Barcelona: Bellaterra.
- Fraser, N. (1991). *La lucha por las necesidades. Esbozo de una teoría crítica socialista-feminista de la cultura política del capitalismo tardío*. Debate Feminista, volumen 3.
- Guber, R. (2001). *La etnografía: método, campo y reflexividad*. Buenos Aires: Norma.
- Honneth, A. (1992). *La lucha por el reconocimiento*. Barcelona: Crítica
- Informe de investigación #1 (2017) "Ser estudiante de la UNAJ. Análisis de la experiencia universitaria desde una perspectiva de género" Disponible en: <https://peg.unaj.edu.ar/documentos-de-trabajo/>
- Masson, L. (2004) *La política en femenino. Género y poder en la provincia de Buenos Aires*. Buenos Aires: Antropofagia.
- Mingo Acuña, E. et al. (2020). Feminización de la Universidad y Cuidados. Una mirada de género sobre la experiencia de ser estudiante en la UNAJ. Publicaciones- UNAJ Divulga. (en prensa)
- Pozzio, M. (2018). ¿Saber, profesión o qué? El sanitarismo argentino desde el punto de vista de sus protagonistas (2002-2015). En L. Rodríguez y G. Soprano (comps), *Profesionales e intelectuales de Estado. Análisis de perfiles y trayectorias en la salud pública, la educación y las fuerzas armadas* (pp. 205-228). Rosario. Pro-historia.
- Ramacciotti, K. y Testa, D. (2021a). Reflexiones sobre los cuidados sanitarios ante situaciones críticas en Argentina En Y. de Paz Trueba, O. Echeverría, S. Gómez y L. Lionetti (coords), *Volver al después del contagio: las post-epidemias argentinas de la colonia a nuestros días* (pp. 315-348). Buenos Aires: CLACSO/Facultad de Ciencias Humanas UNICEN.
- Ramacciotti, K. y Testa, D. (2021b). ¿Trabajadoras o heroínas? Cuidados sanitarios en tiempos de crisis. *Revista Ciencias De La Salud*, 19. Disponible en:
- Rodríguez, L. y Soprano, G. (2018). De las profesiones liberales y los intelectuales *contra el Estado*, al estudio de los profesionales e intelectuales *de Estado*. En L. Rodríguez y G. Soprano (comps). *Profesionales e intelectuales de Estado. Análisis de perfiles y trayectorias en la salud pública, la educación y las fuerzas armadas* (pp. 9-67). Rosario: Pro-historia.

Trayectorias vitales de enfermeras¹: formaciones escalonadas, cuidados y responsabilidad

Life trajectories of nurses: staggered training, care and responsibility

MARIÁNGELES CALVO *

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

PAULA MARA DANEL**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA / CONICET

MARÍA EUGENIA MARTINS ***

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

RESUMEN. El artículo traza como objetivo el análisis de trayectorias vitales del personal de enfermería con recorrido formativo escalonado desde cuidador domiciliario hasta técnicos o licenciados en enfermería, desentrañando la trama de sentidos que se construyen en relación a tres ejes: vocación, cuidados y responsabilidad. Las personas entrevistadas desempeñaron su labor en el escenario de la pandemia, y las experiencias narradas dan cuenta de una serie de transformaciones donde la dimensión de lo vivido expresa los impactos generados a nivel biográfico, personal y social. El carácter performativo de la tarea de cuidado, posibilita reflexionar sobre los impactos que tienen en las biografías de personal de enfermería, aquellas transiciones a la profesionalización de su tarea, algo que según sus propias narrativas conjuga una serie de desventajas y ventajas, según variables de clase social, género, etnia, edad, entre otras. Buscamos por tanto, desentrañar estos aspectos considerando los recorridos en el tránsito de formarse y desempeñarse como cuidadores y cuidadoras a estudiar la carrera de enfermería, compartiendo experiencias de vida que dejan al manifiesto que la tarea del cuidado y la tradición familiar se entrelaza, imbrica y reconfigura en su relación con el campo educativo y laboral, el mundo profesional, la tradición familiar.

PALABRAS CLAVE: cuidados; enfermería; pandemia; formación

ABSTRACT. The article aims to analyze the life trajectories of the nursing staff with a staggered training path from home caregiver to technicians or nursing graduates, unraveling the web of meanings that are built in relation to three axes: vocation, care and responsibility. The people interviewed carried out their work in the pandemic scenario, and the narrated experiences give an account of a series of transformations where the dimension of what was experienced expresses the impacts generated at a biographical, personal and social level. The performative nature of the care task makes it possible to reflect on the impacts that transitions to the professionalization of their task have on the biographies of nursing personnel, something that, according to their own narratives, combines a series of disadvantages and advantages, according to variables of social class, gender, ethnicity, age, among others. Therefore, we seek to unravel these aspects considering the routes in the transition from being trained and working as caregivers to studying a nursing career, sharing life experiences that reveal that the task of care is interwoven, interwoven and reconfigured in their relationship with the educational and labor field, the professional world, the family tradition.

KEY WORDS: care; nursing; pandemic; training

* Licenciada y Magíster en Trabajo Social. Docente investigadora Instituto de Estudios en Trabajo Social y Sociedad (IETSyS), Universidad Nacional de La Plata (UNLP). Beca finalización de Doctorado (CONICET). Profesora adjunta (Facultad de Trabajo Social, UNLP). E-mail: mariancalvo68@hotmail.com  <https://orcid.org/0000-0001-8850-5561>

** Dra. en Trabajo Social. Investigadora Adjunta CONICET en IETSyS (UNLP). Profesora Adjunta Ordinaria de la Facultad de Trabajo Social (UNLP). E-mail: danelpaula@hotmail.com  <https://orcid.org/0000-0001-7401-1720>

*** Lic. en Antropología y Dra. en Ciencias Naturales con orientación en Antropología (FCNyM-UNLP). Docente investigadora del IETSyS (UNLP). E-mail: memartins@fcnym.unlp.edu.ar  <https://orcid.org/0000-0001-7663-1595>

¹ En el título se nombra al personal de enfermería en femenino, reconociendo el carácter feminizado de la profesión y al mismo tiempo evidenciando que la mayoría de las entrevistas puestas en juego en el presente trabajo pertenecen a personas autopercebidas como mujeres.

Introducción

El trabajo presentado se inscribe en una investigación con carácter federal, que asume a la experiencia globalizada de pandemia por COVID 19 como resultante de una serie de transformaciones socio históricas que inciden de manera desigual en la producción social de la (pos) pandemia. La investigación funcionó con 16 nodos pertenecientes a universidades públicas nacionales de Argentina, y fue financiado por la Agencia Nacional de Promoción de la Investigación, el Desarrollo Tecnológico y la Innovación.²

La pregunta que trazamos en este escrito se liga a la producción de datos realizados desde algunos documentos (leyes, programas, y artículos periodísticos) y entrevistas semi estructuradas realizadas en el año 2021 a personal de enfermería que se desempeña en la región Gran La Plata, provincia de Buenos Aires de Argentina. Interesa interrogar posiciones y sentidos adjudicados y asumidos por la enfermería frente a la situación de emergencia sanitaria, con especial atención a aquellas personas que recorrieron un camino de titulación ascendente en el campo de los cuidados.

Enfoque de trayectorias vitales en el entramado de los cuidados

Dialogamos con estudios (Pérez Orozco, 2019; Ramacciotti, 2020) que proponen pensar al cuidado como noción analítica, considerando la fortaleza intrínseca de los trabajos centrados en prácticas altamente feminizadas, que se reproducen social y generacionalmente implicando la constante atención, responsabilidad e interés sobre otros.

