

EL TRABAJO DE CUIDADO DE LA SALUD EN TIEMPOS DE PANDEMIA. TRANSFORMACIONES EN EL PROCESO LABORAL Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN ENFERMERAS DEL SUBSECTOR PRIVADO DE LA PLATA.

Health care work in times of pandemic. Transformations in the work process and coping strategies in nurses from the private subsector of La Plata.

DOI: <http://doi.org/10.33255/25914669/61039>

Sofía Malleville

<https://orcid.org/0000-0003-3094-5796>

CONICET

Universidad Nacional de La Plata

mallevillesofia@gmail.com

La Plata, Buenos Aires, Argentina

Recibido: 05/07/2022

Aceptado: 11/10/2022

RESUMEN:

En este trabajo analizaré las transformaciones en las tareas de cuidado de la salud que realizan enfermeras de clínicas privadas ubicadas en la ciudad de La Plata, durante el especial contexto de pandemia. Haré énfasis en los cambios en la organización del proceso laboral, la reestructuración y adecuación de los distintos servicios y la inclusión de nuevos protocolos de higiene y atención de pacientes. Señalaré que, si bien producto de la emergencia sanitaria, emergieron distintas problemáticas vinculadas a la organización de las tareas las mismas se entrelazaron con condiciones de precariedad preexistentes en los establecimientos asistenciales del subsector privado. En este sentido, argumentaré que las trabajadoras de enfermería construyeron una serie de estrategias gru-

pales y cotidianas para afrontar dichas problemáticas en un escenario de gran incertidumbre y presión sobre sus labores. En términos metodológicos, utilizaré el corpus empírico construido a partir de entrevistas en profundidad a enfermeras de clínicas con internación general de La Plata realizadas entre septiembre 2020 y junio 2021. Concretamente, los datos se desprenden del proyecto nacional de investigación PISAC-COVID 19 "La enfermería y los cuidados sanitarios profesionales durante la pandemia y la postpandemia del COVID-19 (Argentina, siglos XX y XXI)" y de una tesis doctoral en curso.

Palabras Claves: Enfermería, Trabajo de Cuidado, Subsector Privado, Pandemia

ABSTRACT:

In this work I will analyse the transformations in the health care tasks carried out by nurses from private clinics located in the city of La Plata, during the special context of the pandemic. I will emphasize the changes in the organization of the work process, the restructuring and adaptation of the different services and the inclusion of new hygiene and patient care protocols. I will point out that, although as a result of the health emergency, different problems related to the organization of tasks emerged, they were intertwined with pre-existing conditions of precariousness in the healthcare establishments of the private subsector. In this sense, I will argue that the nursing workers built a series of group and daily strategies to face these problems in a scenario of great uncertainty and pressure on their work. In methodological terms, I will use the empirical corpus built from in-depth interviews with nurses from general hospitalization clinics in La Plata carried out between September 2020 and June 2021. Specifically, the data comes from the PISAC-COVID 19 national research project "The Nursing and professional health care during the COVID-19 pandemic and post-pandemic (Argentina, 20th and 21st centuries)" and a doctoral thesis in progress.

Keywords Nursing, Care Work, Private Health Subsector, Pandemic

Introducción

El 2020 fue declarado por la Organización Mundial de la Salud como el año de la enfermería, en conmemoración del bicentenario de nacimiento de Florence Nightingale figura central en el desarrollo y la formación de la enfermería moderna. Paradójicamente, también fue el año marcado por la pandemia de COVID-19. La irrupción de un virus hasta el momento desconocido que afectó a la población mundial visibilizó la importancia que poseen las tareas de cuidado, en términos generales y, en particular, las labores de cuidado profesional de la salud como las que realizan las enfermeras¹. En los establecimientos de salud asistenciales fueron estas trabajadoras quienes estuvieron en la "primera línea" de atención de pacientes a medida que avanzaban los casos confirmados. Posteriormente, egresadas y estudiantes avanzadas de esta carrera también participaron como vacunadoras en el Plan Estratégico de Vacunación² contra el coronavirus que se desarrolló durante el 2021 y el 2022.

Sin embargo, y pese al aporte fundamental de este grupo para el abordaje de la pandemia, sus condiciones laborales distan de ser las mejores. Los bajos salarios, las situaciones de precariedad en las que se desempeñan, el desgaste físico y emocional, el escaso reconocimiento social de sus tareas y la naturalización de su formación profesional como habilidades propias del género femenino son algunas de las problemáticas que históricamente han afectado a la enfermería (Lusnich, 2011; Micha, 2015; Pereyra & Micha, 2016; Esquivel & Pereyra, 2017; Aspiazu, 2017; Ramacciotti & Valobra, 2017; Ortega, 2019; Malleville & Beliera, 2020; Malleville & Noguera, 2021). En este sentido, muchas de estas problemáticas pueden leerse desde la mirada de los estudios feministas sobre los trabajos de cuidado. Dicha perspectiva plantea que las construcciones sociales respecto al género no sólo afectan a quienes se encargan de las tareas de cuidado no remuneradas al interior de los hogares sino que también inciden en las formas en que las mujeres se insertan en el mercado laboral: en los sectores donde la fuerza de trabajo femenina está sobrerrepresentada -como el servicio doméstico, la educación y la salud- suelen encontrarse situaciones de mayor precariedad e informalidad laboral (Amaya Guerrero, 2019; Aguilar, 2019; Esquivel, 2011) y los salarios tienden a ser menores puesto que se da un fenómeno denominado "penalidad del cuidado" (Esquivel & Pereyra, 2017). En nuestro país, dentro de los trabajos de cuidado remunerados, la enfermería representa una de las ocupaciones con mayor presencia femenina (aproximadamente un 85 %) y, por ende, uno de los grupos laborales donde se expresan dichas desigualdades.

Partiendo de este escenario, en este artículo buscaré analizar las transformaciones

¹ Dado que se trata de un colectivo de trabajo fuertemente feminizado, me referiré a este grupo laboral en femenino (las trabajadoras, las enfermeras), aunque no desconozco que también está compuesto por varones y otras identidades.

² <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/coronavirus-vacuna-plan-estrategico-vacunacion-covid-19-diciembre-2020.pdf>

e implicancias que tuvo la pandemia en el trabajo de cuidado que realizan las enfermeras que se desempeñan en clínicas privadas de La Plata. Esta ciudad reviste un interés fundamental puesto que constituye la capital de la provincia de Buenos Aires, donde se concentran las autoridades sanitarias y una gran cantidad de establecimientos asistenciales de alta complejidad, a los que incluso asisten y/o son derivadas personas de otras partes de la provincia. A su vez, La Plata forma parte del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) una de las regiones más afectadas por la pandemia, tanto en términos epidemiológicos como sociales (Salvia & Poy, 2020).

El objetivo de este trabajo será analizar las transformaciones en las tareas de cuidado de la salud que realizan las enfermeras durante la pandemia. Haré énfasis en los cambios en la organización del proceso laboral durante los primeros meses de la emergencia sanitaria analizando la reestructuración y adecuación de los distintos servicios y la inclusión de nuevos protocolos de higiene y atención de pacientes. En este punto, resultará importante señalar que, si bien este escenario trastocó muchas de las prácticas que se realizan, intensificó los ritmos de trabajo, multiplicó las tareas y aumentó el agotamiento entre el personal de salud, en las clínicas privadas también emergieron otras problemáticas producto de las diversas acciones que desarrollaron los empresarios del sector, acciones que evidenciaron (o profundizaron) situaciones de precariedad preexistentes. En este sentido, argumentaré que las trabajadoras de enfermería construyeron una serie de estrategias grupales y cotidianas para afrontar las problemáticas en la organización de su trabajo en un escenario de gran incertidumbre y presión sobre sus labores. Cabe señalar que, si bien en nuestro trabajo de campo registramos situaciones de tensión y/o conflicto entre las trabajadoras, en este artículo nos centraremos en las estrategias grupales en tanto consideramos que constituyen una forma de sobrellevar y/o revertir las falencias presentes en la organización del trabajo.

