

La enfermería y los cuidados sanitarios profesionales durante la pandemia de la COVID-19

Investigadora responsable¹

Karina Ramacciotti (UNQ)

■ Doi: 10.54871/cl23p30c

Esta investigación ha tenido como objetivo analizar los cambios y las continuidades en la formación y en las condiciones laborales en el sector de la enfermería en Argentina a partir de la crisis desatada por la pandemia de COVID-19. La enfermería, su historia, el proceso de profesionalización, los cambios en la formación disciplinar y los conflictos que se vivencian en los espacios laborales han sido abordados por las Ciencias Sociales en las últimas décadas, pero a partir de la crisis sanitaria tomaron otra relevancia en la medida que antiguos problemas de la profesión se tornaron más visibles. Esto nos ha llevado a revisar conceptualizaciones previas y a preguntarnos de qué manera este nuevo evento crítico incide en las relaciones

¹ La investigación de este trabajo colectivo fue realizada por un equipo federal coordinado por Adriana María Valobra, María Paula Danel, María Pozzio, Grisel Adissi, Adrián Cammarota, Jimena Caravaca, Marcelo Jerez, María Estela Fernández, Ivana Hirschegger, Natacha Bacolla, Mariela Rubinzal, María Laura Rodríguez, Inés Pérez, María José Billorou, María del Mar Solís Carnicer.

profesionales de cuidado y, en particular, en la enfermería, dado que ocupa un lugar clave en el sostén del sistema sanitario.

Las investigaciones sobre la enfermería señalan que, en tanto profesión, esta contribuye a la salud, a la seguridad física y al desarrollo de habilidades cognitivas, físicas o emocionales de las personas. Su trabajo intramuros se centra en el cuidado de cuerpos enfermos: los alimentan, limpian, asisten, medican, atienden quejas, ofrecen apoyo moral y ayudan a una muerte lo más digna posible. Extramuros se basan en las personas, sus familias y comunidades y tienen el objetivo de potenciar sus posibilidades de bienestar y acciones preventivas. Pese al aumento de tareas administrativas y los tratamientos de alta tecnología, el trabajo corporal, relacional y de interacción con la comunidad continúa siendo la aspiración del personal y, al mismo tiempo, una demanda de los pacientes. Esta actividad laboral se inserta en un entramado del sector salud que se caracteriza por contar con una estructura tripartita, fragmentaria y con notorias desigualdades territoriales: lo componen el subsector público, el de la seguridad social y el privado. Cabe señalar que la fragmentación y las desigualdades del sistema de salud, producto de una larga continuidad histórica, se deben engarzar con las particularidades del sector en cada una de las regiones del diverso territorio nacional. En cada zona las demandas generadas por la crisis sanitaria fueron diferentes y la satisfacción de estas es parte de un proceso de acomodación, de negociación y de tensión al interior del sector, con otras profesiones del cuidado, con los usuarios de los servicios y con las autoridades educativas y sanitarias nacionales y provinciales.

La pandemia abrió una serie de interrogantes respecto de qué modo tanto la formación como el trabajo de enfermería se verían afectadas. En este proyecto consideramos que para entender las relaciones de cuidado es necesario considerarlas como un vínculo que responde a relaciones de género, familiares, comunitarias, de políticas públicas, intervenciones de expertos y profesionales, redes migratorias y relaciones económicas. Las concebimos, a su vez como un fenómeno multidimensional, dinámico y complejo, con

componentes científico-tecnológicos orientados hacia la dimensión biológica de la persona cuidada, y componentes humanísticos orientados hacia la dimensión emocional, intelectual, social, cultural y espiritual (Ramacciotti y Zangaro, 2019).

Como anticipamos, esta investigación se nutre de estudios previos que nos han permitido tender hilos entre el pasado y el presente y organizar un andamiaje de problemas y marcos teóricos. La historia de las mujeres investigó el proceso de profesionalización de la enfermería, y destacó la importancia de tener en cuenta a los acuerdos y disensos entre los diferentes actores, tanto nacionales como internacionales, que se hicieron parte a la hora de dirimir los roles de la enfermería dentro del complejo sistema sanitario argentino. Desde la segunda década del siglo XX, la enfermería es un sector feminizado; en la actualidad, el porcentaje de mujeres en la profesión asciende al 85 %. Dicha feminización tiene un trasfondo histórico dada la idea de que la enfermería se vincula con trabajos supuestamente relacionados con las tareas hogareñas como la limpieza o el cuidado, que han sido –y son– realizados por mujeres. Esta asociación, que liga una profesión con sus supuestamente habilidades “naturales”, invisibiliza el proceso formativo y el conjunto de saberes y prácticas específicas de la labor. Estas desigualdades en torno a las concepciones del trabajo entre varones y mujeres no se originaron en el mercado de trabajo, sino que surgieron en otros espacios de la vida social y se mantienen al momento de su inserción laboral. La diferente socialización entre varones y mujeres contribuye a delinear la visión que tienen de sí mismos, de sus posibilidades de acceder al mundo del trabajo, de qué tipo de empleos pueden incluir dentro de sus expectativas y cuáles son inalcanzables e impensables. (Wainerman y Binstock, 1992; Lobato, 2007; Martin, 2015; Ramacciotti y Valobra, 2015; Martin et al., 2019; Ramacciotti, 2020).

Desde la sociología se han estudiado las problemáticas laborales que tiene el sector y se han demostrado las consecuencias negativas de la escasez de personal, el pluriempleo, la intensidad laboral, la constante exposición a riesgos de salud física y psíquica,

el compromiso emocional con pacientes y la creciente exposición a situaciones de violencia. Las dificultades del sector para lograr canalizar sus demandas laborales por medio de sindicatos y repertorios de lucha tradicionales como las huelgas fueron explicadas por las características del trabajo en el cual la presencialidad es inevitable, ya que, si esta se suspende, corre riesgo la vida de las personas (Aspiazu, 2017; Malleville y Beliera, 2020; Pereyra y Micha, 2016). Además, en los últimos años diversos actores sociales y políticos se han pronunciado sobre el desgaste físico y emocional derivado de elevadas exigencias y de la extensión de la jornada laboral, que impactan en ausentismo, riesgos psicosociales y padecimientos mentales como el estrés o el *burnout* (Neffa y Henry, 2017).

En función de este contexto, nace este proyecto radicado en la Universidad Nacional de Quilmes. Estuvo conformado por más de 130 investigadores de todo el país. Los 16 nodos que formaron este equipo de trabajo se asentaron en diferentes universidades públicas nacionales y Unidades Ejecutoras de CONICET. La zona del AMBA fue cubierta por la coordinación de Adriana María Valobra, María Paula Danel, María Pozzio, Grisel Adissi, Adrián Cammarota, Jimena Caravaca y Karina Ramacciotti. La región del Noroeste fue organizada por Marcelo Jerez y María Estela Fernández. La región de Cuyo fue liderada por Ivana Hirschegger. La zona del Centro estuvo a cargo de Natacha Bacolla, Mariela Rubinzal y María Laura Rodríguez. La región Pampeana por Inés Pérez y María José Billorou y la zona del Noreste por Marimar Carnicier. Para poder abordar un mayor número de problemáticas que las correspondientes a la zona de radiación de cada director o directora de nodo, según la composición de los equipos de trabajos, también se cubrió la situación de Catamarca, Neuquén, Río Negro y Chaco.

La mayoría de los integrantes proviene de la Historia, pero hay también profesionales de Sociología, Enfermería, Trabajo Social, Ciencias Políticas, Comunicación Social, Antropología, Psicología, Comercio Internacional, Terapia Ocupacional, Letras, Ciencias Sociales, Geografía y Educación para la Salud. La composición

interdisciplinaria y federal permitió potenciar el trabajo y dinamizarlo a partir de diálogos más amplios que los que imponen las propias disciplinas. Otra peculiaridad de la composición del equipo es la distribución según género. Está compuesto en un 86 % por mujeres. Esto no resulta azaroso. Así como las mujeres hemos sufrido históricamente discriminación en el campo académico en términos de ascenso y reconocimiento, también muchos de los temas que hemos abordado se han considerado secundarios o poco relevantes (Valobra, 2019). Por ello, no sorprende que la composición de nuestro equipo sea eminentemente femenina y que seamos las mujeres quienes más nos interesamos por la temática de los cuidados y, en este caso en particular, por la enfermería. Cabe señalar que no es una exclusión adrede de varones la que resulta de esta composición. Muchos colegas que se asumen como varones integran este equipo en virtud de sus saberes expertos o su interés genuino en la temática. En todo caso, la lógica es amplia e inclusiva y no restrictiva y excluyente. Se trata de una política de acción positiva que se ha impulsado desde la convocatoria uniendo la problemática de género con la generacional, razón por la cual también se ha propiciado que la dirección de los nodos esté a cargo de personas menores de cuarenta años para que se inicien en el liderazgo y la conducción de proyectos (Ramacciotti, 2022).

¿Como investigar en pandemia?

Con el fin de cumplir con los objetivos de esta investigación, organizamos una propuesta metodológica sobre la base de tres ejes. Uno de ellos es la elaboración, distribución y análisis de una encuesta autoadministrada, de carácter nacional. Por otro lado, se realizaron 30 entrevistas en profundidad a integrantes del sistema sanitario nacional, provincial, a líderes sindicales y a autoridades universitarias y legislativas. Asimismo, efectuamos 274 entrevistas a enfermeras y enfermeros en ejercicio, lo que posibilitó que las entrevistadas/os

pudieran transmitir, en tiempo real, el impacto de la pandemia en su trabajo cotidiano y en lo relativo a sus prácticas profesionales, conocimientos y formación. Las personas entrevistadas trabajaron principalmente en ámbitos de gestión pública tales como hospitales, centros modulares, centros de vacunación, unidades febriles, puestos de frontera, geriátricos y también hubo testimonios de enfermeras que cumplieron tareas en sanatorios privados, en cuidados domiciliarios y en tareas de telenfermería. Asimismo, realizamos la búsqueda, la clasificación y el análisis de documentos; esto incluye leyes, programas, resoluciones y artículos periodísticos en medios digitales.

La muestra para hacer esta investigación, tanto de la entrevista como de la encuesta, la realizamos sobre la base de un informe oficial que realizó el Ministerio de Salud llamado “Estudio de situación de la formación y el ejercicio profesional de la Enfermería” (Ministerio de Salud de la Nación, 2020). Es decir, un registro oficial estadístico realizado por el equipo del Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud del Ministerio de Salud de la Nación. Este conjunto de datos permitió elaborar una muestra significativa de la cantidad de personas que deberíamos entrevistar y encuestar por región. Ese análisis nos dio como resultado que teníamos que entrevistar, como mínimo, a 216 personas del sector de la enfermería y realizar, como mínimo, 1000 encuestas *online*. Para tener una muestra más representativa, las variables se consideraron en función del tipo de titulación, el género, la edad, la región y si trabajan en el sector público o privado.

El diseño de la encuesta significó un interesante debate metodológico hacia el interior del equipo. La idea original era que fuera vía telefónica, pero luego desistimos porque iba a demandar mucho más tiempo y una logística difícil de implementar en un contexto de restricciones sanitarias. Asimismo, consideramos que ello habría dificultado uno de los objetivos del proyecto: contar con resultados en un año para poder tener un diagnóstico de las consecuencias de la pandemia sobre el sector. Fue así que decidimos que la encuesta se realizara utilizando plataformas virtuales de tipo videoconferencia.

En primer lugar, diseñamos las 103 preguntas de la encuesta a partir de subequipos compuestos por integrantes de todos los nodos. Luego, solicitamos su lectura entre las compañeras del equipo que son enfermeras para comprobar que el formulario fuera lo más claro y comprensible posible. La prueba del guion de la encuesta pasó por tres etapas de revisión. Comenzamos a realizarlo en diciembre del 2020 y lo culminamos en febrero del 2021. Todo el trabajo se realizó siguiendo las normas éticas vigentes y con la aprobación del Comité de Ética del Hospital Nacional Posadas. La encuesta fue anónima y el tratamiento de los datos se desarrolló de acuerdo al uso de procedimientos que guardaron la confidencialidad de las respuestas. Los nombres de las personas fueron modificados para resguardar la identidad y la confidencialidad de los datos. Una vez que concluimos la realización del formulario de la encuesta, la circulamos su difusión por medio de un folleto en redes sociales, con el objetivo de convocar la mayor cantidad de personas interesadas en completarla y, de esta forma evitar centrarnos únicamente en nuestras redes personales.

El resultado de la convocatoria fue altamente sorprendente por el grado de participación e involucramiento. Iniciamos la encuesta el 3 de junio, y hasta el 30 de junio se obtuvieron 1 483 respuestas; es decir, superamos la cantidad mínima que requeríamos. En algunas provincias, por ejemplo, en Tierra del Fuego, en Neuquén o en Catamarca, contamos con pocas respuestas y hubo que redoblar esfuerzos para conseguir el piso mínimo.

El guion para las entrevistas en profundidad fue redactado entre diciembre 2020 y febrero 2021, y también contó con tres pruebas. Empezamos el proceso de entrevistas el primero de abril del 2021 y para fines de julio ya contábamos con doscientas setenta y cuatro entrevistas. La forma de difusión fue similar a la de la encuesta: se realizó a través de un folleto que circuló por redes sociales, WhatsApp y correo electrónico. Quedamos muy sorprendidas por la repercusión y el interés que suscitó la convocatoria. Nuestras incertidumbres eran muchas al empezar con esta investigación porque pensamos

que, en un contexto de pandemia, las enfermeras no iban a colaborar con esta dado el cansancio o por falta de tiempo. No obstante, sucedió todo lo contrario; el interés por contar sus experiencias y dar a conocer sus historias, que excedía con creces las preguntas que les hacíamos, fue una característica distintiva en esta etapa de la investigación. Algunas entrevistas se realizaron de manera presencial, pero luego entramos en la segunda ola de la pandemia, es decir, en el momento de mayor cantidad de contagios, por lo que tuvimos que proseguir vía Zoom, Google Meet o llamadas telefónicas.

En un principio nos preguntábamos si realizar las entrevistas de este modo no entorpecería el clima de trabajo, pero, para nuestra sorpresa, sucedió todo lo opuesto. Son entrevistas cargadas de emotividad, signadas por la apertura en el diálogo y con una notoria avidez por compartir sus experiencias laborales. Generaron en el equipo empatía, angustia y miedo. Los relatos fueron dramáticos, ya que se recibían de primera mano las experiencias de contagios, los cambios en las rutinas laborales, las afectaciones de sus familias, la pérdida de compañeros de trabajo, la alta tasa de óbitos en los pacientes una vez que ingresan a terapia intensiva, la impotencia de implementar estrategias que suelen ser efectivas y ante el coronavirus y sus efectos no daban buenos resultados. Es decir, este espacio también propició un momento de reflexión en el cual estuvo involucrada la propia experiencia de estar investigando un fenómeno que impactó en nuestras existencias y que, estábamos seguras, traería consecuencias sociales, políticas y culturales profundas para nuestra sociedad.

La agenda de contacto estuvo organizada a partir del método de “bola de nieve”, es decir, un contacto fue llevando a otro. Es cierto que nos costó más entrevistar a algunas personas, debido a que en Argentina el personal de enfermería se divide en tres sectores según titulación: licenciatura, tecnicatura y auxiliares. Las enfermeras que tienen como titulación la licenciatura (32 %), una formación universitaria de gestión pública o privada de cinco años; las tecnicaturas (52 %), una formación de pregrado universitario o carrera corta en tecnicaturas en enfermería de tres años, y las auxiliares, que tienen

una formación de solo un año. Esta última formación (16 %) se encuentra en franco retroceso como grado de titulación, pero quienes tienen ese diploma siguen en ejercicio y, durante la pandemia, se han dado dos situaciones: algunas dejaron de trabajar por edad avanzada o por mayor riesgo de contagio, y otras fueron contratadas, a pesar de que, en muchas jurisdicciones, como el caso de Capital Federal, su ejercicio no está reglamentado para las nuevas contrataciones. Los datos de la encuesta revelan que en el país un 2,7 % de quienes ejercen tareas de enfermería lo hacen sin poseer titulación formal. Los números 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 %.

Esta disparidad en la formación influyó en el interés por participar. Por lo general, tuvimos una excelente recepción e interés para hacer la entrevista por parte de las licenciadas y las técnicas. En el caso de las auxiliares tuvimos más inconvenientes para contactarlas, ya sea porque estaban más afectadas por el pluriempleo y contaban con menos tiempo disponible o porque tenían dificultades de conexión para las plataformas de Zoom o Google Meet. También esbozaron ciertos temores en torno a que sus datos fuesen utilizados de forma prejudicial o que sus empleos se vieran afectados.

Otro recurso para poder alcanzar los objetivos de investigación fue el relevamiento de las noticias periodísticas publicadas en medios, en formatos digitales, entre marzo del 2020 y junio del 2021, dado que es el mes en el cual se registró el mayor número de contagios en la Argentina. Para agilizar la búsqueda de los medios digitales, recurrimos a la técnica de *scraping* que nos permite automatizar la búsqueda y extraer los hipervínculos según las palabras clave de los medios seleccionados. La búsqueda se concentró en periódicos nacionales, provinciales y municipales, lo que permitió identificar los matices locales. Consideramos que es importante reconocer las diversas temporalidades de la pandemia, dado que no afectó por

igual y al mismo tiempo a todas las regiones en la Argentina, y esta situación implicó diferentes situaciones hacia adentro del sector.

En función de esta propuesta metodológica, este artículo propone ser una síntesis de la producción realizada por el equipo de investigación. Cuenta con la publicación de seis dossieres en revistas nacionales en donde se han reunido treinta y cinco artículos. También hemos publicado once artículos en revistas internacionales como nacionales, tres capítulos de libro y dos libros; uno de ellos editado por la editorial Biblos y el otro por la editorial de la Universidad de Quilmes. A partir de esta profusa producción pretendemos ordenar los resultados teniendo en cuenta las consecuencias que se produjeron a partir de las primeras medidas de restricción sanitaria en el 2020 en los espacios de formación en enfermería y en los lugares de trabajo. Pondremos el énfasis en las dificultades en torno al reconocimiento profesional, las demandas y los conflictos laborales.

Estudiar enfermería

Entre las últimas décadas del siglo XIX hasta la actualidad, los diferentes espacios formativos de enfermería en la Argentina han asumido características específicas. Los estudios históricos mostraron similitudes y diferencias interprovinciales, un panorama plural, diverso y complejo sobre los procesos de profesionalización (Ramacciotti, 2020). Históricamente, la enseñanza en enfermería en la Argentina cuenta con algunos momentos que se destacan por sobre otros. El primero tiene como protagonista central a Cecilia Grierson. La primera médica argentina fue clave debido al envión que brindó en la organización de los cursos de primeros auxilios; primero en los consultorios de los médicos porteños y luego en las dependencias de la Asistencia Pública de la ciudad de Buenos Aires (Martin, 2015). El segundo momento puede ubicarse en los años cuarenta, tanto por el rol que tuvo la Fundación Rockefeller en la región y, en particular en Argentina, en la organización de la primera

escuela de enfermería universitaria en Rosario (1940-1943); como en la creación de los espacios formativos implementados por el peronismo. Para el área de la enfermería se promovieron dos escuelas: la Escuela de Enfermería bajo la tutela de la Secretaría de Salud Pública (1947) y la Escuela de Enfermeras de la Fundación Eva Perón (1948). Si bien estas escuelas funcionaron en Buenos Aires; la escuela que dependió de la Fundación Eva Perón reunió a estudiantes de otras provincias por medio de un sistema de internado. Por último, se alude a los cambios acontecidos en los años sesenta a la luz de las recomendaciones de los organismos internacionales de salud, a las formas en que tales acuerdos se implementaron y los cambios impuestos a la enfermería; en especial, la importancia del estatus universitario en la formación de enfermería para incrementar la cantidad de egresadas y mejorar la calidad de sus pericias. Así pues, desde el siglo XX, variadas han sido las voces que han señalado la escasez de personal capacitado para atender las crecientes, múltiples y diversas demandas del sistema sanitario y las dificultades que ha tenido la profesión para obtener mejoras salariales de acuerdo con las tareas desarrolladas (Ramacciotti, 2020).

A partir del siglo XXI dos acciones se suman en este sentido. En primer lugar, la ampliación del del sistema universitario a partir del 2010 y las políticas que estimularon la profesionalización de la fuerza de trabajo, focalizadas en el nivel técnico y de educación superior. Como ejemplo de ello, en el año 2013, y por una presentación de la Asociación de Escuelas Universitarias de Enfermería de la República Argentina, se sumó el título de Licenciado en Enfermería a la nómina de títulos previstos en el régimen del artículo 43 de la Ley de Educación Superior N.º 24 521, lo cual implicó su inclusión en la lista de profesiones reguladas por el Estado (Res. N.º 1724/2013). La adecuación curricular y los estándares de acreditación de la carrera fueron aprobados en 2015 abriendo, con ello, un proceso de sucesivas revisiones en el ámbito regional para adecuar los planes vigentes a las nuevas pautas. La consolidación de la enfermería como carrera de grado universitaria implicó la estructuración de planes de estudio

más extensos. La carrera está compuesta por un primer ciclo de tres años con titulación en enfermería profesional o universitaria (lo que se asocia a una “tecnicatura”) y un segundo ciclo con dos años más de cursado que completan la licenciatura universitaria. Esta última incluye en su currículo herramientas para la investigación y la obligatoriedad de realizar una tesis final, abriendo la posibilidad de continuar estudios de posgrado e indagaciones futuras en el área científica. Afirman este perfil la existencia de materias como sociología, filosofía, antropología, historia, derechos y salud y talleres específicos orientados a la investigación.

En segundo lugar, la creación en 2016 del Programa Nacional de Formación de Enfermería [PRONAFE], dependiente del Instituto Nacional de Educación Tecnológica [INET] impulsó la mejora de los recursos materiales con el equipamiento integral de los gabinetes de práctica, aumentó el número de becas estudiantiles (a los fines de garantizar el acceso, permanencia y promoción de los estudiantes), creó un mayor número de instituciones donde cursar la carrera, capacitó a docentes y directivos. El PRONAFE nuclea 201 instituciones con oferta de Tecnicatura Superior en Enfermería, de las cuales 143 son de gestión estatal (71 % del total de instituciones) y 58 de gestión privada, distribuidas en 15 provincias. En el año 2019, 28 universidades públicas nacionales con oferta de enfermería firmaron acuerdos de adhesión a algunos beneficios del programa (Ministerio de Educación y Deportes, INET y Ministerio de Salud, 2017).

La carrera se cursa en 53 universidades nacionales y 250 escuelas técnicas y los números de dicha expansión son: 30 000 nuevos inscriptos por año a nivel nacional y aproximadamente 78 000 estudiantes universitarios y de escuelas técnicas. Los cambios curriculares y la homologación de títulos técnicos para favorecer la articulación entre instituciones educativas técnicas superiores y universidades posibilitaron la culminación de los segundos ciclos y un salto cualitativo en la formación y en las vivencias de transitar por espacios de educación superior (Repetto Andrada, 2020 y East et al., 2020).

Si bien estos datos eran alentadores para el 2019, la pandemia y las consecuencias que generó en el sistema de salud pusieron, una vez más, en el centro de la escena la falta de personal de enfermería. En las instituciones formativas se plantearon grandes desafíos y nuevas estrategias de aprendizaje frente a la inminente necesidad de asegurar, de algún modo, la continuidad de los estudios, la finalización de las carreras y la pronta inserción laboral de las y los egresados. La emergencia sanitaria a partir del covid puede ser entendida como un capítulo más en la estrecha relación entre ciertos contextos macrosociales (como guerras, catástrofes, epidemias, etcétera) y el impulso de cambios pedagógicos y curriculares en la enfermería (Ramacciotti y Testa, 2021).

A partir del mes de marzo del 2020, los centros de estudios donde se forman los enfermeros y enfermeras iniciaron un proceso de adecuación curricular y de las estrategias didácticas al entorno virtual para las materias teóricas. Las prácticas profesionalizantes quedaron suspendidas hasta octubre del 2020 dado el riesgo que implicaba la circulación de personas para el contagio y el colapso de las instituciones de salud donde las prácticas se realizan. Las dificultades en el acceso a la tecnología, la falta de conectividad y la escasa preparación de los docentes para trabajar de manera remota obstaculizaron las cursadas virtuales en todas las instancias formativas, pero en el área de la enfermería también se sumó otro inconveniente: las y los docentes que dictan clases también ejercen la profesión en establecimientos públicos o privados de salud por lo que vieron, aún más, redobladas sus tareas laborales.

Al incremento de tareas en los nosocomios, como veremos en el apartado posterior, se sumaron las tareas de transformar y adaptar sus espacios curriculares a la virtualidad y el manejo de nuevas herramientas para la enseñanza, a la vez que se les requería mayor dedicación para atender consultas, dar clases, armar contenidos, corregir prácticos en línea. Tuvieron que dedicar sus horas libres a capacitaciones en el manejo de redes y aulas virtuales; talleres *online*, asesoramiento de una colega o familiar o búsqueda de tutoriales.

En algunas casas de estudios se amoldaron las cursadas presenciales a la modalidad virtual con rapidez dado que contaban con alguna experiencia previa en educación a distancia. No obstante, hicieron estas mutaciones sin asesoramiento ni la planificación necesaria para poder concretarlas de manera más eficiente, en un contexto en el cual la contención emocional y las dificultades tecnológicas y económicas de los y las cursantes tuvieron gran protagonismo. En otras provincias, como el caso de Tucumán, las clases virtuales en Enfermería demoraron su inicio hasta el mes de julio del 2020. Las críticas de estudiantes sobre los inconvenientes en el ciclo lectivo llegaron hasta las calles y se realizaron movilizaciones en las que se reclamaban el retorno a las prácticas en hospitales y también se criticaron por las tareas llevadas a cabo en los gabinetes de simulación (Fernández y Rosales, 2022).

La formación preprofesional debe ser cumplida por todos los estudiantes, con supervisión docente, y garantizada en forma progresiva y continua a lo largo de la carrera. Es una etapa curricular clave y que cuenta con una gran carga emocional por parte de los estudiantes, ya que es el contacto con su futura profesión. Dado que el objetivo es incorporar a los estudiantes al ejercicio técnico-profesional, las prácticas pueden asumir diferentes formatos: actividades de apoyo a la comunidad, pasantías, proyectos o actividades de simulación (análogas a las de los ambientes laborales), y pueden llevarse a cabo en distintos entornos y organizarse a través de actividades como identificación y resolución de problemas técnicos, actividades experimentales, práctica técnico-profesional supervisada. La suspensión de la presencialidad interrumpió las tareas de campo de las prácticas profesionales en hospitales y centros de salud hasta que las condiciones sanitarias lo permitieran. Las instancias de simulación en gabinetes destinados a tal efecto (que no todos los centros educativos poseen) no compensaron la falta de horas de prácticas presenciales. Para ello se implementaron diferentes mecanismos tales como videos institucionales sobre actividades de práctica en el laboratorio de simulación (canal de YouTube Institucional); videos cortos

sobre procedimientos técnicos en simuladores para la observación y análisis sobre las guías de práctica; entrevistas a alumnos avanzados o egresados; resolución de problemas a través de análisis de casos clínicos; anamnesis virtual a través entrevista por telemedicina; preparación de escenarios factibles a la complejidad de la práctica simulada en el contexto del hogar y elaboración de simuladores de baja complejidad; autoevaluación a través de videos del docente de práctica. Los institutos que dependieron del PRONAFE contaron con capacitaciones docentes (cursos virtuales) para recrear las prácticas de enseñanza de la enfermería en entornos virtuales y los estudiantes accedieron a una *app* con videos y procedimientos de forma gratuito, junto con un paquete de datos para comunicarse a un mínimo costo (Hirschegger, 2022).

A partir de octubre del 2020 y, en el marco de una Resolución del Consejo Federal de Educación, se aprobó el “Protocolo específico y recomendaciones para la realización de prácticas en los entornos formativos de la Educación Técnico Profesional (Talleres, Laboratorios y Espacios Productivos)” que habilitó, bajo estrictos protocolos, algunas prácticas profesionales que se fueron efectivizando de forma diferente según provincia. Las prácticas presenciales habilitadas a partir de octubre del 2020 estuvieron centradas en tareas de cuidado y monitoreo, participación en la organización de *triage* (método que evalúa las prioridades de atención), vacunación (carga de datos, realización del carnet) y, seguimiento telefónico de los contactos estrechos de los contagiados de covid. Las tareas de vacunación contra el covid realizadas por estudiantes fue objeto de debate en algunas regiones, tal como el caso de Santa Fe en donde un referente profesional argumentó que la vacunación debería ser realizada por enfermeras y no por voluntarios (Sedrán, Bolcatto y Westman, 2022).

Para los estudiantes la vuelta a la presencialidad en las prácticas profesionales, a partir de fines del 2020, fue recepcionada de manera dispar. Algunos refirieron ser parte de un momento particular: sintieron que les fue de utilidad y que esto será recordado como una experiencia especial en sus trayectos profesionales posteriores. Para

otros, especialmente quienes ya tenían algún trabajo vinculado con tareas de enfermería (auxiliares, técnicas, cuidadoras), representó una “pérdida de tiempo”, ya que eran tareas sencillas que ya realizaban en sus trabajos. También sostuvieron que cumplieron las horas presenciales con tareas, por ejemplo, de vacunación, pero que no pudieron realizar otro tipo de prácticas más específicas. Esa situación les generaba inseguridad al momento de salir al mercado laboral y ser estigmatizados por carecer de experiencia en sectores sensibles como las unidades de cuidados intensivos. Además, si bien las cursantes reconocieron que las técnicas de simulación contribuyeron de manera temporal a proseguir con los estudios en un contexto excepcional, coincidieron en el valor irremplazable de las prácticas presenciales como instancia formativa, dada la importancia del contacto directo con el paciente. También se evidenció que los centros educativos que cuentan con gabinetes de simulación son escasos; el equipamiento no está a la altura de los desafíos que trae la formación en enfermería y, en muchos casos, en los que se comparten recursos con la carrera de medicina, la prioridad en el uso de los gabinetes de simulación la tuvieron esos estudiantes. Dicha decisión vuelve a replicar en la formación la misma subordinación que se vive en el ámbito laboral. También se refirieron a las situaciones de miedo que tenían por contraer el virus cuando estaban realizando las prácticas presenciales, especialmente quienes vivían con familiares con riesgo.

En un contexto de alta demanda laboral las estrategias diseñadas permitieron subsanar las dificultades imperantes para realizar las prácticas presenciales en un contexto de alta incidencia de casos de coronavirus. Si bien los estudiantes refieren algunos inconvenientes, reconocen que fue una opción para poder proseguir sus trayectos educativos y formativos y, en algunos casos, lograr la titulación y posterior matriculación para el ingreso laboral.

Las graduadas recientes, especialmente en la región del AMBA donde primero afectó el covid, se enfrentaron a un desafío ya que la demanda laboral era alta, pero existían dificultades para obtener

la matrícula habilitante. En la Provincia de Buenos Aires, las autoridades sanitarias otorgaron la matrícula por un año con posibilidades de renovación a quienes tenían títulos emitidos en diciembre del 2019 (Valobra et al., 2022). Diferente fue el caso de Jujuy, donde las graduadas realizaron manifestaciones públicas para exigir la entrega de sus títulos, retrasados por causa de la pandemia, ya que se encontraban impedidas de obtener la matriculación en un momento en el cual el sistema de salud estaba colapsado. En los reclamos públicos solicitaban, por un lado, que las autoridades provinciales intervinieran con más decisión para agilizar dicho proceso administrativo, y por otro, demandaban, ante el déficit de personal sanitario y hasta tanto se entreguen sus títulos, poder ejercer la profesión e incorporarse en los distintos establecimientos hospitalarios que lo requiriesen (Jerez y Reyna, 2022).

Existe una gran disparidad regional en cuanto a los espacios de formación en Enfermería y esta situación repercute directamente en la falta de personal. En el caso de Jujuy, cuyo sistema mostró signos de colapso a partir de julio del 2020, las autoridades sanitarias y universitarias lanzaron el diseño de la formación universitaria, inexistente hasta el momento, como un intento de paliar a futuro la carencia de recursos humanos formados (Jerez, y Reyna, 2022). En La Pampa, en el año 2020, la carrera universitaria tuvo dificultades en la obtención de los fondos necesarios para su funcionamiento. Durante el año 2021 no se abrió la inscripción, pero se iniciaron las conversaciones entre el gobierno provincial, las autoridades universitarias nacionales y provinciales para abrir la carrera de enfermería en el 2022 y garantizar los fondos necesarios para su sostenimiento. Estas acciones conjuntas expresan la intención de dar respuesta a la demanda provincial de reforzar la formación profesional, y de expandir el alcance de las propuestas educativas de la institución universitaria, necesidades que se visibilizaron, aún más, en contexto de pandemia (Billorou y Norverto, 2022).

En Río Negro, la Licenciatura de Enfermería que se dicta en el Centro Regional Zona Atlántica, dependiente de la Universidad

Nacional del Comahue, cerró su inscripción para el 2022 basado en recomendaciones de la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria [CONEAU] ante el incumplimiento de los requisitos que avalan la aprobación de un plan de estudios. La disposición de las autoridades provocó la inmediata reacción de la comunidad educativa. La prensa escrita, los radios, la televisión local y las redes digitales difundieron noticias sobre las movilizaciones, asambleas, comunicados e intervenciones de estudiantes, docentes y funcionarios del estado provincial y municipal. Las jornadas de reclamos sirvieron además para expresar otras demandas como, por ejemplo, el pedido de mayor presupuesto para ser destinado a infraestructura, a salarios docentes y a equipamiento tecnológico. La movilización en un contexto de crisis sanitaria permitió que las autoridades universitarias de Río Negro intervinieran y garantizaran que la inscripción se abriera para el 2022 (Jara, 2022).

Entonces, si bien el impacto de la formación universitaria, y de las iniciativas de profesionalización es variable según la región, esa heterogeneidad no debe orientar a la idea de que la formación es de baja calidad o deficiente. De hecho, muchas personas entrevistadas (en AMBA, Rosario y Córdoba) cuentan con especializaciones y cursos de perfeccionamiento. Si bien son reconocidas a nivel institucional como referentes, se encuentran en escalafones de revista inferiores a los que les corresponde y no tuvieron incidencia ni en los Comités de Crisis ni en la elaboración de los protocolos. De hecho, un reclamo del sector se vinculó con el lugar secundario que suele poseer la opinión de quienes integran este colectivo profesional. Frente a la pregunta de la encuesta sobre ¿Considera que la opinión y la experiencia del personal de enfermería fueron tenidas en cuenta en los protocolos implementados, en su servicio, a raíz de la pandemia? Cerca de un cuarto de los/as encuestados/as señala que la opinión y la experiencia del personal de enfermería nunca fueron tenidas en cuenta en los protocolos implementados en su servicio a raíz de la pandemia, mientras que un 44 % de los/as encuestados/as señala que sus opiniones fueron consideradas ocasionalmente. En este

sentido, se observan casos en donde estos porcentajes aumentan notablemente: como por ejemplo el 55 % del personal de enfermería de la provincia de Formosa indicó que nunca tuvieron en cuenta su opinión, mientras que un 40 % señaló lo mismo en La Rioja y en Catamarca el 39 %.

El acceso a un título de educación universitario en Enfermería resulta un hito en las trayectorias y da lugar a un reconocimiento social que aparece en los relatos de modo muy evidente y explícito. Estos recorridos se alejan de los perfiles históricamente imaginados que se vinculan con la idea de que quienes ingresan a la universidad son mayormente jóvenes de clases medias y altas en busca de profesiones liberales. Sus trayectorias dan cuenta de estos corrimientos y ponen en tensión las imágenes más clásicas del estudiante universitario, a la vez que construyen otras imágenes del alumno del mundo popular: mayor en edad, conciliando esfuerzo entre la vida familiar, laboral y universitaria y marcando el hito de ser los primeros de las familias en tener un título universitario. A través de las entrevistas pudimos evidenciar cómo sus experiencias de vida se inscriben en redes de cuidados anteriores a su formación profesional, tanto por el desempeño de dichos trabajos al interior de sus familias, como también por haber ingresado a trabajar en instituciones sanitarias como trabajadores asalariados no capacitados (mucamas, camilleros), y que asumieron el proceso de formación como auxiliar y luego como profesional en enfermería, como parte necesaria de su intervención y competencia (Gavrila y Cuenca, 2022).

Trabajar en enfermería en una pandemia

De aplausos a situaciones de violencia

Durante los dos primeros meses de la pandemia emergió un cierto reconocimiento, por parte de los pacientes y familiares, de la importancia los cuidados profesionales dispensados por el sector

enfermería y su rol en la intermediación de la comunicación, ya sea al interior del sistema como en la vinculación con los familiares.

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 y el Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio, el diario *La Nación* invitaba a la sociedad a “cuidar a los que nos cuidan”. 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 trabajadoras sanitarios no solo se agradeció y celebró, 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”. Esta cita condensa la construcción mediática de su labor en la pandemia: la abnegación y la entrega (Mezzadra y Mora Augier, en prensa).

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 las metáforas bélicas que predominaron durante la pandemia de COVID-19, los valores del coraje y el sacrificio fueron centrales en la presentación del personal de salud como heroico y abocado a la tarea de combatir el virus (Salerno, 2020). Las metáforas militares en el discurso sanitario no constituyen una novedad de estos tiempos; Susan Sontag (2003) ya desarrolló notablemente una lectura de los significados sociales que, en distintos contextos históricos, se desplegaron sobre enfermedades como el cáncer, el Sida y la tuberculosis.

El reconocimiento al trabajo del “personal esencial” se expresó con algunas manifestaciones de gratitud tales como aplausos a las 21 h, en los balcones de las grandes ciudades, bandas militares tocando cancioneros populares en los hospitales, entregas de

reconocimientos y regalos por parte de las asociaciones cooperadoras, como sucedió en la provincia de Santa Fe (Rubinzal et al., 2022). Sin embargo, ello fue quedando relegado a medida que se incrementaban los contagios y el personal de salud era visto como el principal vehículo de transmisión y en particular en enfermería se estima que, para mediados del 2021, doscientas personas habían fallecido. En un lapso acotado de tiempo hubo algunas manifestaciones de repudio y de discriminación, tal el caso de las personas a las que no dejaban subir en los autobuses al darse cuenta de que eran personal sanitario. Estas dificultades, sumadas a las restricciones de movilidad en el transporte público, afectaban al personal de salud que se veía obligados a usar otros medios de transporte (*remís*, taxi o movilidad propia), lo que implicaba incrementar los gastos.

En provincias como Corrientes y Chaco, que están delimitadas por un puente interprovincial y la movilidad laboral es constante dado el pluriempleo, las situaciones de discriminación y violencia fueron marcadas. Tal es el caso de una enfermera correntina quien trabajaba en una clínica privada de la ciudad chaqueña. Este caso, al ser uno de los primeros, derivó en el cierre total del barrio por parte de las autoridades, que incluso indicaron la vigilancia policial en las entradas al mismo. Otro caso refiere a una nota de tapa de un diario de Corrientes, *Época*, que en medio del pánico por el aumento de casos tituló “Chaco exportó la maldita enfermedad a Corrientes”, acto repudiado luego por diversos sectores de ambas ciudades. Esta situación marcó fuertemente a los y las trabajadoras, quienes comenzaron a ser identificados como amenaza durante los momentos iniciales de la pandemia (Campusano et al., en prensa).

En las campañas de vacunación contra el covid el personal fue objeto tanto de agradecimiento como de agresiones verbales y variados conflictos. A partir de la llegada de los primeros lotes de vacunas de Sputnik V realizada por el Centro Nacional Gamaleya de Epidemiología y Microbiología de la Federación Rusa a fines de diciembre del 2020, se organizó la campaña de vacunación cuyos primeros destinatarios fueron el personal de salud y las fuerzas de seguridad. El

volumen de vacunadores se fue incrementando al calor de la llegada de las dosis de vacunas y de la realización de otros acuerdos con laboratorios (AstraZeneca, Pfizer, Moderna, CanSino, Sinopharm) que permitieron, a partir de mayo del 2021, acelerar el ritmo de vacunación justo en el momento de un incremento en la cantidad de contagios y de fallecimientos.

En los centros de vacunación el personal de enfermería tuvo un protagonismo activo y, quienes se inocularon pudieron vivenciar el profesionalismo y la autoridad del personal. En muchos casos, el reconocimiento provino tanto por expresiones de afecto presenciales como por fotos que circularon por las redes sociales. Según el plan diseñado por las autoridades, se deberían vacunar a treinta personas por hora, o sea que cada aplicación no debía durar más de dos minutos. Claro está que dicha planificación no se condice con las prácticas efectivas ya surgieron situaciones tales como angustia y miedos tanto de adultos y menores y amenazas e insultos por negarse a firmar libretas de vacunación sin haber recibido la persona la inoculación (Ramacciotti y Gilligan, en prensa).

Podemos anclar la falta de valoración profesional en la conocida subalternidad del sector dentro del mundo sanitario y en la feminización de la tarea. La asociación de que los trabajos que demandan más paciencia, proximidad y atención están ligados a lo femenino, y por lo tanto estarían vinculados a lo cuasi “natural”, posee una larga tradición. Ello invisibiliza los saberes específicos y diferentes de quienes cuidan de manera profesional y sin esas tareas el proceso de salud y enfermedad no se sostiene.

Más tareas, menos protección

Las intervenciones de enfermería están compuestas por una multiplicidad de tareas que, cada una de estas, lleva cierta cantidad de tiempos y demandan, como mencionamos previamente, una formación que va de tres a cinco años. Se clasifican como cuidados mínimos, moderados, intermedios, intensivos y especiales. Los tipos de

cuidados llevan un tiempo estimado que van desde dos horas y media a diez horas por día por paciente según su complejidad. Además, las tareas que desarrollan los y las enfermeras no pueden posponerse: requieren una realización diaria y el vínculo presencial es ineludible. Al margen de estas planificaciones que implican cuidar, asistir y prevenir, existen acuerdos que no están libres de reformulaciones constantes. El hecho de vincularse con personas con necesidades diversas genera las más variadas experiencias de trabajo, que combinan la realización de tareas habituales y frecuentes con otras que responden a acontecimientos imprevistos. En ellas, el control de las emociones, públicas y privadas, aparece como rasgo fundamental y en situaciones de crisis sanitarias se ponen, aún más, en tensión (Garazi y Blanco Rodríguez, 2022).

Según los datos de la encuesta, ante la pregunta de si desde el inicio de la pandemia se incrementaron actividades que antes no realizaban, la respuesta fue contundente. Un 92 % de las enfermeras/os sintió que hubo un aumento en la intensidad de las tareas y en el ritmo del trabajo, sin diferencias por género, subsector ni nivel de formación. El aumento inesperado de la carga de trabajo en un contexto de miedo, incertidumbre e impotencia también fue un resultado de la investigación coordinada por Marta Novick, “Impacto del COVID 19 en la salud del personal no médico de salud en el AMBA” (Novick et al., 2020, p. 7). Es decir, si bien la sobrecarga de tareas y la cantidad de tiempo que demanda la atención de un paciente ya era un tema de discusión al interior del sector antes de la pandemia (Pereyra y Micha, 2016; Aspiazu, 2017), a partir del COVID-19 dicha situación se potenció.

El incremento de tareas enfrentó problemas en la distribución de Equipos de Protección Personal [EPP]. El EPP estuvo compuesto por el uso de mascarillas quirúrgicas, camisolín, guantes y protección ocular que buscaban reducir las posibilidades de contagio del personal de salud. Las enfermeras, al ser quienes se encontraban en el “primer frente de contacto” con los pacientes, debieron seguir estrictos protocolos. A las incertidumbres emanadas por parte de los organismos

sanitarios internacionales sobre el uso de EPP, se sumó su escasez, las dudas sobre la calidad de los insumos y cierto desmanejo, en algunas instituciones, sobre su administración. En varios testimonios surge que, para afrontar el costo de los equipos, se usaron varias estrategias tales como la compra individual; la adquisición colectiva para pagar precios más convenientes o la presentación de amparos colectivos en la justicia, tal como el que realizaron en el Hospital Ramos Mejía en la Ciudad de Buenos Aires. Las respuestas a la encuesta sobre la disponibilidad de elementos de seguridad dan cuenta que a nivel nacional un 30 % de las personas contestaron que “nunca” tuvieron que gastar dinero de sus ingresos para proveerse de equipos de protección personal; mientras que un 70 % contestaron “ocasionalmente”, “frecuentemente” o “siempre”.

Los datos de la encuesta referidos a la disponibilidad de los EPP también indican la falta de insumos de bioseguridad. Ante la pregunta “En su servicio, ¿cuentan con insumos descartables necesarios para desarrollar su trabajo?”, el 50,2 % contestó “siempre”; ante la pregunta “en su servicio, ¿cuentan con barbijos quirúrgicos?”, el 68 % contestó “siempre”; sobre la provisión de guantes un 74 % respondió “siempre”. Es decir, en estas y en otras de las preguntas que se hicieron en torno a los EPP no se registró el 100 %, o al menos un número cercano, en torno a la provisión del equipamiento completo. Claro está que, en el caso de una pandemia, con la velocidad de contagio que porta este tipo de enfermedades y el lugar que ocupa el sector de enfermería en los cuidados sanitarios, se refuerza la persistencia de los miedos en torno a grandes posibilidades de contagios por no contar con insumos, lo que tenía un asidero concreto.

En un contexto signado por denuncias y reclamos por falta de EPP, el fallecimiento del enfermero Silvio Cufre, el 8 de junio de 2020, repercutió a tal punto que el Congreso Nacional, en la primera sesión virtual durante la pandemia, sancionara la llamada Ley Silvio N.º 27 548 de “Programa de Protección al Personal de Salud ante la pandemia de coronavirus COVID-19”. Esta ley, reglamentada tres meses más tarde de su sanción, estableció protocolos de bioseguridad,

equipamiento y medidas preventivas. A pesar de la existencia de este marco regulatorio, los datos de la encuesta realizada un año más tarde en lo referido a la disponibilidad de los elementos de protección personal indican que los problemas relativos a su provisión perduraron. En ninguna de las preguntas que se hicieron en torno a los EPP, se logró alcanzar un 100 % de respuestas en términos de cobertura positivas. Eso significa que, entre las personas encuestadas, se detectaron casos que –entre el comienzo de la pandemia y junio de 2021, momento en que se realizó el sondeo– no contaban aún con la provisión regular de EPP.

En todos los casos la adaptación y la readaptación a la crisis fue un foco sustancial para sobrellevar la situación. En el testimonio de una enfermera del AMBA está presente, metafóricamente, la clave del asunto. Ella es técnica en enfermería y señaló que tuvo que “aprender a respirar”. Siempre sintió que con un barbijo “se moría” y con la enfermedad tuvo que educarse para usar tres a la misma vez: “Aunque sentía que me moría me fui acostumbrando a aprender a respirar, a no hiperventilar” y “tratar de calmarme porque la misma desesperación de estar tan vestida, con tantas cosas, te empieza a faltar el aire y querés salir [...] entonces aprendés a controlar un poquito los nervios, a pensar y respirar más tranquila”. “Aprender a respirar” se torna a su vez en una sutil metáfora del aprendizaje que, a la luz de las circunstancias, adquirió el personal de salud, adaptando la psiquis y el cuerpo a la “nueva normalidad”. Asimilar y conciliar el miedo cotidiano con el cuidado de las familias y compañeros/as de trabajo para sobrellevar, a su vez, los conflictos laborales. El acto motor de la respiración señalado por la enfermera se traduce en los intentos de la psiquis por rearmarse en tiempos donde la disrupción de la pandemia alteró cierta previsibilidad, que mostró la esencialidad de la enfermería y la necesidad de preservar y valorizar los recursos humanos del sistema de salud (Camarota et al., 2022).

En el contexto de la segunda ola de contagios en Argentina (a partir de mayo de 2021), se registró la falta de otros insumos para la

atención directa de los pacientes en unidades de terapia intensiva, tales como oxígeno y medicación sedante que se utiliza para intubar.

Frente al incremento de tareas, los tiempos de descanso se redujeron y, adicionalmente, en las entrevistas se identificó que los cuidados provocaron la disminución del tiempo de no trabajo al momento de llegar al hogar, ya que se implementaron diversas estrategias para reducir el riesgo de contagio hacia las familias. De alguna manera, las entrevistadas sentían que representaban un riesgo para su grupo familiar, al poder ocasionar el contagio de sus seres queridos. En algunas referencias aparece la idea de vivir en otra casa para morigerar los riesgos de contagio, o de armar vestuarios en el exterior de sus viviendas para cambiarse allí al regresar a sus domicilios. El miedo y la preocupación atraviesan este proceso que se conjuga con los cambios en las jornadas laborales, el distanciamiento, la imposibilidad de tocar, abrazar o besar a los familiares con el temor, incertidumbre y angustia. Mantener medidas preventivas frente a la pandemia implicó sumar tiempo de trabajo y restar tiempo al descanso a otras actividades (Garazi y Blanco Rodríguez, 2022; Aspiazu y Cutuli, 2022).

Ante la falta de tratamiento y la velocidad del contagio, las recomendaciones ante la infección recomendaban un estricto aislamiento. Esto condujo a los centros de salud a modificar los contactos con personas contagiadas. Si bien para el personal de enfermería esto es imposible, se tomaron recaudos, se reacomodaron las rutinas para el ingreso de la habitación y se crearon nuevas estrategias vinculares tales como el envío de mensajes de textos, la realización de videollamadas, o leyendas de ánimo escritas en los vasos o platos de las enfermeras hacia los pacientes cuando le dejaban las comidas. Tal como señalan Garazi y Blanco Rodríguez (2022), el contacto humano y el mantenimiento de los vínculos personales es una característica distintiva de la profesión. A pesar de tener miedo al contagio, las trabajadoras pusieron en suspenso, durante la jornada laboral, las propias emociones y sentimientos de miedo al contagio en pos de generar el clima adecuado y ameno para los pacientes.

Dentro del incremento de tareas se debe señalar también a las vinculadas al acompañamiento en la muerte. Si bien es una actividad que debe afrontar el personal de salud y suelen estar entrenados para ello, el coronavirus generó situaciones nunca vividas previamente. Quienes habían estado en servicio en otras epidemias tal como el cólera, VIH, H1N1 o dengue nunca vivieron una experiencia similar. Las referencias a las enormes diferencias son constantes en las entrevistas. Por un lado, por los cambios en los protocolos de visita de familiares; por otro lado, por tener que intervenir en las tareas de embolsar los cuerpos, difícil proceso acentuado por la cantidad de personas fallecidas en los momentos más severos de la pandemia.

A partir del coronavirus también se modificaron las tareas que realizan las enfermeras cuando las personas fallecían. Dado que se trataba de limitar la circulación de personas, cuando un paciente moría, era el personal de enfermería el que “embolsaba” los cuerpos. La muerte era imprevisible, lo que no remite a situaciones similares en otros contextos y sin demasiadas alarmas previas. El estrés postraumático ante estas muertes inesperadas impulsó a algunos centros de salud a organizar grupos de contención psicológica en los lugares de trabajo. En la provincia de Buenos Aires existía un programa denominado “Cuidar a los que cuidan”, que tenía como objetivo acompañar y contener a los equipos de salud en su trabajo cotidiano. Según el sitio oficial del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires se trata de un equipo multidisciplinario que recorre hospitales para “poner en palabras el impacto emocional que atraviesa a los y las trabajadoras”. No obstante, de existir algunas instancias institucionales de contención psicológica, lo que primó fueron estrategias individuales y entre colegas para intentar resolver los estados anímicos.

Sin embargo, en líneas generales, la falta de espacios para la contención emocional se refuerza con los datos de la encuesta. A nivel de datos nacionales ante la pregunta “Desde el inicio de la pandemia, ¿se han habilitado espacios institucionales de contención en su lugar de trabajo?”, el 67 % de las personas contestó “nunca” y un

23 % “ocasionalmente”, 6 % “frecuentemente” y 4 % “siempre”. Esta carencia de espacios de reflexión y puesta en común de situaciones emocionales nunca vividas anteriormente intentó ser resuelta, en el mejor de los casos, por la contención entre colegas, familiares y amistades. En otros casos, ello repercutió en situaciones de angustia, stress, insomnio y enfermedades.

En la encuesta ante la pregunta “¿Desarrolló alguna de las siguientes estrategias personales para sobrellevar la pandemia?”, les ofrecimos varias posibilidades de respuestas y la opción que tuvo un 50 % de respuesta favorable fue la de “Hablar con mis colegas acerca de lo que siento”. La segunda opción más escogida con el 18 % fue “Planifico cómo resolver el problema”. Es decir, las formas de resolución entre pares, vistos como quienes suelen comprender mejor las situaciones que se viven dentro del sistema de salud, fue la opción más respondida y se vincula con la sensación de falta de empatía de otras personas sobre la experiencia atravesada. Esto suele pasar en grupos que están marginalizados o excluidos que sientan que solo ellos puedan comprender determinadas situaciones, lo que conduce a potenciar su aislamiento social y limitar las posibilidades que dichas realidades se conozcan. Precisamente, Axel Honneth (1997) afirma que las experiencias morales de menosprecio social compartidas por grupos desposeídos de derechos por diversos motivos son las que llevan a generar lazos de solidaridad entre semejantes, y, en ciertas ocasiones, luchar por su pleno reconocimiento social como colectivo. Además, el haber compartido más horas de trabajo en situaciones nunca vividas anteriormente potenció, en algunos casos, lógicas de trabajos más solidarias y prácticas espontáneas de cooperación (Ramacciotti, 2022).

