

Cortar por lo más fino. La precariedad del trabajo de las enfermeras en pandemia: exposición a las violencias, conflictos y estrategias de cuidado

Victoria Pasero *

Carla Carabaca **

Resumen

En este artículo abordaremos las condiciones de trabajo de cuidados de enfermeras, las violencias que experimentan en tanto trabajadoras y las estrategias de cuidados y resistencias que tejen entre ellas, en el marco de relaciones de trabajo asalariado del sistema sanitario público y privado de la Región de Cuyo, Argentina.

Partimos desde un punto de vista feminista crítico y de los aportes provenientes de la confluencia disciplinar entre la sociología de las relaciones sociales de sexo, la psicodinámica del trabajo, el feminismo materialista y las teorías del cuidado. El análisis se desarrolla bajo una metodología cualitativa, y se utiliza la entrevista en profundidad para rastrear en los relatos las condiciones laborales y las violencias que padecen en tanto mujeres en la división sexual del trabajo.

En el contexto atravesado por la pandemia del COVID-19, se expuso con más fuerza la precariedad y vulnerabilidad de nuestras vidas, a la vez que la centralidad que tienen los trabajos de cuidados. Frente al fortalecimiento de un sentido policíaco y de control del cuidado, procuramos aportar herramientas que complejicen la

* CONICET- Instituto de Investigaciones en Humanidades y Ciencias Sociales. Universidad Nacional de La Plata (UNLP). Licenciada en Sociología (Universidad Nacional de Cuyo), Especialista en Políticas de Cuidado con Perspectiva de Género (CLACSO), Doctoranda en Geografía (UNLP). Grupo de Estudios sobre Feminismo Materialista (GeFeMa) - CINIG. UNLP. victoriapasero@gmail.com

** Facultad de Ciencias Políticas y Sociales (UNCuyo) y Universidad Nacional de Quilmes. Licenciada en Sociología (UNCuyo), Maestranda en Ciencias Sociales y Humanidades (UNQ). ncarabacavidela@uvq.edu.ar

Pasero, Victoria; Carabaca, Carla. "Cortar por lo más fino. La precariedad del trabajo de las enfermeras en pandemia: exposición a las violencias, conflictos y estrategias de cuidado" en *Zona Franca. Revista del Centro de estudios Interdisciplinario sobre las Mujeres, y de la Maestría poder y sociedad desde la problemática de Género*, N°30, 2022 pp. 97-136. ISSN, 2545-6504 Recibido: 27 de junio 2022; Aceptado: 15 de julio 2022.

comprensión de la naturaleza de los cuidados, en una mirada que propone integrar discursos, subjetividades, emociones, relaciones de poder y significaciones.

Palabras clave: trabajo de cuidado, enfermeras, división sexual del trabajo, pandemia

Taking the easiest way out. Precariousness nursing working conditions in pandemic: being exposed to violence, conflicts and care strategies

Abstract

In this article we deal with nurses' working conditions, the violence they experience as workers and the resistance and care strategies they encountered within the labour relationships in the public and private health system of the region of Cuyo in Argentina.

The analysis carried out is based on a critical feminist point of view and on the contributions coming from the disciplinary confluence of the sociology of the social relations of sex, the psychodynamics of work, material feminism and theories of care work. The research is developed under a qualitative methodology, and an in-depth interview which is used to trace in women's verbal accounts of the working conditions and the violence they suffered within the sexual division of labour.

In the context of the COVID-19 pandemic, the precariousness and vulnerability of our lives, as well as the importance of care work, were highly exposed. Taking into account the strengthening strict police patrol and the control of health care, we seek to provide tools that will lead to a better understanding of the naturalization of care work, by integrating existing discourses, subjectivities, emotions, and power relations.

Keywords: care work, nurses, sexual division of labor, pandemic

Introducción

"Yo sé que afuera la gente aplaude, nos tiene otra mirada, pero la mirada que tenemos nosotros mismos y para el que tenemos al lado, es muy fuerte", decía una enfermera de un hospital de Mendoza, sobre la experiencia que le deja a ella y al personal de la salud en general la pandemia del COVID-19. Puertas adentro, la sensación de invisibilidad, el poco reconocimiento, el cansancio, la angustia y la ausencia son una constante en el discurso de quienes afrontaron la crisis sanitaria.

En este artículo analizaremos el trabajo de cuidado que realizan enfermeras en ámbitos del sistema sanitario público y privado (hospitales, clínicas y centros de salud) de la Región de Cuyo (Mendoza, San Juan y San Luis), Argentina, haciendo hincapié en el cambio de situación introducido por la pandemia COVID-19. Para ello retomaremos la investigación de la tesis de Licenciatura en Sociología, y la información obtenida en el Proyecto “La enfermería y los cuidados sanitarios profesionales durante la pandemia y la postpandemia del COVID-19 (Argentina, siglos XX y XXI)”¹.

El análisis se sitúa en la confluencia disciplinar entre la sociología de las relaciones sociales de sexo (Kergoat, 2003; Hirata y Kergoat, 2005, 2017) y la psicodinámica del trabajo (Dejours y Molinier, 1994). Nuestra perspectiva teórico-política parte del feminismo materialista (Delphy, 2004; Tabet, 2005), en diálogo con las teorías críticas feministas del care (Tronto, 2009; Paperman, 2018). Ubicamos el trabajo de los cuidados en el centro de la reproducción social, y la enfermería como uno de ellos, con la complejidad de afianzarse como trabajo “profesionalizado” en el Modelo Médico Hegemónico, una producción histórica enmarcada en prácticas de poder y relaciones sociales de sexo (Kergoat y Hirata, 2005).

La pandemia del COVID-19, puso en manifiesto la vulnerabilidad de nuestras vidas, a la vez que evidenció la centralidad que tienen los trabajos de cuidados. En el ámbito de la salud, esto se agudizó al ser uno de los trabajos por excelencia considerados esenciales y, por lo tanto, bajo modalidades de “excepción” (imposibilidad de licencia o renuncia).

A nivel latinoamericano, la crisis de cuidados se profundiza por las políticas de saqueo y endeudamiento estructural. A nivel nacional, el país atraviesa un

¹ Convocatoria PISAC-COVID-19. La sociedad argentina en la Postpandemia (Argentina, Siglos XX y XXI). Directora: Dra. Karina Ramacciotti. Agencia Nacional de Promoción de la Investigación, el Desarrollo Tecnológico y la Innovación a través de la convocatoria “Las Ciencias Sociales y Humanas en la Crisis COVID-19”. Grupo de trabajo NODO 12, INCIHUSA-CONICET.

progresivo deterioro económico y una tendencia a la reducción del gasto público, con especial impacto en la salud^{II}. En este marco, es preocupante la situación deficitaria de personal de enfermería (vinculado estrechamente a las condiciones de trabajo del sector). Argentina tiene una de las tasas más bajas de profesionales de enfermería por habitante de la región: 3,36 enfermeras cada mil habitantes en 2019.^{III} Estadística que se expresa en una sobrecarga de trabajo a la par que una baja en la calidad del cuidado brindado, ya que, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), el personal de enfermería realiza el 80% de las necesidades de atención en salud.^{IV}

El contexto actual no aporta información novedosa; más bien reafirma las tendencias existentes respecto a la crisis global de los cuidados y de la reproducción social. Evidenció las precariedades a las que la mayoría de la población se encuentra expuesta y las debilidades de las instituciones (entre ellas, el sistema sanitario, protagonista de los más graves colapsos). El déficit de enfermeras antes mencionado, forma parte de estas tendencias preexistentes. Lo mismo sucede con la fragilidad en las negociaciones privadas y públicas (laborales, familiares, institucionales). En este panorama, en pleno auge de la pandemia, en Mendoza sucedía algo que resultaba inverosímil: amenazaban con el cierre de la carrera de

^{II} El gasto público en sanidad en Argentina disminuyó un 28,64% en 2016. En los últimos años, esta tendencia se ha continuado, a lo que se suma el contexto inflacionario, la pérdida de la capacidad adquisitiva de los salarios y el encarecimiento generalizado de las condiciones de vida. Ver: <https://datosmacro.expansion.com/estado/gasto/salud/argentin>

^{III} La Federación Argentina de Enfermería y la Organización Panamericana de la Salud dieron a conocer en el 2019 que Argentina tiene una de las tasas más bajas de profesionales de enfermería de la región con 3,8 enfermeros/as cada 10.000 habitantes; mientras “el mínimo debería superar los cuatro profesionales cada 10.000 personas”. Para ese mismo año, de acuerdo a los datos aportados por el sistema SISA, en nuestro país había 179.170 enfermeros matriculados en SISA; de ese total, 19.730 son licenciados, 73.373 son técnicos y 86.073 auxiliares. Para ampliar esta información: <https://www.paho.org/es/search/r?keys=dvierten+sobre+un+deficitcantidad+enfermeras+Argentina>

^{IV} De acuerdo con los datos recolectados al 10 de marzo de 2020 por la OMS, la presencia de enfermeras cada mil habitantes en los países de América Latina era los siguientes, según fuentes oficiales aportadas por cada jurisdicción: Chile: 12,6 (2018); Brasil: 10,1 (2018); Uruguay: 9,9 (2018); Paraguay: 1,4 (2018); Bolivia: 1,5 (2017); Ecuador: 2,5 (2018); Colombia: 6,8 (2018); Venezuela: 2,07 (2019); Cuba: 7,5 (2018); México: 2,5 (2018).

Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional de Cuyo (Explícito Online, mayo 20, 2020; La Izquierda Diario, mayo 23, 2020; Diario El Sol, mayo 18, 2020).

El análisis se encuadra en una metodología cualitativa, la técnica de recolección de datos fueron entrevistas en profundidad individuales y colectivas a informantes claves. Las entrevistas en el marco de la tesis de grado se realizaron de manera presencial entre abril y agosto de 2018; en total se realizaron ocho entrevistas en profundidad individuales y dos colectivas; las entrevistas en el marco del Proyecto PISAC se realizaron entre marzo y septiembre del 2021, en total se realizaron 17 entrevistas, algunas presenciales, y la mayoría en modalidad telefónica, o virtual mediante videollamada.

