

XIV Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2021.

CONTRASENTIDO DISCURSIVO: EL ESCENARIO DE LA ENFERMERÍA ARGENTINA ANTE EL COVID-19.

Beatriz MORRONE y Javier MENDIZABAL.

Cita:

Beatriz MORRONE y Javier MENDIZABAL (2021). *CONTRASENTIDO DISCURSIVO: EL ESCENARIO DE LA ENFERMERÍA ARGENTINA ANTE EL COVID-19*. XIV Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-074/222>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

XIV JORNADAS DE SOCIOLOGIA UBA 2021 “SUR, PANDEMIA Y DESPUÉS “

Eje: 3. Estructura Social y demográfica, poblacional

Mesa 136

CONTRASENTIDO DISCURSIVO: EL ESCENARIO DE LA ENFERMERÍA ARGENTINA ANTE EL COVID-19

Autores: **Dra. Beatriz Morrone, Lic. Javier Mendizábal**. Universidad Nacional de Mar del Plata. Mail: bmorrone2015@gmail.com

La pandemia Covid-19 profundizó las desigualdades de género y clase. El escenario del campo de la salud es complejo en las intersecciones del proceso salud- enfermedad- atención y cuidado (PSEAC). Abordaremos un aspecto singular, de este contexto global y la situación particular de las mujeres, que implica revisar la situación de la Enfermería argentina en el contexto Covid-19.

Dar cuenta de su fragilidad, que se profundizó y se exhibe descarnadamente en sus históricas dificultades socio-económicas-laborales y las sujeciones de clase y género. Las trayectorias de las profesionales de la salud encuentran similares obstáculos pero ninguna tan violentada como en la enfermería (Morrone, 2019).

Ante un escenario de incertezas inusitado emerge una arista favorecedora de acciones para la mejora en sus condiciones de vida y medio ambiente de trabajo (CyMAT), donde la pandemia debería reconvertirse en arma de lucha y avance.

Se requiere indagar sobre la relación entre calidad del capital humano, CyMAT y Calidad del Cuidado, con el fin de dar cuenta de cuanto y como modela la práctica profesional la variable género

En los medios masivos y en reuniones de trabajo rondan sobre aspectos del malestar institucional (Onocko, 2005), del ejercicio del poder (Gastaldo y Lunari, 2002) y sobre la vulnerabilidad que requiere ser analizada desde la idea estratificada de capas (Luna, 2004).

Sumar desde una metodología pedagógica del conflicto (Sousa Santos 2015, 2019)

Este trabajo es parte de la producción un Proyecto de investigación llevado a cabo dentro del Grupo de Investigación “Promoción de la salud” del Centro de Estudios Sociales y de la Salud de la UNMdP.

1.- Introducción

En este capítulo se pretende indagar y dar cuenta de la situación de fragilidad de este colectivo de trabajadores de la Salud en Argentina en contexto de la pandemia por covid-19 que ha profundizado y exhibido las ya históricas dificultades socio-económicas-laborales y

las sujeciones de clase y género. Dentro de estas inadecuadas, insatisfactorias y riesgosas condiciones de vida y medio ambiente de trabajo (CyMAT), la pandemia podría también entenderse como una oportunidad para desplegar tácticas postergadas, conducentes a la visibilización de los relevantes e irremplazables aportes disciplinares de la Enfermería en los equipos de Salud. Teniendo en cuenta que sin CyMAT mínimas garantizadas es improbable garantizar un Cuidado de Calidad, Seguro, Humanizado y basado en Derechos.

Las expresiones en los medios, reuniones virtuales y espacios de docencia rondan aspectos del malestar institucional (Onocko, 2005), aspectos del ejercicio del poder -en especial su anorexia- (Lunari, Peter y Gastaldo, 2002) y la vulnerabilidad que requiere ser analizada desde la idea estratificada de capas (Luna, 2004).

La pandemia Covid-19 impacta profundizando aún más las desigualdades de género y clase en la región, y Argentina no es una excepción. El escenario nacional en el campo de la salud se ha complejizado aún más en las intersecciones entre procesos salud enfermedad atención y cuidado¹ (PSEAC), los servicios de salud y la situación socio económica afectando de forma particular la situación local de las mujeres. En el presente trabajo abordaremos un aspecto singular, de este contexto global y la situación particular de las mujeres, que implica revisar la situación de la enfermería en Argentina en el contexto de pandemia Covid-19.

La enfermería como profesión históricamente feminizada (Morrone, 2019) permanece con mayor representación de mujeres, asignándosele un rol subalterno, y se une a otras ocupaciones -el servicio doméstico, la auxiliar administrativa y la docencia escolar- para nuclear la mayoría de los cuidados reproductivos en el mundo productivo.

Dentro del campo de la salud, la enfermería, permanece en la huella como profesión feminizada y subalternizada a la biomedicina, ubicada en el centro de la escena pública reflejada en imágenes heroicas, místicas y otras veces victimizadas, en los medios de comunicación.

Se hace necesario por lo tanto de abrir aportes al análisis desde una metodología pedagógica del conflicto “orientado a combatir la trivialización del sufrimiento, por vía de la producción de imágenes desestabilizadoras a partir del pasado concebido, no como una fatalidad, sino como un producto de la iniciativa humana” (Sousa Santos, 2019, p. 30).

En este capítulo se invita a reflexionar para salirnos de la huella (Spinelli, 2010).

