

# **Transformaciones en la organización de los cuidados genéricos y profesionales a partir de la pandemia. Una aproximación empírica desde el caso de TecnoPolis.**

Grisel Adissi y Lía Ferrero.

Cita:

Grisel Adissi y Lía Ferrero (2021). *Transformaciones en la organización de los cuidados genéricos y profesionales a partir de la pandemia. Una aproximación empírica desde el caso de TecnoPolis*. XIV Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-074/183>

**XIV Jornadas de la Carrera de Sociología  
Facultad de Ciencias Sociales- Universidad de Buenos Aires**

**1 al 5 de noviembre 2021**

***Sur, pandemia y después***

**Transformaciones en la organización de los cuidados genéricos y profesionales a partir de la pandemia. Una aproximación empírica desde el caso de Tecnópolis<sup>1</sup>.**

**1. Presentación**

El tema que motiva esta ponencia nació como un emergente singular, en el marco de una investigación más amplia sobre las transformaciones de la enfermería en Argentina. Al realizar una entrevista para aquel proyecto, se nos abrió un mundo tan deslumbrante como inesperado: Tecnópolis. Esta primera entrevistada del Parque Sanitario, coordinadora de uno de los turnos de Enfermería, nos relató situaciones tan singulares acerca de su propio rol como enfermera y acerca de la perspectiva con que se abordó el cuidado en aquel dispositivo, que nos pareció ineludible profundizar —aún a riesgo de dispersarnos respecto de nuestro principal propósito.

A partir de aquella experiencia, realizamos otras tres entrevistas más, cuidando equilibrar nuestra aún incipiente selección de informantes, respecto de autoridades y personal básico, así como respecto de la trayectoria profesional y formativa previa. También hicimos un rastreo sistemático en fuentes periodísticas digitales e incorporamos el rastreo de redes sociales de actores políticos clave (particularmente de lo publicado por ellos en Twitter). Esta ponencia surge a modo de un primer avance sobre esto que comenzamos a entrever, y que representa para nosotras un punto de mira más que interesante acerca de transformaciones históricas en curso, en las que pueden reconocerse procesos de largo, mediano y corto plazo. El corto plazo, radical en su impacto, viene dado por la pandemia del COVID19 y su respuesta en términos de políticas públicas. Pero sería ingenuo desligar aquello de procesos con mayor profundidad histórica. En particular en este artículo nos interesará abordar lo relativo al cuidado, tomándolo como asunto que venía siendo foco de interés por parte de las ciencias sociales en la medida en que se había ido observando no sólo su carácter determinante en la estructuración de la vida cotidiana, principalmente de las mujeres, sino también como dimensión en transformación.

---

<sup>1</sup> El siguiente artículo se inscribe dentro de los resultados de los siguientes proyectos pisac-covid-19: La enfermería y los cuidados sanitarios profesionales durante la pandemia y la postpandemia del covid-19 (Argentina, siglos xx y xxi), avalado por la Agencia Nacional de Promoción de la Investigación, el Desarrollo Tecnológico y la Innovación

## 2. Nace una pandemia.

*Este domingo 1° de marzo las 18 los Atardeceres de Tecnópolis se despiden después de una gran convocatoria de público con más de 300 mil visitantes desde que reabrió sus puertas el 15 de febrero último. Será una jornada especial con una propuesta pensada exclusivamente para dar inicio a la semana de las mujeres trabajadoras (Gacetilla de prensa del Parque, febrero del 2020)*

2020 posiblemente sea recordado como el año en que se inició la pandemia por Covid-19 en el mundo. A diferencia de otras pandemias históricas, la del Covid-19 se expandió de manera planetaria en tiempo record. No sólo fue el virus lo que se expandió de ese modo, sino también la información, inicialmente escasa y confusa, y luego cada vez más confusa y contradictoria, y junto con ella la incertidumbre. Es que, junto con la vertiginosidad de su expansión, la pandemia por COVID19 también se caracteriza por la falta de conocimiento previo acerca del nuevo coronavirus y de su comportamiento.

De la mano con la expansión vertiginosa de un nuevo virus y los procesos de producción y divulgación de conocimiento al respecto, la pandemia puede caracterizarse por regularidades y particularidades en los modos de respuesta que ha recibido a lo largo del globo desde las políticas públicas. En Argentina, los primeros casos de Covid-19 fueron “importados” (llegaron de la mano de turistas argentinos que habían decidido vacacionar fuera del país, principalmente en Europa) y tal vez esto, junto con el modo en que circularon las primeras noticias periodísticas, haya hecho pensar inicialmente que era un tema de “otros” lejanos<sup>2</sup>. Pero en pocos días, tras la declaración de la Organización Mundial de la Salud del 11 de marzo 2020 estableciendo el brote como pandemia y llamando a tomar medidas agresivas y urgentes en los contextos nacionales, el Estado argentino inició una serie de medidas que se prolongarían durante todo 2020 y lo que va de 2021.

Estas medidas fueron difundidas como de *cuidado* de la población. Así, el concepto de cuidado pasaba a ocupar un espacio público singular, enunciado por el presidente de la Nación como argumento de legitimidad de las políticas de confinamiento (“cuidar la salud de los argentinos”, en sus propias palabras) que en un principio se renovaban cada 14 o 21 días, y que luego se

---

<sup>2</sup> El propio Ministro de Salud de la Nación de entonces aseguraba en enero 2020 que “no hay ninguna chance de que existan casos en el país "salvo que sea importado" e indicó que están en alerta, "como cada vez que aparece algún virus respiratorio grave". <https://www.cronista.com/economia-politica/Gines-Gonzalez-Garcia-No-hay-ninguna-posibilidad-de-que-exista-coronavirus-en-Argentina-20200123-0011.html> Revisado el 25 de agosto 2021

fueron prolongando en imponiendo como parte del paisaje de la pandemia en las vidas cotidianas.