Complementario al desarrollo de entrevistas, se avanzó con un relevamiento de prensa en medios digitales de tirada nacional, provincial y local, entre marzo de 2020 y junio de 2021. Con ello se buscó rescatar las representaciones del sector en los medios de prensa y el grado en que las problemáticas asociadas a la enfermería profesional se ven reflejados. Entre los diarios examinados, contamos ediciones tales como UNO de Mendoza, Diario Los Andes, MDZ online, Mendoza Post, entre otros. Para cumplir con esta tarea, se utilizó la técnica de *scraping*, que automatiza la extracción de datos de los sitios web de los medios digitales. Posteriormente, se realizó la extracción y organización de los hipervínculos de manera selectiva, en función del objetivo de investigación propuesto. También se apeló a la búsqueda selectiva no automatizada.

Las distintas fuentes, técnicas y cortes temporales, nos permitirán analizar en clave comparativa el cambio en las situaciones padecidas ante distintos contextos (pre y durante/post pandemia), los conflictos registrados y las estrategias llevadas a cabo. Los efectos psíquicos de la carga de trabajo en la pandemia se profundizaron, pues constituyó un clima signado por la incertidumbre, la confusión, miedos y angustias. En el caso de las enfermeras, implicó un especial contacto entre

los pliegos de la vida, la muerte y la cercanía con los cuerpos, que tomó otro sentido al habitual.

De este modo, este trabajo surge de la necesidad de generar un proceso de reflexión crítica y feminista, en pos de valorizar el trabajo de cuidados llevado a cabo por las enfermeras; analizar las principales vicisitudes en sus condiciones laborales, en particular en su dimensión psicosocial; las violencias que las atraviesan como trabajadoras; y las estrategias subjetivas y colectivas de organización y resistencia ante los conflictos. Finalmente, procuramos promover debates sobre la integralidad del cuidado en salud (Terenzi Seixas et al., 2016) y la construcción de un proyecto de ética feminista del cuidado (Paperman, 2018).

1. Condiciones de trabajo de cuidado de enfermería

Las condiciones y organización del trabajo inciden de diversas maneras en el trabajo y en las subjetividades de quienes trabajan. De acuerdo a Dejours y Molinier (1994), referentes de la psicodinámica del trabajo, “el trabajo nunca es neutro en relación a la construcción de la identidad y la salud mental (Molinier, 2018:192)”.

Esta disciplina toma como “objeto el análisis psicodinámico de los procesos subjetivos e intersubjetivos movilizados por las situaciones de trabajo”. La dinámica se define por el conflicto psíquico a partir del encuentro entre un sujeto, “portador de una historia singular preexistente”, y una organización del trabajo “cuyas características son fijadas independientemente de su voluntad” (Wlosko, 2018:162). Es entre la institución y la subjetividad, donde surgen desgarros, rupturas y, por supuesto, resistencias.

En este apartado, analizaremos el entramado que teje la experiencia del trabajo de enfermería, en particular a partir de lo vivido en la pandemia. En los testimonios indagaremos en la dimensión psicosocial y en la salud integral de las personas entrevistadas: las sensaciones del trabajo en pandemia; los espacios institucionales de contención; las estrategias (individuales y colectivas) de

afrontamiento de problemas y conflictos. Las condiciones estructurales (nivel de ingresos, formas y modalidades de contratación, horas de trabajo, entre otras), serán abordadas a partir del registro subjetivo que las personas entrevistadas tienen de esos condicionamientos, pero sin constituir el foco de análisis.

1.1. Intensificación del trabajo y riesgos

La pandemia impactó de manera distinta a trabajadores/as esenciales y se reforzaron desigualdades vinculadas a condicionamientos estructurales. En el ámbito de la salud, existe una diferencia en lo que refiere al tiempo, uso del espacio y el tipo de contacto con los/as pacientes: el vínculo enfermera/o-paciente es cualitativa y cuantitativamente diferente al de médique-paciente.

El personal de enfermería por lo general, realiza pluriareas y sostiene el funcionamiento de las instituciones sanitarias en muchos sentidos: son quienes permanecen más tiempo junto a los pacientes, ya que llevan de manera constante el seguimiento, administración de tratamientos, medicación, control de signos vitales, intermedian con familiares, acompañan en las noches y en las mañanas. Son puerta de entrada y de salida, la cara visible (por lo general para canalizar reclamos y demandas) a la vez que invisible (muchas veces sus tareas se realizan en las sombras y penumbras).

Estos escenarios laborales exponen al sector de enfermería a mayores riesgos, que pueden visibilizarse en el impacto en el número de contagios y muertes en personal de enfermería durante la pandemia. Corresponde investigar y profundizar desde la epidemiología y bioestadística. En base a la información periodística disponible, se detectó un mayor impacto de muertes en el personal de enfermería a nivel mundial. Hay informes que han relevado la opinión de trabajadores/as de la salud sobre la pandemia (Álvarez, et al, 2020; Garazzi y Blanco Rodríguez, 2022) y otros que han analizado el alto riesgo en las trabajadoras de la salud (East, Laurence, y López Mourelo, 2021). En este último se señala que,

“En Argentina, 3.652 profesionales de la salud dieron positivo en el test de la COVID-19 al día 24 de junio de 2020, lo cual representa el 7,3 por ciento de las 2.49.851 personas infectadas que se registraban en el país hasta esa fecha. Estas cifras ponen de manifiesto el alto riesgo que enfrenta todo el personal sanitario. No obstante, por su mayor presencia en las ocupaciones de mayor cercanía con pacientes, como es el caso de la enfermería, las mujeres están más expuestas. El riesgo de contagio se puede ver exacerbado ante la insuficiencia de equipos de protección adecuados en las instalaciones sanitarias o las dificultades en el acceso a las pruebas diagnósticas” (East, Laurence y López Mourelo, 2021:21).

En las entrevistas, encontramos una diversidad de situaciones, intermediadas por las edades, las trayectorias laborales, el tipo de instituciones y servicios ofrecidos; puestos de trabajo y funciones desempeñadas, la formación y las subjetividades de cada persona.

Natalí^V, técnica en enfermería, trabaja en un centro de salud de un distrito ubicado a 140 kilómetros de la Ciudad de Mendoza y en sus palabras explica esta exposición:

“Estamos mucho más expuestos, porque la gente acudía a uno [...] es uno el que toma la entrevista, es uno el que hace el *triage*^{VI}, el que organiza cómo van a entrar, cómo va a salir, qué se le va a hacer, por ahí nos llegaban persona muy compensadas a nivel respiratorios, con falta de oxígeno... [Entrevista por videollamada (EV), 4/7/2021].

Anabela, es enfermera auxiliar y trabaja desde hace 10 años en un hospital de San Juan, en la rama de fisiología (pacientes con tuberculosis). Si bien ya contaba

^V Se utilizan nombres ficticios para resguardar la identidad de las personas entrevistadas. En la realización de cada entrevista, informamos y obtuvimos el consentimiento (oral y escrito) para compartir sus opiniones con fines investigativos.

^{VI} “El *triage* es un sistema de selección y clasificación de pacientes en los servicios de urgencia, basado en sus necesidades terapéuticas y los recursos disponibles, que permite una gestión del riesgo clínico para optimizar la atención y la seguridad de las personas”. En: <https://salud.misiones.gob.ar/el-sistema-triage-es-una-herramienta-que-se-aplica-solo-en-los-servicios-de-emergencias-hospitalarios/>

con herramientas en el aspecto técnico-sanitario (uso de Equipo de Protección Personal), y señala lo habitual del pluriempleo en el sector, refiere a un cansancio específico producto de la presión de trabajar en pandemia:

“Catastróficamente todo, a nivel psicológico, el cansancio del cuerpo. [...] Eran cuatro días que ibas 12 horas y después durante seis días estabas en tu casa. Era hermoso la cantidad de francos, pero en esos cuatro días era tanta la presión de: me tengo que cuidar, tengo que mirar al paciente así, tengo que asá, estar atenta de cosas que no veían los médicos, informar a los médicos” [Entrevista telefónica (ET), 21/6/2021].

Una experiencia equivalente describe Melina, Licenciada en Enfermería, que trabaja hace 6 años en un hospital de maternidad en Mendoza: “Tenías que estar pensando todo lo que tenías que llevar a la habitación antes de ver a una paciente. Era como todo un caos y una carga mental más, que antes no la teníamos” [Entrevista personal (EP), 22/3/2021].

Catástrofe, caos, carga mental, estrés, son las palabras que describen esta intensificación del trabajo. A pesar de la reducción de horario y de pacientes (en algunos servicios), en pandemia aumentó y se modificó la carga psicológica y emocional del trabajo; a partir de la multiplicación de situaciones abrumadoras que impactaron en la salud de quienes afrontan de por sí múltiples tareas dentro de las instituciones sanitarias.

A su vez, estas tareas permanecen bajo un manto de invisibilidad, debido a la discreción que requiere el trabajo de cuidado como “saber-hacer discreto”,^{VII} (Molinier, 2018), sumado a la brecha entre trabajo prescripto y trabajo real (Wlosko, 2018). La invisibilidad se constituye intrínseca al cuidado y esto repercute subjetivamente en quienes realizan estas tareas. En el campo profesional, produce

^{VII} El saber-hacer discreto refiere a que “para alcanzar su objetivo, utiliza medios que no deben llamar la atención de quien se beneficia de ellos, y también porque deben poder ser realizados sin que quien los realiza deba necesariamente esperar agradecimiento. Por tanto, el trabajo de cuidado se ve ante todo cuando fracasa...” (Molinier, 2018:193).

lo que Molinier llama “un déficit crónico de reconocimiento”, y conlleva que “el reconocimiento [que] es de por sí difícil de obtener ya que se apoya en el trabajo realizado (y no en su representación teórica bajo la forma de organigramas, protocolos, descripción de puestos, etc.)” (2018:194).

Obtener reconocimiento en este tipo de trabajo no es habitual, es más bien una situación excepcional que, cuando ocurre, es por medios informales. “Es la esperanza de ser reconocido la que juega un rol fundamental en la posibilidad de seguir trabajando, de implicarse en la tarea sin enfermarse” (Molinier, 2018:194).

