



**UNCUYO**  
UNIVERSIDAD  
NACIONAL DE CUYO



**FCPYS**

FACULTAD DE  
CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

Universidad Nacional de Cuyo

Facultad de Ciencias Políticas y Sociales

Licenciatura en Sociología

Tesis de Grado

**Trabajo de cuidados, entre los saberes populares y el  
conocimiento profesional**

**Un estudio feminista sobre el trabajo de enfermeras en el sistema sanitario  
de Mendoza**



“Enfermeras sujetando una sábana”, de  
Edvard Munch (1909)

**Estudiante:** Victoria Pasero

**Directora:** Dra. Rosana Paula Rodríguez

Mendoza, diciembre de 2019

A quienes participaron en esta investigación, brindando su tiempo y su confianza.

A mi familia, por la paciencia, la espera, el respeto incondicional y el cariño.

A mi directora, compañera en este reflexionar sintiente y posicionado. Por el apoyo, el acompañamiento y el impulso.

A mis compañeras de estudio y de trabajo, por la compañía y la fuerza.

A mis hermanas, de la vida y del feminismo, acá y en la distancia, pendientes de este cierre, de este ciclo. Por apostar a las relaciones nutritivas y a otras formas de entre-cuidarnos.

A todas las cuidadoras, no reconocidas, invisibilizadas, que cuidan, traman y sostienen la vida.

## Índice

<b>Índice</b>	2
<b>Introducción</b>	5
<b>Capítulo 1</b>	10
<b>De sabias a enfermeras: recorrido histórico de la marginalización de las mujeres en la medicina</b>	10
1.1 La medicina como proyecto patriarcal, capitalista y colonial	11
1.2 Modelo Médico Hegemónico y Movimientos populares por la salud	15
<b>1.2.1 El triunfo del monopolio médico. El dominio de “los expertos” y el surgimiento de la enfermera</b>	17
<b>Capítulo 2</b>	24
<b>Reflexiones del feminismo materialista sobre el trabajo de las mujeres</b>	24
2.1 El Feminismo Materialista. Trayectorias de una corriente diversa	25
2.2 De relaciones sociales, explotaciones y explotados/as: más allá del marxismo	26
2.3 Modo de producción doméstico	28
2.4 “Un clavo no saca otro clavo”: coexistencia de las formas de explotación	30
2.5 La apropiación de las mujeres: Colette Guillaumin	33
2.6 De los medios de producción que se ven excluidas las mujeres: Paola Tabet y su revisión a la división sexual del trabajo	35
2.7 Repensar el trabajo: los aportes del Feminismo Materialista	37
<b>Capítulo 3</b>	40
<b>Trabajo de cuidado</b>	40
3.1 La noción de cuidados: del feminismo al banquete de las políticas de Estado y los organismos internacionales	41
3.2 Aproximaciones feministas al cuidado	46
<b>3.2.1 Aportes de la sociología del cuerpo y de las emociones</b>	47
3.2.1.1 Trabajo emocional	47
<b>3.2.2 De la ética feminista del cuidado, al cuidado como trabajo</b>	49
<b>3.2.3 La división moral del trabajo: trabajo sucio</b>	52
<b>3.2.4 Aportes de la psicodinámica y la sociología del trabajo</b>	53
3.2.4.1 Saber- hacer discreto: disciplinar los cuerpos	54
3.4.2.3 Trabajadores/as del cuerpo y el “punto ciego” de la sexualidad	56
3.3 El cuidado en su complejidad	57

<b>Capítulo 4</b>	59
<b>Estrategia metodológica</b>	59
4.1 Diseño metodológico	60
<b>4.1.1 Selección de las “sujeto a conocer” (personas implicadas) y espacio de la investigación</b>	61
4.2 Categorías de análisis	63
4.3 Perfil de las entrevistadas y contextos de las entrevistas	63
4.4 Relato etnográfico: una noche en una guardia hospitalaria	72
<b>Capítulo 5</b>	75
<b>Prácticas, saberes, cuerpos y emociones</b>	75
5.1 Prácticas y significaciones en torno al trabajo de cuidado de enfermería	76
<b>5.1.1 Prácticas: el cuidado y sus fases</b>	77
<b>5.1.2 Motivaciones</b>	84
<b>5.1.3 Representaciones y significaciones del trabajo de enfermería</b>	87
5.2 Saberes	90
<b>5.2.1 Saberes profesionales en diálogo y tensión</b>	90
<b>5.2.3 Saberes holísticos/ saberes técnicos</b>	95
<b>5.2.4 Saberes populares/profanos</b>	97
<b>5.2.5 Saberes en explosión</b>	98
<b>5.2.6 Límites y posibilidades en el MMH: de la subalternización a la profesionalización y los resquicios de saberes otros</b>	100
5.3 Cuerpo, sexualidad y emociones	101
<b>5.3.1 Emociones en juego</b>	101
<b>5.3.2 Las bajezas humanas</b>	102
<b>5.3.3 De la vida a la muerte: reelaboraciones cotidianas</b>	104
<b>5.3.4 Lo erótico y la sexualidad</b>	107
<b>5.3.5 Cuerpos y emociones, el trabajo infinito de los cuidados</b>	109
<b>Capítulo 6</b>	112
<b>Condiciones del trabajo de cuidado: violencias y resistencias</b>	112
6.1 Condiciones de trabajo	113
<b>6.1.1 Trayectorias laborales y profesionales. Modalidades de contratación</b>	113
<b>6.1.2 Diferencias salariales e ingresos</b>	117
<b>6.1.3 Tiempos de trabajo</b>	118
<b>6.1.4 Condiciones materiales (espacio físico, acondicionamiento y equipamiento)</b>	120

<b>6.1.5 Trabajo prescrito y trabajo real</b>	125
<b>6.1.6 Déficit de personal y de reconocimiento en enfermería: negligencias y malos cuidados</b>	126
<b>6.1.7 La salud en el trabajo: el propio cuerpo</b>	129
<b>6.1.8 Relaciones de poder en el ámbito de trabajo</b>	132
6.1.8.1 “Un cafecito, doctor”	132
6.1.8.2 La irresponsabilidad de los privilegiados: abandonar el servicio	135
<b>6.2 Cortar por lo más fino: la precariedad de las enfermeras y la exposición a las violencias</b>	136
<b>6.2.1 El sistema violento: violencia institucional</b>	139
<b>6.3 Resistencias y organización</b>	141
<b>6.3.1 Autopercepción como trabajadoras de la salud</b>	143
<b>A modo de conclusiones</b>	149
Apuntes finales: sobre la escritura y la academia	159
<b>Bibliografía</b>	160
<b>Anexo I</b>	171
<b>Guía de pautas</b>	171

## Introducción

El tema de investigación que aborda esta tesis es el trabajo de cuidados que realizan enfermeras del sistema sanitario de la provincia de Mendoza. Partimos de la consideración del trabajo de cuidado de las enfermeras en el Modelo Médico Hegemónico como una producción histórica enmarcada en prácticas de poder y relaciones sociales sexo-genéricas.

El cuidado como aspecto central de las sociedades y el estudio sobre el trabajo desde el punto de vista de las mujeres ha ocupado un lugar periférico en las teorizaciones de las Ciencias Sociales. Podemos decir que su invisibilización a nivel de la estructura social ha tenido su correlato en el mundo científico. Han sido las feministas quienes a partir de la insistente crítica al androcentrismo presente en la ciencia y en la búsqueda de nombrar y pensar las experiencias vitales de las mujeres, han hecho fundamentales aportes dentro de las Ciencias Sociales.

Ubicamos el trabajo de los cuidados en el centro de la reproducción social, y la enfermería como uno de ellos, con la complejidad inherente de afianzarse como trabajo “profesionalizado”. Las prácticas de cuidado que nos ocupan se dan en el marco de relaciones de trabajo asalariado, en ámbitos del sistema sanitario público, privado o mixto (hospitales, clínicas y centros de salud) de la provincia de Mendoza. Por ello, indagaremos en su estructura, las lógicas de ocupación que son cambiantes y que devienen de los contextos económicos y políticos en el que se producen; pero también en las prácticas y significados que las mujeres enfermeras portan respecto de sus experiencias laborales.

La producción de un marco teórico-conceptual situado desde una perspectiva crítica feminista y descolonial constituye uno de los aportes relevantes de esta investigación. En un contexto de crisis global de los cuidados, la centralidad de la temática exige abordajes que proporcionen herramientas para la elaboración de políticas, que permitan incidir en los más diversos espacios: comunitarios, académicos, organizacionales y estatales.

Esta crisis se manifiesta desde lo íntimo a lo estructural, desde las formas que encuentran individualmente las personas para resolver las necesidades cotidianas de sus cuidados hasta las formas en que los Estados organizan los sistemas de cuidado.

La crisis de los cuidados profundiza las desigualdades existentes, sobre todo en los últimos eslabones de lo que se denomina la “cadena global de cuidados”, en donde intervienen otros factores, como la clase, raza, etnia, condición de migradas/os/es del capital, que refuerza la

situación de vulnerabilidad y desprotección. A su vez, la dimensión global de la crisis acentúa las desigualdades producto de las relaciones Norte-Sur.

Posicionadas en América Latina, la crisis de cuidados se encuentra atravesada por las políticas de saqueo y endeudamiento estructural, en un momento histórico de predominio y reforzamiento de un régimen de cuidados neoliberal, desde el cual resulta difícil pensar en instituciones a nivel regional que sean capaces de brindar cuidado de calidad o “buen” cuidado, muchos menos que sean capaces de cuidar a quienes cuidan.

A nivel nacional, resulta preocupante por un lado la situación global del sistema de salud y en particular la situación deficitaria de personal de enfermería (vinculado fundamentalmente, como desarrollaremos a lo largo de esta investigación, a las condiciones de trabajo). El país atraviesa en los últimos años un progresivo deterioro económico y una tendencia creciente a la reducción del gasto público, con especial impacto en la salud. Por otro lado, Argentina tiene una de las tasas más bajas de profesionales de enfermería por habitante de la región. Lo cual se expresa en una sobrecarga de los profesionales existentes a la par que una baja en la calidad del cuidado brindado, si consideramos que, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, el personal de enfermería realiza el 80% de las necesidades de atención en salud.

De este modo, este trabajo surge de la necesidad de generar un proceso de reflexión crítica y feminista, en que podamos valorizar saberes y prácticas desprestigiados dentro de la institución médica, pero que son fundamentales en los procesos de salud/sanación que se llevan a cabo en el sistema sanitario en la provincia de Mendoza.

Nuestro plan de trabajo tiene la intención de recuperar y sistematizar aquellos saberes que han permanecido en las márgenes: los saberes de cuidado y sanación de las enfermeras del sistema sanitario de Mendoza; en procura de “rescribir” la historia, con los aportes y presencias de las mujeres.

Poner en evidencia las tensiones con el sistema médico, las violencias que las atraviesan en tanto trabajadoras y las estrategias de resistencia subjetivas y colectivas que tejen a diario, permite destacar que no se trata de sujetas-sujetadas, si no con capacidad de acción, organización y negociación activa, frente a un sistema que no se presenta totalitario e intransigente, sino que presenta resquicios donde se filtran los saberes “ilegítimos” de los y las subalternizadas.

Por otro lado, la visibilización de las experiencias de las mujeres enfermeras tiene una doble implicación en el proceso de producción de conocimiento, primero en la vida de las mujeres enfermeras, pues en el proceso de relación social de la entrevista, se constituyeron en foco de

interés y reconocimiento, sus saberes y experiencias no sólo aportaron de manera significativa a nuestra investigación sino que nutrieron su capacidad de agencia; segundo en torno de las implicaciones que sus saberes y experiencias aportan a la sociedad en general, dado que no se conoce lo suficiente y se subestima, el trabajo que realizan en el sistema sanitario. Es por ello nuestro interés particular por conocer desde sus propias perspectivas, sus contextos laborales, sus conocimientos y las estrategias que desarrollan para sobrellevar las tensiones con la institución.

Esta investigación se enmarca en la confluencia disciplinar entre la Sociología Crítica, la mirada feminista descolonial y los aportes elaborados desde la Sociología de las Emociones, la Antropología de la Salud y las teorías del cuerpo. Se desarrolla bajo una metodología cualitativa, ya que es la que mejor se adecua a los estudios de las relaciones, las prácticas, las representaciones, las creencias, las significaciones, producto de las interpretaciones que las/os sujetos realizan de cómo viven, construyen sus herramientas y a sí mismas, sienten y piensan. La técnica que utilizamos es la entrevista en profundidad que nos permite acceder a los saberes que despliegan las mujeres enfermeras en sus prácticas, las tensiones que experimentan respecto de la profesionalización de la disciplina y el MMH. Para rastrear en sus relatos las condiciones laborales actuales y las violencias institucionales que padecen en tanto mujeres en el marco de un trabajo de cuidado.

Los objetivos que guiaron nuestra investigación fueron los siguientes:

**Objetivo General:**

- Reconocer y sistematizar los saberes populares/profesionales y las prácticas sanitarias como sus condiciones de trabajo de cuidados, de enfermeras en el sistema sanitario de la provincia de Mendoza.

De ello se desprenden los siguientes **objetivos específicos:**

- Indagar respecto de las formas de sanar, curar, cuidar y significar la salud y la enfermedad por parte de las enfermeras y registrar las relaciones entre el saber/hacer de las enfermeras y el Modelo Médico Hegemónico.
- Analizar las condiciones de trabajo de cuidados de las enfermeras en el sistema público y detectar los tipos de violencias patriarcales que experimentan como mujeres trabajadoras y de sus saberes, y el lugar de la sexualidad/el cuerpo y las emociones en el trabajo de las enfermeras.
- Reconocer y sistematizar las estrategias de resistencia y de organización frente al MMH y las formas en que articulan sus saberes profesionales y los conocimientos populares.



En procura de responder a los objetivos se organizó la presente tesis en seis capítulos, de los cuales los tres primeros están abocados a la construcción de un marco teórico situado para la interpretación (doble hermenéutica) en el posterior trabajo de análisis.

En el **Capítulo 1** hacemos un repaso por el proceso histórico de relegación de las mujeres en el ámbito de la medicina y la salud, la constitución del Modelo Médico Hegemónico y la consolidación de la figura de la enfermera como la “pareja perfecta” del médico, con las particularidades que reviste este proceso en nuestro país.

En el **Capítulo 2**, retomamos nudos de debate dentro del Feminismo Materialista en torno a la división sexual del trabajo y las relaciones sociales de sexo, consolidamos herramientas teóricas que nos permiten comprender la manera en que la feminización de determinadas labores se produce junto a la devaluación social, simbólica y material de las mismas; y a la inversa, como aquellas tareas que han sido devaluadas socialmente son las que han sido feminizadas.

En el **Capítulo 3**, indagamos en profundidad en el trabajo de cuidado: realizamos una revisión crítica de debates y producciones teóricas actuales, a fin de precisar un corpus de categorías relevantes que contribuya al cumplimiento de nuestros objetivos y el posterior análisis de los datos.

En el **Capítulo 4** nos referimos a la estrategia metodológica optada, se precisan los puntos de vista epistémicos y metodológicos asumidos en la investigación, se detalla la selección de las “sujetas a conocer” y las técnicas de recolección de los datos. Se realizaron ocho entrevistas en profundidad individuales y dos entrevistas colectivas; y se construyó un relato etnográfico a partir de una de las experiencias del trabajo de campo.

En el Capítulo 5 y 6, desarrollamos el trabajo de análisis, interpretación y reelaboración teórica, retomamos las categorías construidas y otras categorías emergentes, producto de la vinculación con los resultados empíricos.

En el **Capítulo 5** abordamos la comprensión de los significados de las entrevistadas en torno de su trabajo como enfermeras, una aproximación al conocimiento de sus prácticas sanitarias y saberes. Finalmente, indagamos en la corporalidad/el cuerpo, la sexualidad y las emociones, implicadas en el trabajo de cuidado.

En el **Capítulo 6** se analizan las condiciones de trabajo, las violencias patriarcales y las resistencias. El análisis da cuenta de los entramados intersticiales entre lo individual y lo colectivo, entre la experiencia y el contexto, allí donde se entrelazan dominaciones y resistencias, cuyas claves interpretativas evidencian el funcionamiento de los mecanismos de dominación/control/regulación que atraviesan a las mujeres entrevistadas.

Invitamos a iniciar este recorrido por las páginas de esta tesis, cuya trama se teje en la complejidad del trabajo de cuidado llevado a cabo por mujeres enfermeras, hilvanando tensiones, contradicciones, violencias, padecimientos y resistencias. Con la intención de aportar herramientas que contribuyan a complejizar la comprensión de la naturaleza del cuidado, en una mirada que propone integrar a la práctica/actividad de cuidado, los distintos discursos que subyacen, a la vez que las subjetividades, emociones, relaciones de poder y significaciones que se generan en torno a los mismos.

## Capítulo 1

### De sabias a enfermeras: recorrido histórico de la marginalización de las mujeres en la medicina

En este capítulo desarrollaremos las herramientas teórico-conceptuales y contextuales-históricas, que nos brindan el marco necesario para analizar nuestro problema de investigación. La conformación de la ciencia médica, monopolizada por varones, como corolario de la desposesión de las redes y saberes de las mujeres (comadronas y sanadoras, las “brujas”) y la posterior constitución de las enfermeras como “auxiliares” del médico, forman parte de una compleja trama, entre las cuales la división sexual del trabajo junto al triunfo de las relaciones mercantiles capitalistas son engranajes fundantes.

En primer lugar, describiremos el proceso histórico de conformación de lo que consideramos ciencia médica, dando cuenta del contexto social, político y económico. Señalaremos algunos elementos del Modelo Médico Hegemónico y el lugar asignado a las mujeres dentro del mismo, las pujas y transformaciones. Haremos foco en la constitución de la figura de “la enfermera” (Bárbara Ehrenreich y Deidre English) y veremos las particularidades en nuestro país (Catalina Wainermann; Karina Ramacciotti y Adriana Valobra).

## 1.1 La medicina como proyecto patriarcal, capitalista y colonial

Desde la caza de brujas como política de terror instaurada en los orígenes del capitalismo hasta la escalada de violencia contra las mujeres en el momento actual, se manifiestan las profundas imbricaciones entre patriarcado, colonialismo y capitalismo. El actual contexto de acumulación ampliada capitalista neoliberal, profundiza y continúa el proceso de despojo y saqueo de cuerpos-territorios, bienes comunes, saberes y prácticas.

El **capitalismo** en tanto “forma histórica de la relación de dominación-subordinación en las sociedades humanas y de la extracción y reparto del producto excedente del trabajo” (Gilly, Adolfo y Roux, Rhina, 2009: 28), se articula con otros sistemas de dominación/explotación.

En este sentido, el **patriarcado**, anterior en términos históricos al capitalismo, como “una institución en virtud del cual una mitad de la población (mujeres) se encuentra bajo el control de la otra mitad (varones)” (Millet, Kate, 1975:34) y cuya base se encuentra en la división sexual del trabajo, opera aumentando los efectos de las relaciones capitalistas en los distintos ámbitos de la vida cotidiana de los/as humanos/as. Gerda Lerner (1990:10) estudia el proceso mediante el cual se origina e institucionaliza el patriarcado:

“El período de la «formación del patriarcado» no se dio «de repente» sino que fue un proceso que se desarrolló en el transcurso de casi 2500 años, desde aproximadamente el 3100 al 600 a.C. E incluso en las diversas sociedades del mismo antiguo Próximo Oriente se produjo a un ritmo y en una época distintos”.

Vandana Shiva (1992:32) destaca que “si bien el sometimiento de la(s) mujer(es) y el patriarcado son antiguos, adoptaron nuevas y más violentas formas a través del proyecto de desarrollo”. En tanto sistemas basados en la explotación y opresión, no se expresan solo en sí mismos, sino que se presentan en articulación con otros poderes.

Para comprender la relación capital-trabajo en América Latina es preciso incluir otras categorías relevantes, principalmente recurriremos a las nociones desarrolladas por el pensador peruano Aníbal Quijano: colonialismo y colonialidad.

El **colonialismo** refiere a “una estructura de dominación/explotación donde el control de la autoridad política, de los recursos de producción y del trabajo de una población determinada lo detenta otra de diferente identidad y cuyas sedes centrales están además en otra jurisdicción territorial” (Quijano, Anibal, 2000:381). El colonialismo, engendra dentro de sí lo que Quijano va a llamar la **colonialidad**:

“...uno de los elementos constitutivos y específicos del patrón mundial de poder capitalista. Se funda en la imposición de una clasificación racial/étnica de la población del

mundo como piedra angular de dicho patrón de poder y opera en cada uno de los planos, ámbitos y dimensiones, materiales y subjetivas, de la existencia social cotidiana y a escala societal. Se origina y mundializa a partir de América” (2000:342).