Distanciamiento entre las personas, uso de tapabocas, insistencia en el aseo de manos fundamentalmente, higiene y desinfección de los espacios, superficies, alimentos, etc.; y sobre todo el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio-ASPO que confinaba a la población a sus hogares, suspendía el dictado de clases presenciales y toda actividad que no fuera considerada o definida como *esencial*, fueron las primeras medidas que irrumpieron e interrumpieron los esquemas de sociabilidad e intercambio considerados “naturales” o “normales” en el país.

Se esperaba que las medidas lograsen retrasar el impacto de la pandemia, para de esa forma “ganar tiempo” para invertir y fortalecer un sistema sanitario fragmentado, precarizado y muy debilitado, para de esa manera evitar su saturación ante la gravedad que implicaba el Covid 19, según se registraba de la experiencia de los países que ya estaban viviendo “la primera ola”.

El 19 de marzo de 2020, a través de un Decreto de Necesidad y Urgencia (Decreto 297/2020)<sup>3</sup>, el Ejecutivo Nacional establece que “nos encontramos ante una potencial crisis sanitaria y social sin precedentes, y para ello es necesario tomar medidas oportunas, transparentes, consensuadas y basadas en las evidencias disponibles, a fin de mitigar su propagación y su impacto en el sistema sanitario”, por lo que “con el objetivo de proteger la salud pública como una obligación inalienable del Estado nacional, se establece para todas las personas que habitan en el país o se encuentren en él, la medida de “aislamiento social, preventivo y obligatorio”, por un plazo determinado[...], durante el cual todas las personas deberán permanecer en sus residencias habituales o en el lugar en que se encuentren y abstenerse de concurrir a sus lugares de trabajo.” También se prohibió la circulación y todo desplazamiento por espacios públicos que no fuera con el objetivo de realizar actividades imprescindibles para la supervivencia. Quedaron exceptuadas del ASPO “las personas afectadas a las actividades y servicios declarados esenciales en la emergencia”, entre ellos el personal de salud.

Para las instituciones de salud, sea cual fuere su nivel de atención, la cotidianeidad fue alterada. Inicialmente, a partir de la delimitación entre sectores y actividades “esenciales” y “no esenciales”, y la suspensión de estas últimas. Asimismo, mediante la readecuación de los espacios, la incorporación de nuevas normas de bioseguridad, la contratación de nuevo personal y el licenciamiento del preexistente, y la redefinición y protocolización de tareas. Con

---

<sup>3</sup> <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227042/20200320>

“protocolización” hacemos referencia a que muchas de las tareas que anteriormente realizaban de manera espontánea lxs trabajadorxs de salud en el marco de la atención y el cuidado pasaron a ser rigurosamente pautadas (además, de manera dinámica y cambiante). Lxs enfermerxs, sea cual fuere su inserción y tarea previa, fueron testigos y protagonistas privilegiadxs de esas transformaciones. “Privilegiadxs” no porque se los beneficiara, sino porque quedaron en el centro mismo de la hecatombe institucional.

De la mano con la transformación de las instituciones existentes, el modo en que fue concebida la pandemia y su respuesta dio lugar a la creación de nuevos dispositivos, en una suerte de lugar liminal entre lo asistencial y lo comunitario. Considerando la preponderancia del modo de contagio de persona a persona del Covid-19, el aislamiento radical de los casos positivos aparecía como la principal medida para prevenir la transmisión por SARS-CoV-2. Por eso desde las distintas jurisdicciones se instrumentó como estrategia la creación de centros de aislamiento extra hospitalarios, muchas veces en clubes barriales o en hoteles. Previendo la posibilidad de un colapso sanitario, tal como había sucedido en otros lugares del globo, producto del aumento exponencial y sostenido de casos, se optó por facilitar el aislamiento fuera de las instituciones sanitarias para los casos leves (con poca o nula sintomatología), tanto cuando no pudieran cumplir con el aislamiento en el hogar por las condiciones de las viviendas como para cerciorarse de que el confinamiento sea efectivamente cumplido. En algunos casos, esto también incluyó a los casos denominados “sospechosos”, sea por sintomatología o por otras variables (como la proveniencia de países extranjeros).

El aislamiento en los centros extra hospitalarios no era compulsivo en términos formales, sino voluntario, considerando que no se puede obligar a las personas a abandonar sus hogares. Se apelaba en ese sentido a una decisión personal solidaria de la persona con coronavirus o “caso sospechoso” para con el círculo de convivientes.

### 3. La creación de un “Parque sanitario”

*La inmensidad de Tecnópolis tiene un porqué: representa —a pequeñísima escala— los sueños de un país entero.* (Sitio oficial Tecnópolis Argentina en Facebook, Agosto 2021)

El concepto inicial que orientó la creación de Tecnópolis lo vuelve como un lugar significativo en lo urbano, en lo político, y en lo histórico. Creado como megaexposición de ciencia, tecnología y cultura en el año 2011, este parque de 50 hectáreas ocupa un terreno que anteriormente pertenecía al Ejército Argentino, y que como tal supo ser uno de los focos del denominado “levantamiento carapintada” de finales de la década de 1980. A su vez, la

instalación requirió del acuerdo entre el Estado Nacional, el provincial y el municipio de Vicente López en que se encuentra situado, puesto en marcha luego de que quien gobernaba la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en aquel momento (el posterior Presidente de la Nación, Mauricio Macri) impidiera realizarlo en la capital federal, con motivo de los festejos del Bicentenario y a la par del resto de los actos que tuvieron lugar en aquella ciudad. El tamaño de la muestra, la calidad de lo presentado y la consiguiente inversión de recursos que movilizó, la convirtió en un símbolo clave de los gobiernos kirchneristas, tal como ellos manifestaron concebir el rol del Estado, y en concatenación con cierto legado de Eva Perón respecto del modo en que se concibe a los espacios públicos, sean masivos o destinados a los sectores más desfavorecidos (incluso podría pensarse una genealogía que conectara a Tecnópolis con la República de los Niños, creada por el peronismo en 1951 para el aniversario de la Ciudad de La Plata, y que no faltó quien la calificara incluso como un precedente de los parques temáticos fundados posteriormente por Walt Disney).