Si las ciencias pueden erigirse como racionales, objetivas y neutras -cuanto más positivista cuantitativo el cimiento es más incuestionable- en el campo de la salud se caracterizará a través del modelo médico hegemónico (Menendez, 2005). Son numerosas las problemáticas bioéticas desde un modo de saber y práctica biologicista, ahistórico, asocial

¹Nos referimos al Proceso salud- enfermedad- atención-cuidado como categoría analítica.

bajo relaciones asimétricas de poder entre sus características más destacadas. Esta articulación de saberes y prácticas perfunden no sólo la medicina. Se extiende a todas las profesiones en salud e inclusive a los y las trabajadoras de estas instituciones. El círculo se refuerza frente a la demanda de las personas padecientes, que transitan la huella del biopoder bajo la ceguera de la medicalización y mercantilización de la vida. El análisis de la dimensión ético política implica una revisión y vigilancia más compleja que aquella que nos permite la bioética principalista centrada en el debe ser ya que se deriva de la cadena epistemológica, metodológica e instrumental.

"A- una dimensión teórico metodológica, es decir que la intervención está sustentada por una determinada concepción de mundo, de hombre y de sociedad, a partir de la cual se analiza la realidad social y se fundamenta una cierta práctica profesional ; B- una dimensión operativo – instrumental, es decir a través de determinados instrumentos y técnicas se operativizan los fundamentos teóricos-metodológicos; C- una dimensión ético política, pues, las dimensiones antes mencionadas contienen determinados valores que, justamente, guían y orientan la intervención profesional y, por lo tanto, le otorgan una direccionalidad a la profesión". (Cavalleri, Lopez, 2009, p 25).

De esta forma se busca interpelar además de los saberes y la práctica, su procedencia. En particular para la enfermería desestabilizar identidades profesionales politizando el cuidado que es su objeto de estudio (Carosio, 2007). Una ética del cuidado para sí necesaria para el cuidado del otro. Es una obligación impostergable ingresar la discusión desde el género y la bioética en la agenda del estado -entre ciudadanos- y más aún en la del Estado, como política sanitaria para una profesión feminizada que permanece activa las 24 horas los 365 días del año.

2.-Declaraciones Internacionales y encerronas discursivas. 2020 El año de enfermería.

La Organización Mundial de la Salud en su agenda de trabajo para el año 2020 planificó el Año Internacional del Personal de Enfermería y de Partería (OMS, 2019).

Este llamamiento para las Organizaciones Internacionales (OI) – incluida las Naciones Unidas – mediante un argumento coherente estrechamente vinculado en planificación estratégica para cumplir los objetivos que se propusieron en el 2015: los Objetivos del Desarrollo Sostenible 2030 (ODS).

En términos reduccionistas en tanto praxis, pero sencillos para avanzar aquí y no perder oportunidad de cuestionar estos métodos que exacerbaban el exceso de plan, de menor acción y sobre todo, de la escasa transformación de *las causas de las causas*.

Los 17 objetivos (ODS) propuestos para el 2030 son tan inasequibles como los anteriores postulados para el 2000, para el 2015, y los 8 Objetivos del Milenio (ODM) que pudiendo también retrospectivamente emular a la frustración de lo postulado en la

conferencia de Alma Ata sobre la Estrategia de la Atención Primaria de la Salud y su lema *Salud para todos en el año 2000* (OMS, 1978).

En este punto es difícil desatender cierta exasperación frente a violencia simbólica de estos enunciados, tanto lema decorativo como la falacia en uno de los Objetivos: reducir a 0% la pobreza extrema en el mundo, mientras aumentan las desigualdades por las políticas de los países centrales de concentración de riqueza, de producción y consumo.

La especificidad y el aumento de Objetivos en donde sostenible es muy distinto a sustentable, presagia ahora también un nuevo fracaso.

En sentido particular, es difícil pensar para la enfermería que la vinculación entre ODS y estar en agenda en el año 2020, implique una oportunidad de transformación genuina, y se parezca más al uso de lemas que devienen en *slogan*, acumulando frustración y descreimiento.

Intentando no inducir pesimismo subjetivo citaremos antecedentes.

En trabajos previos de la OMS como el *Plan Mundial sobre la Salud de los trabajadores y trabajadoras para el período 2008-2017*(OMS, 2007) no se registraron mejoras en la situación de las trabajadoras, sino que se dispone de elementos para comprender la problemática a partir de documentos publicados en torno a la situación actual.

La misma OMS (2020) reconoce que el personal de enfermería representa casi el 60% del total de las profesiones sanitarias. Aquí, incurren en un sesgo: cuando se menciona *personal de enfermería* se incluyen profesionales y auxiliares.

De acuerdo cómo se presentan los porcentajes, en tanto no se desagreguen por niveles de formación auxiliares ó profesionales en los servicios, serán (o no) las posibilidades de mejorar los cuidados dispensados, asignar responsabilidades acordes a la formación y también organizar la carga de trabajo.

Sin perder ese foco presentan como situación compleja en primer término la relación numérica entre personal de enfermería por habitantes.

La relación enfermeras por habitantes es menor en países con mayores desigualdades socio-económicas. Aquí se identifica un segundo sesgo en el informe en el cual se omite relacionar la manera con que afecta la migración de profesionales a los sistemas de salud nacionales y al escenario laboral de esta fuerza de trabajo, así como a la propia salud de estas trabajadoras.

No se vincula el país en dónde se forman estas profesionales y en el cual trabajan. No se menciona quienes han financiado esa formación y quienes serán sujetos de cuidado. No siempre son los Estados financiadores quienes aseguran para su población cuidados profesionales de calidad y en relación con los requerimientos locales.

Con aparentes oportunidades laborales y de progreso económico se manifiestan profundas inequidades de género, clase y etnia.

