

LA ENFERMERÍA Y EL TRABAJO DE CUIDADO ¿INVISIBILIDAD O RECONOCIMIENTO?

Anabel Beliera (LESET -IdIHCS) anabeliera@gmail.com

Sofía Malleville (LESET -IdIHCS/CIC) mallevillesofia@gmail.com

Introducción

En esta ponencia compararemos los resultados de dos investigaciones doctorales en las que se analiza el trabajo de cuidado realizado por el personal de enfermería: la primera estudia la articulación de los aspectos laborales y políticos en la experiencia sindical de distintos grupos de trabajadores del Hospital de la Provincia de Neuquén; la segunda analiza las características del proceso de trabajo en establecimientos de salud de carácter privado ubicadas en el casco urbano de La Plata y su vinculación con el proceso salud-enfermedad de los trabajadores/as. Ambas adoptan una perspectiva metodológica cualitativa, basada en la realización de observaciones participantes y entrevistas en profundidad.

Analizaremos el lugar que ocupan las prácticas de cuidado en el trabajo de los enfermeros/as, en el marco de las relaciones que mantienen con otros grupos dentro del entramado laboral. Desde un enfoque relacional veremos que, si en algunas ocasiones el trabajo de cuidado aparece invisibilizado y se traduce en escaso reconocimiento laboral, en otras se convierte en un soporte a partir del cual los enfermeros reconocen y valorizan sus labores frente a los Otros. Veremos, por un lado, que los enfermos marcan disputas y relaciones con otros grupos laborales a partir del status que le otorgan al trabajo de cuidado de pacientes, por lo que es importante analizar sus labores en el marco de los conflictos por el reconocimiento que se mantienen de manera situada con otros grupos. Sin embargo, por otro lado, veremos que los enfermeros no sólo buscan visibilizar la importancia de sus labores frente a los Otros, sino también reconocerse a sí mismos como un grupo profesional con tareas diferenciadas. Es decir, la lucha contra la invisibilización de las tareas de enfermería (y el esfuerzo por hacerlas visibles y mostrar su importancia) no sólo está orientado por el deseo de re-posicionarse frente a los otros grupos de trabajadores, sino también para valorizar ellos mismos sus labores y constituirse como un grupo con funciones específicas.

Los enfermeros encuentran un lugar para sí a partir de reconocer a los pacientes no sólo en los aspectos biológicos vinculados a su estado de salud-enfermedad, sino también dando lugar a los aspectos subjetivos y afectivos que están implicados en el vínculo de cuidado. Esto no sólo hace visible al paciente como objeto de intervención laboral en una dimensión más total, modificando su posición en tanto destinatario de las intervenciones

laborales, sino que simultáneamente reposiciona a los enfermeros como sujetos interventores. Tal como afirman Borgeaud-Garciandía (2009: 149), recuperando a Pascale Molinier, cuidar al otro “es producir un trabajo que participe directamente del mantenimiento o de la preservación de la vida del otro”, y en tanto responde a las necesidades propias de las relaciones de dependencia y el reconocimiento de la vulnerabilidad, no se pueden disociar las tareas materiales del trabajo psicológico que implican. Los enfermeros movilizan saberes técnicos vinculados al cuidado de los cuerpos así como conocimientos prácticos, afectivos y emocionales: saber escuchar, hacer chistes para modificar el humor de los pacientes, dar ánimos en momentos difíciles, conversar con los allegados, dar consejos para poder afrontar algún obstáculo familiar, etc. Aunque estos aspectos, esenciales en la práctica de cuidado, no son fácilmente observables y/o cuantificables como otro tipo de tareas materiales que realizan los enfermeros, constituyen un punto central que marca diferencia en la calidad del cuidado - siendo un aspecto muy valorado por los pacientes y sus familiares-.

La especificidad de su trabajo se basa en un saber hacer que se forja en el contacto con los pacientes durante un largo periodo de tiempo. Al visibilizar al paciente en su totalidad y de manera prolongada, los enfermeros se visibilizan a sí mismos y encuentran un lugar legítimo de intervención laboral. A partir de diferenciarse de las labores médicas -basadas en la generalización de diagnósticos y la estandarización de procesos-, las labores de enfermería se mantienen en un equilibrio entre la estandarización y el reconocimiento de la particularidad de cada uno de los pacientes.

Pero en estos procesos, consideramos importante registrar también las cosas que se mantienen ocultas o invisibles. Parte del saber-hacer que los enfermeros resaltan como propio de su trabajo es lidiar con la distinción y “respeto” entre los aspectos públicos y privados de los pacientes. En tanto enfermeros, ellos tienen contacto directo con el mundo privado de los enfermos (los limpian e higienizan, los asisten en situaciones que pueden ser avergonzantes, a menudo conocen sus problemas familiares, etc.), y parte importante de sus labores es saber mantener en el orden de lo privado cuestiones que los pacientes no quieren que sean visibles.

Argumentamos pues que las labores de enfermería se sitúan en una tensión: si por un lado encuentran un lugar legítimo de intervención (diferente al de la medicina) a partir de visibilizar los aspectos no-biológicos que están implicados en las tareas de cuidado de los pacientes, y en consecuencia buscan hacerlas visibles para mostrar la importancia de sus labores; por otro lado, deben aprender a ocultar aspectos privados de los pacientes que se

vinculan profundamente con sus trabajos. Veremos que lo político y público en los espacios laborales tiene vínculo estrecho con dimensiones privadas y cómo se lidia con ellas.

La ponencia se organiza de la siguiente manera: en primer lugar, presentaremos algunos elementos sociales e históricos del proceso de conformación de la enfermería en nuestro país, así como algunas herramientas conceptuales que consideramos útiles para analizar la visibilidad/invisibilidad de sus labores; en segundo lugar, analizaremos los datos construidos en nuestros trabajos de campo a la luz de estas discusiones, con el objetivo de mostrar las tensiones presentes en la delimitación de un perfil profesional específico de enfermería; para finalmente sistematizar algunas reflexiones conceptuales en torno a este problema¹.

La enfermería como trabajo de cuidado

Si bien el trabajo de enfermería resulta fundamental en cualquier institución de salud, las labores de este grupo siguen sufriendo una falta de reconocimiento al punto de que aparece invisibilizado (Balzano, 2012).

En primer lugar, esto se debe a razones históricas, relativas a la propia conformación de la enfermería como una práctica subordinada a la medicina, primero como un oficio empírico y luego profesionalizado. Tal como ha sido reconstruido por Ramacciotti y Valobra (2010), las primeras escuelas de enfermería en Argentina se remontan a fines del siglo XIX, y tuvieron como base a la Escuela Cecilia Grierson -fundada en 1885 y municipalizada en 1892-, dependiente de la Asistencia Pública de la Ciudad de Buenos Aires. Sin embargo, llegados a mediados del siglo XX, la enfermería no lograba extenderse como una práctica profesional y seguía estando en manos de personas que, en ciertas ocasiones tenían experiencia, pero carecían de la formación teórica adecuada que los tiempos parecían exigirles. Este proceso adquirió nuevos ribetes a partir de los gobiernos peronistas, cuando se fundaron la Escuela de Enfermeras de la Subsecretaría de Salud Pública -en 1947- y la Escuela de Enfermeras «7 de mayo» de la Fundación Eva Perón -en 1950-. Sin embargo, la profesionalización de las labores de enfermería estaba lejos de alcanzar el nivel de excelencia que se propiciaba desde el gobierno, puesto que predominaban las enfermeras formadas empíricamente en los hospitales -muchas de ellas, tras haber desempeñado tareas de mucamas-.

¹ Queremos aclarar que, para respetar el anonimato de los entrevistados y pacientes, se han colocado nombres ficticios a todos ellos, y que sus palabras se encuentran señaladas en el texto con entrecomillado y cursivas.