Además de lidiar con esos aspectos y tener que continuar actuando resolutivamente, deben gestionar sus propias emociones y frustraciones, una valoración de sí mismas como trabajadoras. Entre las emociones en la pandemia predomina el miedo ante un panorama incierto y cambiante. Se destaca la falta de preparación dentro de las instituciones frente a una sobreinformación en los medios de comunicación, lo que en ocasiones contribuyó a anticiparse, y en otras, a aumentar la confusión y temores.

“Al principio de esta pandemia, estaba con miedo. Porque nunca nos prepararon, ni psicológica ni físicamente para lo que íbamos a vivir. Nosotros lo veíamos desde la televisión y lo veíamos como algo muy lejano. Y de repente un día, lo tuvimos frente a nuestros ojos.” [Anabela, ET, 21/6/2021].

“El miedo a lo desconocido, en un principio se sabía mucha información y eran demasiadas entradas, como un medio pánico de contagio... y el desafío...desafío no, porque en enfermería estás preparado para esta emergencia o situación de riesgo. Sí, fue diferente, fue muy agotador, muy estresante” [Natalí, EV, 4/7/2021].

Un dato interesante a señalar son las diferencias que subyacen entre los grandes hospitales y quienes trabajan en centros de salud, donde la carga sobre el personal de enfermería es mayor, ya sea con horarios más extensos o cumpliendo una diversidad de funciones. Bárbara, que se nombra como la “mamá protectora”,

es jefa del servicio de enfermería en un centro de salud de Godoy Cruz, Mendoza, y nos cuenta: “C., que es mi compañera, venía unos 15 días, trabajaba solita y A., que es mi compañero de la tarde, trabajaba esos 15 días solito, porque tenemos doble turno nosotros. El médico es distinto, porque viene 4 horas a la mañana” [EP, 17/6/2021].

En una nota de *Diario Uno*, la enfermera del Hospital Central, Andrea Guajardo, relataba: "Nosotros somos los que le damos la alarma del paciente a los médicos, que se pueden apoyar en nosotros y trabajamos como equipo ya que ellos no están encima del enfermo permanentemente. Un médico viene, evalúa, receta y se va a ver a otro paciente" (Adriolaza, abril 18, 2021).

En este mismo sentido, describe Natalí:

“...tenemos mucho más diálogo y al final terminamos conociendo mucho más a la persona [...] educamos, hablamos y somos muy psicólogos, enfermeros, médicos, acompañante, terapeuta. Es de todo un poquito, vamos cubriendo todas las necesidades de la población, y encima mal remunerada, te indigna un poco” [EV, 4/7/2021].

A la habitual sobrecarga y pluriempleo del sector, en la pandemia se sumó la adecuación y actualización permanente de protocolos; a la vez que el tiempo dedicado en prepararse con los elementos de bioseguridad y las medidas de protección; luego, higienizarse para continuar con sus vidas. Por otro lado, dentro de las instituciones, la adaptación y preparación de espacios, la distribución de funciones, garantizar la atención sanitaria simultáneamente en los sectores “limpios” y los sectores COVID. Todo esto a nivel institucional, sin considerar la sobrecarga al interior de sus hogares y vidas personales.

Pasaron a cumplir funciones “hasta de nietas” como señala una entrevistada, ya que “antes contábamos con familiares que nos ayudaban y ahora no, tenemos que hacer todo nosotras y es complicado. Terminamos agotados tanto psicológica

como físicamente. Hay que dar vuelta a una paciente y acomodarla y darle de comer, es bastante desgaste” (relata Anabela, ET, 21/6/2021).

Resaltamos entre las múltiples funciones que cumplen, la de intermediarias (con familiares y otros profesionales de la salud), ya que implica un agotamiento emocional en el plano vincular/relacional, que muchas veces no se pone en valor, pues constituye un “saber/hacer discreto”, que implica un trabajo sobre las emociones ajenas y las propias (regulación de la rabia, bronca, cansancio), para procurar brindar calidad en el servicio.

Como ha señalado Molinier (2008: 16), la enfermería es “un trabajo sobre y con el cuerpo”, que “para convertirse en una herramienta eficaz, el cuerpo de las enfermeras debe, antes que nada, ser borrado. La fatiga, la vulnerabilidad, la irritación, el sufrimiento, deben desaparecer para que la presencia de la enfermera sea tranquilizadora”. Para ello deben economizar gestos y movimientos, anticiparse a los deseos y necesidades ajenas, moverse sin perturbar ni incomodar, brindar lo necesario en el momento justo y en la dosis apropiada; desaparecer de sí misma como parte del servicio prestado.

El trabajo de cuidado que desempeñan es familiarizado: “somos nietas”, dice Anabela; soy una “mamá protectora”, dice Bárbara para referirse a su función de jefa de enfermería. De esta manera, con sus formas de nombrarse ocultan el esfuerzo que les implica y naturalizan las tareas que cumplen. Aparecen como un don o atributo, y no algo para lo que se han formado, perdiendo su carácter de un saber-hacer adquirido a partir de la experiencia. Esta situación conduce a que el trabajo pierda su calidad como tal y sea “subestimado en el registro del hacer, y concomitantemente, sobrestimado en el registro del ser” (Molinier, 2018:194-195).

Así, la formación y la energía movilizada en cada tarea se diluye y se desdibuja el horizonte de beneficios que puede traer la “profesionalización” de determinadas actividades. En el caso de las enfermeras, esto ha sido resumido bajo la expresión

conceptual del “dilema Nigthingale” (Ramacciotti y Valobra, 2017), manifiesto en discursos orientados a destacar a las enfermeras como heroínas, pero sin abonar un real reconocimiento de su actividad profesional, tendieron a naturalizar desigualdades sociales que éstas atraviesan y de las que parten en el ejercicio profesional.^{VIII}

La esencialización del cuidado junto al requerimiento de discreción como parte de la profesionalidad exigida, conducen a un permanecer invisible en las instituciones, y emergen las relaciones de poder que se constituyen y atraviesan a las cuidadoras (Tronto, 2009; Paperman, 2018).

Se entrelaza la invisibilidad con el aspecto servil y las pertenencias sociales de quienes realizan este tipo de trabajo: “...el hecho de que estas labores son realizadas en buena parte por mujeres, pero no por todas, sino por aquellas mujeres y demás personas que ocupan una posición subalterna en el espacio social, por razones de clase, etnia y condición migratoria entre otras” (Viveros Vigoya, 2012:6).

Las tareas de cuidado son subvaloradas, ya que históricamente han sido asignadas a las categorías sociales subalternas. La naturaleza de sus funciones y las actividades que realizan permanecen en un registro ambivalente entre la “vocación” y el “servilismo” por un lado, y la profesión y el trabajo, por otro.

Entre estas tensiones de déficit de reconocimiento, desvalorización, invisibilización y precarización, las relaciones entre las condiciones del trabajo de cuidado y la subjetividad, se articulan en complejas configuraciones. Al sufrimiento de no ser reconocida como una trabajadora valiosa (“te indigna”), se suma el lidiar con el sufrimiento ajeno, al trabajar en situaciones que requieren habilidades

^{VIII} Paula Salerno (2020) propone revisar los discursos construidos alrededor de quienes tienen por trabajo cuidar a la población, en relación a la materialización de las exigencias y condiciones laborales que atraviesan. Para ello, rescata la figura de las enfermeras como trabajadoras esenciales, quienes a pesar de esta categorización, carecen de valoración y reconocimiento. Recupera así la figura de Florence Nightingale, enfermera británica nacida en Italia como metáfora de la heroína.

emocionales específicas (empatía, escucha, la “compasión” en el sentido de “sufrir con” que propone Molinier), que se acentúan con las experiencias límites que trajo la pandemia, como veremos en el siguiente apartado.

1.2 “Este sí, este no”: contacto con la muerte y su dimensión psicosocial

Las situaciones en las entrevistas realizadas a enfermeras antes de la pandemia (Pasero, 2019), que aparecían como panoramas hipotéticos, se confirmaron tristemente en el plano de los hechos. Camila, una enfermera licenciada que trabaja en un hospital público de referencia, ubicado en pleno centro de Mendoza, relataba cómo debían proceder ante los frecuentes cortes de luz en la ciudad:

“...tenés que estar “así” apretando. Entonces muchas veces en la terapia que tenés ocho, diez respiradores, suben los chicos de la guardia a ayudarnos. O salimos los de los servicios cerrados a ayudar a la terapia. Entonces si llega a pasar eso, el enfermero tiene que elegir a quién. [Risas]. Y no tiene que ser así. Y nadie sabe esas cosas. Nadie sabe que muchas veces si llega a pasar algo... “Este sí, este no” [EP, 17/7/2018].

Muchas decisiones sobre la vida y muerte de otras personas recaen sobre sus manos. Ante condicionamientos y deficiencias que les exceden, gestionan resoluciones de manera individual o a partir de la solidaridad grupal:

“Según la teoría, es un enfermero por dos camas y a veces tenés un enfermero por diez camas. “[...] se va bajando la calidad. Pero no es porque estemos agotados, es porque el sistema te lleva a eso. El sistema de salud te está llevando a eso. Ahora el servicio de kinesiología, que tenés muchos chicos, ellos se dividen. Pasa eso, tenés cinco kinesiólogos, y los cinco vuelan a donde saben que hay respiradores para poder ayudar. Me dicen: “¿Cómo que no hay luz de emergencia?”. “No, no hay luz de emergencia”. Ni siquiera esas luces portátiles [risas], no tenemos nada. Entonces se

corta y quedamos a oscuras. Y hay mucha gente que le tiene miedo a la oscuridad o a la noche, decir: “Me voy a morir justamente en la noche”. Tenés que ir paciente por paciente. Y con las linternas, gracias a dios que los celulares tienen linterna, porque si no... [Risas]^{IX}. Teníamos linternas, nos robaron las linternas...” [Camila].

La escena que Camila relata contiene varios elementos que sintetizan las condiciones laborales, subjetivas y estructurales, del personal de enfermería. Por un lado, los condicionamientos y fallas estructurales: personal insuficiente (en particular en enfermería); falta de equipamiento técnico adecuado (respiradores, generadores eléctricos, luces de emergencia, luces portátiles, entre otros). Por otro lado, el padecimiento subjetivo: la carga ética^X de tomar la decisión sobre qué persona vive y cuál no; el enfrentarse y acompañar a pacientes que temen a la oscuridad, a “morir en la noche”; ambas situaciones que podrían ser más amenas con una estructura distinta. A las que responden, a costa de su propio sufrimiento psíquico, desgaste físico y emocional, quienes están con mayor cercanía a esos cuerpos (sobre todo en los servicios de terapia intensiva).