Al asumir un gobierno de orientación política contraria en diciembre de 2015, la megamuestra tomó otro carril y fue un espacio utilizado para eventos deportivos y otras reuniones que convocaron públicos menos masivos y una serie de sponsors. Al asumir la actual gestión nacional, muchas fueron las expectativas respecto de su función. Sin embargo, pocos meses más tarde la pandemia instalaba la imposibilidad de eventos públicos, y con ello Tecnópolis se abría a una nueva posibilidad: la reconversión de casi un cuarto de sus hectáreas en un Centro Extrahospitalario de Aislamiento para personas con diagnóstico de Covid-19.

Los medios lo reprodujeron como un hospital para la internación, hablaban de “pacientes internados” y/o “camas”. Lo que quedaba claro es que eran “enfermos leves”, derivados desde establecimientos sanitarios a fin de poder concentrar sus recursos en los más necesitados de atención especializada. El gran fantasma que recorría el mundo era la saturación hospitalaria. La Agencia de Noticias Télam anunciaba la intención del Ejecutivo de convertirlo "en uno de los centros de atención y contención de enfermos leves más grande del mundo", en el marco de una serie de dispositivos que se lanzaban para enfrentar la pandemia que recién estaba llegando al país. Aquel plan ampliado, que surgía bajo la órbita del Ministerio del Interior, tenía como finalidad poner en disposición aproximadamente 16.000 camas no hospitalarias para quienes debieran aislarse y sólo presentaran síntomas leves (cálculo realizado por especialistas, según comentaba la prensa). En algunos casos, esto era presentado como teniendo por destinatarios a quienes ya hubieran pasado la fase crítica de la internación, no tanto pensado para pacientes ambulatorios (todavía era abril y se desconocía cuál sería el

curso de la pandemia en Argentina). Otros ministerios como Seguridad, Defensa y Turismo y Deportes también estaban vinculados con aquel plan, ofreciendo distintos espacios en un mismo sentido. La Cruz Roja aparecía, también, como uno de los grandes actores involucrados en la gestión, que de esta manera era presentada como llevada adelante desde el Estado y organizaciones de la sociedad civil.

#### 4. Parque Sanitario Tecnópolis: innovación y rediseños continuos

*"Tecnópolis es un lugar sumamente simbólico, construido de cara al pueblo, con la mirada de construcción de la cultura popular y en medio de una pandemia mundial, qué mejor que este lugar dispuesto de políticas de cuidado y de justicia social que son las que nuestro gobierno quiere llevar adelante"* (Directora Ejecutiva de Tecnópolis, para medio digital -23/09/2020)

El así rebautizado como "Parque Sanitario" fue inicialmente concebido en abril del 2020, cuando el Comité de Expertos que asesoraba al Presidente de la Nación recomendó, en vistas del curso de la pandemia en el hemisferio norte —donde había comenzado— ampliar la capacidad de camas para que los pacientes leves permitieran focalizar la atención hospitalaria en los casos de mayor complejidad asistencial. En vistas de aquellos primeros cálculos, se proyectó la construcción escalable de "naves" con capacidad de incluir 2500 camas, factibles de duplicar su capacidad de recepción en caso de resultar necesario en un tiempo muy breve. Dado el tamaño de la obra, si bien había sido planeado para el mes de mayo su inauguración se produjo en julio de aquel año, con la llegada (el simbólico día de la Independencia, 9 de julio) del primer paciente. Tal como lo anunció en su cuenta de Twitter el ministro de Salud de la provincia de Buenos Aires, Daniel Gollán. "Ingresó el primer paciente leve COVID19 al Centro Sanitario Tecnópolis para el aislamiento extrahospitalario. Se pone en marcha una herramienta más para descomprimir los hospitales en la estrategia contra el #coronavirus. Felicitaciones a los equipos que lo hicieron posible". Pero a diferencia de lo sostenido por aquel funcionario, desde la naciente perspectiva del propio Parque Sanitario, no era exactamente un "paciente", sino el primer "residente". Es que más que como "centro de aislamiento", se buscaba convertir al espacio en una "residencia temporaria", donde el foco pudiera desplazarse desde la separación de su entorno hacia la habitabilidad en un entorno donde la sociabilidad, la cultura y la recreación fueran elementos estructurantes de esa experiencia transitoria.

Arriba aludimos a las "naves". Este fue un modo de denominación elegido para reemplazar el término tradicional de "pabellón". No fue el único. El Parque Sanitario fue un gigantesco escenario donde se ensayaron formas alternativas de pensar la atención en salud, y la revisión de conceptos rutinizados acompañó también a la revisión de prácticas y modos de

relacionamiento entre actores. Entre “residentes” o “destinatarios” (según la nave que ocuparan, como comentaremos abajo), y cuidadores; entre médicxs y enfermerxs, entre profesionales y no profesionales<sup>4</sup>.

En un principio el “Parque” se inauguró dividido en dos “naves”, siguiendo un criterio clásico sanitario: una nave para varones, otra para mujeres. Esto, en cuanto a la función de dormitorio o descanso, porque luego había una tercera nave, como otro de los espacios fundamentales de la cotidianidad, en que todxs convergían: no sólo el comedor era un lugar común, sino también el lugar donde se ofrecían una serie de talleres, así como el karaoke o la cinemateca. Pero además con el correr de las semanas, quienes lo iban concibiendo y rediseñando notaron la insuficiencia de esta organización. Fue así que se creó una nave para familias, destinada principalmente a mujeres que debieran aislarse con sus hijxs. Y una nave para población diversa o trans. Mientras que la de familias surgió como respuesta a situaciones reales (y se habilitó y sostuvo pese a que su demanda real fue escasa y duró poco tiempo), la nave de la diversidad lo hizo por entender que era necesaria, sin llegar a ser utilizada. Con anterioridad se había armado también otra nave para quienes llegaran sin hisopado previo; en este caso, dado que eran casos sospechosos y no todos se confirmarían, el confinamiento era estricto y no había espacios de socialización. Distinguiendo la situación de estas últimas personas, se los comenzó a referir como “destinatarixs” (mientras que al resto, como dijimos, se los denominaba “residentes”).