3.- Movilidad y migración. Patrones de desigualdad

Tampoco en el punto 3 de las direcciones futuras en las políticas para el personal de enfermería que menciona la movilidad y migración (OMS, 2020, p.3) se reconoce la situación de desigualdad social, civil y política de las mujeres y las consecuencias de la migración en sus subjetividades.

La migración se caracteriza además por una fuerte feminización, que ha reestructurado los mercados laborales, e impactado según los diferentes escenarios, en una mayor autonomía de las mujeres o en una profundización de patrones de desigualdad.

En el contexto de covid-19 es esperable que los intereses de países de mayores recursos y con una lógica de la salud como mercancía inviertan en potenciar la migración para incrementar capital económico, social y cultural.

La relación personal de enfermería/habitante no sólo ha disminuido en Argentina desde el 2016 al 2018, sino que además la relación es peligrosamente insuficiente atravesando todo el siglo XX y estas dos décadas del XXI.

Este déficit, además debe ser interpretado en clave histórica en el escenario de producción de Cuidado en Argentina y su correspondencia con una matriz patriarcal. La colonización de la biomedicina y la influencia religiosa católica son marcas indelebles aún en la enfermería argentina (Morrone, 2019).

En resumen, no sólo se puede decir que la escasez impacta negativamente en la relación enfermería/ habitante, sino también en consecuencia se proporciona un cuidado fragilizado según los estándares de calidad y de baja satisfacción laboral.

Esta insatisfacción que se produce en los usuarios del sistema de salud, también impacta en las subjetividades de una ya escasa fuerza de trabajo de enfermería con agotamiento laboral por la carga en la distribución de funciones y excesivas responsabilidades que incluye sostener a las instituciones funcionando, asumiendo todas las actividades que otros trabajadores omiten o incumplen.

Por sus características de género de la enfermería no ha logrado delimitar sus funciones específicas y esgrimir en defensa propia sus derechos laborales.

El ejercicio profesional se vivencia en situación de precariedad permanente, con obstáculos internos y externos inclusive hasta en la obligación y responsabilidad de garantizar su formación continúa.

Esto se planteo con explosiva contundencia en los 90s con la Reforma de la Salud y su impacto en el empleo en salud en nuestro país. Existe concordancia entre la calidad del empleo y la calidad de la atención como plantea Pautassi (2006, p. 193).

En ese sentido Burijovich y Pautassi (2006, p. 301), debaten en relación a las capacidades institucionales necesarias para establecer políticas laborales con equidad de género.

Las trayectorias de las mujeres profesionales que se desempeñan en la salud encuentran similares obstáculos pero ninguna tan contundentemente violentada como en la enfermería (Morrone, 2019).

Se requiere profundizar indagaciones sobre la relación entre calidad del recurso humano y calidad del cuidado-atención con el fin de dar cuenta de cuanto y como modela la práctica profesional la condición de género.

Entre aplausos de reconocimiento social frente a la pandemia, se contraponen desigualdades de salario, condiciones y de medio ambiente de trabajo dentro de las mismas instituciones. Pero además, se sostienen los valores de vocación de servicio, abnegación y sacrificio esperadas en este colectivo pero no sólo por ser enfermeras sino por ser mayormente mujeres. En acuerdo con Fiss “la fuerza de las presiones sociales que perpetúan los roles basados en la división de género no deben ser subestimadas” (1994 s/p) Con lo cual, es esperable relacionar la triple carga laboral -cuidado laboral, cuidado doméstico y cuidado familiar- con una nueva emergente: el cuidado vecinal. La responsabilidad del cuidado comunitario donde se han multiplicado las amenazas en edificios y barrios por el sólo hecho de ser profesionales de la salud.

A este punto es imperioso advertir una compleja situación, huella de la historia profesional, dedicada al cuidado pero subordinada al poder patriarcal religioso, médico y de mercado. La feminización de la enfermería ha construido una ética del cuidado *femenina* que aún predomina. Esta argumentación de ética del cuidado femenina vs. feminista se ha puesto en relieve según algunas autoras para marcar algunas críticas a la propuesta de ética del cuidado de Gilligan: en particular su esencialismo. Esta característica sostiene las diferencias entre racional/emocional, público/privado, general/particular, limita las transformaciones de desigualdades, no revierte el menosprecio del cuidado como valor, es decir, la sociedad valora lo productivo por sobre lo reproductivo conservando una perspectiva patriarcal. Frente al Covid-19 las personas del mundo han puesto el valor y esperanzas en la vacuna más que en la transformación a través del cuidado. Esta es la idea a recuperar de la ética del cuidado desde su dimensión ético-política “cuando se entienden sus implicancias sociales y políticas, [la ética del cuidado] se convierte en una ética radical que pide una reestructuración profunda de la sociedad ”(Held, 2006, s/n). En definitiva los valores ya mencionados -vocación de servicio, entrega, abnegación y sacrificio- han perjudicado no sólo la identidad profesional sino que además han atentado con la capacidad de cuidado de sí y cuidado del otro. Situación incompatible con el propósito de la enfermería que no puede excusarse en una idea de vulnerabilidad como colectivo porque en ese acto vulnera a quien

debe cuidar. Implica aceptar además una vulnerabilidad *per se*, que pueda identificarse con una cierta ética del cuidado de las mujeres y por lo tanto inevitable tendiente a reforzar estereotipos como subgrupo vulnerable. Todo esto debiera negarse en “apuesta por una ética que ayude a recomponer nuestras maltrechas identidades a todos los niveles -personal, social, nacional, político” (Carioso, 2007 p. 182).

4.- Antiguas tensiones: profesionalización y la precarización laboral

Retomando nuestro análisis, en segundo lugar, la OMS (2020, p.4) reconoce que Argentina se ubica en uno de los países con fuerza de trabajo envejecida.

