

ENDURECERSE SIN PERDER LA TERNURA: EXPERIENCIAS DE ACOMPAÑAMIENTO Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PANDEMIA

Hardening without losing tenderness: experiences of
accompaniment and nursing care in a pandemic

DOI: <http://doi.org/10.33255/25914669/61040>

Paula Mara Danel

<https://orcid.org/0000-0001-7401-1720>

Instituto de estudios de Trabajo Social y Sociedad (IETSyS)

Facultad de Trabajo Social

Universidad Nacional de La Plata

danelpaula@hotmail.com

La Plata, Buenos Aires, Argentina

María Alejandra Wagner

<https://orcid.org/0000-0002-9867-7110>

Instituto de estudios de Trabajo Social y Sociedad (IETSyS)

Facultad de Trabajo Social

Universidad Nacional de La Plata

alejandra.wagner.2018@gmail.com

La Plata, Buenos Aires, Argentina

Recibido:05/06/2022

Aceptado:11/10/2022

Resumen

El artículo presenta hallazgos de investigación sobre las condiciones de ejercicio de la enfermería en el Gran La Plata, provincia de Buenos Aires, Argentina, durante la experiencia global de pandemia

por COVID-19. Pone en diálogo dos investigaciones, una ligada al Programa de Investigación de la Sociedad Argentina Contemporánea (PISAC COVID-19), y otra inscripta en el Programa Nacional de Incentivos de la SPU del Ministerio de Educación de la Nación. El objetivo de esta presentación es analizar y comprender las formas situadas en que se produjo el desarrollo de las tareas de enfermería con relación al aumento de protocolizaciones y regulaciones, tomando en consideración los procesos de producción de cuidados en su dimensión subjetiva y afectiva. Interesa identificar los modos en que se narran las enfermeras a sí mismas en escenas de alta exigencia y persistente falta de reconocimiento.

Se compartirán las tensiones entre la ampliación de protocolos en el marco del abordaje de la pandemia, como forma de regulación de las prácticas y la disminución / mitigación de los contagios, y por otro, la dimensión afectiva como parte constitutiva de la acción profesional de la enfermería.

Palabras claves: enfermería, producción de cuidados en salud, emociones.

Abstract

The article presents research findings on the conditions of nursing practice in Greater La Plata, province of Buenos Aires, Argentina, during the global experience of the COVID 19 pandemic. It puts into dialogue two investigations, one linked to the Research Program of the Contemporary Argentine Society (PISAC - COVID 19 and the other to the National Incentive Program of the SPU of the Ministry of Education of the Nation. The objective of this presentation is to analyze and understand the situated ways in which the development of nursing tasks took place in relation to the increase in protocolizations and regulations and Taking into consideration the processes of care production in their subjective and affective dimension, it is interesting to identify the ways in which nurses narrate themselves in scenes of high demand and persistent lack of recognition.

Tensions will be shared between the expansion of protocols in the framework of addressing the pandemic, as a form of regulation of

practices and the reduction / mitigation of infections, and on the other hand, the affective dimension as a constitutive part of the professional action of nursing.

Keywords: nursing, health care production, emotions.

*Cuida de mis sueños
Cuida de mi vida
Cuida a quien te quiere
Cuida a quien te cuida
No maltrates nunca a mi fragilidad
Yo sere el abrazo que te alivia
Yo sere el abrazo que te alivia*
(Cuídame de Pedro Guerra y Jorge Drexler)

*Las vidas que se juegan día a día en los modernos hospitales no son
únicamente las de los pacientes. Pero también las de los pacientes.
Nuestra vida se gana y se pierde mucho más que en la tenue
divisoria entre la vida y la muerte.*
(Rosanal Onocko Campos, 2004)

Introducción

*Escribo notas ya para nadie, ni siquiera para mí
Que aunque entienda que pasó, que fue, sigo cuidándote de lejos,
por eso todas las cosas que no tienen nombre vienen a nombrarse en mí
(Gabo Ferro)*

El presente artículo comparte hallazgos de la investigación desarrollada en el marco del Programa de Investigación de la Sociedad Argentina Contemporánea (PISAC COVID-19, financiado por la Agencia Nacional de Promoción de la Investigación, el Desarrollo Tecnológico y la Innovación (Agencia I+D+i) La misma se denomina "La enfermería y los cuidados sanitarios profesionales durante la pandemia y la postpandemia del COVID-19 (Argentina siglos XX y XXI)"¹. Y al mismo tiempo, dialoga con el Proyecto de Investigación y desarrollo - PID T 099 - "Los riesgos psicosociales del trabajo en el sector salud privada: conceptualización, diagnóstico, impactos y estrategias de intervención"², financiado por el programa de Incentivos a la investigación (IETSyS, FTS, UNLP). En este trabajo se pondrán en juego hallazgos ligados al trabajo de campo desarrollado en el Gran La Plata, provincia de Buenos Aires, Argentina. Es decir en el aglomerado urbano conformado por los distritos de La Plata, Berisso y Ensenada. El mismo es desigual, con mayor concentración de pobreza en las periferias de las tres ciudades que la conforman (Alzugaray, Santa María, Peiró, 2019), siendo la ciudad de La Plata la que acumula la mayor cantidad de organizaciones del sistema de salud de los estados provincial³, municipal y sub sector privado.

Especialmente compartiremos las tensiones entre la ampliación de protocolos en el marco del abordaje de la pandemia, como forma de regulación de las prácticas y la disminución / mitigación de los contagios, y por otro la dimensión afectiva como parte constitutiva de la acción profesional de la enfermería.

Las perspectivas teóricas que sustentan el presente trabajo conjugan aportes de los riesgos psicosociales del trabajo (Gollac, 2011; Neffa, 2015, 2020), la producción del cuidado en salud (Franco y Merhy, 2016) y el giro afectivo en las ciencias sociales (Scribano, 2010, Ahmed, 2019, Macon y Losiggio, 2017). Interesa complejizar las

1 Proyecto dirigido por la Dra. Karina Ramacciotti, y el nodo 9 del IETSyS de la FTS coordinado por la Dra. Paula Danel.

2 Proyecto dirigido por la Mgter. Alejandra Wagner y co dirigido por el Dr. Julio Neffa, radicado en el IETSyS

3 Para identificar los establecimientos de salud de la región, se sugiere consultar: <https://www.gba.gov.ar/saludprovincia/hospitales> y <https://www.fecliba.org.ar/prestadores/distrito/1>

tensiones en el contexto singular y globalizado de la pandemia por COVID-19.

1) Acerca de los proyectos

El proyecto PISAC COVID 19 N° 22 "La enfermería y los cuidados sanitarios profesionales durante la pandemia y la post-pandemia del COVID-19 (Argentina, siglos XX y XXI)", dirigido por la Dra. Karina Ramacciotti (Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas- CONICET – Universidad Nacional de Quilmes - UNQ) fue financiado por la Agencia I+D+i de Argentina en el marco de la Convocatoria "PISAC COVID-19. La sociedad argentina en la post pandemia". El proyecto parte de reconocer a la enfermería como profesión de cuidado sanitario, feminizada de forma histórica que atravesó durante la pandemia una intensificación de las exigencias socio profesionales. Para su desarrollo contó con el funcionamiento de 16 nodos pertenecientes a universidades públicas nacionales de Argentina en los que el trabajo interdisciplinario se hizo presente. La investigación adoptó enfoques cuanti - cualitativos, triangulando datos secundarios y produciendo nuevos mediante una encuesta nacional y entrevistas en profundidad. La investigación contó con aprobación del Comité de Ética de un prestigioso hospital nacional, y en la estrategia de difusión de hallazgos se garantiza confidencialidad y anonimato del personal de enfermería entrevistado y encuestado. El trabajo de campo constituyó su estrategia con un diseño muestral no probabilístico de tipo intencional orientada por criterios regionales, de subsector de salud, grado de formación, género, nivel de atención y edad (Ramacciotti, 2020b y 2021). Las entrevistas en profundidad se realizaron a personal de enfermería en ejercicio, de todos los géneros, que residen en espacios urbanos, tendientes a capturar las representaciones y percepciones de sus prácticas dentro del entramado relacional que reúne profesionales, pacientes y referentes claves del campo. También se constituyó un corpus de documentación empírica con artículos periodísticos provenientes de medios gráficos a nivel nacional y local, leyes y programas estatales. La aplicación de encuesta auto administrada, de carácter nacional, anónima y confidencial abordó condiciones laborales en enfermería, durante los meses de mayo y junio de 2021, indagando en las condiciones y medio ambiente de trabajo. La muestra no probabilística fue de 1483 casos, considerando cuotas por género, edad, regiones, nivel de formación (auxiliares, técnico/as y licenciado/as) y pertenencia al subsector público o privado, con el fin de representar la heterogeneidad del sector. La encuesta se analizó utilizando el Software estadístico SPSS (Ramacciotti, 2021).

La investigación construye su anclaje teórico en la perspectiva analítica de los cuidados en el sector salud, dialogando con los aportes de Neffa y Henry (2017), Ramacciotti y Valobra (2015), Ramacciotti (2020a), Danel y Sande (2020), Aspiazu (2017), López, et al (2021), Pereyra y Micha (2016), y Casso, Ramacciotti y Wagner, (2021).

Las autoras del presente artículo integramos el Nodo 9, radicado en el Instituto de estudios de Trabajo Social y Sociedad (IETSyS) de la Facultad de Trabajo Social

de la UNLP, desarrollando el trabajo de campo mencionado en el Gran La Plata. En el marco de los intercambios que promueve el IETSyS, nos pusimos en diálogo con otros equipos relacionados, entre los cuales se destacaron coincidencias de hallazgos con el estudio "Los riesgos psicosociales del trabajo en el sector salud privada: conceptualización, diagnóstico, impactos y estrategias de intervención", sobre cuyas reflexiones y análisis se propone fijar la atención el presente artículo. El planteo que orientó al equipo de trabajo conducido por Wagner y Neffa, retoma debates del campo de los estudios del trabajo, cuestionando la mirada clásica, centrada en riesgos directamente visibles (físicos, químicos, biológicos). Acuerda con quienes advierten sobre las debilidades de reducir la atención en torno a enfermedades y accidentes que impactan corporalmente desde los registros tradicionales del daño, proponiendo profundizar el análisis con aportes de la perspectiva de Riesgos Psicosociales en el Trabajo (RPST). Dicho enfoque, constituido hoy en uno de los posicionamientos que discute con la corriente clásica de fuerte arraigo entre las investigaciones del campo, fue gestado al calor de los aportes de Gollac (2011) y Neffa (2015), quienes formularon un conjunto de dimensiones organizadas en seis grandes ejes tendientes a identificar y comprender los RPST, a saber:

a) **la intensidad del trabajo y tiempo de trabajo:** en relación a los riesgos del ritmo, cantidad y la asignación/distribución de tareas en el marco de la jornada laboral, lo cual determina la carga global de trabajo.

b) **las exigencias emocionales:** que movilizadas a partir de la actividad pueden causar daño y sufrimiento, tanto en las relaciones con el público (usuaries o pacientes) como con sus pares o responsables, pues en ciertas situaciones, los trabajadores deben esconder o negar sus propias emociones, silenciando dudas, miedo a los accidentes, a la violencia o al fracaso de su accionar.

c) **el grado y tipo de autonomía:** refiere a situaciones en las que los trabajadores enfrentan circunstancias en las que no pueden elegir las maneras de desarrollar su tarea, cuando carecen de margen de maniobra para introducir su estilo e innovaciones. Frente a esto, hay quienes quedan inmersos en trabajos monótonos, restrictivos, repetitivos y desprovistos de interés; mientras que otros no pueden desplegar saberes propios de la experiencia o iniciativas constructivas pertinentes debido a la rigidez de marcos normativos o líneas de autoridad.

d) **las relaciones sociales y relaciones de trabajo:** abarca las relaciones con compañeras y compañeros de trabajo, pares o personas bajo su responsabilidad, personas de mayor jerarquía, y cada vez más en relación a usuaries y entornos de cuidado (familiares, redes de sostén). Cuando existen conflictos, falta de recompensa, de reconocimiento y de apoyo, y se generan discriminación o violencia, los espacios laborales se convierten en entornos hostiles, que provocan sufrimiento y potencialmente, son fuente de riesgos.

e) **los conflictos éticos y de valores:** refiere a las situaciones en que los trabajadores

tienen -o perciben- impedida la posibilidad de trabajar con calidad, atento a las reglas y criterios de su ejercicio profesional; cuando sus medios de trabajo funcionan de manera imperfecta, recibe insumos de mala calidad, o falla la logística y/o el accionar de otros de quienes depende la eficacia de su propio desempeño. También cuando tiene la obligación de hacer cosas con las cuales no está de acuerdo o que entran en contradicción con sus valores personales.

f) **el grado de seguridad y estabilidad de la situación de trabajo**: surge cuando el puesto de trabajo es de carácter precario, no está registrado o el porvenir es incierto debido a las crisis coyunturales. También cuando trabajadoras y trabajadores no cuentan con posibilidades de hacer carrera dentro de la organización, o si el contenido y la organización del trabajo es cambiante e imprevisible respecto de sus capacidades y calificaciones.

Es importante señalar que la perspectiva de los RPST establece que la causa principal y necesaria de estos riesgos psicosociales reside en la organización y contenido del proceso de trabajo, en su configuración específica y situada. En este sentido, asume que el trabajo en sí mismo no es **patógeno** (Neffa, 2015); bien puede constituirse en un espacio de creación, realización, desarrollo personal y colectivo, contribuye a procesos de identificación, reconocimiento e inclusión social, entre otros. Muchos de los problemas que afectan la salud integral de los trabajadores, surgen cuando la actividad laboral es deficiente en cuanto a contenido, condiciones y organización. Por eso, crecen los estudios sociales abocados a caracterizar y analizar los procesos y puestos de trabajo, buscando alertar sobre acciones preventivas, y proponiendo instancias de visibilización y problematización colectiva.

A modo de síntesis, resaltaremos en este artículo dos aportes especialmente significativos de los RPST: por un lado, el hecho de fijar la atención sobre las causalidades de accidentes y/o enfermedades ocurridos a las y los trabajadores⁴, enfatizando el componente situacional de condiciones, cargas y contextos laborales (dado que, históricamente, muchas de esas razones fueron explicadas en términos de acciones u omisiones de neta responsabilización individual); y por otro, sus contribuciones a la visibilización de tipos de padecimientos y dolencias que tendieron a tornarse 'paisaje', excluidas de registros formales, e incluso muchas veces asociadas -en términos de inevitabilidad-, a una suerte de naturaleza propia de determinados trabajos (Wagner, Ramacciotti, Caso; 2021).

Un repaso por algunas de las preguntas que orientaron el estudio en cuestión, permiten tener un paneo sobre cuestiones abordadas, entre otras: ¿Qué implica pensar la intensidad del trabajo en un cotidiano signado por la emergencia y cambios

4 De ahora en más utilizaremos el plural en femenino, dado que en todas las instituciones alcanzadas por el trabajo de campo de ambas investigaciones, la preponderancia de personal femenino fue abrumadora (cuestión ya explicada en Pochintesta y Martínez (2021); Ramacciotti (2019), Orozco (2007).

vertiginosos? ¿Cómo se vieron afectados los tiempos que cada trabajadora empleaba para hacer sus tareas? ¿Cuáles fueron las exigencias emocionales que les integrantes de un equipo de salud experimentaron en el desarrollo de su actividad laboral durante el incremento vertiginoso de contagios y defunciones a causa del virus? ¿Qué grado de autonomía pudieron ejercer efectivamente en el desarrollo de su tarea? ¿Cómo transcurrieron las relaciones de trabajo dentro de los equipos y entre los servicios, en este contexto? ¿Qué situaciones protagonizaron al volver a tomar contacto con sus afectos y/o redes de relaciones extra laborales? ¿Qué tipo de dilemas éticos y de valores interpelaron a las trabajadoras en momentos críticos? ¿Qué repercusiones produjeron/producen dichas tensiones a nivel subjetivo?

Cabe aclarar que, si bien en este caso se trató de una investigación iniciada varios meses antes de la pandemia, toda la labor de campo fue transitada en dicha coyuntura, razón por la cual los testimonios y vivencias recogidos, se encontraban fuertemente atravesados por la vigencia de la emergencia sanitaria. Entre sus resultados, destaca el peso que cobró la pandemia y sus implicancias en la salud de las trabajadoras del sector, considerando la especial relevancia de algunas dimensiones de los RPST tales como la *intensificación de tareas y tiempo de trabajo*, los cambios en la organización de los procesos de trabajo y en los *grados de autonomía*; así como las *exigencias emocionales* movilizadas en contextos de saturación de servicios, de temor de contagiar a los afectos, y de constantes restricciones para disponer de licencias y/o días de descanso, alterando *grados de seguridad* en el trabajo.

Se produjo coincidencia en el tiempo de desarrollo del trabajo de campo de los dos estudios aquí relacionados, ubicandéndolos en la vertiginosidad de las olas de la pandemia.

2) Acerca de la transformación de los procesos de trabajo en tiempos de pandemia: regulaciones, circuitos y prácticas.

A partir de la declaración de la emergencia sanitaria (Decreto P.E.N. 260/2020), el cotidiano de las trabajadoras del sector cambió de cuajo. Las tareas y roles conocidos, la distribución y el uso de espacios, la reorganización de circuitos asistenciales; así como la gestión. Las escenas y rutinas de los hospitales se vieron transformadas vertiginosamente.

Desde estructuras gubernamentales nacionales y provinciales se implementaron medidas tales como la suspensión temporaria de licencias, la puesta en vigencia de protocolos de atención y la distribución de equipos de protección personal (EPP). Cabe aclarar que estas acciones se llevaron a cabo con desigualdades múltiples, en cuanto al tipo de acatamiento y provisión garantizada entre efectores del sector público

y privado⁵; disparidad de criterios de priorización y/o adecuaciones, desfasajes y demoras ocasionadas por problemas de logística para disponer de material oportuno y suficiente en todo el territorio, e incluso diferencias hacia el interior de una misma institución, entre servicios y/o áreas de trabajo; brechas con respecto a la calidad de equipos y/o a los criterios de uso de los equipos provistos, etc.

En términos edilicios se avanzó con la división de la circulación en hospitales y clínicas, separando sectores limpios⁶ (áreas libres de COVID), de sectores sucios, febriles y/o específicos para atención de casos confirmados (áreas COVID). Se dividieron desde la guardia de atención ambulatoria hasta salas de internación (Caso, 2021). Se cerraron servicios, mudaron oficinas, montaron estructuras móviles, desarmaron, replantearon o anularon los usos de áreas de descanso, comedores, oficinas administrativas, etc.

A todos estos cambios, se sumaron los referidos a profesionales, consultorios y/o servicios que suspendieron atención, turnos programados, cirugías y prácticas habituales (Sy, et.al, 2021); siendo puestos a cargo de otras responsabilidades e incumbencias, vinculadas a las nuevas demandas impuestas por la pandemia.

A partir de los testimonios recogidos en la labor de campo, aparece un rasgo común en la mayoría de las entrevistas: el impacto de la pandemia expresado en cambios relacionados a los tiempos y a la organización del trabajo. La modificación en los tiempos del trabajo se sustenta en tres aspectos (que en algunas situaciones confluyen): el tiempo dedicado a cumplir los protocolos en las instituciones de salud, la disminución del personal dado el incremento de licencias y dispensas, y el tiempo dedicado al protocolo en la vacunación (distintivo con respecto a otras campañas de vacunación).

Se relevó también la diversificación de tareas que debían realizarse al mismo tiempo, sobre todo en el caso de personal de UTI, dado las exigencias de recambio de los EPP, la lectura constante de monitores de pacientes muy inestables y el repaso de procedimientos de atención que fueron cambiando a lo largo de la emergencia. La cobertura de necesidades personales básicas (comer, ir al baño, responder un llamado familiar) se vieron alteradas abruptamente, en general, desplazadas al límite; así como se generaron sobreexigencias en algunos perfiles por incorporación de personal de emergencia con escasa o nula experiencia. Los espacios de descanso se suspendieron o redujeron notablemente, al mismo tiempo que se dispararon las demandas y exigencias de reducción de plazos en servicios de laboratorio y estudios

5 En relación a la insuficiente provisión de elementos las razones se identifican en varios planos, por un lado por escasez de producción y por otro por la desigualdad en los accesos entre los países y al interior de cada formación social las desigualdades pre existentes emergían con su rostro más duro. Para ampliar: <https://www.who.int/es/news/item/03-03-2020-shortage-of-personal-protective-equipment-endangering-health-workers-worldwide>

6 En cursiva la denominación de sectores o áreas vertida por las propias trabajadoras.

complementarios asociados al diagnóstico del COVID-19 (Wagner, Ramacciotti, Caso, 2021).

En algunas entrevistas, surgen las dificultades generadas en torno al tiempo dedicado a respetar y garantizar protocolos, tanto al ingresar como al salir de la institución. Estos cuidados se exacerbaban cuando el personal debía concurrir a otra institución o regresar a sus domicilios para coordinar postas con otros familiares. Como menciona Sara,

«antes de la pandemia, tanto yo como mi marido, los dos trabajamos en el hospital entonces ¿qué hacía? yo trabajo en un horario a la mañana y él en la tarde, entonces él agarraba y cuando le tocaba entrar, iba con los nenes al hospital, me dejaba a los nenes, y yo me volvía con los nenes, hoy en día, hoy por hoy no podemos hacer eso, asique tengo que venir, llego a casa y él sale y es una complicación de tiempos también, tenemos que andar siempre con el tiempo justo». (Entrevista a Sara, auxiliar de enfermería en hospital público provincial).

También se incrementaron determinadas tareas complejas frente al aumento de casos e internaciones por COVID 19 como intubar, pronar, supinar. En palabras de Alicia, enfermera de terapia intensiva de un efector privado:

“Hubo días que estuvimos las seis horas adentro... sin tomar agua, sin ir al baño, era una como cosa de locos (...) Todas trabajamos en los francos”. Otra dificultad y/o sobrecarga de tareas se planteaba frente a la incorporación de personal de reemplazo sin experiencia laboral y/o formación apropiada, generando tensiones y recelos ***“Y bueno los reemplazos que vienen generalmente no son los que uno a veces recomienda y tu empleador a veces no te escucha... Generalmente no nos escuchan, es la realidad. O sea te trae gente de cero, de cero, de cero”.*** (Entrevista a Alicia, enfermera de UTI en clínica privada).

Otra diferencia que aparece en la dinámica laboral se asocia al tener que evitar la aglomeración de personas. Por lo tanto, para todas las consultas se requiere turno previo. Se produce una transformación de los espacios y formas de organizar la asistencia; como menciona una de las entrevistadas, ***“Es todo una manera nueva de ver la comunidad, la sociedad, la vida, las cosas cotidianas, la conciencia colectiva”.***

Estos cambios en el tiempo, el espacio y en las tareas encomendadas a las enfermeras, también ha impactado en el aumento de situaciones de tensión en los efectores de salud y en los equipos de trabajo. La saturación, el colapso, el estrés colectivo, el incremento de horas de trabajo, los reclamos, las exigencias, la incertidumbre,

aparecen como sentimientos recurrentes que propiciaban el aumento de la tensión y los conflictos al interior de los equipos. Nicolasa refiere una sensación de desolación colectiva y el miedo. Otra de las entrevistadas plantea que **"había días que todos estábamos irritables, otros días que llorábamos por diferentes noticias"**. En estas vivencias, resuenan los aportes de Onocko Campos (2004), en relación al cansancio que se produce en las organizaciones que trabajan con personas, en las que parte de la carga supone reponerse de la permanente exposición al sufrimiento y a la muerte.

También se relatan situaciones de tensión por la disponibilidad y calidad de los elementos de protección personal. Allí, el reclamo se canaliza a las autoridades de las instituciones sanitarias. Una de las entrevistadas comenta que

"al principio me indignaba con el tema del material que nos daban. Era, parecía una tomada de pelo. Era una placa radiográfica, de esas transparentes con un elástico nada más, que yo dije «no me pueden estar dando esto». Así que en un mes me compré mi escafandra. Hasta que después empezaron a entregar otras escafandras de más... no sé, de otra cosa. Indignación. Indignación. Primero... Bueno, igual ahí en la clínica, como en todos lados que seguramente se manejan cosas muy mal... Este, más que nada por los materiales, por el manejo, por la gente que no toma conciencia". (Entrevista a María, enfermera profesional en clínica privada)

Sin embargo, también en estos momentos de tensión e incertidumbre, aparecieron estrategias colectivas de resolución de conflictos y de acompañamiento y fortalecimiento de las instancias grupales, tal como será recuperado en el tercer apartado. Fernando relata que "descubrí el sostén y el apoyo y salir adelante gracias a eso. En todos lados no es así y nosotros pudimos lograr eso. Si no hubiera tenido ese sostén no sé si llegábamos cuerdos a este momento". Según Violeta, enfermera de piso de internación de pacientes con COVID-19 en un efector privado, la confianza en sus pares resultó vital en este proceso:

"Entre las compañeras tratamos de sostenernos, porque sabemos que somos las cuatro patas de la mesa, donde afloja una se cae todo, porque te vuelvo a repetir, para mí es importantísimo el trabajo en equipo. No solamente para pacientes sino para nosotras: saber que nos apoyamos entre todas". (Entrevista a Violeta, enfermera de piso en clínica privada).

Compartiendo otra experiencia similar ligada a la solidaridad entre pares y al desarrollo de estrategias frente a la incertidumbre, Elena, enfermera de Guardia de una institución privada, comentó:

"Me fui haciendo, me fui haciendo en el trabajo, me fui haciendo estudiando; en base a mis compañeras, cuidarnos entre todas. Si alguna adquiría un conocimiento, entre nosotras tratar de llevarlo [de un espacio laboral a otro] y llevarlo a cabo (...) hoy nos encontramos en una posición en la que ni el médico sabe qué hacer. Es la realidad. No tenés una respuesta".
(Entrevista a Elena, enfermera profesional en sector de guardia en clínica privada)

También la reorganización en el tiempo de trabajo se debió al incremento de licencias por días de aislamiento por contacto estrecho de casos, por haber contraído COVID o ser por personal dispensado perteneciente a grupos de riesgo. En el momento en que se recrudeció el contagio de COVID 19, muchos sectores quedaron con poco personal, implicando una mayor cantidad de horas y/o tareas para el personal presente. Fernando refiere que en un momento de la pandemia ***"Fue un dominó, fuimos cayendo. En agosto casi nos quedamos sin enfermeros en terapia intensiva, entonces ahí todo el mundo tuvo que arremangarse y todos salieron y aprendieron y recibieron formación por parte de todos los que estaban capacitados para poder cubrir y apalear el momento de la urgencia"***. (Entrevista Fernando, licenciado en enfermería en Clínica privada).

Otro aspecto a considerar en la reorganización del tiempo estuvo dado por el protocolo requerido en los centros de vacunación. Patricia manifiesta que ***"hicimos capacitaciones de vacunación en COVID-19, ya sea para manejo en personas en COVID, porque no es lo mismo que antes, no es tan light, no es bueno, lo hacemos como lo hacíamos antes que juntábamos un montón de personas y bueno íbamos charlando, aplicando, podía quedarse, esperar. Bueno no, hubo toda una preparación con un protocolo, en lo que es la campaña en sí hay mucho protocolo"*** (Entrevista a Patricia, enfermera profesional en centro de atención primaria).

A modo de síntesis, señalamos que se produjeron transformaciones en los tiempos de trabajo, en los procedimientos y en las disposiciones espaciales. En clave de RPST, los testimonios hasta aquí vertidos resaltan los ejes: a) intensificación (y complejización) de tareas, b) pérdidas o condicionamientos respecto de grados de autonomía, y f) situaciones de inseguridad y/o precarización en las que muchas trabajadoras debieron sostener su labor (sea por discontinuidades en la provisión de EPP, jornadas de trabajo interminables por falta de relevos o falencias en la disponibilidad de información oportuna y suficiente en relación al autocuidado).

Las percepciones de estos cambios generaron una apropiación diferente de las trabajadoras del sector de enfermería en relación a sus propias acciones, cierta extrañeza en la disposición del espacio, circuitos y organización de rutinas. Emergía con claridad la necesidad de reponer los espacios de sociabilidad en las pausas de cada jornada. Los equipos de protección personal y las distancias reglamentadas configuraban procesos de rigidización de y en la tarea de enfermería.

Acerca de la producción del cuidado y subjetividades en salud

Entre las singularidades del trabajo en salud, resaltan su carácter eminentemente situado y relacional, puesto que no puede ser desvinculado del trabajador o trabajadora que lo ejecuta; se realiza en el proceso mismo de la prestación del servicio, es “trabajo vivo en acto” (Merhy, 2006). La responsabilidad de lidiar con procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado (PSEAC) comporta una tarea por demás compleja, puesto que se trata de situaciones que no devienen en evoluciones lineales ni necesariamente idénticas entre los sujetos a quienes se asiste; exige poner en juego conocimientos y tecnologías blandas, cambiantes (Merhy, 2006), que no se agotan en las prácticas y discursos de las trabajadoras, sino también en las necesidades, entendimientos y emociones de quienes vivencian tales circunstancias.

Se trata de la labor de agentes activas que, además de aplicar protocolos, indicar medicamentos o poner en marcha tecnologías, despliegan representaciones, conocimientos, operan en una circulación continua de expectativas y necesidades que constituyen el proceso mismo del trabajo en salud; aunque no sea lo más habitual esto de poner atención en su condición de sujetas creativas, transformadoras, co-productoras de actos de cuidado (en relación a sus pares y a quienes acuden a ellas en busca de atención).

Recuperamos este planteo porque entendemos que, en la producción del cuidado, tarea sobre la cual el sector salud no tiene potestad absoluta pero sí especial liderazgo, el trabajo humano pasa a ser insustituible, y los vínculos adquieren total relevancia. La dimensión cuidadora del trabajo en salud, la certeza de sostener una labor de personas trabajando con personas, resultó una de las más revalorizadas en tiempos de pandemia (Wagner, Ramacciotti, Caso, 2021).

En términos relacionales, los actos de cuidado en salud ponen en juego no sólo saberes y tecnologías especializadas, sino también un encuentro (o desencuentro) entre subjetividades, en donde aquello que sucede con quien se procura cuidar, los modos en que tales prácticas operan en su subjetividad (y en sus entornos inmediatos de referencia afectiva), resultan a su vez constituyentes y productoras de salud. Al decir de Franco y Merhy (2011), el plano del trabajo y del cuidado en salud abren paso a múltiples intersecciones que presentan singularidades diversas, son la expresión de subjetividades en acción.

Analizando los testimonios de la labor de campo, las relaciones interpersonales se vieron impactadas significativamente, fundamentalmente en lo que atañe al vínculo con las personas atendidas. Antes de la pandemia, eran habitualmente las enfermeras quiénes acompañaban/abrazaban a las personas. Se gestaba un vínculo cercano, ya que transitaban la mayor cantidad de horas con las personas internadas o institucionalizadas, como así también con sus familias. A partir de la pandemia, este trato de proximidad fue puesto en tensión, se tendió a despersonalizar. El distanciamiento se instaló como una medida de cuidado y protección, tanto para

los padecientes⁷ como para las enfermeras, sus pares y sus grupos familiares. No obstante, las actitudes adoptadas no resultaron homogéneas entre las trabajadoras, y las formas de contacto, comunicación y acompañamiento personalizado se recrearon a partir de cientos de estrategias.

Entre las sensaciones y emociones compartidas, los testimonios aludieron a niveles de alerta, dudas e incertidumbre frente a prácticas aprendidas que se vieron puestas en cuestión, suponiendo riesgos y exposición; miedos al contagio propio, de pares y del núcleo afectivo/familiar; desconocimiento de alcances y pertinencia de indicaciones recibidas por disponibilidad de información insuficiente, contradictoria y/ confusa, en muchos casos construida velozmente entre pares (por desfasajes constantes de las comunicaciones formales; y la propia rotación de trabajadores por distintas fuentes laborales que disponían de precisiones generalmente diferentes). Manifestaron haber transitado momentos de profundo desconcierto frente a cambios ocurridos en la evolución de la pandemia por comunicaciones provenientes de otros países, la oscilación de las curvas de contagios, mutaciones del virus, niveles de letalidad y transformaciones en tiempo real de los procesos de trabajo y las terapéuticas. La presión de tener que responder a pleno durante todas las jornadas, en todo momento, con consecuencias incluso letales frente a un error involuntario (Wagner, Ramacciotti, Caso, 2021); Ramacciotti K (2021) y Jara y Solsona (2021).

La mayoría de las personas entrevistadas manifestaron sufrir o haber sufrido en este período trastornos de sueño, señales de un cansancio crónico que no lograban compensar en los últimos meses (en algunos casos, recién comenzaban a recuperar licencias y descansos, en forma escalonada). Se relevaron emociones y relatos de festejos asociados a la externación de cada paciente que lograba superar la enfermedad y salir de la UTI, o de quienes lograban revertir cuadros complejos con procesos de internación extendidos, con quienes generaban lazos afectivos (Wagner, Ramacciotti, Caso, 2021). Frustración por la velocidad de las muertes de personas mayores ocurridas durante la primera ola de la pandemia. Impotencia y bronca con las muertes de personas más jóvenes que prevalecieron en la segunda ola de contagios. (Ramacciotti, 2021)

En relación a las informaciones cruzadas que recibían en sus distintos puestos de trabajo, dado que la mayoría circula por más de una institución de salud, Andrea, enfermera de Unidad Coronaria de un hospital privado, explica: ***“Era todo muy diferente, y cada hospital tenía su lógica, su manera de trabajo, su directiva ¿verdad? Y entonces era como que siempre estábamos arriesgando la vida...”***. Frente a las inconsistencias y vaivenes, aumentaron las exigencias de atención y constantes revisiones de rutinas: ***“Era el estrés de pensar que si vos no te lavabas***

⁷ A lo largo del texto, mencionaremos de manera indistinta a pacientes y padecientes en la búsqueda de minimizar la recarga gráfica y ampliar los modos de construcción de los usuarios de servicios de salud.

las manos, o que si tocabas esto, o si tocaste... te podías morir. Entonces vivíamos con un estrés terrible, constante”.

En relación a las complicaciones para conciliar criterios de atención de pacientes en estado crítico, con aplicación de protocolos y manipulación de EPP, Andrea comenta: ***“Vestirse y desvestirse...siempre nos dijeron a nosotros que, en época de emergencia sanitaria, no hay emergencia. Siempre primero nosotros, pero... esa directiva la da una persona que no está en contacto directo con el paciente (...) Un paciente se está parando y no me digas que yo me tome todo mi tiempo para vestirme porque se me está muriendo una persona”*** (enfermera de Unidad Coronaria de un hospital privado).

Por su parte, Alicia, enfermera de UTI de un efector privado, sumó algunas de las controversias que rondaron las transgresiones a pautas y protocolos durante la primera etapa: ***“O sea, vos sufrías el aislamiento del paciente. El paciente estaba solo, muchas veces eran pacientes viejitos, con lo que conlleva a eso ¿no? a que el paciente se pierda. Cuando es muy añoso, siempre es conveniente que tenga a alguien al lado, que le hable, que le cuente, que le recuerde todo el tiempo (...) Me acuerdo una vez, una señora. Yo trataba siempre de hablarle, de levantarla de la cama, llevarla al baño... Con el riesgo nuestro ¿no? de estar... de permanecer mucho tiempo. Al principio la bajada de línea era otra: entrar, medicar, y salir. Bueno...uno por ahí al principio ponía en riesgo un montón de cosas con eso, pero bueno, también uno entendía y veía el riesgo del paciente, el deterioro del paciente. El sufrimiento sobre todo ¿no? ver a una persona atada en una cama y llorar ¿no? Y sólo pedir ver al hijo, no pedía otra cosa. Y ves que ya su salud y su mente se iban deteriorando...entonces?”.***

Hemos mencionado antes la relevancia del componente relacional, de escucha, acogimiento y sostén que debió ponerse en juego al momento de brindar atención a personas enfermas sin posibilidades de vinculación con familiares y/o redes afectivas, para quienes el personal de salud -sobre todo de enfermería-, constituyó su principal referencia y soporte para la recuperación, así como también fueron quienes construyeron mediaciones y mecanismos (primero informales, luego legitimados) para posibilitar la comunicación solidaria con familiares y/o las instancias íntimas de despedida frente circunstancias que rondaban la muerte (Wagner, Ramacciotti, Caso, 2021). En este sentido, volviendo al relato de Alicia, enfermera de terapia intensiva: ***“me acuerdo otra vez, que no debía... pero bueno; de la carpeta [de internación] tenemos los datos de los familiares, entonces le pedí al familiar que nos trajera pañales. Cuando él trae los pañales, lo que hice fue mostrarle a su mamá desde el pasillo a través de la puerta. Ella estaba en la cama de la ventana, y le mostré a su mamá. El señor... no sabés! se volvió loco. Estaba contento, desesperado y le hacía todas señas, y ella estaba feliz. Empezó a comer devuelta. Le dije que si ella comía y me ayudaba a que yo la ayude, yo la iba a dejar que su hijo la volviera a ver desde la puerta. Así que con ese trato...conseguí que pudiera comer otra vez,***

que pudiera levantarse de la cama e ir al baño"

En tanto se confirmaban los primeros contagios horizontales, cuando empezaron a enfermar los equipos de salud, se profundizaron desconciertos, miedos e inseguridades. Esta situación se complejizó frente a complicaciones inesperadas en el caso de personas jóvenes, las demoras en el acceso a vacunas y las situaciones en que los contagios derivaron en el fallecimiento de pares, compañeras y compañeros de trabajo de trayectoria compartida. Cuando aparecen relatos sobre algún caso cercano, las entrevistadas se conmueven, compartiendo reflexiones y reclamos:

"Nosotros vivimos la muerte de nuestra propia compañera... y yo creo de eso como que todavía... (se quiebra) Perdón...[E: Sentite tranquila, lo que quieras decir] Creo que nadie se puede recuperar de eso... No tuvimos nuestro momento de...[apoyo] psicológico como para hablarlo porque la verdad que no... no hubo nadie. No hubo tiempo, no hubo espacio. No nos dieron... No hay tiempo, no se puede. Es como que bueno falleció, listo, chau, entra otro paciente. Siempre las camas se están ocupando y bueno..." (Sofía, enfermera de UTI de una institución privada).

Por otra parte, frente a los sucesos ocurridos en países europeos y asiáticos, uno de los temores que acechó a los equipos de terapia intensiva fue la posibilidad de no disponer de camas/oxígeno para el total de personas que así lo necesitaran, planteándose la hipótesis de tener elegir a quién atender⁸ y a quién no. Irma relata que, entre las cuestiones más complejas al respecto, aparece el ***"Decidir a quién atender (...) ahora se está poniendo muy intensivo el trabajo; el estrés de no tener cama. Viste que siempre decían en la televisión que uno tiene que tomar decisiones sobre a quién atiende primero, yo pensé que no la íbamos a hacer nosotros, que nosotros en nuestro sanatorio (...) lo tuvimos que hacer. El domingo pasado tuvimos que elegir a quién atendemos porque no teníamos más lugar. Entonces, esas cosas también te duelen"***.

Volviendo sobre la perspectiva de los RPST, los relatos aquí presentados dialogan con los ejes referidos a: b) las exigencias emocionales; d) las relaciones interpersonales en el trabajo; y e) los dilemas éticos y conflictos de valores. En este punto destacamos que el proceso de producción de cuidados en salud es configurado desde las prácticas profesionales y las implicancias subjetivas. La pandemia, en tanto experiencia global y trascendente generó marcas subjetivas en aquellas trabajadoras

⁸ El 26 de junio de 2020, se creó por decreto el Comité de Ética y Derechos Humanos en Pandemia COVID-19 unicono en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación siendo su función brindar asesoramiento "sobre las implicancias éticas de la pandemia de COVID-19 en la salud pública". En ese marco se generaron recomendaciones Éticas en la asignación de recursos limitados en cuidados críticos por situación de pandemia [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgklcfeindmkaj/https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/etica_en_asignaciones_recursos_limitados.pdf](https://efaidnbmnnnibpcajpcgklcfeindmkaj/https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/etica_en_asignaciones_recursos_limitados.pdf)

que se constituyeron en la única y continua presencia humana en situaciones de aislamiento y alto riesgo vital.

3) Acerca del giro afectivo en las ciencias sociales aplicado al trabajo de enfermería en pandemia

En los trabajos de campo de ambas investigaciones emergen con fortaleza anudamientos entre los modos de resolución de las tareas de enfermería en pandemia, con un incremento de regulaciones que buscaban preservar la integridad de pacientes, personal y las emociones que pendulan entre agobios y reafirmación vocacional.

La enfermería en su historización representaría un modo particular de expresión de la estructura de sentir patriarcal ligando el deseo de cuidar, la protección, y la abnegación como propia de su hacer. Y en ese proceso la bandera profesionalizante como forma de validar una tarea que debía ganarse un lugar en las científicas tareas del sector salud (Ramacciotti, 2017). La enfermería, como las demás profesiones que tenemos en nuestra responsabilidad la producción social de los cuidados, experimentamos tensiones entre la necesidad de contar con argumentación científica de nuestras prácticas, producir distancias que optimicen la resolución de las tareas y los compromisos políticos para producir sociedades más justas.

La investigación de experiencia en pandemia, nos llevó a interpelar de la mano de Wollstonecraft (2010) y Macon (2017), cómo operaban las emociones en el desarrollo de las tareas profesionales de las enfermeras y al mismo tiempo reponer la pregunta sobre el lugar que ocupan en nuestros repertorios teóricos las preocupaciones en torno a las emociones, a comprender si estas operan como perturbadoras de la racionalidad ó como motor de la acción (Wollstonecraft, 2010).

En esa línea, y recuperando los aportes de Scribano (2010, 2012) señalamos que en el actual contexto de depredación capitalista, el amor y las cosas del querer emergen como impugnadores de la sociodicea de la frustración. Supone "el amor como práctica intersticial involucra la energía de saberse con otro en el mundo en tanto trampolín para la acción." (Scribano, 2017:248).

Hacer lugar a las emociones en el análisis de la experiencia de pandemia más significativa del siglo XXI, en el marco del análisis de las prácticas de una categoría profesional históricamente segregada supone asumir un riesgo. Con esto nos referimos a que si bien las emociones constituyen un espacio de disputa, en torno a la producción de subjetividad y la articulación entre los sujetos, es colocada como un espacio primitivo, carente de reflexividad. Asumimos el riesgo, entendiendo que pensar las emociones de las enfermeras en pandemia posibilita identificar las políticas de las sensibilidades (Scribano, 2017) que el patriarcado impone en tiempos de capitalismo neoliberal. Nos interesa identificar las formas en que se sitúan las prácticas de cuidado profesionalizado en relación a la producción de políticas de salud,

y al mismo tiempo posibilitar un panorama para "ligar amor y acción colectiva" en lo que Giddens denominó amor confluyente basado en la autonomía, los compromisos recíprocos y la democracia de la intimidad (Scribano, 2017:250).

Mirar, escuchar y dialogar con las enfermeras nos brinda pistas para reconocer cómo las prácticas de cuidado supusieron la recreación de las lógicas del contrato social, de las apuestas por producir salud integral y accesible. También, en sintonía con aportes de Sara Ahmed (2015) señalamos que las emociones son resultado de procesos sociales, de disputas de sentidos, estructuradas y se distribuyen en una economía de los afectos: "prácticas culturales que se estructuran socialmente a través de circuitos afectivos" (Ahmed, 2015: 28). Y en la misma línea, señala que las emociones permiten identificar la producción de límites y distancias. Este punto cobra relevancia en el análisis de las tensiones entre los protocolos de actuación de enfermería y los modos de acompañamiento a pacientes en situaciones de aislamiento por COVID. En párrafos precedentes recuperando la palabra de Alicia, la enfermera de terapia intensiva, quedaba evidenciada la producción e interrogación de límites y distancias. Sara Ahmed invita a pensar las emociones como dimensión de relacionamiento con los otros, y simultáneamente propone una perspectiva de la desigualdad social.

¿Quiénes ponen el cuerpo en situaciones de riesgo de contagio de COVID-19? ¿por qué las muertes de personal de salud⁹ presentan una alta incidencia de personal de enfermería? Las emociones nos permiten ampliar los regímenes de visualidad en torno a los cuerpos, a las distancias y proximidades. ¿Qué se pone en juego cuando la práctica de enfermería se sale de los protocolos? ¿Qué acciones supone cuidar al otro?

En este sentido, tomamos como referencia dos extractos de la entrevista realizada a un enfermero varón, supervisor de instituciones que brindan servicios a una obra social:

"más allá del reconocimiento se vio desbordado porque, o sea faltaba personal y con todos los protocolos, más allá de que los protocolos te cuiden, ¡ERA UN LÍO! para enfermería que tenemos que estar ahí, todos los protocolos, cuando tenés que atender no importa el protocolo, cuando tenés que atender a 20..."

"Contacto y Abrazador: Y... bueno los enfermeros que se enfermaron se murieron, porque el enfermero es el que está ahí. Casi siempre el personal de enfermería, son los que más están (...) todo el tiempo, entonces "veni vamos a hablar" o estaba pautado ya todos los días hablaban tales personas. El tema que yo creo que falló el

⁹ De acuerdo a la investigación de Amable, et al (2020) el 40 % del personal de salud contagiado por covid era de la categoría enfermería de nivel medio. Y contabilizando todos los perfiles de la profesión de enfermería alcanzan al 57%.

de los guantes con abrazo porque es muy difícil que te abrace y no sentir el contacto, no sentir el calor de la mano, yo creo que eso le jugó en contra a algunas personas ahí, el que baña a los pacientes, el que los aspira; con los que están intubados, el que aspira muchas veces el enfermero limpia, higieniza y aspira es el que está. (Extracto entrevista a José, lic. en enfermería)

La entrevista deja en evidencia que las formas de resolución de las tareas de cuidado de enfermería superan las previsiones establecidas en los protocolos. Que algunas acciones, especialmente cuando se trata de cuidados de larga estancia o prolongados, la asiduidad del vínculo hace que se dificulte sostener las distancias requeridas. En ese sentido, surge una relación inmediata con lo que propone Tronto (1987) en torno a la ética del cuidado en el marco del reconocimiento de nuestras interdependencias y la organización del trabajo para producir un mundo común.

Siguiendo con las entrevistas, otra de las personas entrevistadas señalaba:

No es tanto la cantidad, sino el porcentaje. El porcentaje que tenemos de pacientes que fallecen en las unidades de cuidados intensivos es del 60% y es una cifra espantosa. No paso nunca, ni siquiera cuando yo – no hablo de epidemia porque no lo fue- pero cuando aparecieron los casos de VIH no tuvimos una mortalidad tan alta. Tampoco la tuvimos con el H1N1, tampoco con la epidemia del cólera. Son números que han sobrepasado a la mortalidad. A todo lo que hayamos afrontado anteriormente. (Extracto entrevista a Ezequiel, enfermero profesional de Hospital público bonaerense).

El momento en que realizamos el trabajo de campo, correspondía con la segunda ola de COVID-19 en Argentina. Las referencias a la ocupación de camas en unidades COVID ó en terapias intensivas se presentaban narradas de manera apesadumbrada, evidenciando la emocionalidad en las palabras, en las pausas, en las disposiciones corporales al momento de especificar las altas tasas de mortalidad de personas jóvenes, de la mediana edad. A diferencia de la primera ola, la segunda ubicó al país con una alta tasa de cobertura de vacunación en las poblaciones de riesgo (personas adultas mayores, personas con patologías prevalentes, etc.) por lo que el padecimiento más grave y las muertes se concentraron en segmentos de población que previamente no se consideraban en riesgo.

La experiencia de la pandemia hizo emerger las emociones a flor de piel. En las entrevistas surgió la valoración positiva de las interlocutoras, toda vez que los diálogos posibilitaron poner en palabras aquello que les sucedía. La vorágine laboral sumado a las responsabilidades hogareñas operaban como impedimentos para constituir un espacio / tiempo para reflexionar sobre lo que estaba sucediendo. De manera mayoritaria, no identificaron programas estatales y de empleadores para la

contención, a pesar que los mismos se desarrollaron desde la cartera provincial. Las brechas de acceso a los recursos disponibles, una vez más se hicieron presentes.

Solana (2022) plantea que las emociones le dan un significado a lo que un cuerpo siente en un momento particular, por lo que el ejercicio de narrar la escena, ponerle nombre a situaciones que resultaban a todas luces abrumadoras operó como estrategia política en el marco de relaciones entre las ciencias sociales y la enfermería.

Esquirol nos invita a pensar desde una filosofía de la proximidad, y en este sentido en relación a las prácticas de enfermería señala que ese personal opera como guardián y es quien mantiene la vigilia.

Guardar quiere decir mirar con atención y también cuidar. Guardar es prestar atención, cuidar, respetar, vigilar para que no haya daño. Guardar y resguardar expresan nuestro modo fundamental de ser. Guardamos para proteger, para amparar, para preservar del mal y de la desaparición. Como cuando alguien guarda un recuerdo. No por casualidad, la memoria es uno de los modos privilegiados de cuidar (Esquirol, 2019:122)

Cuando las enfermeras nombran, cuentan, narran aportan a dejar registro en nuestras memorias colectivas de aquello que nos sucedió en los días más crudos de la pandemia.

Y bueno [hace un movimiento con la cabeza de lado a lado como diciendo que no], estamos atravesando la pandemia cómo se puede, llevándola cómo se puede, hace 2 años que viene esto y todo el mundo que habla conmigo le digo, con qué palabra podemos describir y yo creo que no hay palabra tan fea que pueda describir lo que estamos viviendo. (Carolina, enfermera profesional, trabaja en terapia intensiva de Hospital provincial).

No hay palabras que describan esta situación, por lo que aquello que se experimenta corporalmente atraviesa de tal modo que supera lo que el lenguaje puede capturar. Narrar lo inenarrable, colocar en el registro público aquello que tensiona con las ideas en torno a qué la pandemia no resultaba una enfermedad que amerite tantos meses de aislamiento¹⁰. "Narrar la infelicidad puede ser un acto afirmativo, puede indicar la posibilidad de otro mundo, aun si no nos ofrece una visión de ese otro mundo que llegaría a existir tras el derrumbe de las paredes de la miseria" (Ahmed, 2019;220).

Cuando Sara Ahmed nos invita a pensar qué lugar generamos para la escucha de aquellos que resulta dificultoso de narrar, nos liga con la propuesta de Spivak (1998) en torno a las tensiones entre enunciación y escucha. Varias investigaciones

¹⁰ referimos a las discusiones políticas en torno a si las medidas sanitarias de Aislamiento social preventivo y obligatorio (ASPO) y el posterior distanciamiento (DISPO) habían resultado exesivas en comparación con las tasas de contagio, las muertes y las medidas en otros lugares del mundo.

dan cuenta del carácter feminizado y segregado de la enfermería (Aspiazu, 2017; Ramaccioti, 2019) agregamos con nuestras investigaciones que otra dimensión de la segregación resulta ser la poca generación de espacios de escucha a lo que acontece en los servicios de salud. ¿Quién escucha a las trabajadoras de salud? ¿Estamos dispuestos a estar al tanto de aquellas situaciones de final de la vida? ¿nos permitimos reconocer la tarea del personal de salud más allá de un aplauso emotivo?

Esquirol (2018) nos invita a pensar constitutivamente en la intemperie, y nos advierte que nuestra pulsión está ligada al amparo. La pandemia nos recordó nuestra condición precaria al tiempo que colocó al personal de salud como agentes primordiales de la acción de amparo.

Volviendo a la idea de que la experiencia en pandemia no es posible describir, entendemos que atraviesa de tal modo que sólo es posible compartir con quienes cohabitan los mismos espacios, tienen la misma experiencia. Recuperamos como dato interesante que un tercio del personal entrevistado realizaba tareas docentes y/o culminación de estudios universitarios mientras se desarrollaba la tarea profesional en pandemia. Este dato, resulta clarificador en torno a pensar a quién eligen para buscarle nombre, para describir esas sensaciones y emociones que rebalsan lo conocido. Por otra parte, los datos que surgen de la encuesta dejan en claro que la estrategia para sobrellevar las tensiones acumula un 54% la conversación con colegas. Pero lo más llamativo, es que el 71 % evita pensar en el tema.

Las estrategias de resolución individual van desde automedicarse hasta hacer yoga, o tratar de escindir la vida laboral de la personal. Cuando estos datos los ponemos en diálogo con las narrativas de las enfermeras entrevistadas emerge una trama más intensificada en la que la emocionalidad, la corporalidad y reflexividad se hace presente. La domesticación de las emociones, el manejo de sentirse quemada y el enojo con la población general por ser descuidados, no cumplir con las pautas de distanciamiento ó uso de barbijo.

TOTAL PAÍS				
Primer estrategia personal para sobrellevar la pandemia				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Hablo con mis colegas acerca de lo que siento	534	36	54,5	54,5
Psicoterapias	67	4,5	6,8	61,3
Evito pensar en el problema	99	6,7	10,1	71,4
Trato de llegar a acuerdos	84	5,7	8,6	80
Planifico como resolver el problema	64	4,3	6,5	86,5
Tomó el problema como un desafío	31	2,1	3,2	89,7
Me automedico	7	0,5	0,7	90,4

Me evado del problema comiendo, fumando o bebiendo	7	0,5	0,7	91,1
Descargo la tensión en otras personas	1	0,1	0,1	91,2
Me refugio en la fe	26	1,8	2,7	93,9
Hago ejercicio físico	20	1,3	2	95,9
Realizo actividades placenteras fuera del trabajo	13	0,9	1,3	97,2
Mantengo una clara división entre el trabajo y mi vida personal	13	0,9	1,3	98,6
Terapias alternativas, meditación, yoga	2	0,1	0,2	98,8
Uso del sentido del humor	8	0,5	0,8	99,6
Ninguna de las anteriores	4	0,3	0,4	100
Total	980	66,1	100	
Sin respuesta	503	33,9		
Total	1483	100		

Tabla 1. Primer estrategia del personal de enfermería para sobrellevar la pandemia. Fuente: Datos generados con Software estadístico SPSS, a partir de Encuesta Nacional realizada desde PISAC N 22.

TOTAL PAÍS				
Segunda estrategia personal para sobrellevar la pandemia				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Planifico como resolver el problema	179	12,1	19,9	19,9
Trato de llegar a acuerdos	142	9,6	15,8	35,7
Realizo actividades placenteras fuera del trabajo	82	5,5	9,1	44,8
Hago ejercicio físico	79	5,3	8,8	53,6
Tomó el problema como un desafío	76	5,1	8,5	62,1
Psicoterapias	62	4,2	6,9	69
Evito pensar en el problema	60	4	6,7	75,6
Me refugio en la fe	57	3,8	6,3	82
Mantengo una clara división entre el trabajo y mi vida personal	51	3,4	5,7	87,7
Me automedico	30	2	3,3	91
Me evado del problema comiendo, fumando o bebiendo	27	1,8	3	94
Uso del sentido del humor	24	1,6	2,7	96,7
Descargo la tensión en otras personas	13	0,9	1,4	98,1

Terapias alternativas, meditación, yoga	10	0,7	1,1	99,2
Hablo con mis colegas acerca de lo que siento	7	0,5	0,8	100
Total	899	60,6	100	
Sin respuesta	503	33,9		
Total	81	5,5		
Total	584	39,4		
Total	1483	100		

Tabla 2: Segunda estrategia del personal de enfermería para sobrellevar la pandemia. Fuente: Datos generados con Software estadístico SPSS, a partir de Encuesta Nacional realizada desde PISAC N 22

Resulta interesante cómo emerge, en la pregunta en torno a la segunda estrategia para sobrellevar la pandemia, hablar con colegas y las terapias alternativas o yoga. La conciencia corporal que supone la elección de la realización de actividades como el yoga nos dan pistas para pensar la complejidad de las corporalidades de personal de enfermería en pandemia, habida cuenta que los porcentajes de evasión mediante el alcohol resultan los mismos que los de las terapias alternativas. Esto nos lleva a asumir que se pusieron en juego un menú de acciones que per se no resultaría homologables, compatibles.

Entendemos que los debates en torno a las emociones permiten tramar las experiencias de trabajo de enfermería en pandemia con las formas en que se producen los mecanismos de soportabilidad social (Scribano, 2012) y todo aquello que desborda, que supera las formas racionalizadas de comprensión del cuidar en pandemia.

4) Reflexiones finales.

Es evidente que cuando alguien muere se marca un punto sin regreso. Pero morimos y vivimos en numerosas situaciones en las cuales no están en juego nuestros latidos cardíacos, sino el pulso de nuestro deseo. Preterido, olvidado, escondido debajo de muchas camadas de imposibles.
(Rosana Onocko Campos, 2004)

Sin duda, la situación crítica del colectivo de trabajo en el sector salud deviene previo a la declaración de la emergencia sanitaria por pandemia (Sy, et al, 2021; López, et al, 2021), dado la añeja vigencia del pluriempleo y las incontables denuncias en torno a jornadas de trabajo extenuantes o a las desigualdades de sectores que prevalecen en condiciones precarias (entre los cuales destaca enfermería, en términos de magnitud

de afectadas y planos de reconocimiento en juego).

La conflictiva convivencia entre subsectores, los procesos de descentralización de servicios y niveles de atención despojados de financiamiento, la mercantilización de procesos asistenciales y la confluencia de disputas corporativas diversas que caracterizan la trayectoria del sistema argentino de salud, imprimieron continuos cambios y condicionamientos con respecto a las prácticas, posibilidades y exigencias de quienes trabajan en salud. Cambios político-organizacionales, desarrollos científico-tecnológicos y conquistas transformadas en legislaciones, instalan un escenario por demás complejo para quienes transitan a diario las instituciones de salud (y cabe aquí la reflexión de Onocko Campos acerca de las vidas que se juegan en nuestros hospitales, que claramente excede las de sus trabajadoras, pero que sin duda las incluye).

En los últimos años los estudios del campo de salud vienen señalando la necesidad de articular otros constructos teóricos a la categoría proceso de trabajo (Spinelli, et. al, 2013). Se ha mencionado la necesidad de incorporar las dimensiones psicosociales y afectivas del trabajo, las cuestiones de género, el impacto de las violencias, la precarización de las relaciones en el trabajo entre los propios trabajadores y usuarias/os. El trabajo en salud moviliza a los sujetos en su totalidad: intelecto, cuerpo, emociones, afectos, valores, formas de vinculación y sentimientos e instala interrogantes en torno a los modos en que producimos el lazo social.

La excepcionalidad de una situación signada por la incertidumbre que impuso la pandemia, configuró un escenario que evidencia la necesidad de atender la salud integral de quienes ejercen el trabajo de cuidado. En este sentido, las prácticas de salud mental, en tanto abordaje indispensable para atender los padecimientos de trabajadoras de salud, así como la contención brindada a familiares de personas fallecidas en algunas instituciones, constituyeron un valioso aporte en tiempos de pandemia (tal es el caso de algunas de las experiencias recogidas en el marco del Programa **Cuidar a los que cuidan**, impulsado por la cartera de salud provincial). Sin embargo, se torna necesario incorporar y jerarquizar en clave de política pública, los saberes y las estrategias de cuidados que las trabajadoras fueron explorando y construyendo a lo largo de la emergencia. Se trata de un tiempo de oportunidad, para construir estrategias conjuntas, compartiendo, democratizando los saberes y recuperando las experiencias construidas en y desde los equipos de salud (Wagner, Ramacciotti, Caso, 2021).

Destacamos que la fragmentación del sistema de salud, junto con la lábil capacidad estatal de regulación al sector privado, operaron para que los resguardos a trabajadoras, los acompañamientos en términos de subjetividad, resultaran escasos. En artículos anteriores Wagner (2021) y Danel (2021) señalamos la necesidad de mitigar las marcas de la desigualdad en el sector salud y hacer lugar a las necesidades de las trabajadoras.

En ese sentido, el presente artículo nos posibilita dialogar con las tareas de

enfermería, los modos en que se desarrolla esta acción profesional y al mismo tiempo ligar las dimensiones de estatalidad con las percepciones y emociones de las trabajadoras del sector. Y también, dar cuenta que la pandemia si bien rigidiza algunos aspectos de la profesión, sostuvo formas de ternura como dimensión constitutiva del cuidar, algo que nos liga a la imagen de Kosofsky Sedgwick (2018) de tocar la fibra, percibir la textura desde narraciones activas, en este caso de las enfermeras en pandemia.

Bibliografía

- Ahmed, S (2015). *La política cultural de las emociones*. México: Programa Universitario de Estudios de Género, Universidad Nacional Autónoma de México
- Ahmed, S (2019). La promesa de la felicidad. Una crítica cultural al imperativo de la alegría. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Caja Negra, 2019
- Alzugaray Lucas, Santa María Juliana, y Peiró María Laura (2019). *Cartografía del nivel socioeconómico de los hogares del Gran La Plata: Aplicación de un índice a partir de datos del Censo 2010*. Ensenada, Argentina- Universidad Nacional de La Plata. Recuperado de <http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/library?a=d&c=libros&d=Jpm1070>
- Amable, M. , Insaurralde , G. , García , V. , Reif , L. , Fortino , G. , San Juan , C. , Arqueros , S. , González Francese, R. , & Zelaschi, C. . (2021). Análisis descriptivo de la enfermedad profesional por COVID-19 en trabajadores de la salud, Argentina, 2020 . *Revista Argentina De Salud Pública, 13*. Recuperado a partir de <https://rasp.msal.gov.ar/index.php/rasp/article/view/705>
- Aspiazu, E (2017) Las condiciones laborales de las y los enfermeros en Argentina: entre la profesionalización y la precariedad del cuidado en la salud. *Revista Trabajo y Sociedad*. Santiago del Estero, Argentina. n. 28, p. 11-35.
- Barrancos, D (2012). Género y tiempo. En: Domínguez Mon, A (2012). *Usos del tiempo, temporalidades y géneros en contextos*. Bs As. Antropofagia
- Caso, V (2021). "Los Riesgos Psicosociales del trabajo en tiempos de pandemia: el caso de trabajadoras y trabajadores de salud". : *Actas de las XII Jornadas de Investigación, Docencia, Extensión y Ejercicio Profesional* (La Plata, 18 al 22 de octubre de 2021) <http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/129964/Documento.pdf?sequence=1>
- Danel P y Sande S (2020). Cuidados feminizados en las experiencias rioplatenses de Alzheimer. *Revista Kairós-Gerontología, 23(4)*, 231-249. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PUC-SP <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/52813>
- Danel P (2021). Intervención en panel en: Gabrinetti Mariana Andrea (coord.), "Políticas de cuidado y Protección del Estado en contexto de pandemia", Facultad de Trabajo Social, Universidad Nacional de La Plata, Dossier N° 12, 17 de diciembre de 2021. Disponible en <https://entredichos.trabajosocial.unlp.edu.ar/2021/12/17/dossier-n12-politicas-de-cuidado-y-proteccion-del-estado-en-contexto-de-pandemia/>
- Decreto 297/2020. DECNU-2020-297-APN--PTE - Disposiciones. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227042/20200320>
- Esquirol, Josep (2018). *La penúltima bondad. Ensayo sobre la vida humana*. Acantilado.

