

Enfermería bajo el COVID: pluriempleo, condiciones laborales y estrategias para enfrentar la crisis sanitaria

Nursing under COVID: moonlighting, working conditions and strategies to face the health crisis

Recibido
19 | 04 | 2022

Aceptado
20 | 10 | 2022

Publicado
30 | 12 | 2022

Adrián Cammarota¹⁻² | adriancammarota2000@gmail.com

Karina Faccia¹ | karinafaccia@gmail.com

Marcelo Barrera¹ | marcebarrera@hotmail.com

Juan Librandi¹ | juan@librandi.com.ar

¹Universidad Nacional de la Matanza; ²Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. Argentina

RESUMEN

El presente trabajo tiene por objetivo analizar la experiencia profesional de un grupo de enfermeras y enfermeros en tiempos de crisis sanitaria que se desempeñan laboralmente en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA). Para ello, tomamos los conflictos surgidos en la esfera laboral y las formas de abordarlos, el pluriempleo, el impacto en el ámbito doméstico y las estrategias para sobrellevar la pandemia. Todo eso compone un amplio abanico de cuestiones que emergen sobre un contexto de trabajo en el cual la actividad sigue siendo considerada como subordinada al saber médico o devaluada en términos salariales, pero de una alta centralidad para el sistema sanitario.

Palabras clave: Enfermería; COVID-19; AMBA; Pluriempleo; Espacio doméstico.

ABSTRACT

The objective of this work is to analyze the professional experience of a group of nurses in times of health crisis both in the province of Buenos Aires and in the Capital Federal. To do this, we take as specific axes the claims of the sector, the representations of nursing, the strategies to cope with the pandemic and the relationship between the world of work and the domestic sphere. All of this makes up a wide range of issues that emerge in a work context in which the activity continues to be considered as subordinate to medical knowledge or devalued in salary terms, but in high demand for the health system.

Key words: Nursing; COVID-19; AMBA; Moonlighting; Domestic space.

1. INTRODUCCIÓN

La enfermería en Argentina tiene una larga tradición que ha forjado un fuerte legado institucional, aunque, paradójicamente, poco reconocido. Pensada como una actividad laboral feminizada, desde sus inicios la lucha por el reconocimiento de las labores del cuidado estuvo en la agenda de los protagonistas. En ese marco la pandemia de COVID-19 profundizó la crisis de los cuidados en América Latina, mostrando la importancia de la sostenibilidad de la vida y la poca visibilidad que tiene este sector en las economías de la región (CEPAL, abril, 2020).

El presente trabajo tiene por objetivo analizar, en tiempos de crisis sanitaria, la experiencia profesional de un grupo de enfermeras y enfermeros que se desempeñan laboralmente en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA). Para ello, tomamos los conflictos surgidos en la esfera laboral y las formas de abordarlos, el pluriempleo, el impacto en el ámbito doméstico y las estrategias para sobrellevar la pandemia. Todo eso compone un amplio abanico de cuestiones que emergen sobre un contexto de trabajo en el cual la actividad sigue siendo considerada como subordinada al saber médico o devaluada en términos salariales, pero de una alta centralidad para el sistema sanitario.

En esta dirección, el artículo empalma con los estudios de género que han otorgado un interés vital a las condiciones profesionales y de feminización de determinadas carreras que por su historicidad específica se pensaron como “femeninas”. En consonancia con las pesquisas que han abordado las políticas públicas, los cuidados y los avances en la agenda de las políticas de género, consideramos que estas intervenciones aún en períodos de crisis continúan ambientándose y profundizándose en ideas prevalentes que hacen de la enfermería una profesión devaluada en términos salariales y afincada en preconceptos solapados que la ligan a una misión femenina.

Para esta propuesta recuperamos una conceptualización amplia de los cuidados, definidos como “la gestión y el mantenimiento cotidiano de la vida, la salud y el bienestar de las personas, esencial para la existencia de la vida y su sostenibilidad, así como para la reproducción social” (Comas-d’Argemir, 2017a: 21).

En tal sentido, nuestra perspectiva no se ciñe solo a una conceptualización de los cuidados que piensa en los vínculos por los que se genera la obligación de cuidar; también nos emplazamos en una representación que incorpora las dimensiones éticas, las emociones, los afectos y los conflictos. Por añadidura, podemos decir que el cuidado es el conjunto de actividades que contienen todo aquello que se hace para mantener, continuar y reparar nuestro mundo. Así, podemos diferenciar dos aspectos básicos en cuanto al cuidado se refiere: el técnico, cuyos objetivos están bien definidos y regulados por medio de tareas, y el aspecto del cuidado como bien interno, el que proporciona sentido a la profesión y plena satisfacción de los usuarios (García Moyano, 2015: 316).

Para el trabajo utilizamos nueve entrevistas en profundidad realizadas a enfermeras/os en el año 2021, en el marco del Proyecto PISAC “La enfermería y el cuidado sanitario profesional durante la pandemia y la postpandemia del COVID-19 (Argentina, siglo XX y XXI)”, en el que participaron investigadores e investigadoras de 16 nodos (universidades nacionales y centros de investigación en diferentes regiones del país). Para preservar la identidad de las y los entrevistadas/os utilizamos nombres ficticios y anonimizamos los lugares de trabajo.

También nos muñimos de una encuesta autoadministrada, de carácter nacional, anónima y confidencial, que se distribuyó a través de contactos institucionales y por medio de redes sociales durante los meses de mayo y junio de 2021. Se obtuvo una muestra no probabilística de 1483 casos, de enfermeros y enfermeras de todas las provincias del país. 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 campo¹.

Particularmente las entrevistas de esta pesquisa fueron elaboradas por el Nodo 6 de la Universidad Nacional de la Matanza (UNLaM), y realizadas a

¹ 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.

enfermeras y enfermeros que viven en el conurbano bonaerense². Buscamos reconstruir sus experiencias profesionales acuñadas desde distintas instituciones de salud tanto públicas como privadas y que echan luz a la experticia construida a lo largo de dos años de epidemia global.

El artículo está organizado en cuatro apartados para dar cuenta de algunos datos cuantitativos sobre el personal de enfermería en la actualidad, los conflictos laborales magnificados por la pandemia y el pluriempleo, el esfuerzo por compatibilizar la esfera productiva y reproductiva y las estrategias para enfrentar la crisis sanitaria.

En resumen, el análisis de estas fuentes permite ver cómo se organizan los cuidados en tiempos de crisis abrevando en la construcción de roles sexualizados, éticas profesionales y demandas históricas entroncadas con el ejercicio de la enfermería.