Si bien el colonialismo es anterior y a partir del cual surge la colonialidad, ésta se instala de forma más profunda y perdurable, permea intersubjetiva y porosamente las sociedades. Es la **colonialidad del poder** la que articula las distintas formas de explotación, dominación, exclusión y maltrato que se ejercen sobre los cuerpos-corporalidades y por ello, es contra la colonialidad del poder, donde deben dirigirse los esfuerzos para detener la violencia sobre los cuerpos y alcanzar la liberación, individual y colectiva.

El **proceso de apropiación/exterminio** sobre las poblaciones campesinas de la Europa feudal (cuyas principales afectadas, veremos, fueron las mujeres) y las poblaciones indígenas en los territorios colonizados (América Latina, África) se produce en convergencia con el surgimiento de la ciencia como proyecto patriarcal y la consolidación de la modernidad como sistema mundo (Wallerstein, Immanuel, 1998). Situar el origen histórico del conocimiento científico, y en particular de la ciencia médica, permite preguntar a qué intereses ha respondido y responde este tipo de saber; quiénes se legitiman y a quiénes se deslegitiman; visibilizar “el aspecto subjetivo de la objetividad” (Fox Keller, Evelyn, 1995) y comprender la ciencia como un proceso social conflictivo.

Hay un hecho histórico, que nos permite vincular esta convergencia de procesos históricos: el saqueo y exterminio de los territorios colonizados, el proyecto del desarrollo capitalista y la violencia contra las mujeres. Este hecho es la caza de brujas, el mayor sexocidio de la historia que se llevó a cabo desde el siglo XIV al XVII, en la Europa feudal y hasta inicios de la Edad de la Razón.

Ahora bien, ¿por qué este ataque contra las mujeres? Más allá de las imágenes estereotipadas que tenemos de las brujas, ¿quiénes fueron? Ehrenreich y English (1986:8) se lo preguntan y avanzan en la búsqueda de respuestas:

“¿Quiénes fueron, pues, las brujas y que horribles delitos cometieron para provocar una reacción tan violenta de las clases dominantes? Sin duda, durante los varios siglos que duró la caza de brujas, la acusación de brujería abarcó un sinnúmero de delitos, desde la subversión política y la herejía religiosa hasta la inmoralidad y la blasfemia. Pero existen tres acusaciones principales que se repiten a lo largo de la historia de la persecución de las brujas en todo el Norte de Europa. Ante todo, se las acusaba de todos los crímenes sexuales concebibles en contra de los hombres. Lisa y llanamente, sobre ellas pesaba la de poseer una sexualidad femenina. En segundo lugar, se las acusaba de estar organizadas. La tercera acusación, finalmente, era que tenían poderes mágicos sobre la salud, que podían provocar el mal, pero también que tenían la capacidad de curar. A menudo se las acusaba específicamente de tener conocimientos médicos y ginecológicos”.

*Malleus Maleficarum* (del latín, Martillo de las Brujas) es el documento histórico por excelencia que registra e ilustra las técnicas y procedimientos que debían aplicarse a quienes incurrieran en los delitos tipificados de brujería. Este tratado, escrito en 1484 por los reverendos Heinrich Kramer y Jacob Sprenger, constituye un documento del horror y barbarie de las clases dominantes y de los representantes de la Inquisición. Da cuenta que la caza de brujas no fue un hecho aislado o espontáneo, sino un plan organizado de exterminio y tortura, mental y física. Desde su publicación en 1487, se reeditó decenas de veces y se utilizó por más de dos siglos.

“Fueron campañas organizadas, iniciadas, financiadas y ejecutadas por la Iglesia y el Estado. Por los inquisidores, tanto católicos como protestantes, la guía *Maleficarum Malleus*, escrito en 1484 por los reverendos Kramer y Sprenger (hijos predilectos del Papa Inocencio VIII). Durante tres siglos, todos los jueces, todos los inquisidores, tuvieron este sádico libro siempre al alcance de la mano” (Ehrenreich y English, 1986: 13).

Recurrir a la eliminación sistemática de una población, en este caso a las mujeres sanadoras, es porque se considera que no hay posibilidad de resolver por otros medios su incómoda presencia, ya que el riesgo que se asume con su continuidad es lo suficientemente grave para desestabilizar al poder dominante. Ehrenreich y English ([1989] 2010) exponen el momento histórico de ascenso de la nueva clase de expertos como un proceso que rompe con el patriarcado anterior e instaura un nuevo machismo, que entre sus principios se propone derrocar la fuerza de la superstición e instalar la de la razón.

Sin embargo, lejos de la superstición estaban aquellas mujeres que con sus conocimientos brindaban servicios básicos de salud y cuidado a sus comunidades. Sus saberes, que aun hoy se continúan utilizando en la medicina, provenían de la experiencia y la experimentación, el exhaustivo conocimiento de hierbas y plantas medicinales, la observación sistemática de los ciclos de la naturaleza, y la utilización de sofisticados procedimientos químicos y alquímicos para la transformación de los elementos y elaboración de los preparados.

Por ejemplo, el famoso baño María, más allá de su uso culinario, representa una sofisticada técnica creada por María la judía, considerada la primera alquimista de la historia. Si bien no quedan registros escritos de sus enseñanzas, con posteridad se recuperaron sus conocimientos en la química moderna. Además del baño María, hay otras técnicas creadas por esta alquimista para la destilación y sublimación de materiales que, entre otros usos, sirven para la extracción de aceites esenciales de las plantas.

De esta manera, nos podemos ilustrar el rol que tenían las mujeres. La imagen de la caldera asociada a las brujas, lejos de todos los estereotipos de viejas malvadas que harían pócimas para

hacer el mal o devorar a otros (niños y hombres en particular), remite y simboliza un punto de encuentro y reunión, alrededor del cual se cocinaban profundos conocimientos, se elaboraban remedios, se buscaba ampliar el campo de posibilidades.



Grabado de Ulrich Molitor, *De Lamiis et Pythonicis Mulieribus*, 1489

Las brujas eran ante todo mujeres que tenían conocimientos sobre salud, sanación y en especial, ginecología. Además, se organizaban entre ellas, brindaban esos conocimientos a los sectores populares, campesinos. Su persecución y eliminación entonces, se alimentó de una doble saña: por ser mujeres sabias, estar organizadas y brindar esos saberes a las clases populares. Pero ¿en qué sentido estaban organizadas?

“Tanto geográfica como cronológicamente la persecución más encarnizada de las brujas coincide con periodos de gran agitación social, que conmovieron los cimientos del feudalismo: insurrecciones campesinas de masas, conspiraciones populares, nacimiento del capitalismo y aparición del protestantismo. Indicios fragmentarios – que el feminismo debería investigar – sugieren que, en algunas regiones, la brujería fue la expresión de una rebelión campesina encabezada por las mujeres” (Ehrenreich y English, 1986: 12).

Quien profundiza en este sentido que sugieren las autoras, en esos indicios fragmentarios del contexto histórico, político y social, es Silvia Federici. En su reconocido libro *Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria* (2010), analiza cómo en los orígenes del capitalismo, junto a su constitución como sistema hegemónico mundial, se produce la desvalorización del trabajo hecho por las mujeres y las modalidades de apropiación y exterminio de sus saberes. La pensadora italiana se propone hallar la conexión entre esta gran guerra contra las mujeres y el surgimiento del capitalismo (2010:25).

El capitalismo, “fue la contrarrevolución que destruyó las posibilidades que habían emergido de la lucha anti-feudal” (Federici, Silvia, 2010:38). Para ello, fue preciso eliminar a quienes encarnaban aquella fuerza, en términos reales como simbólicos, individual y colectivos. Con ese fin se desplegó la persecución y la caza de brujas: las mujeres con sus cuerpos fueron el soporte físico

fundamental de todas las agresiones que el sistema patriarcal, capitalista y colonialista propició para surgir.

Hacia finales del siglo XIV, “la revuelta del campesinado contra los terratenientes llegó a ser constante, masiva y, con frecuencia, armada” (Federici, 2010: 46). Las “brujas” comandaban esta gran rebelión que suponía una potencia desestabilizadora de las relaciones feudales y también del capitalismo incipiente. Es decir, las brujas encabezaban una revolución que quedó truncada por el triunfo de la contrarrevolución burguesa.

Hasta la actualidad la figura de la bruja representa la “encarnación de un mundo de sujetos femeninos que el capitalismo no ha destruido: la hereje, la curandera, la esposa desobediente, la mujer que se anima a vivir sola, la mujer *obeah* que envenenaba la comida del amo e inspiraba a los esclavos a rebelarse” (Federici, 2011:20).

## 1.2 Modelo Médico Hegemónico y Movimientos populares por la salud

De todo este complejo proceso histórico, emerge lo que ha sido conceptualizado con posterioridad como **Modelo Médico Hegemónico** (Eduardo Menéndez, 1985). La consolidación del MMH impuso las tensiones entre medicina “tradicional” y “académica”: saberes, discursos y prácticas autorizadas, habilitadas y legitimadas; frente a otras “ilegítimas” (Bejarano, 2004). Esta distinción entre lo moderno (avanzado, desarrollado) y lo tradicional/popular (primitivo y atrasado), lo sagrado (profesional) y lo profano (popular), refuerza la colonialidad del saber y las relaciones patriarcales, establece una jerarquía entre saberes y habilita a unos sujetos al ejercicio de la medicina y excluye/marginaliza a otros/as.

Por supuesto, las mujeres fueron parte del grupo de las expulsadas del MMH. Como vimos en la obra ya mencionada de Bárbara Ehrenreich y Deirdre English, *Brujas, Comadronas y Enfermeras. Historia de las sanadoras. Dolencias y trastornos. Política sexual de la enfermedad* (1986), el proceso de subordinación y exclusión de las mujeres en el mundo de la medicina se inicia con la caza de brujas, como política de terror contra las mujeres, y continua con la profesionalización de una práctica que era históricamente dominio de las mujeres: la sanación.

“El conflicto entre la sabiduría tradicional de las mujeres y la pericia masculina se centró en el derecho a sanar. (...) **El antagonista histórico de la sanadora sin títulos fue el profesional masculino de la medicina.** Mientras que la sanadora lega trabajaba dentro de una red de intercambio de conocimientos y apoyo mutuo, el hombre profesional atesoraba su saber como una especie de posesión que debía ponerse a disposición de clientes acomodados o venderse en el mercado como un artículo más. Su objetivo no era difundir el oficio de sanar, sino concentrarlo en un grupo elitista. De modo que el triunfo de la



profesión médica masculina tiene una importancia crucial para nuestra historia: supuso la destrucción de las redes de ayuda mutua que tenían las mujeres dejándolas en situación de aislamiento y dependencia, y estableció un modelo de experto que se convirtió en prerrogativa de una élite social” (Ehrenreich y English, 2010: 59. El destacado es nuestro).

No se trataba solamente de expulsar a las mujeres de la medicina, junto con ellas, se buscaba desplazar las lógicas solidarias, colectivas y no mercantilistas de la salud y la sanación. A continuación, veremos cómo continúa este proceso de profesionalización y mercantilización de la medicina; la inclusión “domesticada” de las mujeres a partir de la figura de la enfermera; y, por supuesto, los correspondientes movimientos de resistencia.

En *Por su Propio bien. 150 años de consejos de expertos a mujeres* (2010), las autoras analizan el dominio masculino de los expertos, la ambigua liberación actual propuesta para las mujeres con las modalidades *self-help* y proliferación *new age* de alternativas que consolidan el triunfo de la salud como mercancía. Allí las autoras recuperan, al igual que Adrienne Rich (1986), la experiencia del Movimiento Popular por la Salud desarrollado en Estados Unidos, cuya máxima expansión data entre 1830 y 1840. Este movimiento popular histórico, en el cual convergían el movimiento feminista y de mujeres junto al movimiento de trabajadores (obreros, artesanos independientes, pequeños granjeros y campesinos), proponía las bases para un sistema de salud popular, que implicaba profundas concepciones antielitistas y antimonopolistas, reivindicaciones de autonomía y desmercantilización de la salud.



Fanny Wright (1795-1852).

Fanny Wright, activista del Movimiento Popular por la Salud, feminista y abolicionista, manifiesta el carácter de este movimiento: “Lo que distingue ésta de todas las luchas que ha emprendido la raza humana es que la actual es, clara, abierta y reconocidamente, una guerra de clases y que esta guerra es universal” (citada en Ehrenreich y English, 2010:79). En otros discursos, señala: “El sacerdote tiembla por su oficio, el rico por sus tesoros, el político por su influencia...Del pueblo, ¡ay! Del pueblo se alza el murmullo y la agitación de la inteligencia, la curiosidad y la preparación que se despiertan” (citada en Schlesinger, K., 1953:183).

Se puede leer en la voz de esta dirigente, el clima histórico, el carácter popular de esta lucha y el explícito anticlasismo (tengamos en cuenta, es un contexto en el que el marxismo no existe). La reivindicación de la autonomía y el dominio del conocimiento por parte del pueblo, una medicina

desde y para los sectores populares, explica la cercanía y unión entre los movimientos de salud, obreros y feministas.

Su derrota significó la consolidación de la medicina hegemónica: sus concepciones del cuerpo, procesos de salud-enfermedad, el poder del médico, la habilitación al ejercicio de la profesión a partir de títulos emitidos por determinadas instituciones (con lógicas excluyentes de acceso), y el distanciamiento cada vez mayor entre las voces autorizadas y el resto definidos como saberes otros, “saberes plebeyos”.

### 1.2.1 El triunfo del monopolio médico. El dominio de “los expertos” y el surgimiento de la enfermera

La presencia y aportes de las mujeres, sus saberes y prácticas, sin embargo, es parte innegable e inevitable para este MMH. Las contribuciones al mundo de la medicina, en su calidad de matronas, curanderas, enfermeras y médicas, se encuentra sistematizado por numerosas estudiosas feministas. Así, en el texto editado por Montserrat Cabré y Teresa Ortiz, *Sanadoras, matronas y médicas en Europa. Siglos XII – XX (2001)*, se destaca el rol protagónico que han tenido y continúan teniendo las mujeres en la salud. Destacan cómo

“...la historia de la medicina ha reproducido los procesos de clausura, cierre en sí misma y levantamiento de barreras que se aprecian en la constitución de la profesión médica, y ha proyectado una imagen de homogeneidad sin fisuras profundamente androcéntrica...las mujeres no se mencionan en la historiografía profesionalizada hasta finales del siglo XX, salvo para señalar a algunas como excepciones, o más frecuentemente, para contrastar negativamente en sus prácticas con las de los médicos, siempre más apropiadas, perfectas y avanzadas” (Montserrat Cabré y Teresa Ortiz, 2001:10).

Ha sido gracias al trabajo de estudiosas feministas que ha sido posible transformar la imagen de las mujeres como sujetos pasivos o incluso peligrosos en el quehacer médico, y reconstituir su protagonismo y aportes. En Argentina, los trabajos de la socióloga, historiadora y feminista Dora Barrancos son referencias ineludibles para estudiar la presencia histórica de las mujeres en nuestro país. Encontramos en sus obras *Historia y Género (1993)*, *Inclusión/Exclusión historia con mujeres (2001)* y *Mujeres en la sociedad argentina. Una historia de cinco siglos (2007)*, la recuperación de la participación de las distintas mujeres en la historia argentina. Entre ellas, destacamos a Cecilia Grierson, la primera en obtener el título de médica en el país y fundadora de la escuela de Enfermeras y Masajistas, la Sociedad de primeros Auxilios y la Sociedad Obstétrica. Como así también destaca a Julieta Lanteri, quien en un contexto en que la educación universitaria era un

privilegio de los varones, en 1896 ingresó a la Facultad de Medicina y en 1907 se convirtió en la sexta mujer graduada en el país.

Sin embargo, el ingreso y luego la permanencia de las mujeres a las universidades y en particular a la medicina, estuvieron (y aún lo están) plagadas de obstáculos sexistas. Como toda ideología permeada por la colonialidad del poder, se aluden a factores “naturales”, del orden biológico, para justificar la exclusión/expulsión de determinadas poblaciones, en este caso, sexualizadas. Desde una lectura paternalista, había que protegerlas de tomar contacto con las prácticas desagradables que implican la profesión, ya que las alejaría de la delicadeza, la suavidad y todos los atributos de feminidad asignado a las mujeres. Casi heroicamente, se debía dejar esa labor en manos de los varones. O bien, desde una lectura lisa y llanamente patriarcal, simplemente se argumentaba que ellas no estarían capacitadas para hacerlo.

Llama la atención la argumentación paternalista, si pensamos que muchas de estas tareas desagradables (el contacto con la sangre, los fluidos, las heridas, entre otras) se asignó finalmente a las enfermeras. Sin embargo, si lo abordamos desde una lectura feminista y lo situamos en la construcción simbólica y la doble moral de los discursos contruidos sobre los cuerpos de las mujeres, no resulta llamativa. Así se argumenta y consolida, de manera contradictoria, un modelo médico dominado por varones, blancos, de clases apoderadas:

“Hasta la más protegida dama victoriana -por no hablar de la madre de clase obrera que luchaba para sacar adelante a su familia en un piso alquilado de una o dos habitaciones- sabía algo de “sangre y lodo”. Una mujer se enfrenta necesariamente a la sangre más a menudo que un hombre, si se descuentan los cirujanos y los soldados. Las madres saben mucho más de lodo y malos olores... Los médicos varones tenían que hacerse cargo del cuerpo femenino para la protección de las propias mujeres” (Ehrenreich y English, 2010:98-99).



Pese a los avances y conquistas de las mujeres y sus derechos, este tipo de ideas y prácticas continúan vigentes. El año pasado por ejemplo circulaba la noticia polémica de un Congreso sobre lactancia materna en México, en el que todos los disertantes eran varones (agosto 2018).

A la vez que se excluyó sistemáticamente a las mujeres de prácticamente todos los ámbitos de la profesión médica hegemónica, se fue consolidando a su interior un lugar privilegiado para ellas: la enfermería.

Catalina Wainermann y Georgina Binstock, en *El nacimiento de una ocupación femenina: la enfermería en Buenos Aires* (1992), tratan de elucidar lo que subyace en torno a las ocupaciones feminizadas, en este caso, la enfermería. La pregunta que guía sus reflexiones e investigaciones refiere a cómo se constituyen en "naturalmente" femeninas o masculinas las ocupaciones marcadas por el género.

Una de sus valoraciones principales relaciona el triunfo del modelo de la enfermera Nigthingale hacia fines del siglo XIX y comienzos del siglo XX, con el afianzamiento del discurso



Florence Nigthingale (1820-1910).

genérico y sexista en esta profesión.

Florence Nigthingale fue la primera mujer en ser admitida en la *Royal Statistical Society* británica y se considera la pionera de la enfermería moderna. Esta dama de la aristocracia victoriana inglesa obtuvo su lugar en la sociedad británica por su participación durante la Guerra de Crimea. Con la asistencia brindada allí, demostró que con la implementación de simples medidas higiénico-sanitarias se podía mejorar notablemente las condiciones de los soldados británicos.

A partir de sus éxitos editoriales, entre los que destacan *Notas de Hospital* y *Notas sobre Enfermería*, reunió el apoyo de lectores para el Fondo Nightingale.

Con este dinero logró, a pesar de la resistencia de los médicos a que las mujeres ingresaran al campo de la salud, fundar la primera escuela de enfermeras en Inglaterra. Introdujo importantes cambios en la posición social y la imagen de la enfermera, entre los que se destacan la disciplina y la sobriedad, e impulsó la investigación y su formación científica.

Conocida como "la dama de la lámpara", por su hábito de realizar rondas nocturnas alumbrada por una luz, se convirtió en el modelo de las enfermeras modernas, delineado bajo los preceptos de la aristocracia victoriana:

“Florence Nightingale y sus discípulas directas marcaron la nueva profesión con los prejuicios de su propia clase. La enseñanza insistía más en el carácter que en la habilidad profesional. El producto acabado, la ‘enfermera Nightingale’, era simplemente la Mujer Ideal trasplantada del hogar al hospital y libre de obligaciones reproductoras. Esta mujer ofrecía al médico la obediencia absoluta, virtud de una buena esposa, y al paciente la altruista devoción de una madre, mientras ejercía sobre el personal subalterno del hospital

la gentil pero firme disciplina de un ama de casa acostumbrada a dirigir la servidumbre” (Ehrenreich y English, 1981: 32).

La habilitación de las mujeres a la medicina a partir del trabajo de enfermería se vincula con dos procesos, por un lado, la profesionalización de funciones consideradas “femeninas” y la domesticación, al mismo tiempo, de algunos roles profesionales, como sería el trabajo de las enfermeras, las maestras y luego, las asistentas/trabajadoras sociales (Ehrenreich y English, 1984). Por otro lado, la imposición de los valores culturales de las clases dominantes a las mujeres de la clase obrera.

Cecilia Grierson, admiradora de este modelo y fundadora de la primera escuela de enfermería del país y en América Latina, procuró instalarlo y difundirlo. Pero, lejos de la idealización de las enfermeras inglesas de “Nightingale”, el personal de enfermería en nuestro país se constituyó con los estratos sociales y económicos más bajos de la sociedad. Incluso, en sus etapas previas a la institucionalización del modelo higienista de salud, eran reclutados/as entre los/as mismos/as enfermos/as o personas que cumplían condenas. Las condiciones en que trabajaban eran de absoluta precariedad y desprotección (Wainerman y Binstock, 1992:275-76).

