

**Los cuidados: entre la vocación y el trabajo profesional.
Transformaciones en el sector de la enfermería en Mar del Plata
durante la pandemia de Covid-19**

Victoria Marquinez -*mvickymarquinez@gmail.com*

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas - Universidad Nacional de Mar Del Plata

Daiana Strada - *daianastrada@gmail.com*

Universidad Nacional de Mar Del Plata

Recibido: 02-08-2022

Aprobado: 28-11-2022

Resumen: Este artículo propone analizar la trascendencia del concepto de cuidados en la identidad profesional de las/os enfermeras/os. Para esto, trazamos un vínculo entre la idea de vocación, que se presenta como atributo básico de su identidad, y las tareas de cuidados que ejercen. De esta manera, observamos que las actividades que caracterizan su quehacer cotidiano no se limitan a los conocimientos técnicos, sino que se ponen en juego habilidades de contención emocional. El modo de ejercer estas tareas se transformó radicalmente con la emergencia sanitaria de Covid-19. Por este motivo, situar el análisis en la pandemia permite observar con mayor claridad la relevancia que se le asigna a la vocación en la percepción profesional de las/os enfermeras/os. Al mismo tiempo, se tendrá en cuenta el recrudescimiento de las condiciones laborales que se suman a la precarización laboral ya existente. Si describir las transformaciones que sobrevinieron a la crisis sanitaria deja al descubierto la extrema situación que vivieron los efectores de salud, el caso de las/os enfermeras/os nos permite reflexionar sobre la falta de valoración hacia las tareas de cuidados. El análisis y las conclusiones que se expondrán surgen de un corpus de 19 entrevistas en profundidad realizadas a enfermeras/os del sector público y privado que se desempeñan en Mar del Plata.

Palabras clave: enfermería; cuidados; pandemia; vocación

Abstract: This article is thought to analyze the importance of the concept of care in the nurses professional identity. For this, we draw a link between the vocation idea, which is presented as a basic attribute of the nurses identity, and the care tasks they perform. In this way, we observe that the activities that characterize their daily work are not limited to technical knowledge, but emotional support skills are put into play. The way of carrying out these tasks was radically transformed with the Covid-19 health emergency. For this reason, placing the analysis in the Covid-19 pandemic makes it possible to observe more clearly the relevance of vocation in the professional perception of nurses. At the same time, the worsening of working conditions will be taken into account, adding to the precariousness of work that already exists. If describing the transformations that occurred after the health crisis reveals the extreme situation experienced by health providers, the case of nurses allows us to reflect on the lack of appreciation for care tasks. The analysis and conclusions that will be presented arise from a corpus of 19 in-depth interviews with nurses from Mar del Plata who work in the public and private sectors

Key words: nursing; care; pandemic; vocation

Introducción

Vos entrás a ver al paciente y el paciente está solo, con incertidumbre porque no sabe qué es lo que va a pasar. Porque es una enfermedad muy dinámica, muy cambiante, y vos entrás todo vestido, lo único que te ven son los ojos, ni siquiera saben tu nombre, a veces no saben ni qué hora es. Vos por ahí le das la mano, vos tenés los guantes puestos y una escafandra y no te pueden tocar la cara, no saben cómo sos, no te conocen. Entonces es como que, yo sentía que a veces el cuidado era como muy robotizado. Para mí eso es muy chocante, como no poder dar ese cuidado y porque también sabés que tenés un montón de otros pacientes que requieren cuidados, y no te podés quedar mucho tiempo tampoco.
Francisca, técnica en enfermería, 23 años

Cuando se graduó de la secundaria, a Francisca le atraían las Ciencias de la Salud como posible campo de inserción laboral. Puede que el mes que atravesó internada haya despertado su interés, particularmente sobre el trabajo de la enfermería. Era su primer contacto con la profesión, en su familia nadie se había introducido en esta disciplina y ella -al contrario de lo que observó esos días- suponía que las tareas de las/os enfermeras/os se limitaban a la higienización del paciente. Su prejuicio prevaleció, la idea de que la enfermería estaba “mal vista” la llevó a inscribirse en medicina. En el relato de Francisca, la desvaloración de las/os enfermeras/os es un tema recurrente. Por eso, cuando cuenta que abandonó

medicina, deja bien en claro que había aprobado las materias. Si abandonaba no era porque no fuera suficientemente inteligente, sino porque sentía que a esa carrera le faltaba algo, no la “llenaba”. La enfermería, en cambio, sí le proporcionó la sensación de haber encontrado aquello que buscaba. Ayudar, acompañar y sostener, son acciones que se presentan en su discurso como tareas que caracterizan a su ocupación. Lo que distingue a la enfermería es la relación que se establece con el paciente, que traspasa los límites del cuidado sanitario para abarcar también el emocional (Garazi y Blanco Rodríguez 2022). Como relata Francisca en el fragmento que da inicio al artículo, el contexto de pandemia transformó las formas de brindar el cuidado y como consecuencia, la valoración en torno al desempeño de su labor.

La enfermería se inscribe como la profesión con mayor carga de cuidados directos dentro del sector de la salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que el 70% de las acciones de salud son competencia de la enfermería (East, Laurence y Mourelo 2020). Estos cuidados comprenden al conjunto de prestaciones que se generan a partir de servicios personalizados hacia otras personas para garantizar su bienestar biológico, psicológico, social y espiritual, que requieren de especialización, inversión de tiempo y de energías físicas (Ferro 2020). En este sentido, las/os enfermeras/os realizan actividades que favorecen a la salud, a la seguridad física y al desarrollo de funciones cognitivas, físicas y emocionales de las personas (Aspiazu 2017). A pesar de su importancia, resulta una labor desvalorizada simbólicamente y una de las peores remuneradas, afectando de manera directa las condiciones de trabajo en las que se desarrolla (England 2005). La intrínseca relación de la enfermería con los cuidados explica en gran parte su poca valoración. Cuidar¹ es una actividad compleja que requiere de habilidades específicas para poner el cuerpo, la mente, las emociones y el tiempo a disposición de otra persona. Sin embargo, la concepción romántica² de estas tareas ayudó a invisibilizar su carácter vital, deviniendo en la consecuente falta de reconocimiento simbólico y económico. Desde la modernidad, la responsabilidad de brindar cuidados ha recaído sobre las mujeres a modo de

¹ El trabajo de cuidados es un concepto que ha sido ampliamente debatido en las ciencias sociales, especialmente desde los estudios de género (Cristina Carrasco, Cristina Borderías y Teresa Torns 2011). La particularidad del término radica en la multiplicidad de tareas que abarca y las diversas formas de llevarlas a cabo. Por lo tanto, no existe una sola forma de definir al cuidado y tampoco podría ser relacionado a un solo tipo de actividad o trabajo. Si hablamos en términos generales, podemos sostener que el cuidado es una necesidad universal para la preservación de la vida y el bienestar de las personas, en la que se articulan dimensiones identitarias, afectivas, económicas y políticas (Juanillo-Maluenda & Sánchez-Bandala, 2018).

² Por concepción romántica nos referimos a la asociación de las tareas de cuidados con la idea de brindar amor de forma desinteresada.

un “deber de género”, otorgando a las mujeres presuntas capacidades asociadas a lo biológico, que les impone el rol de cuidadoras ideales y las obliga a identificarse como las más capacitadas para realizar esas tareas a disposición y servicio de los demás (Rodríguez Enríquez 2015; Arroyo Rueda 2016). Si se las considera ideales para este tipo de ocupaciones por sus condiciones biológicas, por el mismo motivo se desestima su capacitación y sus derechos laborales.

Durante la emergencia sanitaria por la pandemia de Covid-19, las trabajadoras de la salud se vieron fuertemente afectadas: estuvieron más expuestas a riesgos y contagios; se extendieron sus jornadas laborales y el volumen de trabajo durante las mismas; aumentó el estrés y los riesgos psicosociales; incrementó la carga de las tareas domésticas y de cuidados no remuneradas; tuvieron mayor pérdida de empleo o de ingresos; sufrieron discriminación y falta de protección laboral (East, Laurence y Mourelo 2020). Además, los nuevos protocolos para prevenir el contagio del Covid-19 afectaron directamente a la labor de estas/os trabajadoras/es, particularmente de las/os enfermeras/os, quienes son las/os que trabajan en mayor cercanía con las y los pacientes. En este artículo proponemos analizar la trascendencia del concepto de cuidados en la identidad profesional de las/os enfermeras/os y en la construcción de su idea de vocación, y cómo estas fueron atravesadas en la práctica laboral a partir de las transformaciones producidas por los protocolos desarrollados para prevenir los contagios del covid-19.