Tener un alto porcentaje de Enfermeras a cinco años, o menos, de su retiro jubilatorio, entendiendo que estamos analizando a un grupo ocupacional de por sí escaso, y ante un escenario en el cual no logran graduarse anualmente ni el mismo número de los que se retiran pone al sistema de salud en serios riesgos en varios aspectos y uno de estos es el incremento sin límites de las exigencias para los que aún están ejerciendo en sus planteles conllevando riesgos para la salud de estas trabajadoras y riesgos para la seguridad de los usuarios.

Este llamado de atención no ha promovido mudanzas profundas en las políticas públicas relativas a la Enfermería.

Si bien no puede dejar de mencionarse que la inclusión de la Enfermería en el artículo 43° de la ley de Educación Superior conllevó la obligatoriedad de someter a todas las carreras universitarias del país, tanto públicas como privadas, a una evaluación a partir de estándares de acreditación² que incluyeron una modificación a nivel nacional de los planes de estudio.

Algunas pocas Universidades no lograron acreditar sus carreras y otras han visto un detrimento en sus indicadores de calidad que ponen en peligro sus acreditaciones futuras, estando en la actualidad con acreditaciones transitorias y comprometidas a efectivizar planes de mejora. Esta situación es otro ingrediente que se suma a la diáspora hacia formaciones técnicas (primer tramo/primer ciclo) que no alientan el tramo de grado, el crecimiento disciplinar, el fortalecimiento de la profesión frente a el resto de las profesiones en el campo de la salud.

Otro aspecto que atenta y estalló graves tensiones aún irresolutas es la decisión en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), en donde se encuentra la capital de la República y la mayor concentración de formación universitaria y complejidad del sistema de atención de

² Resolución Ministerio de Salud de la Nación 2721/15. Véase: <https://www.coneau.gob.ar/archivos/Resolucion-ministerial-Enfermeria-2721-15.pdf>

la salud del país, que excluyo a las/os Licenciadas/os en Enfermería de la ley que encuadra laboralmente a los profesionales del Sistema de Salud de CABA.

Esta devaluación conlleva un fuerte impacto en las condiciones de trabajo, y sitúa simbólicamente a la enfermería ante la sociedad como una profesión de menor relevancia y atractivo entre las carreras sanitarias.

Es un concreto ejemplo de la desvalorización del cuidado visto a través de las políticas institucionales como proponen Pereyra y Micha (2016).

La enfermería parece no poder salir de su histórica lucha entre las exigencias de la profesionalización y la precariedad del cuidado en la salud.

A pesar de la inclusión en 2015 de la profesión entre aquellas de interés público y en consecuencia regulada por el Estado, esta obligación se centra por ahora solamente en la formación.

En la actual situación de pandemia hablar de fuerza de trabajo envejecida supone una entender que es población que tiene incrementado el riesgo muerte por Covid-19.

La exclusión de la actividad asistencial por edad y patologías previas de muchas enfermeras. Esto generó en consecuencia uno de los aspectos más críticos en la posibilidad de garantizar el cuidado ante la imposibilidad de cubrir los planteles mínimos, en condiciones laborales con extremos cuidados y cambios drásticos en los circuitos de trabajo.

Si se respetan los protocolos que reconocen la exclusión de trabajadores por factores de riesgo que se asocian a mayor mortalidad y en consecuencia se cuida a las enfermeras, se les otorga licencia es probable que no logren ofrecerse los cuidados mínimos que requieren la cantidad de personas que requieran ser hospitalizadas por Covid-19. Así como cubrir planteles de APS para mitigar los problemas en salud de aquellas que padecen las consecuencias socio-económicas-sanitarias que requieren cuidados comunitarios.

En este punto se identifica un tercer sesgo.

El informe de la OMS considera la fuerza de trabajo envejecida en términos de edad cronológica, pero no reconoce el impacto de la precariedad constante en los servicios de salud en la salud de las trabajadoras, en las enfermedades y lesiones laborales asociadas a las CyMAT, no solo aquellas patologías fácilmente diagnosticables. El ejercicio profesional es potencialmente otro riesgo no solo en pandemia, pero durante esta contingencia más aún, en aquellos más jóvenes pero con problemas de salud crónicos adquiridos por las deficitarias CyMAT.

En un campo de la salud colonizante de lo productivo por sobre lo reproductivo, por una idea subyacente de mercado liberal pero además patriarcal destruye lo material pero sobre todo lo subjetivamente producido, como señala Onocko (2004, p.106): "Pero morimos y vivimos en numerosas situaciones en las cuales no están en juego nuestros latidos cardíacos,

sino el pulso de nuestro deseo. Preterido, olvidado, escondido debajo de muchas capas de imposibles”.

El personal de enfermería acarrea además una crisis identitaria signada por el género, la medicina, la religión y el mercado. La dificultad para quitar capas de vulnerabilidad (Luna, 2004) que implican desde los casos donde se extienden hasta la triple carga de trabajo (laboral, del hogar y del cuidado de hijos/familiares sanos y/o enfermos), la necesidad de estudiar y trabajar como salida laboral o vocación de servicio de línea confesional y la banalización del valor del cuidado para el mundo productivo (Arakaki, 2013) las consecuencias se hacen evidente en las condiciones de medio ambiente y trabajo.

Para la enfermería mundial y en singular para la enfermería en Argentina, se presenta una agudización de problemas alcanzando puntos que sumados al contexto de Covid -19 podría reconocerse al 2020 un año para olvidar.