Por último, la entrevistada reconoce que disminuye la calidad del trabajo de cuidados: antes que por falta de preparación profesional, debido a la conjugación de todas las fallas del sistema de salud, que lleva al desgaste psicosocial de los trabajadores y perjudica la calidad de la atención brindada.

Esta escena que sucede en el 2018 se volvió recurrente en el contexto de la pandemia, donde se señaló en múltiples instancias la falta de respiradores. Se vislumbra en la realidad de un hospital de San Juan, en palabras de Celeste, una enfermera licenciada:

^{IX} La risa, como mencionaremos más adelante, aparece como una defensa para sobrellevar el sufrimiento psíquico.

^X Si bien es parte de la práctica médica y se incluye en los códigos de bioética, hay situaciones que podrían evitarse que recaigan sobre el personal de salud (con mejor equipamiento, la ampliación del presupuesto del gasto público en salud).

“Mi mejor amigo trabaja en un servicio de cirugía general, a él lo pasan a terapia COVID y en un determinado momento lo vi muy mal, callado y le pregunté “¿Qué pasa?”, y me dice: “Vos no te das una idea lo triste que es estar en ese servicio”. “Pero si me habías dicho que estabas bien”, “Y qué te voy a decir, ¿que estoy mal?, sino puedes modificar nada”. Pero es una porquería estar ahí adentro, donde vos estás viendo que el paciente se está asfixiando y el médico te dice: -No, déjalo si ya no va a sobrevivir; o - Anda y pasale esta droga así deja de sufrir...de la asfixia porque no hay respirador. A falta de respiradores, por ejemplo, vos tenes un paciente de 80 años e ingresaba uno de 40, con más probabilidades de vivir, entonces había que sacar el respirador a uno para ponérselo a otro” [Celeste, ET, 9/6/2021].

A la angustia de las condiciones extremas e inesperadas de una pandemia, se suman los condicionantes estructurales. En el primer relato, la estrategia defensiva ante una situación angustiante es la risa, es la manera de reelaboración de una subjetividad dañada por un contexto perturbante (Borgeaud-Garciandía, 2018). En el segundo, predomina la sensación de no poder hacer nada. Apenas se comparten entre colegas las situaciones que atraviesan (“para qué te voy a decir que estoy mal, si no hay nada para hacer”), lo cual acrecienta la sensación de impotencia.

Por añadidura, el personal de enfermería carece de espacios de contención y canalización de estas demandas. Respecto a su participación en la toma de decisiones como personal de enfermería en la elaboración de protocolos y cambios durante la pandemia, se destaca una baja participación en enfermeras asistenciales. A la vez que un desajuste entre lo solicitado y las condiciones reales: “Yo no sé si son astronautas si viven en Estados Unidos o consideran que todos somos de Australia, de Francia... como que tenemos un sistema de salud topísimo”, ironiza Celeste.

Anabela señala que no sólo no participaron en la elaboración de protocolos, sino que nunca les explicaron cómo utilizar el equipo de protección personal (EPP).

Les enviaron un video, y tuvieron que solicitar mediante nota que fuera un equipo para capacitarles. Además, en su caso, el EPP brindado le resultó inadecuado:

“[la infectóloga] me trajo un camisolín que me quedaba inmenso, al igual que los guantes. Cuando mencioné que el EPP me quedaba muy grande, me respondió que lo tendrían en cuenta para la próxima pandemia y que eran de ese tamaño porque, por lo general, los enfermeros son personas más bien de contextura grande. Nunca me brindó una solución en el momento”.

Se desprotege a quienes están más expuestas, lo que nos remite al *gap tecnológico* y el subequipamiento que analiza Paola Tabet (2005), pero en términos de un “mal equipamiento”, debido a estandarizaciones sexistas, que toman cuerpos masculinos como referencia universal.

Ante esta situación de “mal equipamiento”, la estrategia es recurrir a la imaginación y creatividad colectiva. Entre compañeras desarrollan estrategias para sortear los obstáculos y fallas, descubrir “a pulmón” cómo protegerse y continuar su trabajo:

“Me fui acomodando cómo pude, usé los guantes estériles que son un poco más chiquitos. Los barbijos n°95 que nos habían dado también eran grandes, entonces tuve que empezar a ponerme cintas y la mayoría de mis compañeras también. Todo a pulmón de parte nuestra, hemos descubierto nuevas cosas, como por ejemplo que si le ponemos jabón las antiparras no se nos empañan tanto y así” [Anabela].

Por último, se insiste en la falta de consideración y contención real. Esto lo vemos como una necesidad que surge de distintas maneras, por un lado, ante las situaciones de duelo que debieron gestionar, apoyándose entre colegas, en sus familias; por otro lado, al indagar qué le preguntarían a otras enfermeras, predominaron las respuestas sobre saber cómo se sienten, cómo les afectó en especial en cuanto a su salud mental. Lo que da cuenta de la necesidad de conocer

cómo están, habilitar un espacio a las emociones, sentires, y poner como protagonista el bienestar psíquico.

Cuando se indagó sobre los espacios de contención institucional, o bien fueron inexistentes o resultaron insuficientes. Cuando sí los tuvieron, se encontraron con dificultades para sentirse en confianza y comodidad para expresarse:

“...después de todo eso, todos vamos a necesitar psicólogo, apoyo. Ellos decían que teníamos el apoyo, pero eran pseudos terapias que iban y te hacían en el servicio, entraban con todo el equipamiento, vos ni sabías quiénes eran, porque ni se presentaban y te preguntaban que te está pasando. Una frialdad terrible y hay [quienes] son más resguardados, que no confían y que no saben por qué van, o temen a las consecuencias, entonces no decían la verdad de todo lo que estaba pasando ahí” [Celeste].

En muchos casos encontraron mejor respuesta entre colegas que en la oferta institucional; y también resultó llamativo que, en todas las entrevistas realizadas, se valora como algo positivo de la pandemia, la unión entre colegas del personal de enfermería y las estrategias para cuidarse.

“Sí, nos destinaron una psicóloga. Pero creo que la vimos dos veces durante toda la pandemia como mucho. Empezamos a confiar mucho entre nosotros, nos contábamos nuestros miedos y si necesitábamos llorar lo hacíamos” [Anabela].

“En el hospital es donde hacemos la catarsis, porque vos venís de afuera y son muchas cosas raras... [terminás] colapsada, triste, con presión alta; y es también porque nunca lo pudiste hablar bien y si lo hablaste nunca obtuviste una respuesta de decir: Mirá estoy mal, estoy trabajando mal, no soporto meter a una persona en una bolsa y sacarla como un perro” [Celeste].

Las entrevistadas destacan la importancia de poner palabras a lo vivido, de poder nombrar lo que sucedía (la “catarsis”), sacar de alguna manera las fuertes e impactantes imágenes con las que debían lidiar día a día (“meter a una persona en

una bolsa y sacarla como un perro”). Ante la precariedad, quienes pusieron en primera instancia sus vidas, fue el personal de enfermería. Hay testimonios que reflejan lo dramático de lo enfrentado en la pandemia y en los relatos aparece bajo el uso de metáforas bélicas:

“Era un tema de estadística, vos tenes más posibilidades entonces las chances las tenes vos, como si fuera una guerra[...] lo peor de toda esa situación fue mi compañera de rodillas pidiéndote por favor que le dejes darle un beso a su mamá y vos no podías y había que meter a su mamá en una bolsa y eso yo te digo que a mí, hace más de un mes, y me sigue marcando, es muy triste...” [Celeste].

“Lo más impactante...fue de un señor que le faltaba mucho aire, y me decía que se ahogaba, pero yo no podía entrar porque me tenía que vestir primero. Él era una persona no vidente que se había aprendido mi nombre, entonces lo gritaba y por eso fue una situación muy desesperante. Y bueno, una vez que había logrado colocarme todo, el paciente ya había fallecido, fue todo muy rápido” [Anabela].

En un escenario donde la muerte era una constante y el personal de salud era escaso, son frecuentes estas situaciones relatadas. La fortaleza y estrategias para hacer frente se fue creando entre compañeros, como cuenta Anabela: “La primera vez que coloqué a un óbito en una bolsa mortuoria, eso fue muy impactante. Fui con un compañero, él me enseñó por ser la primera vez. Pero ahora ya voy sola”.

2. Cortar por lo más fino: precariedad de las enfermeras y exposición a las violencias

Si bien el enfoque de la psicodinámica del trabajo nos brinda herramientas analíticas para conocer el padecimiento subjetivo que una organización de trabajo presenta; encontramos dificultades para analizar en clave de género. Por un lado, recurrimos a teorías feministas para analizar las violencias que padecen en el ámbito de trabajo y la dificultad de los colectivos de trabajo feminizados de

reconocerse como sujetos políticos sexuados. Por otro lado, la exposición a las violencias del sector de enfermería en su conjunto, al ser el que sostiene -debido a la intensificación de su trabajo- el sistema sanitario. En este sentido, conceptualizamos la precariedad de las condiciones de trabajo como una forma de violencia específica (Gago, 2019).

La precariedad afecta a las mujeres trabajadoras en sus distintas expresiones y se refuerza en contextos neoliberales: su utilización como factor de equilibrio ante procesos de ajuste estructural; la flexibilización y precarización de la mano de obra femenina asalariada (Morini, 2014).

Las violencias que sufren las enfermeras pasan por la desautorización de su palabra y mirada, la desconfianza, el abuso de autoridad de parte de médicos/as y quienes ocupan jefaturas (incluso en enfermería), los insultos, hasta violencia física. Camila destaca: “Es como que hemos ido de a poquito subiendo en nuestra categoría. Pero bueno, todavía se sigue manteniendo eso de que el médico es el que decide”. Aparecen descalificaciones, violencia simbólica y relaciones de abusos de autoridad, Camila añade: “He visto, por ejemplo, médicos que van a hacer estudios y “Apurate estúpida, apurate tarada”. “Sos una inútil”, cosas así, y muchas chicas se dejan tratar... “No, que el médico tuvo un mal día”. Igual le digo: “Vos sos una persona como él”.

En una entrevista colectiva, Romina y Pamela nos dicen: “Tu palabra no vale contra la de un médico. “[tenes que]cuidarte de dar diagnóstico. Cuidarte de hablar con el paciente de más. Tenemos que tener un montón de cuidados” (EP, 17/4/2018). Celeste señala: “eso es lo que consideramos la gran cantidad del personal de enfermería, o sea que no nos cuidan, que no te escuchan, que no hay un diálogo”.

En esta dirección, Pamela nos advierte: “...la visión va a variar según la persona que encuestes. Estás hablando con una persona que tiene resentimiento

sobre el sistema de salud...”. Ante esto, le preguntamos de qué experiencias viene ese resentimiento, a lo que ella nos responde:

“De muchas, desde amenazas de médicos, de cosas así. Uh, a mí me ahorcó un médico una vez. “¡Por que a mi paciente no...!” Yo había llegado a una guardia, y las enfermeras a la paciente no le habían aflojado las vendas, y entonces se puede producir un tromboembolismo pulmonar. [...] De repente yo llego tranquila...y dice “¡Alguien me puede ayudar!” Quería hacer una curación, entonces, hago la bandeja, pongo así, cuando él la levanta para ver, le encuentra el vendaje, y se vuelve hacia mí. Me saca afuera. Había habitaciones vacías. Me lleva a una habitación vacía a hablar conmigo. Se me acerca, se me acerca, se me acercó. Me puso la mano en el cuello y me levantó: “¡¿Por qué a mi paciente no?!”

El relato de Pamela detalla una experiencia de alto contenido de violencia física y de desprotección, al verse en un espacio aislado, sin testigos ni personas que pudieran socorrerla. Cuando indagamos en qué estrategia pudo generar en ese momento, para salir de esa situación, ella nos describe:

“¿Qué hice? Lo ayudé, terminé de ayudar, apreté los dientes y cuando se fue, me fui a llorar a un lugar escondido, en un baño, me senté a llorar, y lloré todo lo que pude haber llorado y después seguí trabajando. Porque tenía que seguir trabajando, porque recién llegaba a mi guardia. [¿Y después de eso?]. Esa era mi palabra contra la de él. Olvídate. En eso, ya lo sabemos desde ya”.

Es decir, una palabra autorizada ante otra que no. Ante este tipo de situaciones, el único instrumento de control de su trabajo y de protección ante eventuales problemas, es la hoja de enfermería, donde asientan todos los procedimientos que realizan para cada paciente. Gía y Clara [EP, 17/7/2018], enfermeras licenciadas de un hospital escuela pediátrico de Mendoza, en una entrevista colectiva nos explican:

Gía: “La hoja de indicaciones de enfermería y la hoja de novedades de enfermería, que va en cada historia clínica de cada paciente, es el único

documento legal que tenemos para probar. Por ejemplo, el día de mañana, yo me olvido de ponerle la medicación a un niño, yo... escrito en la carpeta que yo le coloqué esa medicación, por la vía que sea, endovenosa, oral, intramuscular, subcutánea... Bueno, eso te vale como una prueba, porque vos lo dejaste asentado. Y por más que venga otra persona y diga que no, vos lo dejaste asentado. Es un amparo legal que vos tenes”.

-¿Y han tenido problemas con las hojas?

Gía: “Sí, todo el tiempo”. [risas]

Clara: “Que sí hemos tenido...”

Observamos que este tipo de experiencia aparece también en otro hospital escuela (de maternidad en este caso), de nuevo en el relato de Pamela:

“Me encontré con que no tenía hoja de enfermería y que no les extrañaba. No teníamos hoja para poner nuestros detalles de enfermería; que parece que lo rellenaban los médicos residentes... ¿pero por qué? Porque eras vos con cuatro habitaciones, con tres pacientes cada una. Una carga de 12 pacientes por persona. En una internación intermedia, salido de pre-terapia, mucha gente con bombas de infusión, con respiradores. [...] Es la experiencia...es una hipótesis personal. En realidad, yo sé que no tenía hojas de enfermería, siendo que es nuestro trabajo, por lo menos detallarlo, porque uno se puede defender. Ah, y que las hojas de indicaciones de repente las tenía y me las cambiaban”.

Es decir, les coartan una de las pocas herramientas formales de defensa y cuidado de su trabajo, bajo mecanismos informales (lealtades implícitas, relaciones de poder). En un mecanismo frecuente, que incluso es advertido entre colegas, así a Pamela fue lo primero que le informaron enfermeras con mayor trayectoria en la institución cuando ella ingresó:

“...algo que se decían las enfermeras entre enfermeras era: “Mira, cuidate mucho, porque estos chicos no vienen muy expertos, entonces si se equivocan, borran todo. Ellos no van a perder 6 años, 10 años que están de su vida. Y vos, sos el hilo más fino”. Patente. “Guarda con hacerte amiga

de estos” Como no son de confianza, de los médicos... “No son tus amigos”. Eso sí se me quedó muy claro. “No son tus amigos ni tenes que tener confianza con ellos...*porque si te pueden cortar*” [destacado nuestro].

La desautorización también proviene del lado de los/as pacientes, así por ejemplo describe Anabela la rabia, bronca y frustración que se produce ante situaciones que se expresan en comentarios desvalorizantes y la desestima de su valor profesional:

“Mandamos a otros compañeros o al doctor, ya que generalmente le hacen más caso, ya que lo ven como una autoridad y a nosotros nos ven como “que nos pagan para que hagamos eso”, o como sus empleados. Muchas veces nos lo han dicho, que nosotros somos sus empleados y que gracias a ellos nosotros podemos comer”.

En pandemia, además se interponía la distancia que significaba el uso de los EPP, y los protocolos que modificaron radicalmente la relación con los pacientes:

“Muchos no logran acercarse a nosotros de manera empática, ni nosotros a ellos, porque entramos camuflados y el modo de comunicación es gritar por el pasillo, o tienen un timbre y nos llaman. Pero quieren todo ya, no entienden que nos tenemos que vestir para ayudarlos. Y ahí empiezan los insultos, que “para eso nos pagan”, que hubiésemos estudiado otra cosa, y así. Nosotros lo estamos dando todo y nos encontramos con esa situación y terminamos explotando, estamos muy saturados en todos los sentidos” [Anabela].

Terminar “explotando”, como señala Anabela, o con resentimiento hacia el sistema de salud, como dice Pamela, son las salidas ante estas situaciones degradantes, desgastantes y humillantes, cuando no se logran encauzar, pues deben continuar cumpliendo con sus tareas (irse a llorar a una habitación y seguir). No hay espacio ni tiempo para procesar subjetiva ni colectivamente este tipo de padecimientos, lo que dificulta la posibilidad, individual y grupal, de construir estrategias de defensa que habiliten procesos de reelaboración identitaria positiva.

Esto repercute en su valoración profesional pero también personal, y conduce a que se naturalicen maltratos y violencias (que después también se reproducen), y aparezcan los “malos cuidados”.

Ante estas expresiones de la violencia, que justamente cortan por lo más “fino”, es preciso avanzar hacia una comprensión de la división del trabajo desde el punto de vista social y técnico, moral y psicológico, a la vez que incorporar aspectos invisibilizados, negados y poco “atractivos” que implica el trabajo de cuidado.

El trabajo sucio reúne todas esas tareas y actividades que en una determinada sociedad tienen una consideración negativa, desagradable: aquello que se evita, por todos los medios posibles, a ser reconocido y visualizado. Sin embargo, todas esas tareas ocultas/ocultadas, requieren personas que las efectúen pero que sufren, a su vez, ese ocultamiento o se ven “contaminadas” por el mismo desprecio que reciben las tareas que realizan.

No es casualidad que quienes las ejecuten sean mayoritariamente mujeres, ya que se usufructa el valor social de los cuerpos de las mujeres, rigidizando su rol en la división sexual del trabajo en tanto principales encargadas de los procesos de reproducción y cuidado, de sostenimiento y mantenimiento de las tramas de la vida. Se constituyen así en las principales destinatarias de todas las formas precarias de vida y de trabajo.

El sistema sanitario es también un sistema de género. La dimensión del poder a la hora de delegar ciertas tareas -que en un sentido es asociado a la profesionalización- nos lleva a indagar las relaciones de dominio/autoridad que se entretienen y las posibilidades reales para transformar el trabajo de cuidados; para avanzar hacia formas más justas y distributivas de este trabajo y dejar de asociarlo a formas de coerción y perpetuación de desigualdades.

En los relatos de las entrevistadas, de diversas trayectorias, personales, profesionales, procedencias sociales, geográficas; encontramos la violencia con

que se impone este sistema. A su vez se estructuran vínculos al interior de los colectivos de trabajo que se transforman en factor generador de más violencia para las trabajadoras (“pactos imaginarios” y “lealtades informales”, en Wlosko y Ros, 2019); en lugar de constituirse en una herramienta útil para desplegar estrategias frente a las violencias impuestas por el contexto laboral, las relaciones de poder y la subalternidad.

Las dificultades derivadas de las relaciones sociales de sexo obstaculizan la constitución del colectivo de mujeres en tanto trabajadoras. La imposibilidad de enunciarse en femenino cuando se trata de un sector altamente feminizado (como las enfermeras), da cuenta del conflicto en reconocer la individuación sexuada y el impacto en sus condiciones y posibilidades de trabajo. Aparece inhibido, impensado un “nosotras”; con ello también la posibilidad de habitar espacios comunes para enunciar las experiencias compartidas.

Le preguntamos a Pamela si son recurrentes las situaciones como la que vivió -cuando fue ahorcada por el médico-, y nos responde: “No lo sé, porque no lo hablamos. Somos hipócritas. Y no, vos no te vas a exponer a que te echen”.

A continuación, retrucamos su respuesta con la siguiente pregunta: “¿Vos consideras que son hipócritas, o no hay espacios para compartir estas vivencias que tienen?”. A lo que contesta: “Yo creo que si cada una de las enfermeras habláramos de nuestras experiencias, todas tenemos una”.