El golpe de Estado que derrocó al gobierno peronista en 1955 buscó “desperonizar” la formación de enfermería, y las egresadas de la Escuela de Enfermeras de la Fundación Eva Perón fueron invisibilizadas, ya que “al presentar sus credenciales profesionales eran excluidas de la selección laboral” (Faccia, 2015:316). En la década de 1960, la formación de enfermería se vio influida por la impronta de las ideas provenientes de los organismos internacionales -Organización Mundial de la Salud y Comisión Económica para América Latina y el Caribe-: la incorporación de “auxiliares de enfermería” a los equipos de salud fue vista como una manera de proveer personal especializado a los servicios sanitarios y se favorecieron cursos de “adiestramiento en servicio” para el personal empírico. Sin embargo, estos procesos no conducirán a una mayor autonomía de la enfermería o a una valorización de su trabajo, ya que la jerarquía y la dependencia a la orden médica estaban presentes en todos los planes de estudio (Faccia, 2015).

El ingreso al sistema universitario, acontecido en los 60’, constituyó un salto cualitativo en la formación de enfermería, puesto que se crearon tres niveles de ejercicio (auxiliares, técnicos, profesionales). Este proceso cobró mayor fuerza a partir de la década del noventa cuando se impulsó un plan nacional de profesionalización de la enfermería en la búsqueda por transformar al auxiliar en licenciado. En 1991 se sancionó la Ley Nacional N°24004 de Ejercicio de la Enfermería donde se impulsa un proceso de reconversión del personal “empírico” a profesional. Como vemos, el proceso de profesionalización de la enfermería no fue lineal ni armónico: a lo largo de la historia, la persistencia de personal formado *empíricamente* para auxiliar las tareas de los médicos, hizo que la enfermería ocupase un lugar subordinado dentro de la vida hospitalaria. De acuerdo con Faccia (2015:323) dicha transformación fue un proceso social e histórico que implicó fuertes luchas por el reconocimiento del status profesional en el interior del campo de la salud y en la sociedad, en el que “se establecieron relaciones sociales y de poder entre los actores involucrados, principalmente enfermeros, médicos y otros profesionales del equipo de salud”.

En segundo lugar, la invisibilidad del trabajo de enfermería se relaciona con construcciones sociales sobre los roles de género que se encuentran cargados valorativamente: se trata de un trabajo desarrollado principalmente por mujeres, mayoritariamente de sectores populares -muchas veces migrantes- (Molinier, 2012). Por esta razón, es usual que se naturalicen las labores de cuidado como una “extensión” de cualidades supuestamente femeninas, cuestión que invisibiliza la formación y capacitación requerida para ejercer esas tareas. Desde una perspectiva histórica, Wainerman y Binstock (1992) reconstruyeron el proceso de nacimiento de la enfermería y su constitución como una

ocupación esencialmente femenina. Las autoras nos recuerdan que hasta 1880 las mujeres y los varones concurrían a hospitales diferentes y eran atendidos por personal de su mismo sexo. De esta forma, los varones conformaban más de la mitad del personal de la época, tanto en hospitales municipales como en hospitales de la comunidad, y su presencia también era significativa en la composición del alumnado de la Escuela de Enfermería. Sin embargo, el año 1912 constituye un parteaguas a partir de una ordenanza impulsada por Asistencia Pública y fruto del alejamiento de Cecilia Grierson de la dirección de la Escuela. Son cuatro las principales transformaciones: en primer lugar, y la que más impactará en el proceso de feminización de la ocupación, es la limitación en la inscripción únicamente a alumnas mujeres; en segundo lugar, se restringe la inscripción sólo a ingresantes externas -caducando la ordenanza de 1905 que obligaba a la capacitación de todo el personal en ejercicio-; se reforma el plan y la duración de los estudios y se establece un periodo de servicio obligatorio para la entrega del título. Según Wainerman y Binstock (1992), en la decisión de restringir el ingreso únicamente a mujeres se vislumbran los primeros vestigios de aquellos argumentos que le atribuyen a la enfermería y, por ende, a las tareas de cuidado, cierta “naturaleza” femenina.

En esta línea, Ramacciotti y Valobra (2010) afirman que la feminización de la enfermería en Argentina conllevó a una paradoja en el proceso de profesionalización: mientras se reclamaban más mujeres para la enfermería y se desplazaba a los varones, aquellas no recibían el reconocimiento profesional ni salarial adecuado. El aparente carácter vocacional y la asociación de saberes adquiridos mediante la formación y la experiencia a un rol natural de la mujer hace que el trabajo de las enfermeras sea escasamente reconocido dentro del sistema de salud y por ello, débilmente retribuido en términos económicos y realizado en condiciones sumamente precarias (Aspiazu, 2017). Además, son efectuadas por mujeres que ocupan una posición subalterna en el espacio social. La invisibilidad del trabajo de cuidado introduce una dimensión política en tanto articula la dimensión de género y de clase.

En tercer lugar, en la literatura se plantea que una parte de la invisibilidad de las labores de enfermería se vincula con las características de las prácticas de cuidado en sí mismas. En estos casos, se trabaja con situaciones que socialmente son consideradas tabú y que hay que aprender a disimular: la limpieza de secreciones y de las partes genitales del cuerpo, la asistencia para ir al baño, el retiro de deyecciones, entre otras. Los trabajos de cuidado afrontan situaciones relacionadas al cuerpo -y específicamente en situación de enfermedad-, que en nuestras sociedades suelen ocultarse o disimularse. Esto hace que los

trabajadores de cuidado deban adquirir conocimientos específicos que le permitan garantizar el resguardo de la privacidad del paciente, dando lugar a esos procesos pero a la vez haciéndolos invisibles ante la mirada de los Otros. Tal como ha sido señalado por Molinier (2012) y Borgeaud-Garciandia (2009), la invisibilidad aparece como la condición para que su actividad se realice exitosamente, exige el desempeño de *habilidades discretas* que deben permanecer ocultas y que sólo se hacen visibles cuando falla. Esos saberes conllevan a un déficit de visibilidad y reconocimiento.

Tal como se desprende de la bibliografía, vemos que la cuestión de la (in)visibilidad de las tareas de enfermería ha marcado el desarrollo laboral de este grupo incluso hasta la actualidad.

Desde una perspectiva sociológica, consideramos que debe entenderse la relación entre la visibilidad y la invisibilidad de determinados grupos laborales (y las tareas que desempeñan) desde una perspectiva relacional y procesual. En ese sentido, queremos retomar los aportes de Brighenti Andrea (2007), que analiza los aspectos relacionales, estratégicos y procesuales de la *visibilidad*. Este autor afirma que el empoderamiento no está unívocamente ligado a la visibilidad (como se asume desde la tradición del reconocimiento), sino que la relación entre ambas variables debe ser analizada de manera local y situada, evaluando la relación con los aspectos estéticos (en cuanto a las relaciones de percepción) y políticos (en cuanto a relaciones de poder) con que se relacionan diversos grupos sociales. Retomaremos sus aportes para conceptualizar los procesos laborales o específicamente el desarrollo de un perfil profesional determinado para la enfermería.

