

“Te aplauden pero no alcanza”: reconocimiento simbólico y material de la enfermería durante la pandemia de covid-19^[1]

‘You are applauded but it’s not enough’: symbolic and material recognition of nursing during COVID-19 pandemic in the province of Buenos Aires

Mezzadra[2], Lucila; Augier[3], Carla Mora

 Lucila Mezzadra[2]
lucila.mezzadra@gmail.com
UNQ, Argentina

 Carla Mora Augier[3]
carlitamora21@gmail.com
(UNQ, Argentina)

De Prácticas y Discursos. Cuadernos de Ciencias Sociales

Universidad Nacional del Nordeste, Argentina
ISSN-e: 2250-6942
Periodicidad: Semestral
vol. 12, núm. 20, 2023
depracticasydiscursos.ces@gmail.com

Recepción: 26 Enero 2023
Aprobación: 10 Marzo 2023

URL: <http://portal.amelica.org/ameli/journal/476/4764562005/>

DOI: <https://doi.org/10.30972/dpd.12206965>

Resumen: La crisis sanitaria causada por la pandemia de covid-19 posicionó al sistema de salud en el centro de la escena pública e, indefectiblemente, los/as trabajadores/as sanitarios/as adquirieron una visibilidad inusitada. Para la enfermería, este protagonismo en el discurso público constituyó una verdadera novedad. A partir del análisis de la prensa nacional y local, en este artículo nos ocupamos de reconstruir las narrativas que los medios de comunicación emplearon para retratar el trabajo realizado por los equipos de enfermería. Luego, sobre la base de entrevistas en profundidad y una encuesta auto administrada, obtenidas como resultado del proyecto Pisac, analizamos las experiencias del personal de enfermería durante la pandemia en la zona sur de la provincia de Buenos Aires. Observamos que si bien el discurso público aportó una cuota de reconocimiento simbólico para las y los profesionales, la construcción de un relato heroico sobre su trabajo soterró sus demandas en un contexto de deterioro de las condiciones materiales y subjetivas en las que desarrollaron su labor.

Palabras clave: enfermería, condiciones laborales, reconocimiento.

Abstract: The health crisis caused by the COVID-19 pandemic positioned the health system at the center of the public scene and, inevitably, health workers acquired unusual visibility. For nursing, this leading role in public discourse was a real novelty. Based on the analysis of the national and local press, in this article we reconstruct the narratives that the media used to portray the work carried out by the nursing teams. Then, based on in-depth interviews and a self-administered survey obtained from the PISAC project, we looked at nursing staff's experiences during the pandemic in the south area of Buenos Aires province. We observed that although the public discourse provided a share of symbolic recognition for the professionals, the construction of a heroic story about their work buried their demands in a context of deterioration of the material and subjective conditions in which they carried out their work.

Keywords: nursing, work conditions, recognition.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, el estudio de las condiciones de trabajo de los y las profesionales del cuidado ha cobrado una especial relevancia en la agenda feminista. Históricamente, tanto las labores de cuidado remuneradas como las no remuneradas han sido asociadas con aptitudes y habilidades supuestamente inherentes a la condición femenina y, por ende, poco valoradas socialmente (Queirolo, 2018). Dicha falta de reconocimiento posee, de acuerdo con distintos autores y autoras, una penalización en el mercado en términos de salario y condiciones laborales.

La enfermería, que define su objeto y misión en términos de la provisión de cuidados, no es la excepción. En Argentina, la bibliografía disponible destaca una serie de problemáticas que permite afirmar que el sector enfrenta procesos de precarización laboral: bajos salarios, contratos eventuales, jornadas de trabajo extendidas, pluriempleo, entre otras (Aspiazu, 2017). El análisis de la precarización no sólo debe considerar dichas dimensiones jurídico-contractuales del empleo, sino también los aspectos subjetivos implicados en el trabajo (Paugman, 2015). En este sentido, la falta de reconocimiento simbólico por las tareas realizadas incide en la insatisfacción del trabajador o trabajadora frente a su trabajo, situación que abona a la precarización laboral de la profesión.

Sin embargo, la crisis sanitaria causada por la pandemia de covid-19 posicionó al sistema de salud en el centro de la escena pública e, indefectiblemente, los/as trabajadores/as sanitarios/as adquirieron una visibilidad inusitada. Los medios de comunicación contribuyeron a la construcción de un relato épico que los y las valorizó positivamente como los héroes sin capa de la batalla contra un virus hasta entonces desconocido. Ante este panorama, nos interesa observar bajo qué términos la agenda mediática abordó la labor desarrollada por los enfermeros y las enfermeras: ¿Qué narrativas e imaginarios utilizaron los medios de comunicación para retratar su trabajo? El reconocimiento discursivo observado durante los primeros meses de pandemia, ¿contribuyó a problematizar sus condiciones laborales y la precarización laboral que, históricamente, afecta a este sector? ¿Qué repercusiones tuvo el trabajo durante la pandemia en la percepción de enfermeros y enfermeras sobre su profesión y sobre sí mismos? En este nuevo escenario, ¿se produjeron modificaciones en las condiciones laborales del sector?

Este artículo se inscribe en el proyecto de investigación Pisac-covid-19 “La enfermería y los cuidados sanitarios profesionales durante la pandemia y la postpandemia de covid-19 (Argentina, siglos XX y XXI)”, que se propone analizar cambios y continuidades en las representaciones, prácticas y formación del sector de enfermería en Argentina. En esta oportunidad, apelamos a una estrategia metodológica cuantitativa y cualitativa que nos permite explorar y analizar las experiencias de enfermeros y enfermeras durante la crisis sanitaria. Para ello, recurrimos a distintos tipos de fuentes. Por un lado, seleccionamos 12 entrevistas en profundidad realizadas a personal de enfermería de los subsectores público y privado que desarrollan sus actividades laborales en la zona sur del conurbano bonaerense, específicamente en la Región Sanitaria VI^[4]. Dichas entrevistas fueron efectuadas entre abril y julio de 2021, y forman parte de un corpus más amplio compuesto por 274 entrevistas realizadas a nivel nacional. Asimismo, consideramos para el análisis los resultados de una encuesta autoadministrada implementada a nivel nacional durante mayo y junio de 2021. Se obtuvo una muestra no probabilística de 1483 casos, de enfermeros y enfermeras de todas las provincias del país; a los fines del presente trabajo consideramos sólo las respuestas de 456 trabajadores y trabajadoras que desarrollan su profesión en la provincia de Buenos Aires. Por último, para reconstruir el discurso mediático sobre la labor de la enfermería durante la pandemia, analizamos artículos periodísticos de tirada nacional y local publicados en medios digitales entre marzo 2020 y junio 2021, dado que es el mes en el que se registró el mayor número de contagios en Argentina. Los artículos también fueron relevados y sistematizados en el marco del proyecto, mediante la técnica de scraping.

En primera instancia, describimos la situación de la enfermería anterior a la pandemia en la provincia de Buenos Aires, atendiendo a las características históricas del sector. Luego, analizamos el discurso público en

la prensa sobre el personal sanitario, observando especialmente las publicaciones de cinco medios digitales nacionales (La Nación, Infobae, Perfil, Télam y Tiempo argentino) y tres de la zona sur de la provincia de Buenos Aires (Canal 5 Quilmes, Perspectiva Sur y El Sol noticias). Finalmente, a partir del análisis de las entrevistas en profundidad, reconstruimos las experiencias de trabajadores y trabajadoras en instituciones sanitarias públicas y privadas a fin de subrayar los cambios y continuidades en sus condiciones laborales. Sobre este último punto cabe aclarar que, a fin de respetar el anonimato de las entrevistadas y los entrevistados, empleamos nombres ficticios para cada caso.

1. EL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO Y LA ENFERMERÍA EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

En Argentina, el sector salud se compone de tres subsectores que difieren con relación al tipo de financiamiento, su inscripción institucional y el tipo de población al que se dirigen: el subsector público, el privado o de medicina prepaga y el de la seguridad social u obras sociales. El primero se caracteriza por su alcance universal, es decir, la ciudadanía en su conjunto puede acceder a dicha cobertura independientemente de la posesión de algún tipo de aseguramiento social o privado. Por su parte, el subsistema privado está conformado por las empresas de medicina prepaga (EMP) y se sustenta en el pago de primas de sus usuarios. En este sentido, el ámbito de la salud privada se asienta sobre una lógica mercantil donde la rentabilidad empresarial es inherente a la institucionalidad sanitaria (Moro, 2012). Por último, la seguridad social comprende al universo de trabajadores formales (activos y pasivos) y a sus familias que acceden a la salud mediante las prestaciones de las obras sociales nacionales (OSN), obras sociales provinciales (OSP) o la obra social de los jubilados (Pami). En este caso, la fuente de financiamiento consiste en los aportes y contribuciones salariales de los trabajadores.

La definición de la política sanitaria a lo largo del territorio argentino se encuentra a cargo del Ministerio de Salud de la Nación. Ahora bien, dada la estructura federal y descentralizada del Estado, los gobiernos provinciales cuentan con un alto nivel de autonomía en materia sanitaria, de manera tal que las directrices nacionales adoptan distintos esquemas en cada jurisdicción. Al mismo tiempo, las provincias definen de manera autónoma la responsabilidad de los gobiernos locales al respecto. En el caso de Buenos Aires, la política de descentralización estatal de la década de 1990 profundizó la transferencia de los centros de salud a la órbita municipal. De esta manera, la prestación de servicios sanitarios en el territorio bonaerense se organizó en doce regiones sanitarias. En cada una de ellas se entrecruzan las tres jurisdicciones (nacional, provincial y municipal), con competencias para regular, gestionar recursos humanos, servicios y diseñar políticas sectoriales (Moro, 2012).

Esta breve caracterización de los agentes y lógicas que intervienen en el sector salud da cuenta de las dificultades que enfrenta. Ahora bien, la complejidad no es per se problemática, sino que adquiere tal característica a partir de la ausencia de principios y criterios integradores entre los tres subsistemas (Cetrángolo, 2014; Tobar, Olaviaga y Solano, 2012). En paralelo, los agentes subnacionales de la política sanitaria intervienen con una gran autonomía, pero sin definiciones claras respecto de las responsabilidades a cumplir en cada nivel gubernamental (Chiara, Di Virgilio y Ariovich, 2010). En el caso de los municipios bonaerenses, el proceso de descentralización operó sobre territorios con capacidades institucionales y recursos heterogéneos, configurando así un escenario desigual en materia de acceso a los servicios, modalidades de atención y, en última instancia, cumplimiento del derecho a la salud (Cetrángolo, 2014).

La política descentralizadora de la década de 1990 profundizó las fisuras del sector con un impacto sumamente negativo sobre la salud pública y privada, no sólo con relación al derecho a la salud, sino también en términos de empleo (Aspiazu, 2017). En este intrincado entramado, la enfermería desarrolla su profesión. Las condiciones laborales de la actividad fueron exploradas por numerosos autores quienes concluyen que, luego de las reformas en el sector, se inició un proceso de deterioro de la calidad de empleo: sobreempleo, extensión de las jornadas de trabajo, precarización de las formas de contratación, flexibilidad laboral, empleo

no registrado y remuneraciones variables son algunas de las consecuencias que la política de descentralización produjo sobre el trabajo en el sector salud, particularmente, en la enfermería (Lanari, 2006; Maccira y Cejas, 2010; Aspiazu, 2016).

En los tres subsectores de la salud coexisten distintas modalidades de contratación: el empleo en planta permanente del Estado, a la que se accede por concurso y garantiza la estabilidad en el cargo; los regímenes de contratación periódicos que, amparados en la Ley de Contrato de Trabajo, otorgan garantías y protección social; y regímenes de contratación sin relación de dependencia mediante contratos de locación de servicios o locaciones de obra. Esta última predomina entre los profesionales que se desempeñan en el sector privado: casi seis de cada diez trabajadores se encuentran no registrados. La incidencia de la no registración se vincula a la utilización, por parte de los empleadores del subsector, de ciertas modalidades de contratación que tienen por objetivo encubrir la existencia de una relación laboral de dependencia. De esta manera, se multiplican los trabajadores autónomos que, de hecho, se encuentran bajo relación de dependencia (MTEYSS, 2021).

La heterogeneidad en el sector enfermería no sólo refiere a los tipos de contratación, sino también a los procesos de formación y titulación que, además, impactan en las condiciones laborales y profesionales. Enfermería es una ocupación que reproduce la diversidad de calificaciones que caracteriza al empleo en salud, el cual se divide en ocupaciones profesionales, técnicas y operativas. Sin embargo, cabe destacar que la provincia de Buenos Aires se encuentra en una situación relativamente ventajosa –en términos cualitativos y cuantitativos– en comparación con la media nacional. De acuerdo con los datos disponibles de 2019, la provincia de Buenos Aires cuenta con 3,55 enfermeros/as (técnicos/as o licenciados/as) cada 1000 habitantes, un 0,19 más alto que la media nacional (Oferhus, 2021). Asimismo, mientras que en términos generales la formación de enfermeros/as responde a un 16,24% de licenciados/as, un 51,91% de técnicos/as y un 31,85% de auxiliares, en la provincia la proporción de personal calificado es levemente superior: el 53% son técnicos/as, 29,2% son auxiliares y el 17,8% son licenciados/as en Enfermería (Oferhus, 2021).

De manera generalizada, se observa en Argentina una tendencia a la disminución de los y las auxiliares en las nuevas generaciones. Esta situación se explica a partir de la implementación de políticas públicas intersectoriales a cargo de los Ministerios de Educación y de Salud que impulsaron la profesionalización de la enfermería, desalentando la formación de auxiliares. En primer lugar, a través de la Resolución CFE 2083, los ministerios de Educación establecieron en 2011 la adecuación gradual de los/as auxiliares en Enfermería para el desarrollo de trayectorias formativas dirigidas a la obtención del título de técnicos superiores. Además, a partir de 2015, el Ministerio de Salud dejó de otorgar matrículas nacionales a los auxiliares. Finalmente, debe señalarse la creación en 2016 del Programa Nacional de Formación en Enfermería (Pronafe), dependiente del Instituto Nacional de Educación Tecnológica (Inet) y enlazado a la Secretaría de Políticas Universitarias. El Pronafe otorga becas para fomentar la inscripción de postulantes a la carrera de Enfermería, como así también su continuidad. Además, se ocupa de la producción de materiales didácticos y el diseño de estrategias de formación docente. También se incluyó la Licenciatura en Enfermería en el artículo 43 de la Ley de Educación Superior y se generaron estándares de acreditación (Resolución ministerial N° 2721/2015).

Las acciones descritas en el punto anterior forman parte de una política de profesionalización de la fuerza de trabajo que, gradualmente, comienza a revertir las tendencias en el nivel de calificación de la enfermería. Junto con la modalidad de contratación, la titulación máxima constituye uno de los elementos que contribuyen a conformar un esquema de desigualdad en el sector de enfermería. De acuerdo con De Martinelli y Valobra (2021), los niveles de formación y titulación tienen un claro impacto en las condiciones laborales y profesionales, de manera que quienes alcanzaron una mayor titulación también poseen una mayor estabilidad laboral.

Por otro lado, para comprender la situación laboral del sector salud resulta fundamental considerar el fenómeno del pluriempleo. Mientras que en el conjunto de las actividades económicas sólo el 7,7% de los/as trabajadores/as posee otra ocupación, en salud esta proporción asciende al 18,1%. Entre los profesionales, nuevamente, la tasa es aún mayor: alcanza a un 30,8% de los/as ocupados/as (MTEYSS, 2021). En el caso de

la enfermería, el porcentaje de trabajadores/as que afirman tener más de un empleo aumenta a medida que lo hace un nivel de titulación: el 62% del personal con estudios de posgrado en enfermería posee más de un empleo (De Martinelli y Valobra, 2021). Distintos factores permiten explicar dichos niveles; en especial, el déficit cuali-cuantitativo de trabajadores/as, la ampliación de la proporción de puestos a tiempo parcial y el bajo nivel de las remuneraciones (Aspiazu, 2017; Pereyra y Micha, 2015; Novick et al., 2012). En muchos casos, esta situación también responde a la necesidad de incrementar los ingresos del hogar para materializar proyectos personales, sobre todo entre las mujeres que son el único sostén económico de la familia (Malleville y Noguera, 2021).

Ahora bien, los términos jurídicos-contractuales que predominan en la profesión de enfermería no son los únicos elementos a tener en cuenta para analizar el problema de la precariedad laboral en el sector. De acuerdo con Serge Paugman (2015), también deben considerarse las implicancias de las condiciones laborales en la subjetividad del trabajador y trabajadora, especialmente ponderar su (in)satisfacción ante el reconocimiento material y/o simbólico por el desarrollo de sus tareas. En esta dirección, es importante distinguir la precariedad del empleo, asociada a la desprotección contractual, y la precariedad en el trabajo, vinculada al reconocimiento en términos salariales, asignación de tareas, intensidad de trabajo, vínculos con colegas y superiores, entre otros. En este sentido, el trabajador o trabajadora “también se considera en una situación de precariedad cuando percibe su trabajo como una actividad prescindible, desprovista de interés, mal paga y poco reconocida por la empresa, con lo cual tiene el sentimiento de ser poco útil o descartable” (Neffa et al., 2010, p. 25).

En el caso de la enfermería, los factores señalados anteriormente dan cuenta de la precarización del empleo, pero también debemos reconocer los distintos procesos de precarización en el trabajo que afectan a la profesión. Sobre este último punto, la falta de valoración de las labores desarrolladas por enfermeros y enfermeras no debe ser soslayada. De acuerdo con Malleville y Beliera (2020), el bajo reconocimiento de la profesión se explica a partir de la cooperación de tres aspectos: las características propias de las prácticas de cuidado, la feminización de la enfermería y su constitución como disciplina subordinada a la medicina.

En primer lugar, los cuidados en el ámbito de la enfermería suponen afrontar situaciones y elementos que, socialmente, se consideran un tabú que no debe traspasar la privacidad de la vida individual: las funciones corporales y las deyecciones, secreciones y fluidos implicados en ellas. En las instituciones sanitarias, enfermeros y enfermeras deben ocuparse de evitar que estos procesos rebasen la frontera de lo público o, en palabras de Balzano (2012), deben disimular “las cosas fuera de lugar”. Para ello, desempeñan habilidades discretas que permanecen ocultas, de manera que sólo se hacen visibles cuando fallan (Malleville y Beliera, 2020).

A esta invisibilidad propia de las tareas se agrega su naturalización. A comienzos del siglo XX empezó a generarse una mayor aceptación de mujeres en áreas vinculadas a lo caritativo y asistencial en virtud de sus aptitudes, supuestamente, naturales: el cuidado, el altruismo, la abnegación y el amor (Ramacciotti y Valobra, 2015). Sus habilidades innatas, otrora útiles sólo en el espacio doméstico, comenzaron a ser demandadas por el mercado de trabajo, en particular por las instituciones sanitarias. En este sentido, en el imaginario social ser enfermera suponía una extensión de su rol hogareño y de su papel maternal (Faccia, 2021). El carácter aparentemente vocacional de su trabajo y los estereotipos sobre la feminidad confluyeron para que el trabajo de las enfermeras sea escasamente reconocido y poco retribuido (Aspiazu, 2017). En la actualidad, si bien las mujeres continúan predominando por sobre los varones en la actividad –un 80% y 20%, respectivamente–, se verifica una tendencia gradual a la incorporación de personal masculino en los niveles de calificación más altos (Oferhus, 2021).

Por último, resulta pertinente subrayar que otro de los elementos que cooperó en la falta de reconocimiento de las labores de enfermería refiere a la conformación de la enfermería como una práctica subordinada a la medicina. La incorporación de las mujeres a la profesión se realizó desde un posicionamiento que consideraba a la enfermera como complemento del médico y que, por lo tanto, constituyó una relación

de desigualdad (Ramacciotti y Valobra, 2015). Por supuesto, este proceso no fue lineal ni armónico: la enfermería disputó el reconocimiento de su estatus profesional y otros grupos de trabajadores –en especial, los médicos– resistieron dichos avances (Ramacciotti y Valobra, 2015). Recién en 1991, el Congreso de la Nación sancionó la Ley N° 24004 de Ejercicio de la Enfermería, un hito en la disputa por el reconocimiento: declaró que el ejercicio profesional es autónomo. A pesar de lo establecido en la norma, tanto a nivel social como hacia el interior de las instituciones sanitarias la noción de la enfermería como disciplina “anexa” a la medicina continuó y continúa vigente.

2. DISCURSO PÚBLICO EN TIEMPOS DE PANDEMIA: EL PAPEL DEL PERSONAL SANITARIO

La 72a Asamblea Mundial de la Salud designó al 2020 como el Año internacional de los profesionales de enfermería y partería en homenaje al bicentenario del natalicio de Florence Nightingale. A través de esta medida, el organismo buscó fomentar inversiones nacionales y regionales para el desarrollo de ambas fuerzas laborales. En ese momento, se desconocía el protagonismo que obtendrían las y los denominadas/os trabajadoras/es esenciales del sector sanitario en el discurso público nacional e internacional a causa de la pandemia de covid-19. Frente a esta inusitada visibilidad de la labor desarrollada por el personal de enfermería, nos preguntamos: ¿Cómo caracterizaron los medios de comunicación el trabajo desempeñado por enfermeros y enfermeras durante el primer año de pandemia? ¿Qué implicancias simbólicas tuvo este protagonismo? En algún punto, ¿influyó en las condiciones de trabajo del personal de enfermería? Como veremos a continuación, estos discursos, lejos de problematizar las condiciones laborales, tendieron a naturalizar y reproducir la precarización que, históricamente, predomina en la profesión.

A lo largo de 2020 y 2021, los medios de comunicación nacionales y locales agradecieron y celebraron el trabajo realizado por el personal sanitario. En abril de 2020, a poco más de un mes de los decretos que proclamaron la Emergencia Nacional en materia sanitaria (N° 260/2020)^[5] y el Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio en todo el territorio argentino (N° 297/2020)^[6], el diario La Nación invitaba al conjunto de la sociedad a “cuidar a los que nos cuidan” (“Cuidar a quienes nos cuidan: lo que podemos hacer entre todos”, La Nación, 24/04/2020)^[7]. En este sentido, el artículo convocaba a la ciudadanía a aportar al cuidado del personal sanitario mediante la fabricación de distintos elementos de protección. La labor de los trabajadores y las trabajadoras sanitarios/as no sólo se elogió, sino que también se homenajeó a quienes fallecieron “peleando cara a cara con el coronavirus sin bajar los brazos más allá de las condiciones de trabajo que hayan tenido que enfrentar” (“Los héroes que hemos perdido”, Infobae, 19/10/2020)^[8]. Esta cita condensa la construcción mediática de su labor en la pandemia: la abnegación y la entrega en primera plana y bajo ella, solapada, velada, la precarización en su doble dimensión.

Una de las metáforas más representativas de los discursos de pandemia asoció la crisis sanitaria con la guerra. En este escenario de incertidumbre y temor que afectó al conjunto de la sociedad, el personal de enfermería se situó en esa “primera línea de fuego”, o bien en “las trincheras” para “dar batalla contra el virus”. En agosto de 2020, un artículo de Infobae afirmaba -haciendo referencia a un estudio de la Academia Nacional de Medicina de Estados Unidos- que

la pandemia de Covid-19, que había matado a más de 60.000 estadounidenses hasta el 1 de mayo, se ha comparado con Pearl Harbor y el 11 de septiembre, eventos cataclísmicos que dejaron huellas indelebles en la psique nacional de Estados Unidos”. Al igual que los voluntarios que inundaron Manhattan después de los ataques al World Trade Center, paraleliza en el análisis el especialista junto a su equipo de colaboradores, “los proveedores de atención médica que trabajaron en la línea del frente de la pandemia Covid-19 serán recordados por la historia como héroes”. (“Las últimas estrategias para cuidar al personal de salud durante la pandemia”, Infobae, 17/08/2020)^[9]

En los mitos, héroes y heroínas suelen tener un carácter singular y excepcional, además de destacarse por su valentía, fortaleza y espíritu de aventura; en este sentido, una acción heroica implica un compromiso

voluntario para ayudar a un otro en un contexto riesgoso. Si bien esta narrativa proyecta una imagen positiva del personal sanitario y constituye una forma de reconocimiento simbólico, nos preguntamos qué otras implicancias posee el discurso del heroísmo para los trabajadores y las trabajadoras. La exposición a situaciones que entrañan un alto riesgo de infección no forma parte del trabajo cotidiano de las y los profesionales sanitarios, por lo tanto, no debe darse por sentada la preparación para trabajar en un contexto de pandemia. En este sentido, para Cox (2020), esperar heroísmo no deja margen para reconocer emociones como miedo o disconformidad con las tareas y condiciones laborales. Por otra parte, cabe mencionar que este tipo de relatos no es una novedad para la profesión de enfermería: Nancy Folbre (2006) problematiza la imagen de la enfermera como “ángel” o “santa” y sostiene que tras ello se desdibujan los conocimientos académicos, el pensamiento crítico y el trabajo que requieren cada una de sus tareas cotidianas. Durante la crisis sanitaria, la abnegación y el altruismo adjudicados históricamente a la profesión sobresalieron en los medios masivos de comunicación.

Ahora bien, las expresiones bélicas también fueron utilizadas por el propio personal sanitario para caracterizar públicamente su labor. Por ejemplo, tras el fallecimiento de un enfermero en el hospital El Cruce de Florencio Varela, sus autoridades realizaron un acto y emitieron un comunicado donde refieren a la lucha, la batalla y el triunfo:

Su nombre se suma a la lista de profesionales fallecidos por cumplir con su deber y hacer su trabajo en primera línea luchando contra el coronavirus. Gracias a su trabajo y al de todos los que siguen vamos a vencer en esta batalla y el triunfo de la salud sobre la enfermedad. (“Homenaje a enfermero de El Cruce fallecido por COVID”, *Perspectiva Sur*, 13/10/2020)^[10]

De hecho, las metáforas militares en el discurso sanitario no constituyen una novedad de estos tiempos; Susan Sontag (2003) desarrolló notablemente los significados sociales que, en distintos contextos históricos, se desplegaron sobre enfermedades como el cáncer, el sida y la tuberculosis. En el caso de la pandemia por covid-19, los y las profesionales de la salud recurrieron a estas expresiones como estrategia para valorizar y visibilizar la importancia de su labor e interpelar a la sociedad en su conjunto. De acuerdo con la autora:

el aprovechamiento de la guerra para movilizar ideológicamente a las masas ha conferido eficacia a la idea de la guerra como metáfora para todo tipo de campañas curativas cuyos fines se plasman en una derrota a un “enemigo” [...] Hacer la guerra es una de las pocas empresas ante las que no se pide a la gente que sea “realista”; es decir, que tenga presentes el costo y los resultados prácticos. En una guerra abierta el gasto lo es todo, no exige prudencia; la guerra es, por definición, una emergencia para la que ningún sacrificio es excesivo. (Sontag, 2003, p. 47)

En esta dirección, los homenajes y jornadas conmemorativas no sólo se abocaron a valorizar la tarea desempeñada por los trabajadores y las trabajadoras, sino que también se convirtieron en ocasiones para explicitar el descontento por los salarios, reclamar por el incumplimiento de los aumentos anunciados o poner de manifiesto la insuficiencia de los bonos anunciados por los gobiernos nacional y provinciales ante tanta exposición y demanda diaria. Por ejemplo, en noviembre de 2020 trabajadores y trabajadoras del Hospital Eduardo Oller (San Francisco Solano) realizaron una suelta de globos blancos en homenaje a tres enfermeros fallecidos a causa de covid-19 y, tras dicho acto, realizaron una asamblea para solicitar el acceso al régimen de contratación de planta permanente, apertura de paritarias, cobro de bonos y siete días de licencia especial por pandemia. Sin embargo, la nota periodística que recoge los reclamos anteriores se tituló “Suelta de globos en el Oller para recordar a los trabajadores sanitarios”; asimismo, el copete y la fotografía que acompañan al texto tampoco mencionan dichas demandas del personal de enfermería (*Perspectiva Sur*, 19/11/2020)^[11]. En algunos casos, los artículos expresan estas reivindicaciones del sector, no así sus titulares. Resulta fundamental señalar esta característica de la comunicación mediática durante la pandemia dado que el título de una noticia da cuenta de la información más destacada del discurso y, como explica Van Dijk (1988), los lectores a menudo sólo leen y recuerdan los titulares, de manera que éstos construyen los significados preferidos de los textos.

La prensa periódica nacional y local sí repuso una de las preocupaciones del sector: la falta de insumos y elementos de protección personal (EPP). Las notas denunciaron el aparente correlato entre esta problemática y la cifra de contagios y de fallecimientos entre el personal sanitario de la ciudad y la provincia de Buenos Aires^[12]. En este sentido, Eliana, una enfermera que se desempeña desde hace cuatro años en el sector de neonatología de un hospital provincial, señaló durante su entrevista las problemáticas que enfrentó el equipo de enfermería del nosocomio a comienzos de la pandemia:

Lo que es equipo de protección nos equipamos mucho nosotras. Pedir, pedir, ir a pedir que nos den barbijos N95 porque al principio “con los quirúrgicos bastaba”: los quirúrgicos te los ponías y se desarmaban. Los camisolines daban lástima: te los ponías y se rompían [...] Nosotros prendidos fuego, porque en la televisión era “equiparon todo el país –supuestamente– para una súper pandemia” y a nosotros nos llegaban insumos mediocres [...] Terminamos comprando un montón de cosas nosotros y así hicieron los chicos de otros servicios. (Eliana, neonatología, hospital público de Florencio Varela)

Los datos de la encuesta referidos a la disponibilidad de EPP corroboran lo señalado por la enfermera y por los medios de comunicación. Ante la pregunta “En su servicio, ¿cuentan con insumos descartables necesarios para desarrollar su trabajo?”, el 51,5% respondió: “Siempre”. Al ser consultados por la disponibilidad de barbijos quirúrgicos, guantes y camisolines, las respuestas favorables alcanzaron un 70,3%, 76,1% y 65,0%, respectivamente. Por lo tanto, resulta evidente que la provisión del equipamiento completo y necesario para evitar la propagación del virus Sars-CoV-2 lejos estuvo de alcanzar a la totalidad del sector de enfermería (Ramaciotti, 2022).

Tras numerosas protestas, situaciones de conflicto en los espacios laborales, presentación de amparos judiciales y el impacto público que produjo el deceso del enfermero Silvio Cufre –primer trabajador sanitario fallecido a causa de covid en la provincia de Buenos Aires–, el 21 de mayo de 2020 el Congreso de la Nación sancionó la Ley N° 27548 Programa de Protección al Personal de Salud durante la Pandemia de Coronavirus covid-19. La norma estableció medidas de bioseguridad, equipamiento y protocolos obligatorios para el cuidado del personal sanitario. Además, en junio del mismo año, el Ministerio de Salud de la Nación creó por resolución (N° 987/2020) el Plan Nacional de Cuidado de Trabajadores y Trabajadoras de la salud, cuyo principal objetivo fue guiar a las instituciones de la salud en la implementación de acciones para prevenir las infecciones y las consecuencias indirectas que la crisis sanitaria podría ocasionar en la salud de los trabajadores y las trabajadoras.

La gestión de servicios de salud y la necesidad de invertir en ellos, junto con la importancia y utilidad de la labor del personal sanitario, comenzaron a ocupar un lugar significativo en el debate público a partir de la pandemia. Las rondas diarias de aplausos llevadas a cabo por la ciudadanía argentina –práctica que se verifica también en otros países– dan cuenta de los apoyos a este sector profesional^[13]. Sin embargo, cabe destacar que esta iniciativa diaria se sostuvo especialmente en marzo y abril de 2020 cuando los medios de comunicación mostraban la saturación de los sistemas de salud europeos; posteriormente, los aplausos fueron mermando. En este sentido, un 47,9% de los enfermeros y las enfermeras encuestados/as respondió que, desde el inicio de la pandemia, sintió que su trabajo fue valorado sólo de manera ocasional, mientras que un 23% respondió que nunca. Daniela, una joven enfermera que trabaja en la terapia intensiva de un hospital público, afirma que “a veces sentís que no te valoran [...] todos te agradecen y te dicen: ‘No puedo creer cómo es que hacés todo’ y te aplauden... pero no alcanza, la verdad es que no alcanza”. Al mismo tiempo, en su relato sostiene que su contrato es mensual, es decir, mes a mes debe acercarse a la administración del hospital a renovar su contratación. Además, manifiesta cierta disconformidad con la introducción de cambios que no fueron consultados por las autoridades del nosocomio: inicialmente, su jornada laboral se desarrollaba en días y horarios fijos; seis meses después, comenzó a trabajar en horarios rotativos:

De un día para el otro te dicen que ya no podés trabajar de lunes a viernes. O sábado, domingo y feriado. Y te obligan, porque la verdad es que en enfermería no es que ganás un montón de plata y vivís de un solo sueldo. Entonces, una siempre trata de hacer otras cosas: que te sale aplicar una inyección acá, controlar allá, podés ir a la tarde a hacer tal o cual cosa. (Daniela, terapia intensiva covid, hospital público de Bernal)

El testimonio de Daniela da cuenta de la tensión entre el reconocimiento simbólico de la profesión de enfermería, expresado en el discurso público y mediático a través de epítetos positivos, metáforas bélicas, homenajes y celebraciones, y las condiciones materiales de trabajo. A continuación, profundizaremos este último aspecto para mostrar de qué manera la dinámica laboral durante la pandemia profundizó la precarización en el empleo y, de manera más o menos directa, también impactó en la precarización en el trabajo.

3. CONDICIONES DE TRABAJO EN PANDEMIA: LA SOBRECARGA EMOCIONAL

La enfermería es una profesión basada en técnicas y saberes que tienen como objetivo la cura, la rehabilitación, la promoción de la salud y conlleva, en el acompañamiento afectivo y en el cuidado, un eje central tanto para la vida como para el tránsito hacia la muerte. A pesar del aumento de tareas administrativas y a los tratamientos de alta tecnología, el trabajo corporal, relacional y de interacción con la comunidad sigue siendo un eje destacado del personal que lleva adelante estas tareas y, al mismo tiempo, constituye una demanda de los pacientes y familiares (Ramacciotti, 2022). En esta profesión, la carga de trabajo implica la cantidad de tiempo y de cuidados que el personal de enfermería debe dedicar, de manera directa e indirecta, a los pacientes, al lugar de trabajo y al desarrollo profesional (Alghamadi, 2016).

En esta línea, se considera no sólo la carga física, sino también la carga mental y emocional del trabajo en enfermería. Entonces, se habla de sobrecarga laboral para caracterizar una situación de trabajo de intensidad elevada y constante que puede tener consecuencias negativas en la salud física y psicológica del personal sanitario, además de incidir en la correcta atención y el bienestar de los pacientes. Entendemos que esta es una dimensión fundamental al momento de analizar las condiciones en las que la enfermería desarrolla su profesión; por ello es que a continuación nos preguntamos por las modificaciones que se produjeron durante la pandemia en esta dirección, como así también su impacto en la subjetividad de los trabajadores y las trabajadoras.

Una de las dimensiones inmediatamente observables para ponderar la carga laboral refiere a las horas trabajadas y a la proporción entre la cantidad de pacientes y la dotación de trabajadores y trabajadoras. Un 70,7% del personal de enfermería encuestado refiere trabajar más de 40 horas semanales a partir de la pandemia de covid-19, mientras que antes de la emergencia sanitaria sólo lo hacía un 57,8%. La eximición de tareas a personas en situación de riesgo -mayores de 60 años y/o con enfermedades preexistentes- redujo la dotación de personal de enfermería que, como hemos señalado anteriormente, escasea en el territorio argentino. Esta situación implicó una nueva carga, que se sumó a la que existía previamente, para quienes no estuvieron eximidos y desempeñaron su labor en este contexto.

El vertiginoso incremento de los casos de covid-19 exacerbó la demanda de servicios sanitarios, especialmente durante el segundo año de la pandemia. La situación epidemiológica ha sido descrita, comúnmente, en función de olas dada la apariencia gráfica de la distribución temporal de casos. Entre el primer caso registrado de infección (febrero de 2020) y el último mes de 2021, se registraron tres períodos: la primera ola (febrero-diciembre de 2020), el rebrote de verano (diciembre-febrero 2021) y la segunda ola (febrero-diciembre 2021). En la provincia de Buenos Aires, de acuerdo con Irassar et al. (2022), la segunda ola tuvo una magnitud mayor que la primera, tanto en la tasa de incidencia como en el número de fallecidos, que se incrementó un 23,2%. Sin embargo, cabe destacar que ambos indicadores no aumentaron en la misma proporción, de manera que la letalidad en la segunda ola fue menor.

Entonces, en el transcurso de 2021, se conjugaron el incremento en la concurrencia de los pacientes a las instituciones sanitarias y la disminución del personal de enfermería a causa de las dispensas y los contagios de covid-19 entre los propios trabajadores/as. La situación impactó fuertemente en el volumen de las tareas no sólo del personal de enfermería en actividad, sino también en camilleros, choferes y otros trabajadores/

as del área. En esta línea, uno de los principales emergentes en las entrevistas realizadas durante ese año se refiere a este aspecto:

Lo que falta, obviamente, es el personal. Hay gente que está en licencia por las [enfermedades] comórbidas que tiene. Choferes, médicos, enfermeros... se siente mucho, porque hemos trabajado muchísimo más. Eso lo estamos esperando, el recurso humano, que es fundamental [...] Imaginate que a veces éramos siete ambulancias, de las cuales somos tres nada más. (Alberto, Unidad Móvil Pami, zona sur)

El trabajo de cuidado tiene un carácter interpersonal y posee la particularidad de requerir gran intensidad de fuerza de trabajo. Dadas estas cualidades, no resulta posible incrementar sustancialmente la productividad mediante la mecanización o la innovación tecnológica, algo que sí sucede en otros sectores de la economía donde el trabajo funciona como insumo para la producción de un servicio o bien. Por lo tanto, en situaciones donde aumenta la demanda de cuidados, se requiere aumentar también el tiempo de trabajo dedicado a dichas tareas (Himmelweit, 2005 cito en Garazi y Rodríguez Blanco, 2022). En la práctica, este incremento de la productividad implicó para los enfermeros y las enfermeras en actividad la suspensión de derechos laborales establecidos por ley: jornadas laborales más extensas, reducción de los días de descanso e imposibilidad de disponer de días por vacaciones:

No tuvimos vacaciones. No tuvimos nada [...] El año pasado habremos tenido, después, casi a fin de año, tres francos, y después cinco francos que consiguió el sindicato [...] No, vacaciones no tenemos, desde marzo de 2020. La gente que se quedó con las vacaciones pendientes del 2019, seguimos con las vacaciones pendientes del 2019. (Fernanda, pediatría, hospital público de Sarandí)

En la provincia de Buenos Aires, la Ley N°12245 declaró en 2017 el trabajo en enfermería como insalubre y, de este modo, otorgó la posibilidad de jubilación anticipada y la reducción de la jornada laboral de 8 a 6 horas diarias. Sin embargo, en la práctica sólo se limita la jornada para un empleador, es decir, no aplica para el pluriempleo. Además, las exigencias de la crisis sanitaria supusieron importantes modificaciones en los tiempos de la jornada laboral. En este sentido, el relato de una de las enfermeras entrevistadas cristaliza las implicancias y los alcances de la sobrecarga laboral en tiempos de pandemia. Se trata de Amanda, una enfermera universitaria que trabaja en la sala covid de un sanatorio privado de San Francisco Solano. Durante cuatro meses, Amanda estuvo sola a su cargo 25 pacientes; posteriormente, comenzó a compartir dicha tarea con un compañero. Realizó turnos de doce horas, día por medio, aunque afirmó haber trabajado hasta 18 ó 24 horas por falta de personal. En su testimonio atribuyó esta situación a la lógica mercantil que opera en las instituciones sanitarias del subsector privado:

Están prometiéndonos el cambio de horario por ley desde hace un año y medio. Pero bueno, vino la pandemia y como que por cuestiones económicas, porque eso implica traer más personal, no nos ponen el turno de 8 horas [...] son pocas manos y entiendo que, por ahí, la empresa pensó que “contratar más ahora no, porque ¿después qué hago con esa gente?, ¿cómo la absorbo?”. Bueno, en este momento se necesitan más manos. (Amanda, sala covid, sanatorio privado de San Francisco Solano)

Una de las características centrales del trabajo en enfermería –como en otros trabajos de cuidado– se vincula a la relación personal que se establece entre el personal de enfermería y el paciente asistido en el marco de tareas que implican un trabajo corporal, relacional y de interacción con las personas. Entonces, la proporción enfermero/a-pacientes impacta en el tiempo que cada trabajador y trabajadora puede dedicar a dichos cuidados. Amanda sostuvo que, en su lugar de trabajo, los recursos humanos y materiales resultaron insuficientes para brindar una atención adecuada a la demanda diaria. Por lo tanto, la situación no sólo supuso exigencias elevadas para el personal sanitario, sino que también impactó negativamente en el bienestar de los pacientes. Al respecto, la enfermera narró una situación que ejemplifica estas problemáticas:

No se mide si tu cantidad de personal da abasto para semejante cantidad de pacientes, para el estado de cada paciente, si el estado del paciente que está lo podemos cubrir. Porque si yo no tengo cama de UTI [Unidad de Terapia Intensiva], no me traigas un paciente que está con riesgo de vida, porque ya sabemos qué va a pasar [...] Esta semana, a raíz de un hecho incongruente –porque aceptaron una derivación que no debían aceptar, porque no teníamos cama y el paciente óbito, lamentablemente– se han tomado el tiempo de venir y preguntarme: “¿Qué falló en el medio?”. Y bueno, ¿qué

falló en el medio, señores? Si yo no tengo cama de UTI, no me traigan un paciente que se está muriendo porque “la obra social...” (Amanda, sala covid, sanatorio privado de San Francisco Solano)

Si bien no es objeto de este trabajo analizar los elementos que interfieren en la calidad de los cuidados brindados, sí resulta pertinente destacar el impacto emocional de este tipo de episodios. La pandemia del covid-19 no sólo implicó un mayor esfuerzo físico por parte del personal de enfermería, sino también un mayor esfuerzo emocional que, de acuerdo con Alghamadi (2016), constituye una de las variables clave para ponderar la sobrecarga laboral. En la entrevista, Amanda relató un intercambio con una colega a raíz del fallecimiento de su paciente donde se percibe el costo emocional de este hecho:

Le dije: “No, no estoy bien, porque si nosotros permitimos que un paciente obite [sic], es porque el sistema está fracasando, porque erramos como institución y como trabajo interdisciplinario... estamos mal”. Un paciente que a mí se me muere no es un número: es una familia, es todo un sistema que está atrás. Entonces, es como que tratamos de hacer todo bien, pero siempre parece que es poco. (Amanda, sala covid, sanatorio privado de San Francisco Solano)

En un estudio pionero sobre emociones y enfermería, Pam Smith (1992) caracteriza el trabajo emocional como el proceso de inducir o suprimir sentimientos a fin de lograr que los otros se sientan cuidados y seguros. Para ello, el personal sanitario puede omitir la expresión de las emociones que están experimentando o evocar un sentimiento inexistente (Hochschild, 1979 cito en Garazi y Rodríguez Blanco, 2022) a fin de garantizar el bienestar de sus pacientes. En esta dirección, Amanda sintetizó de manera notable la centralidad de gestionar las emociones –entre ellas, la frustración e insatisfacción con el desempeño del equipo– en las tareas de enfermería:

Trato de no frustrarme por todo lo que no puedo llegar a hacer [...] Estamos así las 24 horas, con todos los sentimientos a flor de piel. Todo el tiempo estás riendo y llorando, estás cansada y seguís [...] Nosotros no podemos entrar deprimidos a ver un paciente, porque ¿qué le queda al pobre si nosotros estamos con pánico y tristeza? (Amanda, sala covid, sanatorio privado de San Francisco Solano)

La posibilidad de la muerte y el duelo se convirtieron en asuntos cotidianos en las terapias intensivas durante los momentos más álgidos de la pandemia por covid-19. En este contexto, el personal de enfermería no sólo tuvo que lidiar con las emociones de sus pacientes, sino también con sus propios sentimientos y los de sus colegas. ¿Cómo gestionaron sus emociones ante la muerte de sus pacientes? ¿Qué estrategias –individuales y colectivas– desplegaron para sobrellevar el dolor de los otros?

Cabe mencionar que la dimensión emocional de las ocupaciones en la enfermería no sólo remite a la relación con los pacientes y sus familiares, sino también al vínculo con los colegas. En algunos casos, compartir el cuidado con otros profesionales añade una carga emocional al trabajo (Garazi y Rodríguez Blanco, 2022). En este sentido, las y los entrevistadas/os señalan las dificultades que supone lidiar con los sentimientos de sus colegas –principalmente, el cansancio– y, particularmente, con el compromiso con el que desarrollan sus tareas. Diana, una joven enfermera que trabaja en la terapia intermedia de un hospital de Quilmes, narra un episodio de conflicto en el marco de la pandemia. En un día habitual de trabajo debían intubar a un paciente en terapia intensiva. Ante la falta de personal en este sector, Diana se ofreció a colaborar pero sus compañeras se negaron. Finalmente, el paciente falleció:

Fue una intubación muy complicada. Y bueno, después de esa situación de estrés y de que el paciente falleciera, discutí con mis compañeras, porque a mí también me sobrepasó la situación. Era la primera vez que veía morir a alguien. (Diana, terapia intermedia, hospital público de Quilmes)

En otros casos, los colegas aparecen como un espacio fundamental de contención emocional. De acuerdo con Ramaciotti (2022), los pares suelen ser considerados como quienes mejor comprenden las situaciones que se viven dentro del sistema de salud; ello se corresponde, según la autora, con la sensación de falta de empatía de otras personas sobre la experiencia atravesada. Si bien la provincia de Buenos Aires lanzó el programa Cuidar a los que cuidan con el objetivo de acompañar y contener al personal sanitario en su trabajo cotidiano,

un 63,3% de los y las encuestados/as afirmaron no haber contado en ningún momento de la pandemia con un ámbito de apoyo emocional en su lugar de trabajo, y un 23,6% sólo ocasionalmente. Por lo tanto, uno de los principales emergentes en las entrevistas se vincula a pequeñas instancias grupales para canalizar las emociones asociadas a la incertidumbre, al miedo al contagio, al cansancio o a la insatisfacción por no poder realizar el trabajo de manera adecuada.

Con mi equipo de trabajo, si tenemos un día muy duro y bueno... nos miramos y nos abrazamos, lloramos un rato y seguimos. Porque tenemos que seguir, porque es el rol que elegimos y amamos esto, y elegimos estar acá. Pero, no obstante, estamos lidiando con un montón de circunstancias que no estamos preparados, ni como seres humanos ni como profesionales. Así que bueno, es ponerle onda, es poner una sonrisa todos los días. Y seguir adelante. (Amanda, sala covid, sanatorio privado de San Francisco Solano)

Por último, otros testimonios subrayaron el carácter individual de las estrategias para lidiar con el sufrimiento y la muerte de los pacientes. Irina es licenciada en Enfermería y trabaja en la Unidad de Terapia Intensiva covid de un hospital público de Avellaneda. Durante la entrevista destacó, con pesar, el bajo porcentaje de supervivencia de los pacientes de su lugar de trabajo. Al ser consultada sobre este aspecto de su labor cotidiana, relató lo siguiente:

Al principio, cuando entraban los pacientes, entraban con insuficiencia respiratoria, con mucho requerimiento de oxígeno, pero están lúcidos, entonces hacés un intercambio con el paciente. Es como que tenía puestas las fichas en uno y al fin y al cabo se terminó yendo igual, y digo: "Bueno, no". Igual es difícil, es muy difícil. Uno como que se pone... no sé cómo decir la palabra... Son herramientas de defensa que uno se hace o cosifica más que nada la muerte y esas cosas. No es fácil, no es sencillo. (Irina, terapia intensiva covid, hospital público de Avellaneda)

Además, para la enfermera, las experiencias personales también contribuyen al momento de enfrentar la muerte de sus pacientes:

Yo hago terapia psicológica desde hace dos años. Una maneja la muerte, está acostumbrada y entiende que a veces es hora de que se vaya. Uno también entiende que viene a este mundo de paso no más, que no estás eternamente. A mí, personalmente, me pasó con la enfermedad y la muerte de mis viejos [...] Para mí fue muy desgastante y, por eso, cuando primero falleció mi viejo, empecé a hacer terapia y esas cosas. (Irina, terapia intensiva covid, hospital público de Avellaneda)

En este relato, la biografía personal y la cotidianidad del dolor y el duelo en la práctica profesional aparecen como elementos que, tras un proceso reflexivo individual, sedimentan estrategias para gestionar las emociones.

A partir de los testimonios referidos en este apartado, observamos que el trabajo en pandemia no sólo supuso un esfuerzo físico y mental adicional para los y las profesionales de enfermería, sino también una mayor exigencia en términos de trabajo emocional. Sin embargo, más allá de los escollos de trabajar en el marco de la crisis sanitaria, en las entrevistas también surgieron testimonios de autovaloración de la tarea y el sentimiento de estar transitando un momento cumbre de la historia para su profesión:

[La experiencia de la campaña de vacunación fue] hermosa, la verdad. O sea, por un lado, había un poco de decepción de no poder ir a la terapia intensiva e ir a la comunidad: a nadie le gusta nunca ir a la comunidad. Yo lo vi como una experiencia linda porque me parece que es un momento histórico, una campaña vacunación histórica. (Diana, hospital, Bernal Oeste)

El hecho de poder ser parte de esto y, más allá de que a uno le pagan, poder ser parte de esto y decir: "Yo estuve". Y poder aportar lo que sé y con ganas. (Alberto, Unidad Móvil Pami, zona sur)

La pandemia no sólo trajo consigo cansancio, incertidumbre, miedo y dolor. Los enfermeros y las enfermeras entrevistados/as también refieren a ella como una instancia única de aprendizaje y como un desafío laboral que, más allá de todos los aspectos negativos reseñados, reafirmó su elección profesional: "Elegí estudiar enfermería, nadie me obligó. Lo elegí, lo siento, lo vivo, lo disfruto y lo sufro todos los días" (Amanda, sala covid, sanatorio privado de San Francisco Solano). Incluso, un 63% de las y los encuestadas/os afirmó haber sentido orgullo de su labor en todo momento desde el inicio de la pandemia. En esta dirección, la reflexividad y el autorreconocimiento de la importancia de sus tareas y del rol que ocupan en el sistema de

salud también forman parte del balance sobre las condiciones de trabajo del personal de enfermería durante la crisis sanitaria.

A MODO DE CONCLUSIÓN

A partir de la pandemia por covid-19, los medios de comunicación argentinos colocaron en el centro del debate mediático la situación sanitaria y el trabajo desarrollado por los y las profesionales. En el caso de la enfermería, parecía tratarse de una situación inédita para valorizar socialmente el trabajo de cuidados y problematizar sus condiciones laborales. De hecho, profesionales y dirigentes gremiales utilizaron las situaciones conmemorativas y de homenaje para encauzar y visibilizar sus demandas. Sin embargo, la crisis sanitaria profundizó distintas problemáticas que, históricamente, afectan a enfermería y, en esto, lo vivido por trabajadores y trabajadoras de la zona sur de la provincia de Buenos Aires no resulta ser una excepción. En este sentido, es pertinente afirmar que se profundizó la pauperización de las condiciones laborales del sector.

Frente a la heterogeneidad de situaciones contractuales y salariales, nos pareció oportuno detenernos en la transformación de un elemento central para analizar la precariedad laboral: la carga de trabajo. La pandemia puso blanco sobre negro a una situación de por sí problemática para estos trabajadores y trabajadoras de la salud: jornadas laborales muy extensas y pocos días de descanso. Asimismo, en numerosas ocasiones las instituciones sanitarias decidieron no contratar al personal necesario para afrontar la demanda de pacientes, sobrecargando a los enfermeros y enfermeras en actividad. Ahora bien, el análisis de la carga de trabajo no sólo supone observar la duración de la jornada laboral y el esfuerzo físico allí realizado, sino también el esfuerzo mental y emocional. La pandemia tuvo un costo emocional muy alto para estos trabajadores y trabajadoras: emergieron emociones asociadas al cansancio, a la incertidumbre y a la angustia frente al dolor y la muerte, además de sentimientos vinculados a la frustración por no poder desarrollar el trabajo de manera esperable y el miedo por la propia vida y la de sus familiares.

Si bien el discurso público aportó cierto margen de reconocimiento simbólico para las y los profesionales, el relato heroico soterró sus demandas laborales en un contexto de franco deterioro de sus condiciones de trabajo. La caracterización de la crisis sanitaria como una batalla contra el covid, la apelación al altruismo y la vocación de los y las profesionales sanitarios y la heroicidad con la que fueron retratados dejaron un margen muy acotado para visibilizar los derroteros de la enfermería y, de hecho, la profesión tampoco percibió muestras significativas de reconocimiento material. Tal como se observa en la frase de una de las enfermeras entrevistadas que hace de título de este texto, las muestras de gratitud públicas y mediáticas fueron percibidas como insuficientes. La cuota de reconocimiento más significativa provino de las estrategias desarrolladas por el propio sector que emergieron como contracara de las dificultades de trabajar en este contexto: si bien la pandemia profundizó el deterioro de las condiciones laborales de enfermería, también habilitó el encuentro con colegas, la reafirmación de sus elecciones profesionales y la autovaloración de la importancia de su rol en el sistema sanitario.

BIBLIOGRAFÍA

- Alghamadi, M. (2016). Nursing workload: a concept analysis. *Journal of Nursing Management*, 24, 449-457.
- Aspiazu, E. (2016). Heterogeneidad y desigualdades de género en el sector Salud: entre las estadísticas y las percepciones sobre las condiciones de trabajo. *Revista Pilquen*, 19(1), 55-66.
- _____ (2017). Las condiciones laborales de las y los enfermeros en Argentina: entre la profesionalización y la precariedad del cuidado en la salud. *Trabajo y Sociedad*, 28, 11-35.
- Balzano, S. (2012). Visibilidad e invisibilidad de los cuidados en enfermería en una colonia neuropsiquiátrica argentina: una mirada etnográfica. *Cuadernos de Antropología Social*, (35), 99-120.

- Belmartino, S. (2005). Una década de reforma de la atención médica en Argentina. *Salud Colectiva*, 1(2), 155-171.
- Cetrángolo, O. (2014). Financiamiento fragmentado, cobertura desigual y falta de equidad en el sistema de salud argentino. *Revista de Economía Política de Buenos Aires*, (13), 146-183.
- Chiara, M., Di Virgilio, M. y Ariovich, A. (2010). La coparticipación provincial por salud en el Gran Buenos Aires: reflexiones en torno a la política local (2000-2005). *Salud Colectiva*, 6(1), 47-64.
- Cox, C. L. (2020). 'Healthcare Heroes': problems with media focus on heroism from healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *J. Med. Ethics*, 46, 510-513.
- De Martinelli, G. y Valobra, A. (2021). Los trabajadores y trabajadoras de enfermería en Argentina frente a la pandemia del COVID-19. Experiencias profesionales y prácticas laborales en un escenario de emergencia sanitaria [Ponencia]. *IX Encuentro Regional de Estudios del Trabajo – Pre ASET 2021 y III Jornadas Regionales sobre Estado, Políticas Sociales y Organizaciones Sociales. Perspectivas Latinoamericanas*. Tandil, Unicen.
- Faccia, K. (2021). Enfermería, género y trabajo. En A. Cammarota y D. Testa (comps.) *Esenciales en debate. Las ciencias de la salud en clave histórica. Profesionalización, Estado, actores e intervenciones*. Imago Mundi.
- Folbre, N. (2006). Demanding quality: Worker/Consumer coalitions and “high road” strategies in the care sector. *Politics & Society*, 34(1), 11-31.
- Garazi, D. y Blanco Rodríguez, G. (2022). “Al principio me dio pánico, mucho pánico”: Enfermería, trabajo y emociones en el marco de la pandemia de Covid-19. *Revista Latinoamericana de Trabajo y Trabajadores*, 4, 27-48. <https://bit.ly/3U84OnE>
- Lanari, M. E. (2006). Trabajo decente: un aporte metodológico para su estimación. Aplicación en la determinación del actual déficit de trabajo decente entre los profesionales de la salud del sector público y privado de Mar del Plata. Tesis doctoral. Flacso.
- Maceira, D. y Vejas, C. (2010). Recursos humanos en salud. Una agenda para el gobierno nacional. Documento de políticas públicas. *Recomendación N° 82, Programa de Salud*. Cippec.
- Malleville, S. y Beliera, A. (2020). El lugar del reconocimiento en el trabajo de enfermería. Repensando el concepto de precarización laboral. *Estudios del trabajo. Revista de la asociación argentina de Especialistas en Estudios del Trabajo (ASET)*. 59.
- Malleville, S. y Noguera, D. (2021). ¿Situación de emergencia o problemática histórica? Salarios, pluriempleo y organización cotidiana en el trabajo de cuidado de enfermería. En Ministerio de Economía, *Ensayos sobre economía y género*. Biblioteca Nacional.
- Moro, J. (2012). Heterogeneidad y fragmentación del subsector público de salud en el Gran Buenos Aires. En M. Chiara (comp.) *Salud, política y territorio en el Gran Buenos Aires*. Universidad Nacional de General Sarmiento.
- MTEYSS (2021). Situación ocupacional de los trabajadores de la Rama Salud. <https://bit.ly/3Mzrgob> (Consultado por última vez: 1/07/2022)
- Neffa, J. C., Oliveri, M. L., Persia, J. y Trucco, P. (2010). *La crisis de la relación salarial: naturaleza y significado de la informalidad, los trabajos/empleos precarios y los no registrados*. Ceil-Piette Conicet.
- Novick, M. et al. (2012). *Estudio comparativo de las condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud en: Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú*. OPS.
- Oferhus (2021). Estado de situación en la formación y el ejercicio profesional de Enfermería en Argentina. <https://bit.ly/3ZJoKye> (Consultado por última vez: 1/08/2022).
- Paugman, S. (2015). *El trabajador de la precariedad: las nuevas formas de precariedad laboral*. Fundación de Educación y Capacitación para los Trabajadores de la Construcción.
- Pereyra, F. y Micha, A. (2015). Ocupaciones del cuidado y condiciones laborales: el caso de la enfermería en el área metropolitana de Buenos Aires. *12º Congreso Nacional de Estudios del Trabajo*. ASET.
- Pozzio, M. (2021). La perspectiva de género en la salud comunitaria. En M. Silbermany I. Lois (coords.) *La salud comunitaria en debate*. Universidad Nacional Arturo Jauretche.
- Queirolo, G. (2018). *Mujeres en las oficinas. Trabajo, género y clase en el sector administrativo (Buenos Aires, 1910-1950)*. Biblos.

- Ramacciotti, K. y Valobra, A. (2015). Feminización y profesionalización de la enfermería (1940-1955). En C. Biernat, J. M. Cerdá y K. Ramacciotti (comps.) *La salud pública y la en la Argentina*. Universidad Nacional de Quilmes.
- Ramacciotti, K. (2022). Trabajar en enfermería durante la pandemia de la covid-19 *Cuadernos de H Ideas*, 16(16). <https://bit.ly/3U8ctCk>
- Ramacciotti, K. y Fernández, E. (2022). Trabajadores de salud: representaciones en torno a la pandemia del COVID 19 en la Argentina. *Cuadernos de H Ideas*, 16(16). <https://bit.ly/3nQUWT2>
- Smith, P. (1992). *The Emotional Labour of Nursing*. Palgrave, Macmillan, Basingstoke.
- Sontag, S. (2003). *La enfermedad y sus metáforas*. Taurus.
- Tobar, F., Olaviaga, S. y Solano, R. (2012). *Complejidad y fragmentación: las mayores enfermedades del sistema sanitario argentino*. Documento de Políticas Públicas, Análisis N° 108. Cippec.
- Van Dijk, T. A. (1988). *News as Discourse*. Lawrence Erlbaum.

NOTAS

[1] Recibido 26/01/2023. Aceptado 10/03/2023.

[2] Licenciada en Ciencias Sociales (UNQ), Doctoranda en Ciencias Sociales y Humanas (UNQ). Becaria doctoral Conicet. Correo electrónico: lucila.mezzadra@gmail.com

[3] Licenciada en Letras (UNT), Diplomada en Gestión de las políticas de salud en el territorio (UNGS), Doctoranda en Ciencias Sociales y Humanas (UNQ). Becaria doctoral Conicet. Correo electrónico: carlitamora21@gmail.com

[4] La Región Sanitaria VI está ubicada al noreste de la provincia de Buenos Aires y, de acuerdo a los resultados del Censo Nacional de Población y Vivienda, es una de las más populosas, con una población de más de 3700000 habitantes. Está conformada por los municipios de Avellaneda, Almirante Brown, Berazategui, Esteban Echeverría, Ezeiza, Florencio Varela, Lomas de Zamora, Quilmes y Lanús.

[5] Disponible en: <https://bit.ly/3K2DimY>

[6] Disponible en: <https://bit.ly/411Sdoh>

[7] Disponible en: <https://bit.ly/3vVhbIo>

[8] Disponible en: <https://bit.ly/3QydL82>

[9] Disponible en: <https://bit.ly/3k1PIYd>

[10] Disponible en: <https://bit.ly/3GzszQl>

[11] Disponible en: <https://bit.ly/3X6tj5m>

[12] Ver, por ejemplo, las notas “Coronavirus: ‘Si nos contagiamos, ¿quién cuidará a los pacientes?’”, el reclamo de los médicos por la falta de insumos” del 23/04/2020 (<https://bit.ly/3vT9HWf>) o “Coronavirus en Argentina: en dos meses se quintuplicaron los muertos en el área de salud y ya suman 19”, aparecida el 25/06/2020 (<https://bit.ly/3XhSUB2>).

[13] Ver, por ejemplo, “Héroes contra el coronavirus: los aplausos son para ellos”, publicado en La Nación el 26 de abril de 2020 (<https://bit.ly/3vVsmkr>)