En términos metodológicos utilizaré los datos construidos en el marco del proyecto nacional de investigación PISAC-COVID 19 "La enfermería y los cuidados sanitarios profesionales durante la pandemia y la postpandemia del COVID-19 (Argentina, siglos XX y XXI)" dirigido por Karina Ramacciotti. El proyecto, en el cual participe, incluyó la implementación de una encuesta a nivel nacional con 1.080 casos y, en el nodo La Plata, la realización de 40 entrevistas en profundidad a enfermeras (y enfermeros) de los subsectores público y privado y a cerca de 10 representantes de gestión, sindicatos, grupos autoconvocados y autoridades educativas y sanitarias. Además, se realizó un relevamiento de prensa local por medio de scrappeo. Para este trabajo, analizaré específicamente las entrevistas realizadas, entre septiembre del 2020 y junio del 2021, a enfermeras que se desempeñan en clínicas privadas con internación general y servicio de terapia intensiva³ de la ciudad de La Plata. También me serviré del

³ Según los datos disponibles en el Registro Federal de Establecimientos de Salud (REFES), La Plata cuenta con once establecimientos

campo empírico construido en el desarrollo de una tesis doctoral en curso que, desde un enfoque cualitativo, busca comprender la experiencia del trabajo de enfermería en establecimientos privados de salud de La Plata y, complementariamente, utilizaré los datos producidos en el informe sobre la situación de los/as trabajadores/as de la salud de La Plata, Berisso y Ensenada en tiempos de pandemia (Malleville et. AL., 2020). Cabe señalar que para respetar el anonimato de las/os entrevistadas/os se utilizarán nombres ficticios.

El trabajo se organiza de la siguiente manera: en un primer apartado presentaré los aportes de la teoría de los riesgos psicosociales y la psicodinámica del trabajo para pensar las transformaciones que se dieron en el proceso laboral dentro de los establecimientos de salud y las problemáticas que emergieron en ese contexto. En segundo lugar, profundizaré en las vivencias de las trabajadoras de enfermería durante la pandemia para identificar cuáles fueron las modificaciones suscitadas en los espacios de trabajo, en los protocolos de atención de pacientes y en los ritmos laborales y qué acciones cotidianas desarrollaron para poder llevar a cabo sus tareas.

1. Aportes de la teoría de los riesgos psicosociales y la psicodinámica del trabajo para analizar las transformaciones en los establecimientos de salud durante la pandemia

Para analizar las transformaciones en la organización del proceso laboral al interior de los establecimientos de salud y las implicancias que la irrupción de la pandemia de COVID-19 tuvo entre las trabajadoras de enfermería resulta de suma utilidad incluir los aportes de la teoría de los Riesgos Psicosociales del Trabajo (RPST). Este enfoque constituye una perspectiva innovadora que busca superar los abordajes tradicionales en materia de condiciones de trabajo y salud laboral, a partir de una visión ampliada y multidisciplinar que incorpora no sólo la preocupación por los agentes físicos, químicos y biológicos presentes en el medio ambiente laboral sino también las condiciones de trabajo resultantes de factores históricos, socio-técnicos y organizacionales (Neffa, 1989).

Partiendo de una concepción integral del trabajo y de su relación con la salud, los RPST pueden ser definidos como aquellos riesgos para la salud generados por los determinantes socioeconómicos y, esencialmente, las condiciones que asume el contenido y la organización del proceso laboral susceptibles de interactuar con el funcionamiento psíquico y mental del trabajador/a, con impacto sobre la organización o empresa donde éstos/as se desempeñan (Gollac, 2011; Neffa, 2019). Desde esta perspectiva podemos identificar seis factores de riesgos psicosociales: 1) intensidad y tiempo de trabajo 2) exigencias y control de las emociones; 3) grado de autonomía

que poseen internación general (ESCIG) clasificados como "de alto riesgo con terapia intensiva".

y margen de maniobra; 4) relaciones sociales y de trabajo; 5) conflictos éticos y de valores; 6) grado de seguridad y estabilidad en el empleo y en la situación de trabajo. De esta forma, si la jornada laboral se extiende y/o intensifica más allá de los límites soportables; si se aceleran los ritmos y tiempos de trabajo o se multiplican las tareas; si es necesario movilizar competencias emocionales por encima de las capacidades personales; si no se recibe una retribución acorde al esfuerzo realizado, el trabajo puede ser fuente de padecimiento y, por ende, causar sufrimiento en quienes lo ejecutan (Dejours, 1992; 2013).

En este sentido, la emergencia sanitaria a nivel nacional (DNU N°287/2020 y la declaración de todo el personal de salud como "trabajadores esenciales" (DNU N°297/200) supuso una transformación sustantiva en la organización del proceso laboral en los espacios de trabajo en salud. En marzo de 2020, luego de la confirmación del primer caso de un paciente con COVID-19 en Argentina, el poder ejecutivo advirtió sobre la crisis sanitaria y decretó el aislamiento social, preventivo y obligatorio en todo el territorio nacional (DNU N°297/2020). En un contexto de gran incertidumbre, se tomaron una serie de medidas para limitar la propagación de un virus desconocido hasta el momento (SARS-CoV-2) cuyo contagio se originaba mediante el contacto, afectando principalmente la capacidad respiratoria de las personas.

Durante los primeros meses del 2020, las autoridades buscaron reorganizar el sistema de salud y así "prepararlo" para el abordaje de la pandemia, lo cual supuso una serie transformaciones generales en los efectores de salud que alcanzaron a buena parte de los grupos de trabajo. Entre las acciones principales podemos mencionar: i) creación de nuevos sectores destinados a la atención de casos posibles y confirmados de COVID-19; ii) reacondicionamiento de los espacios laborales (incorporación de camas para internación, cambios en la ubicación y disposición de los servicios, división de sectores destinadas a pacientes COVID y con otras patologías.); iii) adquisición de nueva aparatología (por ejemplo respirados para cuadros respiratorios de gravedad, bombas de oxígeno etc.); iv) modificación de los grupos y las formas de trabajo (creación de puestos, incorporación de trabajadores/as mediante contratos eventuales⁴, traslado de personal a nuevos u otros servicios, implementación de sistema de rotación o "burbujas"⁵ para disminuir el contacto; licencias para el personal que integraba grupos en riesgo⁶); v) creación y capacitación

4 Por ejemplo, en los efectores públicos de la provincia de Buenos Aires, se buscó reforzar el personal de enfermería en unidades críticas y atención de pacientes COVID positivo a través de Becas de Contingencia, es decir modalidades de contratación por tiempo determinado que se abren en épocas del año donde se incrementan las enfermedades respiratorias.

5 En muchos espacios de trabajo se implementaron sistemas de burbuja, es decir se conformaron grupos de trabajo reducidos e integrados por las mismas personas para prevenir la propagación del virus, facilitar la identificación y el rastreo de casos positivos y garantizar la presencia de personal disponible en caso de un aumento de los contagios entre los/as trabajadores/as de los servicios de salud.

6 El personal de salud alcanzado por las licencias para "grupos en riesgo", fue variando a lo largo de la pandemia. En un primer momento se incluyó a personas inmunosuprimidas y/o en tratamiento oncológico, mayores de 60 años con enfermedades previas (respi-

en nuevos protocolos de higiene y seguridad (inclusión de nuevos elementos de protección personal, refuerzo en las medidas de higiene y limpieza); vi) cambios en los protocolos de atención de pacientes (implementación de sistemas de triage; seguimiento telefónico de pacientes con enfermedades crónicas; suspensión de cirugías no urgentes; limitación de visitas y presencia de acompañantes en las salas; pautas de aislamiento para pacientes COVID, etc.); vii) realización de nuevas tareas (como por ejemplo, hisopados) y capacitación en la utilización de tecnologías de respiración mecánica; viii) cambios en los espacios de sociabilidad y en las relaciones entre compañeros/as (medidas de distanciamiento social, limitación en el uso de espacios comunes, como comedores y vestuarios, y en los tiempos para compartir con otros/as compañeros/as); ix) suspensión de vacaciones y licencias durante todo el 2020 (DNU N°260/2020).