El autor identifica tres dimensiones sociales de la visibilidad: 1) La *dimensión relacional*. Pone el acento en que mirar y ser mirado son dos procesos interconectados en cualquier relación social, pero que no implican necesariamente que exista simetría de poder (y de hecho, en general es asimétrica). Pero, si bien la visibilidad está estrechamente ligada al *reconocimiento* -donde un Otro testifica nuestra existencia al mirarnos-, estos dos procesos no están unidos de manera lineal (no existe relación necesaria entre hacer visible y ganar reconocimiento). De acuerdo con el autor, la misma relación social que produce el reconocimiento puede producir también negación del mismo, pues las distorsiones en la visibilidad conducen a distorsiones en representaciones sociales. 2) La *dimensión estratégica* pone el acento sobre la relación entre la visión y la acción: cuando algo se vuelve perceptible/visible, debemos preguntarnos quién está actuando y redireccionando las propiedades del campo y qué relaciones específicas están siendo formadas. Tener acceso a los lugares de visibilidad es una precondition para tener voz en la producción de representaciones, por eso

es una cuestión eminentemente *política*. Pero, tal como señala Brighenti (2007:11), una de “las principales distinciones en la cultura sociopolítica occidental moderna es la dicotomía entre el espacio público, asociada a la visibilidad, y el espacio privado, asociado a la invisibilidad”, por lo que un proceso que haga visible cuestiones que son consideradas del mundo privado no necesariamente lleva al empoderamiento. La visibilidad no está necesariamente vinculada al empoderamiento, sino que también puede ser des-empoderadora. 3) La *dimensión procesual* de la visibilidad pone el acento en que dar forma y gestionar la visibilidad de cualquier aspecto social es un trabajo que requiere esfuerzo, por lo que no se trata nunca de una cuestión meramente técnica sino inherentemente *práctica y política* (Brighenti, 2007:4-6).²

Siguiendo a este autor, entendemos que la cuestión de la visibilidad no se acota a la cuestión sensorial (de la percepción) sino que tiene implicancias sobre las acciones de las personas. Lo invisible no es tematizado como un objeto del dominio de la acción, debido a que se da una relación entre lo que se puede ver y sobre lo que se puede actuar: sólo si puedo verlo, puedo hacerlo o actuar sobre ello. A continuación, retomaremos estos aportes para conceptualizar las labores de enfermería tal y como aparecían en nuestros trabajos de campo.

La articulación de lo privado y lo público en el cuidado de pacientes

Los resultados presentados en este apartado forman parte de una investigación doctoral finalizada, en la que se analizó el sentido que los trabajadores del Hospital Provincial Neuquén (HPN) le asignaban a sus prácticas laborales y políticas.³ La selección de este hospital se debe a la importancia que tiene en la política sanitaria de la provincia de Neuquén. Se trata del hospital que más trabajadores emplea en esta provincia, y en esta trama, los enfermeros ocupaban un lugar de suma importancia debido al proceso de profesionalización que atravesaban y a la reciente creación de un sindicato propio -el Sindicato de Enfermeros de Neuquén- en el año 2009.

² Brighenti (2007) afirma que estas tres dimensiones tomadas en conjunto permiten pensar la visibilidad como un campo, con propiedades específicas. Nosotras en cambio consideramos útil el análisis de estas dimensiones para el análisis de la visibilidad de los procesos sociales, pero no así su conceptualización como un campo específico -en línea con la teoría de Bourdieu-. Más que analizar estas variables como cualidades específicas de un área de lo social, consideramos productivo analizar cómo aparecen permeando distintos procesos, correspondientes a *distintos campos* -utilizando terminología bourdieuana-. En este caso, retomaremos estas dimensiones para analizar las cualidades del trabajo que realiza enfermería, en el marco de las relaciones que mantiene con otros grupos.

³ En el trabajo de campo, se realizaron observaciones sistemáticas y participantes en el espacio hospitalario, que fueron registradas en notas organizadas y estructuradas, así como 97 entrevistas semi-estructuradas en profundidad a trabajadores del hospital que tenían diversas formaciones y funciones.. El trabajo de campo se llevó a cabo durante los años 2010, 2012 y 2013.

Presentaremos algunas características importantes del trabajo de enfermería a partir del análisis de la experiencia del equipo del Servicio de Clínica Médica. En este servicio, que se encontraba ubicado en el quinto piso del hospital y contaba con 30 camas de internación, se atendían adultos con afecciones clínicas complejas. El equipo de trabajo estaba conformado por 14 médicos de planta, 28 enfermeros, una administrativa, una recepcionista, 3 mucamos, y residentes en proceso de formación en la especialidad (en el año 2016 eran 16). A continuación presentaremos algunos sentidos que se condensan sobre el trabajo de enfermería a partir de la descripción del vínculo que dos enfermeros del sector (Clara y Laureano) mantuvieron con una paciente que estuvo internada en Clínica Médica en reiteradas oportunidades. Se trataba de Priscila, una paciente con leucemia que fue internada varias veces para hacer ciclos de quimioterapia. Luego de que los primeros tratamientos no funcionaran, fue estudiada para evaluar la posibilidad de realizar un autotrasplante de células madres -conocido como trasplante de médula ósea- o un trasplante alogénico -para que recibiera células madre de otra persona, buscando donante a nivel nacional e internacional-. Durante este proceso, fue internada varias veces porque había desarrollado cuadros febriles y se encontraba “*neutropénica*”.⁴ Desafortunadamente, no consiguió trasplantarse y falleció.

Todo el equipo de enfermería se había encariñado mucho con esta paciente, debido en parte a que tuvieron una relación duradera por sus reiteradas internaciones en el Sector. Tanto Clara como Laureano me hablaron de manera extensa sobre el vínculo con Priscila para darme ejemplos de las gratificaciones y dificultades que implicaba el trabajo de enfermería. Para ambos, ella era una paciente importante, que había marcado su experiencia laboral.

En el recuerdo de Clara, Priscila fue importante porque realizó indicaciones al plantel de enfermería que les sirvieron para identificar errores y mejorar el desempeño del equipo (sugirió cómo prevenir errores en la administración de medicación y señaló la falta de frecuencia en el cambio de la bolsa de basura). A partir de estos señalamientos, Clara comenzó a pensar la posibilidad de presentarse al concurso para la jefatura del servicio de enfermería, ya que podría incidir más directamente en la organización del trabajo del equipo (cuestión que no le era posible en el rol de “*enfermera asistencial*” que tenía hasta el momento). Para delinear el proyecto para inscribirse al concurso, le propuso a una colega – Susana- hacer una encuesta con los pacientes para detectar errores en el trabajo del equipo y, a partir de los resultados, diseñó su proyecto de gestión. En su recuerdo, el análisis de los resultados fue significativo no sólo porque le permitió identificar errores sino porque en la encuesta que había respondido Priscila encontró un mensaje:

⁴ Disminución del número de neutrófilos por debajo de 1,000 - 1,500 cel/mm de sangre.

“Y por acá veo un mensaje, y yo le digo a Susana, ‘mirá, en la encuesta de Priscila, nos deja un mensaje’. Y bueno, el mensaje era sólo de agradecimiento, y diciendo que ella donde estuviese nos iba a cuidar y nos agradecía por haber estado con ella y su familia. Un montón de palabras lindas. Y vos sabes que empecé a leer y empecé a llorar. (...) Entonces Susana me dijo: ‘¡Clara, ves! por esto es por lo que tenemos que luchar, por esto es por lo que no tenemos que aflojar.’” (Clara, sector de clínica médica del HPN)

Tal como era presentado por Clara, la encuesta no sólo le permitía construir conocimiento de una manera sistemática para elaborar su proyecto de gestión sino que además era una vía de comunicación con los pacientes. A partir del relato de este proceso, Clara articulaba ideales profesionales contrapuestos: por un lado, afirmaba que la enfermería no era sólo una actividad asistencial sino que también implicaba tareas de gestión y planificación, pero por el otro lado, el trabajo de enfermería no se autonomizaba de las prácticas de cuidado del enfermo.⁵ Incluso relatando su decisión de presentarse a un puesto de jefatura (que la alejaba de las tareas asistenciales) Clara se mostraba como una enfermera preocupada por los pacientes. Se mantenía cerca de los enfermos, cerca de Priscila.