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. Los resultados de nuestra encuesta nos permiten respaldar esta hipótesis ya que ante la pregunta “¿Experimentó pertenencia a un equipo de trabajo?”, a nivel nacional el 46 % contestó “siempre”, el 27 % “frecuentemente”,

el 23 % “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 los tuvo siempre (Aspiazu y Cutuli, 2022).

Durante la pandemia se han dejado al descubierto la desinversión sanitaria precedente, la desidia y el abandono en la infraestructura edilicia, lo cual también repercute sobre la dinámica del trabajo. A pesar de la inversión en salud que se dio durante los primeros meses de la situación sanitaria, se arrastran déficits históricos que se vieron agravados por la sobrecarga de atención en este contexto, lo que implicó la falta de espacios adecuados para trabajar con medidas de protección y bioseguridad. Ello no significa que algunas instituciones no contaran con sectores renovados y modernos, pero en algunos casos tuvieron que convivir con partes edilicias anticuadas que no han sido modificadas y reflejan lógicas organizacionales preteritas no adaptadas a las demandas del quehacer sanitario. En cuanto a las observaciones que las enfermeras formularon respecto de la planta arquitectónica de los hospitales, se destaca que, en algunos casos, las salas de aislamiento de covid no contaban con baños propios, por lo cual los pacientes deambulaban entre los diferentes espacios. Asimismo, se debieron improvisar cuartos de almacenamiento, problema que perduró incluso cuando se realizaron traslados completos de pabellones a nuevos edificios tales como en el Hospital Rossi y Hospital de Niños de La Plata (Valobra et al., 2022).

Trabajar en enfermería habitualmente se suele asociar al ámbito hospitalario. No obstante, han tomado protagonismo tareas por fuera de la asistencial tales como labores en territorio, el seguimiento de contactos estrechos (de manera presencial y por vía telefónica), la distribución de medicamentos en barrios populares, las tareas de prevención de otras enfermedades, mediar en casos de violencia de

género y ser protagonistas activas en las campañas de vacunación covid. Todo esto involucró otros roles de la profesión.

Si bien la enfermería cuenta con una larga tradición en trabajo y capacitación por fuera de los centros de salud (Martin y Ramacciotti, 2019), estas labores han cobrado mayor relevancia como una concreta fuente de trabajo. Ejemplo constituyen las tareas realizadas por el personal de enfermería en el aislamiento comunitario de Villa Azul y Villa Itatí, en la zona sur del conurbano bonaerense entre mayo a junio de 2020; el rol que tuvieron en la organización de Tecnópolis como centro de aislamiento extra-hospitalario entre julio a diciembre del 2020 y de vacunación hasta la actualidad y en la experiencia del voluntariado Vicente Ierace en la Universidad Nacional Arturo Jauretche. En estos espacios de intervención, la enfermería tuvo un papel de liderazgo en la coordinación, gestión y administración y, en el caso de la experiencia de voluntariado Ierace, se está replanteando la posibilidad de integrar esas experiencias territoriales como parte de las prácticas preprofesionalizantes en la carrera que allí se dicta (Ramacciotti et al., 2022; Adissi y Ferrero, 2022; Pozzio y Silberman, 2022).

Conflictos laborales

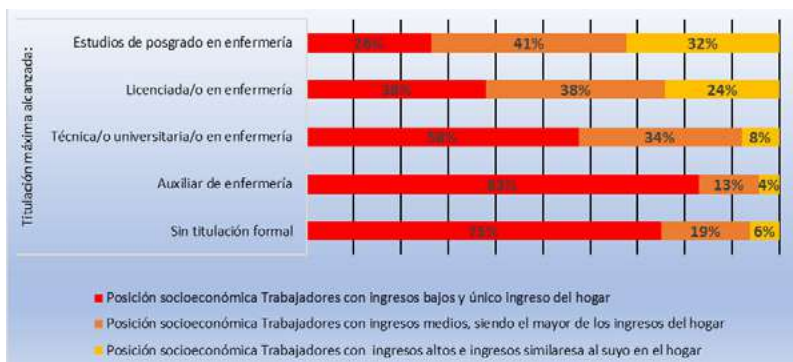
En la mencionada heterogeneidad formativa existe un subregistro en su notificación, debido a que las enfermeras se encuentran acogidas dentro de una ley de contratación como empleadas públicas sin poder ingresar a la carrera hospitalaria por las propias limitaciones del sistema. El caso de la ciudad de Buenos Aires es el que ha tenido más resonancia, ya que desde la sanción de la Ley 6 035 en 2018, el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires 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, etcétera). Este hecho tiene consecuencias simbólicas (el desprestigio de la formación profesional en

enfermería y su ubicación 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 campo de la salud reconocidas como tal, y tampoco pueden concursar por cargos ni participar de capacitaciones internas al sector (Caravaca y Daniel, 2022).

El reclamo por modificar el marco normativo viene siendo objeto de protestas y manifestaciones en la ciudad de Buenos Aires desde el 2018 por parte de agrupaciones sindicales, asociaciones profesionales y agrupaciones de autoconvocados. Durante la pandemia, las fechas tales como el Día Internacional de la Enfermería (12 de mayo del 2021 y 2022) y el Día de la Enfermería Argentina (21 de noviembre de 2020) fueron momentos en los cuales estas demandas ganaron mayor repercusión mediática, pero no sirvieron para modificar el marco legal vigente. Sin embargo, no es la única legislación que no incorpora la enfermería en el ámbito público. En algunas provincias como la de Buenos Aires tres legislaciones regulan la inserción en el mercado laboral, pero solo una se corresponde con la carrera profesional, y el personal de enfermería tiene problemas para ser incluido en ella.

Como mencionamos previamente, el sector se caracteriza por una heterogeneidad formativa y esto repercute en la vulnerabilidad salarial. Según la encuesta, la mayor penalización salarial la viven las enfermeras auxiliares y técnicas que tienen contrataciones más precarias. En la siguiente tabla se puede observar que la mayoría del personal de enfermería que no posee titulación formal poseen ingresos bajos y son el único sostén del hogar. Estos porcentajes disminuyen a medida que aumenta el nivel de titulación, aunque los valores siguen siendo elevados y muestran que no necesariamente los niveles altos de titulación quedan exceptuados de esta situación de vulnerabilidad que caracteriza al sector.

Tabla 1. Proporción entre titulación y posición socioeconómica



Fuente: elaboración propia con base en datos de la Encuesta Nacional a personal de enfermería de la República Argentina. Proyecto PISAC-COVID-19, “La enfermería y los cuidados sanitarios profesionales durante la pandemia y la pospandemia del COVID-19”, Agencia Nacional de Promoción de la Investigación, el Desarrollo Tecnológico y la Innovación.

El abordaje cualitativo reafirma lo descrito a partir de la encuesta: la insatisfacción sobre el nivel salarial es general y se profundiza entre quienes tienen calificaciones más altas. Las y los enfermeros profesionales mencionan los bajos salarios de todo el personal y, especialmente, la escasa diferencia o reconocimiento por haber obtenido título de licenciatura y contar con cursos de posgrado. Los bajos salarios redundan en un mayor desgaste laboral, dado que muchas enfermeras optan por realizar horas extras, o tener un segundo trabajo para poder complementar ingresos. La situación se replica entre mujeres que son principal o único sostén económico del hogar y tienen hijos a cargo (Aspiazu y Cutuli, 2022).

Según la encuesta realizada a nivel nacional, un 84 % de las personas considera su salario es “nada adecuado” o “poco adecuado” en relación con el tipo de tareas que realiza. Ello puede entenderse en tanto que el 25 % de las personas que respondieron la encuesta se encuentra, en su empleo principal, por debajo de los \$ 45 000; el 45 %, entre los \$ 45 000 y los \$ 60 000; y un 30 %, por encima del \$ 60 000. Esto cobra relieve cuando lo comparamos con la canasta básica: el salario en enfermería se encuentra por debajo de la canasta básica

en un 11,6 %. Además, la evolución de las remuneraciones comparadas entre 2015 y 2020 se mantuvo sin cambios significativos para los trabajadores del sector salud y enfermeras. Asimismo, el porcentaje de enfermeras y enfermeros que señala tener más de un empleo aumenta a medida que lo hace el nivel de titulación: alrededor de un tercio de quienes tienen los niveles de titulación más bajos posee más de un empleo, mientras que entre los que obtuvieron estudios de posgrado en enfermería, el 62 % señala tener más de un empleo.

En Argentina, el personal de enfermería no posee una representación sindical por ocupación, sino que se integran a los distintos sindicatos según su ámbito de inserción laboral (estatal, privado, etcétera) y según la legislación que lo rige. Cuando se integran en sindicatos que representan colectivos de trabajo más amplios, si bien se puede suponer que se gana mayor fuerza y capacidad de negociación gremial, en los hechos se pierde la especificidad de un sector altamente profesionalizado con particularidades muy complejas en el desempeño de su jornada laboral, especialmente en pandemia. El ejemplo más claro lo constituye el caso de aquellos que representan a quienes trabajan en el sector estatal, pero que incluye desde personal de maestría hasta administrativo, y en el cual la enfermería queda desdibujada en relación con sus reclamos específicos (Aspiazu, 2017; Beliera, 2017). Al respecto, cabe mencionar que incluso en sindicatos de alcance nacional, las líneas de intervención no han sido homogéneas. En la encuesta, frente a la pregunta “¿Cuál es su nivel de satisfacción con las acciones del sindicato / asociación profesional durante la pandemia?”, las respuestas son elocuentes. El mayor nivel de insatisfacción se presenta en la provincia de Buenos Aires: el 75,6 % contestó estar insatisfecho o poco satisfecho con el desempeño sindical durante la pandemia.

Muchos testimonios subrayaron las enormes distancias entre los intereses de los delegados sindicales y las concretas demandas de la enfermería. Durante la pandemia, muchas de las personas entrevistadas señalaron que los sindicatos no cerraron acuerdos de aumento salarial que les permitieran compensar o incluso superar

a la inflación del período y compensar la sobreexigencia del sector. El descreimiento y la desazón al respecto fueron resueltos de distinto modo por las personas entrevistadas. Por un lado, aparece la resignación: “Nadie nos va a defender. Nuestra jefa más de una vez se nos rio en la cara. Nos dijo: ‘Ustedes hablen, si total, quién los viene a defender’”. Por otro lado, surgieron acciones individuales o de pequeños grupos. En las provincias de Buenos Aires, Córdoba y Ciudad de Buenos Aires, por ejemplo, alrededor de un 40 % indicó que no obtuvo respuesta a sus demandas, lo que, sumado a que la obtenida fue desfavorable, redunda en un 50 % aproximadamente. A esto se suman los ya mencionados reclamos a través de amparos colectivos (Ramacciotti y Valobra, en prensa).