Hasta el periodo de auge de la secularización del estado y del higienismo, predomina la idea de los hospitales como repositorios de todos aquellos cuerpos sociales considerados dañados/enfermos/peligrosos. Así, convivían en su interior personas con enfermedades crónicas, indigentes, locos y locas, ancianos/as, pobres y personas en conflictos con la ley (menores, reclusos).

En 1870 el triunfo de la teoría bacteriana afianza la medicina moderna y se produce la transformación de las instituciones hospitalarias de “depósitos indiferenciados” donde prevalece la función de contención y represión, a centros de curación, asistencia y prevención (Wainerman y Binstock, 1992: 274).

Este cambio de concepciones respecto de la salud, coincide con un momento histórico de explosión demográfica de la población, en particular las grandes ciudades con sus emergentes centros industriales y la necesidad de planificación de las mismas. Los higienistas, entre sus representantes Emilio Coni, comienzan a cuestionar la administración de hospitales y hospicios por parte de la Sociedad de Beneficencia. Las tensiones se vinculaban a diferentes aspectos, entre ellas destacamos que mientras los primeros pregonaban la creación de hospitales mixtos y una atención institucionalizada de la salud, desde la Sociedad de Beneficencia se defendía la separación del servicio por sexos y una orientación caritativa en el servicio sanitario.

En 1907 entre el personal de enfermería predominaban los varones (más del 70%). En 1916 una ordenanza reglamenta que la ocupación de tareas de enfermería sería de modo exclusivo desempeñado por mujeres. Esto ocasiona resistencia por parte de enfermeros varones de uno de los hospitales de la ciudad de Buenos Aires que son despedidos a raíz de esa ordenanza. Realizan una huelga, con el apoyo de sus compañeras mujeres y por otros empleados/as subalternos (peones, cocheros y cocineros). Finalmente son reincorporados pero en otras funciones.

Sin embargo, se insiste con la feminización de una ocupación que históricamente no lo era en nuestro país. Recordemos, en sus inicios, la composición masculina y popular de la misma. Es entre 1912 y 1916 que se produce el “quiebre” orientado a feminizar esta ocupación y su profesionalización. Así, la Escuela de Enfermería desde 1916 funciona como exclusivamente femenina, hasta 1969 que vuelve a definirse mixta, pero a partir de entonces con fuerte presencia de mujeres.

La profesionalización de la enfermería se da atravesada por pujas y tensiones políticas, por prejuicios sexistas y de clase. Se produce centralmente durante las décadas del 40 y 50, en las propuestas sanitarias de los dos primeros gobiernos peronistas (1946-1955), vinculado a los procesos de ampliación estatal y el aumento de la demanda de enfermeras con capacitación no exclusivamente empírica (Ramacciotti, Karina y Valobra, Adriana, 2017).

En este sentido, Ramón Carrillo da cuenta de estas tensiones, al preguntarse: “¿Cómo piensan tener hospitales bien organizados con mucamas disfrazadas de enfermeras?”, en relación a los objetivos de la formación de las enfermeras (citado en Ramacciotti y Valobra, 2010:362). Manifiesta así la distancia entre la realidad y el nivel de excelencia que se perseguía en la Escuela de la Secretaría de Salud Pública (Ministerio, desde 1949).

El arduo proceso de profesionalización de la enfermería, produce lo que Ramacciotti y Valobra mencionan como “el dilema Nigthingale”:

“...en la medida en que las enfermeras no se capacitaban mejor, no se las consideraba trabajadoras dignas de más renta ni, a su vez, se les reconocía jerarquía suficiente como para declarar su autonomía profesional; pero las enfermeras no lograban capacitarse mejor puesto que recibían bajos salarios, especialmente por ser mujeres e insertarse en un servicio de baja calificación y, por ello, las enfermeras que llegaban al sistema tenían escasa educación o eran empíricas. El punto de partida de las enfermeras estaba condicionado, así, por su condición de género. En tanto mujeres, trabajaban en sectores peor pagos del campo médico sanitario. Ello dificultaba su capacitación y redundaba en más dificultades para la movilidad en la escala profesional. El establecimiento del control, la autonomía y el límite de ocupaciones afines dentro de la medicina es un proceso histórico que se hace necesario desmenuzar para librar a las profesiones ligadas al cuidado de la pesada carga de la subalternidad y la jerarquía y analizarlas como actividades

que demandan energía, tiempo, recursos financieros y en la que intervienen saberes, redes sociales, tecnologías y tareas específicas” (2017:387).

Por otro lado, hay que sumar las resistencias patriarcales frente a la profesionalización de las mujeres y sus avances para reducir las desigualdades de género en distintos ámbitos profesionales. Como señalan Montserraat Cabré y Teresa Ortiz:

“...es durante los periodos particularmente álgidos de institucionalización y especialización cuando médicos y cirujanos forcejean para circunscribir y limitar las actividades de las mujeres prohibiéndoles, por ejemplo, la administración oral de las medicinas, la realización de tratamientos quirúrgicos o el uso de instrumentos que pasan a definirse como tecnologías masculinas” (2001:23).

Es que la profesión médica no es “una institución más”, sino que profesa un sexismo institucional cuyas raíces históricas remontan a la exclusión/expulsión de las mujeres y los sectores populares del conocimiento científico y médico, a la consolidación de un sistema clasista con el monopolio de los varones de las clases dominantes (Ehrenreich y English, 1981). Todos los intentos de “profesionalización” del papel de las enfermeras, se inscriben en “una huida de la realidad sexista del sistema sanitario” (Ehrenreich y English, 1981:35), que se enfrenta permanentemente a los obstáculos propuestos por los discursos hegemónicos: sexistas, racistas y clasistas.

Además, estos discursos que operaron en la “feminización” de la enfermería, se vinculan, como veremos en el siguiente capítulo, con que todo proceso de feminización de profesiones/ocupaciones trae aparejada la devaluación de las mismas: en términos simbólicos debido a la falta de reconocimiento, en términos económicos por la exigua remuneración percibida, y en términos de las condiciones laborales, por el predominio de la informalidad, precariedad, sobreocupación y flexibilización. Además, como analizaremos más adelante en el tercer capítulo, debemos situar la enfermería en el marco de las injusticias, desigualdades y violencias que atraviesan a las distintas profesiones/ocupaciones vinculadas a los cuidados.

En este capítulo intentamos rescatar el proceso histórico que condujo a la exclusión de las mujeres en la medicina, con el objetivo de:

“...no sólo complementar una historia de la medicina que ha acostumbrado a marginar, o a incorporar subsidiariamente, los saberes femeninos en torno a la salud, sino escribir una historia en la que las mujeres son protagonistas por derecho propio. Una historia que busca explicar y analizar la práctica médica regular de las mujeres en su riqueza intrínseca y en relación con los discursos y normativas reguladoras que el patriarcado les ha impuesto y que, al mismo tiempo, intenta dilucidar la complejidad de los procesos constitutivos de las profesiones sanitarias” (Montserraat Cabré y Teresa Ortiz, 2001:20).

A modo de cierre, buscamos recuperar los procesos de salud como asuntos de mujeres y el largo camino que inició con la persecución y sexocidio de las mujeres sanadoras en la edad media, y se consolidó con la profesionalización de la medicina con la hegemonía por parte de los varones en el siglo XIX.



## Capítulo 2

### Reflexiones del feminismo materialista sobre el trabajo de las mujeres

En este capítulo haremos un recorrido conceptual en torno al trabajo y la división sexual del trabajo, a partir de la propuesta político-teórica del feminismo, en particular del Feminismo Materialista (FM).

Indagaremos en los aportes teórico-metodológicos elaborados desde el FM, a partir de los conceptos “relaciones sociales de sexo”, “modo de producción doméstico”, “la apropiación de las mujeres en tanto clase”; y las articulaciones entre la clase, la raza, la etnia y las identidades sexuales. Para ello recurriremos a algunos textos claves, como los de Paola Tabet, Collette Guillaumin, Christine Delphy y Danièle Kergoat.

Partimos de esta corriente del feminismo ya que nos permite profundizar el análisis de las relaciones sociales desde una mirada crítica feminista para entender en toda su complejidad el lugar del trabajo realizado por las mujeres y poder construir con estas herramientas un marco de referencia conceptual para el tema que nos ocupa: el trabajo de cuidados de las enfermeras.

## 2.1 El Feminismo Materialista. Trayectorias de una corriente diversa

El FM surge en los años 70 de la conjugación de sus diversas participantes por un lado en el movimiento de liberación de las mujeres en Francia; y por otro, a partir de la reflexión, discusión y producción teórica (en particular, desde la revista *Questions Féministes* –primera revista feminista en lengua francesa, que cuenta entre sus fundadoras, a Simone de Beauvoir-; y también desde la participación de algunas de ellas en centros de investigación y producción académicas como el Centre National de la Recherche Scientifique).

Resulta difícil de encuadrar al FM, ya bien dentro de los feminismos como al interior de las ciencias sociales. De un lado, se las suele vincular con la tendencia “radical” dentro del feminismo, debido a su férrea crítica al heterosexismo y su activismo dentro del movimiento feminista. Del otro, resulta innegable el análisis marxista del que parten muchas de sus autoras, motivo que las acerca a las vertientes feministas de izquierdas (socialistas, comunistas, marxistas). Es por ello que encontramos dificultoso situar esta corriente dentro del escenario feminista:

“...aunque hagan parte de la rama “radical” del movimiento feminista, están bastante más al tanto de los análisis marxistas que muchas de las “feministas radicales” norteamericanas, por ejemplo, y se apoyan mucho en el método del materialismo histórico y dialéctico. Pero también tienen muy claro que el marxismo solo es una de las tantas formas históricas, superable, de este materialismo, y son muy críticas frente al marxismo en sí y a las organizaciones políticas que lo reivindican. Esto las diferencia de muchas “feministas socialistas” o “comunistas”, ya sean norteamericanas, británicas, latinas o caribeñas, de las que son cercanas por su materialismo y lejanas por sus prácticas militantes y su utopía — por ejemplo, en su análisis de la sexualidad como algo político y fundamental en la opresión de las mujeres, y no una mera preferencia. Esta doble cercanía y doble distancia hacia las “feministas radicales” y hacia las “feministas socialistas”, es lo que hace su particularidad en el complejo paisaje del feminismo en el mundo” (Curiel, Ochy y Falquet, Jules, 2005:9).

Más allá de la diversidad de pensamientos y producciones de sus referentas, podemos tomar como una de sus contribuciones centrales **la concepción de la situación de las mujeres como una relación social de clase**. Este punto de vista implica una mirada desbiologizante respecto a la diferencia entre varones y mujeres, y pone el énfasis de esta relación en la forma en que se organiza el trabajo en la sociedad (tanto productivo como reproductivo; local como internacional).

Remarcamos la ruptura con las miradas esencialistas y biologicistas respecto de la situación de las mujeres, que inclusive se reproduce desde muchos feminismos, y más aún, respecto al análisis del trabajo reproductivo. Esta es la crítica de Amaia Pérez Orozco (2014) cuando se refiere a una

“ética reaccionaria del cuidado”, predominante en algunas investigaciones sobre trabajo de mujeres.

Cuando las feministas materialistas se refieren a mujeres como clase, lo hacen en términos sociales, es decir, como personas leídas socialmente en tanto mujeres y todo lo que ello implica en sus vidas. Por otra parte, si la biología no es destino, si los lugares ocupados en la estructura social no son naturales; entonces es posible transformar la situación de injusticia. Señala Christine Delphy:

“La situación de las mujeres es un motivo de rebelión. Esto es una obviedad, pero esta obviedad da pie a un corolario mucho menos aceptado. Una no se rebela contra lo que es natural y por tanto inevitable, o inevitable y por tanto natural. Desde el momento en que existe una rebelión, al mismo tiempo y necesariamente existe la noción de un proceso resistible. Lo que es resistible no es inevitable; lo que no es inevitable podría ser distinto; es arbitrario, social por lo tanto. La implicación lógica y necesaria de la rebelión de las mujeres, como toda rebelión, es que es posible cambiar su situación; de lo contrario, ¿para qué rebelarse? Creer en la posibilidad del cambio implica creer en el origen social de la situación” (1982:29).

## 2.2 De relaciones sociales, explotaciones y explotados/as: más allá del marxismo

Comprender el origen social de las problemáticas nos conduce a retomar un concepto central en la sociología, el de relaciones sociales. Entender la dinámica de conducta entre los seres humanos, las lógicas de poder y organización, y proponer explicaciones que refieran a las construcciones sociales, históricas, políticas y subjetivas de los sujetos ha sido un punto de vasta producción sociológica.

No obstante, la desigualación de las mujeres y las relaciones sociales en que se ven inmersas continúa sin ser suficientemente explicado en las Ciencias Sociales. Veamos por ejemplo un texto clave de la Sociología en América Latina, *Sociología de la explotación* de Pablo González Casanova. A modo ilustrativo, buscamos en el mismo la palabra mujeres: en las 139 páginas de la Primera Parte, solo aparece dos veces. Luego, de simple curiosidad, buscamos la palabra “feminismo” (quizás alguna vez sea mencionado en producciones no necesariamente de mujeres ni feministas). Ninguna referencia.

Sin la intención de continuar con estas divagaciones y haciendo mención a este texto solo a modo de un ejemplo posible de un texto clásico de la literatura sociológica en la región, la cuestión es evidenciar que a la hora de estudiar las relaciones sociales no se ha considerado la diferencia sexual como un dato de importancia. Por lo tanto, no resulta extraño que todavía permanezcan

tantos campos ininteligibles, sin comprensión, sin definiciones ni herramientas pertinentes para su análisis. Tal es el caso del trabajo y la explotación de las mujeres.

Por ahora, rescataremos algunos aportes desde la sociología respecto a las relaciones sociales, aprovechamos la mención a González Casanova, quien afirma:

“En el marxismo la relación social es constitutiva, pero además es histórica, contradictoria y concreta. Se trata de un cierto tipo de relación social: “Es siempre la relación directa de los propietarios de los medios de producción con los productores directos, la que revela el secreto más recóndito, la base oculta de toda la estructura social...” (2006: 35).

Sin duda, un cierto tipo de relación social (la de productores directos y propietarios de los medios de producción) es la que ha prevalecido en los análisis en las ciencias sociales. Christine Delphy expone cómo de la tríada clase – sexo – raza/etnia; la clase, al contar con un capital histórico e intelectual enorme, deviene la categoría de análisis sociológico hegemónica. Sin embargo, no sólo se trata de un desequilibrio sociológico entre pares conceptuales, sino que impacta en los intentos de articulación en el escenario político.

La opresión de clase (explotación capitalista) cobra una dimensión particular e incomparable a otras opresiones, y de esta manera impide una reflexión teórico-política integral respecto a las opresiones vividas, los sistemas de explotación implicados y las estrategias de resistencia y liberación.

En este sentido, Delphy (2004)<sup>1</sup> se propone dar cuenta de la insuficiencia de la teoría de la explotación marxista para contemplar otras opresiones y esbozar una nueva teoría de la explotación que permita analizar la coexistencia de todas las formas de explotación y, desde sus intereses como feminista le preocupa en particular alcanzar una mejor comprensión acerca del lugar del sexismo.

Estas reflexiones están en continuidad con el pensamiento desarrollado desde el FM de nombrar las relaciones sociales en que se insertan las mujeres como clase. En este sentido, Daniele Kergoat (2003: 845-846) aporta a la comprensión de las **“relaciones sociales de sexo”**:

“Los grupos sexuales no son producto de destinos biológicos, sino que son ante todo construcciones sociales; se construyen por tensión, oposición o antagonismo. Las relaciones sociales de sexo poseen una base material aun cuando tienen también otra de ideas. En este caso, el naturalismo es la ideología de legitimación, la *doxa* de sexo. Las relaciones de sexo pueden ser clasificadas por periodos y contribuyen a la Historia al igual que las demás relaciones sociales; se basan, ante todo, en una relación jerárquica entre los sexos. Por lo tanto, se trata realmente de una relación de poder, de una relación de “clase” (Guillaumin, 1992) y no de un mero principio de clasificación”.

---

<sup>1</sup> A continuación, todas las citas de estas publicaciones de Delphy son traducciones propias.

Se trata de una relación de clase, una relación de poder: es decir, existe una apropiación colectiva e individual del trabajo realizado por las mujeres como clase (tanto el considerado “productivo” como el “reproductivo”).

### 2.3 Modo de producción doméstico

Uno de los aportes fundamentales que realiza Christine Delphy es el concepto de modo de producción doméstico como instrumento analítico que permite dimensionar la magnitud de la apropiación del trabajo femenino a la vez que analizar las relaciones entre capitalismo y patriarcado (Sánchez Muñoz, Elena et al., 2005).

Lo que se trata es de estudiar las relaciones de producción específicas en que entran las mujeres en tanto clase. La situación común a las mujeres, es decir su situación de clase, se define por una misma relación de producción o una misma forma ganarse la vida. “La relación de producción es la relación con la propia subsistencia” define en términos sencillos Delphy (1982:3).

La forma en que se resuelve la subsistencia diaria es la que define la relación de producción en la que se está inserto/a. Entonces, respecto a la situación de clase de las mujeres, nos preguntamos ¿cómo se ganan la vida?, ¿qué es aquello común que las define como clase? El matrimonio, en tanto contrato particular que configura determinados lugares sociales como la *esposa*, define en gran medida esta posición de clase. También, añade Delphy, se puede incluir dentro de esta clase a ciertos hombres biológicos (niños, adolescentes, ancianos).

El abordaje que predomina respecto a la posición social de las mujeres es que las “esposas” poseen la clase social de su marido, su opresión interesa, para ciertas lecturas de izquierda, en tanto que presenta consecuencias para el proletariado. Desde la base del texto de Engels en *El origen de la familia, la propiedad privada y el estado* en adelante, resultaba una consecuencia lógica que una vez que la mujer ingresara a la esfera del trabajo productivo, la igualdad frente a su compañero estaría en gran medida resuelta. Y en cierto modo, la cuestión de la división sexual del trabajo también se daría por salvada (u omitida en tanto problemática principal).

Contra estos planteos, Delphy sostiene que “El capitalismo no explota simultáneamente a la mujer por el hecho de comprar y explotar la fuerza de trabajo del marido... La mujer está explotada por su relación de producción, no por la de su marido” (1982:8). Puede coincidir en el nivel de vida y de consumo con su marido, pero lo que interesa en el análisis materialista es el ámbito de la producción que subyace a las relaciones sociales.

Hay una experiencia de la que ninguna mujer en tanto clase puede escapar: el trabajo reproductivo. Así tenga mucama, niñera, y todo un arsenal de personas empleadas a su servicio, ninguna puede saltarse fácilmente esta experiencia. Por su parte, “a medida que aumenta el consumo, también es mayor el trabajo doméstico a realizar” (1982:7). Esto mismo señalaba, en otra línea de análisis, Angela Davis, al mencionar la constitución histórica de la figura del ama de casa (blanca y burguesa por excelencia) y el modo en que se establecen, diferenciadamente según cada clase social, rígidos parámetros de limpieza.

Sin embargo, somos conscientes que las *mujeres esposas*, en tanto clase, no son un bloque homogéneo que no presenten diferencias entre sí. Advierte Delphy: “Yo sería la última en negar que existen diferencias entre las mujeres: diferencias de cultura, diferencias en su posición propia dentro del sistema capitalista y diferencias en su nivel de vida”. Pero “...las diferencias entre ellas son consecuencia de su suerte común. La base misma de esas diferencias es una comunidad de destino que es el matrimonio y el matrimonio es precisamente el que distribuye a las mujeres entre hombres distintos y por tanto en medios sociales distintos” (1982:6-7).

Avanza en este sentido Delphy al señalar que: “Todas las mujeres casadas, cualquiera que sea el tipo de trabajo que hagan, el tipo de actividades que tengan, cualquiera que sea la clase social de su marido, tienen la misma relación de producción, la misma relación con la producción de su propia existencia, que es la de *mantenidas*” (1982:9-10).

¿Qué implica ser *mantenidas*? Por un lado, tiene un fuerte impacto a nivel de la constitución de la subjetividad de las mujeres, que nos remite a la búsqueda desesperada del *cuarto propio* que planteaba Virginia Woolf para escapar a la eterna minoridad. Pero más allá, en el análisis, la relación de producción específica en que están insertas las mujeres implica un nivel de sujeción muy particular con su “patrón”: “mientras el asalariado depende del mercado (de un número teóricamente ilimitado de patrones), la mujer casada depende de un individuo. Mientras el asalariado vende su fuerza de trabajo, la mujer casada la regala; exclusividad y gratuidad están íntimamente ligadas” (1982:23).