En diálogos extendidos entre grupos profesionales bajo el contexto de pandemia aparece la expresión *que pase de una vez este año*, habilitando el deseo de un año para olvidar. En adición a la resignación habitual frente a las CyMAT desfavorables, la excepción que le contexto de COVID-19 impone, implica un dispositivo biopolítico inevitable e incuestionable. Agamben sostiene que la excepción soberana es “el dispositivo original a través del cual el derecho se refiere a la vida y la incluye dentro de sí por medio de la propia suspensión” (2004, p.24).

Esta suspensión implica negar al sujeto político, devenir un objeto cuidador *suspendido de derecho* mientras transcurre la pandemia. Esta situación, abarca el campo de la salud en su sentido más amplio incrementando capitales sociales y culturales que van más allá de los límites del hospital donde habitualmente se piensa. Ha perdido su condición social de vecino y se ha convertido en un vector/objeto de contagio. Ha recibido el reconocimiento cultural como profesión esencial en el proceso salud enfermedad atención y cuidado pero no se reconoce su exposición como sujetos frente al riesgo de contagio, enfermar y/o morir.

El término que da título a la obra de Agamben, *homo sacer*, tenía el mismo sentido aquí que en el derecho romano arcaico: consagrado a la muerte. El personal de enfermería ha devenido en mero cuerpo biológico/objeto para las instituciones, pero también para la sociedad que mediante el estado de excepción le ha quitado su estatus de ciudadano.

No sólo las instituciones -de formación y práctica profesional- no han cesado de masacrar a quienes allí trabajan (Onocko, 2005) desplegando en este contexto nuevas acciones en diversos tipos y modalidades de violencia, sino que además la anorexia de poder (Lunari, Peter y Gastaldo, 2002) da muerte definitiva en términos no sólo en términos de participación política profesional; da muerte emocional, espiritual e inclusive física.

Los puntos mencionados como sesgos son interpelaciones colectivas al conflicto, “para el inconformismo, para un tipo de subjetividad que somete a una hermenéutica de

sospecha la repetición del presente, que rechaza la trivialización del sufrimiento y de la opresión, y ve en ellas el resultado de opciones inexcusables” (Sousa Santos, 2019, p. 31).

En épocas donde la espiralización de las redes a base de algoritmos presiona sobre el sentido común y se disemina una red de falacias no intencionales, de manipulaciones en la construcción de posverdad se hace urgente aumentar la sensibilidad del inconformismo y aceptar el papel para cada actor -OI, mujeres, personal de enfermería, supervisores, sindicatos, universidades- en lo inexcusable.

5.- El escenario local: padecer, enfermar, morir

La pandemia Covid 19 impacta profundizando aún más las desigualdades de género y de clase en la región, y Argentina no es una excepción.

La Enfermería, profesión feminizada y subalternizada a la biomedicina, quedó en el centro de la escena pública en los medios de comunicación reflejada en imágenes heroicas y en otras veces victimizadas.

La primera muerte en Argentina de trabajadores de la salud vinculado al Covid-19 correspondió al enfermero Silvio Cufre. Meses después daría nombre a la ley 27.548 que creó el Programa de Protección al Personal de Salud ante la pandemia de coronavirus COVI-19, conocida como “Ley Silvio”³.

En el primer semestre del 2020 en Argentina han muerto la misma cantidad varones y mujeres dentro del personal de enfermería, a pesar de tener una representación mayor de mujeres. Esto da cuenta que la feminización de la profesión no se relaciona con el sexo biológico de quien la practica, sino de un sistema patriarcal complejo. Pluriempleo como verticalidad del mercado, biomedicina como verticalidad del saber y el cómo hacer, la vocación como verticalidad de la abnegación religiosa subsumidas dentro de un sistema patriarcal que pone el cuidado reproductivo al sacrificio de mundo productivo mientras se consume sin control. Inclusive la salud de las y los cuidadores.

Alegorías utilizadas en guerras y epidemias resurgen con vigor, impidiendo visibilizar todo lo señalado.

Regresó la fórmula épica de la heroína en la primera línea de batalla de una guerra como Florence Nightingale en un hospital en Crimea y también la maternalización de las enfermeras de la Primera y Segunda guerra mundial.

La enunciación de la vocación como valor que no reconoce límites ni riesgos: el darlo todo y en ese “todo” va la vida.

³ Ley 27548 (2020) Programa de Protección al Personal de Salud ante la pandemia de coronavirus COVI-19. Sancionada por el Congreso de la Nación el 21 de mayo de 2020.

Bajo la idea de que ninguna madre abandonaría a sus hijos, la enfermera asume el cuidado de otros a pesar que esa acción conlleve un riesgo letal para sí misma. En las guerras las enfermeras aparecen como madres ante el sufrimiento de los jóvenes soldados, y en esta “primera línea de batalla” aparece como inexcusable para muchas su permanencia a pesar de estar incluidas entre aquellos exceptuados por protocolo.

La madre que no logra delegar el cuidado de la cría, la maternalización de las enfermeras que la conduce a un riesgo letal.

Según Nari (2005, p. 319) la medicina, a través de sus publicaciones, prácticas e instituciones, constituye un escenario privilegiado donde se puede observar la maternalización de las mujeres, dado que la ciencia médica consiguió imponer la idea de que la naturaleza femenina radicaba en la capacidad reproductiva. Así los cuerpos femeninos fueron vistos como los portadores de los órganos creadores del instinto maternal. La naturaleza maternal adquirió un fundamento biológico, y por lo tanto, prosocial.

En un medio gráfico (Illbelle, 2020, 11 de agosto) una nota refleja la muerte de una enfermera: *“pudo pedir licencia por su condición de salud, pero se quedó para ayudar en la pandemia y contrajo COVID-19. Sus colegas la despidieron en silencio y con aplausos”*.