El Parque Sanitario puede así describirse como espacio a un mismo tiempo innovador y abierto a un rediseño continuo, en base a la reflexión sobre sus alcances y límites y a las nuevas necesidades que iban apareciendo. Otro ejemplo lo encontramos también dentro de lxs residentes para quienes estuvo concebido: inicialmente, personas “sanas” diagnosticadas por COVID. Pero luego, a medida que iban sucediéndose los casos, se fue encontrando que no siempre las personas derivadas carecían de todo problema de salud —como bien advierte el continuo salud/enfermedad desde las concepciones de la medicina social. De tal manera, el cuidado organizado se fue ampliando y diversificando, incluyendo lo relativo a problemáticas crónicas como diabetes, VIH o epilepsia, y otras situaciones que no eran de base biológica, como los casos de abuso sexual o violencia.

---

<sup>4</sup> El Parque Sanitario también representó una articulación novedosa y singular entre distintas áreas de gobierno, niveles jurisdiccionales, partidos políticos y entre aquellos y diversas organizaciones de la sociedad civil. Sin embargo, por no representar el eje de esta ponencia, no nos detendremos en lo novedoso de esta articulación, sino en las relaciones sociales arriba mencionadas, centrales para comprender y problematizar lo relativo al cuidado.

El cuidado, esa categoría tan cara a la enfermería y que muchas veces se confunde con los sentidos legos del mismo, adquiere acá unos contornos que bien pueden asemejarse a los del “cuidado holístico” que persigue esa profesión.

La enfermería como profesión define para sí unos cuidados específicos, unos modos a los que concibe como humanísticos y científicos, y que son el resultado de aprendizajes cognitivos y están pensados en función del desarrollo de condiciones favorables de vida y de muerte (Medina, 1999). Pero en la práctica, producto muchas veces del mismo sistema sanitario donde se dan esos cuidados -que impone jornadas agotadoras con sobrecarga de trabajo- estos principios quedan supeditados sólo al aspecto biológico. Esto parece haberse dado de un modo diferente en el Parque Sanitario, donde la noción de persona abordada como una totalidad y no como la sumatoria de sus partes, parece haber primado en la organización de los cuidados profesionales.

#### 5. Los cuidados en Tecnópolis. Diversificación e indefiniciones

*"Durante 146 días recibió a 1347 personas residentes de la Provincia y ayer egresaron las últimas 3", señaló el comunicado. Los tres últimos pacientes de coronavirus internados en el Parque Tecnópolis fueron dados de alta, comunicó el Ministerio de Salud bonaerense que conduce Daniel Gollán. En este sentido, se resolvió, tras varias semanas consecutivas de baja en los casos en la Provincia cerrar el centro extrahospitalario el 04/12/20. Durante el cierre, Gollán señaló que el Parque Sanitario Tecnópolis fue paradigmático porque "además de dar contención sanitaria, psicológica y social a todos los ciudadanos y ciudadanas que pasaron por aquí, lo hizo con una carga de emotividad, de cariño, de amor, de confraternidad, de solidaridad muy fuerte" (Agencia Télam -04/12/2020)*

En la cotidianeidad del funcionamiento de Tecnópolis convergían tanto organizaciones de base religiosa, Cascos Blancos y la Cruz Roja, como enfermerxs, médicxs, psicólogxs, trabajadorxs sociales y “operadores sociales”. Dejando de lado lo relativo a la logística, que ocupaba buena parte de los actores dado el tamaño del proyecto y otros requisitos propios de la gestión del Covid-19 (como las precauciones vinculadas a la gestión de residuos sólidos o al lavado de ropa de personas infectadas), Tecnópolis organizaba sus cuidados a través de cuatro coordinaciones: médica, de enfermería, psicosocial, y de operadores sociales. Esta organización expresaba su carácter novedoso según las entrevistadas: se trataba de cuatro instancias de igual jerarquía, en que se igualaba la tradicional jerarquía médica con otras profesiones no médicas de salud, y con acciones no profesionales. Es que, bajo criterios de salud integral, se consideraba que quienes debían aislarse no eran simplemente “enfermxs”,

por lo que se lxs abordaba atendiendo sus distintas necesidades: lo recreativo no era menor ni subsidiario respecto de lo asistencial. A su vez, desde lo sanitario, la atención no marginaba en un lugar periférico a las acciones de promoción y prevención, sino que las reponía en un primer plano. De esta manera, haciendo gravitar la impronta del espacio, su Directora Ejecutiva comentaba a la prensa que las acciones "*(...) respetan el criterio de Tecnópolis, un espacio de recreación y de cultura popular (...) aglutina[n] la mirada médica profesional y la de operadores sociales que tienen como objetivo acompañar la convivencia y la vinculación de los pacientes que se alojan*".

Ese "criterio" no atañe únicamente a lo que fuera ofrecido a residentes y destinatarixs. Por el contrario, podemos encontrarlo como estructurante de las condiciones del entorno laboral ofrecidas a trabajadorxs. Así si bien nuestras entrevistadas comentaron haber recibido una beca por su trabajo, esta incluía aportes y era por un monto bastante mayor ("tres veces", según afirmó una entrevistada) de lo que habitualmente se paga en enfermería. En este sentido, el ingreso es sólo uno de los aspectos del cuidado hacia quienes trabajan. Nos interesa traer, en la palabra de nuestras entrevistadas, otros elementos estructurantes de la cotidianeidad laboral. Según los relatos, al llegar lxs enfermerxs se encontraban con una persona que les daba un ambo limpio para el ingreso (provisto por el Parque), y un toallón para secarse luego de bañarse al salir de la nave. Había un locker donde guardar las pertenencias personales. El Equipo de Protección Personal (EPP) completo también era brindado diariamente por el Parque (material nuevo en caso de ser descartable, o desinfectado en caso de que no, como las antiparras), y personal de la Cruz Roja ayudaba con la colocación. También se les proveía un *Handy* para poder comunicarse. Luego de estar como máximo tres horas y media en la nave que les estuviera destinada, la Policía Ecológica ayudaba con el retiro de los EPP (este es el principal momento de exposición al contagio, y es preciso además disponer ordenadamente los elementos retirados), la desinfección con alcohol y amonio, y tenían a disposición los elementos para bañarse y cambiarse el ambo. Según el relato de una entrevistada: "*nosotros pasábamos teníamos que rociarnos con alcohol, teníamos esa puertita desinfect...que te desinfecta, viste, como la de los aeropuertos, eso que te detecta metales, bueno, algo así que nos rociaba con alcohol, nos teníamos que rociar con alcohol y teníamos mesas ¿No? Bueno, en una mesa y con un tacho...(..) nos sacábamos en una parte la máscara, en otra parte el camisolín y en otra parte los barbijos, todo por partes ¿No? Y terminabas con un lavado de manos, teníamos una bachita para lavarte las manos. Cuando salías tenías un...en el piso tenías como un tachito con desinfectante y tenías que mojar los*