Es evidente que en el contexto actual las tasas de divorcio aumentan, el matrimonio deja de ser algo tan común y de poseer la carga social que antaño tenía; y que por su parte la familia decimonónica ha sufrido transformaciones, como señala Valeria Esquivel, “hoy ya no tenemos hogares nucleares biparentales como la norma; tenemos un sinnúmero de configuraciones familiares que no necesariamente tienen un trabajador remunerado varón y a una mujer ama de casa” (2013).

A pesar de todo ello, el matrimonio continúa vigente como contrato que garantiza la propiedad de los varones sobre las mujeres y sus descendencias. Hay que tener en cuenta que junto al matrimonio como institución (que a lo largo de la historia vemos cómo las mujeres han desplegado creativas estrategias para esquivarlo como destino), existen de modo complementario, penetrante y omnipresente la “heterosexualidad obligatoria” (el “pensamiento heterosexual” en términos de Monique Wittig, otra feminista materialista) y el “amor romántico” (de ello no se salvan ni las feministas más radicales).

Hablamos de modelos hegemónicos de afectividad, que determinan la manera en que somos afectados y afectadas por los/as otros/as; cómo sentimos; nos enamoramos, emocionamos y amamos; experimentamos placer y configuramos nuestros deseos; cómo nos vinculamos con nosotras mismas y con el resto. Estos modelos afectivos hegemónicos guardan profunda relación con el modo en que se organiza el trabajo en las sociedades, la forma en que se valora, organiza y se retribuye.

#### **2.4 “Un clavo no saca otro clavo”: coexistencia de las formas de explotación**

La explotación de las mujeres es la base de toda reflexión sobre las relaciones entre las clases de sexo. En lugar de restringir la existencia de explotación allí donde se llevan a cabo relaciones salariales, allí donde existe un mercado con determinadas características, es preciso complejizar el análisis de lo social.

La particularización de la opresión de clase reside, según Delphy, en la utilización de una teoría particular de la explotación: la teoría del plusvalor. Esta predominancia teórica de la forma capitalista en la definición misma de la explotación hace que se identifiquen instantáneamente diversas categorías tales como economía, explotación, capitalismo y clase. En este desarrollo teórico, la autora sostiene:

“...la economía es tomada en el sentido de los clásicos: se trata de la economía de mercado. La explotación es económica, y en tanto la economía es el mercado, la explotación no puede sino pasar por el mercado. Los mecanismos de esa explotación son aquellos del capitalismo...Las clases de la sociedad contemporánea son exclusivamente los explotados y los explotadores del modo de producción capitalista” (2003:70).

De esta manera, se limita el análisis de lo social. Se restringe la existencia de explotación allí donde se llevan a cabo relaciones salariales, allí donde existe un mercado con determinadas características. El sexismo y el racismo “no serían sistemas propios y completos de opresión, sino

mas bien estrategias que en suma se limitarían en sus efectos al mercado de trabajo, incluso si para producir esos efectos, el capitalismo debe producir también ideologías desvalorizantes” (2003:71, traducción propia). Algunos sujetos estarían en posiciones más desventajadas que otros al estar en condiciones de existencia perjudicadas por estas ideologías (sexismo, racismo).

En este tipo de razonamiento, se abandona la explicación de la explotación, por la simple constatación de que la explotación existe. Las hipótesis que se hacen sobre la forma en que se produce la explotación se consideran como si fueran la explotación misma, “se toma la explicación por el fenómeno” sentencia Delphy (2003:75-76). Recuerda que la teoría de la explotación junto a los conceptos desarrollados para explicarla (fuerza de trabajo, valor del trabajo, plusvalía), tienen el valor de metáforas que permiten aproximaciones respecto al “misterio del trabajo-que-produce-más-de-lo-que-cuesta” (2003:75).

Así, con esta teoría Marx se proponía,

“...en primer lugar demostrar que el capital no puede producir beneficios, y para ello demostrar que el dinero no puede producir dinero. Es llevado así a elaborar la teoría según la cual todo valor proviene del trabajo. Luego intenta encontrar cuál es el mecanismo por el que un obrero, que es efectivamente pagado por sus horas de trabajo, puede sin embargo producir el dinero para su patrón. La forma en que resuelve este enigma es producir otra teoría: aquella de la fuerza de trabajo. Según esta teoría, el patrón no paga como uno piensa, el trabajo del obrero, sino la fuerza de trabajo de aquél. La teoría de la fuerza de trabajo está vinculada a la del valor de la fuerza de trabajo; en efecto, la diferencia entre el trabajo y la fuerza de trabajo, es que la segunda tiene un valor menor que el trabajo. ¿Pero cómo, y por qué?” (Delphy, 2003:72).

Es el trabajo abstracto<sup>2</sup> el que determina el valor de la fuerza de trabajo y el valor del trabajo. En síntesis, la teoría de la explotación formulada por el marxismo parte de la teoría del plusvalor: apropiación de la plusvalía equivale a explotación. ¿Cómo se lleva a cabo este mecanismo? Allí formula Marx que “todo valor proviene del trabajo”. Ahora bien, ¿cuál es el trabajo apropiado?, ¿cómo se produce la plusvalía? En la diferencia entre el valor de la fuerza de trabajo (pagada a través del salario) y el valor del trabajo, se produce un valor “de más”: la plusvalía apropiada por el patrón.

---

<sup>2</sup> La diferencia entre trabajo abstracto y trabajo concreto es uno de los aportes fundamentales de Marx al análisis del funcionamiento del capital. No se trata de dos tipos diferentes de trabajo, sino dos aspectos contenidos en el trabajo mismo. El trabajo concreto se vincula a la producción de valores de uso, en tanto el trabajo abstracto a la generación de valor de cambio. Sin embargo, “la capacidad de trabajo abstracto está atado a personas concretas. Y tales personas existen en lugares y espacios reales y diferenciados” (Ferguson y McNally, 2017). Para una explicación sintética sugerimos la siguiente lectura: <https://rolandoastarita.blog/2016/09/11/trabajo-concreto-y-trabajo-abstracto-1/>



Delphy encuentra varios inconvenientes en esta teoría. En primer lugar, el valor de la fuerza de trabajo se iguala al salario, que se calcula a partir del precio en el mercado de los bienes y servicios que el obrero y su “prole” necesitan para sobrevivir. Por un lado, este valor tiene un “elemento moral e histórico” (hábitos de consumo, necesidades culturalmente relativas). Por el otro, el salario se vuelve la única medida objetiva que determina el valor de la fuerza de trabajo. Este valor “está determinado por el salario. No solo es cultural e históricamente variable, sino que no es medible independientemente del salario” (2003:73). Esta suma de dinero, puede definir o medir la ganancia de los capitalistas, pero no precisamente la explotación de los proletarios (y mucho menos, de los sujetos que quedan fuera del marco de relaciones de trabajo salariales).

De este modo la autora concluye,

“La teoría economicista marxista iguala la explotación a la plusvalía, y hace de la existencia o no de “plusvalía” el test de la existencia de una explotación. Ello no tiene sentido históricamente, pero permite —esta puede ser su única utilidad— borrar del mapa todas las explotaciones que no pasan en el mercado. Esa expulsión es bastante paradójal, puesto que implica que la apropiación de una parte del trabajo (plustrabajo) de alguien sería peor que la apropiación de todo su trabajo, que el asalariado estaría peor que el esclavo o el siervo. Es por lo tanto correcto aquello que sostienen los marxistas cuando reservan la palabra explotación a la explotación salarial” (2003:78).

Uno de los aportes en este sentido de Delphy refiere a la coexistencia de todas las formas de explotación y la crítica a la persistencia de un sesgo positivista que se arrastra y se sostiene en dos dogmas: “la absorción ineludible, conforme al desarrollo de la historia, de todos los modos de producción por la forma capitalista; y la explicación de la explotación capitalista por la teoría del plusvalor”. Contra ello, la autora argumenta: “la plusvalía existe no como modo general o único, pero si como modo particular, específico, de apropiación de trabajo gratuito” (2004:99).

Es preciso abandonar los términos positivistas-evolucionistas de analizar el entramado social, para intentar aprehender como atraviesan las desigualdades, en términos históricos, políticos y subjetivos. Agrega enfática Delphy,

“...es necesario terminar de hablar de ciertas explotaciones en términos de “sobrevivencias”, de pretender que ellas “persisten” o “subsisten”: interpretar que ellas no deberían estar allí, que ellas pronto van a desaparecer. Porque pensar así, es pensar en términos de normalidad y anormalidad — términos que no deberían tener curso en un proyecto de estudio de la sociedad” (2004:106).

No se trata entonces de legitimar explotados patentados versus categorías de sujetos inciertas, perdidos entre formaciones sociales y modos de producción concebidos como anacrónicos, sino de comprender que “en la realidad, casi todos los tipos de explotación coexisten

felizmente en casi todas las sociedades, y en casi todos los “estadios” de desarrollo. Y no hay ninguna razón para pensar que jamás ha sido de otra manera. Un clavo no saca otro clavo” (2004: 106).

En conclusión, la plusvalía no es más que una *modalidad* de explotación y es necesario “dejar de definir la explotación como el saldo monetario, como el resultado de una sustracción: “valor producido menos salario pagado”, y retornar a su definición primera, la *apropiación del trabajo ajeno*” (2004:103, traducción y remarcado propios).

## 2.5 La apropiación de las mujeres: Colette Guillaumin

Colette Guillaumin, en *Práctica del poder e idea de Naturaleza* (2005 [1978]), define la apropiación de las mujeres como clase:

“La apropiación física en las relaciones de sexo contiene al acaparamiento de la fuerza de trabajo... y es a través de la forma que toma este acaparamiento que se puede discernir que se trata de una apropiación material del cuerpo; mas es diferente a la apropiación de la fuerza de trabajo por un cierto número de rasgos entre los cuales el esencial, común con la esclavitud, es que *no existe en esta relación ningún tipo de medida al acaparamiento de la fuerza de trabajo*: esta última, contenida al interior de los únicos límites que representa un cuerpo individual material, es tomada como un todo, sin evaluación. El cuerpo es una reserva de fuerza de trabajo, y es en tanto que tal que es apropiado. No es la fuerza de trabajo, distinta de su soporte/productor, dado que puede ser medida en «cantidades» (de tiempo, de dinero, de tareas) la que es acaparada, sino su origen: la máquina-de-fuerza-de-trabajo” (2005:24-25).

Las distintas dimensiones en que las mujeres son apropiadas en tanto clase son: la apropiación del tiempo; los productos del cuerpo; la obligación sexual; la carga física de los miembros inválidos del grupo así como los miembros válidos del sexo masculino<sup>3</sup>. Esta apropiación se realiza a través de distintos medios: el confinamiento en el espacio, el mercado de trabajo, la coacción sexual, la demostración de fuerza (los golpes), el arsenal jurídico y el derecho consuetudinario.

En este sentido, define Guillaumin utiliza el término **sexaje** para nombrar esta apropiación material de la clase de las mujeres, “la apropiación física misma, la relación en la que es la unidad material productora de fuerza de trabajo la que es poseída y no la sola fuerza de trabajo” (2005:25).

---

<sup>3</sup> Esta concepción pone en cuestión incluso muchos indicadores claves de los “datos sociológicos”. Por ejemplo, pensemos en el concepto de “personas dependientes”, utilizado en varias estadísticas (sobre todo para medir la “tasa de inactividad” de una población). ¿Quiénes son definidas como personas dependientes? ¿Sólo la edad y/o enfermedad es una variable a considerar? ¿Acaso alguien que no puede hacerse la comida solo, o la cama, o plancharse una camisa, no lo es más aún?

Los efectos de esta apropiación sobre la clase de las mujeres implican la producción de un discurso de la Naturaleza sobre las mujeres, en el que ambas aparecen como objetos, cuyos cuerpos pasivos son territorios a conocer, conquistar y explotar por el varón; son consideradas como bienes comunes, por lo tanto, de acceso libre y gratuito, a disposición de quien desee apropiarse de ellas. Es decir, la idea de un “contrato social” no sirve para pensar las relaciones de clase de las mujeres, ya que cualquier contrato presupone, al menos en lo formal, una relación entre sujetos. Pero, como demuestra Guillaumin, las mujeres no existimos como sujetos, es decir, “materialmente existimos, pero somos propiedades. Es porque “pertenece” que somos menospreciadas por nuestros propietarios, es porque somos apropiadas en tanto que clase entera que estamos “desposeídas” de nosotras mismas” (2005:34). Por ello, concluye: “La apropiación física es una relación de propietario a objeto... Los apropiados siendo, EN ESTA RELACIÓN, cosas, la cara ideológico-discursiva de esta apropiación será un discurso que expresa que los dominados apropiados son objetos naturales” (2005:55, mayúscula de la autora).

De esta manera, las mujeres constituidas históricamente como patrimonio de la humanidad masculina, ven arrebatada su posibilidad de disposición de sí mismas, la autonomía e independencia es un frustrado proyecto para las mujeres en tanto clase, al estar enteramente diluidas de manera sistemática, tanto física como espiritualmente, en las individualidades de los otros.

Por último, señala Guillaumin, existen dos contradicciones en la apropiación las clases de las mujeres, que es necesario tener en cuenta y profundizar. Por un lado, una contradicción entre la apropiación colectiva y la apropiación privada que se dan en simultáneo:

“La clase de los hombres se apropia de la clase de las mujeres en su totalidad y de la individualidad de cada una. Cada una de las mujeres es objeto de la apropiación privada por parte de un individuo de la clase de los hombres. La forma de esta apropiación privada es el matrimonio, que introduce un cierto tipo de contractualidad en las relaciones de sexos” (2005:54-55).

Por otro lado, existe una contradicción entre la apropiación de las mujeres (colectiva o privada) y su reapropiación por sí mismas, es decir, cuando deciden y consiguen vender su fuerza de trabajo en el mercado laboral. Cuando esto sucede, “La clase de las mujeres es a la vez materialmente apropiada en su individualidad concreta, por tanto no es libre de disponer de su fuerza de trabajo, y al mismo tiempo es vendedora de esta fuerza de trabajo en el mercado salarial” (2005:55).

## 2.6 De los medios de producción que se ven excluidas las mujeres: Paola Tabet y su revisión a la división sexual del trabajo

Paola Tabet, en *Las manos, los instrumentos y las armas* (2005 [1979/1998]) analiza dos conceptos puestos en cuestión para estudiar el trabajo de las mujeres como parte integrante de la producción social: el **concepto de reproducción**, (señala que es utilizado en modo plurivalente, como reproducción social, reproducción biológica y reproducción de la fuerza de trabajo) y-el de **división sexual del trabajo** (se toma como dato la distinción entre producción y reproducción, sin mayores indagaciones analíticas).

Ante esto, la autora precisa estudiar la división del trabajo como una relación política entre los sexos. La división sexual del trabajo, sostiene la autora, “desde el punto de vista de la adquisición de ciertas habilidades físico-cognitivas, del adiestramiento hacia la especialización de una actividad a otra, debe ser enmarcada en una relación de poder entre las clases de sexo”. Para ello, detiene la atención respecto a un hecho pocas veces reflexionado en profundidad: el acceso diferenciado de las mujeres a los instrumentos o medios de producción.

Parte de la siguiente hipótesis: “Existe una diferencia tanto cualitativa como cuantitativa de los instrumentos a disposición de cada sexo y más exactamente de una general situación de subequipamiento de las mujeres y de la existencia de un *gap* tecnológico entre hombres y mujeres” (2005:64)

La desnudez, exposición de las mujeres, tiene que ver con la forma que reviste tanto simbólica como materialmente, el modo en que se apropia su fuerza de trabajo. Para visibilizar ello, basta pensar cómo aparecemos representadas masivamente las mujeres en la sociedad, por ejemplo, a través de los medios de comunicación (muertas, desnudas, desarmadas, cosificadas). Estas imágenes de mujeres desarmadas, desnudas, desprotegidas, fragilizadas, señalan la desposesión concreta como clase.

Es en este punto donde Tabet destaca el condicionamiento estructural que obliga a la mayoría de las mujeres a entrar en el continuo del **intercambio económico-sexual**: la fuerte restricción del acceso a los recursos, la privación de conocimientos en la mayor parte de los dominios (sexuales, técnicos y profesionales) y la amenaza permanente del recurso de la violencia contra ellas. Mujeres sin posesiones (no propietarias de su fuerza de trabajo ni de los medios de producción); sin conocimientos (dificultades en el acceso a los conocimientos más especializados);

desarmadas en su sentido literal (sin herramientas y sin armas), expuestas a la violencia de una clase entera de hombres en armas.

En la comprensión de que gesto e instrumento conforman una unidad que se condensa en el trabajo históricamente acumulado (el conocimiento técnico y la habilidad incorporada en el cuerpo, en el gesto), esta desventaja respecto al uso de herramientas, armas e instrumentos, conduce a la autora a la necesidad de preguntarse sobre las implicancias de esta desigualdad material, en la que

“... un sexo haya tenido la posibilidad de extenderse más allá del propio cuerpo físico con instrumentos que amplían enormemente el poder sobre las cosas y sobre la sociedad y que en cambio el otro sexo esté limitado solamente a su cuerpo, a las operaciones hechas con las manos y por tanto a los instrumentos más simples de cada sociedad” (2005:66-67).

Paola Tabet demuestra cómo las mujeres se han visto y se ven excluidas sistemáticamente a lo largo de la historia del uso de herramientas e instrumentos complejos, y también, de la participación en su elaboración. Esto conduce a lo que la autora llama un “gap tecnológico” entre varones y mujeres, que profundiza la magnitud de la desigualdad entre ambos y las posibilidades concretas de liberación de las mujeres respecto a la dependencia impuesta por la clase de los varones.

Es así, que las mujeres realizan ciertos trabajos y son excluidas de otros en relación a los instrumentos utilizados en estas actividades:

“Las actividades que pueden requerir indumentaria de cierta complejidad e incluso donde su aporte productivo es más considerable, las mujeres usan instrumentos más rudimentarios y menos especializados que los hombres de la misma sociedad para la misma actividad. Y que en cada trabajo, las mujeres realizan las operaciones más arcaicas desde el punto de vista de la evolución técnica y sobre todo las operaciones manuales (manipulación) y en las cuales la mano es usada en motricidad directa, con escaso uso de las máquinas manuales y exclusión casi total de los instrumentos de fuerza motriz no humana” (2005:68).

Se destaca prioritario entonces ubicar como central el problema del control de los instrumentos o medios de producción cuando se discute de las relaciones sociales de sexo, ya que es un aspecto estructural en la dominación y explotación de la clase de las mujeres:

“El control por parte de los hombres de la producción y del uso de instrumentos y armas, se confirma como la condición necesaria de la dominación masculina sobre las mujeres: dominación basada en la violencia (monopolio masculino de las armas) y en el subequipamiento de las mujeres (monopolio masculino de los instrumentos). La exclusión de las mujeres de la fabricación y del uso de armas e instrumentos es la condición para usarlas en el trabajo, en la sexualidad y en la reproducción de la especie” (2005:119).

## 2.7 Repensar el trabajo: los aportes del Feminismo Materialista

Este breve recorrido por algunas conceptualizaciones del FM en torno al trabajo, nos permite trazar algunos rastros por los que continuar nuestro análisis feminista de las condiciones en que se inserta el trabajo de las mujeres enfermeras.

Repensar el trabajo desde el punto de vista feminista materialista, implica en primer lugar ubicar las relaciones de producción en que se insertan las mujeres en tanto clase, comprender el trabajo en el marco de relaciones sociales de sexo (sexaje): es decir, donde lo que es apropiado es el cuerpo máquina de trabajo entero, esta apropiación es una “relación de clase general donde el conjunto de una está a la disposición de otra” y “lo que es cedido no es la fuerza de trabajo sino efectivamente la unidad material que forma al individuo mismo” (Guillaumin, 2005: 42), es así que una de las características que reviste es la imposibilidad de medir cabalmente el trabajo realizado por las personas apropiadas.

Las relaciones sociales organizadas alrededor del «reto» del trabajo y sus modalidades de obtención, “son múltiples y ninguna de ellas determina la totalidad del campo que estructura. Juntas, tejen la trama de la sociedad e impulsan su dinámica: son consustanciales” (Danièle Kergoat, 2003:845), coexisten unas con otras (Delphy).

La comprensión de la coexistencia de las relaciones sociales (de sexo, clase y raza/etnia), la encontramos en varias feministas (principalmente, desde el Feminismo Negro) que lo han nombrado de diversas formas (transversalidad, interseccionalidad, simultaneidad “tiene tantas raíces el árbol de la opresión” en los términos poéticos de Audre Lorde), con un mismo objetivo: darle el peso teórico-político a las distintas violencias sufridas en el marco del heteropatriarcado capitalista, racista y colonial.

Violencias todas que coexisten, atraviesan los cuerpos, se acumulan en historias de vidas, y condensan en un complejo panorama para el análisis social y político. La densidad histórica presente en nuestros pueblos, en nuestros cuerpos, en nuestros territorios, requiere una ciencia social - sociología en nuestro caso- dotada de teorías, conceptos, indicadores, herramientas político-metodológicas a su alcance.