Otra mención exalta su sacrificio *“por su edad y varias patologías previas (era hipertensa y padecía EPOC), debió haber pedido una licencia porque era persona de riesgo. Pero no lo hizo. Ella quería seguir trabajando”*. No hay cuestionamientos sobre la responsabilidad de la institución ante esta decisión ni interrogantes porque no se le asignó otra función.

En otra crónica se menciona: *“una heroína, una guerrera”* afirmando que ahora *“hay otro ángel desde el cielo nos cuidara siempre”*. No se hace mención ni a su como será la vida de su viudo, ni hijos pequeños que han quedado sin su madre. Tampoco se destaca la trayectoria profesional, ni se denuncian las condiciones para prevenir otro fallecimiento o cuidar a quienes continúan trabajando.

Es por ello que el caso Cufre es desplegado de la misma forma desde los medios y desde las voces que interactúan. Colegas lo reconocen con frases como *“dejó su vida en el campo de batalla”*. Quienes no pertenecen a las huellas profesionales, como su familia, se afronta el duelo con seis hijos y dos sobrinos a cargo, en medio del hostigamiento y amenazas de muerte de los vecinos y denuncias hacia las instituciones. En palabras de su hermana *“Fue un gran error de la clínica mandarlo a su casa el miércoles. Fue una irresponsabilidad”* (Soriano 2020, 22 de abril).

La despedida fúnebre a los colegas fallecidos encuentran una contradictoria manifestación entre el colectivo profesional. En primer lugar pasa el vehículo que traslada los restos mortales por las instituciones donde han ejercido, no pasa por el frente de donde ha

vivido. Se detiene frente al centro asistencial y el personal sale a la calle y aplaude por unos minutos.

El aplauso, del latín *applaudere*, es principalmente la expresión de aprobación, celebrar, alabar o aprobar lo que hace una persona. Contradictorio mensaje en estas despedidas. No se identificaron en estos actos fúnebres en la pandemia realizar un minuto de silencio.

El silencio ha sido históricamente una manifestación de respeto a los difuntos en numerosos lugares, culturas y religiones. Ponerse de pie, bajar la cabeza, rezar o meditar, se ha hecho siempre en un ambiente de recogimiento y silencio. El minuto de silencio es una expresión de luto y condolencias realizada con un silencio grupal como reflexión sobre su vida y su legado.

En otro medio gráfico (Hernández Otaño, 2020, 13 de agosto) reseñó:

“la situación de una enfermera de 32 años que falleció a principios de agosto”. Su conmovedora historia de entrega laboral y familiar, “dio su vida intentando salvar a los demás”. La describe “era enfermera. Amaba su trabajo. Estaba casada con el amor de su vida y era madre de dos pequeños (...) Murió él ayer, internada y en soledad, por coronavirus. Había cumplido 32 años. Estaba en el frente de la batalla contra el COVID-19 en el Hospital. Tenemos al 80% del personal contagiado, estamos colapsados, y esto no es solo por la emergencia sanitaria”, manifestó la enfermera, coordinadora del sector de emergencias del Hospital que también tuvo COVID-19 (...) “Necesitaba atención médica pero no había suficiente personal” reconoció la coordinadora.

Su hermana relata que, “emigró de Corrientes a Buenos Aires en busca de mejores oportunidades laborales, y rápidamente consiguió el trabajo que amaba. Heredo la pasión por el cuidado del otro de mis padres que también son enfermeros en Corrientes, es como un legado familiar. Me consuela saber que dio su vida tratando de salvar a los demás”, dice su hermana, también enfermera. Su compañera de guardias explicó que “tenía obesidad, y su hijo menor con hidrocefalia, y por esas dos condiciones le correspondía tomarse una licencia laboral, pero la pidió a las autoridades y no se la otorgaron. Ahora ya no está entre nosotros”.

Tras la noticia del fallecimiento, el intendente de la localidad decreto tres días de luto. *“Murió sola y nos da mucha tristeza. El miércoles cuando retiraron su cuerpo nos paramos en la fachada del hospital para homenajearla con nuestros aplausos...”*, dice una colega. En este caso los compañeros y compañeras realizaron una asamblea en la puerta del Hospital para exigir mejores condiciones laborales.

Es recurrente las menciones al combate, la guerra, la primera línea de batalla, la trinchera, poner el cuerpo, la línea de fuego, así como también el *“amor a la profesión”*, *“amo mi trabajo”*, *“dar la vida intentando salvar a los demás”*, impregnando de justificaciones sobre la vocación y apelaciones a la entrega sin límites.

En este sentido, se muestra una fuerte relación entre biopolítica y biopoder. Más allá del dispositivo biopolítico, hay desde dentro de la disciplina un paradigma de la sacralización de los cuerpos como un hecho singular que habilita incluso la destrucción de lo que conoce; el cuidado. El cuidado de sí y para cuidar del otro. Al igual que la clausura de pensarse como sujetos políticos ya que son los mismos profesionales quienes garantizan involucrarse como protagonistas de la excepción.

Los entornos laborales, con sus déficit preexistentes, se han modificado abruptamente en pocas semanas agudizando la precariedad, no solo en la dotación de personal, ni de la provisión de insumos de protección personal en las primeras semanas, ingreso de personal inexperto sin instancias de mentores, adaptaciones a los protocolos Covid-19 implementadas en las instituciones sanitarias. Una inacabable sucesión de reuniones virtuales para “entrenar” sobre los principios básicos de las normas de aislamiento y talleres entrenando en la colocación de elementos de protección personal hace inferir que en la formación básica las falencias son espeluznantes o deberemos indagar que promueve tanto entrenamiento casi más parecido al adiestramiento. En los espacios de escucha rondan aspectos del malestar institucional.