Finalmente, hubo acciones de movimientos autoconvocados que son organizaciones que mantienen distancia respecto de cualquier gremio sanitario o partido político, a quienes consideran ajenos a las demandas y condiciones del sector. En Mar del Plata, a comienzos de 2021, trabajadoras y trabajadores de la salud autoconvocados se manifestaron y visibilizaron su lucha en defensa de los derechos laborales. Realizaron varias movilizaciones y un acampe de 21 días en el predio del hospital provincial. Según los diarios locales, con estas acciones lograron mostrar la precariedad de sus condiciones laborales a causa de la falta de personal, la escasa inversión en infraestructura y en algunos insumos básicos, la baja remuneración permanente y recategorización del personal, que reclama ser reconocido como profesional de la salud (Alonso et al., en prensa).

En Neuquén, la conflictividad alcanzó momentos dramáticos con los cortes de ruta que el personal sanitario autoconvocado realizó en reclamo de las mejores condiciones y que tuvieron respuestas violentas desde, incluso, los propios sindicatos mencionado (Beliera et al., 2022). Esto sucedió también con grupos autoconvocados de La Plata (Valobra et al., 2022). En general, tanto los grupos de personal sanitario autoconvocados como las organizaciones gremiales y profesionales debieron abrirse camino frente a, al menos, dos problemas para canalizar sus demandas. Por un lado, la falta de medios

de comunicación que divulgaran sus reclamos, por lo que utilizaron redes sociales o algunos pocos medios digitales. Por otro lado, ante la imposibilidad de manifestarse en los espacios públicos dadas las restricciones sanitarias se buscaron nuevos recursos de protesta. Para el caso de la ciudad de Rosario, se llevaron adelante protestas bajo el formato “solicitada de prensa” y también se usó la ciberprotesta (Bacolla et al., 2022).

La huelga es una opción menos viable para el sector enfermería, en tanto una acción de reclamo de este tipo puede inculparlos por abandono de persona. Por ello, como personal esencial, deben garantizar un servicio mínimo de manera de proveer atención a los pacientes (Aspiazu, 2017; Beliera, 2017). En estos casos, se ponen en tensión la vocación de servicio y el reclamo como trabajadores que genuinamente requieren mejoras que no solo los beneficiarían, sino que, además, repercutirían en la sociedad en su conjunto, incluidos sus pacientes.

En relación con el reclamo salarial, durante la pandemia el Gobierno Nacional, por decreto, otorgó compensaciones monetarias. Se estableció un pago extraordinario de carácter no remunerativo por la suma de \$ 5 000 en los meses de abril a julio de 2020, luego extendido a los meses de agosto a octubre del mismo año. En abril de 2021, se anunció un nuevo bono de \$ 6 500 durante tres meses (Maleville y Noguera, 2021). Sin embargo, en el momento de la realización de las entrevistas, tanto en los medios de prensa como en los testimonios de las enfermeras se denunciaba que lo habían recibido en cuotas o que aún seguían esperando el pago. En todos los casos, señalaron que los montos eran un aliciente, pero insuficiente para compensar su situación económica. Testimonios recabados en la provincia de Catamarca señalan, además, que el dinero del bono fue utilizado para mejorar los equipos de protección personal (Jerez y Reyna, 2022). Finalmente, el cierre de paritarias no logró compensar la caída salarial por la inflación y desató momentos de notable tensión con los delegados sindicales (Ramacciotti y Valobra, en prensa).

Este panorama se complejiza aún más si se tiene en cuenta que existen programas de becas de contingencia que atienden distintas situaciones emergentes tales como enfermedades estacionales, campañas de vacunación, etc. Estas becas, que se piensan para un lapso breve de tiempo, suelen renovarse y convertirse en una forma precarizada de trabajo debido a que se renuevan por un tiempo determinado y no implican reconocimiento de una relación contractual. Esta práctica es habitual en las contrataciones públicas, y en el contexto de la emergencia de COVID-19 resultó ser una estrategia para paliar la falta de personal estructural en algunas zonas potenciadas por los contagios y la salida del sistema de quienes padecían comorbilidades por la enfermedad. En la provincia de Córdoba, algunas prácticas de contratación fueron realmente groseras e inhumanas. Un testimonio relata que los contratados por la contingencia tienen menos que lo básico, y que todas las tareas extras (fines de semana, feriados, trabajos nocturnos) no se cobraron (Rodríguez y Pereyra, en prensa).

Entonces, según lo expuesto, al déficit en el reconocimiento del estatus profesional ya establecido más arriba se suma la crudeza en las condiciones de contratación y en el salario establecido.

Conclusiones

En el momento que este trabajo se concluye, en el Congreso Nacional, luego de más de un año de activos intercambios, la Ley de Promoción de la Formación y del Desarrollo de la Enfermería cuenta con media sanción en la Cámara de Diputados. Este marco normativo, sin lugar a dudas, constituye un suceso importante para intentar promover la formación de calidad y el incremento de la cantidad de enfermeros y enfermeras en el territorio nacional. En su espíritu se propone, entre otras cosas, estimular la formación por medio de becas de grado y posgrado, la inclusión de género en todos los tramos de formación, el fomento de publicidades en las cuales se estimula el incremento, la profesionalización y el desarrollo profesional en enfermería. Esto

permite pensar que, en el ámbito de la formación, uno de los ejes trabajados en este proyecto –las demandas sanitarias producidas por la pandemia– potenciaron el debate. Si bien estas peticiones ya estaban presentes, no se había plasmado en la necesidad sancionar una ley. Claro está que ese marco normativo debe ser acompañado por la voluntad política y los recursos presupuestarios para vehicular el proyecto si se logra aprobar en la Cámara de Senadores, y eso mismo constituye una línea de investigación a futuro.

No obstante, este proyecto que cuenta con media sanción y ciertas acciones encaradas por parte de las autoridades educativas y sanitarias para impulsar la apertura y el sostenimiento de las carreras de Enfermería en diferentes provincias, nada se ha modificado en torno a una de las demandas históricas del sector: la jerarquización salarial. Entonces, si bien la pandemia abrió posibilidades para poner en agenda pública aspectos de la formación, en el terreno de los reclamos salariales y las modificaciones de las relaciones contractuales, y a pesar de haber realizado diferente tipo de reclamos tanto por vía de organizaciones sindicales, autoconvocados y agrupaciones profesionales, los resultados que se lograron fueron magros o nulos.

En el mencionado proyecto de ley se enuncia la necesidad de reconocer y jerarquizar a la enfermería como trabajo profesional, pero dicho reconocimiento no debería ser un mero artificio declarativo. En este sentido es ilustrativa una de las tantas pancartas que se pudieron ver durante las movilizaciones del colectivo “Con aplausos no se come”. Con esta leyenda se refleja uno de los dilemas de más larga data de la profesión. Se trata de un reconocimiento –en algunas oportunidades inclusive junto a la valoración de su esencialidad para el sostenimiento de la vida– pero sin un debate profundo en torno a la equiparación de dicha labor con el salario percibido y las concretas posibilidades de ascender dentro de la carrera hospitalaria.

La profesión se caracteriza por tener un desfase entre los requisitos para obtener una titulación, que como vimos van de los tres años a cinco en instituciones terciarias y o universitarias, y sus situaciones contractuales. Es decir, el contar con una titulación

universitaria o de posgrado no se traduce en su reconocimiento como profesionales en lo contractual. Por el contrario, quienes avanzan en su formación suelen continuar en escalafones técnicos, administrativos, auxiliares o de personal de apoyo (por la rigidez en la movilidad entre carreras sanitarias) en los que no reciben el reconocimiento económico ni profesional, disciplinar o jerárquico dentro de los equipos de salud. Entonces, si bien la escasez de personal y la mejora de sus cualidades son problemas a ser resueltos en el terreno de la formación para poder enfrentar las demandas del sistema sanitario, este debe venir ligado a una modificación de las condiciones de trabajo, del lugar que ocupan dentro de la estructura sanitaria y una modificación de su estatus salarial.

Las demandas en el sector sanitario visibilizadas en pandemia, y en particular en la enfermería, tendrían que ser un norte para seguir potenciando el debate de la importancia de fomentar una mejora en la formación como un cambio sustantivo de sus condiciones laborales. Esta crisis sanitaria no ha sido algo excepcional e irrepetible. Diferentes indicios llevan a pensar que se avizoran tiempos dinámicos y complejos (por ejemplo, la viruela sísmica, otras variantes del coronavirus, potenciales brotes de enfermedades que se consideraban erradicadas, nuevas variantes de influenza) y ambientales (como las sequías e incendios forestales) y que diseñar políticas educativas y sanitarias que se puedan sostenerlas en el largo plazo es una de las formas para poder enfrentar sus consecuencias.

Bibliografía

Adissi, G. y Ferrero, L. (2022). Reinventar la enfermería en el Parque Sanitario Tecnópolis: la pandemia como oportunidad. *Cuadernos H Ideas*, 16 (16). <https://perio.unlp.edu.ar/ojs/index.php/cps/article/view/7548>

Alonso, V. et al. (En prensa). “A nosotros no nos sirven los aplausos”. De la vocación a la visibilización de trabajadores de la salud pública durante la pandemia en Mar del Plata, Argentina. *Cuadernos H Ideas*.

Aspiazu, E. (2017). Las condiciones laborales de las y los enfermeros en Argentina: entre la profesionalización y la precariedad del cuidado en la salud. *Trabajo y Sociedad*, (28), 11-35.

Aspiazu E. y Cutuli, R. (22 y 23 de agosto de 2022). Riesgos psicosociales de la enfermería. Una mirada desde Mar del Plata a la situación del sector durante la pandemia. [Ponencia]. *Jornadas Interdisciplinarias de Estudios de Género*, Bernal, Universidad Nacional de Quilmes.

Bacolla, N. et al. (En prensa). Protestas sociales del sector salud en pandemia: análisis de la enfermería en la prensa de Rosario. *Cuadernos H Ideas*.

Beliera, A. (2017). El hospital como espacio de trabajo: Algunas claves para el análisis del conflicto sindical en salud pública. *Sociohistórica*, 39 (e020). <https://doi.org/10.24215/18521606e020>

Beliera, A.; De Martinelli, G.; Jara, M. de los Á. y Valobra, A. (22 y 23 de agosto de 2022). Sindicatos y autoconvocados. Acciones gremiales de enfermería en Neuquén y Cipolletti durante la pandemia de COVID-19. [Ponencia]. *Jornadas Interdisciplinarias de Estudios de Género*, Bernal, Universidad Nacional de Quilmes.