En este sentido podemos concluir el capítulo, respecto de la crítica feminista materialista *a cierta forma de entender la teoría marxista* (y no al marxismo en sí, o a la importancia histórica y política que tuvieron en su momento los postulados marxistas y su crítica a la economía clásica), y la revisión crítica de conceptos como el de productividad, plusvalía, desarrollo; lo que habilita la

invención de otros conceptos, como el de “modo de producción doméstico”, y permite explorar vacíos estructurales en dicha teoría.

La forma de entender cómo se genera valor en la sociedad capitalista, de acuerdo a la teoría marxista, resulta limitada para encontrar explicaciones sobre el trabajo realizado por las mujeres, justamente porque en lo sustancial, se reproduce una ideología patriarcal sobre lo que entiende por valor y por tanto, por trabajo. La ecuación marxista “valor=fuerza de trabajo”, permite visibilizar, en términos cuantitativos, la parte “apropiada” (plusvalía), a partir de la diferencia entre el valor producido por el obrero y su salario. El plusvalor presupone una relación de trabajo asalariada: para que existe plusvalor tiene que haber una parte de trabajo no pagada (o un trabajo excedente respecto a lo pagado), finalmente, por tanto, un salario.

Es decir, si al proletario se le paga un salario que se calcula por lo que necesita consumir, y no lo por lo que produce; en el caso del trabajo realizado por las mujeres, ¿se les paga por lo que consumen?, ¿y por aquello que producen?, ¿qué es acaso lo que producen?, ¿quién se apropia de su plustrabajo? Como cuestiona Delphy: “¿Puede decirse que un trabajo enteramente no pagado está menos explotado que un trabajo parcialmente pagado, que un esclavo es menos explotado que un obrero?” (2004:102).

Quizás se trate de dejar de pensar en términos de “sobretabajo” en el caso de la explotación de las mujeres, ya que a ella se les extrae todo el trabajo realizado en la medida que son apropiadas en bloque en tanto máquina-de-fuerza-de trabajo (Guillaumin). Es decir, en continuidad con la crítica de Delphy a la teoría del valor marxista, podemos señalar que, en el caso del trabajo de las mujeres, la ganancia es absoluta, más que de plusvalía, habría que complejizar el término de comprensión del valor del trabajo de las mujeres en el continuo del intercambio económico sexual (trabajo sexual, procreativo, doméstico y emocional) (Falquet, Jules 2014).

De la misma manera, tampoco es posible pensar las condiciones laborales de una mujer en el mercado de trabajo en los mismos términos que un varón obrero asalariado. El contrato de trabajo en que ingresa la mujer no puede pensarse por fuera de la relación social sexual desigual en que está inserta.

Por último, la división sexual del trabajo en la línea propuesta por Paola Tabet, nos permite entender cómo se produce el proceso de desigualación no solo con la asignación de productivo/reproductivo, sino fundamentalmente a partir de la asignación de medios de producción diferenciales.

Todo ello nos aporta elementos para comprender dónde se sitúa el trabajo de las enfermeras, las relaciones sociales en que están inmersas en tanto mujeres, más allá de la relación contractual asalariada. Por otro lado, permite complejizar en las explicaciones sobre porqué la feminización de determinadas labores se vincula a una devaluación de esas tareas, y a la inversa, como aquellas tareas que han sido devaluadas socialmente son las que han sido feminizadas.

Con las herramientas que nos brinda el FM para entender las relaciones sociales de sexo y sus implicancias, la división sexual del trabajo, en el siguiente capítulo ahondaremos en el trabajo de cuidados específicamente para articularlo con el trabajo de las enfermeras.



## Capítulo 3

### Trabajo de cuidado

En este capítulo daremos cuenta de los principales desarrollos teóricos y conceptuales respecto al trabajo de cuidado, y en especial aquellas investigaciones que profundizan en el trabajo de las enfermeras.

En un primer momento, realizaremos una revisión crítica en torno a la construcción y usos diversos de la categoría de cuidado. En un segundo momento, profundizaremos en lecturas feministas claves para abordar el trabajo de cuidados, en procura de contemplar la diversidad de maneras de definirlo, las dimensiones que involucra, su complejidad, pero a la vez, la riqueza teórica, epistémica y metodológica.

Comenzaremos con el trabajo emocional y de los afectos, en la línea de la sociología de las emociones (Arlie Hochschild). Continuamos con los desarrollos producidos dentro de la psicodinámica y sociología del trabajo: saber-hacer discreto y subalternidad (Pascale Molinier); el “trabajo sucio” y la división moral del trabajo (Everett Hughes, Dominique Lhuillier); corporalidad y sexualidad (Helena Hirata y Natacha Borgeaud-Garciandía).

### 3.1 La noción de cuidados: del feminismo al banquete de las políticas de Estado y los organismos internacionales

La reflexión en torno al cuidado como trabajo nace a partir de la crítica feminista al interior de distintas disciplinas como la economía, la sociología y la historia. Autoras como Cristina Borderías y Cristina Carrasco (2011), analizan en términos históricos la configuración de una “nueva ideología de la domesticidad” en la transformación de las sociedades pre-industriales ante el avance de los procesos de industrialización y urbanización. La familia deja de cumplir las funciones productivas de antaño y la pérdida de autonomía frente al cada vez más poderoso Estado y el incipiente mercado, plantea una compleja estructuración de nuevas instituciones en la que las mujeres resultan las más desfavorecidas (la maternidad por excelencia es una de ellas).

La perspectiva histórica en clave feminista es fundamental para dar cuenta de las diversas formas que distintas sociedades se han dado a lo largo del tiempo para organizar los trabajos de cuidados. Christine Delphy señala que el movimiento feminista en los setenta, es quien plantea “por primera vez en la historia el tema del **trabajo doméstico** como un *problema teórico*” (1982:37, cursiva de la autora) y contribuye así a denunciar la invisibilidad del trabajo realizado por las mujeres.

Es al calor de las intensas luchas sociales de la época y con una creciente práctica de producción y difusión teórica feminista militante, que el tema del trabajo que realizan las mujeres emerge, como un asunto de importancia teórica y política, no sólo para poder explicar la situación específica de las mujeres, sino ante todo para transformar la sociedad en su conjunto.

En el caso de nuestro país, por ejemplo, el 4 de agosto de 1972 aparece *Las mujeres dicen basta*, primera publicación feminista en Sudamérica que reúne tres textos<sup>4</sup> en que se indaga sobre el lugar del trabajo doméstico y el camino de la liberación de las mujeres.

Desde el feminismo italiano (Mariarosa Dalla Costa, Leopolda Fortunati, Silvia Federici, entre otras) en la década de los 70, pasando por distintas autoras que discuten al interior del marxismo (Lise Vogel, Johanna Brenner) hasta corrientes del feminismo negro, el concepto de “reproducción

---

<sup>4</sup> Allí aparecen compilados: “La Mujer y los Cambios Sociales. La Mujer como producto de la historia”, escrito por Mirta Henault, feminista argentina vinculada al troskismo; “El trabajo de la mujer nunca se termina”, de la canadiense Peggy Morton; y “La Mujer”, de la argentina-cubana Isabel Larguía (Belluci, Mabel, 2015).

social”<sup>5</sup> permitió señalar la dualidad existente en las tareas de los cuidados: por un lado como reproducción de mano de obra para el mercado y por otro, para el bienestar de las personas.

Las teorías de la reproducción social constituyen uno de los aportes más importantes y fructíferos del feminismo marxista. David Mc Nally y Sue Ferguson señalan:

“...el enfoque de la reproducción social transforma nuestra comprensión de la fuerza de trabajo. En los análisis marxistas convencionales la fuerza de trabajo simplemente se supone que está presente: es un factor dado de la producción capitalista. En el mejor de los casos es entendida como el producto de procesos regenerativos naturales, biológicamente determinados. Al socializar la fuerza de trabajo-al desenterrar su inserción en la historia, la sociedad, la cultura- el feminismo de la reproducción social revela, en primera instancia, que no se puede simplemente suponer que la fuerza de trabajo existe, sino que se la hace disponible para el capital sólo por su reproducción en y a través de un conjunto particular de relaciones sociales generadas [*generated*; es decir no “generadas” en el sentido de “producidas” sino de que adoptan roles de género] y sexualizadas que existen más allá de la relación directa capital/trabajo” (2017, enero 16).

Más allá de la relación capital/trabajo, se abre ese amplio y muchas veces difuso espacio de la cotidianidad, subjetividad, afectividad y sexualidad de las mujeres puestas en juego a diario en la reproducción de la vida. Se politiza el espacio de lo personal, se visibiliza la “doble presencia” que implica para las mujeres ingresar a lo “público” (en términos de la socióloga italiana Laura Balbo) y se redefine lo privado como una “esfera de las relaciones de producción y como terreno para las luchas anticapitalistas” (Federici, Silvia, 2013:161).

Como vimos en el capítulo anterior, el énfasis del feminismo materialista en remarcar la división sexual del trabajo y la explotación y apropiación del trabajo de las mujeres, junto a los aportes de historiadoras en remarcar el carácter construido de dicha división y la ideología de la domesticidad, fueron cimentando los aportes feministas para comprender el trabajo realizado por las mujeres. De esta manera, señalan Luz Arango y Pascale Molinier: “El paso del concepto de trabajo doméstico al de trabajo de cuidado permitió complejizar el abordaje de estas actividades dando cuenta de sus dimensiones emocionales, morales y simbólicas” (2011:18).

No obstante, lejos de los contextos de discusión y práctica feminista en que surge la politización del trabajo realizado por las mujeres, fue de la mano del término *care* (cuidados, en inglés), legitimado por las analistas políticas de la tradición anglosajona, que en las últimas décadas el tema se constituyó en foco de interés para la producción científica y la intervención política.

---

<sup>5</sup> Para una breve exposición de las principales teóricas de la reproducción social, sugerimos la lectura de la guía elaborada por Morgane Merteuil. Disponible en español en: <http://madrigueravioleta.com/madrigueras/guia-de-lectura-feminismo-y-teoria-de-la-reproduccion-social/>

La creciente difusión y receptividad de la noción de cuidados tiene como trasfondo la crisis del Estado de Bienestar, el neoliberalismo y sus políticas de ajuste, y la necesidad del sistema capitalista y patriarcal de reciclarse. Borderías y Carrasco señalan “la vía que facilitó y consolidó la emergencia de los cuidados en sociología es aquella que los presentó como elemento clave de las nuevas políticas sociales” (2011:37).

Esta acepción de la noción de cuidados neutraliza y apaga las acaloradas discusiones que van más allá de un tipo de actividad (trabajo doméstico, cuidados de niños/as y ancianos/as) y plantean una problematización general del sistema económico (globalización y su desigual impacto en las mujeres del mundo, “el patriarcado del salario” en términos de Silvia Federici).

Al repasar los usos y contextos en que aparece la noción de cuidado, podemos intuir de dónde viene la preocupación por la desigualdad entre varones y mujeres, respecto de los distintos organismos internacionales y su correlación con los Estados y las políticas públicas.

Cuando se habla de cuidados, desde Naciones Unidas, por ejemplo, se plantea como prioritario resolver la carga de trabajo en los hogares que recaen sobre las mujeres así quedan disponibles para el mercado de trabajo. Se acompaña el objetivo de “equidad de género”, “reparto de las tareas”, de otros como “empoderar” a las mujeres y promover en ellas la “iniciativa empresarial” (*girlboss*). Bajo el título *Principios para el empoderamiento de las mujeres* y el sugerente subtítulo *La igualdad es buen negocio*, la ONU-Mujeres promueve en las empresas un “espíritu de género”, para “crear unas economías más fuertes, lograr los objetivos de desarrollo y sostenibilidad convenidos internacionalmente y mejorar la calidad de vida de las mujeres, las familias y las comunidades...” (ONU-Mujeres, 2011:4).

Cabe una hermenéutica feminista de la sospecha sobre estas preocupaciones desde ciertos organismos y las políticas construidas sobre los cuerpos de las mujeres. Caben dudas para quién es un buen negocio está igualdad promovida desde los organismos internacionales,

“...cuando se les permite a las mujeres gozar de uno de sus derechos humanos fundamentales como lo es el acceso a la igualdad de oportunidades, los resultados son inequívocos. Según las estimaciones de *The Economist* publicadas en 2006, a lo largo de la última década, el trabajo de las mujeres ha contribuido más al crecimiento global que China” (ONU-Mujeres, 2011:12).

Lo que se procura al visibilizar las tareas de cuidado realizadas por mujeres, la injusta distribución de las tareas al interior del hogar y la promoción de acciones y políticas tendientes a reducir estas desigualdades, es que las mujeres sean un sujeto económico rentables en condiciones para su ingreso y permanencia al mercado. Además, que la presencia de las mujeres en la economía

aporta un “plus” respecto a los varones: extienden el ámbito de cuidado, de los hogares a las empresas y la economía global.

Ahora bien, podemos preguntarnos, ¿se traduce el crecimiento global en mejoras reales en la calidad de vida de las mujeres, las comunidades y sus familias? Cristina Morini, trae a colación el mismo número de la revista *Economist* que cita ONU-Mujeres. Desde una perspectiva crítica y feminista, señala el término *womenomics* que aparece allí mencionado, como expresión de “la construcción ideológica, levantada con la finalidad de encuadrar las diferencias en la producción” (2014:222).

Poco importa para estos estudios traer a consideración, por ejemplo, el “efecto *dumping*” sobre el nivel medio de las remuneraciones, es decir, es bastante cuestionable que los resultados y beneficios del aumento general del PBI se extienda para las protagonistas de este fenómeno económico<sup>6</sup>.

“Papá ya no pasa alimentos”, señala irónicamente Arlie Hochschild para referirse a la manera en que tanto capitalistas (ámbito privado) como el Estado (ámbito público), a pesar de la retórica producida en torno de los cuidados, se desentienden de los mismos. “El cuidado se ha ido al cielo en el terreno ideológico, pero en la práctica se ha ido al infierno”, remata la autora (2008:13), en alusión al vacío generalizado en torno del cuidado, agudizado más aun por los movimientos migratorios que suponen sobrevivir a una “cultura de la mercancía”.

En la misma línea, Cristina Morini advierte que en el actual contexto de flexibilización y precariedad laboral, “el modelo de los cuidados se vuelve entonces una estrategia de gobierno de la complejidad y de despotenciamiento de las conflictividades” (2014:207). Es decir, los significados generados por las políticas del cuidado han promovido el modelo de comportamiento “femenino” que se extiende a la esfera de la producción, para provecho y beneficio de la acumulación capitalista.

La autora identifica el contexto actual como “biocapitalismo”, basado en una economía de los servicios, que necesita para su funcionamiento las características que se dan en el trabajo de cuidados (también en el trabajo cognitivo y el trabajo emocional) extendidas a las relaciones laborales en general.

---

<sup>6</sup> Numerosos estudios feministas dan cuenta de los distintos mecanismos en que las mujeres se ven perjudicadas por el sistema económico: su utilización como factor de equilibrio ante procesos de ajuste estructural (Alicia Girón (coord.), 2002); el aprovechamiento del trabajo reproductivo no remunerado (extendido al realizado en áreas rurales) (Lourdes Benerías, 2006; Judith Flores Chamba, 2012); la flexibilización y precarización de la mano de obra femenina asalariada; el endeudamiento de las mujeres (Graciela Toro, 2010; Verónica Gago y Luci Cavallero, 2019).

Silvia Federici interpela, desde su compromiso político y producción teórica, al movimiento de mujeres y feminista:

“Para aquellas de nosotras que testarudamente a lo largo de los años hemos insistido en definir la autonomía feminista no solo como autonomía respecto de los hombre sino también respecto del capital y del Estado, supuso una derrota la gradual incapacidad del movimiento para propulsar iniciativas propias y su subsunción bajo las alas de las Naciones Unidas, especialmente en un momento en el que dicha institución se estaba preparando para legitimar nuevas guerras por motivos económicos y militares” (2013:29).

Como señala Silvia Federici, entre otras críticas feministas, el rol de estos organismos internacionales y sus “oportunas” preocupaciones, en este caso por las tareas de cuidado y la dimensión de la “igualdad”, refiere a la deliberada intención de “encauzar las políticas de liberación de las mujeres dentro de un marco compatible con las necesidades del capital internacional y del desarrollo de la agenda neoliberal” (2013:163).

Las estrategias de neutralización de las políticas públicas respecto de la adopción de la categoría *care* (promovida por los organismos internacionales) profundizan la fragmentación y precariedad del trabajo realizado por las mujeres, y extienden este paradigma de precariedad al conjunto de la masa trabajadora.

A su vez, otras intelectuales dentro de la economía feminista, como Amaia Pérez Orozco han problematizado la trayectoria de la noción de cuidado y la consolidación de lo que la autora denomina como una “ética reaccionaria del cuidado”. En este sentido, señala al menos tres aspectos en los que esta categoría ha devenido una herramienta peligrosa para denunciar el trabajo invisibilizado de las mujeres: en primer lugar, se prioriza el bienestar ajeno en detrimento del propio; en segundo lugar, sólo se cuida a quienes entran dentro de un núcleo estrecho de pertenencia (la familia) o a quienes tienen el dinero para pagarlo; y, por último, acalla, oculta o sitúa puertas adentro, profundos conflictos sociales (Amaia Pérez Orozco y Sara Lafuente, 2014:100-101).

Es decir, el foco en determinados aspectos o realidades del cuidado, ha dejado oculto otros. En particular, lo que ha permanecido al margen de estas construcciones teóricas, son las experiencias de las mujeres racializadas y subalternizadas, que aparecen, una vez más, sin ser nombradas. No nombrarlas implica, además de desconocerlas, negar que son experiencias que tienen algo para decir y que poseen un potencial teórico y epistemológico para repensar y problematizar los supuestos de la economía en su conjunto (incluida la economía feminista). Como señala Natalia Quiroga Díaz:

“Situar el tema del cuidado desde el lugar que han ocupado las mujeres indígenas

negras mestizas y todas aquellas que han sido subalternizadas por ser consideradas no blancas, lleva a que emerjan otros puntos de vista. Las reflexiones situadas en el feminismo decolonial vienen mostrando los vacíos en términos del significado que la experiencia de la colonialidad representa para entender formas de opresión diferenciales” (2014:173).

Desde la economía feminista se ha contribuido en mostrar los aportes de las mujeres en la economía global, a la vez que denunciar cómo este mismo trabajo significa un ahorro fundamental por parte del Estado y el mercado. Sin embargo, esta crítica feminista a la economía continúa siendo eurocéntrica, en el sentido de que parte de la experiencia de las mujeres y los Estados situados en los centros hegemónicos (Europa occidental y Estados Unidos), asimismo indica Natalia Quiroga Díaz,

“No se menciona y tampoco se problematiza que una de las razones principales que permitió la existencia de este Estado de Bienestar fueron las relaciones de centro-periferia establecidas con los llamados países en desarrollo que garantizaron una extracción histórica de recursos configurada en una relación de modernidad y colonialidad” (2014:171).

La apuesta es entonces por una reflexión situada, enmarcada en una perspectiva crítica descolonial de la noción del cuidado, como de otras tantas nociones que, nacidas bajo el fuego del feminismo, han sido expropiadas por parte de los y las denominadas “tecnócratas del género”.

### **3.2 Aproximaciones feministas al cuidado**

En este apartado nos proponemos ordenar y sistematizar algunas precisiones teóricas, conceptuales y metodológicas del cuidado desde autoras que tienen distintas trayectorias teóricas/disciplinarias, pero que comparten una perspectiva crítica, feminista y política del mismo. Lejos de todas reducciones o simplismos, exploran las distintas aristas de la complejidad que engloba este polisémico término. Indagan en sus dimensiones materiales, afectivas y cognitivas; las vivencias corporales, eróticas y sexuales; y sus implicancias éticas, ontológicas y políticas.

La amplitud de sentidos que los cuidados refieren, en lugar de ser un inconveniente, significa una “gran riqueza científica potencial” como sostiene Natacha Borgeaud-Garciandía, ya que

“...permite pensar conjuntamente realidades que tendemos a analizar separadamente (la enfermería, la enseñanza escolar, el empleo doméstico, el trabajo doméstico no remunerado, la medicina, la ecología, las migraciones de cuidado, las políticas públicas o la estructuración de las relaciones sociales en base a las asignaciones de género, “raza” edad, clase, sexualidad, etc.) pero también a relacionarlas y analizar cómo operan las jerarquías laborales, sociales y morales” (2018:17).

Por ello, sostiene la autora “...no se trata de resolver tal complejidad ni simplificar sus posibles impactos sino trabajar con ellos. Es un campo de tensión y es esa misma tensión la que alimenta la producción de nuevos conocimientos y, a su vez, de nuevas tensiones” (2018:18). Partir de las voces de cuidadoras/as, construye saberes que tensionan, incomodan, problematizan acuerdos y lugares de privilegios que parecen incuestionables (al interior de los hogares, en instituciones, dentro de las profesiones), finalmente, ponen en cuestión el concepto mismo de trabajo.