La gestión de los Cuidados adquirió el sello del fordismo e impacta negativamente en su subjetividad de las trabajadoras. Quizá hurgando en esta producción en cadena que los entrenamientos-adiestramientos generan se encuentren algunas explicaciones a la laxitud del resguardo en la protección personal y en el cumplimiento de los protocolos en general en las jornadas agotadoras, repetitivas, con sobrecarga laboral, angustia y desasosiego ante un horizonte-pandemia incierto.

A esto se suma el contexto de la organización de una sociedad en cuarentena, limitando el transporte público, la pérdida del empleo de otros integrantes de la familia que aportaban los ingresos, el conflicto interno sumiendo continuar el crónico pluriempleo frente una enfermedad de alta contagiosidad viral, sumir las responsabilidades el cuidado de niños y de adultos con grados de dependencia, entre otras muchas circunstancias que rodean mayoritariamente la vida de este colectivo.

Los planteles profesionales son históricamente insuficientes pero se profundizó aún más por la cantidad de enfermeras/os exceptuadas/os por sus co-morbilidades y/o contagiados Covid19 y en muchas instituciones dejó sin cuadros de gestión media a la enfermería, que reniega, pero pretende una conducción verticalista.

6.- Reflexiones preliminares en medio de la pandemia

Si el Año de Enfermería exhortaba en sus documentos a invertir en la formación de profesionales, en la generación de 6 millones de nuevos empleos y el fortalecimiento del

liderazgo (OMS, 2020) la situación crítica ya preexistente se ha convertido en peligrosa y amenazante.

En Argentina la formación universitaria en enfermería no logra ponerse -y en algunos casos disminuye en los últimos años- a la altura de los retos y estándares nacionales que toda carrera de grado demanda y tampoco a los estándares de los consensos internacionales de formación.

En el contexto de la pandemia se ha fortalecido exponencialmente la imagen de la aparatología como clave de las prácticas de la recuperación, se devaluó la imagen que reflejan los medios de comunicación del cuidado comunitario, la acción territorial sanitaria y la centralidad de la medicina a través de las voces permanentes de especialistas médicos (mayormente varones) y excepcionalmente una enfermera, en un solo programa, circunscripta a exponer sobre higiene.

Las CyMAT previas a la pandemia, pero sobretodo aún más precarizadas en pandemia, prometen deserción de la práctica profesional en el cuidado de la salud.

Por último la percepción de falta de poder continua implicando una anorexia -por negación de las relaciones de poder y la falta de apetito de su juego- que exacerba el malestar y empeora las condiciones de cuidado de sí y del otro.

“Es razonable pensar que pueden experimentar sentimientos contradictorios por el hecho de participar activamente en su propia opresión, y que, quizá, muchas de ellas no sean concientes de que, de alguna manera, están ejerciendo algún tipo de poder. Además, raras veces reflexionan sobre sus propias formas de ejercer el poder o se plantean que los cuidados de salud son una actividad política” (Lunardi, Peter y Gastaldo, 2002, p.2)

Esto no sólo hace cuestionable la ética profesional frente a la sumisión, sino que en la búsqueda de liderazgo se delega el poder en las mismas personas que ocupan dentro de la misma profesión todos los lugares de mando -supervisiones/jefaturas, docencia, investigación, gremios e intentos de colegiación/corporación, entre otros, multiplicando la asimetría inclusive dentro de la propia disciplina y excluyendo la innovación de los roles y debates.

Recobrar y revalorizar la dimensión cuidadora como saber valioso y promotor de la pluralidad en un mundo global, permite superar los valores impuestos desde la hegemonía androcéntrica en la productividad, el consumo y la ética patriarcal de la utilidad donde se niega a la mayoría.(Morrone y Mendizabal, 2018). En quienes sólo ven esperanza en la vacuna como único tratamiento y salida, es el cuidado quien, de mientras, previene y recupera a quien ha enfermado.

En consecuencia bien vale considerar lo que postula Spinelli (2010): la principal tarea consiste en instalar el tema del trabajo en la agenda de las organizaciones. La idea es generar los espacios y propiciar la elucidación de estos procesos relacionales de trabajo que vivimos cotidianamente y que entran en contradicción con el deber ser, vinculado a la lógica industrial. Es imprescindible poder visibilizar todas las características que hacen a la singularidad del campo de la salud.

Una profesión como la enfermería debe ser capaz de desencadenar procesos y abrir espacios. No es la denuncia, es el hacer afirma Holloway (2002) citado por Spinelli (2010, p. 289). Este autor nos provoca a todos los trabajadores de la salud: "Es andar sin certidumbres. Es abandonar la identidad de una cultura residual (Williams 1980, 143-149) basada en la denuncia, para animarse a existir perdiendo el miedo a la libertad".

Lo que aparece como inexcusable es la pasividad frente al trabajo político y de cuidado para la remoción concreta de las capas de vulnerabilidad profesional que vulneran a las personas cuidadas. Se reconoce que la tarea es compleja y contra-hegemónica tanto como impostergable. El compromiso de una profesión autónoma dedicada al cuidado de la salud demanda como nunca los mayores desafíos para un mundo posible.