El análisis y las reflexiones que se exponen, parten del enfoque de la teoría del *care* (Molinier 2005, 2012) a partir de la cual se considera como cuidado a todas las actividades en relación a la preservación y la reproducción cotidiana de la vida de un/a otro/a. Refiriendo al conjunto de tareas que caracterizan las relaciones de dependencia, *care* destaca el saber-hacer que implica el cuidado. Para que estas tareas sean consideradas exitosas, la discreción es fundamental. En este sentido, uno de los aspectos centrales que se retoman en este artículo es la invisibilidad de las tareas de cuidados que afecta directamente a la valoración del trabajo de las/os enfermeras/os. Esto nos lleva a la necesidad de distinguir entre trabajo prescripto y trabajo real (Wlosko y Ros 2018). Dicho abordaje nos permite reconocer el esfuerzo que hacen las/os enfermeras/os por llevar a cabo una tarea satisfactoria, aunque muchas veces implique transgredir normas. Por otro lado, para comprender las consecuencias de la pandemia en la salud de estos/as trabajadores/as, combinamos los estudios sobre riesgos psicosociales y psicodinámica laboral. A partir de la clasificación de riesgos

psicosociales que realiza Julio Neffa (1989, 2019), señalamos las dificultades organizacionales que tienen efectos sobre la salud individual de las/os trabajadoras/es. Por su parte, la perspectiva de la psicodinámica laboral (Wlosko y Ros 2018) nos da la posibilidad de reflexionar sobre la capacidad de las/os trabajadoras/es de adoptar estrategias para defenderse del sufrimiento, movilizando recursos individuales y colectivos.

A fines organizativos, el escrito se divide en tres secciones. En la primera, se detalla la metodología implementada y se describe la situación sociosanitaria de Mar del Plata durante la pandemia. Luego, se presentan los resultados en tres apartados. En el primero indagamos sobre la idea de vocación de las/os enfermeras/os y cómo influye en su propia identidad profesional. En el segundo apartado se describen las transformaciones que se implementaron en el quehacer laboral de las/os entrevistadas/os a partir de la Pandemia de Covid-19 para luego, en el tercer apartado, señalar los efectos que generaron en la vida personal de las/os enfermeras/os. Para terminar, a modo de conclusión trazamos la relación entre sus percepciones sobre la importancia de los cuidados, la forma en que son llevados a cabo y cómo este concepto atraviesa su idea de vocación. El contexto de emergencia sanitaria nos brinda una situación particular para problematizar el binomio vocación-profesión de la enfermería, observando particularmente los costos personales a los que se enfrentaron estas trabajadoras.

1. Aspectos metodológicos

El estudio se basa en una estrategia metodológica cualitativa que toma como fuentes de datos 17 entrevistas en profundidad semiestructuradas realizadas a 14 enfermeras y 3 enfermeros que se desempeñan en la ciudad de Mar del Plata. La edad de las personas entrevistadas varía en un rango que va desde los 23 a los 56 años. Respecto a su titulación, 4 son auxiliares, 7 tienen la tecnicatura y 6 la licenciatura. Su experiencia en el sector varía entre 1 año y 26 años de antigüedad, con una media de 12 años. Como trabajo principal, solo 4 ejercen en el sector privado, en clínicas y centros de cuidados; el resto se desempeña en el sector público, tanto en hospitales, centros de atención primaria de la salud (CAPS) y hoteles de aislamiento por Covid-19. Aclaramos que tomamos el trabajo principal, porque 5 de las personas entrevistadas poseen pluriempleo. Es decir, se ocupan en más de un puesto laboral, por lo que se encontraron enfermeras/os que se desempeñan en ambos sectores al mismo tiempo. De acuerdo al lugar y sector donde se desempeñan, los días de descanso son distintos

y también varían las horas que constituyen la jornada diaria de su trabajo principal, que oscila en un rango que va entre las 6 a las 12 horas. Con respecto a la sindicalización, entre las personas entrevistadas se encuentran 4 integrantes de la Asociación Sindical de Profesionales de la Salud de la Provincia de Buenos Aires (CICOP) y 2 de la Asociación Trabajadores del Estado (ATE). Las entrevistas fueron realizadas en el marco del Proyecto de Investigación “La enfermería y los cuidados sanitarios profesionales durante la pandemia y la postpandemia del COVID-19 (Argentina, siglos XX y XXI)”, inserto en el Programa de Investigación sobre la Sociedad Argentina Contemporánea (PISAC), financiado por la Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica (ANPCyT). El trabajo de campo se llevó a cabo entre marzo y junio de 2021, cuando el país atravesaba la segunda ola del Coronavirus pero en Mar del Plata se contabilizaba la tercera. Para ese entonces, aunque la mayor parte de los/as efectores/as de salud habían sido vacunados con la primera dosis, la población de riesgo aún estaba siendo vacunada, por lo que la cantidad de fallecidos/as y de internados/as en terapia intensiva era alta. Al mismo tiempo, las restricciones no eran tan severas y la presencialidad de algunas tareas -como escuelas, espacios laborales o actividades gastronómicas- se reanudaba parcialmente. En Mar del Plata se estaban retomando las actividades turísticas. Durante la primavera del 2020 y el verano del 2021, debido a la gran cantidad de visitantes, la ciudad tuvo más infectados/as -en proporción a la población- que en los partidos más aglomerados de la provincia de Buenos Aires.³ En este sentido, se observó en la ciudad un comportamiento diferente en la dinámica de las olas de contagios. Mientras que la primera ola se atrasó en relación a los grandes partidos bonaerenses, la segunda ola se adelantó hacia el inicio de la temporada de verano, siendo las personas de 18-29 años las más afectadas (Barbini et al, 2022). En Semana Santa la ciudad se consagró como la más elegida por las/os argentinas/os. Luego de 15 días, los casos aumentaron considerablemente y -siendo ya temporada baja- el gobierno provincial decidió retornar a la ciudad a fase 3.⁴ Si para el resto de los partidos del conurbano, la segunda ola se produjo a comienzos del otoño del 2021, la ciudad de Mar del Plata ya estaba cursando su tercera ola. La condición turística de la región puso a la ciudad de Mar del Plata en una situación particular durante la pandemia. Al constituirse como ciudad cabecera de la Región

³ Los otros partidos que analiza el informe son: Almirante Brown, Florencio Varela, La Matanza, Lomas de Zamora, Quilmes, Moreno, Merlo y La Plata.

⁴ Actividades habilitadas en la Provincia de Buenos Aires en fase 3 durante el Distanciamiento Social Preventivo y Obligatorio (DISPO), disponible en: https://portal-coronavirus.gba.gob.ar/sites/default/files/Anexo_1.pdf

Sanitaria VIII de la provincia de Buenos Aires, el Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA) y el Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil (HIEMI) atienden a pacientes de toda la zona. A su vez, el Partido de General Pueyrredón cuenta con 32 CAPS, el Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias (CEMA), 11 clínicas privadas y, durante la pandemia, se construyó un hospital modular.⁵ En total, el partido contaba con 1563 camas de internación intermedia, 115 en unidades de terapia intensiva y 146 respiradores. Asimismo, Mar del Plata se constituía como vulnerable ante el avance del Covid. Esto se debe a la estructura etaria de su población. De los casi 600.000 habitantes -y posicionándose como la cuarta ciudad más habitada del país en el censo nacional del 2010- el 19,4% de sus ciudadanos/as tiene más de 60 años. Para el mismo segmento de edad la media nacional corresponde al 14,3%, lo que consolida a la ciudad como uno de los principales polos gerontológicos del país (Passantino et al. 2015). Esto pudo tener incidencia en que, a fecha de 15 de junio de 2021, el porcentaje de fallecidos en terapia intensiva en el Partido de General Pueyrredón representaba el 43% y se ubicaba por encima del 40% promedio correspondiente a los aglomerados con más de 500 mil habitantes, del 38% registrado por la Provincia de Buenos Aires y el 42% a nivel nacional (Barbini et al. 2022). Al 21 de octubre de 2022, se han registrado 152.211 contagios y 2.934 fallecidos/as por covid-19.⁶

Por otro lado, Mar del Plata cuenta con una amplia estructura educativa y de formación para las/os enfermeras/os. En la Universidad Nacional de Mar del Plata (UNMDP), en la Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social, se dicta la Licenciatura en Enfermería (5 años), con posibilidad de título intermedio de Enfermera/o a los 3 años. El Hospital Privado de Comunidad, en convenio con la Facultad de Medicina de la UBA, otorga el título de Enfermero/a Universitario/a desde 1995. Además, la Tecnicatura Superior en Enfermería (3 años de duración) se brinda en instituciones públicas y privadas. A nivel provincial, la Escuela de Gobierno en Salud Floreal Ferrara del Ministerio de Salud de la Provincia desarrolla la tecnicatura en dos sedes, el Hospital Interzonal Gral. de Agudos “Dr. O. Alende” y el Hospital Materno Infantil “Don V. Tetamanti”; por su parte, la Municipalidad de Gral Pueyrredón la brinda a través del Instituto Superior de Estudios Técnicos. Las instituciones privadas que dan la Tecnicatura son: Instituto Pedro Luro, Instituto Pinos de Anchorena y el Instituto Terciario

⁵ Datos tomados de la Municipalidad de General Pueyrredón. Disponibles en: <https://www.mardelplata.gob.ar/salud/sistema-de-salud> Consultado el 04/11/22.