En este punto, si bien podemos identificar transformaciones generales en la organización del trabajo dentro de los establecimientos de salud, las mismas asumieron características particulares a medida que avanzaba la situación epidemiológica en las diversas regiones de nuestro país. Por ejemplo, en el AMBA -donde se encuentra incluida La Plata- hallamos un momento inicial en el desarrollo de la pandemia entre fines de marzo y agosto de 2020 cuando la cantidad de casos confirmados se mantenía en un número relativamente bajo. Un segundo momento que se extiende desde fines de agosto hasta fines del año 2020, cuando se registra la denominada "primera ola"; seguido por un tercer periodo de "amesetamiento" de los casos entre febrero y mediados de marzo de 2021. Posteriormente, se registró una "segunda ola" con un crecimiento exponencial de los casos positivos y de los fallecimientos para llegar rápidamente al pico histórico entre mediados y fines de abril de 2021, con valores promedio que cuadruplicaron los registrados en la "primera ola". Seguidamente, se observa una leve reducción de los casos que vuelven a crecer rápidamente entre fines de mayo y principios de junio de 2021 (Alzugaray et. Al, 2020; 2021).

El abordaje de la pandemia significó entonces una modificación sustancial en el cotidiano laboral de las trabajadoras de la salud, con algunos periodos más álgidos que otros en sintonía con el avance de los casos confirmados en nuestra región. El trabajo se intensificó producto de la reducción de los momentos de descanso -durante y luego de la jornada laboral- y el aumento de los requerimientos y la multiplicación de las tareas a desarrollar. Además de la intensificación de los ritmos laborales, las exigencias emocionales también se acrecentaron. A medida que la cantidad de casos crecía, también aumentaba el contacto de los/as trabajadores/as con personas COVID-19 positivo y/o que fallecían a causa del virus. El temor a

ratorias crónicas, cardiovasculares, diabetes, obesidad mórbida, insuficiencia renal crónica). Posteriormente, se incorporó a menores de 60 años con enfermedades previas y embarazadas.

infectarse trabajando, “contagiar” a compañeros/as e incluso “llevar el virus a casa” fue una de las principales preocupaciones entre los/as trabajadores/as de la salud durante los primeros meses de la pandemia (Malleville et. Al, 2020).

Como señalamos al comienzo del artículo, dentro de los diversos grupos que conforman el amplio abanico de “trabajadores/as de la salud”, son las enfermeras que realizan tareas asistenciales quienes durante la pandemia estuvieron más expuestas a la posibilidad de infectarse del virus. Ejemplo de ello fue que la Ley N°27.548 de “Protección al Personal de Salud ante la pandemia de Coronavirus COVID-19” fue denominada «Ley Silvio» en homenaje al enfermero Silvio Cufre, es decir el primer trabajador de la salud que falleció a causa del virus. En este sentido, durante la jornada laboral, las trabajadoras de enfermería pasan mucho tiempo con las personas internadas puesto que sus tareas implican el contacto y la atención directa de los pacientes, ya sea al momento de realizar acciones de aseo e higiene (bañar a los pacientes, cambiar la ropa de cama, retirar deyecciones, asistirlos para ir al baño, etc.) o bien cuando practican intervenciones de índole técnica (colocación de vías y sondas, control de signos vitales, suministro de medicación, etc.). Además, las enfermeras también se ocupan de otras dimensiones del cuidado que implican el diálogo con las personas internadas, el intercambio con los familiares, la contención ante situaciones de angustia, entre otras acciones que van más allá de las prácticas de índole técnica o de higiene del paciente (Malleville & Beliera, 2020).

En este sentido, podemos pensar a la enfermería como un trabajo de cuidado centrado en la salud de un Otro. Preguntarnos sobre el cuidado en nuestras sociedades permite poner de manifiesto la interdependencia que caracteriza a los seres humanos. Cuidar no es sólo un movimiento afectivo, sino que implica participar de la producción de una práctica que contribuye a la preservación de la vida, reconoce la interdependencia y la imposibilidad de autosuficiencia que caracteriza a los seres humanos (Molinier, 2012). El cuidado visibiliza que las necesidades humanas son de bienes y servicios, pero también de afectos y relaciones (Carrasco, 2001). Esas necesidades se tornan más evidentes en algunos momentos de nuestras vidas (cuando somos niños/as, cuando envejecemos, cuando atravesamos alguna problemática de salud) y se exacerban en contextos críticos como el que representó la pandemia donde las lógicas del plano laboral y doméstico experimentaron grandes modificaciones producto del aislamiento y la suspensión de actividades (laborales, educativas, etc.) (Barbato, 2020).

De esta forma, las particularidades que poseen las tareas de cuidado y el tipo de vínculo que construyen las enfermeras con los pacientes otorgan a este grupo cierto grado de autonomía respecto a la organización de sus tareas y, por ende, posibilita la construcción de acciones o estrategias para afrontar las problemáticas del trabajo cotidiano. Siguiendo a Dejours (2009) la organización real del trabajo siempre implica una (re)interpretación que se encuentra mediada por relaciones sociales que gestionan elementos no prescritos por la organización del trabajo inicial. Desde la perspectiva de la psicodinámica, las condiciones bajo las cuales se ejecuta el trabajo

pueden ser fuente de sufrimiento mental, afectar la salud de los/as trabajadores/as o bien constituir un espacio de placer y satisfacción laboral. En este punto, quienes trabajan no son referenciados como sujetos pasivos ante las dificultades que puedan surgir, sino que reaccionan y construyen una serie de estrategias de afrontamiento como respuesta a dichas problemáticas. En este marco, el análisis de las acciones concretas y la dinámica que adquieren en el cotidiano laboral resulta central.

Los/as trabajadores/as implementan estrategias para soportar las dificultades que emergen de sus tareas y así no implicarse emocionalmente y proteger su salud mental. Estas acciones se desarrollan a través de un principio de racionalidad subjetiva que se genera en un marco de relaciones intersubjetivas. Consideramos entonces, que la perspectiva de la psicodinámica del trabajo nos permite pensar la noción de estrategias no como una acción de tipo racional, es decir como una instancia donde los/as trabajadores/as de forma individual evalúan el contexto y ponen en juego los medios disponibles para alcanzar un determinado fin, sino que responden a un proceso activo de construcción que realizan los sujetos en el marco de relaciones sociales específicas, para dar respuesta y/o intervenir sobre las situaciones que experimentan y que comprometen su subjetividad. Estas acciones no son libres, sino que se encuentran ceñidas por múltiples condicionamientos que posicionan a los sujetos en un lugar determinado. Un ejemplo de este tipo de dinámicas sería la consideración del trabajo como un "deber moral", una "vocación" o el sentimiento de realizar una tarea de "gran utilidad social", como sucede en el caso de la enfermería, en tanto trabajo de cuidado.

A continuación, retomaremos los aportes de la psicodinámica del trabajo para analizar algunas de las estrategias construidas por las enfermeras que se desempeñan en clínicas privadas con internación general de La Plata.

2. Las trabajadoras de enfermería en el centro de la escena: transformaciones en el proceso laboral y estrategias de afrontamiento

2.1 Reacondicionamiento de espacios y creación de nuevos sectores

Como venimos señalando, la pandemia produjo una serie de transformaciones en la dinámica del trabajo de enfermería en los establecimientos de salud. En el contexto de adecuación a la atención de pacientes COVID-19, un punto importante fue la modificación en la disposición de los sectores y los servicios. En el caso de las clínicas privadas, la organización de la atención de los diversos pacientes y de las distintas patologías se encuentra sectorizada según diferentes áreas o servicios dependiendo de la complejidad y el tamaño de la institución de la cual estemos hablando (cantidad de pisos con los que cuenta el edificio, número de camas y personal contratado). En los establecimientos con internación general clasificados como de alto riesgo con terapia intensiva, solemos encontrar sectores como guardia, recepción administrativa y consultorios externos en la planta baja del edificio. El resto de los sectores suele distribuirse en los distintos pisos: clínica médica; servicios especializados según las

características del paciente (maternidad, pediatría, neonatología) y áreas cerradas o de mayor complejidad (unidad coronaria, unidad de terapia intensiva, terapia intermedia, quirófano, etc.).

El surgimiento de una enfermedad desconocida hasta entonces provocada por un virus sobre el cual había muy poca información implicó la creación de sectores y diagramas de trabajo específicos para los equipos de salud. En este marco, y debido a que el contacto constituía una de las principales formas de propagación e infección del virus, fue necesario crear espacios y protocolos propios para la atención de pacientes COVID-19 positivo y "casos sospechosos"; reacondicionar muchas de las áreas para generar condiciones de aislamiento entre pacientes, por ejemplo, colocar puertas/separaciones entre **boxes** y habitaciones; trasladar sectores a otros pisos del edificio e incluso habilitar espacios físicos que no se utilizaban hasta ese momento con el objetivo de aumentar la cantidad de camas disponibles ante un posible incremento de los casos.