Bibliografía:

- Agamben, G. (2014). *Estado de excepción. Homo sacer II*, Buenos Aires: Adriana Hidalgo.
- Arakaki, J. (2013). Significados y concepciones de la Enfermería: el punto de vista de estudiantes de la carrera de la Universidad Nacional de Lanús, 2008-2010. *Salud Colectiva*; 9(2):151-167.
- Buriyovich, J. Pautassi, L. C. (2006). Capacidades institucionales para una mayor equidad en el empleo. *Mujer y Empleo. La reforma de la salud y la salud de la reforma en Argentina*. Buenos Aires: Lugar. p. 301 - 338.
- Carosio, Alba. (2007). La ética feminista: Más allá de la justicia. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 12(28), 159-184. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-37012007000100009&lng=es&tlng=es.
- Cavalleri, S, Parra Gustavo (2007). La práctica en la formación y en el ejercicio profesional. Aportes en torno al pluralismo para analizar el debate contemporáneo el Trabajo Social argentino. *II Congreso Nacional de Trabajo Social y Encuentro Latinoamericano de docentes, profesionales y estudiantes de Trabajo Social*. Tandil- 2007. Disponible en <http://www.fcp.uncu.edu.ar/upload/cavalleri-m-s-y-parra-g.pdf>.
- Fiss, O. (1992). ¿Qué es el feminismo? *Doxa*, 14. Disponible en: <http://www.cervantesvirtual.com/servlet/SirveObras/01360629872570728587891/index.htm>

- Held, Virginia (2006) *The Ethics of Care*, New York, Oxford University Press.
- Hernández Otaño, C. (2020). Aquellos que hemos perdido. La muerte por coronavirus de la enfermera de 32 años: “Dio su vida intentando salvar a los demás”.*Infobae*. Publicado y Recuperado el 13 de agosto 2020, de:<https://www.infobae.com/aquellos-que-hemos-perdido/2020/08/13/la-muerte-por-coronavirus-de-la-enfermera-de-32-anos-dio-su-vida-intentando-salvar-a-los-demas>
- Holloway, J.(2002). *Cambiar el mundo sin tomar el poder*. 2da ed. Buenos Aires: Antídoto.
- Illbelle, F. (2020). La conmovedora despedida a una enfermera que quiso seguir trabajando aunque era paciente de riesgo y murió por coronavirus.*Infobae*. Publicado y recuperado el 11 de Agosto del 2020, de:
<https://www.infobae.com/sociedad/2020/08/11/la-conmovedora-despedida-a-una-enfermera-que-quiso-seguir-trabajando-aunque-era-paciente-de-riesgo-y-murio-por-coronavirus/>
- Luna, F. (2004). Vulnerabilidad: la metáfora de las capas. *Jurisprudencia Argentina*; IV(1) p. 60 - 67. 2004. Recuperado el 30 de Septiembre del 2014, de:
https://www.fbioyf.unr.edu.ar/evirtual/pluginfile.php/9572/mod_page/content/17/3.1.%20Luna%20C%20F.%20%282008%29%20Vulnerabilidad.%20La%20metafora%20de%20las%20capas.pdf
- Lunardi, V. Peter, E. Gastaldo, D. Are submissive nurses ethical?: Reflecting on power anorexia. *Enfermagem*, 55(2), 183-188. 2002. Recuperado el 17 de Octubre del 2004, de:
<https://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672002000200012>
- Morrone B. Mendizábal, J. (2018). Políticas de enfermería entre claroscuros globales: a propósito de la claridad en las “Damas de la lámpara”.*Cartografías Del Sur*.Revista De Ciencias, Artes Y Tecnología, (7), 61-73. 2018. Recuperado el 13 de Noviembre del 2018, de:
<https://doi.org/10.35428/cds.v0i7.110>
- Morrone, B. (2019). *Soltando Amarras. Claves para comprender la historia pendiente de la enfermería argentina*. 7a edición. Argentina: Suárez.
- Nari, M. (2004). *Políticas de maternidad y maternalismo político*. Buenos Aires, 1890-1940.Buenos Aires: Biblos.
- Onocko, R. (2005). Humano demasiado humano. En: Spinelli, Hugo (org) *Salud en debate*. Buenos Aires: Lugar.
- OMS. Organización Mundial de la Salud (2007). *Plan Mundial sobre la Salud de los trabajadores y trabajadoras para el período 2008-2017*.60º Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra: Autor.
- OMS. Organización Mundial de la Salud (2020).*2020: Año Internacional del Personal de Enfermería y de Partería*. Asamblea Mundial de la Salud, 72: Autor. 2019. Recuperado el 15 de Febrero del 2020, de: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/328464>

- OMS. Organización Mundial de la Salud (2020). Situación de la Enfermería en el mundo: Intervenir en educación, empleo y liderazgo: resumen de orientación, Ginebra: Autor. 2020. Recuperado el 15 de Febrero del 2020, de: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331675/9789240003392-spa.pdf>
- Pautassi, L. C. (2006).El empleo en salud en Argentina. La sinergia entre calidad del empleo y calidad de la atención. *Mujer y Empleo. La reforma de la salud y la salud de la reforma en Argentina*. Buenos Aires: Lugar. p. 193 - 234.
- 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. [Versión electrónica].*Salud Colectiva*; 12(2):221-238.
- Sousa Santos, B. (2019).*Educación para otro mundo posible*.1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO. Recuperado el 26 de Mayo del 2020, de: http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20190712045634/Educacion_para_otro_mundo_posible_Boaventura.pdf
- Soriano, F. (2020). La triste historia del enfermero Silvio Cufre: “Salió para hacerse un chequeo y nunca volvió, murió sin saber que tenía Covid”.*Infobae*.Publicado y Recuperado el 22 de Abril del 2020 de:<https://www.infobae.com/sociedad/2020/04/22/la-triste-historia-del-enfermero-silvio-cufre-salio-para-hacerse-un-chequeo-y-nunca-volvio-murio-sin-saber-que-tenia-covid/>
- Spinelli, H. (2010).Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. [Versión electrónica]. *Salud Colectiva*. v. 6, (3), p. 275-293.