

CONDICIONES DE TRABAJO DE LA ENFERMERÍA: PERCEPCIONES, PRÁCTICAS Y RIESGOS PSICOSOCIALES DURANTE LA PANDEMIA COVID-19. MAR DEL PLATA, ARGENTINA

**Nursing Working Conditions: perceptions, practices and
psychosocial risks during the COVID-19 pandemic. Mar
del Plata, Argentina**

DOI: <http://doi.org/10.33255/25914669/61043>

Eliana Aspiazu

<https://orcid.org/0000-0001-5156-9027>

Facultad de Ciencias Económicas y Sociales

Universidad Nacional de Mar Del Plata

eliaspiazu@yahoo.com.ar

Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina

Romina Cutuli

<https://orcid.org/0000-0002-8719-0921>

Facultad de Ciencias Económicas y Sociales

Universidad Nacional de Mar Del Plata

CONICET

rominacutuli@yahoo.com.ar

Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina

Recibido: 05/05/2022

Aceptado: 11/10/2022

Resumen

El personal de salud ha constituido un sujeto clave para pensar las capacidades y limitaciones con que cada región enfrentó la pandemia por Covid-19. En diversa medida, la posibilidad de responder a la demanda sanitaria estuvo asociada a una sobrecarga de trabajo que se visibilizó con mayor intensidad en el personal de "primera línea", entre el que la enfermería ocupa un lugar clave. La función de proximidad, vinculada con sus funciones de asistencia directa a los pacientes, llevó a que recayeran sobre este grupo de trabajadoras roles centrales en la atención y, a la vez, los mayores niveles de riesgo sanitario.

En este artículo proponemos indagamos en cómo impactó la pandemia por Covid-19 en las condiciones de trabajo del personal de enfermería, para evidenciar los riesgos psicosociales asociados a las prácticas laborales.

El estudio se inserta en el Proyecto PISAC: "La enfermería y el cuidado sanitario profesional durante la pandemia y la postpandemia del COVID 19 (Argentina, S. XX y XXI)", en el cual se realizaron relevamientos de información a través de una encuesta online y entrevistas en profundidad a enfermeras/os en todo el país durante 2021.

Desde un enfoque mixto, que combina métodos cuantitativos y cualitativos, analizamos las experiencias y percepciones de las y los enfermeros respecto de sus condiciones laborales, salariales y el reconocimiento de su trabajo, durante la pandemia, atendiendo a las generalidades a nivel nacional (a partir de la encuesta) y a las particularidades del nivel local (en base a entrevistas en profundidad), con un estudio localizado en la Ciudad de Mar del Plata. A través de los discursos de las y los enfermeros reflexionamos sobre posibles estrategias de visibilización, regulación y valorización de una ocupación que resulta clave para los cuidados sanitarios.

Palabras clave: enfermería, riesgos psicosociales, condiciones de trabajo, pandemia Covid-19.

Abstract

Health workers have been a key subject to think about the capacities and limitations with which each region faced the Covid-19 pandemic. To varying degrees, the possibility of responding to health demand was associated with an overload of work that was made visible with greater intensity in the “frontline” staff, among whom nursing occupies a key place. The function of proximity, linked to its functions of direct assistance to patients, led to the fall on this group of workers central roles in care and, at the same time, the highest levels of health risk.

In this article we propose to investigate how the Covid-19 pandemic impacted on the working conditions of nursing staff, to highlight the psychosocial risks associated with work practices. The study is part of the PISAC Project: “Nursing and professional health care during the pandemic and the post-pandemic of COVID 19 (Argentina, S. XX and XXI)”, in which information surveys were carried out through an online survey and in-depth interviews with nurses throughout the country during 2021.

From a mixed approach, which combines quantitative and qualitative methods, we analyze the experiences and perceptions of nurses regarding their working conditions, salaries and the recognition of their work, during the pandemic, taking into account the generalities at the national level (from the survey) and the particularities of the local level (based on in-depth interviews), with a studio located in the City of Mar del Plata. Through the discourses of nurses, we reflect on possible strategies for making visible, regulating and valuing an occupation that is key to health care.

Key words: nursing, psychosocial risks, working conditions, Covid-19 pandemic.

Introducción

El personal de salud ha constituido, en tanto colectivo de trabajadores/as, un sujeto clave para, por un lado, pensar las capacidades y limitaciones con que cada región enfrentó la pandemia por Covid-19; y también reflexionar sobre el impacto que tuvo en las condiciones de trabajo y los riesgos psicosociales asociados a la intensificación de los procesos y tiempos de trabajo generados por tratarse de un sector tan esencial.

En diversa medida, la posibilidad de responder a la demanda sanitaria estuvo asociada a una sobrecarga de trabajo que se visibilizó con mayor intensidad en el personal de "primera línea", entre el que la enfermería ocupa un lugar clave. La función de proximidad, vinculada con la asistencia directa a los pacientes, llevó a que recayeran sobre esta ocupación roles centrales en la atención y, a la vez, los mayores niveles de riesgo sanitario.

Históricamente, la enfermería ha sido una ocupación atravesada por condiciones de trabajo precarias, procesos y tiempos laborales intensos, bajos salarios y una consecuente falta permanente de personal que cubra la creciente demanda del sector (Aspiazu, 2017; Novick, 2012; Pereyra y Micha, 2016). Se trata de una ocupación que se incluye dentro de la categoría de ocupaciones de cuidado (Pereyra y Esquivel, 2017) por tratarse de una labor con una gran carga de cuidado directo, altamente feminizada, asociada a lo vocacional y emocional y escasamente reconocida social y económicamente.

La enfermería, además, se inserta en un sector complejo, tanto para el diagnóstico de su situación, como para la planificación y la gestión de políticas públicas. La salud es un sector altamente segmentado y fragmentado por la descentralización del sistema en múltiples jurisdicciones (nacional, provincial y municipal), ámbitos (público, privado, de la seguridad social) y niveles de atención. Además, presenta una gran heterogeneidad en términos de calificaciones y ocupaciones (Aspiazu, 2016; Lanari, 2010), que se traduce también en diferencias dentro del colectivo de enfermería, tanto en las condiciones de contractuales y salariales como en los procesos y la organización del trabajo.

Estudios previos (Aspiazu, 2017; Malleville y Beliera, 2020; Novick, 2012; Pereyra y Micha, 2015) muestran que las principales problemáticas que atraviesa la ocupación desde hace décadas son la escasez de personal, el pluriempleo, el desfasaje entre la formación de la enfermería -cada vez mas enfermero/as tienen títulos de tecnicatura, licenciatura o posgrado- y su profesionalización contractual, la intensidad y la constante exposición a riesgos de salud física y psíquica, el compromiso emocional con pacientes y la creciente exposición a situaciones de violencia. Además, en los últimos años diversos actores sociales y políticos se han pronunciado sobre el desgaste físico y emocional derivado de elevadas exigencias y de la extensión de la jornada, que impactan en ausentismo, riesgos psicosociales y padecimientos mentales como el stress o el burnout (Neffa y Henry, 2017). La ya mencionada falta de recursos humanos y la creciente sobrecarga de pacientes, tanto en el subsector

público como el privado, hacen que la intensidad laboral de la enfermería sea muy elevada: con 3,8 enfermeros cada 10.000 habitantes es una de las tasas más bajas de la región (SISA, 2020).

La pandemia por COVID-19 intensificó y agravó estas problemáticas y las puso en evidencia con mayor crudeza durante los años 2020 y 2021, haciendo de la enfermería una ocupación esencial especialmente afectada y, a la vez, clave para llevar adelante las políticas sanitarias frente a la pandemia. En este sentido, el artículo propone indagar en las transformaciones generadas durante la pandemia sobre la organización del trabajo y su impacto psicosocial, así como en las prácticas individuales y colectivas derivadas de este "hecho total" en la ocupación de enfermería en Argentina. Desde un enfoque mixto, que combina estrategias cuantitativas y cualitativas, se busca evidenciar cuáles son las experiencias y percepciones de las y los enfermeros respecto de sus condiciones laborales, salariales y el reconocimiento de su trabajo. En el artículo se propicia un diálogo entre el análisis a nivel nacional, sobre el impacto de la pandemia en la ocupación, con el análisis a nivel local, sobre las particularidades vividas por enfermeras y enfermeros de la Ciudad de Mar del Plata. Esta mirada profundiza el estudio en una localización donde el riesgo sanitario alcanzó uno de los niveles más altos del país¹, cuya estructura sanitaria da respuesta a otras localidades más chicas de la región y donde se desarrollaron numerosas acciones de protesta por parte de enfermeros y enfermeras reclamando por mejoras en sus condiciones salariales, laborales y de reconocimiento profesional, que tuvieron una extensión e intensidad destacables.

A continuación, se presentan algunos antecedentes de estudios e indagaciones empíricas sobre el impacto de la pandemia por COVID 19 en el sector sanitario, en general, y sobre la enfermería, en particular. Luego, con el fin de mostrar cómo se construyeron los datos relevados, se detalla la metodología aplicada y una breve descripción de la muestra que participó de la encuesta y de las entrevistas en profundidad. Una vez descriptos los perfiles y características sociodemográficas de las enfermeras y enfermeros, se muestra el análisis de los resultados organizados a partir de las siguientes dimensiones: condiciones contractuales y salariales, organización del tiempo y procesos de trabajo; salud y seguridad en el trabajo; y la dimensión psicosocial. Para cada dimensión se ponen en diálogo los datos relevados a partir de la encuesta online nacional con los reconstruidos cualitativamente a través de entrevistas en profundidad para el ámbito local. Finalmente, se esbozan algunas conclusiones y posibles lineamientos de políticas públicas orientadas a mejorar las condiciones de trabajo de la ocupación.

¹ Garazi y Blanco Rodríguez (2022) señalan que, en los primeros días del mes de agosto del año 2021, el partido de General Pueyrredon registraba más de 80 mil casos positivos de Covid-19, lo que lo ubicaba, dentro de la provincia de Buenos Aires, como la segunda área más afectada luego de La Matanza y, durante gran parte de la pandemia fue considerada una región con alto riesgo epidemiológico sanitario.