Esta organización social del cuidado, se produce y reproduce en el cotidiano a partir de relaciones sociales en el ámbito familiar, doméstico, laboral, entre otros, donde los tiempos y espacios vividos, anudan trayectorias que expresan que no existe una división tajante entre la unidad doméstica y la unidad productiva (Aguilar, 2019).

Partir de una perspectiva analítica del cuidado, implica entonces acercarnos a aquellas trayectorias y experiencias vividas para dar cuenta de los modos en que, de modo mayoritario, identidades feminizadas hacen cuerpo la desvalorización de una práctica que resulta en una acumulación de precariedades y desventajas, según los modos en que dicha tarea –en sus historias- se configura en intersecciones por género, edad, clase social, entre otras. (Durán, 2018)

Las intersecciones, las pensamos en la clave propuesta por Falquet, “la imbricación habla de cómo se entrecruzan relaciones sociales estructurales” (Bolla, 2017: 197). En las entrevistas analizadas se hace evidente la imbricación de clase social, de racialización y de género, evidenciada en las trayectorias singulares.

En ese sentido, consideramos que el enfoque de trayectorias contribuye en nuestro análisis en tanto posibilita -a partir de las experiencias de vida- reflexionar sobre la organización social del cuidado y su irrupción en la agenda pública estatal. Ligado a ello, la distribución desigual del cuidado resulta nodal en el análisis de la desigualdad social (Faur, 2014) y en pleno escenario de pandemia los relatos del personal de enfermería narran sobre sus salarios precarios e impactos subjetivos.³

Los relatos de profesionales se constituyen en insumo al momento de hablar del cuidado,

² La investigación ha sido dirigida por la Dra. Karina Ramacciotti (CONICET - UNQUI) y las autoras del presente trabajo pertenecen al Nodo 9 IETSyS de la Facultad de Trabajo Social de la UNLP.

³ Podemos pensar estas configuraciones en términos de objetos “calientes”, en tanto se trata de procesos de alta tensión y exposición pública (Fernández Álvarez, 2010).

en tanto práctica y desde su relevancia en el marco de la experiencia corporal y sensorial. Nos referimos a aquello opaco, lo no dicho, lo silenciado, lo que no se expresa necesariamente, que de manera sutil construye subjetividades y configura trayectorias vitales.

Desde el enfoque relacional, consideramos que dichas subjetividades se producen en vínculo con otros, ligado a elecciones, preferencias y afectos que se tejen a lo largo de la vida. Por tanto, analizar la organización del cuidado a partir del acercamiento a las trayectorias, es una búsqueda para conocer lo que experimenta el personal de enfermería según distintos acontecimientos, situaciones, relaciones con compañeros de trabajo, familiares, entre otros. Identificar lo que las ha marcado de modo particular, por ejemplo, al momento de optar por la carrera de enfermería.

En los relatos los deseos, el placer, las angustias y los padecimientos, irrumpen dejando entrever lo que significa la profesión, pero sobre todo, lo que les sucede al momento de ejercerla. Ahí la vocación, el mandato se tensionan con lo que es fruto de la experiencia vivida y los sentidos que emanan de la misma.

En esta línea los aportes de Bourdieu (1987) se constituyen en centrales al momento de reflexionar sobre el modo en que los sentidos de la acción resultan del habitus, considerado estructura estructurante que opera a partir de condiciones de existencia compartidas. Es decir, es más de lo que internalizamos en nuestras trayectorias de origen y deviene de un proceso de socialización, que configura un modo de ver, estar y pensar al mundo (Dubet, 2007).

Cabe destacar que no nos centramos en las historias de vida de estas enfermeras y enfermeros, sino que en el acercamiento a sus experiencias nos permiten reflexionar sobre las posiciones que en el espacio social trazan trayectos diversos, siendo la posición de origen el punto de partida que incide en las posibilidades y sentidos de las prácticas (Bourdieu, 1987). En los casos analizados los puntos de partida se reiteran en la pertenencia a sectores populares.

En relación a la importancia que asumen las relaciones sociales en la configuración de las subjetividades y las trayectorias, la perspectiva sobre el curso de vida (Glen, 1994) provee elementos para analizar el modo en que estas se entrelazan en el encuentro de generaciones, carreras laborales y familiares, así como también, en las transiciones que se experimentan en distintos espacios institucionales. El enfoque del curso de vida, también piensa a las elecciones no como algo individual sino moldeado según contexto y vidas interdependientes en curso, donde la elección de un trabajo estable, por ejemplo, se vincula a determinado momento de la vida, relaciones familiares, entre otros.

En la investigación se combinaron encuestas, entrevistas semi estructuradas realizadas a través de la plataforma virtual Zoom⁴ y análisis de información recabada por las carteras sanitarias junto a un rastreo de medios de comunicación. Los instrumentos de relevamiento y análisis se ligan a las preguntas sobre los modos en que se produce la certeza del cuidado como elección vocacional, y al mismo tiempo las oportunidades efectivas de formación y jerarquización de las trayectorias laborales.

Antecedentes

Identificamos investigaciones previas sobre el recorrido de formación escalonada en el campo de los cuidados y sus relaciones con los procesos de salud - enfermedad, atención y cuidados (Ferreiro, 2020). En este punto producimos un primer diagnóstico en torno a los profundos desequilibrios entre la disponibilidad de personal de enfermería y la distribución del recurso humano en salud (Heredia, et. al, 2005 y Dure, et al, 2017)

⁴ Si bien no es objetivo de este trabajo, nos resulta importante destacar que el mismo contexto de pandemia condujo al desafío de buscar y producir nuevas formas de desplegar el trabajo de campo, incorporando el uso de plataformas virtuales para la realización y grabación de las entrevistas.

En el trabajo de Luis Casanova y Carina Lupica (2018), se destaca que los temas de cuidados, y su profesionalización se vinculan a los objetivos estratégicos de la agenda de trabajo decente. En ese sentido, asumen los desafíos incumplidos en torno a promover el mismo en la economía del cuidado.

Se indica que la enfermería tiene regulada su actividad por la Ley Nacional N° 24.004 del año 1991. En la misma establecen dos niveles para su ejercicio, el auxiliar y el profesional reconociendo a cada estamento actividades diferenciadas de acuerdo a la formación acreditada. No obstante, de acuerdo a los aportes de Chavez y Franco:

podemos pensar que estas condiciones enmarcan un proceso que podríamos señalar como de auxiliarización del técnico e incluso del licenciado, es decir, la reducción desde un potencial de sus intervenciones de cuidado a la focalización sobre aquellas actividades de escasa complejidad que pertenecen a la esfera de las competencias del auxiliar de enfermería, como lo señala el listado de actividades en la reglamentación del artículo 3 de la ley 24004 (Chávez y Franco, 2021: 151).

El segundo diagnóstico al que llegamos -desde el análisis de los estudios relevados- es que la fragmentación del sistema de salud y la centralidad hospitalaria (López, et al, 2021) es una marca persistente en la construcción de expectativas de éxito en el desempeño de la enfermería, es decir una valoración a la atención clínica y en emergencia y una infravaloración a los cuidados de largo plazo.

La formación escalonada nos llevó a recuperar antecedentes de la formación de Cuidadores Domiciliarios, que en Argentina tiene una tradición desde la década de 1990. Claudia Arias (2009) señala que el Componente de Formación del Programa Nacional de Cuidadores Domiciliarios “consiste en formar a personas desocupadas, de escasos recursos y de bajo nivel educativo, para que puedan lograr una salida laboral como cuidadores domiciliarios”. (Arias, 2009:47). Gascón (2015) y Cimatti y Danel (2014) destacan que los cuidados para personas mayores deben ser impulsados desde la integralidad y estar incluidos en la lógica de protección social y de salud.

Las investigaciones de Natacha Borgeaud-Garciandí (2017 y 2020) y Molina (2020) ponen de manifiesto la incidencia de la migración en el conjunto de personas que se desempeñan y/o forman como cuidadores domiciliarios. Borgeaud-Garciandí propone análisis sobre la dominación articulada entre trabajo-incorporación al trabajo y migraciones femeninas. Las producciones relevadas ponen en evidencia que “la capacitación, aún cuando no se traduce en una mejora del empleo en el mercado laboral, es sumamente valorada por las cuidadoras en términos de transformación y crecimiento personal” (Borgeaud-Garciandí, 2020: 63).

El tercer diagnóstico al que arribamos es que las cadenas globales de cuidado (Orozco, 2007) se hacen presentes en las tareas de cuidadora domiciliaria, en tanto actividad feminizada y con escasa regulación estatal. Al mismo tiempo, se evidencia que los planes estatales de formación han posibilitado el acceso de sectores populares al campo de los cuidados, con acreditaciones que aportan a mejorar sus condiciones de empleabilidad.

Las tramas del cuidado en las trayectorias vitales del personal de enfermería

Las entrevistas seleccionadas para este artículo, fueron realizadas a personal de enfermería que se había formado hacia fines del siglo XX y principios del XXI, en el marco del Programa Nacional de Cuidadores Domiciliarios (Aguirre y Oddone, 2002) en su implementación en Municipios o mediante organizaciones no gubernamentales.

Yo soy auxiliar, previo a esto hice un curso de cuidadoras de ancianos, que ahí es donde empecé, en realidad empecé a estudiar después de grande ya, por una cuestión de, de tema de

necesidad laboral, que necesitaba sustentar a mi familia, y bueno esto me llevó a hacer algo, por necesidad más que nada de trabajo de un ingreso ¿no? pero al mismo tiempo era como que buscaba algo que también me gustaría hacer, porque estaba en una edad que ya era grande, para elegir (Entrevista a Sara,⁵ auxiliar de enfermería).

Sara cuando refiere a que era grande, en realidad tenía poco más de 20 años. Su percepción de edad se liga a las experiencias de maternidad y a las barreras para proyectar una carrera profesionalizante. La elección de la carrera que la acerca a la salida laboral la vinculaba a un área de trabajo que, en clave a los aportes de Tronto (1987), se liga a la devaluación del cuidado y del género. Y al mismo tiempo, desde las narrativas⁶ recuperadas, se pone en evidencia que la profesionalización de los cuidados amplió sus horizontes de futuro, tal como lo identificaba Zibecchi (2013) en su investigación sobre cuidadoras comunitarias. La realización de los cursos de cuidadores les permitió reconocer que las tareas de cuidado se vinculaba a una vocación.

En ese sentido, poniéndonos en diálogo con Dubet (2013), señalamos que el personal de enfermería, liga su historicidad a dos filiaciones, las instituciones caritativas, religiosas y por otro a la ciencia y la tecnología. Esta tensión, coloca a la categoría profesional en un malestar estructural.

El personal de cuidado asume el malestar estructural, sumado a una desvalorización del cuidado crónico. La asistencia en emergencia, en procesos agudos se presenta como lo deseable para el desarrollo profesional, ya que “los cuidados asistenciales quedan subestimados por el paradigma médico, que como todos los modelos deudores de las ciencias naturales se articulan en torno a una interpretación de la realidad en términos de regularidad, medición y contrastación (Murillo, 2003: 3).

En los relatos, los recorridos que trazan las trayectorias vitales denotan algunos puntos de encuentro en el modo en que se establece el acercamiento a la profesión de enfermería. En algunas, la inserción en el campo de los cuidados y la salud comienza con el desempeño laboral en tareas de limpieza en hospitales públicos o como trabajadoras de casas particulares. A partir de trabajar como cuidadoras, algunas sin remuneración a cambio, encuentran en las tareas de sostener, ayudar y acompañar a pacientes, una vocación.

Resulta interesante el modo en que la práctica de enfermería se vincula en las narrativas a la noción de cuidado, de manera multidimensional. Se reconocen aspectos sociales, culturales, económicos y de padecimientos en la construcción de la tarea. Al mismo tiempo, procesos de subjetivación referidos al significado que asume la experiencia personal del cuidar de otros, así como la importancia de dicho acto. El cuidado se reconoce como algo que “se lleva en la sangre” pero que, además, el entorno cercano identifica con una vocación de servicio; podemos decir que ambos aspectos, van configurando el recorrido que caracteriza la inserción en la carrera y el ejercicio de la profesión.

¿A mí qué es lo que más me gusta de ser enfermera? Y yo creo que lo llevo en la sangre, el poder ayudar a otros. Yo creo que la mejor paga que yo tengo, es el cariño de mis pacientes, el gracias (Entrevista a Sara, auxiliar de enfermería)

Es como que uno tiene que estar siempre bien predisposto... es como tener un hijo en tu casa, siempre tenés que estar bien predisposto en la atención a ellos, porque ellos no tienen la culpa de lo que está pasando, entonces cuando uno tiene un hijo tiene que estar bien

⁵ Los nombres de las personas entrevistadas han sido cambiados en cumplimiento a los compromisos asumidos con las mismas de anonimizar y desidentificar.

⁶ Asumimos a las narrativas como producciones discursivas contingentes, situadas, epocales, fruto de lo social significado y lo discursivo表演 lo social (Butler, 2007) que nos invitan a pensar las formas en que la producción lingüística constituye un conjunto entre los productos y los agentes productores (Bourdieu, 2008 y Danel, 2020).

predisposto ... y ellos bueno, son personas grandes, que no son tus hijos pero que tenes que estar predisposto para la atención... (Entrevista a Laura, enfermera profesional)

Nosotros en el instituto⁷ no podemos hacer protesta, no podemos parar, no podemos hacer feriado nada porque en el sentido que los chicos no tienen la culpa, nosotros vamos por los chicos...[los pacientes] (Entrevista a Lara, auxiliar de enfermería)

En algunos relatos, comentan que su deseo de estudiar comienza por la recomendación y el incentivo de jefes de enfermería, otros compañeros de trabajo y referentes familiares. Por otro lado, el camino de ser cuidadora domiciliaria, luego auxiliar de enfermería y más adelante “profesionalizarse” -como se expresa en sus voces- es parte de exigencias de las instituciones de salud.⁸ Además, se vincula con distintos momentos del curso vital, donde se liga a la necesidad de estudiar en vistas a obtener un mejor ingreso para “ayudar a la familia”, o para ampliar las oportunidades de crecimiento socio profesional.

Las tramas del cuidado en la singularidad de las experiencias analizadas se configuran a partir de relaciones sociales que ven a dicha tarea como una práctica que implica responsabilidad, afecto y vocación. Asimismo, como una profesión que requiere formación (Pochintesta, et al., 2021), siendo el entorno cercano un condicionante clave frente a la posibilidad de continuar estudiando. Aparecen diversos espacios que contribuyen al recorrido formativo, como planes estatales, sindicales y ofertas privadas articuladas con los sindicatos.⁹

Cuando mencionan “ya no quedan auxiliares en enfermería”, que “en hospitales no te toman, menos en privado, exigen profesionalismo” (Lorena, trabajadora hospital público), están reafirmando el crecimiento de las exigencias de capacitación para el sector, asociado a mayores niveles de responsabilidad en la tarea.

En el escenario de la campaña de vacunación de la Covid se desarrollaron capacitaciones con gran adherencia dando cuenta de la masiva preocupación por la formación continua, expresando que el cuidado es una práctica que requiere el manejo de un conjunto de conocimientos y saberes técnicos, que demandan mayores herramientas en contextos de alta complejidad, como sucedió en la pandemia.