⁶ Datos tomados de la Municipalidad de General Pueyrredón. Disponibles en: <https://www.mardelplata.gob.ar/Contenido/estadisticas-covid-19> Consultado el 04/11/22

Establecimiento Profesional de Salud (Anexo de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Morón). Por lo tanto, debido a su elevada población de riesgo frente al Covid-19; la influencia de la ciudad como destino turístico nacional; y la importante estructura educativa y sanitaria para la región, consideramos relevante analizar las experiencias de las/os trabajadoras/es de enfermería de la ciudad de Mar del Plata.

2.1 Vocación y cuidados

La feminización de la enfermería comenzó a delinearse a principios del siglo XX, motivada por la figura de Cecilia Grierson, primera médica de Argentina e impulsora de las ideas de Florence Nightingale⁷ (Ramacciotti y Valobra 2017). Asimismo, desde algunas décadas atrás, religiosas y mujeres de sectores populares se desempeñaron como cuidadoras, enfermeras, mucamas o secretarias en distintos hospitales de la ciudad de Buenos Aires (Ramacciotti 2020). Si las primeras realizaban estas tareas como parte de sus labores caritativas, las segundas buscaban un beneficio económico, ya sea una propina, techo y comida, o un pequeño salario (Wainerman y Binstock 1992). Obviando sus razones, estas labores eran leídas como actividades caritativas guiadas por la lógica del sacrificio que justificaban las exiguas o inexistentes remuneraciones. Que fueran mujeres las que realizaran estas tareas también aportaba a esta argumentación. Al considerarlas propias de la naturaleza femenina, sus saberes sobre los cuidados eran desvalorizados y se ignoraba su capacitación y derechos laborales (Ramacciotti, 2020).

La identificación de la enfermería con el rol tradicional femenino ayudó a consolidar la imagen de la enfermera motivada principalmente por su vocación. Esto tuvo importantes consecuencias en la consolidación de la enfermería como profesión (Ramacciotti y Valobra, 2017). La composición demográfica de la ocupación ha ido modificándose lentamente debido a la incipiente incorporación de varones al sector. Sin embargo, la vocación enfermera continúa asociada a lo femenino donde las mujeres se encuentran representadas como las más adecuadas y preparadas para ejercer las tareas de cuidados y asistencia (Aspiazu 2017). Tal como sostiene Eliana Aspiazu (2017), comprender a la enfermería como vocación entra en tensión con el reconocimiento del saber profesional necesario para realizar este trabajo, para el cual se precisa una formación específica y que puede ser desarrollada independientemente

⁷ Florence Nightingale (1820-1910) fue considerada una de las pioneras en la práctica de la enfermería del continente Europeo.

del género. La idea de vocación justifica muchas veces la escasez de derechos laborales y los bajos salarios. Ahora bien, ¿es la vocación por el cuidado lo que lleva a las/os enfermeras/os a elegir su profesión?

Cuidar, acompañar, asistir, ayudar a las/os pacientes resultan denominadores comunes en los relatos de las personas entrevistadas a la hora de describir su labor. Sin embargo, al indagar los motivos por los cuales comenzaron a estudiar enfermería se prioriza el tiempo de duración de la carrera⁸ y su rápida salida laboral. Al mismo tiempo, antes de optar por enfermería la mayor parte de las/os entrevistadas/os había comenzado a estudiar otra carrera que, por distintos motivos, abandonaron. En general se acercaron a la profesión por recomendación de una persona conocida que ya estaba estudiando o ejerciendo como enfermera. Entonces, ¿en qué momento la idea de vocación se constituye como elemento característico de la identidad profesional? El testimonio de Norma sobre su elección profesional resulta significativo para cuestionar el carácter innato de vocación que se le adjudica a la enfermería:

Al principio fue por una salida laboral, mayormente. Siempre te dicen que tenés que tener vocación para ser enfermera pero eso yo creo que se va dando porque, a mí al menos, se me fue dando. No es que quise ser enfermera, es más no me gustaba, me daba como asquito lo que era enfermería. Y después cuando ingresé le dije a mi hermana, porque ella era enfermera ya hace 20 años de terapia intensiva, que si me gustaba el primer año iba a seguir. Y me dijo “bueno, pero te va a gustar, te vas a acostumbrar” y cuando ingresé fue como que fue otro mundo. Y sí, me gustó. (Norma, técnica en enfermería, 33 años)

Norma refiere al rechazo, definido como asco, que sentía en relación a la actividad antes de estar inserta dentro del campo. Esta sensación se vincula a tareas consideradas tabú que se relacionan a la higienización de un otro. Así, la limpieza de secreciones y de las partes genitales del cuerpo, la asistencia para ir al baño o el retiro de deyecciones son acciones que se aprenden a disimular y, al mismo tiempo, constituyen habilidades que se ocultan (Malleville y Beliera 2020; Molinier 2012; Borgeaud-Garciandía 2009). Estas labores, cargadas de un estigma social, se conciben como trabajo no calificado y poco valorado tanto simbólicamente como económicamente. En los testimonios de Aldana y Paula, este prejuicio también se hace

⁸ La carrera de enfermería posee distintos grados de titulación: Auxiliar (1 año de duración), Tecnicatura (3 años de duración), Licenciatura (5 años de duración). Para poder insertarse en el ámbito laboral no es necesario finalizar la licenciatura sino que los títulos intermedios permiten la entrada al campo de trabajo.

presente. Al relatar el momento en que eligieron estudiar enfermería, ambas entrevistadas mencionan cómo personas allegadas a ellas intentaron disuadirlas de su elección. Sus discursos denotan la carga que estas valoraciones tuvieron en sus trayectorias formativas:

Todo el mundo me decía que no estudie enfermería porque se paga mal. Mis hermanos me decían 'pero no... ¿cómo vas a ser enfermera? Seguí en terapia ocupacional'. Así que bueno, toda esa carga que traemos hace muchos años los enfermeros. Pero bueno, me terminé quedando con enfermería y es lo que elijo hacer todos los días. (Aldana, técnica en enfermería, 30 años)

A mí me gustaban dos cosas: me gustaba mucho la psicología y me gustaba mucho la medicina. Si estudiaba psicología dejaba de pensar en poner una vía, poner una sonda, estudiar más la parte anatómica. Y si pensaba en estudiar medicina me iba a faltar la parte más de contención, emocional que me gustaba. Justo conocí una enfermera y me llamó mucho la atención, yo estaba terminando el secundario y me metí a estudiar enfermería. Pero dejé. Dejé por esto de la tontería de la etiqueta ¿viste? de gente que te cruzás, de tu familia no directa, pero que te dicen 'ah vas a estudiar enfermería vos...' Yo siempre fui buena alumna, me fue bien y se etiquetaba a la profesión como si fuera una profesión chata donde era fácil. Bueno, la cosa es que como toda chica de 19 años medio que me influenciaron y me metí a estudiar inglés. [...] Y entraba a un hospital y quería ser enfermera, como que tenía esa cosa frustrada, horrible y dije no, yo no me voy a morir frustrada. Así que dejé el profesorado de inglés y con 25 años me inscribí en enfermería nuevamente. (Paula, licenciada en enfermería 43 años)

Para Paula, su elección profesional se definió por dos aspectos indisolubles de la enfermería: por un lado aquellos relacionados con el compromiso y la atención y, por otro los instrumentales o técnicos (Aspiazu 2017). Sin embargo, cuando indagamos sobre lo que más le gusta de su profesión, ella hace referencia únicamente al aspecto emocional:

Lo que más me gusta es la mezcla perfecta, para mí, de poder contener emocionalmente a alguien o poder empatizar con ese otro mientras le estás brindando cuidado. (Paula, licenciada en enfermería 43 años)

El cuidado y la contención se consolidan como binomio fundamental en la autopercepción de la identidad profesional. Las/os entrevistadas/os utilizan estas categorías para identificar la especificidad de la enfermería frente a otras profesiones del sector de la salud, donde estos componentes se encuentran presentes pero no resultan tan significativos en la definición de su actividad. Son las/os enfermeras/os quienes se definen a sí mismas/os como aquellas personas encargadas de proporcionar los cuidados necesarios para promover los procesos de recuperación y mantenimiento de la salud (Pereyra y Micha 2016). La gestión

del cuidado en enfermería consiste además en acompañar y contener en momentos críticos de diagnósticos e intervenciones, aspecto que es invisibilizado dentro del sistema de salud, pero que marca la diferencia en el saber enfermero y la calidad de la atención brindada (Aspiazu 2017). Debido al tiempo que pasan junto a las/os pacientes y la relación que logran conformar con ellas/os, las/os enfermeras/os suelen concebirse a través de su profesión como un posible agente de cambio. Así lo sostiene Marcela:

Lo que me gusta también es como poder ser parte del proceso de transformación de la realidad. Eso me gusta, trascender en ese sentido. Poder ayudar a otros y con otros transformar la realidad es lo que más me gusta. (Marcela licenciada en enfermería, 39 años)

El carácter relacional del cuidado, de servicio y asistencia, impone a la profesión una dimensión moral con una lógica obligatoria y a la vez desinteresada (Biernat, Cerdá y Ramacciotti 2015). La atención que se le brinda a los/as pacientes es percibida, en algunos casos, como una ayuda que se le da a la otra persona. Sin embargo, para cuidar de manera formal se necesitan de técnicas particulares y de saberes específicos. Poner en valor el trabajo de enfermería requiere reconocer su proceso de formación profesional, mejorar sus condiciones laborales a partir de una mayor retribución económica y la reestructuración de los equipos de salud para disminuir el estrés laboral (Aspiazu, 2017). Al no encontrarse garantizadas estas cuestiones, el reconocimiento hacia su profesión se consolida entonces en la valoración que los/as usuarios/as atendidos/as les expresen, en el agradecimiento, en recordarlas/os. Es a partir de este reconocimiento simbólico donde se configura su identidad profesional consolidada en la idea del cuidado. Soledad comparte su experiencia:

Me gusta mucho lo asistencial. Me retribuye mucho emocionalmente se puede decir. Cuando un paciente sale y sale bien, o cuando sale en medianas condiciones pero uno sabe que hizo todo lo que pudo, o cuando la familia te agradece buscándote los ojos, esas cosas te llenan. A mí me llenan, sí. (Soledad, licenciada en enfermería, 32 años)

La idealización de este tipo de trabajos a partir de la idea vocación, tal como el “haber nacido para esto” se consolida como una estrategia defensiva que permite sobrellevar el sufrimiento de la carga emocional que implican las tareas de cuidado directo y las condiciones laborales en las que se insertan (Borgeaud-Garciandía 2018). En nombre del cuidado se vulneran derechos laborales, se naturalizan condiciones de precariedad y justifican situaciones de abuso de poder (Ramacciotti, 2020).

Cuando vinimos a hacer las prácticas acá al hospital, me enamoré del hospital. Horrible... tiene unos colores re feos, es super deprimente, es una

cosa... Todo el mundo te dice “no podés enamorarte de este lugar” y yo estoy enamorada de este hospital y todo lo que aprendí en este hospital y sigo aprendiendo, todos los días aprendo algo distinto. Y no sé, es maravilloso... No funcionan los ascensores pero yo estoy enamorada del hospital. Es el novio feo (risas). (Viviana, auxiliar de enfermería, 38 años).

A través de los relatos de las/os entrevistadas/os, observamos cómo la idea de vocación aparece en distintos momentos de su trayectoria. En los casos donde las/os entrevistadas/os habían comenzado a estudiar otras carreras, expresan que se encontraban insatisfechas aludiendo que “no las llenaba”. Esta categoría que se presenta como vacía cobra sentido y se resignifica con la experiencia relacional y la cercanía con un otro que implican las tareas de cuidados. Según su percepción, lo que diferencia a la enfermería de otras carreras es la intimidad que se genera a través del acompañamiento y la contención emocional. Aunque también existen casos en los que la elección se tomó por razones más instrumentales -se considera una carrera corta y con rápida inserción en el campo laboral- el cuidado ocupa un lugar central en su percepción sobre su identidad profesional. Las experiencias laborales de las/os enfermeras/os se encuentran atravesadas por la responsabilidad del cuidado físico y emocional. Para cumplir satisfactoriamente esta expectativa, el contacto físico se presentaba como un medio fundamental que se vio fuertemente limitado por los protocolos creados por la emergencia sanitaria de Covid-19.

2.2 Protocolos y experiencias

En marzo del 2020, Selva estaba de vacaciones. Al regresar, la emergencia sanitaria en Argentina ya había comenzado y tuvo que aislarse 15 días antes de retomar su trabajo en la guardia de un hospital. Cuando entró a su lugar de trabajo, se veía bastante diferente. Abundaban afiches y folletos explicando nuevos protocolos. Sus colegas vestían equipos de protección personal (EPP) que consistían en doble cofia, antiparras, escafandras, camisolín, doble par de guantes y botas quirúrgicas. Dos enfermeras -integrantes del comité de infectología- la recibieron para capacitarla en los nuevos protocolos. Por otro lado, las pocas personas que se atendían eran recibidas por una enfermera que les realizaba el Triage⁹ que las clasificaba según su urgencia, decidiendo si podían o no ingresar acompañadas. Pero no

⁹ El Triage es una herramienta para detectar y priorizar al paciente más grave y así gestionar el riesgo clínico estableciendo adecuadamente y con seguridad el flujo de pacientes cuando la demanda y las necesidades clínicas superan a los recursos. Durante la pandemia de Covid-19 se utilizó para detectar a los pacientes con síntomas del virus. Recuperado de: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/triage-covid-19.pdf>

solo había cambiado la concurrencia de pacientes y las medidas de bioseguridad, el estado anímico se sentía tensionado. Como la misma Selva refiere:

Era tanto el agotamiento de la ansiedad de lo que se generaba, de lo que se hablaba, de lo que se veía en otras partes del mundo que... que uno terminaba, a nivel mental, terminaba agotado. (Selva, técnica en enfermería, 29 años)

Para proteger la salud del personal –y prevenir el colapso sanitario- la OMS recomendó la utilización de barbijo quirúrgico, camisolín, guantes y protección ocular. Muchas veces, como cuenta Selva, se utilizaba doble protección ya sea por el temor a contagiarse o porque la calidad de los elementos no era la adecuada. Si el EPP conformaba una protección eficaz para evitar el contagio, también constituía una indumentaria muy incómoda. Especialmente para las/os enfermeras/os que se desempeñaban en el área de internación, quienes vestían el EPP completo durante toda la jornada. Si necesitaban salir de la habitación, para ir al baño o tomar agua, debían sacarse cuidadosamente estos elementos. Actividades simples y cotidianas se hicieron complejas. Como relata Selva, el miedo a contagiarse era acompañado por el temor a equivocarse y perjudicar al paciente:

No podíamos trabajar de a una, era imposible, porque no podés lateralizar a un paciente sin tener el cuidado que corresponde para la vía aérea que no se desconecte. Era a lo que más nosotras le temíamos porque si bien nosotras teníamos doble barbijo, con máscara y antiparras, vos no sabés hasta dónde ¿viste? qué sé yo. No se ve el bicho y siempre el miedo de que se desconectarán o mismo no sé... muchas cosas, era muy estresante. (Selva, técnica en enfermería, 29 años)

Por su parte, Soledad trabaja en el área de internación de cuidados críticos de un hospital. Desde que aparecieron las primeras personas infectadas, cerraron la sala de terapia para atender los cuadros graves de Covid-19. Durante las 7 horas que duraba su turno, Soledad permanecía encerrada en esa habitación. Cuando inició la pandemia se modificó esta sala para mantenerla aislada del resto de las instalaciones hospitalarias, pero también fue reacomodada por las/os mismas/os enfermeras/os para poder ejercer sus tareas cotidianas, ya que como ella afirma: “No se podían ni agachar”. No tanto por la falta de movilidad, sino por la escasez de oxígeno. Intentaban no realizar demasiado esfuerzo físico porque la doble capa de barbijo le dejaba poco aire disponible para respirar:

Más allá del dolor de todo lo que era la piel por tener las protecciones, las pantallas, las máscaras, todo... Era una cefalea que creo que nunca la había sentido, un dolor sumamente punzante, que no podés ni pensar (...) me daba cuenta que era la reinhalación de mi propio dióxido de carbono que me provocaba esas cefaleas tan intensas y les pasaba a varios compañeros esto. (Soledad, licenciada en enfermería, 32 años)

Además del equipo de protección, desde la OMS y el Ministerio Nacional de Salud, se recomendó el distanciamiento social. Para las/os enfermeras/os que se desempeñan en los CAPS, el EPP no molestó tanto como sí éste último. Los protocolos de distanciamiento generaron que las salas estuvieran poco concurridas: se suspendió la atención de las especialidades médicas y el temor de la población decantó en la disminución de consultas. Los CAPS, además de brindar atención primaria de la salud de manera gratuita, en muchos casos construyen un vínculo con la comunidad. En el CAPS de Marcela –licenciada en enfermería, 39 años- esta relación es muy importante, por lo menos en su relato. Ella es la coordinadora del establecimiento y al narrar el modo de organización, la figura de la enfermera -como una persona comprensiva y altruista- es fundamental. La coordinación en mano de estas trabajadoras posibilita el servicio óptimo a la comunidad y al momento de la pandemia, buscaron superar el distanciamiento a través de WhatsApp. Así, con el fin de evitar la concurrencia innecesaria, las enfermeras¹⁰ otorgaron su número de celular personal hasta que incorporaron un número de la institución. La importancia que le brinda Marcela al cuidado de la comunidad en la que radica su CAPS queda expuesto cuando relata lo que para ella fue el peor desafío de la pandemia: la falta de recursos para poder llevar a cabo ese cuidado. Estos recursos a los que hace referencia son tanto humanos, insumos, como alimentos para los/as vecinos/as que lo necesitan. En el caso de Camilo, también se devela una clara preocupación por las personas que asisten a su CAPS. Su mayor disconformidad con la organización sanitaria fue el cierre parcial de estos establecimientos. Él percibe este acto como la antítesis de sus deberes profesionales, las/os enfermeras/os “están para cuidar personas”.