También Laureano me habló de los pacientes como una forma de ilustrar la complejidad de las labores que tenían que desarrollar. Él afirma que hay muchos pacientes que “*le llegan*”, en el sentido de que lo conmueven, pero recuerda que la atención de Priscila se le hizo especialmente difícil:

⁵ Esta diversidad de roles, por momentos contradictorios en las prácticas de enfermería fue registrado también en otras investigaciones, como las de Hughes (1996) y Vega (2000).

“Son personas con las que compartimos mucho, porque vienen a hacerse tratamientos y por ahí parece que van a mejorar... y conoces al marido, conocés a la familia, los hijos. Tenía hijos chiquitos... eran de Zapala [ciudad del interior de la provincia de Neuquén]. Era todo un esfuerzo para ellos venirse para acá. Esa se me hizo difícil... recuerdo que me marcó, así, mal. Porque cuando... justo ella tenía que pasar, habían conseguido un trasplante de médula para ella... después de tanto pelearla, tanto pelearla, al final consiguieron a alguien que era compatible y se estaba por ir a Buenos Aires [derivada para hacer el trasplante], e hizo fiebre, entonces teníamos que resolver eso, y nunca lo resolvió, y falleció antes. ¡Y estuvo ahí! Y vos decís ‘Nooo’... (Silencio. Mira hacia el costado, aprieta los labios. Se larga a llorar) Ya me había olvidado. Si, eso me hizo mal. Fue duro por eso, porque la peleamos un montón... ¡y faltó tan poquito! (Silencio)

(...) Ya nos conocíamos, de tantas internaciones que había tenido. Por ahí había cuestiones que te llamaban la atención... que se yo, contaba cosas de su vida cotidiana. Tenía los problemas de una persona común, viviéndolos a 200 o 300 km de distancia. Y la familia como que... el marido estaba acá firme, al pie del cañón, el tipo un grande, cuidandola, y entonces como que los hijos se estaban descarreando. Entonces ella, más allá de toda su enfermedad, le preocupaban los hijos... que estaban pre-adolescentes, y en vez de ir a la escuela, se escapaban; o se preocupaban por ella y no se lo decían. (...) Y a veces pasaban los hijos y a veces no podían venir hasta acá, por cuestiones económicas, la escuela. Y bueno, nosotros la apoyabamos en ese aspecto también. ‘Hablalo con ellos, lo tenés que hablar ahora’... ‘si, tenés razón’. Y por ahí llamaba a los hijos y hablaban, y las cosas se arreglaban, entonces vos te sentías como parte... en cuestiones, más allá de la salud, en aspectos de su vida personal. (...) Entonces conseguimos por ahí que llamara por telefono... pavadas para uno, pero que para ella significaban mucho, y te agradecía de tal manera, que te lo dejaba grabado.” (Laureano, sector de clínica médica)

Los pacientes con tratamientos oncológicos en general tienen múltiples internaciones, y por ende son pacientes con los que comparten mucho tiempo.

“Por ahí te metés en lo que ellos esperan conseguir, o que no tienen todo perdido. Y por el otro lado, ves la historia clínica y ves que las cosas no van como deberían ser, o como espera ella o él que le vaya. Pero tampoco está todo dicho.... entonces seguís peleando con ellos, con él, para que salga adelante” (Laureano, sector de clínica médica del HPN)

Ese involucramiento afectivo no se da sólo con los pacientes internados, sino también con sus acompañantes y familiares. Laureano resalta que la presencia de los familiares es fundamental para la recuperación de los pacientes, y por eso en el servicio de Clínica Médica los dejan estar en la sala de internación más allá del horario de visitas.

“Creemos que la participación del familiar en el cuidado es indispensable, porque el que está internado se siente contenido y a vos te ayuda por ahí a cuidarlo. Por ahí viene un familiar y te avisa algo. Hay casos en los que se abusan de ese permiso que les damos, y entran dos, tres, cuatro, y la habitación se hace un mundo de gente porque están todos los parientes metidos en la habitación, y ahí tenemos que cortar el trato ameno que tenemos y ponernos serios y decir ‘¡salgan de la habitación!’ (Risa). Porque son habitaciones compartidas. Que se yo... en una habitación de mujeres que entre Juan, Romeo, Pepito... y capaz que la señora quiere hacer pis y no se anima a pedir, la de al lado, porque están todos los parientes ahí. O tiene ganas de tirarse un pedo, y la habitación es compartida... y te da vergüenza. Entonces hay

cuestiones en las que tenemos que poner límites a la familia también.” (Laureano, sector de clínica médica del HPN)

Tal como ha sido señalado por Balzano (2012), las substancias corporales, al traspasar los límites del propio cuerpo, disturban el orden. Brighenti (2007:11) señala que una de “las principales distinciones en la cultura sociopolítica occidental moderna es la dicotomía entre el espacio público, asociada a la visibilidad, y el espacio privado, asociado a la invisibilidad”; y gran parte del trabajo de los enfermeros consiste en saber disimular “las cosas fuera de lugar”, en la reorientación de lo público hacia lo privado (Balzano, 2012). Si bien también la medicina es un trabajo donde la impureza tiene un lugar importante, ésta tiene fuertes compensaciones por generar la salud (es decir, una forma de pureza); pero aquellas tareas que solo se encargan de las tareas impuras sin generar el milagro de la salud, gozan de menos prestigio (Hughes, 1996).

Pero en esta ponencia quisiéramos resaltar que, si bien por un lado los enfermeros deben excluir del campo de la percepción todo lo que contribuyen a limpiar: desechos, ropa sucia, sudores corporales, y todas las dimensiones de la condición humana que nos recuerdan que somos mortales (Molinier, 2012), por el otro lado, deben hacer visible la importancia de estas tareas para construir para sí un lugar de reconocimiento (que tiene consecuencias prácticas y políticas en relación a los otros grupos que conforman el entramado hospitalario). Si estos aspectos de la privacidad de los enfermos aparecieran invisibilizados, no serían tematizado como un objeto del dominio de la acción, y no habría reconocimiento posible del trabajo de quienes se ocupan de ellas. Al hacerlas visibles, los enfermeros muestran la importancia de sus labores.

Al mostrar las características de la propia práctica de cuidado y el vínculo con los pacientes, los enfermeros reconocen su trabajo como una labor socialmente útil. Este señalamiento es, a su vez, una forma de modificar la posición subordinada que ocupan en la vida hospitalaria. Al visibilizar sus labores, los enfermeros no sólo modifican el campo sensorial o perceptible de los procesos que tienen lugar en el hospital, sino que además es *una forma de actuar* sobre el propio entramado laboral hospitalario. Es decir, se trata de un proceso con consecuencias prácticas y políticas en cada uno de los espacios de trabajo.

En la experiencia de cuidado de pacientes en el Sector de Clínica Médica, tanto Clara como Laureano manifestaban aspectos similares. En primer lugar, que implicaba poner en juego habilidades técnicas propias de la práctica profesional de enfermería (“*pasar medicación*”, realizar curaciones, estandarizar procesos de atención en sala, realizar encuestas de satisfacción a los pacientes) así como movilizar prácticas afectivas de contención y escucha en momentos difíciles en las vidas de los pacientes. Laureano afirma incluso que el personal de enfermería se involucra con los pacientes en sus peleas contra la enfermedad e incluso la muerte: aun sabiendo que los resultados técnicos no eran los mejores (“*ves la historia clínica y ves que las cosas no van como deberían ser*”), ellos “*pelean*” junto con los pacientes para que “*salgan adelante*”. El involucramiento con los pacientes en estas tareas de cuidado no implica una labor des-personalizada o estandarizada, sino un vínculo con los sentimientos profundos de los pacientes y un compromiso con sus peleas. Al reconocer a Priscila en estas múltiples dimensiones, tanto Clara como Laureano le habilitan un nuevo status: muestran que no la consideran únicamente el objeto de sus intervenciones laborales ni un cuerpo meramente biológico, sino que atienden a sus dimensiones afectivas y subjetivas (sus esperanzas, sus relaciones familiares, sus luchas). Es decir, hay un reconocimiento del cuerpo de los pacientes como experiencia vivida, que va más allá de lo biológico y la atención del proceso de salud/enfermedad.

En segundo lugar, ambos manifiestan haber establecido un vínculo con el mundo privado de Priscila, que incluso le habilitó una posición activa frente a su propia internación: ella no era únicamente una paciente que estuviera esperando las intervenciones del equipo de salud, sino realizaba indicaciones sobre cómo mejorar algunos procesos, manifestaba sus preocupaciones, pedía consejos respecto a cómo afrontar dificultades con sus hijos. En el relato de Clara es llamativo incluso que afirma que Priscila le comunicó -de manera escrita a través de una encuesta-, que “*donde estuviera los iba a cuidar*”; es decir, Priscila no aparece como un cuerpo a ser cuidado sino también como un sujeto capaz de cuidar.

En tercer lugar, en estos relatos aparece también un reconocimiento de las redes sociales en las que están inmersos los pacientes: se involucra a las familias en las tareas de cuidado, se conversa sobre las dificultades que tienen sus hijos, se establece un vínculo con sus parejas, se favorece la permanencia de sus afectos en la sala de internación. Pero simultáneamente, afirman que el reconocimiento de la vida social de los enfermos internados

en el sector no va en desmedro del resguardo de su intimidad y privacidad: los enfermeros se encargan de poner límites a las familias cuando se exceden en las visitas e invaden a los demás pacientes internados en la habitación. Además, manifiestan que deben estar atentos a las necesidades de los pacientes incluso cuando éstos no las manifiestan de manera explícita (porque les da vergüenza): Laureano manifiesta que tiene que reconocer las ganas de ir al baño de los pacientes aun cuando “*no se anima a pedir*”. Tal como afirma Balzano (2012), en este resguardo de la intimidad y dignidad del padeciente, preservando la privacidad del propio cuerpo, se encuentra otra de las razones para entender la invisibilidad de su labor.

Entre la estandarización y el reconocimiento de la particularidad: el contacto cotidiano como elemento central en la práctica de la enfermería

Los resultados aquí presentados se desprenden de un doble proceso de investigación. Por un lado, de la participación en el Proyecto de Desarrollo Tecnológico y Social “Los riesgos psicosociales en el trabajo (RPST). Relevamiento de la percepción y vivencias por parte de los trabajadores asalariados con vistas a su prevención”⁶ que indaga sobre los RPST en diversas instituciones de salud de carácter privado de la ciudad de La Plata. En segundo lugar, y a partir de la participación en dicho proyecto, en esta ponencia se recuperan algunos de los eventos iniciales del trabajo de campo de una investigación doctoral en curso, donde se busca analizar el vínculo entre proceso de trabajo y proceso salud-enfermedad en trabajadores/as de la salud privada. Para tratar específicamente el tema que nos ocupa, se analizarán los comentarios cualitativos registrados durante la situación de encuesta al personal de enfermería de una clínica privada de neuropsiquiatría (debido al tamaño de la institución la encuesta se aplicó a la totalidad del personal) y las observaciones realizadas en dicho espacio laboral⁷.

La clínica bajo estudio se encuentra ubicada en el casco urbano de la ciudad de La Plata y forma parte de un complejo prestacional más amplio en vinculación con el Sistema Integral de Salud Mental de Argentina. Tiene una capacidad de poco más de ciento cincuenta camas y su disposición está sectorizada según las distintas patologías y requerimientos

⁶ El Proyecto de Desarrollo Tecnológico y Social (PDTS) CIN-CONICET N° 422 se encuentra bajo la dirección de la Dra. Liliana Ferrari y la codirección del Dr. Julio C. Neffa. Está conformado por un conjunto de Universidades Nacionales en interacción con distintas organizaciones adoptantes del proyecto que, en el caso de la ciudad de La Plata, es la Asociación de Trabajadores de la Sanidad (ATSA-LP)..

⁷ El trabajo de campo en la clínica de neuropsiquiatría tuvo lugar entre fines del 2017 y marzo de 2018. Se realizaron 83 encuestas, 26 de ellas al personal de enfermería. El cuestionario cuenta con un espacio final para realizar comentarios cualitativos. La encuesta se aplicó en el lugar de trabajo, lo cual también posibilitó una serie de observaciones sobre dicho espacio.

terapéuticos de los pacientes: patologías psiquiátricas diversas, situaciones de recuperación de adicciones, problemas madurativos, adultos mayores con demencia senil, entre otros. Desde la década del ochenta presta diversos servicios a sus clientes, tales como prácticas de prevención para evitar cuadros mentales más complejos o bien la detección precoz de los mismos, un servicio de internación para la atención de pacientes agudos o crónicos con residencia temporal o permanente en la institución, un servicio de urgencia que funciona durante las 24 horas del día. Además, cuenta con asistencia para el seguimiento post-internación, hospital de día y un área de consultorios externos.

Más de la mitad de sus cien empleados son mucamas y enfermeras, y son ellas quienes permanecen en contacto permanente con los pacientes durante toda su internación. En ambos puestos predomina la fuerza de trabajo femenina, rasgo propio de un sector altamente feminizado como señalamos anteriormente. El trabajo en la institución se organiza en tres turnos de ocho horas cada uno: por la mañana entre las 6 y las 14 horas; turno tarde de 14 a 22 horas y turno noche de 22 a 6 de la mañana. Además de los trabajadores con turno fijo, encontramos enfermeras y mucamas “*franquistas*”, con horarios y días laborales que varían en función de los francos de otras compañeras.

Al ser una institución de carácter privado el trabajo del personal de enfermería tiene ciertas particularidades respecto al empleo en salud pública. La relación con el paciente no sólo está determinada por su cuidado y atención sino también por los requerimientos de los propietarios de la clínica respecto al servicio que prestan. Para estos, los pacientes son clientes que demandan un servicio de calidad acorde a lo abonado y buscan “*las mejores tecnologías, instalaciones y recursos humanos*”, en un mercado de prestaciones cada vez más competitivo. En esta lógica, la clínica cuenta con un sistema de cámaras en cada sector para observar las acciones realizadas por los trabajadores.

En lo que respecta a la jornada laboral, el trabajo de las enfermeras en la clínica es muy extenuante en materia de días y horarios: más de cuarenta y ocho horas semanales durante seis días, con un solo franco rotativo. Además, muchas de ellas realizan horas extraordinarias en la propia institución o bien poseen otro empleo, en otras clínicas o en el subsistema público. Según la literatura especializada, la prolongación de la jornada laboral es un rasgo característico del trabajo de enfermería en nuestro país, en tanto constituye un mecanismo de compensación salarial (Micha, 2015; Pereyra y Micha, 2016; Aspiazú, 2017).⁸

El salario nos permite analizar el reconocimiento en tanto materializa la relación entre

⁸ Esta situación no se da únicamente en el subsector privado de la provincia de Buenos Aires sino también en el subsector público del interior del país. Por ejemplo, entre los trabajadores del HPN hay quienes realizan “recargos” de un turno completo, o bien trabajan por la tarde en alguna clínica privada.

esfuerzo y recompensa, entre el trabajador y la organización empleadora. En la clínica bajo estudio el promedio de ingreso mensual, entre diciembre de 2017 y marzo de 2018, iba de \$15.000 a menos de \$20.000.⁹

Más allá de estas características generales que se encuentran en relación con las condiciones estructurales del empleo en salud a nivel nacional, los datos que se desprenden del trabajo de campo en la clínica señalan que las trabajadoras se consideran “*bien pagas*”, reconocen efectuar una labor de una gran utilidad social y sentirse orgullosas de su trabajo. Entonces si el trabajo de enfermería es débilmente recompensado en términos materiales y muy extenuante física y psíquicamente nos preguntamos ¿dónde radica la satisfacción respecto a su trabajo? ¿qué elementos intervienen en el sentimiento de realizar una actividad de gran utilidad social? ¿por qué se reconocen orgullosas de sus labores?.