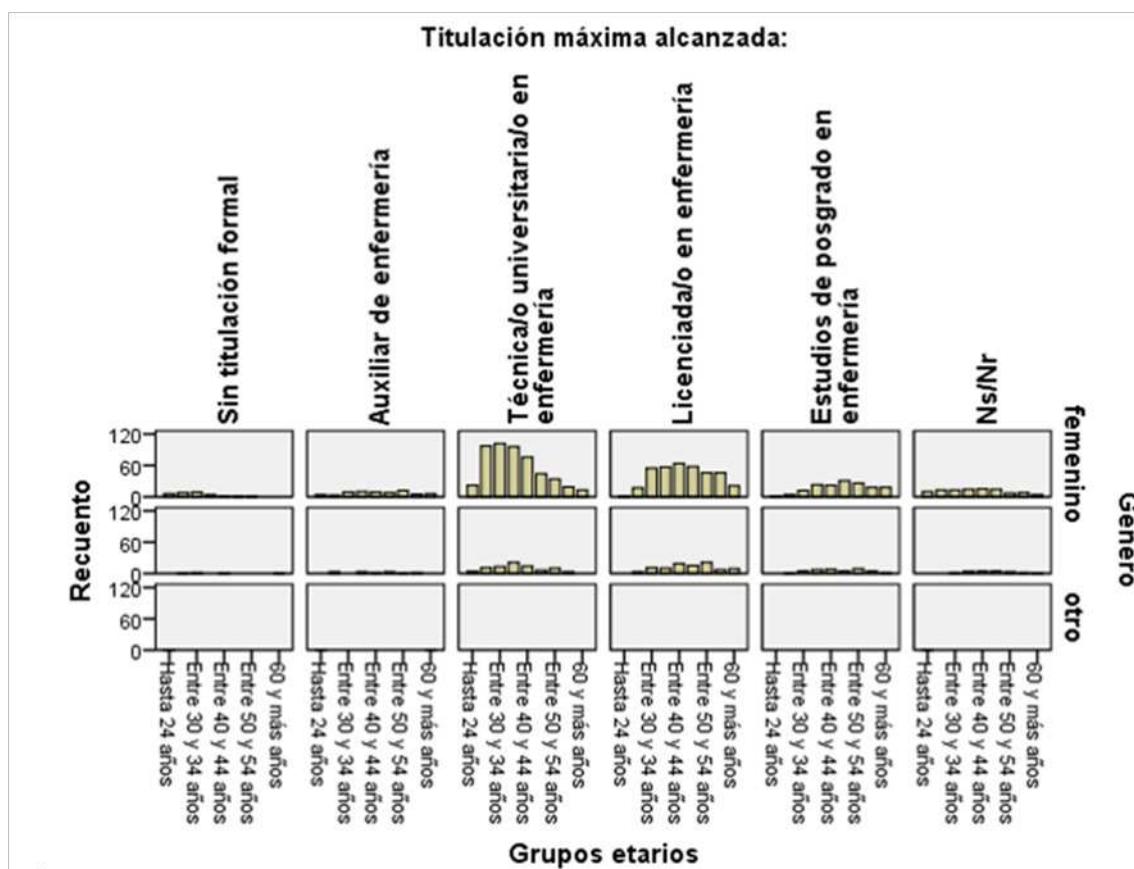
Las apuestas por estudiar en el campo de los cuidados -cómo señalamos precedentemente- se vinculan con la organización familiar, vislumbrando esfuerzos para garantizar tiempos, conjugando lo doméstico con extensas jornadas laborales y un trabajo que implica mayores exigencias físicas. Es allí donde el cuidado se tensiona con distintos grados de profesionalización y feminización de la tarea, donde el “no tener tiempo”, la edad, el cuidado de hijos/as, entre otros, aparecen en los relatos como condicionantes al momento de continuar estudiando.

En términos de formación profesional en el marco de las entrevistas realizadas, los trayectos dan cuenta de una gran heterogeneidad en relación a las experiencias formativas. Varían en los recorridos personales, el lugar en el que estudiaron y el grado de formación alcanzada, cuestiones que asumen características distintas en relación a variables de género y edad. En el cruce de ambas, pudimos observar que los enfermeros varones se gradúan de licenciados en menor tiempo, a diferencia de las mujeres quienes encuentran mayores obstáculos al momento de culminar la licenciatura o directamente no aspiran a ella.

⁷ Se nombra instituto, para desidentificar.

⁸ En las entrevistas surge que los hospitales públicos ya no contratan a auxiliares de enfermería, requiriendo la titulación de enfermera/o profesional (nivel técnico) para la inclusión en las plantas funcionales de los mismos.

⁹ De las entrevistas surge que las formaciones se realizaron en el Sindicato de salud Pública (SSP) que nuclea a trabajadores públicos provinciales del sector salud, cursos de cuidadoras domiciliarias dictados en la ciudad de La Plata y/o Berisso, formación de enfermería profesional en el marco del Plan Evita. También, la formación en universidades privadas, con la intermediación del sindicato mencionado y/o Universidad Nacional de La Plata.



Fuente: Datos generados con Software estadístico SPSS, a partir de Encuesta Nacional realizada desde PISAC N 22

El cuadro precedente pone en evidencia que las diferenciales de género son significativas, por lo que la imbricación clase y género resulta una marca fuerte en la distribución de oportunidades de crecimiento en los espacios laborales.

Yo fui mama a los 16 años, entonces yo ya a los 25 años me consideraba una persona super grande para seguir estudiando, obviamente hoy por hoy mi cabeza piensa de otra manera, pero bueno en ese momento yo decía no con 25 años no tengo tiempo para empezar algo de cero, necesito algo con salida laboral rápida, y algo que siempre pensé desde chica es , hacer algo que me gustara hacer y que no me generara un peso en mi vida, que no lo sufriera que no lo padeciera, sino algo que yo pudiera hacer y que me hiciera sentir bien también. (Entrevista a Sara, auxiliar de enfermería)

Las experiencias narradas ponen en evidencia rupturas en la linealidad biográfica, pero que en el caso de las mujeres no las alejan de manera abismal de las responsabilidades de maternidad y cuidados de los miembros de la familia.

Pandemia: relaciones afectivas, familiares y laborales

Como refiere Dejours existen distintas formas de sufrimiento en relación a los problemas de salud que derivan del trabajo “el trabajo no es un medio ambiente externo, sino que penetra profundamente en la cabeza de la gente, en la vida de quienes trabajan, y esto no sólo ocurre durante el horario laboral. Uno se lleva el trabajo afuera” (2019:55)

El autor sostiene que la causa de las problemáticas de salud resulta de una relación intrínseca entre las condiciones de trabajo y el cuerpo, es decir, elementos físicos, químicos, biológicos,

entre otros, que, por ejemplo, afectan a trabajadores de la salud en el escenario de la pandemia. En el caso de los enfermeros y las enfermeras, dichos riesgos resultaron de la reorganización de sus prácticas en un contexto en el que se intensifica el sufrimiento y la sobrecarga en una profesión ligada estrechamente a la tarea de cuidado dentro de una realidad hospitalaria. Allí, el miedo al contagio, la escasez de recursos para protección personal y la incertidumbre en los protocolos propuestos, fueron algunas de las características principales de las vivencias cotidianas experimentadas por dichos agentes. (Ramacciotti, 2021; Danel, Calvo y Daca, 2022).

En la pandemia, según relata el personal entrevistado, el miedo al contagio no se centraba exclusivamente en relación a la propia familia. También para con los pacientes, a quienes se temía contagiar, especialmente en el caso de grupos de riesgo.