Mi lugar de trabajo es un lugar que hacen las personas principalmente. Y lo han hecho y lo mantienen mal, políticamente es incorrecto, no está en función de que lo tiene que usar una persona. Porque por más pandemia que haya un lugar de salud debería ser inclusivo, debería tener las puertas abiertas, debería ser un espacio para permanecer. Y en el lugar

¹⁰ Nos referimos en femenino porque la entrevistada deja en claro que todas las enfermeras que trabajan en su Caps son mujeres.

de trabajo donde estoy, casi todos los CAPS, pero en principal donde estoy yo, hoy es un lugar expulsivo que no contiene, que no acepta. (Camilo, licenciado en enfermería, 56 años)

El carácter expulsivo del CAPS que comenta Camilo está dado principalmente por la imposibilidad de las/os pacientes de acceder a la instalación. Esto tiene una doble consecuencia. Primero, cuando los protocolos de distanciamiento comenzaron a flexibilizarse y las personas retomaron paulatinamente las consultas con los especialistas, Camilo observó la proliferación de problemáticas, como pacientes con enfermedades crónicas que estaban descompensados o niñas/os que no habían tenido controles de salud y necesitaban un diagnóstico. El trabajo en los CAPS comenzó a sobrecargarse. Por otro lado, el cierre no solo hacía que las personas debieran esperar afuera, se perdió la interacción más personalizada, la posibilidad de generar el vínculo. En las clínicas y hospitales, si bien las personas que asistían se ubicaban dentro de los muros de la institución, la falta de contacto físico, el ocultamiento de la mitad del rostro debido al barbijo, la imposibilidad de estar acompañadas, impactó fuertemente tanto en pacientes y sus familias como en las/os enfermeras/os. En muchos casos, las/os enfermeras/os funcionaron como mediadores entre las personas internadas y sus vínculos íntimos, como también fueron un sostén emocional.

El área de internación de neonatología es un caso muy particular. Como afirmábamos al inicio, en el HIEMI se atiende a la población infantil de toda la Región VIII. Durante la pandemia, se les prohibió el ingreso a personas que no formaban parte formalmente de la institución. Algunas de estas personas se encargaban de la contención de bebés internados en neo y también del lactario. De estas tareas debieron encargarse las/os enfermeras/os del sector pero con muchos obstáculos: no los podían tomar en brazos y cuando lo hacían, era vistiendo el EPP. Otra de las características de esta área es el vínculo que se genera con las madres. Con los protocolos, las visitas a sus bebés estaban restringidas a dos veces al día y quienes amamantaban lo hacían cada 3 horas. La angustia, la ansiedad y los nervios de las madres se manifestaron en su relación con las/os enfermeras/os. Fueron ellas/os quienes entablaron una alianza y les permitían ingresar más veces que las autorizadas por el personal médico:

Obviamente como somos seres humanos nos enojamos y las entendemos, pero ellas están cansadas, así como ellas nosotras también. Pero bueno, creás un vínculo también que trata de no.. de no crear un acercamiento con el paciente, siempre mantener pero bueno no somos como los médicos. No podemos dar un parte y nos vamos, nosotros pasamos 6 horas durante 6

días, los conocemos. Entonces ellos generan un vínculo con nosotras, charlamos... hasta nos damos cuenta - con el barbijo obvio- pero les decimos "¿estás bien?" y lloran, "no, no está bien, anda afuera, toma aire y volvé a entrar que nosotras le damos de comer (Laura, técnica en enfermería, 42 años).

Miriam Wlosko y Cecilia Ros (2018) dividen dos formas del trabajo de la enfermería: el trabajo prescripto y el trabajo real. El primero refiere a las prescripciones, consignas y procedimientos establecidos formalmente en su organización laboral, mientras que el segundo se define por la suma de tareas que efectivamente se realizan para llevar a cabo satisfactoriamente su labor. En muchas ocasiones, se les presentan situaciones en donde deben incumplir normas y procedimientos. En los casos de las/os entrevistadas/os, esta transgresión se llevó a cabo para brindar un cuidado integral, protegiendo la salud emocional de pacientes y sus familiares. Así también, otras/os enfermeras/os que trabajaron en internación covid -en diferentes instituciones- relatan experiencias similares: principalmente buscaron estrategias para que las personas internadas puedan vincularse con sus seres queridos. Primero, utilizaron sus celulares personales para realizar videollamadas. Más tarde, cuando las visitas se permitieron dos veces al día, supervisaron a las familias en la colocación del EPP. Como sostienen las/os entrevistadas/os, interactuar con sus familiares disminuía la tensión de ambas partes, pero también abría la posibilidad a nuevos conflictos. Cuando algún encuentro no podía realizarse, la ira era dirigida hacia las/os enfermeras/os, como así también la responsabilidad sobre la colocación del EPP.

Las/os enfermeras/os no solo estuvieron en *la primera línea de batalla* frente al covid, sino que jugaron un papel central en la contención de las personas. En este sentido, las tareas de cuidado físico y emocional ya ejercidas por las/os enfermeras/os se intensificaron y, al mismo tiempo, se vieron incrementadas con la emergencia de la pandemia. En este contexto, la revaloración de los cuidados resulta indispensable a partir del rol fundamental de acompañamiento, no solo a las y los pacientes sino también a sus familias, del que las/os enfermeras/os tuvieron que encargarse (Pautassi 2021). Además, la crisis sanitaria visibilizó la falta de derechos laborales y las deficientes condiciones salariales bajo las que se ejerce la profesión, que generan situaciones de pluriempleo y estrés laboral. La falta de infraestructura, equipamiento y recursos humanos dentro del sector, expone a las trabajadoras a múltiples riesgos, a una mayor probabilidad de contagios, a un sobreesfuerzo físico y psíquico causado por un exceso de responsabilidades (Ramacciotti, 2020). En las

distintas instituciones de salud, independientemente del puesto que ocuparan, sus tareas fueron modificadas. En su mayoría, las/os enfermeras/os fueron sobrecargadas y afectadas profesional y personalmente.

2.3 Riesgos psicosociales y estrategias psicodinámicas

En abril de 2020 se publicó un informe en conjunto entre MINCYT-CONICET-AGENCIA (2020), donde señalaron algunos de los aspectos más destacables en torno al clima organizacional en el sector salud. La encuesta de donde surgieron los datos se realizó a 4649 personas, de los cuales el 53% eran médicos/as y el 13% enfermeras/os -el resto está aglutinado como "otros/as". El 31% de la población encuestada estaba radicada en la Provincia de Buenos Aires, el 24% en CABA y el 45% está señalada como "resto del país". Entre los datos que se relevaron se señala que las mayores preocupaciones de las/os trabajadoras/es de salud se relacionaban al contagio: si el 63% señalaba como su primera preocupación "contagiarse y poner en riesgo a su familia/entorno", el 69% marcaba como segunda mayor preocupación "disponer de equipos de protección personal". En esta misma línea, entre las principales demandas que realizaban las personas encuestadas se señalaba la provisión adecuada del EPP y la implementación de estrategias para contener la salud mental de los/as trabajadores/as de salud, especialmente el miedo y la ansiedad.

Las preocupaciones que relatan las/os entrevistadas/os coinciden con las relevadas en el informe. La poca información en relación al virus, el desconocimiento en torno a su forma de contagio y sus consecuencias generaron dentro de los equipos de salud una incertidumbre difícil de sobrellevar. Si bien el agotamiento físico fue haciéndose sentir a medida que transcurrían los meses, la mayor parte de las/os entrevistadas/os coinciden en que el impacto de la pandemia repercutió principalmente en su salud mental. En este sentido, las consecuencias psicológicas -estrés, ansiedad, insomnio, pesadillas y depresión- son reconocidas como las secuelas más perdurables.