El impacto de la pandemia por COVID 19 en el sector sanitario

El sector sanitario fue, evidentemente, el más afectado por el contexto de pandemia, tanto por el exponencial aumento de la demanda de cuidados, como por la exposición al riesgo y el deterioro de sus condiciones de trabajo. La atención sanitaria constituye una profesión altamente feminizada, con un 74% de mujeres -que asciende al 85% si se considera solo el personal de enfermería-. Estos números esconden, asimismo, la persistencia de la segregación y segmentación entre los puestos de mayor reconocimiento y jerarquía, y una feminización de los trabajos de proximidad, como la enfermería y la limpieza, que son por ello mismo los más expuestos frente al riesgo del contagio (East, Laurence y López Mourelo, 2020). Esta segmentación redundante a su vez en una brecha salarial en el sector salud que coloca a las mujeres 25 puntos porcentuales por debajo de los varones en promedio (SRT, 2021a).

La situación de pandemia irrumpe en un contexto con vulnerabilidades previas que ya se han mencionado. Dichos condicionantes profundizan el riesgo propio del trabajo en el sector y, a su vez, el riesgo sanitario del conjunto de la población. La estructura del sistema de salud, estratificado y heterogéneo a nivel intrarregional, incide en las condiciones de trabajo del personal de salud, signado en algunos casos por condiciones de contratación precarias y sujetas a una lógica mercantil de rentabilidad (East, Laurence y López Mourelo, 2020).

En este escenario, la pandemia Covid-19 impactó negativamente y desde diversos ángulos sobre las condiciones del personal de salud y, especialmente, sobre las mujeres. En primer lugar, ellas son amplia mayoría en los puestos de proximidad y atención directa, lo que implicó una mayor exposición al contagio. El porcentaje de personal sanitario contagiado en Argentina superó el 7% en junio de 2020, mientras que la proporción de personal sanitario entre los contagiados alcanzó al 14%. Dicha situación impacta en términos de riesgos psicosociales y redundante en una sobrecarga de tareas en la función laboral sin reconocimiento económico. Se advierte que que una cuarta parte de las y los trabajadores del sector realiza horas extras no remuneradas en su puesto de trabajo. Para las mujeres, sobre quienes además pesó la mayor parte del trabajo de cuidado no remunerado, la situación de sobrecarga se conjugó con la imposibilidad de acceder a las protecciones al cuidado familiar que estuvieron garantizadas para otros segmentos laborales.

La contracara de la sobrecarga laboral ha sido la pérdida de empleo o de ingresos. Las funciones sanitarias no orientadas a la atención de la pandemia, urgencias médicas o enfermedades crónicas vieron resentido su accionar por la reorientación del sistema sanitario y la retracción de la demanda de atención vinculada con las medidas de Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO). Así, todas las atenciones excluidas afectaron el puesto de trabajo o el nivel de ingresos de muchas trabajadoras de la salud. La atención en consultorios, remunerada por cantidad de consultas, se vio resentida por los protocolos de distanciamiento y la postergación de toda atención de la salud por fuera de la pandemia y de la urgencia.

En términos simbólicos, el personal de salud transitó experiencias de reconocimiento público, político y mediático, así como también episodios de discriminación en virtud de su representación como agentes de contagio. Si bien estas acciones no son estadísticamente mensurables, repercuten a través de su réplica en los medios de comunicación, aun cuando se las hubiera divulgado con el fin de condenarlas.

Entre las políticas más relevantes destinadas a morigerar el impacto inicial de la pandemia en el personal de la salud, se destacaron:

- medidas de financiamiento al refuerzo del sistema sanitario (Resolución 132/2020 del 31 de marzo de 2020);
- reconocimiento de la Covid-19 como enfermedad profesional para el personal esencial, lo que aseguró la cobertura médica y la compensación económica prevista por la Ley de Riesgos de Trabajo;
- una compensación económica a inicios de la pandemia, que se determinó en un monto fijo equivalente a U\$S 50, aproximadamente (Decreto 315/2020 del 27 de marzo de 2020);
- sanción de la denominada "Ley Silvio" -en homenaje al primer sanitario fallecido en Argentina-, destinada a garantizar medidas de prevención, protección y registro de la situación de salud del personal sanitario.

Un aspecto a destacar es la relativamente pronta campaña de vacunación del personal sanitario. Recientemente, un relevamiento internacional (Global Union, 2021) ha destacado la acción gubernamental argentina en materia de protección social a los trabajadores de primera línea. Argentina figura entre los pocos países que ha implementado el reconocimiento del Covid-19 como enfermedad profesional a partir de la presunción y sin necesidad de demostrar el lugar de contagio -lo que resulta imposible cuando hay circulación comunitaria del virus-. Ello implica, para las y los trabajadores, la inclusión en todos los derechos derivados de esta condición, tal como lo prevé la Ley de Riesgos de Trabajo (Ley 24557, 1995). Asimismo, implica una protección al sector empleador, ya que el reconocimiento de una enfermedad como profesional trae aparejada la cobertura de los gastos salariales durante el período de licencia por parte del seguro de riesgos de trabajo.

Sin embargo, en términos salariales el reconocimiento de su centralidad ha sido exiguo. El promedio de los trabajadores cubiertos por el sistema de riesgos de trabajo tiene ingresos casi un 10% por encima del sector salud. La brecha asciende a un 16% si comparamos el conjunto de los trabajadores cubiertos con las mujeres del sector salud (SRT, 2021a). Mayor exposición y riesgo encuentran las trabajadoras excluidas de estas estadísticas, quienes han sido profundamente afectadas por la pandemia: las cuidadoras de residencias de larga estadía, no registradas y con salarios sensiblemente menores. Además, en su condición de trabajadoras no registradas, no estuvieron en condiciones de acceder al reconocimiento de su condición de

trabajadoras estratégicas, con la debida prioridad a medida que avanza la campaña de vacunación.

Metodología y descripción de la muestra

En esta ponencia proponemos abordar el impacto de la pandemia por Covid-19 en el sector de enfermería, desde un enfoque mixto, que combina estrategias cuantitativa y cualitativa, a través de relevamientos realizados en el marco del Proyecto PISAC COVID -19 0022: "La enfermería y el cuidado sanitario profesional durante la pandemia y la postpandemia del COVID 19 (Argentina, S. XX y XXI)", en el que participaron las autoras junto a investigadores e investigadoras de 16 universidades nacionales. En este artículo se ponen en diálogo los datos estadísticos de una encuesta nacional con datos cualitativos relevados mediante entrevistas en profundidad a personal de enfermería realizadas en Costa Atlántica a través del nodo Ciudad de Mar del Plata- Provincia de Buenos Aires-. La finalidad es contraponer los resultados más generales que arrojó la indagación sobre las condiciones de trabajo y riesgos psicosociales de la enfermería, a través de las preguntas estructuradas de la encuesta para todo el país, con las percepciones y miradas subjetivas que se extraen de los discursos de las y los enfermeros entrevistados, mirando las particularidades de lo local.

La encuesta sobre condiciones laborales en enfermería se realizó durante los meses de mayo y junio de 2021. Se trata de una encuesta de carácter nacional, aplicada de manera online y autoadministrada, anónima y confidencial, que se distribuyó a través de contactos institucionales y por medio de redes sociales. Como rasgo distintivo frente a otros relevamientos que observaron el impacto psicosocial en la población en general (Alomo et. al., 2020) o en el personal de salud en su conjunto (Scatularo et. al., 2021), sin atender cuestiones de género, el presente relevamiento se enfoca en las especificidades del personal de enfermería y transversaliza desigualdades de género en la interacción de los trabajos remunerado y no remunerado. Se obtuvo una muestra no probabilística de 1483 casos, de enfermeros y enfermeras de todas las provincias del país. La muestra fue construida a partir de cuotas por género, edad, provincia, nivel de formación -auxiliares, técnico/as y licenciado/as- y pertenencia al subsector público o privado, con el fin de reflejar la heterogeneidad del sector. Para establecer los porcentajes aproximados de las cuotas según estas variables, se tomó como referencia el informe oficial realizado por el Ministerio de Salud de la Nación "Estado de situación de la formación y el ejercicio profesional de la Enfermería julio 2020". De la base de datos se analiza las dimensiones vinculadas a modificaciones en los tiempos, procesos y condiciones de trabajo, higiene y salubridad, elementos de seguridad y dimensiones psico-sociales vinculadas a las experiencias y riesgos en el

trabajo durante la pandemia².

Las entrevistas en profundidad a personal de enfermería se realizaron durante los meses abril y julio del 2021. De las 274 entrevistas realizadas por investigadoras del Proyecto PISAC 0022 en todo el país, 19 pertenecen a la Ciudad de Mar del Plata. La muestra se construyó con criterios similares a los aplicados en la encuesta online, a partir de los que se logró un muestreo teórico que refleja la heterogeneidad en la composición de la ocupación: predominio de mujeres, diversidad de edades y de antigüedad en la carrera laboral; con diferentes niveles de calificación -auxiliares, técnicas o licenciadas- y que se desempeñan en distintos subsectores del sistema de salud -público y privado-. El reclutamiento de participantes se realizó mediante la estrategia "bola de nieve" a partir de contactos del equipo de investigación y por medio de difusión en redes sociales. Para las entrevistas se utilizó una guía semiestructurada que, dado el contexto de las restricciones de la pandemia, se realizaron bajo formato virtual.

El perfil de los y las enfermeras: características sociodemográficas e inserción laboral.

En la muestra de la encuesta nacional, el 83% son mujeres, dato que se corresponde con la distribución por género del empleo en la ocupación: en todo el sector salud el 74% son mujeres y la tasa de feminización alcanza al 85% tomando como base solo la enfermería. La edad arroja una distribución equitativa entre grupos etarios: el 30% de las y los encuestados tiene entre 24 y 34 años, un 33% tiene entre 35 y 44 años, un 24% de 45 y 54 años y el 13% tienen 55 o más años de edad.

En la distribución geográfica se buscó representar a todas las regiones del país, teniendo en cuenta la cantidad de enfermeros y enfermeras en cada provincia, registradas por el Ministerio de Salud. El 30% de las encuestas se localizan en la Provincia de Buenos Aires y CABA, el 14% en Córdoba, 7% en Santa Fe, 5% en Entre Ríos y el resto se distribuyen con porcentajes del 1 al 3% en las demás provincias.

En relación con los niveles de formación, reflejando la composición de la ocupación, la mitad de los casos tienen título de licenciatura o posgrado, el 43% son técnicos/as y el 9% son auxiliares. Cabe aclarar que en los últimos años ha habido un proceso intenso de profesionalización de la enfermería a través de la formación terciaria y universitaria, en este sentido la muestra refleja esa proporción (MSAL, 2020). No obstante, como se verá más adelante, la titulación no garantiza que se hayan

² Por las características de la muestra y de la aplicación de la encuesta (autoadministrada online), se encontraron porcentajes altos de no respuesta en ciertas preguntas (sobre todo en las que solicitaban información sensible). En esos casos se consideraron como casos válidos sólo aquellos que tuvieron respuesta, con lo que el total sobre el que se calculan los porcentajes presentan algunas variaciones entre preguntas.

profesionalizado los contratos, ya que, sobre todo en el subsector público muchas técnicas o licenciadas aún siguen con contratos del escalafón no profesional, debido a la rigidez de la normativa que regula las carreras sanitarias y los extensos plazos que transitan desde las titulaciones hasta las oportunidades de reconocimiento en la estructura de la administración pública. Una cuestión que resulta relevante es la distribución de los niveles de formación por género: hay una mayor proporción de varones que tienen estudios universitarios (57,6%) que técnicos (34,5%), mientras entre las mujeres estos porcentajes son más parejos (44,9% y 46,5% respectivamente). Esta distribución tiene su correlato en una tendencia que se viene dando en la enfermería a la incorporación de los varones sobre todo en los niveles de calificación más altos: alrededor del 20% de los licenciados/as en enfermería son varones menores de 50 años, mientras que entre los técnicos/as y auxiliares ese porcentaje se ubica alrededor del 15% (Aspiazu, 2017).



Una variable importante al momento de definir cuotas muestrales es el subsector donde se insertan: casi el 70% lo hace en el sector público, el 17% en el sector privado y 12% declara trabajar en ambos sectores. Solo el 2% de los casos trabaja en una institución exclusiva de una obra social.

Otra característica relevante de la muestra se vincula con la posición en el hogar respecto de los ingresos: la mitad de los casos declaran representar el único ingreso del hogar y en el 28%, si bien no es único, sí es el ingreso principal, lo que otorga centralidad al escaso nivel salarial de la profesión, que se analizará más adelante.

En sintonía con la encuesta, la construcción de la muestra de las 19 entrevistas en profundidad realizadas en la Ciudad de Mar del Plata siguió el mismo criterio que el aplicado para la encuesta online, buscando reflejar la distribución por géneros,

edades, nivel de calificación y subsector donde se insertan. La muestra se constituyó con un perfil feminizado y joven: 3 varones y 16 mujeres, con un promedio de 40 años. La distribución por calificaciones es de tres auxiliares, ocho técnico/as y ocho licenciado/as; quienes trabajan principalmente en el sector público (13), cuatro lo hacen sólo en el privado y dos casos que trabajan en ambos subsectores. Además, cinco entrevistado/as declaran tener más de un empleo dentro del sector salud (combinando un empleo principal en el sector público y horas extras dentro de alguna institución privada). La antigüedad de trabajo en enfermería muestra un amplio rango que va de uno a 26 años (siete enfermero/as tienen 15 años o más de trayectoria).

Análisis de resultados: las transformaciones en los tiempos, procesos y organización del trabajo durante la pandemia y su impacto psicosocial.

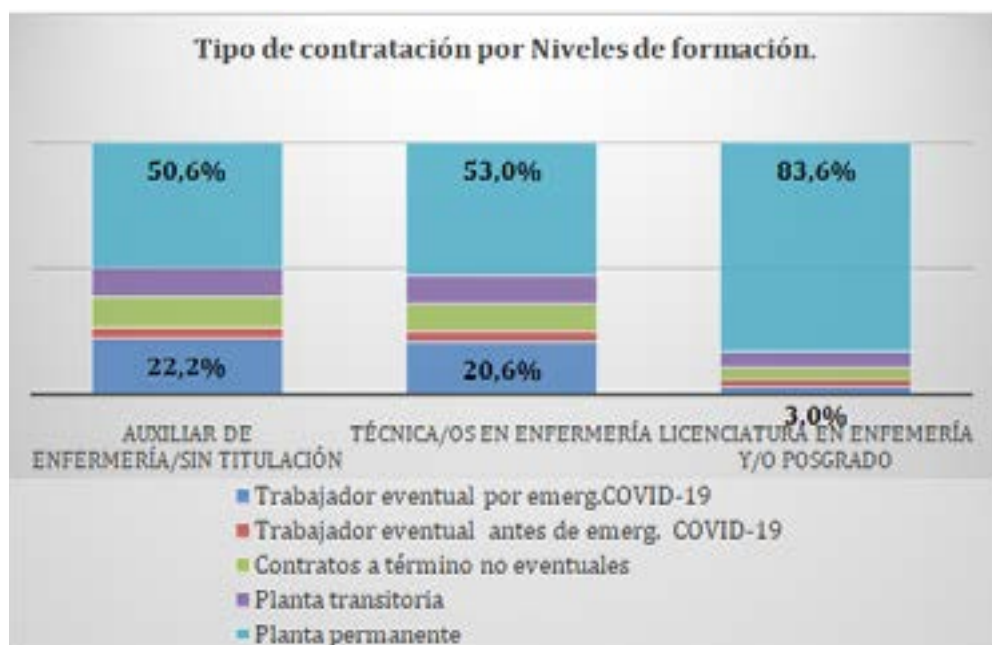
a. Condiciones contractuales y salariales

En relación con las condiciones contractuales, el 68% de las y los enfermeros encuestados presentan la situación de mayor estabilidad, como personal de planta permanente, proporción que asciende al 77% de los enfermeros varones y se reduce al 66% entre las mujeres. El 32% restante se divide entre quienes son empleados/as de planta transitoria (8,6%), tienen contratos a término (7,7%) y un 15% es personal eventual contratado desde la emergencia COVID (12%) o antes (3%). Ese porcentaje asciende al 17% entre las mujeres, mientras que los varones con contrato eventual son sólo el 8%.



Si se observan los tipos de contratación se ve una gran diferencia según el nivel de formación: el 25% de las enfermeras auxiliares y técnicas/os tienen contratos eventuales, sobre todo por la emergencia por COVID 19, y sólo el 3% de licenciadas/

os. Por el contrario, el 83% de enfermeras/os profesionales se emplea como planta permanente y esa proporción desciende al 50% entre auxiliares y técnicos/as.



A partir del abordaje cualitativo, se puede observar que, en el grupo de personas entrevistadas, la amplia mayoría se encuentra trabajando en planta permanente. Las tres enfermeras que mencionan estar contratadas de forma eventual se iniciaron en el puesto en el periodo de pandemia, tratándose de contrataciones por la Emergencia Sanitaria, que requirió la incorporación de personal en la mayoría de las instituciones de salud. Este tipo de relaciones laborales no son nuevas en el sector y generan incertidumbre respecto al futuro. Si bien suelen extenderse en el tiempo, en estos casos las trabajadoras no sabían si al finalizar la pandemia tendrían continuidad:

“Tengo un contrato indeterminado que dura lo que dure la pandemia. (...) pero no sé, hay muchas personas que tienen dos años o más de antigüedad que todavía no la efectivizaron” (entrevista a Francisca).

En relación con los ingresos, se preguntó acerca del monto salarial percibido, el nivel de satisfacción respecto del ingreso, si representa el único sustento del hogar y si durante la pandemia vivieron pérdidas de ingresos en el hogar.

El 25% de las y los encuestados percibían en mayo de 2021 salarios menores a \$45.000 mensuales, el 44% ganaba entre \$45.000 y \$60.000 y el 31% cobraba más de

\$60.000 por mes³. Como es esperable, por los montos mencionados, casi la totalidad (88%) se muestra disconforme con sus ingresos a los que consideran nada (54%) o poco (34%) adecuados.

Esta insatisfacción se hace más significativa al observar que para el 50% del personal de enfermería este es el único ingreso del hogar y para el 28% es el ingreso principal (ya que el hogar cuenta con otros ingresos inferiores al proveniente de la enfermería). Adicionalmente, más de la mitad percibe que la situación de pandemia implicó una pérdida de ingresos grande (22%) o moderada (31%).

No encontramos diferencias respecto de salarios y percepción del nivel salarial en relación con los ámbitos de gestión, pública o privada. Tampoco diferencias de género en las percepciones respecto al salario, pero sí en los niveles salariales ya que mientras el 40% de los varones enfermeros ganan más de \$60.000, ese porcentaje desciende a 29% entre las mujeres. Entendemos que la brecha salarial en la enfermería, como se describió en los perfiles de la muestra se profundiza por el hecho de que más varones entre quienes están más calificados y, por ende, perciben salarios algo más elevados que las mujeres.



Otra distinción interesante es que si bien quienes tienen los salarios más altos son quienes detentan niveles de calificación más altos -personal técnico y profesional-, a la vez, son éstos últimos quienes muestran mayor insatisfacción respecto del nivel salarial.

³ Como referencia cabe destacar que, en junio de 2021, el valor del Salario, mínimo vital y móvil (SMVM) decretado por el Gobierno Nacional era de \$45.540.



A partir de lo expuesto, podemos ver que la mayor vulnerabilidad la viven las enfermeras auxiliares y técnicas que tienen contrataciones más precarias y salarios más bajos. Sobre todo, las auxiliares: se trata principalmente de enfermeras mujeres, que tienen los niveles de ingresos más bajos y entre quienes el 60% declara aportar el único ingreso del hogar.

El abordaje cualitativo reafirma lo descrito a partir de la encuesta: si bien el personal de enfermería cobra en tiempo y forma sus salarios, la insatisfacción sobre el nivel salarial es general y se profundiza entre quienes tienen calificaciones más altas. Las y los enfermeros profesionales mencionan los bajos salarios de todo el personal y, especialmente, la escasa diferencia o reconocimiento por haber obtenido título de licenciatura, problemática que es histórica en el sector:

“La paritaria 2020 fue un desastre, fue un 20% en 3 cuotas. Ahora terminamos de cobrar la última en abril. Y el bono del Estado Nacional... vino, pero con muchos retrasos (...) Y otro tema es con nuestro lugar en el escalafón, estamos mal categorizados todos. Yo hace 10 años que ingresé como licenciado y todavía cobro como enfermero” (entrevista a Gonzalo).

Las entrevistas muestran un profundo malestar respecto de los salarios y del poco reconocimiento económico recibido durante la pandemia:

«(...) por parte de la municipalidad no hubo ningún tipo de reconocimiento específico a los de salud que no paramos de laburar en ningún momento. (...) Como que vino el bono de ANSES y nada más. Algún tipo de reconocimiento, no sé... aunque sea días de vacaciones (...) porque realmente tenemos suspendido todo» (entrevista a Paula).

“Nos encontramos que estamos trabajando muchísimo más que lo normal, y seguimos cobrando lo mismo. Eso es un reclamo que se realizó bastante en el hospital” (entrevista a Francisca).

Los bajos salarios redundan en un mayor desgaste laboral, dado que muchas enfermeras optan por realizar horas extras o tener un segundo trabajo para poder complementar ingresos. Situación que se repite bastante entre mujeres que son principal o único sostén económico del hogar y tienen hijos a cargo:

“Los aumentos eran, qué sé yo \$1000, muy poquito, que no te modifica digamos al sueldo mensual. No es que te están diciendo que a partir de ahora vas a ganar 10/12 lucas más, que decís bueno por lo menos me sirven para el seguro del auto y servicios, no... Por eso tantas horas extras» (entrevista Soledad).

“...que aumente el salario porque lo que cobramos nosotros son mayormente bonificaciones (...) yo además del hospital tuve que volver a la clínica porque no me alcanza” (entrevista a Norma).

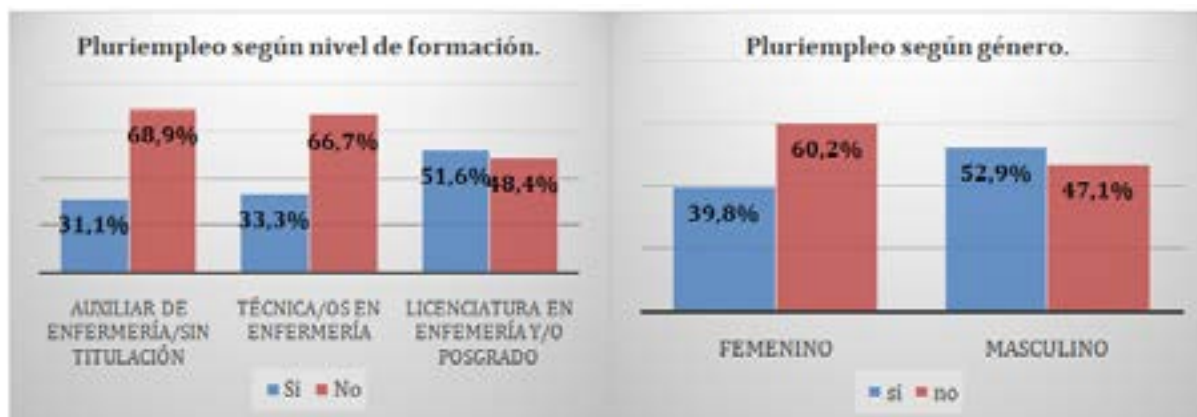
En sintonía con lo observado en las encuestas a nivel nacional y con las situaciones descritas a partir de las entrevistas, los principales reclamos motorizados colectivamente desde los sindicatos y desde agrupaciones de “enfermerxs autoconvocadxs” durante la pandemia en Mar del Plata fueron por aumento salarial, pagos extras por reconocimiento de la mayor intensidad y riesgos laborales, recategorizaciones y profesionalización de la enfermería. Para las cuales no obtuvieron respuestas satisfactorias por parte de autoridades municipales o provinciales y tampoco se produjeron cambios sustanciales a pesar de la coyuntura y las acciones de protesta.

b. Organización del tiempo y procesos de trabajo

En relación con los tiempos de trabajo, la mitad del personal de enfermería encuestado tiene una jornada laboral de 6 o 7 horas diarias, entre 30 a 40 horas semanales. Mientras que el 40% trabaja más de 40 horas por semana y el 10% menos de 30 horas. Es importante aclarar que esa extensión horaria de la jornada se refiere al empleo principal, no obstante, el 42% tiene más de un empleo. De esos casos, el 61% tiene su empleo secundario también en enfermería, el 13% en otra actividad de la salud y el 25% trabaja en otro sector de actividad. A lo largo de la encuesta se les solicitó que respondan solamente respecto del empleo principal -aquel que les insume más horas semanales-. Quienes declararon en mayor medida tener más de un empleo, son quienes tienen mayor nivel de formación: el 52% de licenciados/as tienen más de un empleo, mientras que esa proporción desciende al 33% entre

técnicos/as y al 31% para auxiliares. Además, más de la mitad de los varones declaran más de un empleo y entre las mujeres lo hace el 39%.

Ahora bien, respecto a cómo se distribuyen los tiempos en el empleo principal



de las y los encuestados, el 90% realiza guardias y en gran medida trabajan en el turno noche -el 46% lo hace con frecuencia o siempre y el 24% ocasionalmente-. Además, la mitad de los casos sostiene que sus francos semanales se redujeron durante la pandemia y que se vieron modificados por licencias por enfermedad de sus compañeros/as de trabajo. Respecto a sus incumbencias como personal de enfermería, además de las tareas que realizan como enfermero/as, el 32% declara encargarse de otro tipo de actividades no vinculadas con su rol. Las más mencionadas fueron: tareas administrativas, limpieza, formación de vacunadores, gestión de insumos y productos de farmacia, traslado de pacientes, entre otras.

Las entrevistas permiten visibilizar una extensión de las jornadas laborales emergente de la pandemia, más allá de las regulaciones formales. Aun cuando la jornada formal continuara siendo la misma, diversas exigencias impusieron su prolongación, así como la reducción de los tiempos de descanso. Al momento de las entrevistas, con vigencia del DISPO, el inicio de la jornada laboral se contabilizaba desde el momento en que el trabajador/a estaba disponible y con el equipamiento completo, lo que implica, según se relata en varias experiencias, un tiempo extra de al menos 15 minutos al ingreso y otros 15 al egreso. También se redujeron o eliminaron los tiempos de descanso, ya que cada entrada y salida del espacio de trabajo, implicaba protocolos similares, que se intensificaron en centros de atención Covid o con pacientes de alto riesgo.

Los cuidados disminuyeron el tiempo de no trabajo al momento de llegar al hogar, en que las y los trabajadores relatan diversas estrategias para reducir el riesgo de contagio hacia las familias. El temor al contagio hacia los familiares cercanos fue un motivo de estrés recurrente en el sector, y la intensificación de las medidas preventivas refleja esa preocupación. Algunas de ellas pueden apreciarse incluso

como desproporcionadas. Debe contemplarse, en este sentido, que los protocolos sanitarios tanto en las instituciones de salud como en otros espacios de interacción social tuvieron un dinamismo asociado con la construcción de conocimiento acerca de la transmisión del virus. Así, los primeros meses de pandemia, ante lo novedoso -y alarmante- de la situación, los trabajadores/as optaron, según se observa en la mayoría de los relatos, por extremar medidas preventivas, aún a costa de su tiempo de descanso y de vínculos familiares.

“Era muy estresante porque, ya te digo, si bien mi horario terminaba a la 1 del mediodía yo a mi casa no llegaba hasta las 2 y cuarto de la tarde porque cuando salía de la sala, me duchaba todos los días en el hospital y la ropa sacarla con cuidado y meterla en una bolsa, dejarla en remojo antes de meterla al lavarropas porque tengo dos hijos chiquitos de 6 y 8 años. No sabés hasta dónde hacer o si va a ser suficiente lo que estás haciendo para no traerles el virus a casa. Porque por ahí yo, qué sé yo, si me agarra a mí bueno me la bancaré ¿entendés? pero saber que por mi laburo se lo estoy pasando a mis hijos, no sé si me lo perdono ¿entendés?” (Entrevista a Soledad).

«Bueno, yo por ejemplo llego, toco bocina y mi hija o mi esposo abren el portón de casa. Se van y me dejan una bolsa con un tacho afuera, yo me desvisto afuera, quedo en ropa interior, descalza. Zapatillas, todo, adentro de esa bolsa, la cierro y la rocío con amonio. Entró corriendo, me ducho, me lavo varias veces el pelo, el jabón es darle con mucha espuma. Después que me baño, me seco, me vuelvo a cambiar y salgo descalza porque adentro de casa no se puede entrar con calzado. Pongo la ropa a lavar sola, no tiene que haber nada, aunque ya antes la rocié con amonio. He arruinado zapatillas, ropa, echándole de todo. Después que ya hice todo eso ahí saludo a mi familia». (Entrevista a Viviana)

«Al principio directamente me fui de acá, se quedó mi mujer con mi hermana y yo venía una vez por semana o dos veces por semana. Primero porque no teníamos relación de cómo venía la pandemia, segundo porque no teníamos los elementos de cuidado que empezamos a tener después en los hospitales y todas las medidas técnicas para evitar el contagio. Entonces yo procuraba no venir hasta acá, me quedaba en mi casa donde vivíamos antes, que está deshabitada la casa. Estuve un mes y pico, más, casi dos meses entre abril y mayo viviendo ahí». (Entrevista a Roberto)

Como se relata en estas experiencias, mantener medidas preventivas frente a la pandemia implicó sumar tiempo de trabajo y restar tiempo al resto de la vida. Ello condicionó, como se profundiza más adelante, los modos de vincularse con las familias, lo que ya vemos anticipado en el fragmento de la entrevista de Roberto,

que los primeros meses de pandemia estuvo habitando otra vivienda, separado de su pareja.

Amén de impactar sobre los usos del tiempo y la vida familiar, sostener las medidas de prevención implicó costos materiales para las y los trabajadores. En este sentido las experiencias son heterogéneas y se evidencia un mayor impacto en el sector público, como se narra en las entrevistas a Laura y Norma:

“L: No, no se puede salir con la ropa de trabajo. Yo, por ejemplo, en la mochila traía una bolsita donde yo le puedo pasar alcohol. Saco mi ropa de trabajo, la pongo en una bolsa, me la llevo, la lavo aparte. Tomamos las medidas, no compartir las cosas. Modificamos en ese sentido... E: ¿El lavado aparte lo tenés que hacer todos los días? L: Todos los días. E: ¿Tenés más ropa de trabajo? L: Si, eso lo compramos nosotras. A mi me dieron uno en los 9 años de hospital. Yo me compro mis uniformes, porque no nos dan acá.” (Entrevista a Laura, negritas de las autoras)

“Entonces faltaban trajes porque iban a quedar húmedos, nosotros lo que hacemos después de usarlos es dejarlos en cloro y luego los sacamos para que se sequen solos. Pero eran agua a las 12 del mediodía. Tuvimos que empezar a comprarnos nosotros porque dirección no quería que nosotros tuviéramos más de dos trajes. Nos tuvimos que comprar los trajes, que gastamos entre \$1500 y \$2000 más o menos.” (Entrevista a Norma, negritas de las autoras)

El esfuerzo económico destinado a sostener las obligaciones vinculadas con el puesto de trabajo puede pensarse como un “salario negativo”. Es decir, un costo monetario que resulta condición necesaria para realizar las tareas asignadas, pero no es garantizado por la parte empleadora. Cuando se producen estas situaciones, resultaría incompleto recuperar el concepto de plusvalía (Marx, 1980) para comprender la brecha entre el valor producido por el trabajo y el salario recibido. Ellas evidencian que, aun cumpliendo todas las condiciones de la relación de dependencia, la parte trabajadora debe no solo disponer sus saberes y fuerza de trabajo, sino elementos materiales necesarios para brindar un servicio de calidad, seguro y eficiente, sostenidos con su propio salario. Ello se refleja en las entrevistas, además de en lo relativo al equipamiento, en los esfuerzos destinados a hallar medios de transporte seguros y eficientes. Diversas experiencias confluyen en la implementación de estrategias destinadas a evitar el uso del transporte público. Solo en una de las entrevistas se identifica una financiación parcial de este costo extra por parte del empleador, que abonó durante la pandemia el 50% del costo del remis a una trabajadora, para evitar los riesgos del transporte público (Entrevista a Sandra).