En la forma de ejecutar el trabajo no solamente, todo con protocolo, nosotras nos tenemos que cuidar para cuidar a ellos, porque si hay un medio de contacto ... porque de ellos no existe la posibilidad de que se puedan contagiar, si se contagian de covid es porque alguno de nosotros se lo llevamos, entonces nosotros obviamente tenemos el cuidado que tenemos que tener, porque nadie está exento de poder contagiarse y de poder tener ... de poder llevar el virus no, y ellos son todos viejitos, están ahí y no salen no reciben visitas, entonces el único medio de contagio somos nosotros ... así que el cuidado extremo de nosotros hacia ellos. (Entrevista a Laura, enfermera profesional)

La dimensión socio afectiva se constituye en uno de los aspectos centrales para analizar el cuidado en el entramado de relaciones desiguales en las que este se desarrolla. Podemos decir, que se conjugan la responsabilidad por capacitarse y el miedo a afectar a aquellos a quienes se cuida, realizando arduos esfuerzos que no resultan en una mejor remuneración y reconocimiento de la función social que asume dicha práctica (Aspiazu, 2017). La dimensión mencionada, ligada a cuidar a personas en situación de discapacidad, o con requerimiento de cuidado permanente aparece con mayor énfasis en quienes han realizado esta formación escalonada. Una de las hipótesis posibles es que se trata de perfiles profesionales que identifican al cuidado en su centralidad. Tal vez, este personal puede ubicar sin menosprecio al cuidado en el amplio abanico de tareas de la enfermería.

A mi me gustan mucho los lugares donde trabajo ¿por qué te digo esto? porque la profesión tiene un montón de cosas, eh, y uno puede elegir qué hacer dentro de la enfermería: uno puede de hacer una parte asistencial, puede hacer docencia, puede hacer gestión, puede hacer administración, puede hacer investigación... o sea tiene muchas formas y aristas a los cuales dedicarse dentro de la profesión ¿si? (...) me gusta mucho hacerla en el lugar en donde yo elegí para trabajar ¿si? que esto es algo que yo muchas veces le recalco a la gente que va a buscar trabajo o incluso cuando doy clases en la universidad ¿si? Porque me parece que la gran clave en nuestro trabajo está en saber en donde queremos trabajar y que es lo que queremos hacer ¿si? para poder estar conformes con lo que hacemos porque ahí encontramos la satisfacción (Héctor, Lic. en enfermería, jefe de servicio).

La elección de trabajar en un dispositivo de cuidados, aparece como una opción razonada, argumentada. El entrevistado, advierte que la mirada hegemónica es que el desarrollo profesional se realiza en sector de agudos, en terapia intensiva, y se anima a ponerlo en duda.

Y también cuidarnos nosotros mismos, (...) yo por ejemplo que viajo en transporte público, también vivo con miedo del tema de no contagiarme de nada porque yo después se lo puedo transmitir a mis pacientes que son personas de riesgo ¿no? (...) A veces con la familia misma el tema del miedo de que si vienen, si van, si uno puede transmitir algo, o la familia a uno y uno llevarlo al hospital, o del hospital sacarlo y llevarlo a la familia, entonces cuando uno llega a casa también, (Entrevista a Sara, auxiliar de enfermería)

Los estudios consultados (Aspiazu, 2017, Ramacciotti, 2021, entre otros) identifican una desvalo-

rización de las tareas de cuidado, que se sostiene en discursos que naturalizan la responsabilidad individual y femenina. Intrínsecamente condicionado por las condiciones de clase, género, etnia y edad, y el modo en que enfrentan un cúmulo de desigualdades arraigadas e imbricadas.

Y yo creo que no me canso, que es lo que me alimenta, el poder ayudar al otro es lo que me alimenta y lo que me ayuda a seguir, a tratar, a pesar de las adversidades que uno tiene en la vida, seguir luchando para capacitarse, cosas que me sirvan a mi para ayudar a otro (Entrevista a Sara, auxiliar de enfermería).

Entonces era más que nada por eso ... entonces era cómo cambiar la plata y arriesgar la vida, decidí no, hasta que no me aumentaran la hora no iba a ir, o si me daban una beca iba a continuar pero bueno no sucedió, entonces por eso todavía no me decidí ... hasta que me ofrezcan otra cosa económicamente obviamente voy a ir porque lo necesito (Entrevista a Laura, enfermera profesional)

La enfermería como trabajo de cuidado, es considerada una de las carreras más damnificadas del sector salud, y de los más afectadas por la violencia en el trabajo. En el marco de las entrevistas, las violencias sutiles (Wlosko y Ros, 2019) que narra el personal de enfermería refieren a aquellas que resultan del aumento de los ritmos de trabajo, exigencias físicas y emocionales. También, de las características que asumen las relaciones al interior de los equipos en términos de estrategias y vínculos entre pares.

En este sentido, la falta de reconocimiento en dicho sector es un tipo de vivencia de la violencia (Wlosko y Ros, 2019) siendo necesario trabajar en la visibilización de los modos en que en esta se pone en juego. La noción analítica de “hacer discreto” expresa que en las prácticas enfermeras y enfermeros, no solo no deben esperar gratitud a cambio de la tarea desarrollada, sino tampoco “llamar la atención de quien se beneficia del cuidado”. Por lo tanto, la constante invisibilización de dicha práctica termina legitimando su naturalizada desvalorización:

La dinámica del reconocimiento refiere a una apuesta: todas las personas esperan algún tipo retribución en relación con la labor realizada: el sujeto se involucra en el trabajo poniendo en juego su esfuerzo y creatividad, y a cambio, espera ser reconocido por la contribución realizada. Esta dinámica puede estar en consonancia con los deseos del sujeto, y la construcción identitaria o por el contrario, obstaculizarla e incluso impedirla (Wlosko y Ros, 2019:99)

Wlosko y Ros (2019) caracterizan a la violencia laboral en relación con el trabajo en enfermería, considerando la necesidad de establecer una problematización de las dinámicas interactivas que se ponen en juego en la organización laboral. Podemos decir que las condiciones socio económicas y organizacionales que resultan de la precarización, intensificación e individualización contribuyen a distintos tipos de violencia. Por tanto, esa violencia es vivenciada en los esfuerzos realizados frente a las exigencias de constante capacitación y competencias en pandemia, frente a la búsqueda de un reconocimiento y valorización por la tarea que nunca llega.

Por otro lado, las tramas cotidianas anudan realidades personales en las que los entrevistados reconocen fuertes cargas emocionales (miedo, estrés, temor, enojo, cansancio, apatía, angustia, readaptación) que devienen de la modificación de sus interacciones con otros. No sólo de los espacios de reunión con amigos o familiares, sino también con los mismos pacientes; esto último es considerada una de las mayores transformaciones dadas a nivel personal, laboral e institucional. La necesidad de alojar, contener, y garantizar el bienestar físico y emocional de otros, trae fuertes consecuencias en el bienestar del personal de enfermería:

En el núcleo del trabajo enfermero se encuentra la experiencia de tener que trabajar con la vulnerabilidad y el sufrimiento de otro. La confrontación con la enfermedad, el dolor y el sufrimiento constituyen fuentes de sufrimiento particulares e implican el desarrollo en el transcurso de la socialización profesional, de una disposición específica: la identificación compasiva (Wlosko y Ros, 2019:102).

En las entrevistas, dicho aspecto denota que estas cargas se intensifican, en tanto, el cuidado ocupa el lugar central en un contexto pandémico en el que se acrecienta la necesidad de todos y todas de brindar y recibir cuidados.