### 3.2.1 Aportes de la sociología del cuerpo y de las emociones

#### 3.2.1.1 Trabajo emocional

Arlie Russel Hochschild, académica estadounidense, considerada fundadora de la sociología de las emociones, hace fundamentales aportes en el estudio de la relación entre las estructuras sociales y las emociones.

Con el predominio de las “economías de servicio” cobra más predominancia otro componente de la fuerza de trabajo. No importa exclusivamente su dimensión física, como en los orígenes del capitalismo o durante el auge de la fase industrial (fordismo), sino también, y cada vez más, su personalidad y emociones (controladas y refinadas).

El proceso de alienación, además de producir un extrañamiento con el objeto de la producción, se sucede en el interior del trabajador/a, quien debe responder emocional y subjetivamente, así no sea auténtico/a consigo mismo/a; a la vez que se separa la extracción de estos recursos emocionales del contexto de su producción. En un proceso de “mercantilización de la vida íntima” y de fetichización de los sentimientos, ubicar el lugar de las emociones en los sistemas sociales resulta necesario.

El sistema emocional que opera en el mundo laboral, mediado por transacciones económicas, tiene otras implicancias que en la vida privada. El trabajo emocional llevado a cabo en la vida privada (*emotional work*) implica una “gestión emocional”, es decir, “las acciones por las que intentamos modificar el grado o la cualidad de una emoción o sentimiento” (Hochschild citada en Bericat Alastuey, Eduardo, 2000:161). Se reprimen sentimientos incorrectos/no deseados, mientras se promueven o estimulan otros necesarios.

Bajo los criterios de racionalidad productivista, entra en juego otro tipo de trabajo emocional, que la autora distingue como *emotional labor*, donde “la gestión de las emociones deja



de ser un acto privado y pasa a ser un acto público, comprado en un lado y vendido en el otro". Explica de esta manera la relación entre emociones y estructura social y muestra la dinámica de un mundo emocional privado hacia lo público-laboral, donde los comportamientos emocionales esperados están prescriptos a partir de "normas emocionales" o "reglas del sentimiento" (*feeling rules*), que "ya no cuentan con la discrecionalidad propia de la negociación con los otros en un ámbito privado, sino que están formalmente publicadas [...] y donde hay mucho menor margen para la navegación individual por las aguas emocionales" (Hochschild citada en Bericat Alastuey, Eduardo, 2000:161).

Hochschild señala, por otro lado, lo desigual del reparto de las emociones disponibles (en términos de posibilidades e imposibilidades). Es decir, las desigualdades materiales impactan a su vez en términos subjetivos, generando sus propios "climas emocionales": descontento, resentimiento, culpa, infelicidad, frustración. De esta manera,

"Los poderosos no sólo obtienen una cantidad desproporcionada de recursos como dinero o prestigio, sino que también disfrutan de más recompensas afectivas... En consecuencia, los poderosos y quienes carecen de poder viven diferentes mundos, no sólo físicos y sociales, sino también emocionales". (Hochschild citada en Bericat Alastuey, Eduardo, 2000:162).

La autora profundiza en el análisis de esta desigualdad, con la consideración de las cadenas globales del cuidado (2008). En un escenario en que los y las exiliadas por el capital aumentan, se refuerzan las generosas ofertas para realizar las tareas precarizadas –las de cuidado por excelencia lo son-, las jornadas laborales se alargan a la vez que la vida productiva de las personas; se convive con ideas románticas acerca del amor y los cuidados como valores primordiales. Aparece un vacío en torno del cuidado y las paradojas que desata, por un lado "cada vez producimos menos cuidado familiar y cada vez lo consumimos más", de otro lado "es un trabajo del que es preciso salir o que debe dejarse vacante para quienes no logran conseguir un empleo mejor" (Hochschild, 2008: 13-14).

Bajo el imperativo de la ideología de libre mercado, las respuestas se viven y ensayan individualmente: quienes "deciden" migrar; quienes contratan a otras para cuidar a los propios para salir a trabajar; quienes contratan a otras para cuidar a los propios para salir a cuidar a los otros. De esta manera, de la suma de estas decisiones cotidianas y privadas, se sucede una larga cadena globales de cuidado que produce lo que Hochschild va a denominar "drenaje del cuidado", donde el amor circula como mercancía global, de los países del Sur empobrecido al Norte rico, en el contexto de un imperialismo emocional. Ante la crisis del sistema de cuidado, la re-estructuración

del mismo se realiza en base a criterios marcados por la clase, raza, sexo, etnia, edad que refuerza las desigualdades y jerarquías.

### 3.2.2 De la ética feminista del cuidado, al cuidado como trabajo

El cuidado como perspectiva feminista, ética y política, es conceptualizado como tal por primera vez por Carol Gilligan, filósofa y psicóloga feminista estadounidense. En 1982 publica *In a different voice: psychological theory and woman development*. Allí compara y analiza formas de percibir y enfrentar dilemas morales, y contraponen a los principios “imparciales y abstractos” de la justicia patriarcal dominante, una “ética feminista del cuidado” (Borgeaud-Garciandía, 2018:14). Ésta se diferencia a su vez de una ética femenina que, desde una visión patriarcal, considera la capacidad de preocuparse por los otros como una condición natural, altruista y desinteresada de las “buenas” mujeres.

Desde un “ética feminista del cuidado”, los criterios que guían la responsabilidad de quien cuida varían en función del contexto, se consideran más las manifestaciones concretas de las necesidades de cuidados que los imperativos formales; no se construyen unilateralmente, sino que se parte de la consideración de la interdependencia constitutiva de todos/as.

Gilligan “puso en evidencia la existencia de una voz moral diferente, es decir, de una manera distinta de resolver los dilemas morales, basada no ya en criterios de ley o imparcialidad como ocurría en la ética de la justicia, sino en criterios relacionales y contextuales” (Arango, Luz y Molinier, Pascale, 2011:16). Joan Tronto y otras autoras señalaron que esta voz no era exclusiva de las mujeres, sino “la voz de aquellos, y sobre todo de aquellas, cuya experiencia moral estaba basada en un trabajo específico: ocuparse de los demás” (Arango, Luz y Molinier, Pascale, 2011:16).

El trabajo del cuidado requiere, como vimos, un trabajo sobre y con las emociones. De allí la utilidad de definirlo en un aspecto como “trabajo emocional”, y destacar la afectividad y energía emocional implicada. Pero también implica una práctica, o mejor dicho, varias prácticas. Joan Tronto y Berenice Fischer amplían en este sentido la concepción de cuidado y lo definen como:

“...una actividad de la especie humana que incluye todo lo que hacemos con vistas a mantener, continuar o reparar nuestro “mundo”, de manera que podamos vivir en él, lo mejor posible. Este mundo incluye nuestros cuerpos, nuestras individualidades (*selves*) y nuestro entorno, los cuales buscamos tejer juntos en una red compleja que sostiene la vida” (citadas en Molinier, 2012:16-17).

El mundo que supone es un entramado de interdependencias donde se incluyen los cuerpos (propios y ajenos), los objetos de los cuales tenemos necesidad, el ambiente y entorno socio-

cultural. El cuidado no se extiende indefinidamente, se limita por la preocupación ante las necesidades de los/as otros/as (Tronto, 2009). Comprende diferentes formas de protección, unas de tipo “ritual”, en cuanto a sus formas (prácticas repetitivas, una manera y un momento de hacerse) o sus contenidos (contacto con la muerte y muertos/as, por ejemplo); en otras ocasiones, reviste formas de control (función más policíaca del cuidado).

El cuidado tampoco es inagotable: implica una preocupación intelectual/emocional, un acto o un proceso que se compromete en una práctica, todo lo cual desgasta la “fuente” de ese cuidado. La complejidad de esta actividad reside en que no siempre es vivida/experimentada como un trabajo, ni es percibido el agotamiento implicado. Al ser considerado como una disposición o un compromiso, se lo naturaliza como un “don” o “atributo”, aunque en el segundo caso se reconoce al menos la existencia de una voluntad consciente de quien propicia el cuidado.

Definirlo como un trabajo que incluye diferentes actividades y que genera un desgaste físico, psíquico y emocional particular, permite situarlo históricamente y de esta manera, sacarle todo revestimiento esencialista o moralizante. Molinier destaca:

“Joan Tronto desplazó la discusión al mostrar que el cuidado no es una disposición moral específica de las mujeres sino **el efecto de una posición social subalterna**...Más que una moral sexual, el cuidado es una moral social, una disposición ética ligada al estatuto de dominado/a y a las actividades de servicio en relación con el cuidado de los otros, comenzando por el trabajo doméstico. En esta perspectiva, el cuidado no es simplemente una disposición o una ética, sino que ante todo es un trabajo” (2011: 45, negrita nuestra).

Es por ello que uno de los principales aportes de la politóloga norteamericana es pensar en el cuidado como actividad y señalar la desigualdad existente en su distribución social. Aquí, nos detendremos en un punto clave en el que la autora hace hincapié: la vulnerabilidad como característica humana. La misma “...no es exclusiva de los grupos más frágiles (niños, ancianos, enfermos), sino que todos dependemos de los cuidados propios y de otros, aunque algunos tienen la posibilidad de ignorarlo y desconocer el trabajo de cuidado que requiere su supuesta autonomía” (Borgeaud-Garciandía, 2018:15).

Vulnerabilidad e interdependencia se entretujan: nadie es plenamente autónoma/a ni plenamente independiente. Lo que existe en todo caso, son grupos de personas “privilegiadas”, cuyas necesidades de cuidados son satisfechas plenamente por otras personas.

Tronto define esta situación de “irresponsabilidad privilegiada” en la que “... aquellas personas que se encuentran en posiciones relativas de poder pueden evitar sus responsabilidades de cuidado reasignándolas a otras personas” (Tronto, 2018:15). Así se constituyen grupos de “privilegiados” que “necesitan” contratar personal de servicio para poder consagrarse a otros fines (más elevados, por supuesto, que las rudimentarias tareas de cuidado y reproducción de la vida) (Tronto, 2009).



*El baño de Venus, Rene Guido (1621).*

“Desde este ángulo, los privilegiados se manejan como irresponsables: no tienen que preocuparse de problemas concretos en los que ellos incluso no reparan. En el mismo orden de idea, un privilegiado que se estima a sí mismo no racista no se preocupa por apoyar a las personas que sufren el racismo. En tanto no se asume la responsabilidad, el problema puede perdurar” (Tronto, 2009:161, traducción propia).

Tronto evidencia que “las situaciones de cuidados son siempre situaciones de poder, es decir, son inevitablemente políticas” (2018:14). Si bien mencionamos la “irresponsabilidad de los privilegiados”, hay personas cuidadas que en ocasiones también se hayan en desventaja, ya que “el poder relativo de las personas cuidadoras o receptoras de cuidados depende de la naturaleza de las necesidades” (2018:14). Con ello, podemos ver que las dinámicas de poder que se configuran entre cuidadoras/es-personas cuidadas, varía en función del contexto y las necesidades (cuando éstas son más precisas, por ejemplo, una intervención de cirugía).

De allí que para una comprensión integral y holística del cuidado no es posible dissociar el enfoque psicológico y sociológico del proyecto filosófico. Esta perspectiva impide naturalizar o romantizar el cuidado, politizar la reflexión sobre el mismo y conceptualizarlo como un trabajo, enmarcado en relaciones de explotación/dominación. A partir del cuidado se pueden repensar las fronteras de lo justo, del género, del trabajo y del cuerpo, ya que

“...el proyecto de la ética del cuidado es a la vez científico y político. Científico, porque busca deconstruir los marcos teóricos y metodológicos que reproducen los prejuicios del sistema patriarcal y construir nuevos conocimientos sobre las formas de moral y de trabajo que hasta ahora han sido ignoradas o devaluadas. Político, porque la disposición de estos nuevos conocimientos sobre la moral y el trabajo se inscribe en una perspectiva de emancipación de las trabajadoras y los trabajadores del cuidado, en el horizonte de una sociedad cuidadora, en la que las ciudadanas y los ciudadanos tengan el derecho a ser cuidados -cuando lo necesiten- de manera equitativa y eficaz” (Arango y Molinier,2011: 17).

### 3.2.3 La división moral del trabajo: trabajo sucio

Everett Hughes, sociólogo norteamericano perteneciente a la tradición de la Escuela de Chicago, es el primero en conceptualizar respecto al trabajo sucio y la división moral del trabajo. Su texto clave: *La gente de bien y el trabajo sucio* busca desentramar el detrás de escena de lo que el define como “la más colosal y dramática pieza de trabajo sucio social que el mundo jamás haya conocido” ([1962]2015:1). Se refiere con ello, al exterminio nazi, principalmente de los pueblos judíos, eslavos y gitanos<sup>7</sup>.

Se describe de esta manera, esos procesos de delegación laboral (división social y moral del trabajo) en que determinadas tareas que implican a toda la sociedad, se asignan a un determinado grupo. La socióloga francesa Dominique Lhuillier (2005,2014) profundiza en esta línea y aborda las situaciones de distintos sectores y categorías de trabajos sucios: desde la recolección de desechos, los guardias de prisiones, hasta el cuidado de enfermos/as.

Describe cómo en términos históricos, en el caso de la recolección de desechos “esta tarea estuvo reservado a los condenados, a los mendigos, a todos aquellos que estaban ya en una posición de relegación social. Podemos decir que atribuimos/asignamos la tarea de recoger los desechos a aquellos elementos desechados del cuerpo social” (2014:26, traducción propia).

Como ella indica, toma el concepto de trabajo sucio de Hughes, y con esta categoría profundiza en la división del trabajo desde el punto de vista social y técnico, moral y psicológico. El trabajo sucio reúne todas esas tareas y actividades que en una determinada sociedad tienen una consideración negativa y permanecen ocultas, negadas. Todo aquello que no se quiere reconocer, ver, saber. Sin embargo, todas esas tareas ocultas/ocultadas, requieren personas que las realicen.

---

<sup>7</sup> En su análisis, entrevista a la “sociedad civil” alemana, y la manera en que discursivamente por un lado repudiaban el nazismo, a la vez, que se reconocía el “limpiar la nación”, como una tarea que alguien tenía que hacer. Señala, “esto plantea todo el problema de hasta qué medida aquellos parias que hacen el trabajo sucio de la sociedad se encuentran, en realidad, actuando como agentes del resto de nosotros” ([1962]2015:147)

Personas que sufren entonces ese ocultamiento o se ven “contaminadas” por el mismo desprecio que reciben las tareas que realizan.

El trabajo sucio no se define únicamente por el objeto tratado, como los ejemplos de la muerte o los desechos. Existen otras dos formas de calificar un “trabajo sucio”. Por un lado, por las maneras de hacer y realizar el trabajo, es decir, “a los modos operatorios juzgados transgresivos en relación con principios que pueden ser principios morales, principios profesionales” y, por otro lado, “respecto a los juicios atribuidos sobre las finalidades perseguidas” (Lhuillier, 2014:29).

Es una “invisibilidad construida”, el hecho que no sepamos demasiado favorece proyecciones negativas sobre estas labores y, por lo tanto, sobre quienes las realizan. Es por ello, que quienes hacen algún “trabajo sucio”, deben reparar, al menos simbólicamente, las tareas que realizan. Una “recalificación simbólica”, señala Lhuillier, es indispensable para llevar a cabo actividades que son menospreciadas, condenadas o, en el mejor de los casos, ocultadas socialmente. Revertir esa experiencia negativa, para poder reconocerse en esas actividades. Y ¿qué estrategias disponibles existen para hacerlo?:

“Cada uno, en su actividad profesional, puede, más o menos seguido, más o menos profundo, con más o menos fuerza, decirse: yo no puedo estar orgulloso de eso que hago. ¿Cómo subvertir entonces esta experiencia negativa? ¿Cómo reconocerse en esas actividades? ¿Por la vía de la redefinición de finalidades, de maneras de hacer, restaurando la calidad del trabajo? ¿Por la vía de la delegación? Una buena parte de las tareas que la gente vive como indebidas son tareas vividas como no relevantes para su profesión; buscan entonces desplazarlas sobre otros profesionales” (Lhuillier, 2014:33, traducción propia).

Esto sucede a menudo en el campo de las profesiones de la salud: las enfermeras asumen tareas que los/as médicos/as no realizan, las auxiliares de enfermería luego hacen lo que las enfermeras profesionalizadas ya no harán, y así, se desplazan las tareas inter-profesionalmente. Además, esas otras profesiones (inferiores en remuneración y prestigio) se asignan, no casualmente, a personas sexualizadas y racializadas.

### 3.2.4 Aportes de la psicodinámica y la sociología del trabajo

Como vimos, desde la base propiciada por la perspectiva de la ética feminista del cuidado, varias autoras han situado el análisis del mismo como trabajo. Principalmente, dentro de la psicodinámica y sociología del trabajo. De acuerdo a Dejours y Molinier (1994), “la psicodinámica del trabajo estudia la centralidad del trabajo al funcionamiento psíquico o, para decirlo de otra

manera, al hecho de que el trabajo nunca es neutro en relación a la construcción de la identidad y la salud mental (Molinier, 2018:192)".

Miriam Wlosko, señala que esta disciplina creada en los años 80 por el psiquiatra y psicoanalista francés Christophe Dejours,

"...constituye una teoría y una práctica clínica del trabajo cuyo objeto es el análisis psicodinámico de los procesos subjetivos e intersubjetivos movilizados por las situaciones de trabajo. "Dinámica" refiere aquí al conflicto psíquico, implica que la investigación clínica toma como eje a los conflictos que surgen del encuentro entre un sujeto, portador de una historia singular preexistente, y una organización del trabajo cuyas características son fijadas independientemente de su voluntad" (2018:162).

Es en este entramado, entre la institución y la subjetividad, donde emergen desgarros, rupturas y, por supuesto resistencias. En el caso específico de la enfermería, retomaremos las conceptualizaciones que elaboran, entre otras, Pascale Molinier, que se inscribe dentro de este enfoque.

#### **3.2.4.1 Saber- hacer discreto: disciplinar los cuerpos**

Pascale Molinier, psicóloga francesa, parte de la consideración del cuidado ante todo como un trabajo. Trabajar implica un proceso de subjetivación crucial, de creación de subjetividad, por ello, para estudiar el trabajo de cuidado es preciso partir de las implicancias psíquicas ligadas a las condiciones materiales.

La autora profundiza sus investigaciones en enfermeras y auxiliares de enfermería, profesiones ambas feminizadas. Para ser eficaz y exitoso el trabajo de cuidado no debe notarse, debe pasar desapercibido, imperceptible, invisible. Por ello la enfermería es "un trabajo sobre y con el cuerpo", que "para convertirse en una herramienta eficaz, el cuerpo de las enfermeras debe, antes que nada, ser borrado. La fatiga, la vulnerabilidad, la irritación, el sufrimiento, deben desaparecer para que la presencia de la enfermera sea tranquilizadora" (Molinier, 2008:126).

Economizar todo gesto y movimiento inútil, anticiparse a los deseos y necesidades ajenas, moverse sin perturbar, sin incomodar, brindar lo necesario en el momento justo, en la dosis apropiada, desaparecer de sí misma como parte del servicio prestado. Se constituye así un "saber-hacer discreto" ya que, "para alcanzar su objetivo, utiliza medios que no deben llamar la atención de quien se beneficia de ellos, y también porque deben poder ser realizados sin que quien los realiza deba necesariamente esperar agradecimiento. Por tanto, el trabajo de cuidado se ve ante todo cuando fracasa..." (Molinier, 2018:193).

La invisibilidad se constituye así, intrínseca al cuidado. En el campo laboral profesional, produce lo que Molinier llama “un déficit crónico de reconocimiento”, que implica que “el reconocimiento es de por sí difícil de obtener ya que se apoya en el trabajo realizado (y no en su representación teórica bajo la forma de organigramas, protocolos, descripción de puestos, etc.)” (2018:194).

Este reconocimiento se obtiene mediante dos tipos de juicio: de belleza (otorgado por los pares, de forma simbólica, conforme a reglas del oficio y su originalidad) y de utilidad (otorgado por los superiores, de forma material -salario, ascenso-, y considera los objetivos alcanzados, sin importar los medios utilizados).

Obtener reconocimiento en este tipo de trabajo, no es entonces una experiencia común, más bien, una situación excepcional y que cuando se da, es por medios informales. “Es la esperanza de ser reconocido la que juega un rol fundamental en la posibilidad de seguir trabajando, de implicarse en la tarea sin enfermarse” (Molinier, 2018:194).

Al naturalizarse el cuidado como un don o un atributo femenino, se pierde su carácter de un saber-hacer adquirido a partir de la experiencia: “Que el trabajo de cuidado deba desaparecer como trabajo, que parte de su esencia consista en no dejarse ver como tal, contribuye a que sea subestimado en el registro del hacer, y concomitantemente, sobrestimado en el registro del ser” (Molinier, 2018:194-195).

El trabajo, la formación, se pierde el esfuerzo y energía desplegada en cada momento, y se desdibuja el horizonte de beneficios que puede traer la “profesionalización” de determinadas actividades. La capacidad profesional queda circunscrita a atributos individuales (generizados y moralizados).