*pies ahí, después salías...vos usabas el barbijo, el 3M el gruesito, lo poníamos en un sobre con nuestro nombre y nuestra fecha y lo dejábamos ahí porque después los chicos de Cruz Roja los llevaban a desinfectar y lo llevaba a poner de nuevo en el EPP adelante por si volvíamos a entrar de nuevo a la nave. (...) Bueno, y después cuando salías de la nave te tenías que bañar, cambiarte el ambo y subir arriba a desayunar, porque ahí teníamos...teníamos sillones, un lugar para dormir, para descansar, un lugar de descanso que había camas para que todo el personal vaya a descansar, a dormir en su hora de descanso, teníamos sillones, teníamos tele, teníamos heladera, microondas, teníamos té, mate cocido, si queríamos tomar café, después nos daban el almuerzo, nos daban las toallas, nos daban los ambos, todo nos daban” (Técnica en Enfermería —trabaja desde 2015 como enfermera y ha trabajado en hospitales públicos de distinto nivel jurisdiccional).*

#### 6. Cuidados de Enfermería en el Parque Sanitario

*"Buscamos lo mejor que podemos darle, no es un depósito de gente. Es calidad de vida, no es solo una cuestión sanitaria, ni un depósito de gente, sino que pensamos en darle un buen vivir".(Agencia Télam, 13/04/2020)*

El teléfono de E. suena un domingo por la tarde. La llama una docente de la facultad, de parte del Director de Carrera (E. ni imaginaba que el Director pudiera tenerla presente). Le ofrecen un nuevo trabajo que va a estar “buenísimo”, donde va a estar protegida. La desventaja, dura sólo unos meses. La ventaja, gana el triple que en el hospital donde está trabajando desde hace algunos meses. Al día siguiente, por la tarde, tiene la entrevista de trabajo. Le da miedo, su familia trata de desalentarla, “¿cómo vas a ir a trabajar ahí?, ¿no pensás en tus hijos?” Pero E., quiere ser parte de la historia de la profesión que eligió. El impulso final llega con la oportunidad de conectar a su vez a dos compañeras suyas y poder ir acompañada. Al llegar la recibe un grupo de gente con entusiasmo, y encuentra un lugar enorme lleno de recursos. Además, bonito.

Nos interesa valorar la disponibilidad de recursos y el modo de organizar en base a ellos el cuidado hacia lxs trabajadorxs específicamente de enfermería, no sólo por haber llegado al Parque Sanitario desde la indagación por esta profesión, sino también porque —a partir de la historia de la enfermería en nuestro país- es allí donde más nos consta el contraste de esta experiencia con otras propias de la inserción laboral.

Como ha sido documentado (Medina 1999), la enfermería es una profesión mayormente invisibilizada, subsumida bajo una racionalidad técnica biomédica lo que tiende a generar

relaciones de subordinación en los ámbitos laborales concretos en que se ejerce. Los motivos de ese lugar subalterno pueden encontrarse tanto en la falta de reconocimiento del lugar de los cuidados y los aspectos más intersubjetivos de las relaciones de cuidado por parte de aquella racionalidad, como con la histórica feminización de esta profesión (Ver para nuestro país: Biernart, Cerdá y Ramacciotti 2012, Ramacciotti 2020). En la convergencia de ambos determinantes, se encuentra el supuesto de que los cuidados serían parte de la “naturaleza” femenina, y por tanto no conformarían una expertise profesional. Retroalimentándose con lo anterior como resultado de un proceso histórico, la escasez de marcos teóricos rigurosos lleva a la enfermería a conformarse como disciplina subsidiaria, receptora de conocimientos producidos por otras áreas.

Como muestra de lo anterior, las condiciones de trabajo para la enfermería en nuestro país se caracterizan por las bajas remuneraciones, el consiguiente pluriempleo, e incluso por la escasez o falta de elementos mínimos de infraestructura e insumos para cumplir con las tareas laborales (Aspiazu, 2017). La sobrecarga laboral tiene a su vez consecuencias subjetivas que también han sido descritas para esta profesión en particular, sumadas a la falta de reconocimiento. Si bien inicialmente la pandemia pareció prometer una transformación de este estado de cosas, convirtiendo a enfermerxs en héroes, lo cierto es que el ser declaradxs como “personal esencial”<sup>5</sup> derivó mayormente en la pérdida de derechos laborales (vacaciones y francos) y en una exposición incrementada al contagio que a su vez fue procesada socialmente en no pocos casos como discriminación (por ejemplo, por parte de vecinxs). Vale decir que el reconocimiento, de haber existido, no se tradujo en mejores condiciones de trabajo, ni en cuidados para quienes cuidan. En ese sentido Cernadas y Ferrero (en prensa) se preguntan “¿Hasta dónde el reconocimiento público no viene a invisibilizar nuevamente las demandas del sector? ¿Hasta dónde la heroicidad con la que se les reconoce no desdibuja el rol de los enfermerxs como profesionales y trabajadores con derechos como tales?”. Es con este estado general de cosas, preexistentes y al mismo tiempo exponenciadas con la pandemia, que Tecnópolis viene a marcar un contraste.

En primer lugar, al brindar todos los insumos necesarios para la atención. En segundo lugar, por la proporción entre usuarixs y enfermerxs. Finalmente, algo en lo que nos interesa detenernos con mayor detalle, en el modo de organización de la jornada laboral, y en la medida en que es valorada por nuestras entrevistadas la paridad con lxs médicxs.