E: Y con relación a tu experiencia personal en pandemia ¿Qué es lo primero que se te viene a la mente cuando pensás en eso? ¿Cómo lo vivís vos como profesional de salud?

S: Estrés. Muy, mucho estrés. Ansiedad. Sí, ansiedad y estrés. Es lo que me viene a la mente.

D: ¿Y considerar qué estos cambios en este último tiempo impactaron en tu salud?

S: Si, totalmente.

D: ¿En qué, por ejemplo?

S: Es como que la energía que tendría que estar distribuida en las 24 hs se te va. Mi energía termina a las 2 PM. Yo soy joven, tengo 29 años y así todo... (Selva, técnica en enfermería, 29 años)

La ansiedad es agobiante saber que todos los días es lo mismo, y cuando comenzó la pandemia también. Todo lo que implica el cuidado afuera y la incertidumbre de lo que pueda pasar y los cambios que iba haciendo era espontáneo, los cambios de rutinas, los cambios de protocolos. Cómo manejarnos como no. Eso también agotaba, porque no sabíamos cómo manejarnos. Y el Ministerio de Salud nos venía mandando día a día cómo iba cambiando. (Belén, licenciada en enfermería, 25 años)

Siguiendo a Julio Neffa (2019), cuando los requerimientos físicos, psíquicos y mentales a los que se someten los/as trabajadores/as superan sus capacidades de resistencia, constituyen un factor de riesgo laboral. El autor define al estrés laboral como “un estado psicológico que es parte de un proceso más amplio de interacción entre la persona y su entorno de trabajo, e involucra componentes emocionales, relacionales, cognitivos y comportamentales” (Neffa, 2019:101). No es un trastorno de la salud, sino un signo de respuesta a un daño físico y emocional. El mayor problema del estrés es cuando se da en períodos prolongados o repetitivos, porque el cuerpo de las/os trabajadoras/es permanece en estado de alerta y aumenta el desgaste físico, apareciendo la fatiga o problemas en la salud integral. Continuando con el autor, las condiciones de trabajo pueden alivianar o aumentar estos riesgos y durante la emergencia sanitaria, empeoraron: la intensificación del tiempo de trabajo, las transformaciones en la organización y el contenido del trabajo, las condiciones salariales que no otorgaron un reconocimiento satisfactorio, el uso del EPP que obstaculizaba la realización de las tareas e incomodaba a las/os enfermeras/os durante su uso o los descubrimientos sobre el virus que implicaron constantes transformaciones en la organización y ejecución del trabajo.

Otra de las demandas del informe del MINCYT-CONICET-AGENCIA (2020), es tener “flexibilidad para la rotación de equipos, prescindencia de quienes no son indispensables”. Ante la falta de personal, las/os enfermeras/os consideradas/os población de riesgo no pudieron tomar la licencia correspondiente. Esto responde a que en Argentina la cantidad de enfermeras/os en relación al número de médicos/as y a la población total, es baja (Malleville y Beliera 2020). Asimismo, muchas otras/os enfermeras/os sí pudieron tomar licencia, lo que

provocó un resentimiento del sistema de salud, ya que -en parte debido a la escasez de personal- no ingresó nuevo personal. Así lo relatan algunas de las entrevistadas:

E: ¿Hubo algún compañero que haya pedido una licencia por ser grupo de riesgo en tu equipo de trabajo?

M: Como 4 compañeros que no trabajaron. Como 4 compañeros que tuvieron licencia porque eran personal de riesgo.

E: ¿Hubo alguna incorporación nueva de enfermeros en el área para...?

M: No. Inclusive nosotros ayudamos al personal de la tarde, porque los 4 que salieron fueron todos de la tarde, así que nosotros ayudamos a ellos...

E: ¿Y cómo fue esa ayuda? ¿Se pasaron a la tarde?

M: Seguimos. En vez de irse a las 12 hs, seguimos, los ayudamos y nos íbamos después, a las 16 hs nos íbamos.

E: ¿O sea que tu jornada de trabajo se alargó? Vos entrabas en el mismo horario de siempre y en lugar de irte a las 12 hs te iba a las 16 hs...

M: Yo no sola, mis compañeros también. (Mónica, auxiliar en enfermería, 48 años).

Hubo un tiempo que era que estábamos en bloque, nos aislaron la mitad, o sea 7 personas. Los aislaron 14 días a ese grupo, porque una estaba con sospecha, dio positivo y se aislaron a las 7 personas. Trabajamos 20 días sin franco corrido porque aislaron al grupo, y tuvimos que trabajar 20 días, fue agotador, no había gente y prueba error también. (Laura, técnica en enfermería, 42 años)

En mi puesto original por ejemplo, éramos tres, de las cuales una como es asmática está de licencia desde el primer día, cuando es por salud sí se nos da licencia en esos casos. Así que mi otra compañera quedó sola con todo el trabajo en el Materno. Entonces sí, se super resintió. Obviamente uno no puede hacer el trabajo de tres, entonces el trabajo también no es el mismo, lo hacés no con la misma calidad. (Paula, licenciada en enfermería, 43 años)

El último fragmento es de Paula. Para lograr una mejor conciliación con el cuidado de sus tres hijos, decidió incorporarse a los hoteles sanitarios. Estos espacios fueron provistos desde algunos municipios del país -como CABA, La Plata o Mendoza- que se sumaron a la red hospitalaria con el fin de alojar a pacientes leves de Covid-19 y a personas que, por motivos de viaje o la imposibilidad de realizarlo en su hogar, debían cumplir el aislamiento. El primer llamado para cubrir este puesto, Paula lo había rechazado por el temor que le generaba trabajar de forma directa con pacientes infectados por el virus. Semanas después, ante las dificultades de organización que le generaba la no presencialidad de las escuelas y la imposibilidad de acudir a una tercera persona para que cuide a sus hijos, aceptó el trabajo. Trabajar con un turno nocturno le permitía acompañar y cuidar durante el día a sus hijos. Al

relatar las condiciones laborales que sufrieron las enfermeras durante la pandemia, hace mención a la insatisfacción por la falta de reconocimiento que esperaba, que se traduce principalmente en un reconocimiento salarial:

No hubo un reconocimiento especial, nos aumentaron un 21%, no hubo un plus por parte de la Municipalidad al personal de salud, cuando la mayoría de los agentes de otras áreas están haciendo una semana y una semana turnándose. Hay áreas que directamente nunca abrieron y trabajan turnándose desde la casa. Nosotros tuvimos todo suspendido, de hecho yo tenía vacaciones ahora en junio y nos las suspendieron porque se viene más complicado. Tuvimos todo, todo suspendido sin posibilidad de tomarnos nada y no hubo un mínimo reconocimiento, mínimo. Más que nada ¿vos qué querés cuando estás agotado? Por lo menos salarial. Yo me pude organizar por suerte, pero tengo compañeros que tuvieron que contratar niñeras, poner dinero desde otro lugar o por ejemplo, no ir a trabajar en colectivo porque pasaba muy cada tanto, llegaban tarde, no podían llegar a cumplir el pase de guardia entonces empezaron a contratar remises y eso implicó un gasto extra. (Paula, licenciada en enfermería, 43 años)

Paula señala la insatisfacción por el reconocimiento salarial. No solo esperaba una compensación por la exposición al riesgo de ser contagiadas, también destaca la mayor carga laboral y las dificultades que debieron sortear para acudir a sus lugares de trabajo, esfuerzos que no sienten retribuidos por las autoridades estatales que las emplean. En efecto, las transformaciones producidas por los protocolos de bioseguridad, afectaron las condiciones y medio ambiente de trabajo (CyMAT). Siguiendo a Julio Neffa (2019), las CyMAT se conforman de aspectos sociotécnicos, organizacionales y medioambientales del lugar de trabajo. Las exigencias, limitaciones y requerimientos constituyen la carga global del trabajo y tienen efectos directos e indirectos en la salud integral de los/as trabajadores/as. Estos efectos, dependen de las tareas que demande el trabajo y de las características personales del trabajador/a, pero también del contexto socio-económico y las características propias de los establecimientos. De esta manera, así como el contexto de emergencia sanitaria afectó a la salud de las/os enfermeras/os -y otros/as trabajadores/as de la salud-, las deficiencias en las condiciones y medio ambiente de trabajo también tuvieron su injerencia.