Para responder a estos interrogantes intentaremos dar cuenta de los sentidos y las tensiones que se expresan en el trabajo de cuidado a partir de algunos eventos de campo que se desprenden de los registros cualitativos tomados durante el turno noche en la clínica de neuropsiquiatría. En ese horario, los pacientes están al cuidado de un solo enfermero por sector. En uno de los sectores donde se encuentran internados ancianos con demencia senil encontramos a Nilda, quien hace dieciocho años que trabaja allí. Los primeros años lo hizo como “*mucama*” y fruto del proceso de profesionalización impulsado durante la década de los noventa se recibió de auxiliar en enfermería estando en servicio, ya que la institución posibilitó la articulación entre trabajo y formación. Desde ese momento, realiza sus labores en el turno noche.

La situación que relata Nilda no es la única en la clínica bajo estudio. Nos resultó llamativo que muchas de las mucamas entrevistadas se presentaran como “*auxiliares de las enfermeras*” o “*personal de ayuda al enfermo mental*”. Profundizando en sus relatos, encontramos que en los distintos sectores de la clínica enfermeras y mucamas suelen trabajar de forma conjunta en el cuidado de los pacientes, realizando actividades complementarias. Sin embargo, las primeras son quienes poseen mayor jerarquía, asociada a su formación y, por ende, tienen mayor responsabilidad en el cuidado de los pacientes de su sector. Las mucamas reciben indicaciones por parte del personal de enfermería -por ejemplo sobre la medicación y la alimentación de cada paciente en particular-, y son las enfermeras las que

⁹ El salario básico de un enfermero/a de piso a partir de octubre de 2017 representaba \$18.311,33. Según el convenio colectivo 122/75 que afecta a los trabajadores de clínicas, sanatorios, geriátricos y psiquiátricos, en 2017 se efectuaron dos aumentos, uno de ellos en julio y otro en octubre. En enero se dio el primer aumento del corriente año.

realizan intervenciones técnicas específicas -como curaciones, colocación de vías, sondas, etc.- y trabajan durante el turno noche.

Este vínculo de cercanía y colaboración entre las enfermeras y mucamas está en relación con el reciente proceso de profesionalización de la enfermería en nuestro país (Faccia, 2015). Las enfermeras entrevistadas con más años de antigüedad, como Nilda, nos comentan que comenzaron ejerciendo su trabajo como “empíricas”. Antes de la Ley Nacional de Ejercicio de la Enfermería, muchas empleadas realizaban acciones propias de la práctica basándose esencialmente en conocimientos y quehaceres aprendidos mediante la experiencia en el contacto con otro/s, ya sea compañeros/as y/o pacientes, pero sin formación teórica para ello. A partir de los cambios en la legislación y la regulación de la enfermería como una práctica autónoma, para continuar ejerciendo el trabajo fue obligatoria su reconversión en auxiliares o licenciadas (Aspiazu, 2017). De esta forma, muchas de las enfermeras de la clínica comenzaron trabajando dentro de la categoría “mucamas” pero ejerciendo como “enfermeras empíricas” y, luego de completar sus estudios, pasaron formalmente a la categoría de enfermeras. El vínculo entonces entre mucamas y enfermeras es muy estrecho, puesto que la separación de estas categorías es relativamente reciente. Esta característica no es propia únicamente de la clínica neuropsiquiátrica bajo estudio, sino que Silvia Balzano (2012) identifica un proceso similar en la Colonia Neuropsiquiátrica Montes de Oca.

En el cotidiano, Nilda trabaja con pacientes que padecen demencia senil, lo cual implica el cuidado de adultos mayores con algún tipo de deterioro en sus capacidades psíquicas y cognitivas. Fruto de esta condición, los ancianos permanecen internados durante extensos periodos de tiempo en la institución, incluso de forma permanente. La clínica entonces se transforma en un segundo hogar para estas personas, donde no sólo se aborda su patología en términos médicos, se cuida de su alimentación e higiene sino que también se realizan otro tipo de actividades que configuran su vida cotidiana: el almuerzo en el espacio del comedor junto con otros pacientes, la participación en los talleres artísticos, entre otras¹⁰. De esta forma, se construye el “día a día” en la clínica. Si, como señalamos anteriormente, la conformación de el status profesional de la enfermería respecto a otros grupos en el campo de la salud se sustenta en el reconocimiento del paciente como una totalidad, que implica el reconocimiento de sus aspectos no solo biológicos sino también emocionales y afectivos, el contacto extendido en el tiempo permite establecer un vínculo más personal con los pacientes, reconociendo sus particularidades y necesidades específicas, además de la

¹⁰ Por ejemplo, el espacio de comedor del sector donde trabaja Nilda tenía como decoración en sus paredes una serie de dibujos y mandalas pintadas por los propios pacientes en los talleres de plástica.

realización de ciertos procesos estandarizados necesarios para el devenir cotidiano de la vida en la clínica. Como afirma Balzano, citando a Chambliss, “el estar en escena durante todo el día implica que las enfermeras están para integrar diferentes aspectos del hospital. Ya que no hay un consenso general de la labor de la enferma, tampoco hay límites para su trabajo” (Chambliss, 1996, citado por Balzano, 2012:112).

Esta especificidad puede verse en el siguiente fragmento de una observación realizada en el mes de febrero de 2018 en la clínica de neuropsiquiatría, aproximadamente a las 00 hs., mientras se entrevistaba a Nilda en su sector. Cuando llegué, Nilda estaba terminando de acostar a los pacientes y suministrándoles la medicación. Citamos a continuación fragmentos del diario de campo:

“Comprendí que Nilda estaba terminando de acostar a los pacientes y, durante ese episodio, escucho que un hombre grita y se queja -“ahí está la cantidad, dame un poco, bueno Ale...”-. Ella, con una voz muy amorosa, intenta calmarlo -“ya está, ya está”- le dice-, él vuelve a repetir estas frases varias veces, ella le pregunta -“¿quién es Ale?”-, -“qué bueno, qué bueno”- sigue diciendo el paciente. Luego de unos minutos, ella apaga la luz de la habitación y se dispone a venir al espacio común donde la espero (entiendo que es el comedor del sector porque tiene varias mesas con manteles y sillas, una televisión, ventilador, entre otras cosas). ”

“(…) Si bien es un trabajo que se realiza de noche me dice que no pueden dormir, debe permanecer atenta a las demandas de los pacientes, por ejemplo porque que se levantan muchas veces durante la noche, para ir al baño o porque no pueden dormir. Mientras le hacía las preguntas noté que estaba pendiente de los ruidos que escuchaba, a veces paraba de responder para prestar mayor atención y si era un sonido que le parecía “común”, prestaba atención un momento, luego lo minimizaba y me decía que sigamos. Durante toda la situación de encuesta se escuchan ronquidos, voces o gritos que venían de las distintas habitaciones. Cuando en un momento se produce (en la habitación donde estaba Nilda cuando llegué) un sonido más fuerte de los que estábamos escuchando, ella se levantó y fue hacia la habitación a ver lo que pasaba. Luego de unos pocos segundos volvió y dijo -“no es nada, se estaba girando”- (en referencia al paciente) y seguimos con las preguntas.

En otro momento mientras realizamos la encuesta escuchamos unos pasos y Nilda me dice -“debe ser la abuela que siempre se levanta a la noche”-. Nilda se levantó de la silla y fue a ver nuevamente lo que pasaba: la señora caminaba por el pasillo y Nilda le indicaba que se vuelva acostar. -“¡Otra vez te levantaste!” – le dijo

en un tono de reto pero amable. Desde mi ubicación no lograba verla bien, solamente escuchaba sus pasos, arrastrando su calzado por el suelo. En ese momento suena otra vez el teléfono, Nilda le dice “-espéreme acá”- y se dirige hacia la pequeña cocina. Habla un buen rato, más de diez minutos, no puedo escuchar bien qué dice.

Mientras ella hablaba por teléfono la paciente continuó deambulando por el sector, se acerca más a mí, pero nunca me ve o tal vez no se percata de que yo estaba allí porque estaba todo oscuro. Solo veo su sombra, va hasta la puerta -que da a uno de los patios interno- y se asoma un rato, luego vuelve hacia el pasillo donde está otro de los baños y (supongo) su habitación, dejo de escucharla caminar. Cuando Nilda termina de hablar por teléfono se acerca a mí y me pregunta -“¿a dónde se me fue la abuela?”-, - no sé- le digo yo, -creo que estaba mirando por la puerta- (le señalo la puerta del patio). Nilda se asoma al patio y no la ve, dice: -“se debe haber ido acostar de nuevo”- y se desplaza hacia el pasillo de entrada del sector donde se ubican las otras habitaciones. Desde el comedor logré escuchar a Nilda: -“¿Dónde se me metió la abuela?” y va hacia el sector de las habitaciones, la encuentra allí y le dice -“¡Otra vez, duerma eh! Por favor.”- con una voz un poco más elevada, pero que me sigue pareciendo un reto, una orden impartida con un tono de voz calma, que quiere convencer al otro. (Entiendo, por lo que también vi en la segunda encuesta que realicé durante la noche y fruto de los comentarios de la enfermera responsable de ese otro sector, que algunos pacientes se levantan durante la noche desorientadas en términos de tiempo y piensan que ya es hora de levantarse cuando en realidad es aún es de madrugada).

Este episodio condensa una serie de elementos que nos permiten vislumbrar la yuxtaposición de acciones que se encuentran presentes en la práctica de cuidado. Dichas acciones no pueden pensarse como escindidas entre sí ya que aportan al reconocimiento de la especificidad del trabajo de enfermería en relación a otros grupos del espacio clínico.

En el primer episodio de la observación, es decir cuando Nilda está terminando de acostar a uno de los “abuelos”, observamos esta articulación. Por un lado, moviliza conocimientos técnicos asociados a su formación en enfermería -por ejemplo al momento de suministrar la dosis de medicación indicada y/o al realizar determinados movimientos que facilitan el aseo asistido de los pacientes-. Por otro lado, el trabajo en la clínica se organiza a partir de una serie de tareas que están estandarizadas, es decir que son sistemáticas para todos los internados y son fijadas previamente por la coordinación de la clínica, con horarios y tiempos estipulados, a su vez cada paciente demanda intervenciones específicas acorde a su

patología e historia clínica. Muchas de estas acciones son definidas por las enfermeras como “*tareas de higiene y confort*”, argumentando ya “*saber*” qué tienen que hacer y en qué momento de la jornada. Si bien los pacientes cambian, estas tareas son imprescindibles para el correcto funcionamiento de la clínica y deben respetarse diariamente.

Sin embargo como venimos señalando, la práctica de la enfermería se mueve entre procesos estandarizados y el reconocimiento de las particularidades y requerimientos de los pacientes. La dimensión afectiva y emocional, el calmar a las personas angustiadas mediante la palabra y la contención son elementos que las enfermeras resaltan como propias de su labor, para diferenciarse de otros grupos. En el mismo momento que Nilda realiza las tareas habituales de la noche: higieniza al paciente, cambia sus pañales y lo acuesta, también lo calma y escucha, lo reconoce en su totalidad, es decir no sólo como un cuerpo biológico sino como una persona que tiene emociones y sentimientos, que experimentan días más difíciles. Como sostiene Borgeaud-Garciandía (2009:149), recuperando a Pascale Molinier, “el trabajo de cuidado implica reconocer la vulnerabilidad y la dependencia de todos y de cada uno” e intervenir sobre dicha situación. De esta forma, el trabajo de cuidado también se realiza y reconoce como tal en esas acciones que permiten la escucha del que lo que necesita, la posibilidad de brindar una palabra de aliento. Es una práctica que se preocupa por el bienestar ajeno y busca responder ante esas situaciones de dependencia.

A la vez, como vimos en el episodio de la “*abuela*” que se levanta a mitad de la noche, ese reconocimiento del otro también es un conocimiento basado en la experiencia. Por un lado, en los años de antigüedad de Nilda en la clínica y en el ejercicio de la enfermería. Por otro, en las particularidades del trabajo con pacientes internados durante largos periodos de tiempo. Ese contacto cotidiano y prolongado con los pacientes permite forjar un conocimiento mutuo, un vínculo que se diferencia del que sostienen otros grupos laborales que interactúan durante cortos y esporádicos momentos del día. De esta forma, las enfermeras realizan acciones comunes para todos los internados pero también pueden reconocer la particularidad de cada paciente, “*saber sus mañas*”. Las estrategias de cuidado desplegadas se basan entonces en dicha experiencia, por ejemplo qué palabra será mejor utilizar ante la paciente que se levanta todas las noches creyendo que ya es la mañana.

Esa experiencia, construída en las muchas noches que Nilda ha pasado en la clínica, también le imprime a su práctica un gran componente sensorial. Durante la entrevista, Nilda clasificaba los sonidos que escuchaba: aquellos que le parecían habituales los minimizaba y continuaba respondiendo las preguntas, por el contrario, ante otros sonidos consideraba que era necesario pausar la encuesta e irse a fijar en qué situación se encontraban los “*abuelos*”,

como ella los llama. No es menor que Nilda se refiera a los pacientes que cuida como “*abuelos*”. En su lenguaje podemos percibir el vínculo de cercanía que ha forjado. Llamarlos de esa forma pone en relieve un aspecto afectivo de la práctica de cuidado, asociado a relaciones parentales que ella involucra en su trabajo. No los llama por su nombre, ni por su edad, ni hace referencia a sus condiciones o enfermedad sino que rescata que son “*abuelos*” y por ello deben recibir un cuidado específico, que los reconozca como tales.

Reflexiones finales

Hemos visto que la invisibilidad de labores de enfermería se debe a 1) razones históricas (debido a que surge primero como un oficio empírico, subordinado al saber médico, que se profesionaliza al calor de una serie de disputas y limitaciones), 2) a construcciones sociales sobre los roles de género (debido a que se trata de una actividad históricamente desarrollada por mujeres, mayoritariamente de sectores populares, lo cual hace que muchas de las labores de cuidado se naturalicen como una “*extensión*” de cualidades femeninas) y 3) a características propias de las tareas de cuidado (ya que se trabaja con situaciones que socialmente son consideradas tabú y que hay que aprender a disimular). Es posible afirmar pues que la invisibilidad aparece como la condición para que su actividad se realice exitosamente, exige el desempeño de *habilidades discretas* que deben permanecer ocultas y que sólo se hacen visibles cuando falla.