---

<sup>5</sup> Decreto de Necesidad y Urgencia (Decreto 297/2020)

Acerca de las tareas concretas de Enfermería, éstxs recibían a las personas y le hacían en ese momento los controles de rutina (saturación, presión, temperatura), preguntando también por los antecedentes de salud. Esta recepción era realizada de manera conjunta con lxs médicxs, quienes se encargaban de la revisión física. Luego se encargaba de la recorrida por las naves, las cuales podían llegar a durar tres horas y media como máximo. El resto de la jornada laboral consistía fundamentalmente en los preparativos del ingreso y la higienización del egreso, y en estar a disposición en caso de ser requeridx. Así como en cada nave Enfermería disponía de un *Office* con sus correspondientes insumos, para esta situación de disponibilidad el Parque proveía un sector de descanso con sillones, televisor y camas. Particularmente para quienes trabajaban de noche, el derecho a un descanso digno formaba parte de las condiciones de trabajo. Algo que tal vez parezca lógico si no fuera por el contraste con lo que sucede habitualmente: mientras que en algunas ocasiones habitualmente lxs médicxs cuentan con camas para cuando realizan una guardia, lxs enfermerxs deben dormir en sillas.

Nuestras entrevistadas relataron de hecho la sorpresa de algunxs médicxs al encontrar que sus condiciones eran iguales a las de enfermerxs, incluyendo la existencia de un despacho para cada una de las respectivas jefaturas. También cabe destacar que la referencia para nuestras entrevistadas, eran lxs médicxs; no aparecían en el horizonte de comparabilidad o de igualación de derechos laborales las otras profesiones o trabajadorxs involucradxs en el Parque.

Asimismo, otra de las situaciones de contraste, que en el marco de esta ponencia nos interesa considerar como relativas al cuidado de quienes cuidan, fue comentada como la apertura a la escucha de la palabra y el criterio de lxs enfermerxs. Tanto por parte de médicxs, de trabajadorxs sociales y psicólogxs, como por parte de las propias autoridades de Enfermería —algo que para nuestras entrevistadas contrastaba con sus rutinas laborales en otros espacios. La receptividad de inquietudes y propuestas aparecen de la mano con la mención al compañerismo y la solidaridad por parte del resto de trabajadorxs, sean o no profesionales, sean o no médicxs, sean o no autoridades. A modo de ejemplo, nos relataron una situación donde se había requerido oxígeno para una paciente y, estando este en el office de lxs médicxs, el pase de guardia entre médicxs se había demorado: fue suficiente esta situación y el señalamiento de enfermería para que el tubo de oxígeno pase a estar en el office de enfermería. Según las entrevistadas, este tipo de dinámicas de transformación son prácticamente inexistentes en otras instituciones, caracterizadas por la inercia organizativa y la jerarquía médica.

De esta manera, el Parque Sanitario fue reuniendo un equipo de enfermerxs que apostaron a vivir una transformación del modo de trabajo en enfermería. Esta modalidad instituyente fue pensada inicialmente por docentes y directivos de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional de José Clemente Paz, en consonancia con el perfil proyectado para sus egresadxs y de acuerdo con los contenidos de su nuevo Plan de Estudios: desde una concepción de salud colectiva que lleva a revisar el concepto de “cuidado”. De manera concomitante, esto lleva a redefinir las injerencias de enfermerxs.

Ahora bien, es preciso señalar el carácter relacional de las injerencias profesionales. Este no se agota en la horizontalidad comentada respecto de lxs médicxs. ¿Qué tipo de cuidados son los propios de enfermería? ¿qué puntos en común y qué fronteras en disputa tiene con otras formas posibles de cuidar? Tecnópolis constituye un punto de mira sugerente para observar estas reconfiguraciones, en uno de sus muchos anclajes posibles.

#### 7. Los cuidados de Enfermería dentro de un universo de cuidados

*“Verdaderamente se ve lo que es el cuidado humanizado hacia las personas, ahí verdaderamente se ve la transformación de enfermería, que no estamos ligados al modelo médico hegemónico, ahí ves lo que es la salud colectiva, ahí verdaderamente ves lo que vos lees en los textos (...) ahí verdaderamente se ve el cambio, la transformación de la enfermería, que no es solamente el proceso de la enfermedad sino que abarca todo, abarca el cuidado integral hacia las personas. Que no es tanto sólo como te digo la enfermedad, sino que nos lleva a muchos lugares. Había personas que vivían muy precarizadamente y que se enfermaban porque no tenían ni siquiera para una higiene de manos, había mucha gente de las villas, que vivían aglomerado, y vas viendo todo lo que te dice los textos que sí, acá verdaderamente pasa la realidad. Que no es tanto ocuparse de la patología o de la enfermedad o del virus o de lo que sea en ese momento. Así que ahí se ve la transformación de la enfermería. Que es re lindo”* (Entrevistada, Técnica en Enfermería, comenzó a ejercer profesionalmente en el 2020)

Si hay algo que afirman categóricamente nuestras entrevistadas sobre Tecnópolis es que el cuidado integral hacia lxs trabajadorxs fue sólo un reflejo de una concepción más amplia, que comenzaba por el cuidado hacia lxs propixs residentes.

Quienes llegaban al Parque Sanitario con temor y recelo se encontraban de pronto siendo saludadxs con afecto por un grupo de desconocidxs vestidxs cual astronautas. Si bien sus pertenencias (a excepción de teléfonos personales y cargadores) eran guardadas en una bolsa,

recibían ropa limpia (también ropa interior) que se renovaba continuamente, y un equipo de higiene personal (jabón, toalla, dentífrico, cepillo de dientes). Cuando recibían el alta, su ropa se les devolvía limpia. Pero además tenían un cuarto con cama (nada de camillas), vivían en un espacio en perfectas condiciones de limpieza, y tenían televisión, metegoles, cine gratuito, biblioteca, y acceso a una serie de talleres recreativos, de oficios, de educación para la salud, e incluso de fortalecimiento para la búsqueda laboral.