Por su parte, los riesgos psicosociales abarcan la inseguridad que provoca el contenido y organización del trabajo sobre las dimensiones psíquicas. Situaciones que han sido relatadas en los apartados anteriores, particulares del trabajo de enfermería suelen no estar reconocidas por sus empleadores: poner en ejercicio la propia creatividad para superar

imprevistos; la puesta en práctica de las dimensiones afectivas y relacionales; hasta la posibilidad de mentir -o no dar toda información- para mejorar la situación de sus pacientes. Estas actividades que no son reconocidas, tampoco son recompensadas ni económica ni simbólicamente, generando sufrimiento entre estas/os trabajadoras/es (Neffa, 2019). Estos factores agravaron los riesgos psicosociales de estas/os profesionales y en general, no fueron satisfactoriamente contrarrestados por las instituciones de salud. Existieron pocos empleadores que brindaran espacios que sostuvieran emocionalmente a sus trabajadoras/es. En su testimonio, Francisca narra una experiencia trágica que activó propuestas de contención desde su lugar de trabajo:

Lo que sucedió en algún momento es que tuvimos a una compañera que la aislaron por sospecha de COVID en su casa, y ella se suicidó. Yo había estado trabajando hacía dos días. Y nada... Fue muy chocante para todos, creo. A partir de ahí comenzaron a ofrecer, "ofrecer" así por arriba, número de teléfono de un psiquiatra del hospital y una psicóloga del hospital. Creo que nadie quería hablar con ellos, porque... A ver, a todos creo que nos da un poco de miedo exponer nuestros pensamientos, nuestras emociones con alguien que trabaja ahí. Porque la información es muy vulnerable, y a veces uno tiene miedo de que esta información transcurra por otro lado. Lo que hicieron en un momento, yo estaba aislada me llamó el psiquiatra y me preguntó cómo estaba. Llamaba a las personas del hospital, que estaban aislados para ver cómo estaba. Pero no hubo algo concreto de decir, ¿necesitas hablar? No, no, fue informal (Francisca, técnica en enfermería, 23 años).

Los mecanismos de contención que describe Francisca tienen en principio dos problemas: la demora y la desconfianza. En primer lugar, la ejecución de estas políticas se inició luego de un caso extremo, cuando una compañera se quitó la vida. En segundo lugar, una vez que fueron implementadas no lograron acercarse a los/as trabajadores/as. No se sintieron contenidas/os por la institución que los/as empleaba y prefirieron no acudir a esos espacios. Siguiendo a Zulma Ortiz et. al. (2020), la mayor debilidad de las instituciones en la gestión de conflictos se relaciona con la falta de espacios de escucha y contención al equipo de salud. En este sentido, uno de estos riesgos psicosociales que menciona Julio Neffa (2019), es la exigencia por gestionar las emociones, no solo la de los pacientes, también las propias y las de otras compañeras. Desde la perspectiva de la psicodinámica laboral, las/os enfermeras/os utilizan estrategias individuales y colectivas de defensa ante el sufrimiento. Como estrategias individuales, las/os entrevistadas/os buscaron actividades de relajación, como escuchar música, practicar yoga, meditar o reiki. Si bien las medidas de bioseguridad

continuaron presentes -rociándose de alcohol antes de llegar, bañándose y separando la ropa utilizada para su posterior lavado- el volver al hogar se representa como un momento de relajación, de desconexión con la realidad que se vive día a día en el ámbito laboral. La terapia con profesionales de la salud mental también se presenta en el relato de muchas/os entrevistadas/os como un espacio imprescindible para desahogar la tensión y adoptar estrategias para trabajar la ansiedad y el insomnio. Algunas ya sostenían este tipo de servicios, pero muchas decidieron comenzar durante la pandemia, cuando sintieron necesitar ayuda para poder sobrellevar la tarea diaria. Como estrategias colectivas, las/os entrevistadas/os mencionan la importancia que adquirió el diálogo con sus pares para sobrellevar la situación sanitaria. Compartir las mismas experiencias generó un clima de empatía y comprensión que en la mayoría de los casos, se tradujo en un fortalecimiento del vínculo laboral.

Al mismo tiempo que buscaban contención, debían alejarse físicamente de amigos/as y familiares no convivientes. Esta situación denota cierta angustia por parte de las/os entrevistadas/os, pero lo hacían para cuidar a los/as demás y mantener la “conciencia tranquila” al saber que no expusieron a nadie al riesgo del contagio. “No me lo perdonaría” resuena en muchas ocasiones. Cierta responsabilidad alimentada socialmente durante los primeros meses de pandemia donde a los/as trabajadores de la salud se los estigmatizó en los edificios donde vivían o en el transporte público suponiendo que eran inevitables portadores del virus (Abuabara 2020). Particularmente en la ciudad de Mar del Plata, los primeros brotes se dieron en geriátricos y las/os enfermeras/os fueron señaladas como las principales responsables.¹¹ Ellas/os mismas/os reproducen las acusaciones al interior del sector, cuando sostienen que las/os enfermeras/os que se contagiaron al inicio de la pandemia lo hicieron por descuidos en el ámbito personal y no dentro del lugar de trabajo, ya que allí -si cumplían con todos los protocolos de cuidado- los riesgos de contagio eran bajos.

En contraposición, las/os entrevistadas/os destacan aspectos positivos que amortizan las condiciones precarias de trabajo. El hecho de estar trabajando de lo que les gusta se suma a la valoración de haber conservado el trabajo y su sueldo. Cuestiones que en un mercado laboral en detrimento se presentan como “privilegios”. El contexto de emergencia sanitaria provocada por la pandemia de Covid-19, expuso tanto las precarias condiciones laborales en

¹¹ Ver: <https://www.telam.com.ar/notas/202007/492558-mas-de-la-mitad-de-las-muertes-en-mar-del-plata-se-produjeron-en-un-geriatrico.html>

que estas profesionales realizan sus tareas como también la importancia de su labor para el sistema de salud. Asimismo, aún en un momento crítico donde las tareas de cuidados han sido fundamentales y se han puesto en el centro de la agenda pública, el trabajo de las/os enfermeras/os no ha alcanzado un grado de reconocimiento simbólico y laboral.

3. Conclusión

Las tareas de cuidados inherentes a la enfermería la han consolidado como una profesión feminizada y, al mismo tiempo, desvalorizada. Esto último se presenta de manera tácita en el discurso de las/os entrevistadas/os, especialmente cuando relatan el momento de elegirla como salida laboral. Para muchas/os, la enfermería fue una segunda opción luego de pasar por carreras que, como ellas/os anuncian, no las/os “llenaban”. La principal diferencia que destaca a esta profesión es la posibilidad de contener y generar un vínculo con el otro, que se realiza desde el cuidado físico pero también emocional. A esto hacen referencia la mayoría de las/os entrevistadas/os cuando hablan de su labor y es este aspecto donde se presenta la idea de vocación como atributo propio de la identidad de las/os enfermeras/os. Por un lado, la vocación se presenta para las/os entrevistadas/os como una cualidad innata, que puede despertarse antes o después de insertarse en la profesión. Aunque hayan elegido la carrera por su duración o por su rápida inserción laboral, las tareas de cuidados toman centralidad a lo largo de su trayectoria laboral. Por lo tanto, la vocación a la que hacen referencia las/os enfermeras/os se construye en el ejercicio mismo de la profesión y en el aprendizaje que implica el vínculo con las y los pacientes. Al mismo tiempo la idea de vocación funciona como mecanismo de justificación de las precarias condiciones laborales. La desvaloración social, los bajos salarios, el pluriempleo o la sobrecarga laboral son tolerados por el motivo de estar dedicándose a lo que les gusta. Cuando las/os entrevistadas/os reconocen la existencia de una vocación podemos suponer que ésta surge por una identificación con su trabajo. Construyen como parte de su identidad profesional el gusto de cuidar al otro. Así, al darle centralidad a esta concepción vocacional se fortalece la valoración que ellas/os hacen sobre la forma en que se llevan a cabo los cuidados, especialmente los emocionales. Ante la emergencia sanitaria, sus tareas se vieron alteradas debido al uso del EPP y el distanciamiento. De esta manera, desarrollar un vínculo con el/la paciente se dificultó y, como consecuencia, buscaron formas que les permitiera identificarse en su rol de sostén emocional. En un principio, muchas/os sufrieron una pérdida de la

satisfacción personal al percibir que no realizaban óptimamente su trabajo, pero buscaron modalidades para revertir el distanciamiento: desde realizar videollamadas a familiares internados, brindar nuevos canales de comunicación y en algunas circunstancias desestimar las recomendaciones de los protocolos sanitarios. En este sentido, la brecha entre trabajo prescripto y trabajo real aumentó, debido a la necesidad de implementar estrategias para mejorar la salud emocional de las/os pacientes.