"J: Se acondicionó la clínica. Ahora es todo COVID. Es tercero y primer piso COVID y antes era tercero COVID y primero clínica. De hecho, se abrió una pequeña oficina que tenían ellos de administración, también lo acondicionaron para que sea una sala de baja complejidad. Es para aislamiento y antibiótico nada más. Así que le pusieron dos camas, la mesita de luz y nada más. Iban a abrir más. Consultorios de abajo van a abrirlos todos con camas para COVID". (Jésica, Enfermera Franquista, Clínica Privada, sector COVID-19 y Clínica Médica, mayo 2021)

De esta forma, para evitar "contagios" entre pacientes, pero también entre el propio personal, se recomendó separar los sectores abocados a la atención COVID-19 de los servicios donde concurrían personas con otras patologías y consultas. Para ello, se implementaron distinciones: "aislado"⁷, "cerrado", "sucio" para referenciar los espacios donde transitaban pacientes COVID positivo o posibles casos y áreas "limpias" para la atención de pacientes "no COVID". Estos cambios no se dieron de una sola vez, sino que fueron adecuándose a medida que el número de casos y la gravedad de los pacientes aumentaba. Los dueños de las clínicas entonces adaptaban los espacios, la dinámica de los servicios y la cantidad de camas disponibles para pacientes COVID-19 en función del avance de la situación epidemiológica a nivel local. Como señalamos anteriormente, en La Plata, se produjo una "primera ola" hacia fines de agosto del 2020; luego una disminución de casos en época estival hasta registrarse un aumento progresivo cuyo pico máximo fue entre fines de abril y junio de 2021. Durante estos meses, los casos y los fallecimientos por COVID-19 incrementaron y los servicios de

⁷Con entrecorillado y en cursiva se indican términos nativos, es decir utilizados por las enfermeras entrevistadas.

salud de la ciudad alcanzaron el límite de camas ocupadas.

Asimismo, en las narrativas de las enfermeras que se desempeñan en el área de cirugía, encontramos que durante los primeros meses de la pandemia se suspendieron muchas intervenciones quirúrgicas para priorizar solo las "**urgencias**" (fracturas complejas, apendicectomía, cesáreas, etc.). Esta situación se extendió hasta aproximadamente el mes de noviembre, cuando se retomaron cirugías programadas (oncológicas, cardíacas, etc.). En otras áreas, también se evidenció el impacto de la pandemia, sobre todo durante los primeros meses del 2020 cuando la incertidumbre respecto a la circulación del virus era aún mayor. Las consultas presenciales por otras problemáticas de salud y dolencias también disminuyeron y muchos de los controles por enfermedades crónicas fueron reemplazados por seguimientos telefónicos, con el fin de evitar la presencia y la aglomeración de personas en las clínicas. Otra modificación en el proceso de atención y cuidado de los pacientes fue la suspensión de visitas y de acompañantes durante el proceso de internación, situación que se extendió avanzados los primeros meses de pandemia.

"E: Con respecto al lugar de trabajo, la neonatología, ¿se reacondicionaron algunos sectores?"

K: Totalmente. (...) El acceso a la neonatología se modificó, antes entraban papá y mamá para estar en contacto en las visitas, ahora entra en un solo horario la mamá y en otro horario el papá y tenemos un sector en la parte de pediatría, que es de pacientes sanos, digamos, que no están contagiados y otro sector que son sospechosos y positivos, que tienen una de las habitaciones que era para los pacientes, se transformó en office de enfermería y es el sector donde tienen que estar los camisolines, los barbijos, las cajas patológicas, donde uno puede vestirse y desvestirse, están las máscaras, los atomizadores con el amonio cuaternario y todos los elementos de seguridad como para minimizar el riesgo de contagio. (Karina, Enfermera Turno Mañana, Clínica Privada, Pediatría y Neonatología, mayo 2021)

Los cambios edilicios fueron acompañados por nuevos protocolos de seguridad y de atención de pacientes. Esta situación modificó sustantivamente las formas de organizar el trabajo en los equipos de salud y, especialmente las tareas de enfermería, tanto en los sectores destinados a la atención de COVID-19 como en otros servicios. En el relato de Karina, además de describir los cambios espaciales y la implementación de elementos de higiene y protección personal, plantea que en el sector de pediatría y neonatología también hubo una reducción de la cantidad de niños/as internados/as por habitación con el objetivo de disminuir el contacto. En este mismo sentido, también se limitaron el acceso de visitas y los tiempos de permanencia de los familiares en la clínica. Si consideramos que el trabajo de enfermería se organiza centralmente en

torno al cuidado de la salud de un "Otro", los cambios en las formas de relacionarse con los pacientes y sus familiares incidieron directamente en las labores de enfermería puesto que la construcción de una relación de cercanía entre enfermera-paciente representa una dimensión clave de su práctica (Malleville & Beliera, 2020). No permitir más de una persona por habitación; limitar el acompañamiento de una madre o un padre que tiene a su hijo/a internado/a; reducir los momentos donde se tiene contacto con los pacientes; sentir temor ante la posibilidad de infectarse durante los momentos de contacto; mantener a las personas aisladas; utilizar elementos de protección personal que dificultan la comunicación y el registro de la expresividad, son aspectos fundamentales del trabajo enfermero que se vieron trastocados durante la pandemia.

Las transformaciones en el proceso laboral implicaron entonces un enorme esfuerzo para las trabajadoras de enfermería quienes tuvieron que adaptar sus tareas cotidianas y modificar las formas de vincularse con las personas que cuidan y con su entorno cercano. En este escenario, surgieron diversos conflictos, algunos de ellos asociados a la novedad que implicó la emergencia sanitaria pero también otras problemáticas que evidenciaron condiciones de precariedad preexistentes en los establecimientos privados, como veremos a continuación.

1.2 Nuevos protocolos de seguridad y atención de pacientes

Como venimos argumentando, las transformaciones en la organización del trabajo en los espacios de salud modificaron el proceso de atención y cuidado de los pacientes, tanto al momento de ingresar a los establecimientos de salud como durante el periodo de internación. Por ejemplo, en algunas clínicas, cuando una persona ingresaba por algún malestar o dolencia se ponía en marcha un sistema de **triage**, que generalmente estaba a cargo del personal de enfermería. Este sistema permitía evaluar la sintomatología del paciente y así clasificar los casos posibles de COVID y las consultas por otro tipo de patologías. En función de esa primera clasificación, se ponían en marcha distintos dispositivos de atención según las necesidades y la gravedad del paciente. Por ejemplo, ante la presencia de síntomas compatibles con el COVID-19 se indicaba la realización de un hisopado para confirmar o descartar la presencia del virus. En casos de mayor gravedad, los pacientes eran derivados a áreas de atención crítica.

Una vez que la persona ingresaba a la clínica, si bien existen diferencias según el servicio y las características de los pacientes, podemos mencionar una serie de tareas asistenciales que las enfermeras efectúan para todas las personas internadas. En los distintos turnos de trabajo (mañana, tarde o noche) las trabajadoras se encargan de preparar y suministrar la medicación según las indicaciones brindadas por los profesionales médicos para cada paciente. Generalmente se medica cada ocho o doce horas, en horarios acordados previamente. Todas estas indicaciones deben "**pasarse**" al reporte diario de enfermería. El "**report**", como suele denominarse,

es una herramienta fundamental para la comunicación entre los distintos turnos. También existen horarios establecidos para el desayuno, el almuerzo, la merienda y la cena. En diversos momentos del día, según las necesidades de cada persona y la evaluación que realizan las enfermeras de cada turno, se controlan los sueros, se colocan o cambian las sondas, se revisan las vías, entre otras prácticas de índole técnica. Al ingresar a las habitaciones, las enfermeras también realizan una serie de tareas de cuidado vinculadas a la "**higiene y el confort**" de las personas internadas, por ejemplo, asistencia para orinar o defecar, retiro de deyecciones, cambio de ropa de cama, aseo asistido, entre otras acciones de cuidado.