De esta manera, la esencialización del cuidado junto a la exigencia de discrecionalidad como parte de la profesionalidad exigida implica un permanecer invisible en las instituciones. Aparece, como mencionamos más arriba, las relaciones de poder que se constituyen y atraviesan a las cuidadoras (Joan Tronto, Patricia Paperman).

A su vez, se señala la asociación entre la poca valoración de las tareas, su invisibilización con las pertenencias sociales de quienes asumen el trabajo de cuidado: “Las actividades de cuidado han sido ampliamente subvaloradas, entre otras razones, porque se han concebido como tareas reservadas a las categorías sociales subalternas y como parte constitutiva de lo que las define como tales” (Viveros Vigoya, Mara, 2012:6).



De esta manera, se entrelaza la invisibilidad con el aspecto servil y las pertenencias sociales subalternas de quienes realizan este tipo de trabajo:

“...el hecho de que estas labores son realizadas en buena parte por mujeres, pero no por todas, sino por aquellas mujeres y demás personas que ocupan una posición subalterna en el espacio social, por razones de clase, etnia y condición migratoria entre otras” (Viveros Vigoya, 2012:6)

### 3.4.2.3 Trabajadores/as del cuerpo y el “punto ciego” de la sexualidad

Helena Hirata (2018:104) reconoce cinco dimensiones implicadas en el trabajo de cuidado: física (corporal); cognitiva; sexual; relacional y emocional. De todas ellas, la menos explorada ha sido la sexual, es decir, la utilización del cuerpo de la trabajadora, en tanto portadora de una corporalidad feminizada.

El debate irresuelto, vigente y candente dentro del ámbito feminista (académico y político) respecto a la prostitución y el trabajo sexual, ha permitido interesantes diálogos y entrecruzamientos, que a fin de cuentas posicionan el lugar de la sexualidad en una centralidad en el mundo del trabajo y develan aspectos que han permanecido ocultos y silenciados. Esto refiere fundamentalmente, a las relaciones sociales de género (Daniele Kergoat) y el lugar del cuerpo de las mujeres y su sexualidad.

Es en este sentido, que como vimos en el anterior capítulo, las feministas materialistas insisten en la dimensión de la apropiación corporal de las mujeres. Silvia Federici (2019), por otro lado, se posiciona en el mismo sentido cuando sostiene en una entrevista:

**“Hay toda una historia de mujeres que deben vender su cuerpo, no solamente en la prostitución, en todas las profesiones. No ver este aspecto cultural es una mistificación.** Se da una gran publicidad, pero no va a la raíz del problema. Un ejemplo sencillo, las camareras en Estados Unidos viven de las propinas y les dan muy poco. Ellas saben que su postura sexual con los clientes interviene. Hay algunas que me han contado que a fin de mes, cuando tienen que pagar la renta, se exponen más porque sube la propina. Esta venta continua sexual del cuerpo es parte de una situación económica histórica. Si no vamos a denunciar estos casos estamos distorsionando” (Destacado nuestro).

También lo hace Pascale Molinier (2012), en la cátedra inaugural de Posgrados en Estudios de Género, de la Universidad Nacional de Colombia, ante una de las preguntas de las estudiantes que refería a en qué sentido ella consideraba que el trabajo de las trabajadoras sexuales es un trabajo de cuidado. A lo que Molinier señala “los aspectos psicológicos y las dimensiones

terapéuticas del trabajo sexual”, tales como escuchar y hablar, a la vez que valores y cualidades como la amabilidad, educación y simpatía, el afecto y la ternura, todas relativas al cuidado.

No en búsqueda de respuestas, si no de movilizaciones y transformaciones teóricas, epistemológicas y metodológicas, nos preguntamos cuál es el lugar del cuerpo, la subjetividad y las emociones en el trabajo, algo que las feministas han intentado dilucidar, haciendo foco en aspectos ocultos en las investigaciones de lo social, abriendo nuevos y potentes campos de conocimiento.

La cuestión de la subjetividad y la sexualidad en el ámbito de los trabajos de cuidado, como mencionan Natacha Borgeaud-Garciandía y Helena Hirata, han sido trabajados mayormente desde el campo de la psicología y psicología social. Esto implica un desafío en nuestra disciplina, la sociología. En palabras de las autoras, lo referente a la dimensión de lo sexual/lo erótico prevalece aún en los ámbitos académicos como un “tabú metodológico” en las reflexiones sociológicas. Aquello que sucede entre “el tacto y el tabú”, en un resquicio que no debe decirse ni mostrarse, sellado con un pacto tácito de hacer como si no existiera lo más íntimo, los deseos sexuales, que permanece en un lugar reservado, preservado y raramente expuesto, y que nos obliga a pensar herramientas adecuadas para captar “un registro más amplio de emociones y reacciones subjetivas de las cuidadoras ante el paciente y el contacto corporal” (2017: 49).

En procura de dismantelar este silenciamiento y ocultamiento que reviste todo lo que tiene que ver con el cuerpo y la sexualidad, es que Hirata y Borgeaud-Garciandía proponen “una perspectiva teórica que integra la subjetividad, el cuerpo sexuado y las emociones en el análisis de la actividad de trabajo de cuidado” (2017:47).

### **3.3 El cuidado en su complejidad**

El trabajo de las enfermeras, fuertemente feminizado, surge como una extensión de las labores consideradas “femeninas”, como trabajo de cuidados (Rigol Cuadra, Assumpta, 2003). Por ello, la inserción de las mujeres en la medicina y sus actuales condiciones de trabajo deben encuadrarse en la división sexual del trabajo, pero también dentro de la división moral del trabajo. La construcción subalternizada de esta profesión, compartida con otros “trabajo sucio”, nos ayuda a encuadrar las subjetividades, relaciones de poder y significaciones que las enfermeras tienen de sus prácticas y saberes.

Los cuidados, en el marco de la crisis reproductiva y en la cadena global de los mismos en un contexto neoliberal, aparecen en el centro de las preocupaciones, tanto públicas como privadas, colectivas e individuales, cotidianas y estructurales. Ante la diversidad de discursos que se

despliegan, sistematizar y organizar las perspectivas teóricas críticas que en esta tesina consideramos, nos dota de herramientas para tomar nuestras decisiones metodológicas (capítulo 4) y complejizar en el posterior análisis de las entrevistas (capítulo 5).

## Capítulo 4

### Estrategia metodológica

En este apartado presentaremos la estrategia metodológica que optamos para la investigación: metodología, técnica de recolección de datos y selección de los casos. A fines expositivos, colocamos este capítulo en este orden, pero es preciso señalar que las decisiones metodológicas han sido construidas en diálogo con las orientaciones teóricas y de la mano del análisis. Es decir, las instancias teóricas, epistemológicas y metodológicas se encuentran articuladas durante todo el proceso de investigación, se guían mutuamente, siempre en procura de la mayor consistencia y coherencia posible entre sí.

Al inicio se detallan los aspectos del diseño metodológico y puntos de partida epistemológicos; luego exponemos las categorías y dimensiones del análisis. Finalmente, se describe tanto el perfil de las entrevistadas (sus trayectorias personales y profesionales/laborales) como de las instituciones en que cada una se desempeña, y se referencia brevemente el contexto en que se realizó cada entrevista. Por último, se incorpora un relato etnográfico elaborado a partir del trabajo de campo.

## 4.1 Diseño metodológico

De acuerdo a las características que asume el tema propuesto en esta investigación y el tipo de objetivos planteados, se elige un diseño descriptivo y una metodología cualitativa. Ésta nos permite reconstruir a través de las narrativas y sus relatos, el universo de significaciones que las mujeres enfermeras asignan a sus prácticas sanitarias; sistematizar sus experiencias, representaciones, creencias, percepciones y opiniones; reconstruir el sentido subjetivo, las tensiones, vivencias y estrategias de resistencia. Nos posibilita aproximarnos a las interpretaciones que realizan de sus vidas, la manera en que construyen sus herramientas; sienten, piensan se definen a sí mismas y sus acciones.

En este sentido, las hipótesis planteadas tienen el objeto de guiar el proceso investigativo y no la pretensión de corroborarlas, por ello se prefiere hablar de supuestos o “anticipaciones de sentido”. No se trata de elaboraciones fijas que deben verificarse, sino que se generan en el proceso de investigación, en diálogo dialéctico entre teoría y trabajo de campo, abierto a la generación de nuevos hallazgos, eventos no planificados y a las posibles sugerencias y propuestas de las participantes en la investigación.

La técnica que utilizamos es la entrevista en profundidad que nos permite acceder a los saberes que despliegan las mujeres enfermeras en sus prácticas, las tensiones que experimentan respecto de la profesionalización de la disciplina y el MMH. Nos permite rastrear en sus relatos las condiciones laborales actuales y las violencias institucionales que padecen en tanto mujeres en el marco de un trabajo de cuidado.

Dichas entrevistas se analizarán desde una metodología cualitativa, a partir de una postura crítica y reflexiva, considerando que las entrevistas implican una relación social y que las palabras de las entrevistadas surgirán de una experiencia significativa de vida anclada en una estructura social determinada.

Desde una crítica feminista nos proponemos elaborar propuestas conceptuales y metodológicas que traten de superar las dicotomías existentes entre producción/reproducción, público/privado, tradicional/moderno, atrasado/desarrollado, cómo se construye el género pero también la intersección con la raza, la etnia, la clase, la cultura, entre otras. Porque son las prácticas de poder, la colonialidad del poder, la que construye los cuerpos, racializados, generizados y sexualizados.

Finalmente, se presta especial atención a las experiencias corporales cotidianas de dichas mujeres, para dar cuenta no sólo de las significaciones enunciadas por las entrevistadas, sino

también a las significaciones contenidas en las prácticas. En el entendimiento que en torno al acceso y construcción identitaria, lo que define son las prácticas de significación: prácticas que ya tienen sentido, que ya implican identidad (no se encuentra sólo en lo discursivo) y se confirman con el cuerpo.

Para ello recurrimos a los aportes provenientes de la antropología de la salud y feminista, en la incorporación de una estrategia que nos permita “narrar el cuerpo” (Esteban, Mari Luz; 2011), considerado el mismo como “un nudo de estructura y acción, el lugar de la vivencia, el deseo, la reflexión, la resistencia, la contestación y el cambio social, en diferentes encrucijadas económicas, políticas, sexuales, estéticas e intelectuales” (Esteban, Mari Luz, 2004:54) y en el marco de los aportes en torno de la construcción de corpobiografías de mujeres sanadoras desarrolladas en el proyecto SIIP 2016-2019 de que formé parte como estudiante-investigadora (Rodríguez, Rosana, 2019, 2017).

La investigación se centra en las “sujeto a conocer” -las mujeres enfermeras- para “comprender en los términos de su propio mundo de la vida, y reconocer así su derecho a resistir las objetivaciones de las que es habitualmente sujeto y a definir su mundo en sus propios términos” (Vasilachis, Irene, 2006: 56-57). Desde esta perspectiva epistemológica, se considera a quienes se busca conocer dotadas de libertad y capaces de “construir sus propias representaciones, cuestionar las nuestras, proveernos de un lenguaje con cuyas palabras logremos decir lo que tantas veces no sabemos cómo decir y de un sentido con el cual no «atribuir», sino reconocer la multiplicidad de sentidos, de visiones, de mundos, de búsquedas, de esperadas realizaciones” (2006:58-59).

Desde una triple hermenéutica se realizará el trabajo de re-interpretación para contemplar las situaciones significativas y los sentidos asignados por las mujeres enfermeras a sus prácticas de salud, y reconocer los modelos culturales que subyacen a las mismas.

De esta manera, procuramos habilitar una lectura de los relatos de las trayectorias del trabajo de las mujeres enfermeras en términos de tensiones y paradojas de sus experiencias vividas, entre su subjetividad por un lado y lo inevitable de la vida y condiciones laborales, la institución y las posibilidades de organización/resistencia/negociación, por el otro.

#### **4.1.1 Selección de las “sujeto a conocer” (personas implicadas) y espacio de la investigación**

Realizamos un muestreo intencional para la selección de las mujeres a entrevistar, en busca de contemplar la mayor diversidad posible en las experiencias. Consideraremos los siguientes

aspectos/características tipológicas: edad; procedencia social; formación y trayectorias académicas; jerarquías/escalafones laborales ocupados; lugares de trabajo. Recurrimos a la técnica de bola de nieve para lograr aumentar el universo de la muestra y acceder al contacto con otras enfermeras de las consideradas inicialmente. Se seleccionaron mujeres que trabajan/trabajaron dentro del sistema sanitario público, privado y mixto de distintas zonas (urbanas y rurales) y departamentos de la provincia de Mendoza.

En total, se realizaron ocho entrevistas en profundidad individuales y dos entrevistas colectivas; además trabajamos con notas de campo producidas a partir de los encuentros con las distintas mujeres. Las entrevistas realizadas nos abrieron una oportunidad infinita de vías y dieron luz para revisar una vez más nuestros presupuestos teóricos.

La profundización realizada en el marco teórico repercutió en lo metodológico, nos vimos en el desafío de buscar nuevas herramientas de análisis, comprensión y explicación. El cruce que suponen la sociología del trabajo y la sociología de género/ feminista, las producciones desde los feminismos y la perspectiva descolonial, los estudios del cuerpo y las emociones, incorpora variables que se traducen en esfuerzos teóricos y metodológicos por incluir la amplitud y la complejidad del entrecruzamiento.

Diseño metodológico: cualitativo, flexible, desde un enfoque feminista. El trabajo de campo comenzó en enero de 2017 con su fase exploratoria. Las entrevistas se realizaron entre abril y agosto del 2018.

Ámbito, universo, población y las sujetas a conocer: El universo de estudio está formado por enfermeras que trabajan en áreas de atención primaria y hospitalaria de Mendoza, en distintas áreas de intervención.

Técnicas de recolección de datos: Entrevistas en profundidad individuales y colectivas a informantes claves (las enfermeras de las unidades del ámbito de estudio), y mediante la técnica de bola de nieve, acceso a otras entrevistadas con la facilitación del acceso al campo.

Sujetas a conocer: Enfermeras que trabajan (trabajaron) en unidades del ámbito de estudio.

Cobertura y muestreo: Se realizó un muestreo no probabilístico intencional, previa segmentación de la población contemplando los siguientes criterios de selección: edad (tres generaciones: de 20 a 40 años; 41- 60 años, mayores de 60); tipo de formación (auxiliares, enfermeras profesionales, licenciadas); puestos de trabajo (auxiliar; auxiliar técnica y asistencial; enfermeras; encargadas; jefas de unidad/de servicio); lugares de procedencia (rural/urbano); lugar de trabajo (hospitales, centro de salud); tipos de atención y servicio (atención primaria, secundaria o terciaria; guardias, internaciones, Unidades de Cuidados Intensivos). De esta forma procuramos garantizar la mayor heterogeneidad en los criterios para abordar la variedad de experiencias posibles en el marco de nuestra investigación.

## 4.2 Categorías de análisis

El desarrollo de las categorías nace del tejido enlazado entre las teorías consultadas; el relato de las entrevistadas, muchas de ellas se fueron construyendo *in situ* en el contexto de producción de la entrevista; y de materiales complementarios, como notas de campo, emociones y sensaciones en el transcurso de la investigación, entre otras.

Las categorías trabajadas están en estrecha relación con los objetivos de nuestra investigación, es decir, lo que nos interesa es conocer y comprender los saberes, prácticas y significados que las mujeres enfermeras atribuyen a su propio trabajo. En relación a ello, las categorías de nuestro análisis son:

- Saberes: tensiones y diálogos
- Significaciones (del cuidado)
- Las prácticas: saber-hacer
- Condiciones de trabajo
- Corporalidad, sexualidad y emociones
- Violencias patriarcales
- Estrategias de resistencias

## 4.3 Perfil de las entrevistadas y contextos de las entrevistas

Al momento de realizar cada entrevista, informamos y obtuvimos el consentimiento (oral y escrito) de cada una para utilizar sus opiniones para los fines de esta investigación. Se han utilizado nombres ficticios para asegurar la confidencialidad y resguardo de las entrevistadas, de la misma manera se han cambiado nombres de otros/as profesionales de la salud que aparecen mencionados/as en sus relatos.

### Belén

Belén tiene 78 años, es oriunda de San Juan y estudió enfermería durante cuatro años en la Universidad de Córdoba. Cuando finalizó sus estudios, se volvió a San Juan a trabajar como enfermera, siendo una de las primeras en hacerlo de manera profesional: “Yo te digo, en San Juan tenía la matrícula número 15...”.

Luego de trabajar un año y medio en San Juan, se vino a Mendoza e ingresó al Hospital Emilio Civit, donde estuvo cinco años. Luego, por invitación de un médico y pasando la entrevista



correspondiente, empezó a trabajar también en la Municipalidad de Godoy Cruz, con la apertura de dos centros de salud del departamento: “O sea que trabajaba a nivel comunitario y a nivel hospitalario, o sea, con internación. Y vos sabes que esa es muy linda experiencia trabajar así, porque vos ves las dos cosas: la gente que está enferma pero anda caminando y va a su casa y viene con sus problemas y allá los que están más tirados...”.

Recuerda con mucho entusiasmo ese periodo de trabajo en los centros de salud de los barrios del oeste de Godoy Cruz (Campo Papa, barrio Sarmiento, entre otros), que se interrumpió con el golpe de Estado: “...yo hacía mucho trabajo social, de enfermería, pero era social. Yo entrevistaba la gente que iba al centro de salud, los controlaba muchas veces... trabajaba con... todos éramos nuevos ahí, yo fui cuando abrieron las puertas. Yo trabajé ahí y después yo dejé el Emilio Civit, renuncié y me quedé trabajando en la municipalidad. Pero vino el golpe de Estado”.

En ese momento, se va a trabajar a Neuquén, como profesora en una escuela de enfermería en Centenario. Si bien recuerda ese periodo muy lindo, regresó al año y medio a trabajar al Municipio de Godoy Cruz, donde se jubiló a sus 65 años. En su relato aparecen muchas historias, producto de una larga vida dedicada a la profesión. Entre otras cosas, se enorgullece de haber creado el Departamento de Enfermería de Godoy Cruz.

Actualmente vive en un departamento en calle Beltrán de Godoy Cruz, cerca de la ciudad de Mendoza, donde realizamos la entrevista acompañada por una de sus hermanas y una mujer encargada de sus cuidados, dado que por su edad y su salud necesita estar siempre en compañía. La entrevista duró 2 horas y se llevó a cabo el día 27 de junio por la tarde.

## **Rosario**

Rosario tiene 74 años, pertenece a la comunidad Huarpe “Paula Guaquinchay”, ubicada en la localidad de Asunción, en la zona no irrigada del departamento de Lavalle (a 80 km de la ciudad de Mendoza). En esta comunidad, describe ella “participa mucho la mujer, hay comunidades que no participan mucho [...] porque todavía en algunas comunidades queda mucho machismo, digamos. Como ser, en Laguna del Rosario, dicen que allá no permitían que las mujeres rezaran la novena, tiene que ser un hombre. La mujer no puede tocar la campana porque se puede romper”.

Rosario ha sido la enfermera del Centro de Salud N° 133 de La Asunción hasta el año 2009 que se jubiló. Además, toda su vida ha trabajado para la comunidad, no solo en la sala del centro de salud como enfermera, también en las comisiones de la escuela, del Consejo de la comunidad y de la capilla (donde hace también de “capillera”, encargada de tocar la campana y rezar la novena).

En la enfermería se inició cuando tenía 30 años, como dice ella, “...casi de improviso, de repente”, para asumir la incipiente atención sanitaria que se forma en la comunidad, cuando se realiza una pista de aterrizaje donde llegaba el avión sanitario. En su relato de casi 40 años de ejercicio de la función de enfermera en el centro de salud, aparecen muchas historias, signadas por la falta de personal e insumos en una zona rural como La Asunción, a la vez que las costumbres y formas de sanación de la población. A pesar de haberse jubilado, ella continúa siendo una referencia en la comunidad y la consultan constantemente antes distintas situaciones.

La entrevista fue realizada junto a su nuera, Daniela (35 años), el día domingo 12 de agosto de 2018, durante la siesta, entre mates y tortitas, en una mesa afuera de la casa de ella, en conjunto con la directora de esta tesina, dado que la misma se inscribe dentro de la línea del proyecto del que formamos parte, titulado “Saberes de mujeres. Corpobiografías de sanación”<sup>8</sup>. La grabación tuvo una duración de 1 hora 50 minutos.