A la extensión de los tiempos de trabajo por fuera de la jornada laboral se sumaron otras cargas, cuya generalización queda cristalizada en los resultados de la encuesta. Los datos muestran que hay un claro consenso (92%) entre las enfermeras/os respecto

de que hubo un aumento en la intensidad de las tareas y el ritmo del trabajo, sin diferencias por género, subsector ni nivel de formación. Además, la mayoría sostiene que sus tiempos de descanso se redujeron (82%) y que sus tareas incrementaron la presión laboral (93%). Asimismo, el 83% dice haber tenido que realizar tareas de otros compañeros que se contagiaron COVID y el 85% que comenzó a realizar tareas que antes de la pandemia no hacía.

c. Salud y seguridad en el trabajo

Las enfermeras y los enfermeros, como trabajadores de primera línea de atención de la salud, se encuentran en constante exposición a riesgos de contagio, los cuales se profundizaron frente a la intensidad de la atención de pacientes con COVID 19 durante la pandemia. En la muestra que contempla la encuesta, hubo un 36% de personal de enfermería que tuvo al menos una vez coronavirus, a pesar de que el 94% sostiene haber podido seguir los protocolos sugeridos sobre cómo accionar ante la presencia de casos sospechosos. La exposición al virus fue tan cercana y constante que, a pesar de los protocolos, el nivel de contagios fue alto en todo el personal de la salud -como mencionamos anteriormente-. Estos resultados coinciden con los procesados por la Superintendencia de Riesgos de Trabajo, que identificó a la enfermería como el sector que, durante el año 2020, reportó más casos de Covid-19 como enfermedad profesional no listada, 77% de los cuales perteneció a mujeres. Además, entre todas las trabajadoras mujeres, el sector que más casos reportó fue el sector salud, con el 38% de las trabajadoras alcanzadas por el sistema (SRT, 2021b).

Las investigaciones sobre el sector salud suelen señalar la falta de insumos y elementos de higiene y seguridad como una problemática más frecuente en los establecimientos del ámbito público, sobre todo por dificultades presupuestarias. En ese sentido, se indagó en las diferencias respecto de la disponibilidad de estos elementos según subsector y, en los casos de la muestra analizada, no se hallaron diferencias significativas: tanto en el ámbito público como en el privado, la mayoría del personal de enfermería declara contar con estos elementos y los casos que indican faltantes se reparten entre ambos subsectores.

En relación con las preguntas de la encuesta, respecto de la disponibilidad de elementos de seguridad para cumplir con los protocolos de cuidado, se indagó en el uso de botas quirúrgicas, insumos descartables, barbijos, gorros quirúrgicos, máscaras acrílicas, guantes, camisolín, gafas de seguridad y elementos tecnológicos necesarios para desarrollar su trabajo. En líneas generales, hay acuerdo en que siempre o frecuentemente se dispuso de esos elementos. Las botas, las máscaras acrílicas, el gorro quirúrgico y las gafas de seguridad son los que han faltado con mayor frecuencia, ya que alrededor del 25% del personal encuestado sostiene que, sólo ocasionalmente o nunca, cuentan con dichos elementos. Los elementos tecnológicos no estuvieron disponibles para cerca del 40% del personal consultado.

En contraste, las entrevistas en profundidad traslucen en este sentido situaciones más heterogéneas para el análisis local, con mayor evidencia de dificultades de acceso

a elementos de seguridad acentuada en el sector público, como ya adelantamos al referirnos al "salario negativo":

"Batallar con esta pandemia desconocida para todos, con falta de insumos, esporádicamente, falta esto, faltaba lo otro, no había camisolín, no había toallas, no hubo jabón. 2, 3 días. En mi cabeza no entra que, en una emergencia sanitaria, falten jabón, toallas. Nada..." (Entrevista a Gonzalo, sector público municipal).

"Y sí, faltante siempre hay (...) Igual es una lucha para que te den los materiales." (Entrevista a Mónica, sector público provincial).

"Y hubo escasez entonces los suplimos con otras cosas. No sé... Entrábamos sabiendo que estábamos haciendo cualquiera, pero bueno...» (Entrevista a Soledad, sector público municipal Necochea).

Estas narraciones evidencian heterogeneidad al interior de un mismo sector e incluso de la misma institución. Los mecanismos de acceso a los elementos de seguridad fueron variando y estuvieron vinculados a la acción colectiva y a la visibilidad pública de los riesgos a los que se enfrentaban las y los trabajadores:

"Cuando empezamos a ingresar no teníamos los trajes, no nos querían dar los trajes porque eran solamente para el sector covid, entonces la jefa de doctores del servicio y la jefa mía de unidad renal se sacaron una foto vistiéndose con bolsas y ahí fue cuando lo publicaron, no sé si en face o en qué lugar publicaron. Ahí fue como que hizo ruido y nos entregaron unos mamelucos, dos mamelucos nada más para el servicio con los cuales tenía que salir las chicas a dializar..." (Entrevista a Norma, sector público provincial)

En términos generales, entre el personal entrevistado las condiciones más seguras en provisión de equipos parecen haberlas tenido quienes trabajaron en unidades de aislamiento Covid-19 -que a su vez se enfrentaban a mayores riesgos- y quienes se desempeñaban en instituciones privadas, donde las experiencias no relatan faltantes, aunque sí disminución de calidad de los insumos.

En lo que respecta a las condiciones de higiene de los lugares de trabajo, encontramos mayores déficits en los establecimientos públicos, según las respuestas de la encuesta. Se preguntó acerca de la presencia de humedad, malos olores, bajas o altas temperaturas, ausencia de ventilación, hacinamiento, mala iluminación o plagas. En general, las y los enfermeros indican que nunca u ocasionalmente hubo alguno de estos déficits en las condiciones de higiene y salubridad. No obstante, en casi todos estos indicadores hubo un porcentaje de alrededor del 20% de trabajadores/as que indicaron que en sus lugares de trabajo existen estos problemas. Sobre todo, lo relativo a la necesidad de gastar dinero propio para proveerse de elementos de

protección personal (27%) -nuevamente profundizando la idea de “salario negativo”-, haber trabajado con temperaturas muy bajas (26%), no tener vista al exterior en toda la jornada (35%) o experimentar falta de ventilación en el lugar de trabajo (27%).

Las diferencias más notables entre establecimientos del ámbito público y privado se vinculan a la presencia de malos olores (23% y 7% respectivamente), las bajas temperaturas (28% y 18%), o temperaturas muy altas (23% y 12%) o hacinamiento (20% y 12%). Cuestiones relativas, sobre todo, a la infraestructura edilicia que, a pesar de la inversión en salud que se dio durante los primeros meses de la pandemia, arrastra déficits históricos sobre todo para el ámbito público, que se vieron agravados por la sobrecarga de atención durante la pandemia.

d. La dimensión psicosocial

La última dimensión de análisis incluye indicadores asociados a los efectos físicos y psíquicos que pudieron tener los cambios en los procesos y en la intensidad del trabajo de enfermería durante la pandemia. La sobrecarga física y emocional de esta labor, por vincularse con el cuidado de la salud y la asistencia directa y permanente de pacientes, es alta y es parte de los rasgos históricos de esta ocupación. Ello se profundizó con el aumento de la intensidad del trabajo y los riesgos asociados a la pandemia por COVID 19. En ese sentido, se indagó en distintos aspectos de la salud física y psíquica y se encontró, como primera aproximación, que gran parte de las y los enfermeras/os experimentaron algún tipo de malestar y diversos cambios emocionales asociados al contexto de trabajo en pandemia.

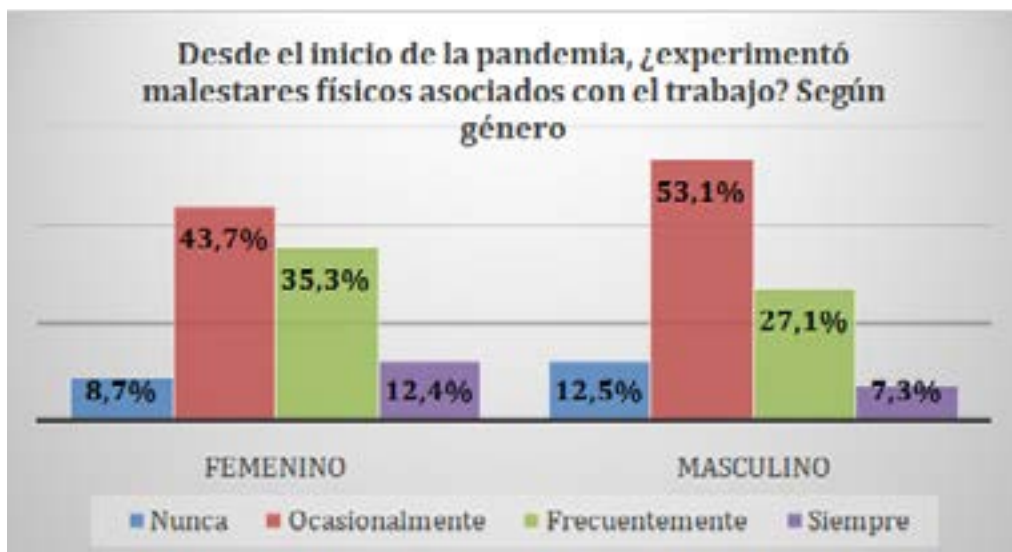
De los resultados de la encuesta nacional, se desprende que el temor al contagio por parte del personal de enfermería fue una constante durante la pandemia: el 30% lo sintió siempre, el 21% frecuentemente y el 35% ocasionalmente. El momento en que fue realizada la encuesta, con un plan de vacunación en marcha y a un año del inicio de la pandemia, pudo haber suavizado la intensidad del temor recordado. Un estudio realizado en España en instancias más tempranas de la pandemia evidencia un porcentaje mayor, del 44% sin distinguir en intensidades (Santamaría et. al., 2021). A través del abordaje cualitativo es posible recuperar cierta temporalidad retrospectiva. En la mayoría de las entrevistas se destaca una intensidad del temor más relacionada con la falta de información y la incertidumbre de los inicios de la pandemia que con el número de casos. Dicha incertidumbre no solo se vinculaba con el propio devenir de la pandemia sino con rigideces de los protocolos, también vinculadas con la información confusa de los inicios.

“Nos llegaron a decir que si nos contagiábamos nos aislábamos dentro del hospital. Era una locura y yo decía ‘voy a trabajar con ropa porque no sé si salgo’ (Entrevista a Ana).

En todos los casos se narra una transformación en la percepción de temor al contagio asociada con el acceso a la vacunación. Las experiencias más intensas en relación con el temor se narran como efecto de casos graves de Covid-19 en el entorno laboral cercano:

“Hasta que en un grupo de WhatsApp que tengo acá del hospital me entero que una compañera estaba con Covid, ella y su esposo, y que los internan en el modular y que los tenían que trasladar porque no había respiradores para ellos. Hice una crisis de asma, la aguanté durante cinco, seis días hasta que me tuvieron que internar un par de horas con oxígeno y medicarme porque me la provoqué yo a la insuficiencia respiratoria. No era neumonía, no era nada. Era yo poniéndome mal, angustiándome por lo que le estaba pasando a mi compañera, me compliqué con el covid.” (Entrevista a Viviana)

El 90% de las y los encuestadas/os afirmó haber sentido malestares físicos, el 45% de forma permanente o frecuente. Sobre todo las mujeres, entre quienes casi la mitad manifestó sentir siempre o con frecuencia esos malestares, frente al 34% de los varones.



Diversas experiencias rescatadas a través de las entrevistas expresan el malestar físico como un reflejo del desgaste mental consecuencia de la pandemia:

“Tuve que arrancar el psicólogo porque empecé con migrañas” (Belén)

Sin embargo, no debe desatenderse la relación entre la complejización de los procesos de trabajo y los esfuerzos físicos involucrados en su consecución. Los

protocolos de distanciamiento y la incorporación de equipos de protección implicaron una carga desfavorable para la ergonomía del trabajo, que redundaría en desgaste físico a lo largo de jornadas laborales, sumando malestar con la prolongación de la pandemia. Como relata Soledad:

“Mirá, yo creo que sí, porque obviamente no es lo mismo trabajar con un simple barbijo y antiparras a estar con el equipo entero ¿no? Es mucho más lo que te cansa (...) me pasó un día que me agaché, creo que me agaché para buscar diuresis y cuando me quise levantar no podía girarme y además sentía que me caía, como que no podía mantener el equilibrio, me caía para los costados y tenía todo el cuello duro, más el tema de tener todo el equipo, los barbijos que no podés respirar y eso era lo que más me agobiaba y salí de la sala y no podía mantenerme derecha, sentía que me iba para los costados. Fui a la guardia para que me revisaran y la médica que me revisó me dijo que estaba con un poco de nistagmo⁴, así que no sé, supongo que de la propia contractura” (Entrevista a Soledad).

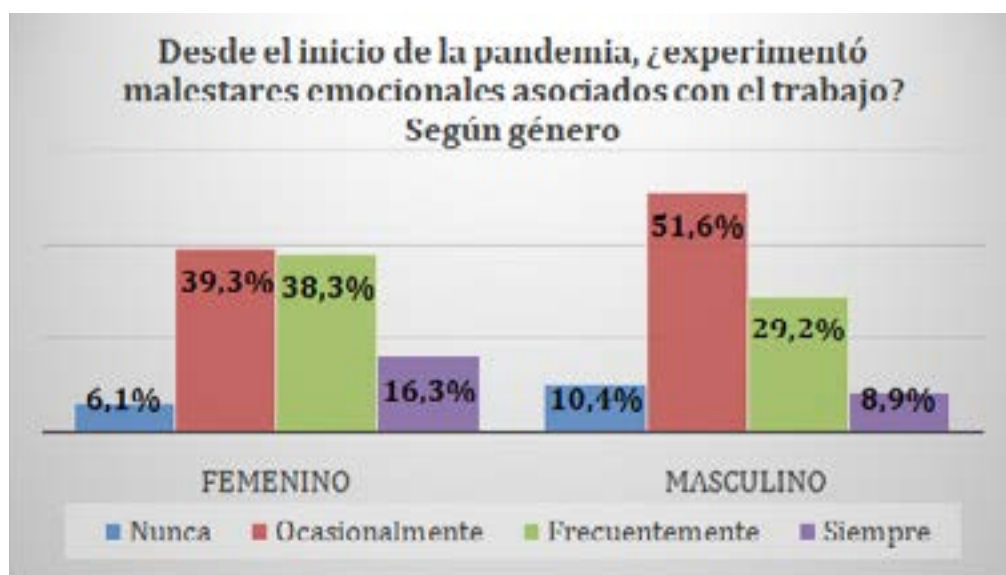
En esta experiencia, el esfuerzo por sostener el cumplimiento de las normas se traduce en sufrimiento físico. En otras ocasiones, las decisiones que implicaban algún tipo de cuestionamiento a las normativas impuestas se traducían en situaciones de estrés. Estas se expresaban tanto en el temor a estar tomando decisiones que pusieran en riesgo la propia salud y la de los pacientes como la exposición frente a posibles penalizaciones en el puesto de trabajo. Siguiendo a Gollac (2011), uno de los ejes que permite analizar riesgos psicosociales en el trabajo es la presencia de conflictos éticos y/o de valores. Éstos aparecen cuando el trabajador se ve impedido de realizar el trabajo de manera acorde con las “reglas de su profesión” (Neffa, 2015; p. 126). Esta tensión entre las normativas y el trabajo real se evidenció en el aumento de la carga física del trabajo y, aún con mayor intensidad, como carga emocional, cuando humanizar la atención significó sortear el cumplimiento de las normativas.

“Y en situación de pandemia no se deja entrar a los padres, dos veces al día, y el año pasado no se dejaban entrar. A las 10am el informe y nada más. Y el bebe estaba grave, y no dejaban entrar. Se te hace una mezcla de emociones porque vos decis, tu bebe esta grave y no tenes derecho de sacarlo, y no podes hacer ese duelo de dolor con ese bebe, porque es un ser humano también. Nosotras nos paramos de una que «no, no se puede», pero en realidad se puede ¿Que más se va a exponer a tanto dolor esa familias, esos padres para que puedan tener su bebe?. Nosotras con las

4 Movimiento involuntario de los ojos.

chicas, cuando los médicos no estaban, se lo dimos en brazos. Es un alivio para nosotras, nosotras pensamos desde ese lugar." (Entrevista a Laura). En términos de Schwartz y Durrive (2010), la diferencia entre el trabajo prescrito y el real es inevitable. Un esfuerzo excesivo por conciliarlas hace el trabajo "invivable". Siguiendo esta perspectiva, es evidente que la pandemia supuso una incorporación de carga laboral en términos físicos y emocionales. Las experiencias de las personas entrevistadas evidencian una mayor intensidad en los primeros meses de pandemia por el carácter más restrictivo de protocolos, que luego se flexibilizaron.

La encuesta evidencia, en la misma dirección, una mayor intensidad en los malestares emocionales, que los vivieron con distinta frecuencia el 93% de los casos. En este punto, las mujeres también muestran haber sido más afectadas que sus colegas varones: el 54% de enfermeras vivió malestares emocionales con alta frecuencia, frente al 38% de enfermeros.



El malestar emocional asumió diversas formas⁵. El temor frente al contagio aparece como experiencia vivida no solo en primera persona, es decir, por el temor

⁵ Un artículo de publicación reciente se centra en la experiencia del trabajo emocional de la enfermería en pandemia, con el mismo corpus de entrevistas que recuperamos aquí. Coincidimos en observar el dinamismo en la afectación emocional de la pandemia sobre las y los trabajadores, con una intensidad mayor en sus comienzos, posiblemente efecto de la incertidumbre (Garazi y Blanco Rodríguez, 2022)

a enfermarse, sino por el miedo a contagiar a otros. En este sentido, las cargas de cuidado podrían estar asociadas con la intensidad de ese temor, en la medida que existen ciertos vínculos cuya cotidianeidad resulta más difícil, si es que no imposible, interrumpir. Asimismo, el cuidado intensifica su polisemia al traducirse, en contexto de pandemia, como la minimización del contacto físico y presencial. Ello significa, en el desempeño laboral, procesos de trabajo que son interpretados en diversas experiencias como deshumanizantes (Garazi y Blanco Rodríguez, 2022).

En el entorno familiar-afectivo, el cuidado asumió también la forma de distanciamiento del otro. Evitar contacto directo con otras personas -en especial personas mayores-, constituyó una práctica incorporada aún más allá de las restricciones a la circulación, en especial para el personal de salud:

“Me aislé bastante. Me considero yo de riesgo para los demás...” (Entrevista a Gonzalo).

“Al principio no veía a nadie ... como a los cuatro meses empecé a ver a mi familia, nada más a mi mamá y a mi hermana. A mi abuela la veo no sé... la habré visto tres veces desde que arrancó todo” (Entrevista a Belén).

«La realidad es que, en lo personal con mis amigos, me aislé completamente, y con el resto de mi familia, también. Esta cuestión de ser trabajador de salud te contagias en cualquier momento. Si hubiera una juntada de 24 personas, el ojo va a recaer sobre el que trabaja en el hospital, lógicamente” (Entrevista a Selva).

“Llegue a estar 3 meses sin ver a mi mamá en persona. Inclusive en el día nos vemos muy poco. Ella es una persona de riesgo (...) Sí. Creo que la mayoría de los que trabajamos en hospitales limitamos, muchos se mudaron solos que vivían con sus padres, por miedo a llevar el virus” (Entrevista a Francisca).

Las experiencias relatadas coinciden en un proceso de repliegue hacia el interior de los hogares, incluso más allá de los plazos estipulados por las restricciones sanitarias. La condición de personal de salud llevó a buena parte de las y los entrevistados a permanecer físicamente alejados de su entorno social cercano. En algunos casos, se narran experiencias relacionadas con la culpa por no sostener la cercanía en los lazos afectivos:

“Así que entre miedo y preocupación al principio era y ahora yo lo siento más como un reclamo de que no me ocupo tanto de la familia extra casa ¿no?. De la casa sí, pero lo que es por fuera de la casa los tíos u otros

amigos, siento como esa sensación de reclamo" (Entrevista a Marcela).

Ello evidencia que, aunque el trabajo de cuidado tiene su demanda más intensa en relación con personas dependientes, su alcance no se limita a estos vínculos. La socióloga Viviana Zelizer (2009) identifica una multiplicidad de relaciones sociales en las que las mujeres cumplen una función cohesiva a la hora de sostener lazos afectivos: organizar celebraciones, recordar fechas especiales y gestionar la compra de regalos son algunas de las tantas funciones que expresan cuidado hacia otras personas y recaen sobre mujeres (Hochschild, 2008). Estas tareas pueden comprenderse, parafraseando a De la Garza Toledo (2010), como parte de una concepción ampliada del trabajo de cuidado. Ante la retracción de esas funciones, la carencia se evidencia como "reclamo" dirigido exclusivamente a quienes cumplen esas funciones.

Aunque puede ser prematuro advertirlo, la experiencia transitada en pandemia podría haber reforzado los procesos de nuclearización de la familia, aunque con formatos heterogéneos. Si bien no es plausible observar una sola forma de ser familia entre las y los entrevistados, todas las experiencias coincidían en la reducción de los lazos afectivos hacia los del hogar en primera instancia, y la lenta recuperación de unos pocos para la familia extendida. Algunas experiencias advierten el posible impacto en las propias prácticas más allá de la pandemia:

"Creo que nos cambió, nos modificó" (Entrevista a Camilo).

Este repliegue hacia el interior de los hogares se transitó asimismo como una intensificación de las responsabilidades de cuidado en los hogares. Si aún antes de la pandemia la organización social de los cuidados recaía mayoritariamente sobre las mujeres-madres, la interrupción de la presencialidad en las instituciones educativas y de cuidado, sumado al distanciamiento social, reforzó esa desigualdad. Algunas experiencias resignifican este proceso como de fortalecimiento de los vínculos:

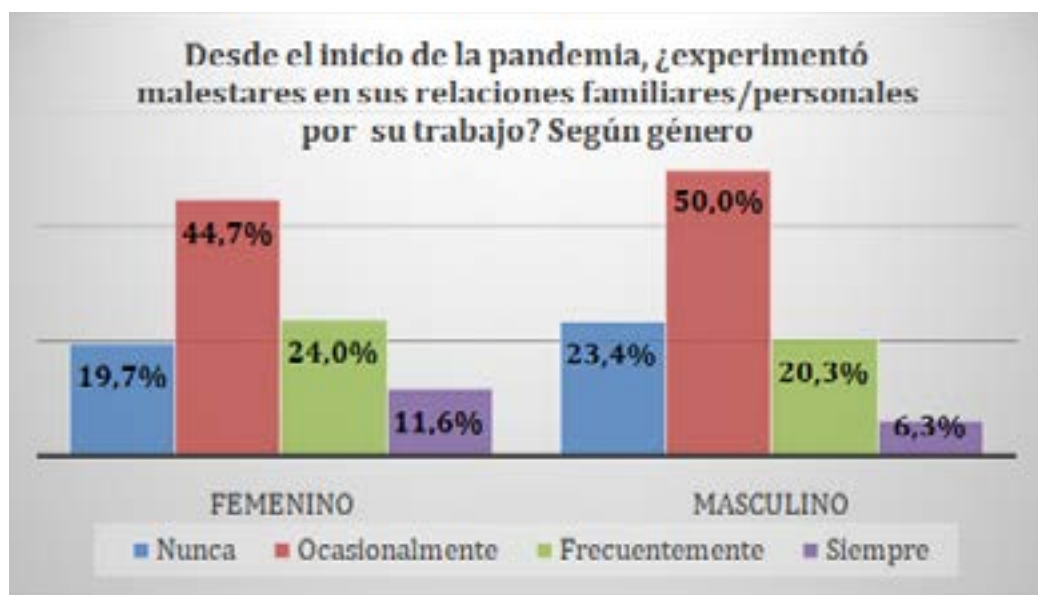
"A nivel interno o emocional, a mí me dejó un gran aprendizaje. El saldo es positivo, más allá de todo lo negativo. A nivel familiar y de conexión con mis hijos" (Entrevista a Paula).

En otros casos, el temor al contagio representó distanciamiento aún en el entorno afectivo cercano:

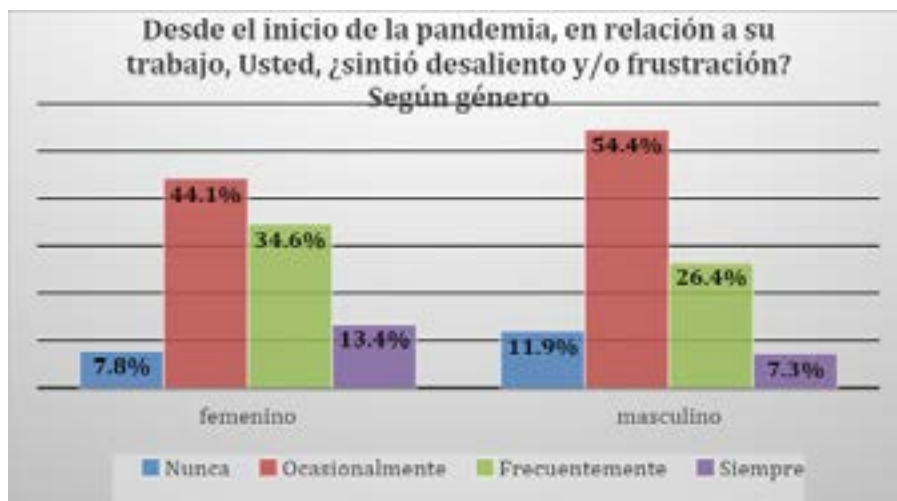
"En mi vida familiar, que ya no te encontrás como antes. Ya no tomo más mate con mi mujer, no ando a los besos y a los abrazos todo el día, eso también cambia mucho. Te hace pensar todo eso ¿no? por miedo a contagiar al otro, en mi caso...con amigos directamente reuniones hace un montón que no tengo" (Entrevista a Roberto).

Amén de transformar los intercambios afectivo-corporales, en el contexto argentino-rioplatense, la pandemia impuso nuevas reglas para una práctica social arraigada entre diversos sectores sociales. El consumo de mate como ceremonia colectiva e invitación a la mesa común (Pite, 2016) se habría visto amenazado por el repliegue hacia lo individual (Levrand et. al., 2021), que no exceptúa esta práctica compartida e incluso la representa como peligrosa.

La encuesta evidencia el carácter generalizado del impacto del trabajo durante la pandemia, sobre las relaciones familiares o personales de las enfermeras/os. El 33% experimentó siempre o con frecuentemente malestares en sus relaciones familiares/personales debido al trabajo y el 46% lo vivió ocasionalmente. Y aquí, nuevamente, son las mujeres quienes se sintieron más afectadas en este sentido (36%) respecto de sus pares varones, quienes solo en el 27% de los casos dicen haber tenido esos efectos en sus vínculos con frecuencia.



La intensidad de las transformaciones experimentadas en el mundo laboral y su impacto en el conjunto de la vida, se tradujeron en malestar generalizado para el personal de enfermería. El 91% sintió desaliento o frustración en relación con su trabajo al menos ocasionalmente desde el inicio de la pandemia, con mayor frecuencia también entre las mujeres, quienes indican que esa sensación fue permanente o frecuente en un 48% de los casos, proporción que desciende al 34% en los varones, quienes lo manifestaron con menor frecuencia.



En relación con los malestares y efectos psíquicos y emocionales vinculados al trabajo, la encuesta indagó en la existencia de espacios institucionales de contención en los lugares de trabajo. La mayoría (66%) no identifica tales espacios y el 23% dice que estuvieron disponibles ocasionalmente. Sólo el 10% de las y los enfermeros encuestados dicen conocer que esos espacios estuvieran disponibles de forma permanente.

Adicionalmente, y como factor que ejerce mayor presión e insatisfacción respecto de la labor como enfermero/as, solo el 30% siente que su trabajo fue valorado por la sociedad y el 48% manifiesta que fue valorado solo de forma ocasional durante la pandemia.

Las entrevistas revelan también como excepcionalidad la existencia de espacios de contención en las clínicas y hospitales marplatenses. En la mayoría de las experiencias se rescata la acción espontánea y horizontal a través de la cotidianeidad en los lugares de trabajo y el devenir de los grupos de WhatsApp en ámbitos de atención y cuidado entre trabajadores:

«Sí, supuestamente había un 0800 con ayuda psicológica pero bueno, nadie llamó. Capaz que lo que tenían miedo es que hubiera un suicidio en masa pero no, no. Siguieron trabajando y era como que entre nosotros por los grupos de WhatsApp nos hacíamos la contención "bueno, quedate tranquila ¿necesitás algo?, ¿te alcanzo?, ¿cómo estás?, ¿cómo te sentís?, ¿qué te dijeron?". Cosas así. La ayuda psicológica era entre nosotros también» (Entrevista a Viviana, sector público).

Entre quienes identificaron la existencia de espacios de contención, solo una trabajadora entrevistada expresa haber acudido. La situación relatada resulta

bastante desalentadora en relación a la capacidad de proveer sostén emocional a las y los trabajadores que se hallaban más expuestos frente a la pandemia:

“Yo a lo primero tuve como un ataque de pánico, no quería ir a trabajar. Me parecía raro porque nunca me pasó eso, pero bueno, iba igual. Era como un rechazo que tenía al trabajo, no quería directamente. Nos trajeron una psicóloga que yo le planteé lo que me había pasado, no solucionó nada y terminó diciendo que ‘no nos hagamos problema, porque a todos nos va agarrar coronavirus por trabajar en un hospital’ (risas). Viste, nos reanimó a seguir trabajando (risas-ironía). Lo que pasa es que la psicóloga al no solucionar nada porque no nos dio una respuesta como no se hagan problema o no sé decirlo de otra manera. Yo lo empecé a hablar con mis compañeras y me dieron ánimos, porque ellos estaban en la misma situación, así que bueno, después ya está, ya se me pasó. Al poder expresarlo es como que después me fui tranquilizando, y ya está, después comencé a trabajar normal” (Entrevista a Mónica, sector público).