Ahora bien, debido a la pandemia, las formas y los momentos para realizar este tipo de prácticas se vieron modificados. Por ejemplo, en sectores de internación de baja complejidad como Clínica Médica, no era común el uso de elementos de protección personal específicos para todas las tareas, exceptuando intervenciones de índole técnica y/o higiénicas que involucrasen secreciones. Durante la emergencia sanitaria, a la utilización de camisolines, barbijos y antiparras durante toda la jornada laboral también se sumó la implementación de otros equipos de protección que debían colocarse al momento de tener contacto directo con pacientes COVID positivo o con casos posibles (barbijos N95, camisolines hidro repelentes, máscaras, guantes, etc.). Por otra parte, las prácticas de higiene y limpieza de los sectores también se vieron fortalecidas, por ejemplo, se colocaron **dispenser** con alcohol en gel en todas las salas y se reforzó el lavado de manos antes y después de cada práctica. Como señala Daniela, cada vez que las enfermeras ingresaban o salían de una habitación o sector específico debían "**vestirse**" y "**desvestirse**", es decir cambiarse de ropa, colocarse los elementos de protección personal apropiados, higienizar sus manos, desinfectar las superficies de contacto y descartar los insumos utilizados en recipientes específicos con mucho cuidado.

E: ¿Cómo se organizaron los equipos de trabajo para prevenir los contagios?

D: Por ejemplo, en el área COVID, en cada puerta de cada habitación hay una mesita con guantes, alcohol, soluciones fisiológicas, descartadores. En la puerta de la habitación hay un descartador. O sea, nosotros nos vestimos en el pasillo y bueno, cuando entras a controlar, a medicar o lo que tenga que hacerse al paciente, a la hora que te retiras, en ese tacho de basura te desvistes, tiras todo, te desinfectas en la puerta donde digo que está la mesita. Y bueno, ya nos desvestimos y entramos al área de enfermería donde hacemos anotaciones. Después estamos ahí preparando medicación. Por ejemplo, preparamos medicación tipo cinco de la tarde. Llega la merienda, ingresamos, nos vestimos de nuevo, le damos la merienda. Si hay pacientes que tenemos que acompañar para que tome la merienda lo hacemos. Después hay unos botoncitos que

tiene cada habitación, cada paciente se encarga de llamar. Por ejemplo, nosotros somos dos enfermeros por piso, pero se trata de cubrir. Si falta personal se manda uno más y entre dos o tres nos manejamos. Tenemos generalmente dieciséis pacientes, diecisiete pacientes en piso. (Daniela, Enfermera Franquista, Clínica Privada, sector COVID y Clínica Médica, junio 2021).

En el campo empírico, hallamos que además de los protocolos generales para todos/as los/as trabajadores/as, los equipos de enfermería también construyeron una serie de acciones con el objetivo de mejorar la organización y la distribución del trabajo cotidiano, y así disminuir las complicaciones que surgieron debido al reacondicionamiento de sectores y a la implementación de las nuevas disposiciones por parte de los empleadores. Como señalaba Daniela, en las habitaciones ubicadas en el área de Clínica Médica se encuentran internados pacientes COVID positivo con cuadros leves, posibles casos y también personas con otras patologías, es decir "No COVID". Por esta razón, las enfermeras tomaron una serie de decisiones para organizar mejor su trabajo. Debido a que la atención de pacientes COVID implica la utilización de ropa y elementos de protección específicos, intentaron optimizar los tiempos y los momentos que debían pasar en contacto con este tipo de pacientes. Es decir, cuando ingresaban al área COVID realizaban de forma simultánea una serie de tareas asistenciales que en otro contexto podrían efectuarse separadamente: medicar, brindar la merienda, controlar los signos vitales, reforzar la higiene, etc. Además, Daniela y sus compañeras también tomaron decisiones respecto a la organización del sector: realizaron modificaciones en la disposición de las habitaciones con el fin de mejorar el aislamiento y así evitar posibles contagios entre pacientes COVID y no COVID.

E: Como personal de enfermería ¿participaron de las decisiones? ¿Qué me podés contar de esto? ¿Se sintieron tenidos en cuenta en el proceso de decisiones?

D: Al principio no porque eso lo manejan los coordinadores. Todos los de arriba, pero con el transcurso del cambio, nosotros vamos viendo que se necesitaba a la hora de trabajar. De qué manera podríamos estar organizándonos. Por ahí se necesitaba un tacho más de basura, nosotros comunicamos eso. Por ejemplo, otra cosa que hacíamos, ponele que de la habitación 206 al 210 son sospecha, 211 y 212, son negativos y del 214 son positivos. Entonces nosotros lo que hacemos es cambiar a esos que eran un negativo, cambiarlos al 206 para que no estén en esa área porque tratamos de mantener esa área que digo. Del 206 para allá todos lo que son COVID y los otros apartados. Siempre tratamos de hacer eso nosotros. No juntarlos. Y bueno, eso comunicamos nosotros. Ya con eso también

se organizaban. (Daniela, Enfermera Franquista, Clínica Privada, sector COVID y Clínica Médica, junio 2021).

Las acciones que las enfermeras realizaron para mejorar la organización cotidiana de sus tareas tuvieron como objetivo disminuir el riesgo de infección entre los pacientes, pero también generar sistemas de atención que los ayuden a protegerse y protegerse entre compañeras. En este punto, encontramos diferencias en las clínicas bajo estudio: si en algunas instituciones los coordinadores del departamento de enfermería participaron en la implementación de los nuevos protocolos -por ejemplo, en la reestructuración de servicios y en la organización de las áreas destinada a pacientes respiratorios, en la capacitación del uso de elementos de protección personal, en la construcción de comités de crisis, etc.- ; en otros espacios las enfermeras tuvieron que adecuar sus prácticas a las decisiones tomadas "**desde arriba**", es decir a los lineamientos establecidos por quienes ocupan puestos de jefatura. En algunos servicios, las sugerencias que comunicaban las enfermeras, basadas en la identificación de problemas durante su experiencia cotidiana, eran tomadas por los coordinadores e implementadas en otros sectores. Por el contrario, en otros establecimientos, no se habilitaron instancias de consulta y/o participación de las trabajadoras y tampoco fue posible realizar sugerencias o modificaciones. Las acciones grupales se desarrollaban entre compañeras de un mismo sector y/o turno, sin un aval institucional a nivel más general. En otras clínicas, la adecuación a los nuevos protocolos y la información sobre los procedimientos a realizar fue prácticamente nula. Razón por la cual, fue el propio personal quien se encargó de diseñar e implementar los lineamientos para la atención de pacientes COVID.

L: "Lo organizamos todo nosotros. Nosotros, digo el personal: desde las mucamas, los administrativos, las enfermeras. Hemos sido autodidactas todos. Desde cómo hacer un protocolo, cómo cambiarnos, cómo desvestirnos, porque también todo tiene que ver con eso, cómo atender un paciente, cómo recibir un paciente, todo." (Luciano, Enfermero Turno Tarde, Clínica Privada, Cirugía General, junio 2021)

"M: Nosotros entendíamos y creíamos que el tema de las capacitaciones, el uso correcto del equipo de protección, el manejo de los protocolos y la creación de los protocolos debía estar a cargo de supervisión y no pasó. Nosotros fuimos entre los mismos colegas de la terapia o del sector de internaciones o guardia, fuimos leyendo, armando. [El departamento de] Infectología armó un protocolo, hicimos algunas charlas en la terapia intensiva de cómo manejar el paciente cuando ingresa, el tema de la intubación, los equipos de protección, pero fue más iniciativa nuestra que de la Institución (Marcos, Enfermero Turno Tarde, Clínica Privada, Terapia Intensiva, mayo 2021).

Las enfermeras que se desempeñan en sectores COVID, por las características de los pacientes y de sus tareas, se encuentran más expuestas a la posibilidad de infectarse del virus. Sin embargo, esta preocupación no solo afectaba a las trabajadoras de la "primera línea" de atención sino también al personal de clínica médica, pediatría, cirugía o terapia intensiva puesto que su trabajo también radica en el contacto directo y permanente con las personas internadas. En este sentido, el riesgo de infectarse aumenta cuando existen deficiencias en los protocolos de atención y en la provisión de elementos de protección personal adecuados. En algunas clínicas privadas, ante la falta de acciones concretas por parte de los empleadores y/o los supervisores, las trabajadoras se organizaron para sobrellevar estas falencias: a partir de sus propios saberes y trayectorias formativas crearon protocolos de atención, generaron instancias de capacitación sobre el uso de elementos de protección personal e instancias de formación para el tratamiento de cuadros respiratorios de gravedad, construyeron referentes por turno y sector a quienes consultar ante las dudas que surgían en el cotidiano laboral. Estas acciones permitieron mejorar los protocolos de atención frente a una situación de gran incertidumbre donde no sólo estaba en riesgo la salud de los pacientes sino también la propia, la de sus compañeras de trabajo y la de los familiares con quienes conviven.