Asimismo, los efectos de la crisis sanitaria no se limitaron únicamente a transformar los modos de ejercer los cuidados, también modificaron y empeoraron las condiciones y medioambiente de trabajo y aumentaron los riesgos psicosociales. Primero, el uso constante del EPP les generaba incomodidad y agobio, el aire no circulaba de forma correcta y les provocaba sofocamientos frecuentes. La sola colocación del mismo generaba sensaciones de malestar, por el temor a colocarse y quitarse de forma errónea y así provocar su contagio. Las presiones también se presentaron en su entorno social: acusaciones de los medios de comunicación, señalamientos de vecinos/as y, por supuesto, el temor a contagiar a seres queridos, tensionaron la salud mental de las/os enfermeras/os. Las condiciones laborales empeoraron la situación. La suspensión de vacaciones, de algunas licencias y el aumento de la carga laboral generaron un gran agotamiento que no sintieron reconocido, especialmente en materia económica. Por último, se suma la incertidumbre de saber cuánto tiempo más durará la situación de emergencia. El hecho de no concebir un horizonte de finalización se presenta amenazante. Ante esto, se cuestionan la capacidad de continuar realizando satisfactoriamente sus tareas. Asimismo, desarrollan estrategias individuales y colectivas para disminuir el sufrimiento laboral y lograr sobrellevar esta situación.

A lo largo del artículo se ha intentado resaltar el vínculo que se establece entre la noción de vocación con las tareas de cuidados físicos y emocionales, ambas partes constitutivas de la identidad profesional de las/os enfermeras/os. El contexto de crisis sanitaria facilitó el análisis al dejar al descubierto las estrategias que llevaron a cabo las/os enfermeras/os para mantener su rol de cuidadoras. Al mismo tiempo, la pandemia expuso las condiciones laborales en que estas mujeres ejercen su profesión. Esta precarización se sustenta en gran parte por el trinomio mujeres-cuidados-vocación, como ya hemos hecho referencia. Si las/os enfermeras/os constituyen una pieza clave en el sistema de salud, este papel se fortaleció durante la emergencia sanitaria, tanto en hospitales, clínicas y CAPS. Los cuidados que brindaron no se limitaron a los saberes técnicos, el vínculo con las personas que

asisten se manifestó en una multiplicidad de formas. Asimismo, no sienten que su labor haya sido reconocida ni económica ni socialmente. Los cuidados, aunque lograron insertarse en la agenda pública, mantienen un carácter secundario.

Bibliografía

- Abuabara, Yazmín Cecilia. 2020. "Ataque al personal de la salud durante la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica". *Acta Médica Colombiana* 45(3). doi: 10.36104/amc.2020.1975.
- Arroyo Rueda, María Concepción. 2016. "Envejecimiento, cuidados y política social. Continuidades y cambios en Argentina y México". *América Latina Hoy* 71(0):37. doi: 10.14201/alh2015713760.
- Aspiazu, Eliana. 2017. "Las condiciones laborales de las y los enfermeros en Argentina: entre la profesionalización y la precariedad del cuidado..." *Trabajo y Sociedad* (No28):11-35.
- Barbini, Luciana, Chaparro, Mauro A. E., y Santamaría, Germán. 2022. *Covid 19: ¿Qué ha sucedido desde la confirmación del primer caso?. Un análisis comparativo del Estado de situación del Partido de General Pueyrredón en relación a los ocho aglomerados con más habitantes de la Provincia de Buenos Aires Mar del Plata entre todos*. Monitoreo Ciudadano. <https://www.mardelplataentretodos.org/documento/72>
- Biernat, Carolina, Juan Manuel Cerdá, Karina Inés Ramacciotti, y Juan Manuel Cerdá, eds. 2015. *La salud pública y la enfermería en la Argentina*. Bernal [Argentina]: Universidad Nacional de Quilmes Editorial.
- Borgeaud-Garciandía, Natacha. 2009. "Aproximaciones a las teorías del care. Debates pasados. Propuestas recientes en torno al care como trabajo." *RELET* 14(22):137-56.
- Borgeaud-Garciandía, Natacha. 2018. *Trabajo de Cuidado*. Buenos Aires: Medifé Edita.
- Carrasco, Cristina, Cristina Borderías, y Teresa Torns. 2011. *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas*. Madrid: Catarata.
- East, Sol, Tim Laurence, y Elva López Mourelo. 2020. *COVID-19 y la situación de las trabajadoras de la salud en Argentina*. Informe Técnico. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud y ONU Mujeres.
- England, Paula. 2005. "Emerging Theories of Care Work". *Annual Review of Sociology* 3:381-99.

- Ferro, Silvia Lilian. 2020. "La cuestión del cuidado en el escenario post pandemia. ¿Hacia Estados del Cuidado o hacia Gilead?" *Rev. Interd. em Cult. e Soc.* (RICS) v.6(n.2):50-71.
- Garazi, Débora, y Guadalupe Blanco Rodríguez. 2022. "Al principio me dio pánico, mucho pánico": Enfermería, trabajo y emociones en el marco de la pandemia de Covid-19". *Revista Latinoamericana de Trabajo y Trabajadores* 4:27-48. doi: 10.48038.
- Juanillo-Maluenda, Hugo, y María Alejandra Sánchez-Bandala. 2018. "¿Por qué preocuparnos de los cuidados y de su visibilización en la sociedad?" *Revista de Salud Pública* 22(3):89-99. doi: 10.31052/1853.1180.v22.n3.20879.
- Malleville, Sofía y Beliera, Anabel. 2020. "El lugar del reconocimiento en el trabajo de enfermería." *Estudios del Trabajo* (59):1-26.
- Molinier, Pascale. 2005. "Le care à l'épreuve du travail. Vulnérabilités croisées et savoir-faire discrets", en: *Le souci des autres*, Paris: EHESS (pp. 299-316).
- Molinier, Pascale. 2012. *El Trabajo de Cuidado y la Subalternidad*. Colombia.
- Neffa, Julio Cesar. 1989. *¿Qué son las condiciones y medio ambiente de trabajo? Propuesta de una nueva perspectiva*. Buenos Aires: Área de Estudio e Investigación en Ciencias sociales del Trabajo, Centro de Estudios e Investigaciones laborales, CREDAL - CNRS / Humanitas.
- Neffa, Julio Cesar. 2019. "¿Qué son los riesgos psicosociales en el trabajo?: Reflexiones a partir de una investigación sobre el sufrimiento en el trabajo emocional y de cuidado"; *Centro de Estudios e Investigaciones Laborales*; 213.
- Ortiz, Zulma, Silvina Ramos, Mario Pecheny, Mariana Romero, Laura Antonietti, Alejandro Capriati, Fabián Ortiz, y Javier Mariani. 2020. Evaluación del clima organizacional en servicios de salud de diferente complejidad en el marco de la pandemia COVID-19. Informe Preliminar. Argentina: MINCYT-CONICET-AGENCIA.
- Passantino, Luis Daniel; Roumec, Bettina; Fernández, Jennifer; Laterza Calosso, Julia. 2015. "El envejecimiento poblacional y el entorno urbano de la ciudad de Mar del Plata. Ciudad y vivienda, las particularidades de su área céntrica". *Estudios del Hábitat*, Vol. 13 Nro. 2, Universidad Nacional de La Plata, Facultad de Arquitectura y Urbanismo.
- Pautassi, Laura. 2021. "El trabajo de cuidado no remunerado en Salud en el contexto de América Latina. La centralidad durante la crisis de COVID-19". *Estudios Sociales del Estado* 7(13). doi: 10.35305/ese.v7i13.253.

- Pereyra, Francisca, y Ariela Susana Micha. 2016. "La configuración de las condiciones laborales de la enfermería en el Área Metropolitana de Buenos Aires: un análisis en el cruce del orden de género y la organización del sistema de salud". *Salud Colectiva* 12(2):221. doi: 10.18294/sc.2016.730.
- Ramacciotti, Karina Inés. 2020. "El cuidado sanitario. Hacia una historia de la enfermería en Argentina". P. 588 en *Historias de la enfermería en Argentina. Pasado y presente de una profesión.*, Colección Horizontes I + D + I. José C. Paz: EDUNPAZ, Editorial Universitaria.
- Ramacciotti, Karina Inés, y Adriana María Valobra. 2017. "El dilema Nightingale: controversias sobre la profesionalización de la enfermería en Argentina 1949-1967". *Dynamis* 37(2):367-87. doi: <http://dx.doi.org/10.4321/S0211-9536201-95362017000200006>.
- Rodríguez Enríquez, Corina. 2015. "Economía feminista y economía del cuidado. Aportes conceptuales para el estudio de la desigualdad." *Nueva Sociedad* No 256:30-44.
- Wainerman, Catalina, y Binstock, Georgina. 1992. "El nacimiento de una ocupación femenina: La enfermería en Buenos Aires". *Desarrollo Económico* 32(126):271-84.
- Wlosko, Miriam. y Ros, Cecilia. 2018. "La profesión enfermera y el trabajo de cuidado. Puntuaciones de investigación a la luz de la psicodinámica del trabajo y la teoría del care". En N. Borgeaud-Garciandía, *El trabajo de cuidado*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO).