

Artículos

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

"Old trade, new profession".
Nursing in pandemic analyzed through a labour trajectory

JIMENA CARAVACA*
CIS-CONICET / IDES

CLAUDIA DANIEL **
CIS-CONICET / IDES

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

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

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

KEY WORDS: nursing; professionalization; life story; pandemic

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

** Licenciada en Sociología y Doctora en Ciencias Sociales por la Universidad de Buenos Aires. Investigadora CONICET, CIS-IDES. E-Mail: cdaniel@ides.org.ar  <https://orcid.org/0000-0002-4204-7494>

Introducción

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

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

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

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

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

el conocimiento producido de manera singular aumenta la universalidad del conocimiento

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Oficio, profesión y profesionalización

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Fuente: para 2007 y 2013 ANEXO - RESOLUCIÓN N° 1436/MEGC/17. Disponible en: <https://boletinoficial.buenosaires.gob.ar/normativaba/norma/356336>
para 2019: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/estado_de_situacion_de_la_formacion_y_el_ejercicio_profesional_de_enfermeria_ano_2020.pdf

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(hay) médicos que no saben entubar o ahora con esto de que hay que entubar pacientes. Me acuerdo cuando empezó la pandemia que uno de los médicos que yo estimo muchísi-

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

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

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

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

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

Trabajar en pandemia: miedo, cansancio y bronca

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

pasa y es como que está todo más humanizado".

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

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

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

Valora a sus colegas de servicio, a su equipo:

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

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

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

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

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

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

Reflexiones finales

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

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

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

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

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

Agradecimientos

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

Bibliografía

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

- Ramacciotti, K. (dir.) (2020). *Historias de la enfermería en Argentina: pasado y presente de una profesión*. José C. Paz: Edunpaz.
- Skeggs, B. (2019). *Mujeres respetables. Clase y género en los sectores populares*. Los Polvorines: Universidad Nacional de General Sarmiento.
- Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (SATI) (2021). *Análisis de situación del covid-19 en terapias intensivas de argentina (07/05/2021)*. Disponible en: https://www.sati.org.ar/images/covid-19/OCUPACION_DE_CAMAS_DE_UTI_ARGENTINA_7_de_mayo_2021.pdf [consulta: 25032022]
- Wainerman, C. y Binstock, G. (1992). El nacimiento de una ocupación femenina: la enfermería en Buenos Aires. *Desarrollo Económico*, 32 (126), 271-284.
- Wainerman, C. y Binstock, G. (1994). Género y clasificación en el sector enfermería. *Estudios del Trabajo*, 7, 43-65.

Legislación y documentos oficiales

- Resolución Nacional 1027/1993 sobre Plan de Estudios para la profesionalización de Auxiliares de Enfermería, disponible en: <https://boletinoficial.buenosaires.gob.ar/normativaba/norma/84837> [consulta: 25032022]
- Resolución 1436/2017 y Anexo del Ministerio de Educación de la Ciudad de Buenos Aires sobre aprobación del Plan de Estudios de la tecnicatura Superior en Enfermería, disponible en: <https://boletinoficial.buenosaires.gob.ar/normativaba/norma/356336>. [consulta: 25032022]
- Ministerio de Salud de la Nación (2020). “Estado de situación de la formación y el ejercicio profesional de Enfermería en Argentina”, disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/estado_de_situacion_de_la_formacion_y_el_ejercicio_profesional_de_enfermeria_ano_2020.pdf [consulta: 25032022]
- Resolución 1762/2006 del ministerio de Hacienda de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires sobre Sistema de módulos únicos para el personal de enfermería dependiente del Ministerio de Salud por servicios y prestaciones extraordinarias, disponible en: <https://boletinoficial.buenosaires.gob.ar/normativaba/norma/90763> [consulta: 25032022]
- Ley 6035/2018 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires sobre Profesionales de la salud, disponible en: https://documentosboletinoficial.buenosaires.gob.ar/publico/ck_PL-LEY-LCABA-LCBA-6035-18-5508.pdf [consulta: 25032022]
- Ley 298/99 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires sobre Sistema integral, continuo, ético y calificado de cuidados de enfermería, disponible en: <http://www2.cedom.gob.ar/es/legislacion/normas/leyes/ley298.html> [consulta: 25032022]
- Ley Nacional 26.058/2005 de Educación Técnico Profesional, disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26058-109525> [consulta: 25032022]
- Ley Nacional 17.132 /1967 sobre Reglas para el ejercicio de la medicina, odontología y actividad de colaboración de las mismas, disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/15000-19999/19429/norma.htm> [consulta: 25032022]

Fecha de Recepción: 28 de marzo de 2022
Recibido con correcciones: 24 de abril de 2022
Fecha de Aceptación: 3 de mayo de 2022