A su vez, otra forma de protección entre las enfermeras consistió en disminuir los momentos de contacto directo con las personas internadas o aisladas en salas particulares. Grupalmente las trabajadoras -ya sea de un mismo turno o de diferentes turnos y sectores - se organizaron para distribuir de forma más equitativa las tareas, por un lado, las acciones de cuidado que implicaban "ingresar" al área COVID para, por ejemplo, realizar control de signos vitales, suministrar la medicación, higienizar al paciente y, por otro, las labores que podían realizarse en el office⁸ de enfermería como completar el reporte diario de pacientes, preparar la medicación, entre otras acciones.

E: ¿Con tus compañeras se organizan para ver quién entra a la sala COVID o para resguardarse un poco entre ustedes?

J: Sí, cuando son pocos pacientes como ahora que son quince, y somos dos chicas, generalmente una hace la medicación y la otra va a hacer los signos vitales. Entonces la que hace medicación va y le deja en la mesita de la entrada, sin entrar, la medicación. Automáticamente la otra sale, aplica la medicación, mete la merienda y sale. La otra se queda haciendo todo lo que es más administrativo, pasando las cosas en la carpeta, y todas esas cosas. Pero bueno cuando hay muchos pacientes, si

⁸ El office de enfermería es un espacio destinado al depósito de medicamentos y materiales de uso diario, donde las/os enfermeras/os organizan su trabajo cotidiano.

o si tenemos que entrar las dos porque no llegamos con la hora. (Jésica, Enfermera Franquista, Clínica Privada, Sector COVID y Clínica Médica, mayo 2021)

Como señala Jésica, en los momentos más álgidos de la pandemia estas estrategias no pudieron desarrollarse por completo puesto que la escasez de personal en relación con el número de pacientes internados derivó en una intensificación del trabajo que realizan. Como veremos a continuación, la cantidad de trabajadoras disponibles en relación con el número de personal que efectivamente se necesita para garantizar los cuidados y la atención de los pacientes, implicó una sobrecarga para las enfermeras que potenció el agotamiento propio de trabajar intensamente durante la crisis sanitaria.

1.3 Escasez de personal y sistemas de rotación

Pese al contexto de emergencia sanitaria, buena parte de las clínicas privadas de la ciudad no contrataron la cantidad de trabajadoras necesarias para reforzar la nómina de personal disponible, reemplazar a aquellas enfermeras que tomaron licencia por ser parte de los grupos en riesgo ante el COVID o bien suplir las ausencias de quienes se infectaban de COVID en el marco de sus tareas cotidianas.

“E- ¿Por la pandemia sumaron gente?”

A: No, ya había obviamente compañeras fueron renunciando y siempre nos decían que el sanatorio estaba en quiebra viste, cositas... y nunca recuperaron ese personal que se fue, y ahora con el tema de la pandemia no van a volver a contratar a nadie porque se arreglan con lo que tienen, en las vacaciones fue así, había compañeros que hacían 16 horas”. (Adriana, Enfermera Turno noche, Clínica Privada, sector COVID, septiembre 2020)

“J: Lo que sí, últimamente está habiendo muchos pacientes y poco personal. Cuando comenzó todo esto, en junio, julio más o menos que allá en la clínica fue que explotó, llegaron a ser veintidós pacientes y solamente dos enfermeras (...) Fue terrible. No teníamos descanso. Y más que muchas compañeras infectadas. En la clínica constantemente se rotan las enfermeras, el personal porque somos pocas. Por ejemplo, yo mañana trabajo por la tarde.” (Jésica, Enfermera Franquista, Clínica Privada, sector COVID y Clínica Médica, mayo 2021)

Las enfermeras entonces experimentaron situaciones de sobrecarga laboral producto del déficit entre la cantidad de personal disponible y el número de pacientes que debían atender, cuestión que se agravaba en los momentos más álgidos de la pandemia donde la ocupación de camas era prácticamente total. La falta de personal no constituye una situación novedosa en el sector, pero si se profundizó durante la crisis sanitaria puesto que, como señalamos anteriormente, los tiempos y las tareas

se intensificaron considerablemente, aumentó el cansancio, se redujeron los tiempos de recuperación, creció el temor y la angustia entre las trabajadoras

En este sentido, para comprender mejor esta problemática no debemos perder de vista que, a diferencia de lo que sucede en hospitales públicos donde la salud se configura como un derecho que debe ser garantizado por el Estado, en las clínicas entran en juego lógicas propias del empleo privado. Es decir, el empleador no es una entidad abstracta sino una persona o grupo de personas que integran los directorios de las instituciones, en tanto empresas. Los dueños de las clínicas contratan a sus trabajadoras a cambio de un salario para brindar un servicio pago, donde las personas además de pacientes son clientes. De esta forma, los empresarios del sector asistencial suelen implementar diversos mecanismos para elevar sus ganancias y reducir los costos, esencialmente los "costos laborales": retraso en el pago de salarios y/o aguinaldos; cese en el pago de otras bonificaciones; no incorporación de nuevo personal; aumento en el control de los insumos utilizados, etc.

Recordemos que el incremento de la participación del subsector privado en la prestación de servicios de salud puede retrotraerse a la década del noventa momento en el cual los establecimientos asistenciales y la capacidad instalada del subsector se expandió considerablemente, en un marco de desregulación estatal e incentivo a los capitales privados. Ejemplo de ello fue el incremento en el número de camas de establecimientos asistenciales privados frente al detrimento de las plazas disponibles en el subsector público y en las obras sociales (Acuña & Chudnovsky, 2002; Belló & Becerril-Montekio, 2011). Las reformas neoliberales también contribuyeron a la penetración de las empresas de medicina prepaga en el mercado de la seguridad social a través de contratos con las obras sociales, lo cual permitió la transferencia de las contribuciones obligatorias de los beneficiarios a dichas empresas. La desregulación del subsector de la seguridad social implicó que los afiliados puedan contratar libremente una obra social diferente a la de su actividad económica, con el objetivo de promover la libre competencia entre las entidades. De esta forma, desde la década de los noventa, el protagonismo de los actores privados en el sector contribuyó a la mercantilización de las prestaciones de salud.

Frente a las demandas por la cantidad de enfermeras en servicio, los empresarios aducen que, desde hace algunos años, el sector asistencial se encuentra en "crisis". Dicha situación es asociada al aumento en las tarifas de los servicios públicos, el incremento de los precios de medicamentos, insumos y tecnologías importadas, el retraso en el pago por parte de los financiadores y el "desfasaje" entre los aumentos salariales y el incremento de los aranceles autorizados por las obras sociales -especialmente IOMA y PAMI- (Portal 0221.com.ar, 2018; El Sol Noticias, 2018). En este marco, para ajustar sus márgenes de ganancia, los dueños de las clínicas privadas no incorporan personal para reemplazar a quienes renuncian, se jubilan o se encuentran de licencia o vacaciones. Quienes permanecen en sus puestos de trabajo deben encargarse entonces de una multiplicidad de tareas para las que inicialmente

se requerían más personas.

A su vez, para evitar contratar trabajadoras de planta estable y reducir así los "costos laborales", además de sobrecargar al personal, los empresarios recurren a dos prácticas muy extendidas en el subsector privado. Por un lado, suelen ofrecer a las enfermeras estables la posibilidad de realizar "horas extras" o "doble turno" por fuera de su horario habitual, lo que se expresa en jornadas laborales que se extienden por 16 horas. Estas horas suelen pagarse de forma no registrada, cuestión que suele ser aceptada por las propias trabajadoras con el fin de incrementar los ingresos percibidos (Malleville & Noguera, 2021). Por otro lado, los empresarios contratan personal de manera eventual a través de contratos precarios de unos pocos meses, con el objetivo de reemplazar a quienes no están disponibles, por ejemplo, porque se encuentran de vacaciones o tienen días de franco. Estas enfermeras suelen denominarse "franquistas" o "franqueras" y son llamadas en momentos puntuales para trabajar en distintos sectores y turnos según se lo requiera.