Se produce un “silogismo paradójico”,^{XI} en los términos definidos por Kergoat (2003): “Todas las mujeres se callan, son hipócritas” (puesto que no hablan de las

^{XI} Kergoat analiza el discurso que tienen obreras sobre sí mismas y pone en evidencia la dificultad en identificarse como colectivo de mujeres: “Desde un punto de vista lógico, tenemos aquí las premisas de un silogismo: -Todas las mujeres son envidiosas (proposición mayor). -Yo no soy envidiosa (proposición menor). Formalmente, la conclusión debería ser la siguiente: -Luego, yo no soy mujer. Esta conclusión virtual pone en evidencia la negatividad del discurso obrero: negarse a identificarse con un colectivo de mujeres corresponde en realidad a la imposibilidad de hacerlo. Lo anterior conlleva una serie de consecuencias: por un lado, todas las bases para la creación de un colectivo se ven minadas; por el otro, la constitución sexuada del sujeto se ve bloqueada en el plano

violencias que viven). Pero si Pamela está hablando, ella no es hipócrita. Luego, ella no es mujer.

Se desdibuja la individuación sexuada en el padecimiento que sufre en el espacio de trabajo, en tanto mujer y trabajadora violentada, y en su resistencia, al menos discursiva (ella está hablando) y, quizás futura- si es que se sostiene sobre la organización y solidaridad de otras mujeres enfermeras.

En este punto, destacamos lo exiguo de la psicodinámica de trabajo para analizar las violencias específicas que atraviesan las trabajadoras. Si bien adherimos a la crítica a los enfoques empírico-descriptivos de la violencia laboral que pierden de vista el proceso y dinámica en que se inserta cada individuo, a la vez que desconocen las relaciones de poder y dominación (Wlosko y Ros, 2019), nos resulta insuficiente sin los aportes feministas en torno a las violencias.

“Todas tenemos una”, dice Pamela para referirse a que todas han atravesado una experiencia violenta. El trabajo de las enfermeras, fuertemente feminizado, surge como una extensión de las labores consideradas “femeninas”, como trabajo de cuidados. Por ello, la inserción de las mujeres en la medicina y sus actuales condiciones de trabajo deben encuadrarse en la división sexual del trabajo (Kergoat, 2003) y también dentro de la “división moral del trabajo” (Lhuillier, 2014). La construcción subalternizada de esta profesión, compartida con otros “trabajos sucios”, nos ayuda a encuadrar las subjetividades y la configuración de las violencias.

Las violencias patriarcales se sostienen en la articulación entre explotación y opresión, donde la imbricación de las relaciones sociales (de sexo, clase y raza/etnia) organizadas alrededor del “reto del trabajo” y sus modalidades de obtención (Delphy, 2004), “son múltiples y ninguna de ellas determina la totalidad

de sus representaciones, puesto que la afirmación yo no soy mujer no puede ser dicha, ni siquiera pensada” (2003:853-854).

del campo que estructura. Juntas, tejen la trama de la sociedad e impulsan su dinámica: son consustanciales” (Kergoat, 2003:845), coexisten unas con otras.

Las condiciones laborales de una mujer en el mercado de trabajo difieren de las que transita un varón asalariado, en cuanto el contrato de trabajo forma parte de la relación social sexual desigual en que está inserta. Las dinámicas violentas no son asexuadas y la organización del trabajo nunca es neutra, tampoco respecto a las identidades sexo-genéricas.

Todo ello nos aporta elementos para comprender dónde se sitúa el trabajo de las enfermeras, las relaciones sociales en que están inmersas en tanto mujeres, más allá de la relación contractual asalariada. Por otro lado, permite ahondar en las explicaciones sobre porqué la feminización de determinadas labores se vincula a una devaluación de esas tareas, y a la inversa, como aquellas tareas que han sido devaluadas socialmente son las que han sido feminizadas.

Lejos de tratarse de un enfoque victimológico, la propuesta feminista de despatriarcalizar todas las relaciones sociales busca reconocer las manifestaciones de las violencias para transformarlas. No implica que sea un escenario exento de contradicciones, quienes son violentadas también ejercen abuso de poder, las violencias atraviesan los cuerpos, se acumulan en historias de vidas, y se condensan en un complejo panorama para el análisis social y político. Pero en todo este escenario, la violencia patriarcal no pierde su especificidad, sus efectos y restricciones.

3. Formas de protesta en un escenario complejo

Al inicio de la emergencia sanitaria, en marzo de 2020, las primeras demandas que se dispararon desde el sector en la voz de la Asociación de Profesionales de la Salud (AMPROS) tuvieron que ver con la falta de insumos para la atención: desde equipos de atención en unidades de terapia intensiva (UTI), oxígeno, test RT-PCR; a elementos de bioseguridad (Brusonne, abril 5, 2020); lo que anticipa el estrés que

sufriría el sistema de salud a posteriori. Aunque desde el Ministerio de Salud de Mendoza, se salió a desmentir constantemente esta situación.

Desde el gremio que nuclea a profesionales de salud, entre ellos, a licenciadas en enfermería, se comenzaron a exigir protocolos unificados para evitar la exposición del personal, particularmente de los grupos de riesgo. Esto tenía que ver directamente con la posibilidad de poder hacer uso de licencias y acceder a la cobertura por medio de las ART (Diario Uno, abril 14, 2020). Concretamente, se solicitó incorporar al COVID-19 como enfermedad laboral. En el caso de los estatales, se convendría que sería OSEP (Obra Social de Empleados Públicos de Mendoza) quien asumiría la responsabilidad de la cobertura, particularmente de los trabajadores que no contaran con un seguro de salud, como es el caso de las contratadas como monotributistas. Para estos últimos, en un inicio el lapso de cobertura médica era de apenas cuatro meses, al mismo tiempo que excluía de cobertura a su grupo familiar.

En las primeras semanas de Aislamiento Social Preventivo Obligatorio, el personal sanitario sufría la agresión de parte de vecinos de cercanía ante el desconocimiento del nivel de infecciosidad de la enfermedad (Pellicer, junio 6, 2020), al mismo tiempo que recibía abrazos y aplausos simbólicos que les vitoreaban como “héroes” y “heroínas” de la patria (Cuervo, agosto 20, 2020). Como advierte Salerno (2022), a pesar de la celebración mediática sobre el desempeño del personal de salud durante la crisis y su reconocimiento como “trabajadores esenciales” en el ámbito sanitario, el 2020 fue el año en donde el personal homenajeado trabajó en peores condiciones.

En respuesta a la profundización de la precariedad del sector, a mediados de abril de ese año comienzan a sentirse con mayor fuerza los reclamos salariales de parte del personal de enfermería. Para esta época, el salario de una enfermera contratada de la provincia de Mendoza rondaba apenas los \$18000. Recién un año

después, el sindicato de profesionales de salud reconocería una real recomposición salarial (Diario Uno, abril 11, 2021).

En este contexto de incertidumbre se empiezan a conocer los primeros casos positivos en personal de la salud, situación que profundiza el conflicto gremial ante el desarrollo de una actividad de alto riesgo, pero sumergida en la precariedad no solo salarial, sino también de condiciones laborales y psicosociales. En los meses más críticos de la pandemia, fue el sector de enfermería el que sufrió el mayor número de muertes (Los Andes, septiembre 7, 2020; Los Andes, septiembre 18, 2020), por encontrarse en contacto directo con pacientes con COVID-19 (Valle, septiembre 8, 2020).

En julio de ese mismo año se lograría, por decreto del gobernador de Mendoza, el pase a planta a 240 trabajadores de la salud (BBL, julio 22, 2020), aunque seguirían las protestas, en Mendoza y en otras regiones del país, por la misma causa: las condiciones de trabajo en las que se desarrollaban las labores y el riesgo sanitario que corrían.

Por lo anteriormente dicho, el escenario de conflicto se tornaba variopinto. A partir de mayo del 2020, se registraron los primeros fallecimientos por COVID-19 de personal de enfermería. A fines del mes, se organizó la primera medida de fuerza de profesionales de la salud de Mendoza: un “caravanazo” de automóviles (Diario Uno, mayo 25, 2020; Alé, mayo 30, 2020) por la ciudad en reclamo de demandas gremiales (MDZ, mayo 12, 2020).

Entre junio y julio de 2020 empiezan los meses críticos de la pandemia: aumenta el nivel de testeos y con ellos se visibilizan los casos positivos, acompañado por una curva en ascenso en los fallecimientos por COVID-19. Aunque aumenta el porcentaje de camas críticas en UTI (incluso en recintos no hospitalarios como hoteles) (De la Rosa, julio 29, 2020), los insumos siguieron siendo insuficientes, lo que contribuyó al estrés y cansancio que ya venían atravesando profesionales de la salud, particularmente del personal de enfermería. A esta

preocupante situación, se le añadió la solicitud de algunos nosocomios a cumplir con el 100% de la carga horaria y función sin excepción, dejando sin efecto la rotación de personal cada 14 días y el acceso a licencias (Los Andes, abril 19, 2020). Esto provocó una ola de contagios entre los trabajadores de la salud (MDZ, julio 7, 2020; julio 16, 2020), sobre todo enfermeras (Diario Uno, junio 27, 2020). A nivel sectorial, recién sería a fines de junio de 2021 que los profesionales de la salud recuperarían su derecho a licencias, por disposición del Gobierno de la provincia (Matineo, junio 30, 2020).

En los meses posteriores, particularmente en septiembre de 2020, se daría un aumento en los fallecimientos de enfermeras. Al respecto, AMPROS reclamó el desborde y denunció particularmente el recargo que significaba sobre el personal de salud (MDZ, septiembre 2, 2020). En ese mes una de las movilizaciones con mayor visibilidad fue la de los “chaquetazos”, encabezado mayormente por profesionales de la medicina (Los Andes, septiembre 9, 2020).

Al respecto, los primeros conflictos que tomaron estado público a nivel gremial emergieron en el último tercio del 2020. Enfermeras de Mendoza no se representa sindicalmente en AMPROS, sino en ATE (Asociación de Trabajadores del Estado) y ATSA (Asociación de Trabajadores de la Sanidad Argentina), participan de una paritaria salarial y no salarial más amplia que los primeros. Cerca de septiembre/octubre, ATE acusa a AMPROS de negociar salarios y condiciones a la baja, estableciendo un techo difícil de romper para los profesionales no mediques (Diario Uno, septiembre 3, 2020; MDZ, noviembre 25, 2020). También se bregó por el pase a planta de las enfermeras contratadas (Los Andes, octubre 1, 2020).