Mientras los medios de comunicación masiva han tendido a señalar que las personas no querían internarse (recuperando para esto incluso declaraciones de los funcionarios), otra faceta de la experiencia cuenta que no era raro encontrar que había personas que se resistían a recibir el alta y pedían por favor quedarse. También porque para nuestras entrevistadas era grande el contraste entre el cuidado (afectivo y material) recibido en el Parque Sanitario y las circunstancias en que se desenvolvía antes, afuera, su vida cotidiana.

La relación con el equipo médico tal como fue relatada por las entrevistadas, en un marco de reciprocidad respecto del manejo interno de las naves, parece haber sido si no armoniosa, sí mucho más horizontal que las habituales entre estos dos grupos profesionales. No parece haber sido igual el grado de articulación con el equipo psicosocial. Y no sólo respecto de la respuesta a residentes y destinatarios: también nos han comentado desconocer la posibilidad de recibir ellas mismas contención psicológica. Algo que si bien no sucede con las prestaciones de otros profesionales (como la atención médica, por ejemplo), si hace habitualmente al rol de los equipos psicosociales en las instituciones de salud. Esto nos lleva a preguntarnos por las identificaciones históricas de la enfermería, que si bien desde un costado se identifica como una disciplina social, no ceñida por lo biológico, por el otro tiene como interlocutor primario a la medicina. Esa relación histórica, que Medina (1999) describe como de sumisión, no deja de tallar en la identidad profesional enfermera, aún a cuentas de buscar diferenciarse y construirse como profesión autónoma.

A diferencia de lo anterior, los handys de que disponían para comunicarse cuando estaban al interior de las naves conectaban según nos relataron a la coordinación de enfermería, la coordinación médica, y al personal de logística. Esto podía facilitar tanto la articulación como obstaculizarla, tal como sucedía en situaciones donde distintas personas se enteraban de un hecho (por ejemplo, la descompensación de un residente) y podían valorarlo de distintas maneras.

En las zonas más porosas o indelimitadas de injerencia por los cuidados, se encontraba la relación de Enfermería con un nuevo rol: el de operadores sociales. Este universo, heterogéneo, parece difícil de definir: en principio –desde la mirada de las enfermeras entrevistadas- su característica era provenir de entornos de activismo social, e involucrarse desde allí con el devenir del Parque. Desde la Dirección del Parque, este rol era pensado como aquel propio de la convivencia: pensar que las personas al internarse pasan a convivir con desconocidxs, en un lugar que no conocen, lleva a trabajar en la comodidad así como a mediar en distintas situaciones, lo cual puede ir tanto de la mano con la organización de un cumpleaños de 15 como con la organización de turnos para el ping pong o el metegol, o la gestión de un taller de guitarra, pintura, yoga o fotografía.

En palabras de una entrevistada: *“eran personas que algunos no estaban ehh, algunos no tenían un título profesional pero bueno, era gente de la comunidad que estaba como en comedores, y bueno, entonces yo.. porque había psicólogos, había psicólogos pero como que ellos ocupaban sistema de contención 24 horas, ellos estaban las 24 horas, igual enfermería estaba las 24 horas pero ellos como que estaban todo el tiempo con la personas o en el cuarto o en la sala de juegos, o los llevaban a un lugar y se ponían a hablar como para distraerlo, ehh. Pero siempre algo buscaban, o también había tejidos, entonces ellos los llevaban a tejer a las chicas. Muchas, diversas había varias cosas que hacía. Yo mucho como que no iba interfería cuando ellos estaban para no molestar viste (..)”*. También la coordinación de los operadores sociales estaba conectada al Handy, pero como no ingresaban estos a las naves, podían llegar a desplegar acciones desde afuera que, desde la perspectiva de nuestras entrevistadas, ponían en tensión o entredicho los criterios aplicados por el personal de enfermería. Según nos comentaba la coordinadora de Enfermería: *“como que al principio no quedaba muy claro el rol del operador social ¿No? Entonces también pasaba que para los compañeros y compañeras que no venían de trayectorias de salud todo era una urgencia ¿No? Entonces si alguien decía "ay no, la verdad que estoy mareada" a correr "¡enfermera!" ¿No? Entonces se generaba como un clima super caótico, porque además había otros factores, por ejemplo, estaba Cruz Roja también y me acuerdo que una vez una persona como que se había lastimado la mano, no recuerdo con que ni cómo y fue como "Aah!" todo el mundo corriendo a la enfermería "¿Dónde están los enfermeros? ¡Médicos!" como que todo era una urgencia. Hasta que eso se acomodó”*. Tal como lo define esta profesional, lo que entraría en tensión sería la capacidad para delimitar una urgencia *médica*: y allí la autoridad la tenían enfermerxs y médicxs. Casi se podría dividir al cuidado de “adentro” de las naves y el cuidado “de afuera” de las mismas. Nos

preguntamos entonces hasta donde lo “holístico” o humano y por lo tanto disruptivo del cuidado profesional enfermero en el marco del Parque Sanitario fue un hecho, y hasta donde se mantuvieron algunas continuidades respecto de la concepción cartesiana de persona propia de la biomedicina, que ubicaba a lxs enfermerxs bajo ese paradigma, responsables de signos y síntomas clínicos.

En estos casos, los puntos de tensión no parecen haber sido las tareas sino los criterios de detección, algo sobre lo cual sólo la rutina logró consolidar una reciprocidad de expectativas, según nos han comentado. Esto fue relativo tanto a operadores sociales como a voluntarios de la Cruz Roja. Así nos lo relataba una enfermera: *“al principio hubo roces con los compañeros entonces se les explicó que si ellos veían cualquier cosa anormal primero tienen que buscar la enfermera, sin desesperación, que la enfermera evaluaba y la enfermera daba el reporte al médico que podía estar inclusive adentro de alguna de esas naves que ellos no sabían o afuera y entraban, digamos, y después nos terminamos organizando, pero siempre al principio cuando hay un rol que es nuevo, y como que tal vez nosotros no estamos acostumbrados, o sea, el enfermero, el médico, no estamos acostumbrados a la presencia un operador social ¿No? Qué acompaña en las actividades de recreación y demás, porque además eso no existe en los hospitales, por ahí generó eso, digamos, entre los médicos y los enfermeros, de decir “uy estos rompe pelotas te llaman por cualquier cosa” y en realidad no era que lo hacían de mala onda, lo hacían de... pensaban desde su propia experiencia que tal vez eso podía ser algo malo hasta que bueno armamos como el circuito, “bueno, a ver, esto lo vamos a hacer esta manera” y hasta ellos mismos después vieron que si alguien decía ay tengo calor y le decías “bueno, salí y ventilate” no era que la persona se iba a morir, digamos, pero bueno, al principio fue medio caótico.*

Nuevamente vemos como Enfermería se ubica unida a la expertise biomédica junto a la Medicina. Es esa identificación lo que no en pocas ocasiones, la ubica en un lugar de carencia, de “hermana menor”, de “asistente”, de “diletante” (Medina 1999). A pesar de todas las modificaciones que se dieron en el Parque, y que redundaron positivamente en el colectivo de enfermerxs involucrados, nos preguntamos hasta donde no sigue siendo central para la Enfermería —en pos de lograr autonomizarse y erigirse como una disciplina de derecho propia— la delimitación no solo teórica, sino también en la práctica de su objeto: los cuidados. Esos cuidados que, definidos desde la teoría como cuidados holísticos, caracterizados por su abordaje de los sujetos como seres bio-psico-sociales, en la práctica quedan subsumidos a cuidados en el marco del modelo biomédico, como modelo hegemónico en las prácticas

sanitarias. Ese modelo, en la medida en que descansa en una noción cartesiana de persona y en una racionalidad científico-tecnológica, tiende a invisibilizar aquellos cuidados que no pueden ser definidos desde era racionalidad, lo que hace que los cuidados concebidos como profesionales permanezcan “dentro” del modelo —“dentro” de la nave, podríamos arriesgar.

## 8. Cierre

En esta ponencia buscamos compartir algunas aproximaciones iniciales al universo de cuidados en general y de cuidados profesionales en enfermería en particular, a partir de transformaciones singulares que fueron desencadenadas por la pandemia de COVID19. Específicamente, nos centramos en la descripción y el análisis del Parque Sanitario Tecnópolis, tomándolo a un mismo tiempo como caso y como analizador de tendencias en conflicto: los modelos dominantes de comprensión del cuidado, y otros modelos alternativos que han ido ganando espacio en ciertas concepciones presentes tanto en bibliografías como encarnadas en actores sociales concretos.

El Parque Sanitario construido en Tecnópolis recuperó la impronta singular de este espacio, diseñando una suerte de gesta sanitaria. En ella, cabía pensar la atención sanitaria revisando cada uno de sus principios, y proponiendo modos novedosos de ejercer el cuidado. El lugar de Tecnópolis en el imaginario se vivificaba entonces en la recepción de personas con COVID19, buscando plantearse en las antípodas de la discriminación que parecía en aquel momento ser una de las reacciones dominantes. Y también, en las antípodas de una atención de segunda, para pobres, o un mero espacio de aislamiento. Todo estaba por ser creado en este espacio, bajo el mandato de armar otro orden de relaciones, y dentro de aquel, otros modos de cuidado, más integrales.

En este contexto, la atención en enfermería, según nos relatan, llegó a ser mucho más integral y holística de lo que habitualmente logra ser. Buena parte de los principios prescritos por la salud colectiva fueron encarnados en situaciones e interacciones concretas. Sin embargo, mostrando que no es posible construir nuevos modos en el vacío, de una manera deshistorizada, los viejos condicionantes permanecieron marcando un límite a la integralidad. En este sentido, es posible visualizar tanto aspectos novedosos como continuidades, porque el eje de las preocupaciones por el cuidado siguió estando vinculado a la identificación con lo biomédico. De este modo, lo ganado por la enfermería en este espacio también tendió a aparecer, en las entrevistas realizadas, como una equiparación con los profesionales médicos (algo inédito en otros espacios, cabe resaltar) mientras que es posible intuir cierta desconexión

para con los cuidados en el orden de lo psicosocial, para con quienes los ejecutaban, y para con los espacios en que aquellos sucedían.

Lo descrito hasta aquí abre una serie de preguntas a futuro acerca de las transformaciones en curso en el universo de los cuidados en general, y acerca de la profesión de enfermería en particular. Creemos que profundizar el abordaje de la perspectiva de los actores y al mismo tiempo, problematizarla contextualizándola históricamente, nos permitirá valorar tanto rupturas como continuidades, precaviendo tanto respecto de miradas ingenuas como del escepticismo. Hay transformaciones en curso, y son auspiciosas. Pero como todo cambio, aun cuando la pandemia nos haga creer que todo se modifica radicalmente, establecer nuevas formas requiere de esa sedimentación que sólo el paso del tiempo puede traer consigo.

#### 9. Bibliografía citada:

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

Biernat, C; Cerdá JM; Ramacciotti, K. 2012. *La salud pública y la enfermería en la Argentina*. Buenos Aires, Editorial Universidad Nacional de Quilmes.

Cernadas Fonsalías C. y Ferrero, L. Las paradojas de la esencialidad precarizada: los cuidados profesionales enfermeros ante la pandemia por Covid-19, en *Revista Mora*, FFyL-UBA, en prensa.

Medina JL. (1999). *La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería*. Barcelona, Laertes

Ramacciotti, K. (ed.). 2020: *Historias de la enfermería en Argentina: pasado y presente de una profesión*. Buenos Aires, EDUNPAZ.

#### 10. Fuentes mencionadas:

- El Cronista Comercial, 23 de enero del 2020
- <https://www.facebook.com/tecnopolisargentina>
- Boletín Oficial, 19 de marzo del 2020
- [www.telam.com.ar](http://www.telam.com.ar) 13 de abril del 2020
- QuépasaWeb, 23 de septiembre del 2020
- [www.telam.com.ar](http://www.telam.com.ar) 4 de diciembre de 2020