Billorou, M. J. y Norverto, L. M. (22 y 23 de agosto de 2022). Al fragor de la pandemia: condiciones de trabajo, género y enfermería en La Pampa. [Ponencia]. *Jornadas Interdisciplinarias de Estudios de Género*, Bernal, Universidad Nacional de Quilmes.

Cammarota, A.; Faccia, K. y Barrera, M. (22 y 23 de agosto de 2022). La enfermería y la crisis sanitaria: entre el pluriempleo y las (re) adaptaciones en el cuidado profesional y doméstico. [Ponencia]. *Jornadas Interdisciplinarias de Estudios de Género*, Bernal, Universidad Nacional de Quilmes.

Campusano, M.; Castelo, N. y Gutnisky, L. (En prensa). De la casa al trabajo. Imágenes de la cotidianeidad de la enfermería en Chaco y Corrientes. *Cuadernos H Ideas*.

Caravaca, J. y Daniel, C. (2022). “Oficio viejo, profesión nueva”. La enfermería a través de una trayectoria laboral. *Revista AIKEN*, 2 (1) <https://eamdq.com.ar/ojs/index.php/aiken/article/view/27>

East, S.; Laurence, T. y López Mourelo, E. (2020). *COVID-19 y la situación de las trabajadoras de la salud en Argentina*. [Informe técnico]. Organización Mundial del Trabajo. https://www.ilo.org/buenosaires/publicaciones/WCMS_754614/lang-es/index.htm

Fernández, M. E. y Rosales, M. (2022). Formación, prácticas y percepciones en torno a la identidad profesional de la enfermería en Tucumán en el marco de la pandemia. *Revista de Educación*, (27.2). https://fh.mdp.edu.ar/revistas/index.php/r_educ/article/view/6404/6481

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. *REVLATT*, (4). <https://www.revista.redlatt.org/revlatt/article/view/58>

Gavrila, C. y Cuenca, A. (2022). Representaciones sociales sobre la feminización de cuidados en enfermería. *Cuadernos H-Ideas*, 16 (16). <https://perio.unlp.edu.ar/ojs/index.php/cps/article/view/7516>

Hirschegger, I. (2022). Límites y nuevas oportunidades en la formación de enfermeros: instituciones, docentes y alumnos durante la pandemia del COVID-19 en Mendoza. *Revista de Educación*, (27.2). https://fh.mdp.edu.ar/revistas/index.php/r_educ/article/view/6407

Honneth, A. (1997). *La lucha por el reconocimiento. Por una gramática moral de los conflictos sociales*. Barcelona: Grijalbo.

Jara, M. de los Á. (2022). La enseñanza de la enfermería en tiempos de pandemia. El caso de la licenciatura en la provincia de Río Negro: entre la exigencia institucional y las demandas sociales. *Revista de Educación*, (27.2), 61-68.

Jerez, M. y Reyna, C. (22 y 23 de agosto de 2022). La enfermería y la emergencia sanitaria en el Noroeste Argentino. [Ponencia]. *Jornadas Interdisciplinarias de Estudios de Género*, Bernal, Universidad Nacional de Quilmes.

Lobato, M. Z. (2007). *Historia de las trabajadoras en Argentina (1869-1960)*. Buenos Aires: Edhasa.

Malleville, S. y Belliera, A. (2020). El lugar del reconocimiento en el trabajo de enfermería. Repensando el concepto de precarización laboral. En *Estudios del Trabajo*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Asociación Argentina de Especialistas en Estudios del Trabajo. <https://ojs.aset.org.ar/revista/article/view/73/126>

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 *Ensayos sobre*

economía y género (pp.151-194). Buenos Aires: Ministerio de Economía. <https://www.argentina.gob.ar/economia/sello-manuel-belgrano/ensayos-sobre-economia-y-genero>, 2021

Martin, A. L. (2015). Mujeres y enfermería: una asociación temprana y estable, 1886-1940. En C. Biernat, J. M. Cerdá y K. Ramacciotti (eds.), *La salud pública y la enfermería en la Argentina*, (pp. 257-286). Bernal: Editorial de la Universidad Nacional de Quilmes.

Martin, A. L.; Queirolo, G. y Ramacciotti, K. (coords.). (2019). *Mujeres, saberes y profesiones. Un recorrido desde las ciencias sociales*. Buenos Aires: Biblos.

Martin, A. L. y Ramacciotti, K. (2021). La enfermería en salud pública en Santiago de Chile y Buenos Aires. El caso de Quinta Normal y Villa Soldati en los años cuarenta del siglo XX. *Anuario de Historia Virtual*, (20). <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/anuariohistoria/issue/view/2439>

Mezzadra, L. y Augier, C. M. (En prensa). “Te aplauden, pero no alcanza”: reconocimiento simbólico y material de la enfermería durante la pandemia en la provincia de Buenos Aires. *De Prácticas y Discursos. Cuadernos de Ciencias Sociales*. Centro de Estudios Sociales: Universidad Nacional del Nordeste.

Ministerio de Educación y Deportes, Instituto Nacional de Educación Tecnológica y Ministerio de Salud (2017). *PRONAFE. Programa Nacional de Formación de Enfermería*. Buenos Aires: Presidencia de la Nación.

Ministerio de Salud de la Nación (2020). *Estado de situación de la formación y el ejercicio profesional de Enfermería en Argentina*. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/estado_de_situacion_de_la_formacion_y_el_ejercicio_profesional_de_enfermeria_ano_2020.pdf

Neffa, J. y Henry, M. L. (coords.). (2017). *¿Quién cuida a los que cuidan? Los riesgos psicosociales en el trabajo en los establecimientos privados de salud*. [Documento de Trabajo]. La Plata: Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de La Plata. <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/72269>

Novick, M. et al. (2020). Impacto del COVID-19 en la salud del personal no médico de salud en el AMBA. [Informe]. Buenos Aires: ATSA / Friedrich Ebert Stiftung. <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/argentinien/17392.pdf>

Pereyra, F. y Micha, A. (2016). La configuración de las condiciones laborales de la enfermería en el Área Metropolitana de Buenos Aires: un análisis en el cruce del orden de género y la organización del sistema de salud. *Revista de Salud Colectiva*, 12 (2), 221-238. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1851-82652016000200221

Pozzio, M. y Silberman, M. (2022). Aprender haciendo durante la pandemia: el caso del voluntariado Vicente Ierace de la UNAJ. *Revista de Educación*, (27.2). https://fh.mdp.edu.ar/revistas/index.php/r_educ/article/view/6409

Ramacciotti, K. (dir.) (2020). *Historias de la enfermería en Argentina. Pasado y Presente de una profesión*. José C. Paz, Argentina: Editorial de la Universidad Nacional de José C. Paz. <https://edunpaz.unpaz.edu.ar/OMP/index.php/edunpaz/catalog/book/49>

Ramacciotti, K. (2022). Trabajar en enfermería durante la pandemia. *Cuadernos de H Ideas*, 16 (16). <https://perio.unlp.edu.ar/ojs/index.php/cps/article/view/7515>

Ramacciotti, K. (2022). La enfermería en Argentina durante la pandemia de COVID-19: desafío para la investigación en ciencias sociales. *Hist. Cienc. Saude-Manguinhos*, 29 (2). <https://doi.org/10.1590/S0104-59702022000200015>

Ramacciotti, K. y Testa, D. (2021). ¿Trabajadoras o heroínas? Cuidados sanitarios en tiempos de crisis. *Rev. Cienc. Salud*, 19 (Especial), 1-19. <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/view/10598>

Ramacciotti, K. y Valobra, A. (2015). Feminización y profesionalización de la enfermería (1940-1955). En C. Biernat, J. M. Cerdá y K. Ramacciotti (dirs.), *La salud pública y la enfermería en la Argentina* (pp. 287-313). Bernal: Editorial de la Universidad Nacional de Quilmes.

Ramacciotti, K. y Valobra, A. (En prensa). Conflictos y resiliencias en la enfermería argentina durante la pandemia de la COVID-19. *Hist. cienc. Saude-Manguinhos*.

Ramacciotti, K. y Zangaro, M. (2019). Presentación. En G. Guerrero, K. Ramacciotti y M. Zangaro (comps.), *Los derroteros del cuidado*. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes. <https://deya.unq.edu.ar/publicaciones/cuidado/>

Ramacciotti, K.; Nelba, G. y Gilligan, C. (2022). Aprender al calor de una crisis sanitaria. El aislamiento comunitario en Villa Itatí y Villa Azul. *Revista de Educación*, 27(2). https://fh.mdp.edu.ar/revistas/index.php/r_educ/article/view/6410

Ramacciotti, K. y Gilligan, C. (En prensa). Comunicar la salud y la enfermedad en una pandemia. *Cuadernos Iberoamericanos*.

Repetto Andrada, R. (2020). Prólogo. En K. Ramacciotti, *Historias de la enfermería en Argentina: pasado y presente de una profesión*. José C. Paz: Edunpaz.

Rodríguez, M. L. y Pereyra, L. (En prensa). “¡La bolsa y la vida!”: condiciones laborales, demandas y protestas de la enfermería en Córdoba durante la epidemia de COVID-19, 2020-2021. *Zona Franca: Revista de Estudios de Género*.

Rubinzal, M.; Sedrán, P. y Bolcatto, V. (En prensa). Enfermería y subjetividades en pandemia. *Cuadernos de H- Ideas*.

Sedrán, P.; Bolcatto, V. y Westman, S. (2022). Estudiar en Enfermería. Análisis de los planes de estudios en la provincia de Santa Fe (1992-2022) y el impacto de la pandemia por COVID-19. *Revista de Educación*, 27 (2).

Salerno, P. (2020). Enfermeras en pandemia: el discurso público, entre el cuidado y la heroicidad. En C. Barbatto (comp.), *El cuidado es político. Reflexiones transversales en tiempos de precariedad*. San Isidro: Poliedro Editorial de la Universidad de San Isidro.

Sontag, S. (2003). *La enfermedad y sus metáforas*. Buenos Aires: Taurus.

Valobra, A. (2019). De Lilits, Evas y Adanes: género y ciencias sociales o de incomodidades, certezas y apuestas. *Zona Franca: Revista de Estudios de Género*, 27, 123-154.

Valobra, A.; Queirolo, G.; Malleville, S.; Ledesma Prietto, N.; De Martinelli, G. y Aveni, S. (22 y 23 de agosto de 2022). Que el barbijo no nos calle. [Ponencia]. *Jornadas Interdisciplinarias de Estudios de Género*, Bernal, Universidad Nacional de Quilmes.

Wainerman, C. y Binstock, G. (1992). El nacimiento de una ocupación femenina: la enfermería en Buenos Aires. *Desarrollo Económico*, 32 (125), 271-284.