2. ENFERMERIA EN ARGENTINA

No caben dudas acerca de que la denominada pandemia de COVID-19 que aun atravesamos es un hecho social total, esto es, al decir del etnólogo francés Marcel Mauss (1991), un hecho que por su enorme complejidad y densidad interpelan a todo tipo de instituciones y saberes sociales, ecológicos, religiosos, sanitarios, económicos y políticos. En lo que respecta a los sistemas de salud, entre otros aspectos, la misma, visibilizó un fenómeno que viene desde hace décadas tanto a escala global y local y que remite a la escasez de personal de enfermería.³

² Cabe destacar que utilizamos el guion estructurado para todos los nodos del proyecto PISAC

³ Evidentemente los niveles de disponibilidad de enfermeras/os a nivel mundial son enormemente heterogéneos, lo cual se traduce en notables disparidades a nivel nacional. Así, “Las desigualdades a nivel mundial en disponibilidad de personal de enfermería vienen determinadas en gran parte por los ingresos; en los países de ingresos bajos, la densidad de personal de enfermería es de 9,1 profesionales por cada 10 000 habitantes, mientras que en los países de ingresos altos esa proporción sube a 107,7 por cada 10 000 habitantes” (OMS, 2020: 43).

En Argentina, según los datos del año 2019 registrados en el Sistema de Información Sanitario Argentino (SISA) dependiente del Ministerio de Salud de la Nación, el país cuenta con 179.170 enfermeros/as matriculados/as, de los cuales, 19.730 son licenciados/as (11,01%), 73.370 son técnicos/as (40,95%) y 86.070 auxiliares (48,04%).⁴ La Ley de Ejercicio de la Enfermería (No 24.004, 1991) establece que la formación se divide entre auxiliar, es decir, formación preuniversitaria, y profesional, que abarca los estudios de tecnicatura o licenciatura universitaria. Actualmente la carrera se cursa en 53 universidades nacionales y 250 escuelas técnicas.

En 2016 la Asamblea del Consejo Federal de Educación creó el Programa Nacional de Enfermería (PRONAFE) para aumentar la cantidad y la calidad de los técnicos/as en enfermería fortaleciendo los aspectos académicos de instituciones superiores, públicas y privadas. El Programa está nucleado por 201 instituciones con oferta de Tecnicatura Superior en Enfermería, de los cuales 143 son de gestión estatal (71% del total de instituciones) y 58 de gestión privada, distribuidas en 15 provincias. En el año 2019, 28 universidades públicas nacionales con oferta de enfermería firmaron acuerdos de adhesión a algunos beneficios del programa (Ministerio de Educación y Deporte; INET; Ministerio de Salud: 2017).

Si bien estos datos son alentadores, la pandemia visibilizó la falta de personal, de modo tal, que el carácter crítico de la situación lo podemos ilustrar a partir de abordar la relación existente entre médico/enfermero, la cual es de aproximadamente 0,55 (algo menos de dos médicos/as por cada enfermero/a), prácticamente la mitad del mínimo indicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Según esta organización, la relación debe ser al menos de un/a enfermero/a por cada médico/a.

En otro nivel, la segmentación dentro del sector también se traduce en el hecho de que el 20,4 por ciento de las trabajadoras son informales, mientras que solo el 14,7 por ciento de los varones ocupados en el sector tienen empleos informales. Esta mayor precariedad implica un menor acceso a mecanismos de

⁴ Hemos obtenido los datos de “En Argentina sólo hay 4,24 enfermeros por cada 10 mil habitantes”. *Consenso Salud*, 13/05/2019

protección esenciales en el actual contexto de pandemia (East, Laurence y López Mourelo, 2020: 8), una situación que dejó como saldo la sobreexplotación del personal de enfermería, los bajos salarios, y la necesidad de practicar el pluriempleo. Las experiencias que citamos a continuación corroboran estos datos y la profundización de estas problemáticas bajo la crisis epidemiológica.

3. PLURIEMPLEO, SANCIONES Y VALORIZACIONES

El conjunto de entrevistadas/os están afincados en el conurbano bonaerense. Carla vive en un barrio del partido de La Matanza, y ejerce como enfermera en un hospital privado en San Justo en el área de recuperación de anestesia y en otro hospital de la Capital Federal en el servicio de hematoncológica pediátrica. Actualmente está en pareja y no tiene hijos/as. Con una antigüedad de 9 años y 4 años respectivamente; de lunes a viernes trabaja siete horas en el centro de salud de San Justo, sábados, domingos y feriados en el hospital de Capital Federal y percibe un sueldo que, según su consideración, es una remuneración baja. En el hospital de San Justo realiza un trabajo que no se corresponde con su título de base: organiza el servicio que debía cumplir un técnico en anestesia a las que se le suman las tareas administrativas, mientras que en el de Capital Federal efectúa labores de enfermería. Concibe que la asunción de tareas no específicas se debe a una economización de recursos por parte de las autoridades del hospital privado las cuales se profundizaron con la expansión del virus: “Entonces, nos hacen que seamos polivalentes y nos utilizan para un montón de cosas. Yo puedo estar en una cirugía de un neonato y de ahí cruzarme a otro quirófano con un paciente de 102 años con una cirugía de cadera y de ahí salir corriendo a sala de parto...”.⁵

Ante las cambiantes condiciones laborales impuestas por el COVID, la sobre exigencia viene de la mano inquisidora de las sanciones que actúan como una forma de disciplinamiento y silenciamiento de los posibles reclamos. Un dato por

⁵ Entrevista de los autores a Carla, 20 de abril 2021.

señalar son las medidas “correctivas” que sufrieron ella y sus compañeros/as por llegar tarde en un contexto donde el transporte público, limitado por la pandemia, ralentizaba el viaje cotidiano. Perder el presentismo no es solo una sanción económica, sino que imprime una huella en el legajo lo que implica que a futuro la pueden despedir sin indemnización. Cree que va a terminar renunciando, pero sin antes dejar expuestas las presiones e injusticias que sufrió durante el año 2020 y el 2021.

Otro conflicto aconteció cuando el hospital privado obligó al personal a devolver las horas de teletrabajo a pesar de la promesa de las autoridades de que no lo harían. Ella se negó y convenció a los compañeros de realizar una nota y elevarla al sindicato pese a que carecen de afiliación gremial: “Porque la mayoría tiene en la cabeza que el sindicato es para quilombo, que el sindicato te vende. De hecho, cuando yo me negué a devolver las horas, todos estaban esperando ver rodar mi cabeza. Y cuando vieron que no pasaba nada, ahí se animaron (...) en realidad no me afilio porque yo me defendí sola”.⁶

A la luz de las experiencias auscultadas, el ámbito privado de la salud parece generar mayores conflictos que el espacio público. Daira estudió tecnicatura y luego licenciatura en enfermería. Trabaja en un hospital público de la Capital Federal unas 36 hs estipuladas por contrato y en un sanatorio privado donde tiene 12 años de antigüedad, y es “referente”, es decir, guía del grupo de enfermeras. En ambos lugares está efectiva. En el privado se desempeña en tres áreas: el área de guardia, el área intermedia y el área piso (pediatría). Como envés laboral, en el sanatorio debido a la necesidad de personal y a la negación de contratar gente por una evaluación de costos; trabaja obligada en el sector adultos cuando ella siempre hizo pediatría. Incluso, señala que la explotación cobra ribetes inusuales ante el hecho de que sus colegas que licenciaron por contraer COVID no fueron reemplazados, incrementando sus labores y repercutiendo en su estado psíquico y físico.

Enfatiza que el hospital público siempre estuvo más adelantado con respecto al uso de equipos de protección personal (EPP), una experiencia que le permitió

⁶ Entrevista de los autores a Carla, 20 de abril 2021.

trasladar a la clínica privada en los inicios de la pandemia no sin aprietos con la jefatura:

En el hospital público donde trabajo enfermería pisa muy fuerte. Porque tiene como una doctrina desde que empezó a funcionar el hospital de que enfermería estaba muy capacitada. Y entonces tiene ese lugar. Ahora yo puedo hacer una comparación. Porque antes trabajaba solo en el privado y para mí estaba bien. (todo lo que acontecía). Después me di cuenta de que no. En el privado hay mucha gente capacitada, con mucho estudio y tus decisiones te las refutan, vos proponés y te las refutan” (...) Nuestra jefatura nos denigra mucho. Vos decís ciertas cosas y no tienen valor (...) ⁷

Añade que en la clínica privada las decisiones de gestión son muy verticalistas y que casi no recibieron capacitación. Por oposición, destaca que en el hospital público realizan cursos de todo tipo en base a un programa de formación continua. Observa que en términos salariales la devaluación es evidente: “yo no tendría que estar trabajando en dos lugares. Más teniendo un título de grado. Me tendría que alcanzar para proyectar en mi casa o pasar tiempo y hacer cosas que necesite hacer”. ⁸

Al respecto de este escenario descrito, Kessler (2000) ha enfatizado en que las situaciones de crisis, precariedad laboral y pérdida de seguridad personal acarrear no sólo la falta de medios materiales y simbólicos que les permitan a los actores proyectar a largo plazo su propia reproducción y la de su familia, sino también la ruptura de instancias previas de condensación de relaciones sociales sustentadas en la identificación colectiva a partir del trabajo, como así también, la pérdida de otros espacios de socialización dada la necesidad de reducir el consumo. Todo esto conlleva al deterioro de sus subjetividades y, por tanto, profundos sentimientos de incertidumbre, angustia, vulnerabilidad y temor por el futuro propio y de sus hijos/ as (citado en Barrera, 2021: 112).

Así, la pandemia iba trastocando el ritmo y las condiciones de trabajo. José fue llamado para cubrir un puesto de enfermería porque la crisis obligó a las instituciones hospitalarias a reclutar a más personal. Se desempeña como

⁷ Entrevista de los autores a Daira, octubre 2021.

⁸ Entrevista de los autores a Daira, octubre 2021.

enfermero en un horario intermedio de doce a seis de la tarde en un hospital público de lunes a viernes y noche de por medio en otra institución. Trabajando en internación pediátrica abierta, vio como el desarrollo de la curva de infectados/as fue reacomodando la organización del hospital amplificando exponencialmente la carga laboral:

En un primer momento nosotros como hospital pediátrico no íbamos a tener casos de COVID. Sin embargo, después fuimos uno de los principales ya que derivaban a todos los pacientes positivos. La mayor cantidad vino primero a la internación de adultos y después empezaron a caer más pacientes pediátricos. Los empezamos a internar de manera conjunta: el niño, la madre y el padre. De cierta manera es un aumento del trabajo porque ya no era un paciente”.⁹

Para José esta realidad fue frustrante porque en pleno invierno el sector de pediatría fue uno de los más demandados, mientras que sus colegas salieron a colaborar con otros servicios. Con un total de 26 enfermeros/as, la cifra se redujo por el fallecimiento de un compañero y las licencias obligatorias que se tomaba el personal de riesgo, ya sea por edad o por enfermedades prevalentes. Otro de los problemas entroncó con los elementos de protección: las máscaras que le dieron al principio se desarmaban velozmente por lo que optaron por adquirirlas con su salario hasta que les prodigaron los elementos sanitarios, aunque diferenciados en calidad según el sector de trabajo.

María, una joven enfermera que vive en Morón, terminó la secundaria y optó por estudiar enfermería ante la imposibilidad de cursar los estudios de medicina. Empezó su trayectoria laboral cubriendo licencias en distintas clínicas. Tempranamente renunció a su primer trabajo estable en una clínica privada por falta de pago después de 5 años de labor, una situación que se profundizó con la pandemia. La demanda laboral era altísima, señala María, y el mecanismo de la clínica era contratar personal por tres meses y luego despedirlos para evitar ponerlos en blanco. Al renunciar recibió una carta documento por “abandonar el puesto en época de pandemia”, un artilugio para soslayar pagar los sueldos

⁹ Entrevista de los autores a José, abril 2021.

adeudados. Con una abogada logró cobrar lo que le correspondía y afrontar un nuevo destino laboral en otra clínica en el distrito de La Matanza.¹⁰

Como hemos visto, no solo las jefaturas y la explotación laboral profundizada durante la pandemia son criticadas por el papel que juegan traduciéndose en actos de resistencia y maniobras que permiten enfrentar al personal jerárquico. También, se pone en cuestión una visión que imperó históricamente en la labor de la enfermería como una disciplina subsidiaria del saber médico y cuya mirada sigue germinando en la formación de la carrera, incluso, con situaciones de violencia por parte de los galenos como señaló Carla al relatar su experiencia en el hospital privado de San Justo. Así las cosas, al desgaste emocional y el stress provocado por el COVID, Daniela marcó una división tajante entre los sentidos profesionales de los galenos y el ejercicio de las y los enfermeras/os que cobró mayor impacto en la epidemia:

Creo que enfermería está como muy desvalorizada. Pero los pacientes, una vez que tienen la oportunidad de haber estado internados ven nuestro trabajo. Ellos saben. Se dan cuenta. Pero el profesional no, ya que está muy centrado en su área. No ve más allá. Yo siempre digo que enfermería ve más allá (...) Un cirujano solo ve su paciente, no ve el contexto donde está su paciente; si tiene familia sino la tiene. El cirujano ve el órgano que tiene que operar y opera”¹¹

Esta visión es compartida por Andrea, técnica en enfermería y personal en un hospital público del distrito de La Matanza. Tiene cuatro hijos/as y dos empleos. Cuando se le preguntó qué le faltó en su formación respondió tajantemente “enseñarnos a armarnos para enfrentar a los médicos”. Sentía que en sus inicios era muy sumisa y que su palabra de enfermera nunca valía. “Y después entendí que los médicos tampoco tienen el 100% de la razón. Que muchas veces vos sabes más, o conocés más al paciente”.¹² Otros/as respondieron que los médicos tienen miedo al contagio de la cepa vírica por eso la enfermería asume los riesgos y una relación más estrecha con el enfermo para evitar no

¹⁰ Entrevista de los autores a María, agosto 2021.

¹¹ Entrevista de los autores a Daniela, marzo 2021.

¹² Entrevista de los autores a Andrea, julio 2021.

deshumanizarlo en la atención diaria debido a los estrictos protocolos que restringían el contacto con los pacientes.

Ahora bien, los y las entrevistados/as destacaron que las escalas salariales están devaluadas por lo que revelaron cierta suspicacia a que la situación laboral se modifique en el tiempo y que sus reclamos sean atendidos. Algunos/as pusieron bajo la lupa la complicidad de los sindicatos con el gobierno de turno, señalando las propuestas salariales pactadas por debajo de los niveles de inflación y cuotificadas, como el caso de la Asociación de Trabajadores del Estado (ATE).

Al preguntarle qué cambios puede acarrear la pandemia en la profesión Juan, auxiliar en enfermería que vive en González Catán y trabaja en un hospital público en el oeste de la provincia de Buenos Aires; sentenció lo siguiente:

nadie se murió por nada. Va a seguir todo igual que siempre. Nosotros no queremos que nos aplaudan. Porque si realmente fueran los enfermeros reconocidos no cobraríamos el sueldo que cobramos. No queremos un sueldo con un bono de 3000 pesos. Queremos un sueldo digno. Sentir que realmente valemos algo.¹³

Como hemos visto, la resolución de los conflictos de manera individual o colectiva por fuera de las organizaciones sindicales prevaleció como una estrategia de resistencia y reclamos. En todas las entrevistas enfatizaron en la desvalorización que sufre la profesión traducida en los exiguos salarios, la inestabilidad laboral del sector y las formas de conducirse por el personal de salud que todavía interpone imaginarios subsidiarios sobre el rol de la enfermería. Las entrevistadas y entrevistados, si bien compartieron sus experiencias particulares, estas no difieren a las que sufren sus colegas a lo largo del país al punto tal, que el 12 de mayo del 2021, en el marco del Día Internacional de la Enfermería, los reclamos canalizaron en una protesta al gobierno nacional en la cual participaron enfermeras y enfermeros, instrumentistas quirúrgicos y técnicos de imágenes médicas y auxiliares de la salud, exigiendo el fortalecimiento de los salarios, mejores condiciones de trabajo y equipamiento.¹⁴

¹³ Entrevista de los autores a Juan, mayo 2021.

¹⁴ *EL País*, 13/05/2021

La presentación de estas experiencias deja a las claras que el problema dista de resolverse y que las demandas del sector no han canalizado, hasta el momento de la elaboración de este artículo, en respuestas concretas que permitan ordenar y rediseñar los modos en la que enfermería es retribuida en términos materiales y simbólicos impactando, de manera inevitable, en el ámbito doméstico.

4. MUNDO LABORAL Y MUNDO DOMÉSTICO

Como ha sido trabajado ampliamente por la historiografía, la enfermería es un sector de servicios que históricamente tiene una composición mayoritariamente femenina y al igual que otras ocupaciones vinculadas a servicios de cuidado como la educación, muestra una fuerte presencia de mujeres¹⁵ quienes representan el 71% de las y los trabajadores registrados de la salud, valor que se encuentra muy por encima del resto de la economía, donde apenas se aproximan al 40% de la fuerza de trabajo. Asimismo, la actividad nuclea alrededor del 8% del empleo femenino de todo el país, según datos del Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones (2013), mientras que para los trabajadores varones solo significa el 3% del empleo formal (Aspiazu, 2017: 19).

Una proporción muy alta de las trabajadoras de la salud son jefas de hogar (el 48 por ciento, frente al 41 por ciento en el caso del resto de trabajadoras) y el 53,8 por ciento tiene a cargo menores de 18 años, de las cuales el 28,7 por ciento tiene hijas o hijos menores de 5 años. Esta situación refleja la doble carga de cuidado que enfrentan al combinar su trabajo remunerado con las labores no remuneradas en sus hogares, muchas veces monoparentales y con presencia de niños. Concretamente, las trabajadoras de la salud realizan casi una hora más por día de trabajo doméstico no remunerado en comparación con sus colegas varones (East, Laurence y López Mourelo, 2020: 5). Los cuidados no remunerados, producto de la división sexual del trabajo, han contribuido de manera significativa a la acumulación de capital, al reducir los costos de cuidados, y de todas las

¹⁵ Ver Cammarota, 2020.

actividades relacionadas en el espacio productivo, tanto para las empresas como para el propio Estado (Esquivel, Faury y Jelin, 2012).

Nadia vive en Merlo y tiene tres trabajos: en dos clínicas privadas de La Matanza y otro de portera en una repartición municipal hace 22 años. Al inicio de la pandemia fue convocada debido a la escasez de personal en ambos centros de atención siendo su labor profesional, hasta el momento, casi nula. Con cuatro hijos/as y un esposo que perdió el empleo por un mercado laboral que se contraía en plena crisis sanitaria, se transformó en el sostén del hogar. El pluriempleo generado para asumir las necesidades familiares la llevó a resignificar lo que ella entendía como roles de género asignados. Tras preguntarle con que género se identifica respondió sorprendida:

V: ¿Cómo con qué género?

E: ¿Mujer? ¿Varón?

V: Mitad y mitad. Siento que en un momento de mi vida tuve toda la responsabilidad de mi familia cuando mi esposo se quedó sin trabajo por la pandemia y ahí me sentí como sería un varón ¿no? Porque bueno, trabajaba mucho y yo trataba de agarrar todos los hospitales que podía y me decían: ‘vos estás loca, ¿cómo vas a agarrar tantos hospitales, ¿cómo vivís? Pero en ese momento lo necesitábamos y me puse la mochila y la cargué sobre mis hombros, por eso me siento mitad y mitad.¹⁶

Las enfermeras entrevistadas que tienen hijos/as sienten la necesidad apremiante de compatibilizar las esferas del mundo productivo y el ámbito reproductivo, un compromiso moral que se asentó en un mandato construido desde distintos espacios sociales y académicos como ha señalado Carl Gilligan en su clásico ensayo donde analizó las interpretaciones sobre la psicología de las mujeres (Gilligan, 2003). En otro nivel, una de las contribuciones de la antropología feminista fue señalar que no hay un cuidado universal, este siempre es particular y socialmente construido, por lo que posibilita una gran diversidad cultural en las formas de cuidar y distribuir el trabajo de cuidados (Comas-d’Argemir, 2014: 168).

¹⁶ Entrevista de los autores a Nadia, junio 2021.

En esta construcción social del cuidado, las vivencias en una disciplina feminizada ubican a los profesionales en un contexto particular cuando enfrentan problemáticas sociales y sanitarias debido a la “natural” encomienda de cuidados que le asigna el orden social masculinizado (Serdarevich, 2021: 22).

En función de estos argumentos, hay que señalar que las mujeres son las más afectadas por el desdoblamiento de las tareas domésticas y laborales; ellas utilizan el tiempo de manera mucho más variada que los hombres, además de tenerlo más fragmentado y disponer de menos tiempo libre (Comas-d'Argemir, 2017b: 78). En coincidencia con otros estudios, uno de los efectos de la distribución de los cuidados y las tareas domésticas en el mundo privado bajo la crisis sanitaria, es que el aislamiento en el hogar produjo una serie de cambios en las prácticas y tareas diarias reproductivas, como así también, en los usos del tiempo que ellas demandan alterando los itinerarios destinados a esas tareas. La obligación de permanecer en el interior del hogar a muchos hombres que perdieron su trabajo los confrontó con la visualización de las tareas de cuidado cotidiano que sus parejas realizan en relación con los/as hijos/as, y si los hubiera, con los adultos mayores (Barrera, 2021: 115).

Retomando los testimonios, la acción del cuidado en ambas esferas se va ajustando a las circunstancias y posibilidades abiertas en los derroteros de la pandemia. La respuesta de Nadia sobre su “masculinización” corporiza en estos fenómenos que subyacen sobre ciertos arbitrios culturales construidos históricamente: la distribución de roles basados en el sexo-género, es decir, el varón proveedor y la de las obligaciones “naturales” de las mujeres para la crianza de los y las más pequeños/as y las tareas domésticas. Otras entrevistadas destacaron que las formas de organizar el cuidado de los menores se desarrollaron gracias al acuerdo con cuidadoras o familiares muy cercanos a pesar del aislamiento promulgado por el gobierno y el temor al contagio.

En otro nivel, datos relevantes que surgieron en el proceso de investigación a nivel nacional, señalan que el porcentaje de enfermeras y enfermeros que son sustento de hogar es elevado y desde el inicio de la crisis sanitaria las tareas laborales aumentaron enfáticamente (Gráfico 1 y 2)

Gráfico 1

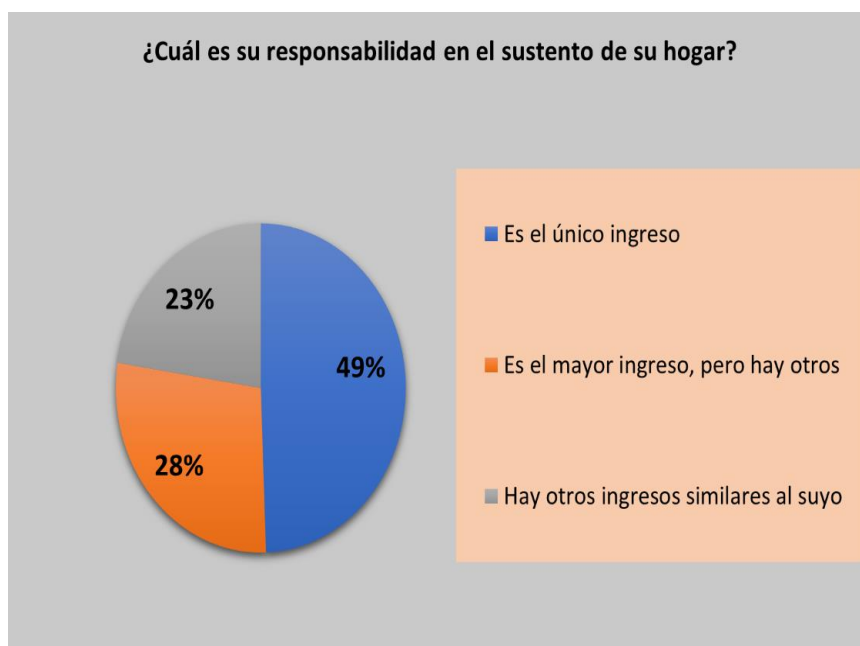


Gráfico 2

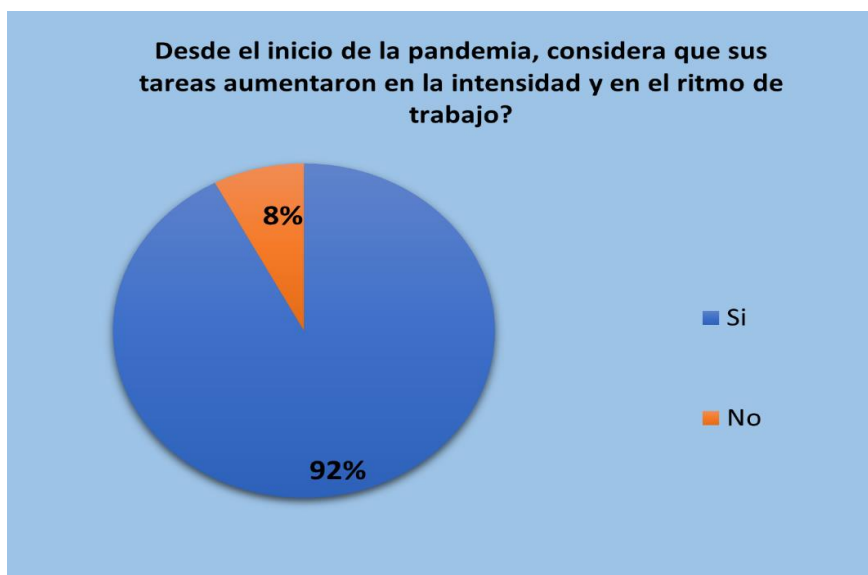


Gráfico 1 y 2: datos preliminares obtenidos de la encuesta realizada por el grupo de investigación del proyecto PISAC

Siguiendo los testimonios, este incremento del ritmo de trabajo redujo los ratos de ocio en el ámbito familiar y el contacto con los seres queridos. Al igual

que el resto de sus colegas, Daira señaló que a medida que la pandemia avanzó tuvo que dejar sus actividades recreativas por sentirse “quebrada” anímicamente. Al estar sola con dos hijos/a (un varón de 20 y una nena de 10 años) sentía que no tenía donde apoyarse tratando de maquillar a su hija más pequeña las catastróficas noticias de los medios de comunicación: “Ella tenía miedo de que yo me muera (...) Y era difícil decirle que no me iba a pasar nada, que yo me cuidaba y que yo tenía fe en mi buena salud”.¹⁷

Los magros salarios, el pluriempleo o la compatibilización del trabajo con el núcleo familiar, no son las únicas variables que impactan en la vida del personal de enfermería. Frente a ello para enfrentar la crisis se diseñan estrategias que se analizan a continuación.

5. “APRENDER A RESPIRAR”: LAS ESTRATEGIAS PARA ENFRENTAR LA PANDEMIA

Cabe señalar que la pandemia dejó en los cuerpos y la psiquis de las y los enfermeras/ros huellas innegables como el miedo, la incertidumbre y el stress, produciendo, a su vez, polifónicos aprendizajes. Los datos sobre el COVID que a inicios de octubre del 2020 transitaban en los medios de comunicación alimentaban los temores auspiciando la búsqueda de nuevas estrategias para la contención psicológica. El contexto sanitario alarmaba a la enfermería: el incremento de fallecidos y el colapso de las camas de terapia intensiva parecía inminente según la carta dirigida al presidente Alberto Fernández por la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (SATI), momento en el cual los contagios escalaban en el territorio nacional y en el AMBA la situación era preocupante. La pandemia no solamente había mostrado las carencias estructurales agravando la situación del sistema: la letalidad crecía enfermando y generando fallecimientos en el personal sanitario.¹⁸

¹⁷ Entrevista de los autores a Daira, octubre 2021.

¹⁸ Para ese momento, el Ministerio de Salud informó 52 nuevos fallecimientos por coronavirus en el país, lo que elevó a 8.971 la cifra de muertos desde marzo pasado, mientras el total de altas es de 315.530 personas. En el reporte oficial se indicó, además, que fueron confirmados ayer 10.504 nuevos casos de COVID-19 y 428.239 es el total de infectados hasta el momento. *Infobae*, 02/09/2020.

Durante el primer año de radicación del virus, el miedo caló más hondo en el personal de salud, en los pacientes y en los familiares acorde a los testimonios. La información era escasa y causó un fuerte impacto emocional: “Miedo de estar con gente, miedo de las personas, de contagiarlos. No sabías qué te iba a pasar (...) siempre estabas a la defensiva” punteó Adriana, técnica en enfermería y que, laboralmente, forma parte de un equipo de terapia intensiva.¹⁹ Al principio señala que trabajó de lunes a lunes sin ningún franco y que se sintió muy afectada y fatigada. Los elementos de protección eran escasos, situación que acrecentaba la incertidumbre: “¿Qué íbamos hacer? ¿qué nos iba a pasar? Todo pensamiento que se cruzaba era malo ‘estás acá a la deriva ¿qué hacer? ¿toco al paciente o no?’”.²⁰ En menor medida, la confusión y los actos de violencia verbal fueron otro de los mojonos que tuvieron que afrontar:

Había filas y filas de personas para aplicarse la vacuna antigripal que se da todos los años, creyendo que con eso no iban a tener COVID. (...) También hubo violencia, los pacientes se ponen muy mal. Tenes que explicarle al paciente y al familiar (...) que no lo podés atender rápido porque hay que colocarte el equipo de protección. Estar preparado para todo tardó (...) el paciente tuvo que adaptarse a nosotros y nosotros a ellos.²¹

Las presiones y el stress llevaron a la necesidad de arbitrar estrategias paliativas para desenredarse del entramado contextual. En el caso de Daniela comenzó con una fuerte tos que no la dejaba dormir, por lo que consultó a varios especialistas sin hallar la raíz del problema. Ella misma “trató” su patología y entendió que era por las altas dosis de stress por lo que buscó estrategias de manera individual. Por su parte, Juan señaló que de cierta forma le sirvieron los encuentros realizados por el Servicio de Salud Mental de su hospital porque podía

¹⁹ Entrevista de los autores a Adriana, junio 2021.

²⁰ Entrevista a de los autores a Adriana, junio 2021.

²¹ Entrevista a de los autores a Adriana, junio 2021.

hablar de todo lo que sentía principalmente de su insomnio disparado por la epidemia.²²

Al respecto, la Organización Mundial del Trabajo (OIT) proclamó la necesidad de implementar la prestación de asistencia social a los equipos, las familias y los allegados, además de brindar información y orientaciones para los trabajadores de salud acerca de cómo gestionar el estrés. Como han demostrado los estudios referidos a otras crisis sanitarias internacionales, como el brote de SARS de 2003 en Toronto, los altos niveles de angustia emocional entre los y las trabajadores/as del hospital, derivan del aislamiento, el dolor de perder a colegas y el estigma social asociado con la exposición a la enfermedad.²³

Una variable cuantitativa para observar lo antes dicho son los datos recogidos en la encuesta elaborada por el grupo de investigación del proyecto PISAC, donde se iluminan las estrategias desarrolladas para enfrentar la crisis. Con un total de 363 enfermeros/as encuestados/as en el AMBA; señalamos dos grupos de estrategias acondicionadas por el personal (Gráfico 3 y 4):

²²En el caso de AMBA, ante la pregunta “Desde el inicio de la pandemia, ¿se han habilitado espacios institucionales de contención en su lugar de trabajo?”, el 64 % de las personas contestaron “nunca” y un 23 %, “ocasionalmente”.

²³ *Infobae*, 17/08/2020

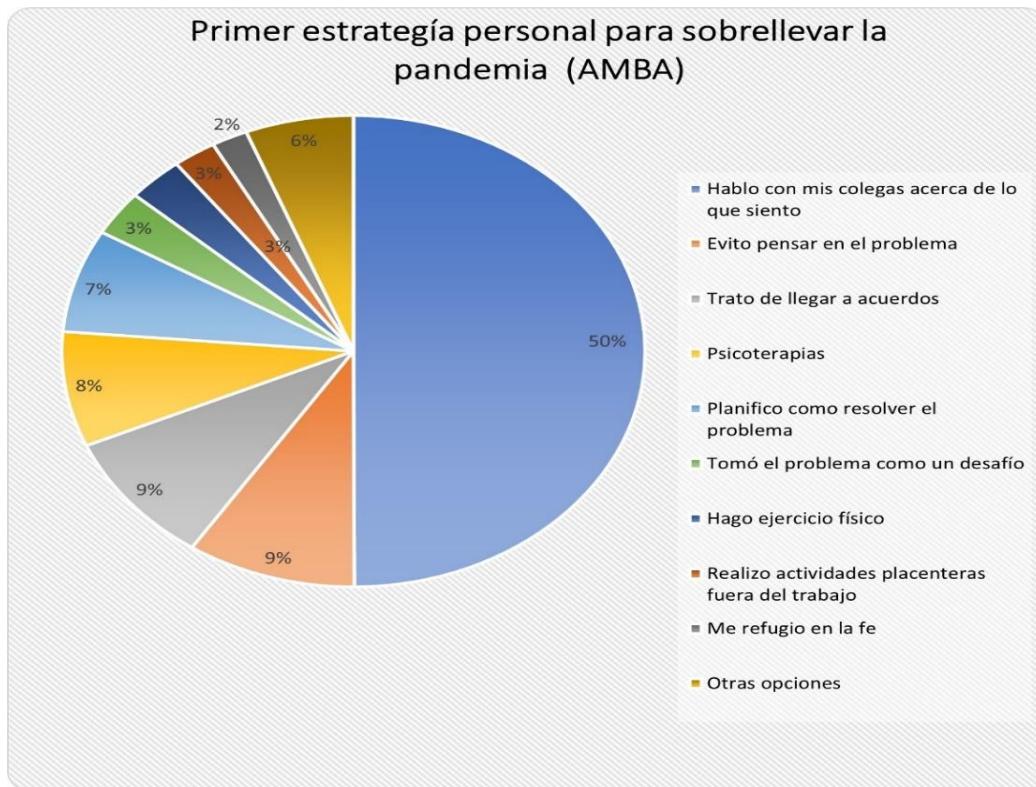


Gráfico 3

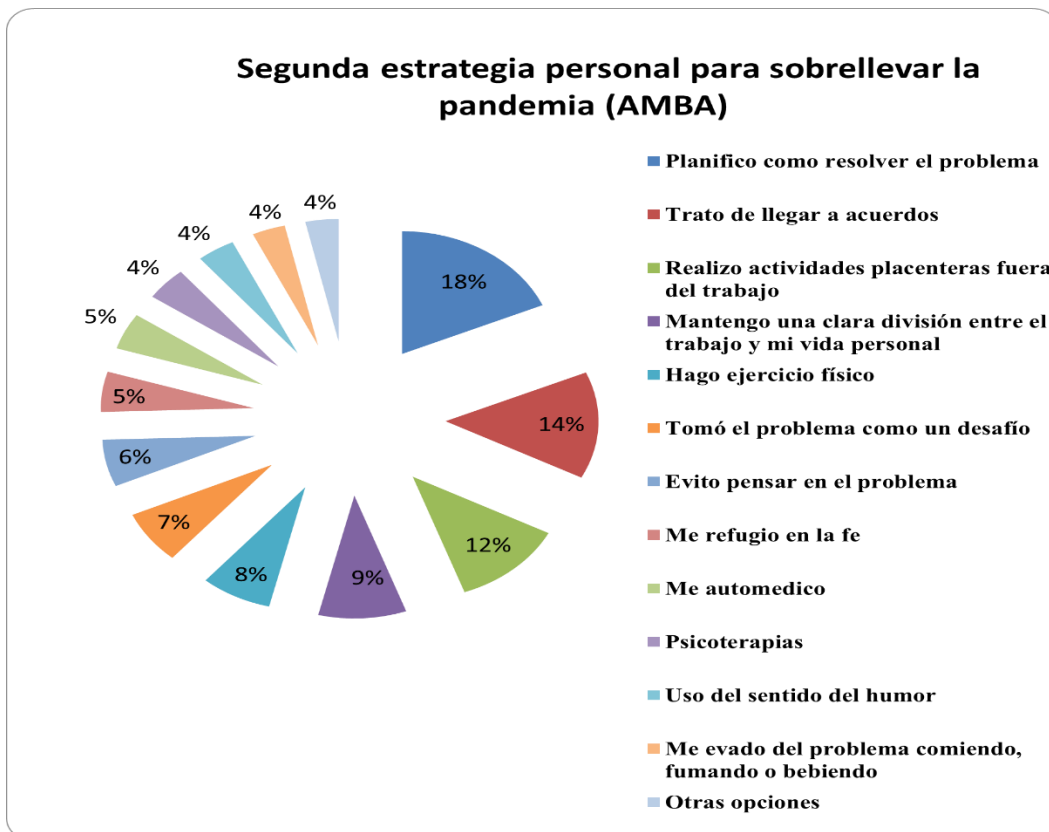


Gráfico 4

Fuente: datos obtenidos de la encuesta realizada por el grupo de investigación del proyecto PISAC

En cuanto a las estrategias personales para sobrellevar la pandemia (Gráfico 3) un 50 % de las respuestas favorables se inclinaron por la de “Hablar con mis colegas acerca de lo que siento”. Por encima de los conflictos y la sobreexplotación laboral, los y las entrevistados/as destacan los fuertes lazos colectivos construidos por sus pares y la capacidad de adaptación en un contexto de múltiples falencias e incertidumbre, distinguido en otras investigaciones. La segunda (gráfico 4) “planifico cómo resolver el problema” fue la opción más frecuente con un 18%, por lo que demarca las formas de resolución entre pares, vistos como quienes suelen comprender mejor las situaciones que se viven dentro del sistema de salud.

En todos los casos la adaptación y la readaptación a la crisis fue un foco sustancial para evitar compadecer ante un virus cuya labilidad era nula y que se fortalecía con las mutaciones y las nuevas cepas. En su testimonio Andrea nos brindó, quizás sin pensarlo metafóricamente, la clave del asunto. Ella es técnica en enfermería y destacó que una de esas adaptaciones que tuvo que enfrentar era “aprender a respirar”. Siempre sintió que con un barbijo “se moría” y con el COVID tuvo que educarse para usar tres a la misma vez. Después de dos neumonías logró adaptarse al uso del barbijo ya que con la aplicación del estricto protocolo solo quedaba la obligación de ponérselo “... aunque sentía que me moría me fui acostumbrando a aprender a respirar, a no hiperventilar y “tratar de calmarme porque la misma desesperación de estar tan vestida, con tantas cosas, te empieza a faltar el aire y quieres salir (...) entonces aprendés a controlar un poquito los nervios, a pensar y respirar más tranquila”.²⁴

“Aprender a respirar” se torna a su vez en una sutil metáfora del aprendizaje que, a la luz de las circunstancias, adquirió el personal de salud, adaptando la psiquis y el cuerpo a la “nueva normalidad”, asimilando a conciliar el miedo cotidiano con el cuidado de las familias y compañeros/as de trabajo y sobrellevar, a su vez, los conflictos laborales. El acto motor de la respiración señalado por Andrea se traduce en los intentos de la psiquis por rearmarse en tiempos donde la disrupción de la pandemia alteró cierta previsibilidad, mostrando

²⁴ Entrevista de los autores a Andrea, julio 2021.

a las claras la esencialidad de la enfermería y la necesidad de preservar y valorizar los recursos humanos del sistema de salud.

6. CONCLUSIONES

La pandemia dejó en evidencia la importancia de los cuidados sobre toda la centralidad del trabajo no remunerado en el hogar en momentos donde el cierre de las instituciones estatales, como la escuela, la demanda del personal de salud y la sobre exigencia, el pluriempleo y el impacto emocional; tornaron más frágil la capacidad para actuar en la crisis. Puso en el tapete la jerarquía de los cuidados en las políticas públicas, pero sin transformar, paradójicamente, la estructura económica y cultural que lo sostiene.

Las demandas de los y las enfermeros/as entrevistados/as en este trabajo, sobre todo en términos de escalas salariales, deja a las claras que lejos están de modificarse las condiciones históricas que moldearon a la enfermería como profesión feminizada. Empero, esto no erosiona los sentidos del deber y la ética profesional que permitieron atenuar el impacto emocional sufrido por el personal de salud, sobre todo, en el primer año de la crisis cuando el desconocimiento sobre la cepa vírica, sus formas de transmisión y la falta de recursos afectaron profundamente a los y las entrevistados/as trasladándose como efecto mecánico a las tareas y cuidados de la esfera domésticas. Esta situación lesionó, ya sea por el cansancio anímico como por el aislamiento impuesto por el gobierno de turno, los ratos de ocio y de esparcimiento que permitirían atenuar los efectos psicológicos.

Los efectos emocionales nos previenen, pensando en futuras crisis, sobre la huella en la salud mental de la población y, principalmente en los profesionales sanitarios, en estados de miedo, incertidumbre y angustia, propios de un sentido de ruptura emocional y pérdida de previsibilidad. Como hemos observado en la introducción, los testimonios permiten entrever como se organizan los cuidados en tiempos de crisis abrevando en la construcción de roles sexualizados, éticas profesionales y demandas históricas entroncadas con los quehaceres del cuidado

que conectan nudos de sentidos, y readaptaciones subjetivas a los desafíos que impuso la pandemia. Como ha señalado Batthyány (2020), para solucionar la crisis de cuidados necesitamos una nueva idea de gestión pública que entienda que la interdependencia de las personas es un hecho de la vida en común.

REFERENCIAS

1. “Argentina en emergencia sanitaria: terapias intensivas colapsadas y contagios y muertos que crecen”. *Infobae*, 02/09/2020 [en línea]. Recuperado de: <<https://www.infobae.com/salud/2020/09/02/argentina-en-emergencia-sanitaria-terapias-intensivas-colapsadas-y-contagios-y-muertos-que-crecen/>>.
2. “En Argentina sólo hay 4,24 enfermeros por cada 10 mil habitantes”. *Consenso Salud*, 13/05/2019 [en línea]. Recuperado de: <<http://www.consensosalud.com.ar/en-argentina-solo-hay-424-enfermeros-cada-10-mil-habitantes/#:~:text=En%20Argentina%20s%C3%B3lo%20hay%204,10%20mil%20habitantes%20%7C%20Consenso%20Salud&text=De%20acuerdo%20a%20cifras%20de,%3B%20y%20Brasil%207%2C1>>.
3. “Las enfermeras en Argentina reclaman mejores condiciones de trabajo”. *El País*, 13/05/2021 [en línea]. Recuperado de: <https://elpais.com/elpais/2021/05/13/album/1620917814_963099.html#foto_gal_1>.
4. “Las últimas estrategias para cuidar al personal de salud durante la pandemia”. *Infobae*, 17/08/2020 [en línea]. Recuperado de: <<https://www.infobae.com/salud/2020/08/17/las-ultimas-estrategias-para-cuidar-al-personal-de-salud-durante-la-pandemia/>>.
5. Anzorena, Claudia C., Schwarz, Patricia K. N. y Yáñez, Sabrina S. (comps.). *Reproducir y sostener la vida: abordajes feministas y de género del trabajo de cuidados*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Teseo. 2021.
6. Aspiazu, Eliana. “Las condiciones laborales de las y los enfermeros en Argentina: entre la profesionalización y la precariedad del cuidado en la salud”. *Trabajo y Sociedad*, 2017, 28.
7. Barrera, Marcelo. “La domesticidad argentina bajo la pandemia de COVID-19: ¿entre lo nuevo y lo viejo?”. *Diploma Superior en Gestión y Políticas de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria*. Coedición IDEPSALUD-CLACSO: Buenos Aires. 2021. pp. 105-122.
8. Batthyány, Karina. “La pandemia evidencia y potencia la crisis de los cuidados”. *CLACSO. Observatorio social del coronavirus*, 2020 [en línea]. Recuperado de: <<https://www.clacso.org/la-pandemia-evidencia-y-potencia-la-crisis-de-los-cuidados/>>.
9. Cammarota, Adrián. “Maestras y enfermeras. Entre el cuidado y la enseñanza.” Karina Ramacciotti (compiladora). *Historia de la enfermería en Argentina. Pasado y presente de una profesión*. Buenos Aires: UNPAZ, 2020.
10. Comas-d’Argemir, Dolors. “El don y la reciprocidad tienen género: las bases morales de los cuidados”, *Quaderns-e de l’Institut Català d’Antropologia*, 2017a, 22 (2): 17-32 [en línea]. Recuperado de: <<https://raco.cat/index.php/QuadernselCA/article/view/333109>>.
11. Comas-d’Argemir, Dolors. “Cuidados, género y ciudad en la gestión de la vida cotidiana”, 2017b, 59-83 [en línea]. Recuperado de: <https://www.researchgate.net/publication/282913508_Cuidados_genero_y_ciudad_en_la_gestion_de_la_vida_cotidiana>
12. Comisión Económica para América Latina (CEPAL). “La pandemia del COVID-19 profundiza la crisis de los cuidados en América Latina y el Caribe”, abril 2020. Recuperado de: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45335/5/S2000261_es.pdf
13. East, Sol, Laurence, Tim y López Mourelo, Elva. “Informe Técnico. COVID-19 y la situación de las trabajadoras de la salud en Argentina”, 2020. Organización Mundial del Trabajo.
14. Esquivel, Valeria, Faur, Eleonor y Jelin, Elizabeth. “Hacia la conceptualización del cuidado: familia, mercado y estado”. En Valeria Esquivel *et al.* (eds.) *Las lógicas del cuidado infantil. Entre las familias, el estado y el mercado*. Buenos Aires: IDES. 2012. pp. 11- 43.
15. Freidin, Betina *et al.* “Trabajadores de la salud en el primer nivel de atención durante la pandemia COVID-19 en el conurbano de Buenos Aires”. *Población y Sociedad*, 2021, 28 (2): 138-167. Recuperado de: <https://cerac.unlpam.edu.ar/index.php/pys/article/view/5788/6934>.

16. **García Moyano, Loreto.** “La ética del cuidado y su aplicación en la profesión enfermera”. *Acta Bioethica*, 2015, 21 (2): 311-317 [en línea]. Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S1726-569X2015000200017&script=sci_arttext>.

17. **Gilligan, Carol.** *In a different voice. Psychological theory and women's development*, Cambridge, Mass.: Harvard University Press. 2003.

18. **Mauss, Marcel.** *Sociología y antropología*. Madrid: Tecnos. 1991.

19. **Ministerio de Educación y Deporte; INET; Ministerio de Salud.** *PRONAFE. Programa Nacional de Formación de Enfermería*. Buenos Aires: Presidencia de la Nación. 2017.

20. **Organización Mundial de la Salud.** *Situación de la enfermería en el mundo. 2020* [en línea]. Recuperado de: <<https://www.paho.org/es/documentos/situacion-enfermeria-mundo-2020-resumen-orientacion>>.

21. **Serdarevich, Úrsula.** “Herencia de mujeres en la formación de enfermeras”. Adrián Cammarota y Daniela Testa (comps.), *Esenciales en debate. Las ciencias de salud en clave histórica. Profesionalización, Estado, actores e intervenciones*. Buenos Aires: Imago Mundi. 2021.

ENTREVISTAS

1. Adriana
2. Andrea
3. Carla
4. Daira
5. Daniela
6. José
7. Juan
8. María
9. Nadia