Había que cuidarse igual y había que cumplir con los protocolos precisamente para que nada sucediera ¿si? para cuidarnos entre nosotros en lo que tiene que ver con el mismo personal y, a su vez, de parte nuestra hacia los pacientes. Porque te reitero, te reitero, el tema no estaba en lo que nosotros podíamos decidir del paciente, sino el tema estaba en que nosotros a los pacientes sabíamos que no tenían nada y el punto era no traerle nosotros, desde afuera, algo que le podamos transmitir; y si nosotros traímos algo de afuera le podíamos transmitir al paciente, también lo podíamos transmitir al resto de los compañeros (Entrevista a Héctor, Jefe de enfermería).

A dicha situación, se suma el hecho de que trabajadores del sector de enfermería desarrollan sus actividades en más de una institución. El acrecentamiento de las demandas y con ello de la rotación por distintos espacios de trabajo, es reconocido en algunos de los relatos, como uno de los mayores obstáculos al momento de tener que garantizar cuidarse para cuidar a otros. Asimismo, esta preocupación se intensifica en el malestar generado por el desgaste físico que resulta del aumento de la jornada laboral y sobre todo, de la intensificación y reorganización de tareas.

Esto lo digo por mí, porque obviamente la mayoría de mis compañeros trabajan en otras instituciones privadas, entonces ya ahí sí, tienen sobrecarga horaria, hacen doble turno porque no quieren contratar más personal, entonces vienen sobrecargados, vienen cansados entonces a veces que se yo, yo desde mi lugar trato de alivianarles el trabajo a las chicas por ahí que trabajan conmigo y ahí vienen de otro lado de trabajar para que descansen un poco, y bueno a veces me pongo un poco la mochila al hombro yo de las guardias, para que ellas, es que descompriman un poco ¿no? porque es muy saturante. (Entrevista a Sara, auxiliar de enfermería)

La carga emocional se manifiesta en narrativas que comparten experiencias colmadas de angustia y cansancio. En estas se mencionan la intensificación de las prácticas profesionales en tiempos acotados, así como el acompañamiento a pacientes y un incremento de las tareas de vacunación. Por otro lado, el miedo al contagio aparece como una de las causas del constante recambio y falta de personal, resultado del cansancio acumulado frente a las precarias condiciones de trabajo, cuestión que no remite sólo al carácter salarial sino también, cómo ya hemos señalado, a la falta de recursos para protección personal y protocolos cambiantes que generan incertidumbre:

Uno por ahí está cansado, cansado mentalmente más que nada, porque vos también tenés que estar pensando... más allá que somos enfermeros y que estamos preparados para todo esto... pero también si te duele un poco la garganta, te perseguís y decís uhh no me habré contagiado de alguien, pero de que, donde, que hice, que no hice, qué hice mal, que acá, que allá... (Laura, enfermera profesional).

Observamos que el estrés que deviene de estas experiencias cotidianas, incide en la dimensión relacional en los equipos de trabajo frente al escaso reconocimiento y valoración por su tarea. Es por tanto, la contención grupal y el intercambio y vínculo generacional, un modo de acompañar y sostenerse colectivamente. Así es que:

las conversaciones informales entre enfermeras –típicamente, charlar mientras se toma mate– posibilitan la puesta en palabra y la circulación de informaciones, sentimientos, dudas, inquietudes, impotencia, atracción o aversión; debates acerca de lo que “se debe” o no hacer, o en torno hasta qué punto se puede transgredir. Son espacios necesarios para la cohesión del equipo, la calidad del trabajo, la elaboración de reglas del oficio y la salud mental de quienes trabajan, y habilitan la posibilidad de inventar un conjunto de recursos simbólicos que permiten al personal de enfermería tomar distancia del dolor y el sufrimiento, aunque sin elimi-

narlo (Wlosko y Ros, 2019:102).

Cabe aclarar que en el marco de la investigación, este tipo de estrategias son creadas y promovidas por el sector de enfermería según la institución y los agentes que la componen.

no se si hay conflictos entre ellos, no lo sé pero y en mi guardia de fin de semana, con todos mis compañeros cocineros vigilancia todos , que estamos juntos no tuvimos ningún conflicto de nada. Todos nos miramos como nos teníamos que cuidar, todos nos teníamos que decir si hacíamos algo mal nos decíamos nosotros pero nunca tuvimos un conflicto. (Entrevista a Lara, auxiliar de enfermería)

Por otro lado, la (falta de) reconocimiento y (no) cuidados de la población en general o de algunos sectores de ella durante los momentos de mayor contagio de COVID constituyen dimensiones que se entrelazan en las narrativas del personal de enfermería:

Si, la verdad que si [falta reconocimiento]... a todos: tanto médicos, enfermeros, todo. Y sí, a veces yo digo: me da bronca la gente que sale, que no hace caso, porque hay enfermeros, hay médicos que están luchando... y siguen saliendo, y siguen saliendo. Yo no estoy del lado del hospital pero a veces cuando yo voy a trabajar a la costa, eh, veo toda la gente que hay y yo digo después están llorando que se quieren la vacuna; porque paso un montón de veces que van gente a la vacunación a pedir “¿sobre una?, ¿sobre una?” le agarra el apuro cuando a veces tarda eso... (Entrevista a Lara, auxiliar de enfermería).

Si, da bronca, hay mucha gente que no se cuida, es como que la gente no toma conciencia, hay cada vez más contagio, no sé es como que lo toman a la ligera, es algo que no podés entender. Yo creo que la mayoría de la gente que hace esto no le importa la vida, la vida humana. Porque es terrible los contagios, es terrible. Como yo te digo, nosotros tratamos, no hacemos otra cosa, desde hace dos años vivimos, casi dos años vivimos encerrados en cuatros paredes, (...) Es lamentable lo que uno ve afuera, a veces yo el poco tiempo, en el transcurso que voy a trabajar y vengo, veo que en la calle a más de uno sin barbijo, que no toman el distanciamiento, cuando hacen cola para el supermercado para esto, vos ves que la gente a veces no tiene (Entrevista a Sara, auxiliar de enfermería)

Otro de los aspectos que la pandemia ha dejado al manifiesto, es la reorganización de las tareas de cuidado y la desigualdad de género que las caracteriza. Considerando los aportes de Wlosko y Ros (2019) podemos decir que la enfermería como trabajo de cuidado o de *care*:

denota la dimensión propiamente afectiva que debe ser movilizada para realizar cierto tipo de actividades que necesitan ser llevadas a cabo con ternura, afecto, simpatía, tacto, etc. Se trata de competencias que históricamente han sido asociadas y demandadas a las mujeres en función de supuestas características de género, pero que por cierto no están enraizadas en la naturaleza humana ni dependen de cualidades naturales. Los cuidados enfermeros no sólo suponen saberes técnicos, sino que implican a su vez, trabajar con la vulnerabilidad y el sufrimiento del otro (Wlosko y Ros, 2019:182).

En las entrevistas realizadas, observamos que los mandatos y representaciones sobre dicha práctica, organizan las relaciones socio afectivas que se entrelazan entre quienes cuidan y quienes son cuidados. En este sentido, los datos relevados dan cuenta de que en el escenario pandémico, el sector de enfermería ha experimentado una doble carga física y emocional resultante de la reorganización que han vivenciado en su cotidiano, en relación a sus vínculos afectivos familiares y laborales.

Consideraciones Finales

En el trabajo compartimos hallazgos sobre la enfermería en pandemia, puntualizando con aquellos perfiles profesionales que se habían formado de manera escalonada, desde cuidador domicili-

liario de personas mayores a través de un Programa Público y gratuito, luego auxiliar de enfermería, y enfermería profesional. Algunas personas entrevistadas habían logrado la titulación de Licenciatura en Enfermería. Al igual que en investigaciones previas sobre el tema, la enfermería aparece ligada a la triada vocación, cuidados y responsabilidad (Dubet, 2013, Chavez y Francom, 2020), entre otras). La trama de los cuidados se habita desde el malestar estructural de la categoría profesional (Dubet, 2013), con claras diferencias de género, clase, edad y nacionalidad/etnia. La imbricación de relaciones sociales estructurales nos permite comprender cómo dicho entramado se produce.

La pandemia trajo consigo la oportunidad de visualizar con precisión las formas en que dicha triada se inviste de afectos que de modo naturalizado se feminiza, y al mismo tiempo opera como forma de reconocimiento del otro, en su condición subjetiva. La afectividad en el cuidar nos liga a aquello que Esquirol invita a pensar como amparo. Esquirol (2018) señala que nuestras existencias requieren de acompañamiento y cuidado desde la proximidad, por lo que nos preguntamos si acaso las enfermeras que realizaron este recorrido escalonado, no serán quienes valoran con mayor intensidad el cuidado como forma de reconocernos humanos. La lógica hospitalocéntrica y la supervvaloración de la tarea asistencial en agudos, es interpelada por este personal de enfermería que desde los sectores populares, escalón por escalón abrazaron una vocación que les define en su trama cotidiana.

Bibliografía:

- Aguilar, P. (2019). Pensar el cuidado como problema social. En K. Ramacciotti, M. Zangaro y G. Guerrero (eds.), *Los derroteros del Cuidado*, Bernal Universidad Nacional de Quilmes. Argentina. Recuperado de: <https://deya.unq.edu.ar/publicaciones/cuidado/>
- Aguirre, M. y Oddone, J. (2002). Hacia una propuesta de iniciativa local para el desarrollo de empleo. El cuidado domiciliario de ancianos. En F. Forni (ed.). De la exclusión a la organización (pp. 231-261). Buenos Aires: Ciccus.
- Arias, C. (2009). Los cuidados domiciliarios en situaciones de pobreza y dependencia en la vejez: la experiencia argentina. En: *Envejecimiento y sistemas de cuidados: ¿oportunidad o crisis?* . Naciones Unidas, CEPAL, (CEPAL, UNFPA & Ministerio de Desarrollo Social,. Santiago de Chile.
- Aspiazu, E (2017). Las condiciones laborales de las y los enfermeros en Argentina: entre la profesionalización y la precariedad del cuidado en la salud. *Revista Trabajo y Sociedad*, 28, 11-35.
- Bolla, L. (2017). “Están atacando a las personas más importantes para la reproducción social y la acumulación del capital”. Entrevista con Jules Falquet. *Cuadernos de Economía crítica*, 4 (7), 191-202.
- Borgeaud-Garciand, N. (2015). Capacitación y empleo de cuidadoras en el marco del Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios de Adultos Mayores. *Trabajo y Sociedad*, 24(1), 285-313
- Borgeaud-Garciand N. (2020). Entre desarrollo y fragmentaciones: estudios y panorama del cuidado remunerado en Argentina. En N. Araujo Guimaraes y H. Hirata (comps.) *El cuidado en América Latina Mirando los casos de Argentina, Brasil, Chile, Colombia y Uruguay*. Buenos Aires: Fundación Medifé Edita.
- Bourdieu, P. (1987). Los tres estados del capital cultural. *Sociológica*, 5, 11-17.
- Bourdieu, P. (2008). *¿Qué significa hablar? Economía de los intercambios lingüísticos*. Madrid: Editorial Akal
- Butler, J. (2007). El género en disputa: el feminismo y la subversión de la identidad. Barcelona: Paidós.
- Casanova, L. y Lupica, C. (2018). Cuidados y mercado de trabajo: oportunidades y desafíos de

- las políticas de empleo para generar y promover trabajo decente. En *Las políticas de cuidado en Argentina Avances y desafíos*. OIT, UNICEF, PNUD, CIPPEC. Disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---ilo-buenos_aires/documents/publication/wcms_635285.pdf
- Chavez, G. y Franco, A. (2020). Epistemología e intervenciones de enfermería. En busca del cuidado. Formación de auxiliares, técnicos y licenciados enfermeros, y reproducción en el modelo sanitario biomédico. En A. Colángelo, A. Cantore, D. Weingast, M. Pozzio, M. Lorenzetti, R. del Monaco y V. Castilla (comps.), *Trayectorias antropológicas y trabajo en salud: diálogos, intersecciones y desafíos. Actas de las Segundas Jornadas de la red de Antropología y Salud de Argentina (RedASA)*. Buenos Aires. Disponible en: <https://www.redasa.net.ar/wp-content/uploads/2020/11/Libro-de-Actas-II-Jornadas-redASA-final.pdf>
- Cimatti, V., & Danel, P. (2014). El Proceso de Producción de Políticas de Cuidados a Mayores Dependientes, en Clave de Intervención en lo Social / The Production Process of Elderly Dependents Care Policies on Key Social Intervention. *Revista Rumbos TS. Un Espacio Crítico Para La Reflexión En Ciencias Sociales*, (10), 135-143.
- Danel, P. (2020). Habitar la incomodidad desde las intervenciones del Trabajo Social. *Escenarios. Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, 31.
- Danel, P.; Calvo, M. y Daca, C. (2022). Cuidados y prácticas de enfermería en pandemia: aportes desde un enfoque generacional. Dossier Revista *Identidades* (en prensa).
- Dejours, C. (2019). Trabajar hoy: nuevas formas del sufrimiento y de acción colectiva. En M. Włosko & C. Ros, Cecilia (coords.), *El trabajo entre el placer y el sufrimiento* (pp. 55-70). Remedios de Escalada: Universidad Nacional de Lanús.
- Dubet, F. (2007). *La experiencia sociológica*. Barcelona: Gedisa.
- Dubet, F (2013). *El declive de la institución: Profesiones, sujetos e individuos en la modernidad*. Barcelona: Gedisa
- Dure, L.; García Diéguez, M.; Antonietti L.; Heim, S.; Pelitti, P.; Hoszowski, A.; Capdevila, L. & Antista, J. (2017). Relevamiento de Recursos Humanos de Enfermería en la Provincia de Buenos Aires. Evaluación de la carrera de Enfermería. *Revista Argentina de Salud Pública*, 8, (32): 38-41. Disponible en: <https://rasp.msal.gov.ar/rasp/articulos/volumen32/38-41.pdf>
- Durán, M. (2018). Las cuentas del cuidado. *Revista Española de Control Externo*, XX (58), 57-89
- Esquirol, J. (2018.) *La resistencia íntima. Ensayo de una filosofía de la proximidad*. Barcelona: Acantilado.
- Faur, E. (2014). *El cuidado infantil en el siglo XXI: mujeres malabaristas en una sociedad desigual*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Fernández Álvarez, M. (2010). Desafíos de la investigación etnográfica sobre procesos políticos “calientes”. *Revista (Con)textos: revista d'antropología i investigació social*, 4, 80-89.
- Ferrero, L. (2020). Enfermería y cuidado: tensiones y sentidos en disputa. En K. Ramacciotti (dir.), *Historias de la enfermería en Argentina: pasado y presente de una profesión*. José C. Paz: Ed. Edunpaz.
- Gascón, S. (2015). Políticas públicas y envejecimiento. En P. Tordó y P. Danel (eds.), *Más mayores, más derechos Diálogos interdisciplinarios sobre vejez*. La Plata, EDULP. Disponible en: http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/46091/Documento_completo.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Glen, E. (1994). Time, Human Agency and Social Change: Perspectives on the Life Course. *Social Psychology Quarterly*, 57 (1), 4-15.
- Heredia, A.; Espino, S. Malvárez, S. y A. Habichayn (2005). Profesionalización de Auxiliares de Enfermería en Argentina. En S. Malvárea (ed.), *Profesionalización de Auxiliares de Enfermería en América Latina*. Washington, D.C: OPS, (Serie Iniciativa Regional para la Re-