En muchos establecimientos privados también se implementan sistemas de rotación entre el personal de enfermería. Es común encontrar enfermeras "fijas" por sector/turno y otras/os que "rotan" semanal o diariamente según las indicaciones de los supervisores y/o jefes de recursos humanos. Las enfermeras que "rotan" por los distintos sectores de las clínicas suelen ser aquellas trabajadoras recientemente contratadas y/o las denominadas "franquistas". Además de la precariedad e inestabilidad laboral que representan los contratos eventuales, esta forma de organización y gestión del personal repercute en el trabajo de enfermería, especialmente durante el contexto de pandemia, como sostiene uno de los enfermeros entrevistados:

M: "En cuanto al personal, se mantuvo la misma gente. Nosotros en enfermería tenemos un problema. En la institución los que son "franqueros" o los que no están como titulares en el servicio, nosotros les decimos que pasean por todos lados. Si no están en terapia los mandan a unidad coronaria sino los mandan a piso y si no los mandan a la guardia. Nosotros lo que le pedimos a la supervisión es que la gente que venía a cubrir la terapia la mantuvieran fija. Porque por ahí, venía un enfermero y a los dos días estaba en otro servicio y mandaban a otra persona. Nosotros lo que le pedimos era que a esa persona la dejen hasta que tenga franco y que no ande por toda la clínica. También hablamos con infectología porque si se contagia en terapia y anda desparramando el virus para todos lados y vos después necesitas más que nada ahora que no te podés comunicar bien por los equipos que tenés puesto. A veces con una mirada, si ya te conoces trabajando o a veces sin mirarte, cada uno hace sus cosas, sabe lo que tiene que hacer es mucho más rápido y más seguro. En cambio, si todo el tiempo estás cambiando de compañero, lo que planteamos es que te tenés que empezar a conocer. Eso nos parecía

un riesgo innecesario para poder contagiarnos. (Marcos, Enfermero Turno Tarde, Clínica Privada, Terapia Intensiva, mayo 2021).

Marcos señala dos problemáticas vinculadas con los sistemas de rotación del personal de enfermería durante la pandemia. Por un lado, el cambio permanente en alguno de los integrantes de los grupos de trabajo dificulta la posibilidad de formar grupos que se conozcan en profundidad y realicen las tareas del servicio de forma coordinada. Las labores de enfermería, especialmente en áreas de cuidados críticos como es la terapia intensiva, implican un gran nivel de atención respecto a la evolución de los pacientes, al funcionamiento de la aparatología, a las señales y los sonidos de las máquinas que controlan los signos vitales, a la vigilancia de monitores, respiradores y oxígeno; incluso se requiere de acciones rápidas y ordenadas puesto que los pacientes revisten mayor gravedad y su estado de salud puede cambiar rápidamente. En este sentido, el trabajo en el sector requiere de una gran comunicación e interdependencia entre compañeras. Marcos advierte que la posibilidad de mejorar estos aspectos, en tanto dimensiones centrales de la práctica de cuidado de pacientes críticos, se vincula con el hecho de **“conocer”** al compañero/a de trabajo, comunicarse rápidamente e incluso poder interactuar sin **“mirarse”**. Durante la pandemia, el diálogo y la interacción entre las/os trabajadoras/os se vio dificultada por el uso de elementos de protección personal que cubrían buena parte del cuerpo, las expresiones del rostro y los gestos que realizan las personas. En este escenario, la experiencia del trabajo conjunto fue registrada por las enfermeras como un elemento que permitía sobrellevar esta dificultad y disminuir los malos entendidos que podían surgir entre los integrantes del servicio. Por otro lado, la rotación de trabajadoras hacia los distintos sectores de la clínica también era evaluada como práctica **“riesgosa”** por el propio personal puesto que aumenta la posibilidad de contagio entre las enfermeras. En una situación de emergencia, donde las autoridades sanitarias recomendaban reducir el contacto y conformar **“burbujas”** entre los grupos que suelen trabajar conjuntamente para así cuidar la salud y garantizar la atención ante un posible aumento de los casos de COVID-19, los cambios permanentes entre los integrantes del servicio eran percibido como un **“riesgo innecesario”** por los propios/as trabajadores/as.

Frente a esta problemática, las enfermeras no se mantuvieron al margen, sino que tomaron una serie de decisiones para mejorar la organización de sus tareas. Por ejemplo, establecieron que la persona que **“rote”**, es decir quien no estuviese **“siempre en la terapia”** no intervenga en aquellos procedimientos que involucraban la atención de pacientes COVID positivo. Sus intervenciones se limitaban entonces a realizar tareas que no requerían del contacto directo con los pacientes, como preparar la medicación, y completar los reportes. Si bien esta decisión buscaba prevenir posibles contagios y tener más control sobre la organización del trabajo, también

implicaba una sobrecarga para las enfermeras "fijas" del servicio de terapia, quienes manifestaban su malestar respecto a las decisiones tomadas por la supervisión de la clínica. Ante las falencias en la organización laboral y con el objetivo de disminuir posibles contagios entre sectores, algunas trabajadoras asumieron la responsabilidad de ingresar al área COVID. Si bien esta situación era vivenciada como un incremento en la exposición ante el virus, también era considerada necesaria para mejorar la atención en el servicio y evitar riesgos mayores.

Reflexiones finales

En el transcurso de estas páginas analizamos las transformaciones e implicancias que tuvo la pandemia en la organización del trabajo al interior de establecimientos privados de salud y, en particular, sobre las tareas de cuidado de pacientes que realizan las enfermeras. Posteriormente profundizamos en las estrategias de afrontamiento que construyeron estas trabajadoras con el objetivo de sobrellevar los problemas que emergían en el cotidiano laboral. En términos teóricos, utilizamos los aportes de la teoría de los riesgos psicosociales y la psicodinámica del trabajo para comprender las acciones desplegadas por los sujetos, pero atendiendo al marco de relaciones sociales en las cuales se desarrollaban.

Planteamos que entre el amplio abanico de "trabajadores/as de la salud", las enfermeras que realizan cuidados asistenciales fueron uno de los grupos más afectados por la pandemia. La enfermería puede analizarse como un trabajo de cuidado remunerado centrado en el cuidado de la salud de un Otro. Durante la jornada laboral en las clínicas, las enfermeras pasan mucho tiempo con las personas internadas puesto que sus tareas implican el contacto y la atención directa de pacientes y, por lo tanto, se encuentran más expuestas a la posibilidad de infectarse del virus. En este sentido, la pandemia representó una transformación sustancial en la dinámica de trabajo de este grupo. La modificación de los espacios concretos de trabajo, de la organización de los sectores y de la atención de pacientes producto de la inclusión de nuevos protocolos repercutieron en las tareas cotidianas de la enfermería. A la par de estas transformaciones generales, surgieron problemáticas particulares vinculadas al trabajo en el subsector privado. Por ejemplo, durante los primeros meses de pandemia, ante la deficiencia en los lineamientos por parte de las autoridades de las clínicas, las enfermeras -junto con otros/as trabajadores/as- crearon protocolos propios de atención, generaron instancias de capacitación sobre el uso de elementos de protección personal y nueva aparatología y construyeron referentes por sector a quienes consultar. Estas estrategias no solo permitieron reducir los contagios entre pacientes sino también protegerse a sí mismas, a sus compañeras y a los familiares con quienes convivían.

No obstante, las problemáticas que emergieron no solo fueron producto de la crisis sanitaria, sino que también se solaparon con situaciones de precariedad preexistentes vinculadas a una serie de mecanismos implementados por los empresarios del

sector asistencial para reducir "costos" y maximizar ganancias. Hallamos entonces que muchas de las acciones y/o estrategias desarrolladas por las trabajadoras encontraban su límite en falencias previas, por ejemplo, debido a la escasez de enfermeras de planta estable, a las formas de contratación precarias y a los sistemas de rotación de personal presentes en las clínicas privadas.