En esta ponencia argumentamos que es necesario entender la relación entre la visibilidad y la invisibilidad de la enfermería desde una perspectiva relacional y procesual. Para ello, presentamos los resultados de dos investigaciones doctorales en las que se analiza el trabajo de cuidado, evaluando los sentidos a partir de los cuales los propios enfermeros definían las particularidades de sus trabajos.

En primer lugar, en relación al trabajo de campo realizado en el Sector de Clínica Médica del Hospital Provincial Neuquén, hemos analizado cómo aparecía la articulación de aspectos considerados privados y públicos de los pacientes en las tareas de cuidado. De acuerdo a cómo era presentado por ellos, el vínculo con el mundo privado de los enfermos no sólo colocaba a los pacientes en un lugar diferente (a partir de reconocerlos como sujetos activos y no sólo como un cuerpo biológico), sino que también re-posicionaba a los enfermeros dentro del entramado laboral. Incluso en los momentos en que los enfermeros asumían tareas de gestión de los servicios que los alejaban del trabajo asistencial, se ocupaban de hacer visible que su práctica no se autonomizaba de las prácticas de cuidado del

enfermo (como mostramos a partir de la experiencia de Clara). El trabajo de cuidado no estaba asociado a una labor des-personalizada sino un vínculo con los sentimientos profundos de los pacientes y un compromiso con sus peleas contra la enfermedad e incluso la muerte. Al visibilizar sus labores, los enfermeros no sólo modifican el campo sensorial o perceptible de los procesos que tienen lugar en el hospital, sino que además es *una forma de actuar* sobre el propio entramado laboral hospitalario.

Pero, si por un lado los enfermeros buscaban hacer visibles estos aspectos sociales y afectivos, una parte importante de su saber-hacer era “*respetar*” los aspectos privados de los pacientes (cuestiones avergonzantes respecto de sus cuerpos o aspectos de sus vidas personales). Gran parte del trabajo de los enfermeros consistía pues en saber disimular “las cosas fuera de lugar”, en la reorientación de lo público hacia lo privado (Balzano, 2012). Debían aprender a ocultar las cuestiones que los pacientes no querían que se hagan visibles. Si para obtener más reconocimiento y poder dentro del espacio laboral, los enfermeros buscaban visibilizar los aspectos sociales y afectivos que estaban implicados en su trabajo -haciéndolos públicos-, simultáneamente debían aprender a ocultar aspectos privados de los pacientes -manteniéndolos como privados-.

En segundo lugar analizamos la especificidad del trabajo de enfermería en una clínica privada de neuropsiquiatría de la ciudad de La Plata. Dimos cuenta que las trabajadoras de dicho espacio forjaban un vínculo diferencial con los pacientes en relación a otros grupos profesionales a partir del contacto prolongado con quienes se encuentran internados en la institución. Visibilizar al paciente de manera cotidiana les permite reconocerlo en su totalidad, es decir no sólo como un cuerpo biológico sobre el cual se interviene sino como una persona que tiene emociones y sentimientos, que experimentan días más “fáciles” y días más “difíciles”. En esas acciones los enfermeros también se visibilizan a sí mismos y encuentran un lugar legítimo de intervención laboral.

Como señalamos, las labores de enfermería se mantienen en un equilibrio constante entre la estandarización y el reconocimiento de la particularidad de cada uno de los pacientes. Por un lado realizan tareas asociadas a su formación técnica -como el suministro de medicación, la colocación de vías, entre otras-. Por otro lado efectúan una serie de tareas ligadas a la “higiene y confort” que están estandarizadas, es decir que son sistemáticas para todos los internados y son fijadas previamente por la coordinación de la clínica, con horarios y tiempos estipulados -horarios de descanso y alimentación, momentos para el aseo, etc.-. No obstante las enfermeras también atienden las necesidades de cada paciente, y saben qué tipo de estrategias desplegar en función de sus requerimientos específicos. Como sostiene

Borgeaud-Garciandía (2009) y Molinier (2012) el trabajo de cuidado implica reconocer e intervenir sobre situaciones de vulnerabilidad y de dependencia. En ese proceso, la práctica de la enfermería se mueve entre procesos estandarizados y el registro de la particularidad de cada paciente (“*saber sus mañas*”). A su vez, esa experiencia se basa en una práctica con un gran componente sensorial y afectivo (y no solo técnico) como vimos en el caso de Nilda.

En suma, a partir del análisis de los resultados de ambas investigaciones, podemos concluir que el vínculo entre la visibilidad y reconocimiento en las labores de enfermería debe ser analizada de manera local y situada. Tal como ha sugerido Brighenti (2007), para ello es central evaluar la relación con los aspectos estéticos (en cuanto a las relaciones de percepción) y políticos (en cuanto a relaciones de poder) con que se relacionan diversos grupos sociales, entendiendo la *visibilidad* de una manera relacional, estratégica, procesual. Argumentamos que lucha contra la invisibilización de las tareas de enfermería (y el esfuerzo por hacerlas visibles y mostrar su importancia) no sólo está orientado por el deseo de re-posicionarse frente a los otros grupos de trabajadores, sino también para valorar ellos mismos sus tareas y constituirse como un grupo con funciones específicas. Las labores de enfermería se sitúan en una tensión: si por un lado encuentran un lugar legítimo de intervención (diferente al de la medicina) a partir de visibilizar los aspectos no-biológicos que están implicados en las tareas de cuidado de los pacientes -resaltando los aspectos psicológicos, afectivos y emocionales que están implicados en sus trabajos-; por otro lado, deben aprender a ocultar aspectos privados de los pacientes que se vinculan profundamente con sus trabajos.

Bibliografía

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.

Balzano, S. (2012). Visibilidad e invisibilidad de los cuidados en enfermería en una colonia neuropsiquiátrica argentina: una mirada etnográfica. *Cuadernos de Antropología Social*, (35), 99-120.

Borgeaud-Garciandía, N. (2009). Aproximaciones a las teorías del care. Debates pasados. Propuestas recientes en torno al care como trabajo. *RELET - Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo*, 14(22), 137-156.

Brighenti, A. (2007). Visibility: A Category for the Social Sciences. *Current Sociology*, 55(3), 323-342. <https://doi.org/10.1177/0011392107076079>

Faccia, K.A. (2015). Continuidades y rupturas del proceso de profesionalización de la enfermería (1955-2011). En: C. Biernat, J.M. Cerdá y K. Ramacciotti, *La salud pública y la enfermería en la Argentina*. Universidad Nacional de Quilmes.

Hughes, E. (1996). Pour étudier le travail d'infirmiere. En *Le regard sociologique. Essais choisis Textes rassemblés et présentés par Jean-Michel Chapoulie* (Éditions de l'École des Hautes Études en Sociences Sociales, pp. 11-15). Paris.

Micha, A. (2015). Las condiciones de trabajo de la enfermería en Argentina: algunos determinantes político-institucionales. *Revista Estudios del Trabajo* N°49/50, 61-90.

Molinier, P. (2012). El trabajo de cuidado y la subalternidad, livret de 40 pages. Disponible en: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01075702>

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. *Rev. De Salud Colectiva*. 12(2), 221-238

Ramacciotti, K., & Valobra, A. (2010). La profesionalización de la enfermería en Argentina: disputas políticas e institucionales durante el peronismo. *Asclepio*, 62(2), 353-374. <https://doi.org/10.3989/asclepio.2010.v62.i2.471>

Vega, A. (2000). *Une ethnologue à l'hôpital. L'ambiguïté du quotidien infirmier* (Éditions des archives contemporaines).

Wainerman, C. H., & Binstock, G. (1992). El nacimiento de una ocupación femenina: La enfermería en Buenos Aires. *Desarrollo Económico*, 32(126), 271-284. <https://doi.org/10.2307/3467331>