El relato de Mónica evidencia la ausencia de una estrategia a gran escala para la contención emocional-psicológica del personal de salud, que transcurrió mayoritariamente de manera espontánea y horizontal. Cabe mencionar que la intensidad de la experiencia antes narrada es significativa en la entrevista, ya que aparece dos veces en el relato, primero cuando se pregunta sobre los espacios de contención y luego reaparece, con palabras muy similares, al consultar sobre las emociones relacionadas con el trabajo en pandemia.

Algunos aspectos positivos que se destacan en la encuesta, y contrarrestan al menos en algo la gran presión laboral, se vinculan con dos experiencias subjetivas. Por un lado, el sentimiento de pertenencia a un grupo de trabajo (presente en el 73% del personal de enfermería de forma constante) y, por otro, el sentimiento de orgullo por la profesión, que lo exterioriza el 82% de los casos como algo que sienten con frecuencia. Finalmente, las relaciones interpersonales en el lugar de trabajo y los vínculos entre compañeros y colegas aparecen como algo valorado por las enfermeras y enfermeros, quienes declaran en gran medida no haber tenido situaciones de conflicto con colegas o superiores.

Conclusiones

A modo de cierre, se puede destacar que la complejidad, la intensidad y la mayor carga física y emocional que adquirió el trabajo de enfermería durante la pandemia pudo evidenciarse desde el análisis estadístico a nivel nacional, así como comprenderse en profundidad desde las vivencias y experiencias relatadas por enfermeras y enfermeros de la Ciudad de Mar del Plata. El diálogo entre los datos cuantitativos nacionales y

el abordaje cualitativo local permitió mostrar las problemáticas más recurrentes de la ocupación y ejemplificarlas a partir de los discursos de sus propios protagonistas, con los sentimientos, emociones y significados que ellas y ellos mismos otorgan a esas experiencias.

La falta de insumos y el escaso reconocimiento económico son recurrentes en las experiencias narradas. Cada una de las experiencias, relató como parte de la disputa con el sector empleador -en especial en el público- los procesos de negociación y militancia para obtener elementos de trabajo, la extensión informal y no reconocida de las jornadas laborales, el aumento en la intensidad del trabajo y el desgaste físico y mental. Todo ello evidencia el enorme peso que el sector de enfermería sostuvo al enfrentar la pandemia. Más allá de los reconocimientos discursivos y simbólicos, la cotidianidad de las y los trabajadores fue la profundización de la tensión entre el pluriempleo y los ingresos por debajo de las necesidades básicas, la sobrecarga de cuidado profundizada por la imposibilidad de acceder a protecciones al cuidado que fueron previstas para el resto de los trabajadores y la escasez de políticas de amplia escala capaces de contemplar las especificidades del sector, incluyendo la contención emocional adecuada, sostenida y efectiva.

En el sector público, a estas problemáticas se sumó la carga de la contención social que involucró la atención sanitaria en contexto de pandemia. La interacción implicada en las prácticas de supervisión y atención involucraron la escucha no solo de la situación sanitaria sino también social, lo que se tradujo también en una sobrecarga del sistema público asociada con la pérdida de puestos de trabajo en pandemia -y la consecuente falta de acceso a la cobertura de obras sociales y atención en el sector privado-.

Atendiendo a las evidencias presentadas en este artículo, se puede afirmar la necesidad de políticas públicas que tiendan a mejorar la calidad de trabajo y el reconocimiento simbólico, social y económico de la enfermería. Entre otras líneas, se pueden esbozar algunos ejes de políticas a tener en cuenta:

Establecer mecanismos regulares, periódicos y abiertos de jerarquización dentro de la carrera profesional en el sector público.

Asegurar suplementos salariales acordes para cuidado remunerado -institucional o en casas particulares- en el caso de personal con hijos en edad de cuidado intensivo.

Generar espacios consultivos que incluyan a trabajadores/as, para el diseño de protocolos sanitarios acordes con el trato humanizado.

Ampliar las instituciones de atención sanitaria primaria y secundaria, para favorecer la atención temprana y preventiva, evitando sobrecargar el sistema y postergando la atención sanitaria.

Mejorar las condiciones salariales a fin de minimizar la proliferación del pluriempleo, que sobrecarga a los trabajadores/as, afecta la calidad de atención y aumenta el riesgo sanitario.

Finalmente, atendiendo a los riesgos psicofísicos asociados al trabajo, es menester

facilitar espacios de seguimiento de la salud y el bienestar psicofísico de trabajadores/as, de manera preventiva y regular; así como implementar, en las mismas instituciones en que las y los enfermeros realizan su trabajo, espacios colectivos e individuales de acompañamiento profesional en el área de la salud mental para quienes lo requieran.

Bibliografía

- Alomo M, Gagliardi G, Pelocche S, Somers E, Alzina P, Prokopez CR. (2020) Efectos psicológicos de la pandemia COVID-19 en la población general de Argentina. Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba, 77(3):176-81. Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/med/article/view/28561>
- Aspiazu, E. (2016). Heterogeneidad y desigualdades de género en el sector Salud: entre las estadísticas y las percepciones sobre las condiciones de trabajo. Revista Pilquen. Sección Ciencias Sociales. Vol. 19. N°1.
- Aspiazu, E. (2017). Las condiciones laborales de las y los enfermeros en Argentina: entre la profesionalización y la precariedad del cuidado en la salud, *Trabajo y Sociedad*, 28, 11-35.
- De la Garza Toledo, E. (2010). Hacia un concepto ampliado de trabajo: del concepto clásico al no clásico. Madrid: Antrhopos.
- East, S.; Laurence, T.; López Mourelo, E. (2020) Covid-19 y la situación de las trabajadoras de la salud en Argentina. Buenos Aires OIT-UNFPA-ONU Mujeres.
- Garazi, D. y Blanco Rodríguez, G. (2022) "Al principio me dio pánico, mucho pánico". REVLATT, 4, Mayo-octubre, 27-48. <https://doi.org/10.48038/revlatt.n4.58>
- Global Union (2021) COVID-19: una enfermedad profesional ¿Dónde están más protegidos los trabajadores de primera línea? UNI Global Union/ITUC CSI IGB. covid-19_an_occupational_disease_es_v2.pdf (uniglobalunion.org)
- GOLLAC, M. (Dir) (2011). Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. París: Ministère du Travail, de l'Emploi et du Dialogue Social.
- Hochschild, A. (2008). La mercantilización de la vida íntima. Apuntes de la casa y el trabajo. Buenos Aires: Katz.
- Lanari, M.E. "Realidad y percepción del déficit de trabajo decente. El caso de los médicos que desempeñan sus tareas en hospitales de Mar del Plata" en Aguirre, Andreoni, Armendáriz y Arocena (eds.) Concurso bicentenario de la patria. El estado de la clase trabajadora en la provincia de Buenos Aires. Bs. As. 2010.
- Levrard, N.; Tessio Conca, S.; Metivié, M.; et. al. (2021) Prácticas inmateriales en tiempos de coronavirus. Cambios en las modalidades de la ronda de mate y su consumo. Hermeneutic, 20, 48-67.
- Malleville, S., y Beliera, A. (2020). El lugar del reconocimiento en el trabajo de enfermería. *Estudios Del Trabajo. Revista De La Asociación Argentina De Especialistas En Estudios Del Trabajo (ASET)*, (59).

- Marx, C. (1980). Teorías sobre la plusvalía. México: FCE.
- MSAL (2020). Estado de situación de la formación y el ejercicio profesional de Enfermería en Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. Julio.
- Neffa, J. C. (2015) Los riesgos psicosociales del trabajo. Contribución a su estudio. Buenos Aires: CEIL.
- Neffa, J.C. y Henry, M.L (2017). ¿Quién cuida a los que cuidan? Los riesgos psicosociales en el trabajo en los establecimientos privados de salud. Serie Documentos de Trabajo Edición anual / Año 1 - Nº 1, FCE UNPL, Instituto de Investigaciones Administrativas.
- Novick, M. et al. (2012). Estudio comparativo de las condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud en: Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú. Washington, D.C.: OPS.
- Pereyra F y 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", en **Salud Colectiva**, 2016, 12(2), pp.221-238.
- Pereyra, F. y Esquivel, V. (2017). Trabajadoras y trabajadores del cuidado en Argentina; Universidad Nacional de Santiago del Estero; Trabajo y Sociedad; 28; 1-2017; 5-10
- Pite, R. (2016). "A state of South America". Lafayette University. Our people, Fall 2016. <https://magazine.lafayette.edu/fall2016/2016/11/16/a-taste-of-south-america/>
- Scatularo, C. E., Battioni, L., Bellia, S., Costa de Robert, S., Gatti, M., Racki, M., Pereiro, S. M. (2021). Impacto psicofísico de la pandemia COVID-19 en trabajadores de la salud en Argentina. Encuesta ImPPaCTS-SAC. 20. Revista argentina de cardiología, 89(3), 204-210.
- Santamaría, M. D., Ozamiz-Etxebarria, N., Rodríguez, I. R., Alboniga-Mayor, J. J., & Gorrotxategi, M. P. (2021). Impacto psicológico de la COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles. Revista de psiquiatría y salud mental, 14(2), 106-112.
- Schwartz, Y., y Durrive, L. (2010). Trabalho e ergologia (II). Dialogos sobre a atividade humana. Belo Horizonte: Fabrefactum.
- SRT (2021a) Boletín estadístico mensual sobre cobertura y financiación. Total sistema. Departamento de estudios estadísticos. Gerencia técnica. Superintendencia de Riesgos de Trabajo (SRT) - Argentina. https://www.srt.gob.ar/estadisticas/boletin_total_sistema/BOLETIN%20TOTAL%20SISTEMA%20-%20Febrero%20de%202021.pdf.
- SRT (2021b) Informe sobre la situación de género en el sistema de riesgos de trabajo.

Departamento de estudios estadísticos. Gerencia técnica. Superintendencia de riesgos de trabajo (SRT) - Argentina. <https://www.srt.gob.ar/estadisticas/genero/anual/Informe%20Situaci%C3%B3n%20de%20Genero%20A%C3%B1o%202020.pdf>

Zelizer, V. (2009) La negociación de la intimidad. Buenos Aires: FCE.