Un dato a resaltar en relación a lo analizado es que el grueso de los artículos de prensa relevados o bien hacen referencia al sector sanitario en general o se detienen a rescatar los testimonios médicos (Los Andes, agosto 12, 2020; octubre 2, 2020). Muchas menos son las notas dedicadas a tomar a la profesión enfermera

como eje de indagación, en donde se manifiesta la angustia ante la situación de crisis (MDZ, septiembre 9, 2020, octubre 24, 2020).

Recién el papel protagónico de las enfermeras vendría con el lanzamiento de las campañas de vacunación (Diario Uno, diciembre 29, 2020), a principios de marzo de 2021, en donde quedaría más que claro que también eran y son parte de la “primera línea” (Alé, junio 27, 2020) de batalla contra el virus. En primera instancia la inoculación fue sobre el personal de salud, que recibió de buena manera la medida, reduciendo los contagios y la gravedad de los cuadros clínicos (Albornoz, 21 de abril de 2021). Sin embargo, esto no frenaría de manera inmediata el índice de positividad ante la alta exposición del personal a la enfermedad, pero sí la mortalidad.

4. Derroteros hacia condiciones dignas y justas: el cuidado como proyecto político

Para cerrar, recuperamos algunos de los principales aportes que hemos construido a lo largo de estas páginas. En primer lugar, queremos nombrar a la precariedad en las condiciones laborales como una forma de violencia. Entre el personal de salud, las enfermeras tuvieron mayor exposición en la atención de pacientes infectados con COVID-19, por la cercanía en el tipo de cuidado que brindan; y fueron las mujeres las más afectadas, debido a que son quienes con mayor frecuencia se desempeñan en estas labores. Ellas son del personal de salud quizás quienes más sufren la precariedad del sistema médico. Básicamente, porque son quienes más tiempo pasan en el hospital y se ven expuestas a situaciones diversas, muchas vinculadas a la falta de recursos y el acceso deficitario a equipos de protección, que exacerbaban los riesgos.

Durante la emergencia sanitaria, el personal de salud tuvo que doblar esfuerzos, sortear jornadas de trabajo extenuantes, sin derecho a rotación de

servicios, licencias y descanso adecuado. Esta situación se observó con mayor frecuencia en las unidades de internación, particularmente en las UTI.

A su vez, la adaptación y preparación de espacios dentro de las instituciones, la adecuación a los protocolos y la distribución de funciones para garantizar la atención sanitaria aumentó las exigencias.

Todo ello, tuvo un impacto en la dimensión subjetiva y psicosocial. Durante la pandemia, saltó a la vista la falta de preparación de las instituciones, frente a la sobreinformación sobre la temática, lo que en ocasiones contribuyó a prepararse mentalmente, y en otras, a aumentar la confusión y los temores.

Como hemos afirmado anteriormente, esta situación de excepción expuso al personal sanitario a experiencias extenuantes. Particularmente, las trabajadoras de enfermería fueron las que se encontraban en la primera línea de la respuesta sanitaria, asumiendo mayores costos físicos y emocionales, viéndose violentadas en más de una oportunidad por parte de profesionales médicos/as y pacientes. Justamente, son las enfermeras las que deben cargar con un mayor volumen de trabajo y, en ocasiones, se ven envueltas en situaciones traumáticas, asumiendo decisiones difíciles, como es la de elegir entre pacientes con mayor o menor supervivencia.

Las largas jornadas de trabajo, los períodos de aislamiento por contacto estrecho y la falta de descanso, sumada a la precariedad laboral, da por resultado una mayor vulnerabilidad emocional. Al mismo tiempo, el nivel de estrés provocado por el temor a infectarse, las situaciones de discriminación en sus comunidades de residencia en los primeros meses de la pandemia, les imprimieron un sello negativo a sus experiencias.

Por otro lado, como consecuencia del aislamiento por contagios y las cuarentenas preventivas, las trabajadoras de la salud debieron hacer frente no sólo

a largas jornadas laborales, sino también a una mayor carga de trabajo no remunerado en el hogar.

Cabe recordar que, ante el cierre de las escuelas y demás espacios de cuidado, las trabajadoras de la salud tuvieron que organizar su vida privada y cuidar de personas a cargo. Esta precariedad no solo fue perjudicial para las propias trabajadoras y sus familias, sino que impactó directamente en la calidad de la atención.

Los discursos del cuidado circularon de manera extensiva y cotidiana. De repente, todas las instituciones del estado se tornaban agentes de cuidado: desde trabajadores de la salud hasta la policía. En este punto, es importante destacar que el concepto de cuidados es un concepto polisémico (Borgueaud Garciandía, 2018) y como tal, objeto de disputas.

Se aplaudía a trabajadores de la salud, mientras se les precarizaba. La pandemia agudizó también las desigualdades de género en equipos de salud feminizados (Santoro, 2020). En el marco de un sistema socioeconómico insostenible, que reparte de manera desigual e injusta también los cuidados, la vida no es prioridad y los cuidados no se asumen como una responsabilidad social, sino como un requisito para el funcionamiento de la economía. Que la mayoría del personal de enfermería continúe fuertemente feminizado, “no es un accidente estadístico” (Esteban, 2003), si no que constituye una construcción social. En tanto se feminiza, se produce en simultáneo, el mecanismo de invisibilización, poca valoración y escaso reconocimiento social/profesional.

Sobre las enfermeras recaen variados prejuicios y estereotipos que se construyen alrededor de su figura: hipersexualizadas (jóvenes y seductoras) o deserotizadas (viejas y gruñonas); de vagas (“solo toman mate”) a controladoras. Pero poco se conoce sobre el trabajo específico que realizan. A ellas mismas les resulta dificultoso definir con precisión su función y tareas: pues como la mayoría de los trabajos feminizados, uno de los principales requisitos es la flexibilidad.

Alternan entre las siguientes tareas: bañar a un/a enfermo/a; limpiar los lugares y herramientas de trabajo; acompañar en su dolor a las personas cercanas; lidiar con familiares que se enojan, o un médico que se queja; o “arreglárselas” con su ingenio ante el mal equipamiento y la falta de materiales. El hilo conductor de todas estas tareas y funciones se define por los cuidados.

Respecto a las estrategias de defensa/resistencia, el cuidado no solo constituye un trabajo, sino también una acción política. Como recupera Molinier (2020) de la experiencia de las mujeres de la asociación Avanzar en Bogotá, el cuidado es una forma de vida y un acto político: “la importancia terapéutica y política del cuidado entre sí de las mujeres precarizadas, para evitar que sean oprimidas o sometidas a múltiples formas de violencias”.

Destacamos de los relatos, la falta de espacios destinados a dialogar sobre las propias situaciones de trabajo (lo cual se hizo notar con particular énfasis en la pandemia), para abordar la dimensión psicosocial de las situaciones que viven y poder elaborar conjuntamente herramientas para sobrellevar experiencias inevitables -como la muerte- y transformar aquellas evitables -como la precariedad. En este aspecto, también resta explorar qué sucedería si se brindaran espacios a las mujeres enfermeras, que las visibilice como sujeto político sexuado y organizado (Kergoat, 2003), en donde puedan hablar y analizar problemáticas específicas, pues como dice Pamela, una de las entrevistadas, “si cada una de las enfermeras habláramos de nuestras experiencias, todas tenemos una...”.

Señalamos a su vez la necesidad de una mayor participación del personal de enfermería (desde auxiliares a licenciadas; y en los distintos escalafones) en la toma de decisiones en la planificación y organización de políticas sanitarias. No en un afán democratizador caprichoso, si no que se fundamenta en el exhaustivo conocimiento que poseen de los/as pacientes, de las fallas cotidianas de las instituciones y su infraestructura.

Por último, nos situamos en el esfuerzo de recuperar las “voces diferentes del cuidado”, para crear un mundo vivible en tiempos de desastre y colapsos varios, en apuesta a la construcción de un proyecto de ética feminista del cuidado (Paperman, 2018) y de integralidad en perspectiva de salud colectiva (Terenzi Seixas et al., 2016); como finos eslabones de un círculo-cadena de cuidados, que se refuerce y haga frente a las jerarquías y lógicas patriarcales del poder.

Referencias bibliográficas

ALVAREZ, Jorgelina; García, Carolina; Thomas, Carlos; Torres, Rodolfo (2020). Relevamiento de opinión a equipos de salud sobre la crisis sanitaria por COVID- 19 en la provincia de Mendoza, Argentina. Mendoza: Universidad Maza.

BORGEAUD GARCIANDÍA, Natacha (comp). (2018). El trabajo de cuidado. Buenos Aires: Fundación Medifé Edita.

BORGEAUD GARCIANDÍA, Natacha (2018). “Intimidad, sexualidad, demencias. Estrategias afectivas y apropiación del trabajo de cuidado en contextos desestabilizantes”. En Borgeaud Garciandía, Natacha (comp.). El trabajo de cuidado. Buenos Aires: Fundación Medifé Edita.

DEJOURS Christophe y MOLINIER, Pascale (1994). “De la peine au travail”, en *Autrement*, 142, 138-151.

DELPHY, Christine. (2004) “Pour une théorie générale de l’exploitation. Deuxieme partie: repartir du bon pied”. En *Mouvements*, n°31, p.97-106.

EAST, Sol; LAURENCE, Tim; y LÓPEZ MOURELO, Elva (2020). COVID-19 y la situación de las trabajadoras de la salud en Argentina. Informe técnico. Argentina: OIT Argentina, ONU Mujeres Argentina y UNFPA.

ESTEBAN, Mari Luz (2003). “Cuidado y salud: Costes en la salud de las mujeres y beneficios sociales. Género y Cuidados: algunas ideas para la visibilización, el reconocimiento y la redistribución”, En *Emakunde*.

GAGO, Verónica (2019). La potencia feminista. O el deseo de cambiarlo todo. Buenos Aires: Tinta Limón.