- forma del Sector Salud en América Latina y el Caribe, Edición Especial N° 13). Disponible en: https://www.paho.org/bra/dmdocuments/profesionalizacion_ES.pdf
- López, S.; Daca, C.; Savino, G. y Danel, P. (2021). Itinerarios de la producción de salud y de las intervenciones sociales en pandemia. En *Actas de las XII Jornadas de Investigación, Docencia, Extensión y Ejercicio Profesional* (La Plata, 18 al 22 de octubre). Disponible en: <http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/129964/Documento.pdf?sequence=1>
- Lagarde, M. (2018). *Claves feministas para mis socias de la vida. Colección feminismos populares*. Editorial Batalla de Ideas.
- Ley Nacional N° 24.004 del año 1991. *Enfermería, Ejercicio Profesional*. Fecha de sanción 26-09-1991. Publicada en el Boletín Nacional del 28-Oct-1991.
- Ley Nacional 24004, Ley *Enfermería, Ejercicio Profesional (1991)* Normas para el ejercicio de la enfermería. Disponible en: <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=5281>
- Molina C (2020). “Aves Migratorias”: La experiencia de formación de cuidadores domiciliarios desde la escuela universitaria de oficios de la UNLP. En C. Tello y C. Danel (eds.), *Decolonialidad, identidades divergentes e intervenciones*. La Plata: EDULP. Disponible en: http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/97864/Documento_completo.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Murillo S. (2003). Cara y cruz del cuidado que donan las mujeres”. Ponencia ante Congreso “Cuidar cuesta: costos y beneficios de cuidado”. SARE – Emakunde, Donostia-San Sebastián.
- Orozco A. (2007). Cadenas globales de cuidado. *Serie género, migraciones y desarrollo*. Doc. De trabajo 2. Instraw Naciones Unidas
- Pérez Orozco, M. (2019). *Subversión feminista de la economía*. Madrid: Traficantes de sueños
- Pochintesta, P. y Martínez, G. (2021). Reflexiones sobre la formación en enfermería en contexto de pandemia. Un análisis de contenido de la prensa escrita y el discurso de docentes y estudiantes en dos universidades nacionales. *Red Sociales, Revista del Departamento de Ciencias Sociales*, 8 (2), 163-182.
- Ramacciotti, K. (2019). La profesionalización del cuidado sanitario: La enfermería en la historia argentina. *Trabajos y Comunicaciones* (49), e081. Disponible en:
- Ramacciotti, K. (2020). Cuidar en tiempos de pandemia. *Descentralada*, 4(2). Recuperado de: <https://www.descentralada.fahce.unlp.edu.ar/article/view/DESe126/12574>
- Ramacciotti, K (2021). La salud pública en la Argentina en tiempos de coronavirus. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 28 (1), 301-305. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702021000100016>
- Tronto, J. (1987). Beyond Gender Difference to a Theory of Care”. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 12 (4), 644-663.
- Wlosko, M & Ros, C (2019). Aportes de las psicodinámica del trabajo al análisis de la violencia laboral: análisis del caso de enfermería. En M. Wlosko & C. Ros, Cecilia (coords.), *El trabajo entre el placer y el sufrimiento* (pp. 71-117). Remedios de Escalada: Universidad Nacional de Lanús.
- Zibecchi, C. (2013). Organizaciones comunitarias y cuidado en la primera infancia: un análisis en torno a las trayectorias, prácticas y saberes de las cuidadoras. *Trabajo y Sociedad*, 20, 427-447. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=387334692028>

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... empezó 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 ¿sí? 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://pasosalaizquierda.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.

Normas de Publicación

Directrices para autores

Artículos

Aiken aceptará trabajos originales de temáticas y disciplinas relacionadas con los alcances de la revista. Todos los artículos deben cumplir con los siguientes criterios:

- a. Tener un título y un resumen de una extensión que no exceda las 200 palabras.
- b. Colocar titulaciones, filiación académica y dirección del correo electrónico del/los autor/es.
- c. Respetar el formato definido para las citas bibliográficas.
- d. No superar las 11 mil palabras, incuyendo referencias bibliográficas y notas al pie.

Envíos: Los textos sólo podrán ser enviados através del sistema de envíos on line de la plataforma OJS. Sólo se aceptarán archivos en formato de texto (extensión RTF o compatible con Microsoft Word) e imágenes y gráficos en formato JPG o GIF.

Reseñas

La revista incluye reseñas bibliográficas inéditas sobre libros de publicación reciente y de temáticas y disciplinas vinculadas con el perfil de la revista. El formato de estas reseñas es el mismo que el de los artículos, en cuanto a tipografía y forma de citar. La extensión de las reseñas podrá ser de 1500 palabras como mínimo y 2000 palabras como máximo. Las propuestas deben contener todos los datos bibliográficos de la obra reseñada.

Criterios para las citas bibliográficas

Las referencias bibliográficas se ordenarán alfabéticamente al final del documento de acuerdo con el estilo APA.

Para libros: Apellido, Inicial(es) de su(s) nombre(s) (año de edición). Título de la obra. Lugar de edición: Editorial.

Ejemplo: Gould, SJ. (2006). *El pulgar del panda*. Barcelona: Crítica.

Para capítulos de libros: Apellido, Inicial(es) de su(s) nombre(s) (año de edición). Título del capítulo. En inicial(es) de su(s) nombre(s) y apellido del compilador (ed.), Título de la obra (páginas que abarca el capítulo). Lugar de edición: Editorial.

Ejemplo: Hobsbawm, E. (2002). Introducción: la invención de la tradición. En E. Hobsbawm & T. Ranger (eds.), *La invención de la tradición* (pp. 7-21). Madrid: Cátedra.

Para artículos de revista: Apellido, Inicial(es) de su(s) nombre(s) (año de edición). Título del artículo. Nombre de la revista, volumen y (número de la revista), páginas que abarca el artículo.

Ejemplo: Crossley, N. (2005). Mapping Reflexive Body Techniques: On Body Modification and maintenance. *Body & Society*, 11 (1), 1-35.

Para documentos electrónicos: Apellido, Inicial(es) de su(s) nombre(s) (año de edición). Título del documento, disponible en página web [consulta: fecha]

Ejemplo:

Dickey, S. (2006). La antropología y sus contribuciones al estudio de los medios de comunicación, disponible en <http://antropologicas.wordpress.com/2006/11/05/laantropologiaysuscontribucionesalestudiodelosmediosdecomunicacion/> [consulta: 1042010]

Editorial

Gastón Julián Gil

La salud, sus profesiones y el Estado

Presentación

Maria Pozzio

Trayectorias de vida atravesadas por la pandemia. Enfermería en Argentina

Artículos

Jimena Caravaca

Paula Daniel

“Oficio viejo, profesión nueva”

La enfermería en pandemia a través de una trayectoria laboral

Grisel Adissi

Lía Ferrero

Hacer estado como enfermera. De vivencias, recursos y cuidados

Ianina Lois

Maria Pozzio

Daniela Testa

Politización y trayectorias en la enfermería bonaerense durante la pandemia de COVID-19

Mariángelos Calvo

Paula M. Danel

Maria Eugenia Martins

Trayectorias vitales de enfermeras: formaciones escalonadas, cuidados y responsabilidad

Paula V. Estrella

Paula Lehner

Gladys Chávez

Enfermeros y masculinidades en contexto de pandemia