El estudio sobre las condiciones laborales de las enfermeras que se desempeñan en el subsector privado asistencial permitió analizar las transformaciones que experimentaron las tareas de cuidado de la salud en el marco de la emergencia sanitaria y también recuperar las acciones grupales desarrolladas por las enfermeras para sobrellevar su trabajo en un contexto de gran incertidumbre. Pero el estudio de la enfermería en tanto grupo específico también permite analizar una serie de dimensiones que hacen a sus condiciones laborales y, especialmente, a la persistencia de situaciones de precariedad. En primer lugar, pensar a la enfermería como un trabajo de cuidado remunerado y realizado por una mayoría de mujeres implica reconocer cómo las desigualdades sexo-genéricas y la naturalización de cualidades aparentemente femeninas para realizar este tipo de tareas impactan en las formas en que las mujeres se insertan en el mercado laboral. En segundo lugar, el trabajo de enfermería en clínicas privadas posee características diferentes al empleo en el subsector público puesto que intervienen lógicas propias del empleo privado. La salud se configura entonces como una mercancía para los empresarios del sector y la fuerza de trabajo como un "costo" que debe "ajustarse" a partir de la implementación de una serie de mecanismos empresariales. Por último, el especial contexto de pandemia puso en el debate público la importancia que poseen los cuidados en nuestras sociedades, pero también evidenció la creciente mercantilización de esta esfera y las discrepancias respecto al acceso, a la organización y a la distribución de estas tareas tanto en el ámbito doméstico como remunerado. Tareas que son sostenidas por una mayoría de mujeres que experimentan en el cotidiano múltiples desigualdades.

Bibliografía

- Acuña, C. Y Chudnovsky, M. (2002) "El sistema de salud en Argentina", Documento 60, Universidad de San Andrés-CEDI. Bs. As., marzo. Disponible en <http://www.ccgsm.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/salud.pdf>
- Aguilar, P. L. (2019). Pensar el cuidado como problema social, pages 19–30. Universidad Nacional de Quilmes, Unidades de Publicaciones del Departamento de Economía y Administración.
- Alzagaray, L., Peiro, M.L. & Santa María, J. (2021). "Informe: La evolución de la pandemia en el Gran La Plata." Quinto Reporte, Comisión de relevamiento y monitoreo de la emergencia sanitaria en el Gran La Plata, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Instituto de Investigaciones en Humanidades y Ciencias Sociales.
- Amaya Guerrero, R. (2019). Pensar el cuidado como problema social, pages 67–78. Universidad Nacional de Quilmes, Unidades de Publicaciones del Departamento de Economía y Administración.
- Aspiazu, E. (2017). Las condiciones laborales de las y los enfermeros en Argentina: Entre la profesionalización y la precariedad del cuidado en la salud. *Trabajo y sociedad*, 28, 11-35.
- Barbato, C. (2020). *El cuidado es político: reflexiones transversales en tiempos de precariedad*. Barbato, C. (comp.). Beccar: Poliedro Editorial de la Universidad de San Isidro.
- Bello, M. y Becerril-Montekio, V. M. (2011). Sistema de salud de Argentina. *Salud Pública, México*, 53, 96-108.
- Carrasco, C. (2001). La sostenibilidad de la vida humana: ¿un asunto de mujeres? *Mientras tanto*, (82):43–70.
- Dejours, C. (1992). *Trabajo y desgaste mental: una contribución a la psicopatología del trabajo*. Buenos Aires: Humanitas.
- Dejours, C. (2009). *El desgaste mental en el trabajo*. Madrid: Modus Laborandis.
- Dejours, C. (2013). *Trabajo vivo II: Trabajo y emancipación*. Buenos Aires: Topia Editorial.
- Esquivel, V. (2011). La economía del cuidado en américa latiana: Poniendo a los cuidados en el centro de la agenda. Technical report, PNUD. Área Práctica de Género. Serie Atando cabos, deshaciendo nudos.
- Esquivel, V. R. y Pereyra, F. (2017). Las condiciones laborales de las y los trabajadores del cuidado en argentina: Reflexiones en base al análisis de tres ocupaciones seleccionadas.

- Gollac, M. (Dir) (2011). Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. París: Ministère du Travail, de l'Emploi et du Dialogue Social.
- Lusnich, C. (2011). Salud y enfermedad, desgaste y padecimiento subjetivo en los trabajadores del área de enfermería. Congreso Nacional de Estudios del Trabajo, ASET (Asociación Argentina de Especialistas en Estudios del Trabajo), Buenos Aires.
- Malleville, S.; Fernández, M.; Fernández, M.; Fonseca, M.; Mirada, J. M.; Murua, S.; Ramírez, L.; Bernat, M. S. y Sala, J. (2020). Informe de resultados. Los trabajadores y las trabajadoras de la salud en tiempos de pandemia (COVID-19). Dirección de Redes Intersectoriales en Salud, Universidad Nacional de La Plata Disponible en <https://unlp.edu.ar/salud/resultados-de-la-encuesta-sobre-la-situacion-laboral-de-los-trabajadores-de-la-salud-19692>
- Malleville, S., & Beliera, A. (2020). El lugar del reconocimiento en el trabajo de enfermería. Repensando el concepto de precarización laboral. Estudios del Trabajo. Revista de la Asociación Argentina de Especialistas en Estudios del Trabajo (ASET), 59, Article 59. <https://aset.org.ar/ojs/revista/article/view/73>
- Malleville, Sofía y Noguera, Deborah (2021). "¿Situación de emergencia o problemática histórica? Salarios, pluriempleo y organización cotidiana en el trabajo de cuidado de enfermería". En Ensayos sobre economía y género - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Biblioteca Nacional; Ministerio Economía. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ensayosobreeconomiaygenero.pdf>
- Micha, A. (2015). Las condiciones de trabajo de la enfermería en Argentina: Algunos determinantes político-institucionales. Estudios del Trabajo. Revista de la Asociación Argentina de Especialistas en Estudios del Trabajo (ASET), 49.
- Neffa, J. C. (1989). ¿Qué son las condiciones y medio ambiente de trabajo? Propuesta de una nueva perspectiva. Buenos Aires: Área de Estudio e Investigación en Ciencias sociales del Trabajo, Centro de Estudios e Investigaciones Laborales, CREDAL - CNRS / Humanitas.
- Neffa J. C. (2019) ¿Qué son los riesgos psicosociales en el trabajo? Buenos Aires: CEIL libros/Proyectos.
- Ortega, J. (2019a). Trabajos de(s)cuidados: Reformas neoliberales, feminización y precarización de las condiciones de trabajo en enfermería. Athenea Digital. Revista de pensamiento e investigación social, 19(3), 2333-2333. <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.2333>
- Pereyra, F., & Micha, A. (2016). La configuración de las condiciones laborales de la enfermería en el Área Metropolitana de Buenos Aires: Un análisis en el cruce del orden de género y la organización del sistema de salud. Salud colectiva, 12(2), 221-238. <https://doi.org/10.18294/sc.2016.730>

Ramacciotti, K., & Valobra, A. (2017). El dilema Nightingale: Controversias sobre la profesionalización de la enfermería en Argentina 1949-1967. *Dynamis*, 37(2), 367-387.

Salvia, A. y Poy, A. (2020). Impacto social de las medidas de aislamiento obligatorio por COVID19 en el AMBA: informe de avance. Pontificia Universidad Católica Argentina. Observatorio de la Deuda Social Argentina.

Normativa

Decreto N°260/2020 Emergencia Sanitaria Coronavirus (COVID-19). Disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=335423>

Decreto N°287/2020 Emergencia Sanitaria. Disponible en <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/226914/20200318>

Decreto N°297/2020 Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio. Disponible en <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227042/20200320>

Ley N°27.548 Programa de protección al personal de salud ante la pandemia de coronavirus covid-19 Disponible en <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/230239/20200608>

Fuentes Archivo de Prensa

El Sol Noticias (2018, agosto 11) Las clínicas privadas de la Provincia lanza un alerta por la crisis <https://elsolnoticias.com.ar/las-clinicas-privadas-de-la-provincia-lanza-un-alerta-por-la-crisis/>

Portal 0221.com.ar (2018, agosto 9) Clínicas bonaerenses en crisis: «Estos meses nos pasó un tsunami económico por encima» <https://www.0221.com.ar/nota/2018-8-9-10-44-0-clinicas-bonaerenses-en-crisis-estos-meses-nos-paso-un-tsunami-economico-por-encima>