GARAZZI, Débora y BLANCO RODRIGUEZ, Guadalupe (2020). “Al principio me dio pánico, mucho pánico”: Enfermería, trabajo y emociones en el marco de la pandemia de Covid-19”. En *Trabajadores y Trabajadoras. Red Latinoamericana*, 4, 27-48.

KERGOAT, Danièle (2003). “De la relación social de sexo al sujeto sexuado”. En *Revista Mexicana de Sociología*. Año 65, núm. 4, oct.-dic. Instituto de Investigaciones Sociales México, pp. 841-861.

HIRATA, Helena y KERGOAT, Danièle (2017). “Rapports sociaux de sexe et psychopathologie du travail”. En *Travailler*, vol. 37, no. 1, 2017, pp. 163-203.

HIRATA, Helena y KERGOAT, Danièle (2005). “Les paradigmes sociologiques à l’épreuve des catégories de sexe: quel renouvellement de l’épistémologie du travail?”. En *Papeles del CEIC*.

LHILIER, Dominique (2014), “Le «sale boulot». Entretien avec Dominique Lhuillier, propos recueillis par Nadia Taïbi”. En *Sens-Dessous*, Edition de l'Association Paroles. N° 13, pp. 25- 34.

Molinier, Pascale (2020). “Notas sobre el Círculo de cuidado”. En *Red Cuidados y ciudadanías*.

MOLINIER, Pascale (2018). “El cuidado puesto a prueba por el trabajo. Vulnerabilidades cruzadas y saber-hacer discretos”. pp.187-210. En Borgeaud-Garciandía, Natacha (comp). *El trabajo de cuidado*. Buenos Aires: Fundación Medifé Edita.

MOLINIER, Pascale (2012) “El Trabajo de Cuidado y la Subalternidad”. En *Cátedra Inaugural en Posgrados en Estudios de Género*. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.

MORINI, Cristina (2014). *Por amor o a la fuerza. Feminización del trabajo y biopolítica del cuerpo*. Madrid: Traficante de sueños.

PASERO, Victoria (2019). Tesis de grado en Licenciatura en Sociología. Universidad Nacional de Cuyo.

PAPERMAN, Patricia (2018) “La ética del cuidado y las voces diferentes de la investigación”. pp.211- 228. En Borgeaud-Garciandía, Natacha (comp). El trabajo de cuidado. Buenos Aires: Fundación Medifé Edita.

RAMAMACCIOTTI, Karina y VALOBRA, Adriana (2017). “El dilema Nightingale: controversias sobre la profesionalización de la enfermería en Argentina 1949-1967”. En Dynamis, 37 (2), 367-387.

RUSSELL HOCHSCHILD, Arlie (2008) La mercantilización de la vida íntima. Apuntes de la casa y el trabajo. Madrid: Katz editores.

SALERNO, Paula (2020). “Enfermeras en pandemia: el discurso público, entre el cuidado y la heroicidad”. En Barbato, Constanza (Comp.). El cuidado es político. Reflexiones transversales en tiempos de precariedad. Buenos Aires: Poliedro.

TABET, Paola (1979/1998). “Las manos, los instrumentos y las armas”. En Curiel, Ochy y Falquet, Jules (comp.) (2005). El patriarcado al desnudo. Tres feministas materialistas: Collete Guillaumin, Paola Tabet y Nicole Claude Mathieu. Buenos Aires: Brecha Lésbica.

TERENZI SEIXAS, Clarissa; MERHY, Emerson Elias; STAEVIE BADUY, Rossana; SLOMP JUNIOR, Helvo (2016). “La integralidad desde la perspectiva del cuidado en salud: una experiencia del Sistema Único de Salud en Brasil”, en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 12(1), pp. 113-123.

Tronto, Joan (2009). Un monde vulnérable, pour une politique du care. Paris: La Découverte.

Viveros Vigoya, Mara (2012) “Presentación”, En Cátedra Inaugural en Posgrados en Estudios de Género. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.

Wlosko, Miriam y Ros, Cecilia (2019) “Aportes de la Psicodinámica del Trabajo al análisis de la violencia laboral: análisis del caso de enfermería”. En Wlosko, Miriam y Ros, Cecilia (coord. y comp.). El trabajo entre el placer y el sufrimiento. Remedios de Escalada: Universidad Nacional de Lanús.

Wlosko, Miriam y Ros, Cecilia (2018). “La profesión enfermera y el trabajo de cuidado. Puntuaciones de investigación a la luz de la psicodinámica del trabajo y la

teoría del care”. En Borgeaud Garciandía, Natacha (comp). El trabajo de cuidado. Buenos Aires: Fundación Medifé Edita.

Fuentes de prensa

Adriolaza, Raúl (Abril 18, 2021) “Cómo vive la pandemia una enfermera del Hospital Central”, En Diario Uno.

Albornoz, Juan Carlos (Abril 21, 2021). “La vacuna empieza a reducir los contagios en el sector de la salud”. MDZ online.

Alé, Paola (Septiembre 19, 2020). “Fallecieron cuatro enfermeras por coronavirus en Mendoza en casi un mes”. Diario Uno.

Alé, Paola (Junio 27, 2020). “Cómo es estar en la primera línea de combate a 100 días de la pandemia en Mendoza”. Diario Uno.

Alé, Paola (Mayo 30, 2020). “Profesionales de la Salud marcharon en 100 autos por sus condiciones de trabajo”. Diario Uno.

BBL (Julio 22, 2020). “Pasarán a planta 240 trabajadores de la salud”. Babel.

Brussone, Carina (Abril 5, 2020). “Médicos mendocinos dicen que no les envían suficientes insumos”. Los Andes.

Corneli Colombatto, Barbara (Julio 24, 2020). “¿La salud es una metáfora?”. En Enredando.

Cuervo, Horacio (Agosto 20, 2020). “No somos héroes”. Los Andes online.

De la Rosa, Ignacio (Julio 29, 2020). “Letalidad y ocupación hospitalaria, los datos que analiza el Gobierno para eventuales restricciones”. Los Andes online.

Diario El Sol (Mayo 18, 2020). “Enfermería: la UNCuyo apela al Gobierno para salvar la carrera”. El Sol.

Diario Uno (Septiembre 3, 2020). “ATE amenazó con tomar medidas si no se retoman las paritarias estatales”. Diario Uno.

Diario Uno (Abril 11, 2021). “AMPROS celebró el acuerdo salarial”. Diario Uno.

Diario Uno (Abril 14, 2020). “Las ART deberán cubrir el coronavirus como enfermedad profesional”. Diario Uno.

Diario Uno (Mayo 25, 2020). “Profesionales de la salud se manifestarán en los ingresos a los hospitales”. Diario Uno.

Diario Uno (Agosto 27, 2020). “Quién era la querida jefa de enfermeras que murió de coronavirus en Mendoza”. Diario Uno.

Diario Uno (Junio 27, 2020). “Por el caso positivo del Notti hay 18 enfermeros, 4 niños y 5 médicos en cuarentena”. Diario Uno.

Diario Uno (Septiembre 27, 2020). “Murió otro enfermero de Mendoza por coronavirus”. Diario Uno.

Diario Uno (Diciembre 29, 2020). “Este martes comienza la vacunación en Mendoza”. Diario Uno.

Explícito Online (Mayo 20, 2020). “En plena pandemia, corre riesgo de cierre la Escuela de Enfermería de la UNCuyo”. Explícito Online.

La Izquierda Diario (Mayo 23, 2020). “Los/as enfermeros/as que el radicalismo no quiere, pero el pueblo sí necesita”. La Izquierda Diario.

Los Andes (Octubre 1, 2020). “Trabajadores de la Salud hicieron un caravanazo para pedir el pasa a planta de los licenciados en Enfermería”. Los Andes online.

Los Andes (Octubre 2, 2020). “Superhéroes de la vida real: ellos son el equipo de médicos, enfermeros y kinesiólogos del hospital Carrillo”. Los Andes online.

Los Andes (Septiembre 7, 2020). “Dolor por la muerte de la jefa de enfermeros del hospital Sicoli en Lavalle, víctima del Covid-19”. Los Andes online.

Los Andes (Septiembre 9, 2020). “Trabajadores de la salud realizaron un chaquetazo para reclamar mejores condiciones laborales”. Los Andes online.

Los Andes (Agosto 12, 2020). “Un médico mendocino retrató el Covid-19 desde adentro de los hospitales de la provincia”. Los Andes online.

Los Andes (Septiembre 18, 2020). “Murió otra enfermera mendocina por Covid-19: dolor en las redes”. Los Andes online.

Los Andes (Abril 19, 2020). “Por la segunda ola, Salud suspendió las licencias de los profesionales y podrá reasignar funciones”. Los Andes online.

Los Andes (Septiembre 29, 2020). "Día triste para la sanidad en Mendoza: fallecieron dos enfermeros por coronavirus". Los Andes online.

Matineo, Natalia (Junio 30, 2020). "El Gobierno levantó la suspensión de las licencias de los médicos mendocinos". El Sol.

MDZ (Septiembre 2, 2020). "Ampros alertó un inminente desborde de servicios por falta de profesionales". MDZ online.

MDZ (Julio 7, 2020). "El memo que habría provocado un brote de contagios en el Lagomaggiore". MDZ online.

MDZ (Septiembre 9, 2020). "Una enfermera contó sus secuelas por haber tenido coronavirus". MDZ online.

MDZ (Mayo 12, 2020). "Día de la enfermería: en Mendoza, los profesionales siguen pidiendo mejoras salariales". MDZ online.

MDZ (Julio 16, 2020). "Mendoza: ya son 100 los profesionales de la salud contagiados de Covid-19". MDZ online.

MDZ (Octubre 24, 2020). "El desesperado pedido de un enfermero mendocino con covid-19". MDZ online.

MDZ (Noviembre 25, 2020). "Un gremio le echó la culpa a otro por el fracaso de una paritaria". MDZ online.

Pellicer, Andrea (Junio 6, 2020). "Sobrevivir al coronavirus: Es doloroso que te miren como a un delincuente". Diario Uno.

Santoro, Estefania (Diciembre 11, 2020). "Sin tregua. La situación de las trabajadoras de la salud, las más precarizadas". Página 12.

Valle, Rubén (Septiembre 8, 2020). "Una enfermera del Notti explotó: No damos más, necesitamos que nos ayuden". MDZ online.