Barcelona.

Esquirol, Josep (2019). La resistencia íntima. Ensayo de una filosofía de la proximidad. Acanalado. Barcelona.

Ferrero L (2020). Enfermería y cuidado: tensiones y sentidos en disputa, En: Ramacciotti, K (dir) **Historias de la enfermería en Argentina: pasado y presente de una profesión**. José C. Paz Argentina: Ed. Edunpaz

Franco F. y Merhy, E. (2011). "El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado". **Salud Colectiva**, 7(1):9-20.

Gollac, M. (2011) (coord.) **Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser**. Rapport au ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé, París.

Jara G y Solsona M (2021). Reflexiones en torno a la profesión de la enfermería en el contexto pandémico. La perspectiva de género y el análisis histórico para comprender la profesión desde la Salud Colectiva. En: : **Actas de las XII Jornadas de Investigación, Docencia, Extensión y Ejercicio Profesional** (La Plata, 18 al 22 de octubre de 2021) <http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/129964/Documento.pdf?sequence=1>

Kosofksy Sedgwick, E (2018) **Tocar la fibra: Afecto, pedagogía, performatividad**. Madrid. Alpuerto

López S, Daca C, Savino G y Danel P (2021) Itinerarios de la producción de salud y de las intervenciones sociales en pandemia. En: **Actas de las XII Jornadas de Investigación, Docencia, Extensión y Ejercicio Profesional** (La Plata, 18 al 22 de octubre de 2021) <http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/129964/Documento.pdf?sequence=1>

Macon C y Losiggio D (2017). **Afectos políticos: ensayos sobre actualidad**. Miño y Dávila, Buenos Aires.

Merhy, E. (2006). **Salud: cartografía del trabajo vivo**. Bs. As. Ed. Lugar Editorial.

Neffa, J. C. (2015) **Los riesgos psicosociales en el trabajo: contribución a su estudio**. CABA: CEIL del CONICET; Corrientes: UNNE, Fac. de Cs, Económicas; UNLP, Fac. de Cs. Económicas; Moreno: UNM; CABA: UMET- CITRA. La Plata.

Neffa, Julio César (2020). **Pandemia y riesgos psicosociales en el trabajo. Una mirada interdisciplinaria y la experiencia sindical**. Homo Sapiens Ediciones. Rosario.

Onocko Campos, Rosana (2004). Humano demasiado humano: Un abordaje del malestar en la institución hospitalaria. En: Spinelli H (2004). **Salud Colectiva**. Cultura, Instituciones y Subjetividad. Buenos Aires. Lugar Editorial. pp.103-120

Orozco A.(2007) Cadenas globales de cuidado. **Serie género, migraciones y desarrollo**.

- Doc. De trabajo 2. Instraw Naciones Unidas <https://trainingcentre.unwomen.org/instraw-library/2009-R-MIG-GLO-GLO-SP.pdf>
- Pochintesta, P y Martínez, G, (2021), Reflexiones sobre la formación en enfermería en contexto de pandemia. Un análisis de contenido de la prensa escrita y el discurso de docentes y estudiantes en dos universidades nacionales, **Red Sociales, Revista del Departamento de Ciencias Sociales**, Vol. 08, N° 02, pp. 163-182.
- Ramacciotti, K. & Valobra, A. (2015). Feminización y profesionalización de la enfermería. En Carolina Biernat, JuanManuel Cerdá & Karina Ramacciotti (Dir.). **La salud pública y la enfermería en la Argentina**. Bernal, Argentina: Universidad Nacional de Quilmes.
- Ramacciotti, K. (2019). La profesionalización del cuidado sanitario: La enfermería en la historia argentina. **Trabajos y Comunicaciones** (49), e081.
- Ramacciotti, K. (2020a). El cuidado sanitario. **Hacia una historia de la enfermería en Argentina**. En K. Ramacciotti (Dir.), **Historias de la enfermería en Argentina. Pasado y Presente de una profesión** (pp. 31-65). José C. Paz, Argentina: Editorial de la Universidad Nacional de José C Paz.
- Ramacciotti (2020b) Proyecto PISAC COVID 19 N 22. Agencia Nacional de Promoción de la Investigación, el Desarrollo Tecnológico y la Innovación. Información en: <http://secretariadeinvestigacion.web.unq.edu.ar/convocatoria-pisac-covid-19-la-sociedad-argentina-en-la-postpandemia/>
- Ramacciotti K (2021). Primera presentación pública de resultados PISAC COVID N 22: <https://www.argentina.gob.ar/ciencia/agencia/acciones-covid-19/pisac-covid-19/seminario-tareas-de-cuidado-y-relaciones-de-genero>
- Scribano, A, Magallanes, G y Boito, M. E. (2012) **La fiesta y la vida. Estudios desde una sociología de las prácticas intersticiales**, Buenos Aires, Edit. CICCUS.
- Scribano, A. (2010). "Las Prácticas del Querer: el amor como plataforma de la esperanza colectiva", en: Camarena, M. y Gilabert C. (Coord.), **Amor y Poder. Replanteamientos esenciales de la época actual**. México, Universidad Intercultural de Chiapas. Razón y Acción, AC. pp. 17-33.
- Scribano, A. (2017). "Amor y acción colectiva: una mirada desde las prácticas intersticiales en Argentina". **Aposta. Revista de Ciencias Sociales**, 74, 241-280, <http://apostadigital.com/revistav3/hemeroteca/ascribano2.pdf>
- Solana, M (2022). Sobre la distinción entre afectos y emociones. Ventajas y limitaciones. En: Anapios L y Hammerschmidt, C (Coords.). **Política, afectos e identidades en América Latina**. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO; Guadalajara: CALAS; San Martín: UNSAM; Jena: Universitat Jena; Alemania: Bundesministerium für

Bildung und Forschung, 2022

- Spinelli, H; Trotta, A; Guevel, C; Santoro, A; García Martínez, S, Negrín, G; Morales Castellón, Y (2013). **La salud de los trabajadores de la salud. Trabajo, empleo, organización y vida institucional en hospitales públicos del aglomerado Gran Buenos Aires**, Argentina, 2010-2012. Buenos Aires: OPS.
- Sy, A.; Moglia B.; Derrosi, P. (2021) Todo se transformó completamente: experiencias de atención a la pandemia de COVID-19 en el ámbito de salud pública. **Revista de Salud Pública** XXVI (2) 60-72, diciembre.
- Tronto, J., 1987, Más allá de la diferencia de género. Hacia una teoría del cuidado, en **Signs: Journal of Women in Culture and Society**, vol. 12, pp. 1-17 [Traducción del Programa de Democratización de las Relaciones Sociales. Escuela de Posgrado. Universidad Nacional de General San Martín. Aprobada y autorizada su publicación por la autora].
- Wagner A (2021) Intervención en panel. . En: Gabrinetti Mariana Andrea (coord.), "Políticas de cuidado y Protección del Estado en contexto de pandemia", Facultad de Trabajo Social, Universidad Nacional de La Plata, Dossier N° 12, 17 de diciembre de 2021. Disponible en <https://entredichos.trabajosocial.unlp.edu.ar/2021/12/17/dossier-n12-politicas-de-cuidado-y-proteccion-del-estado-en-contexto-de-pandemia/>
- Wagner, A; Ramacciotti, C. y Caso, V.(2021) "Trabajadores de la Salud en contexto de pandemia: incertidumbre, aprendizajes y estrategias en los procesos de trabajo de servicios hospitalarios abocados a la atención del COVID19", ponencia 15° Congreso Nacional de Estudios del Trabajo, ASET, Buenos Aires.
- Wollstonecraft, Mary (2010). A Vindication of the Rights of Woman: With Strictures on Political and Moral Subjects, en The Complete Works of Mary Wollstonecraft, Delphi Classics, Kindle Edition, 2010