## Ana

Ana trabaja en el Hospital José Nestor Lencinas, ubicado en el oeste de Godoy Cruz, en Villa Hipódromo, en un predio de once hectáreas arboladas que originalmente formaban parte del Parque General San Martín. El Hospital fue inaugurado en 1924 alejado del centro para atender los casos de tuberculosis, en vistas de procurar aislamiento de los pacientes y de evitar los contagios. Es un establecimiento de mediano riesgo con internación y cuidados intensivos, especializado en enfermedades infectocontagiosas. Actualmente es un hospital general que recibe alrededor de 5 mil consultas mensuales, atiende una guardia general las 24 horas y cuenta con servicios de Clínica Médica, Pediatría, Traumatología, Diabetología, Ecografías, Urología, Fisiatría, Neumonología, Clínica Infecciosa, Cardiología, Ginecología, Dermatología, Psiquiatría, Psicología, Fonoaudiología,

---

<sup>8</sup> Nuestro plan de trabajo en la tesina se vinculó con el proyecto en la intención de recuperar y sistematizar aquellos saberes que han permanecido en las márgenes: los saberes de cuidado y sanación de las mujeres populares, en nuestro caso, enfermeras del sistema sanitario público de Mendoza. El proyecto finalizó en 2018.

Laboratorio de Análisis Generales y Bacteriológicos, y Radiología (Revista de la Asociación Médica Argentina, 2017).

Ana tiene 54 años, vive sola, tiene un hijo y vive en Villa Jovita, un barrio cercano al Hospital. Mientras terminaba de cursar el secundario, decide con una prima estudiar la carrera de auxiliar de enfermería que estaba recién iniciando en el Hospital Notti y el Hospital del Carmen. En un año se reciben y ella ingresa a trabajar en el Hospital Español. Luego, comienza en el Hospital Lencinas. Comenta que le cuesta mucho el cambio del privado al público, por el tipo de pacientes que acceden y el trato que se brinda en cada uno. Hace 35 años que se dedica a la enfermería y hace 13 años es jefa de la Unidad de Enfermería del Hospital Lencinas. El año pasado se recibió de Licenciada en Enfermería en la Universidad Aconcagua.

Realizamos la entrevista el 21 de junio de 2018, en la mañana, en la cocina asignada a las enfermeras en el Hospital. La charla sucedió entre mates, cigarrillos e interrupciones recurrentes, como veremos se repetirá en todas las entrevistas que se desarrollaron en el espacio de trabajo de las enfermeras. La entrevista duró 1 hora 35 minutos.

## **Jimena**

Jimena tiene 37 años, se crió y actualmente vive en Maipú. Es la primera enfermera trans en Mendoza que se inserta en el mercado laboral (como varón) y después hace el cambio de identidad de género. Ella quería estudiar medicina en la Universidad Nacional de Cuyo, sin embargo, no la dejan ni inscribirse ya que su cuerpo no se condecía con la identidad registrada en el documento.

Es así que para ella estudiar enfermería no fue una opción, sino una imposición en el marco de discriminación y violencias que sufren las personas trans. Para ingresar a estudiar, se tuvo que “disfrazar de varón” y transitar lo que considera la peor época de su vida, ya que debía vivir con una identidad que no era la suya y que la lleva incluso a tener una anorexia nerviosa. Mientras estudiaba en las mañanas, comienza a trabajar en el ámbito privado (en una clínica privada de rehabilitación en la tarde, a la noche en un geriátrico). Finalmente, en el 2007 se recibe y empieza a trabajar en el Hospital Italiano. Este hospital multidisciplinario privado, está ubicado en Guaymallén, cerca de la Terminal de la provincia y es considerado uno de los centros más importantes de cirugía cardiovascular de la Argentina.

Una vez allí, antes de poder convertirse en Jimena, arma su estrategia de supervivencia: se presenta como delegado sindical en el Hospital, y una vez elegido, comienza a “armar la estructura institucional” para transitar su cambio de identidad. A finales de 2012 logra que hagan la rectificación del título con su identidad real. Actualmente, luego de haber sido re-electa varias veces como delegada, se aboca a la militancia político-partidaria. Con sus trayectorias múltiples de militancia (sindical, diversidad, feminismo, político-partidario) se ha construido como figura pública. De allí que la entrevista fue fluida, en un clima muy distendido -además que fue en su casa- donde ella tuvo mucha soltura en hablar de sí misma. Se realizó el día jueves 2 de agosto de 2018, en la noche, en el departamento de la entrevistada en Maipú, y la grabación duró 1 hora 48 minutos.

## **Bárbara**

Bárbara trabaja en el Centro de Salud “Dr. Aldo Moisés Dapas” N°30, donde realiza sobre todo funciones de atención primaria y prevención. Es el centro de salud cabecera de Godoy Cruz, ubicado a unas cuadras de la Plaza principal de dicho departamento.

Tiene 48 años y tiene cinco hijas/os, vive actualmente en la casa de su madre con 3 de sus hijos y su pareja actual. En 1998 entra a trabajar en servicios generales en el centro de salud, en ese momento tiene 3 niños/as y está embarazada de la cuarta. Ese mismo año se separa, y luego sola con los 4 niños/as comienza a estudiar en el Instituto de la Sanidad en ATSA, a la par que continúa trabajando en el centro de salud. Se recibe en el 2005 como enfermera profesional, pero estuvo casi 9 años cobrando como “servicios generales” pero dedicada a funciones de enfermería. Empezó la Licenciatura, pero no pudo terminarla por cuestiones monetarias, en lo que es para ella, una “cuenta pendiente”.

Trabajó un mes en un centro de salud de la Estanzuela, y un año y medio en otro en Los Glaciares (ambos barrios populares del oeste de Godoy Cruz), pero continuó finalmente en el N°30, donde trabaja hace más de 20 años y actualmente ha sido asignada por el director del Centro de Salud como encargada de enfermería, aunque no está formalizado ni le implica mejoras en lo laboral.

Allí realizamos la entrevista, en una sala que conecta con dos puertas, de un lado, a la entrada del centro de salud, donde está la sala de espera; del otro lado, con el pasillo que conecta con consultorios de los/as distintos/as médicos. Por este motivo, tanto por una como la otra puerta, fueron recurrentes los llamados. Detuvimos varias veces la entrevista, pero se generó un clima de confianza, dado que su contacto fue referenciado por una compañera psicóloga con la que

compartió trabajo en la Estanzuela. Sin embargo, en algunos momentos, bajaba el registro de la voz, para evitar que se escuchara lo que decía. La entrevista duró 1 hora 43 minutos, se realizó el 24 de julio de 2018, a las 10 de la mañana.

## Camila

Camila tiene 40 años, vive con su hija de 10 años y sus padres en Luján de Cuyo. Su familia originariamente es de Tunuyán, donde dice “todavía nos queda el corazoncito” a pesar que hace 34 años ya no viven allí. Es Licenciada en Enfermería, estudió en la Universidad Aconcagua y hace 13 años trabaja en el servicio de cirugía cardíaca del Hospital Central. Describe que, si bien es un servicio de alta complejidad, es muy tranquilo en comparación al común, ya que trabajan con pacientes “limpios”, en el sentido que ya conocen el diagnóstico (saben si tienen o no enfermedades, no hay riesgos de pacientes con infecto-contagiosas, etc.).

El Hospital Central, ubicado a cuerdas de la Terminal de la Ciudad de Mendoza, es el principal establecimiento de referencia en atención de salud de alta complejidad, orientada a especialidades clínicas y quirúrgicas, urgencias y como hospital escuela. En los últimos años, se han refuncionalizado sus servicios y adecuado equipamiento. En 2006 se incorporan camas inteligentes, monitores de última generación y dos salas totalmente equipadas para trasplantes en el servicio de recuperación cardiovascular. En 2010 se adquiere equipamiento de última generación en el servicio de hemodinámica. Desde el 2014 se pone en marcha un proyecto para la construcción del primer centro de trasplante de médula ósea del interior del país. En 2015 la institución incorpora por primera vez un tomógrafo de alta complejidad para los politraumas de guardia. Desde mayo de 2019 se inauguró un laboratorio de histocompatibilidad que tiene como objetivo fundamental realizar los estudios inmunológicos requeridos como parte del proceso de inscripción de pacientes para trasplante renal, cardíaco, cardiopulmonar, renopancreático, hepatorenal.

Todo ello, tanto lo referente al equipamiento técnico como profesional, posiciona al Hospital Central como principal referente en toda la Región Cuyo, con un gran prestigio y demanda. Tal es así, que muchas personas vinculadas a ámbitos de poder, prefieren atenderse en esta institución pública.

La entrevista a Camila la realizamos el día 17 de julio de 2018, en la cocina de su casa, durante la tarde, ella volvía de trabajar en el Hospital, estaba algo cansada, pero muy predispuesta para charlar. La entrevista duró 2 horas.

## Valentina

Valentina tiene 41 años, vive en Las Heras y trabaja en el Hospital Pereyra. Está casada desde hace veinte años, tiene dos hijas (una de 16 y otra de 8 años). Su marido trabaja en una droguería. Estudió enfermería en la Universidad Nacional de Cuyo, donde terminó la tecnicatura en 2010 y la licenciatura en 2015.

Empezó a ejercer como profesional en el 2012 en el Hospital Escuela de Salud Mental Dr. Carlos Pereyra, que ha sido y continúa siendo su único empleo remunerado. A Valentina le interesa la comunidad, y por eso le interesó la parte de salud mental que propone el Hospital Pereyra. Éste inicia como un hospital de infecciones, pero por no estar en condiciones para cumplir esa función, es transformado en hospital neuropsiquiátrico de la provincia de Mendoza en 1952. En 1985 se autoriza la formación de posgrado en psiquiatría, psicología y trabajo social, y se crea la residencia en salud mental. Brindan servicios integrales e interdisciplinarios en promoción, prevención, tratamiento, internación, rehabilitación e integración. Cuentan con un centro infanto juvenil, hospital de día, casas de medio camino, entre otros dispositivos.

A pesar que ingresó con una situación poco alentadora en lo laboral - “contratos en negro” (trabajo informal) - sintió que era su lugar, su espacio, donde podía -a diferencia de los hospitales generales- hacer un trabajo más comprometido e involucrado.

Hace dos años Valentina forma parte del personal de planta, y hace un año trabaja en el programa de “Casas de medio camino” y en la casa de mujeres. Antes estaba en las salas de internación del hospital y en la guardia. La entrevista se llevó a cabo el día 3 de agosto de 2018, en una de las casas de medio camino, ubicada en la 4ta sección (ciudad de Mendoza), que forma parte de un programa de rehabilitación que Valentina supervisa. Transcurrió durante dos horas, en una siesta de mucha tranquilidad y un diálogo fluido, aunque con breves interrupciones por el ruido de ladridos de perros y consultas de colegas y pacientes.

## Martina

Martina tiene 29 años. Actualmente vive en Guaymallén, San José, con su bebé de unos meses. Al momento de la entrevista, se acababa de separar con el padre de la bebé, y por ello está mucho en la casa de su mamá -a dos cuadras de su casa-, que vive con sus dos hermanas gemelas que tienen 26 años. Hace frío y su mamá le cuida la bebé, por lo que prefirió que nos encontráramos allí para realizar la entrevista.

Hace cuatros años y medio trabaja en el Hospital Luis Lagomaggiore, ubicado en la ciudad de Mendoza, en el Barrio Guillermo Cano. El mismo tiene como especialidad principal el servicio de Maternidad, por lo que la mayoría de las pacientes son mujeres. También trabaja actualmente en el servicio de Salud Estudiantil en la Universidad Nacional de Cuyo, donde inició en el 2013 (con interrupciones en sus contrataciones).

Como señala, a ella le gustaba la salud, pero con la medicina, sobre todo la tradicional, sentía cierto rechazo. Por ello se inscribe finalmente en Ingeniería Electromecánica en la Universidad Tecnológica Nacional, donde hace un año y medio, hasta que luego decide ingresar a la Licenciatura de Enfermería en la UNCuyo.

En su ejercicio profesional en el Hospital, se problematiza situaciones cotidianas de violencia institucional, y ante ello, es que decide cada vez que puede, participar en cursos, espacios de discusión, que le permitan tener otra mirada y no “irse contagiando”, como nos dice, de la violencia y maltrato al paciente que ve en otras colegas y resto del personal de salud.

La entrevista se realizó en San José, Guaymallén, en la casa de su madre, el día 11 de julio de 2018 y tuvo una duración de 1 hora 25 minutos.

## **Entrevistas colectivas**

### **Pamela y Romina**

La entrevista se realiza el día 17 de abril de 2018, durante la tarde, en el buffet de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Cuyo. La duración de la entrevista fue de 1 hora 45 minutos.

A Pamela la podemos considerar responsable de esta tesina. Nos conocimos azarosamente en un taller de elaboración de productos de cosmética natural, donde compartimos todo un día, sentadas en la misma mesa, y entre elaboraciones, recetas, apuntes e ingredientes, tuvimos largas charlas sobre salud popular, feminismo y militancia política compartidas. En sus relatos y anécdotas de su práctica como enfermera, signada por la experiencia rural, empecé a inquietarme por un mundo que me resultaba cercano y lejano a la vez, que escondía violencias profundas, intrigas y contradicciones.

Pero cuando nos volvemos a ver, esta vez ante el pedido de realizarle una entrevista para la tesina, ya han pasado varios meses de esa última charla, y hasta nos cuesta reconocernos en el espacio del amontonado y ruidoso buffet. Ella está con una compañera, Romina. Ambas son

estudiantes de la Licenciatura en Enfermería en la Universidad Nacional de Cuyo, solo les queda realizar la tesis, pero llevan años ejerciendo la profesión en distintos ámbitos (privado, público, mixto; en clínicas, centros de salud y hospitales).

Pamela tiene 29 años es de Villa Tulumaya, departamento de Lavalle, donde actualmente vive. Ha participado allí en una biblioteca popular y círculos de mujeres. Como enfermera se desempeña hace 10 años, ha trabajado en Hospitales públicos, clínicas privadas y centros de salud, tanto en la Ciudad de Mendoza, como en Lavalle. Actualmente trabaja en una veterinaria, ya que en el 2015, con el cambio de gobierno, no le dieron continuidad al contrato que tenía en OSEP (había estado trabajando en enfermería durante un año y medio, en la delegación de Lavalle). Sin embargo, no se ha desvinculado de la salud, ya que además de estar finalizando la Licenciatura en Enfermería, estudia en la Escuela de Medicina Tradicional China ANMO, donde cursa los días sábados en un centro de terapias alternativas en la calle Boulogne Sur Mer.

Romina tiene 30 años, es madre soltera y actualmente trabaja en OSEP (sistema semi público), donde señala “estoy como en la gloria ahí en el trabajo, no ejercen presión, tengo horarios rotativos, pero tengo la flexibilidad para cambiarlos si yo quiero. Es bastante consensuado eso, que en otros trabajos no lo tenes. Es más, yo renuncié a un trabajo porque no me quisieron cambiar el horario”.

### **Gia, Clara y Sonia**

La entrevista se había pactado originalmente con una de ellas, Gia, a partir del contacto que nos brinda Martina. Referenciada por esta última, nos ponemos en contacto y Gia indica ir ese mismo día a la noche, mientras ella está en la guardia donde trabaja, en el Hospital Notti.

Es un día de mitad de semana, y cerca de las diez de la noche, escribe que está “tranquilo” el nocturno para aprovechar entrevistar a cinco a la vez. Señala entusiasmada “te va a servir mejor así, mientras cada una carga los medicamentos, vos le podes ir haciendo el cuestionario”.

Una vez allí, la entrevista inicialmente pensada para hacerse con ella, se vuelve colectiva, con la participación de dos colegas de turno en ese momento, a modo de diálogo tejido entre pausas e interrupciones propias del servicio que están brindando.

El Hospital Humberto Notti es un hospital pediátrico de alta complejidad que cuenta con 51 especialidades. Fue creado en 1980 en el departamento de Guaymallén, en San José, para responder a la demanda y en una zona más accesible en transporte público que el Parque San Martín. La ampliación y variada cartera de servicios que ofrece el hospital lo volvió el centro pediátrico más



solicitado, tanto por quienes no disponen de una obra social como por quienes la poseen. Actualmente, asiste diariamente a casi dos mil niños, mil por turnos programados y más de 700 en el sector de Guardia.

Gía tiene 29 años, hace poco tuvo una bebé, junto a su compañero, que también es enfermero en el mismo hospital. Antes de ingresar al Hospital Notti, trabajó un tiempo en el Hospital Central. Clara tiene 33 años, y trabaja en el hospital Notti desde el 2012. Empezó a estudiar enfermería en el 2006, y ya trabajando, como hace la mayoría, comenzó la Licenciatura. Gía y Claudia se egresaron juntas como Licenciadas en Enfermería en el 2017, en la Universidad Nacional de Cuyo. Sin embargo, Clara está esperando se efectivice su título (inició el trámite en abril del 2018) y Gía aún no lo iniciaba. Sonia tiene 32 años y vive en Costa de Araujo, Lavalle. Todas trabajan en el Servicio de Internación Pediátrica.

La entrevista se realizó el 17 de julio a las 22:30 horas. Duró 1 hora 25 minutos. Durante el encuentro Clara y Gía son las que más hablan, y miran a su otra compañera, Sonia, intentando validar lo que van respondiendo. A lo que ella asiente, reafirma, o realiza pequeñas acotaciones. A modo de brindar más detalles sobre el contexto de esta entrevista y como ejercicio de reflexividad, realizamos un relato de esta experiencia, que incorporamos a continuación.

#### 4.4 Relato etnográfico: una noche en una guardia hospitalaria

Es un día martes de mediados de julio del 2018, estoy en mi segunda (y última) semana del receso invernal del trabajo en la Universidad. A la tarde, estuve en Luján, en la casa de Camila, que trabaja en el Hospital Central. Fueron dos horas de una charla profunda, de la que aún me quedan resonando cosas. Esa misma noche, recibo un llamado de Gía, a quien contacté a partir de otra entrevistada. Así empieza el relato de esta experiencia, de una noche en una guardia hospitalaria.

22.11 horas. Me llama Gía y me dice que vaya, que está “tranquilo” el nocturno para que aproveche a entrevistar a cinco a la vez. Me dice entusiasmada “te va a servir mejor así, mientras cada una carga los medicamentos, vos le podés ir haciendo el cuestionario”.

Está muy preocupada porque yo pueda hacer mis “cuestionarios”. La misma solidaridad *tesística*, sentí de parte de Camila, quien recordaba con una mezcla de alegría, lo que a ella le costó hacer los cuestionarios para su tesina, y cómo muchos/as compañeros/as se negaron a colaborar, en cambio, otros/as, para contrarrestar, le ayudaron llenando varios cada uno/a (está claro que prevalece el deseo de recibirse que los criterios metodológicos).

Vuelvo, para no perder el hilo del relato. Le explico que no son cuestionarios, si no entrevistas en profundidad, que pueden llevar un tiempito, una hora, que no quiero complicarlas. Me insiste, que no pasa nada. Entonces pienso que sí, que puedo hacer una entrevista grupal.

22.22hs. Reviso mi estrategia metodológica: repaso las preguntas de la guía de pautas, imagino escenarios posibles, cambio la pila del grabador, me preparo para salir y le llamo a Gía. Le digo que sí, en el ratito que tengan más despejado, por mí está perfecto. Que

estoy en Godoy Cruz, pero en media hora estoy. En el fondo intuyo que no voy a poder llevar a cabo “correctamente” ninguna técnica. Dudo un poco, y le transmito mi inquietud principal: “Pero...ustedes no van a tener problema con que yo esté ahí”. “No tranquila, no pasa nada”. “Buenísimo, entonces voy. ¿Cómo ingreso?”. “Entra por la guardia, yo le aviso al de seguridad, decile que venís al SIP 1”. “S.. que??” “S-I-P, con ese”. “Ok. SIP 1, SIP 1...”. Intento memorizar. Ni sé lo que significa. SIP 1, SIP 1...busco las llaves del auto, la campera. Ah, una botellita de agua, en la entrevista anterior me morí de sed. Fueron dos horas de sentir que caía deshidratada. SIP 1. La botellita, cierro la casa. Me subo al auto. Hospital Notti. Pienso la ruta. SIP 1. Costanera, engancho el acceso, ¿qué me conviene más? Creí que me metía por San José, no, la gallega del GPS me manda por el acceso. Sigo por acá, casi al shopping. ¡La pucha! Me olvidé... ¿cómo era?...Con ese....Gía me dijo algo de una ese....

¿Qué hago? ¿le llamo? Sigo, espero a la puerta. Me desespero. Siento que me olvidé las palabras mágicas para abrir el pasadizo secreto.

Sssss.....ssssss.....¡SIP 1! Algo así tiene que ser. Lo googleo: SIP + Notti. Sale de inmediato: Servicio de Internación Pediátrica. Upa, me pongo un poco nerviosa...un servicio de internación. Y yo caigo así de la nada como Pancha por su casa. SIP1.

Entro por el estacionamiento de la guardia. Me acuerdo las dos únicas veces que estuve en el Notti. Me angustio. Una, la primera vez, fue por la muerte de la hermana y los sobrinos de una amiga. Una tragedia, un incendio. Se me viene ese dolor al cuerpo, y pienso en lo angustiante que debe ser vivir a diario con la muerte de los “angelitos”, como cantara la Violeta Parra: *“Ya se va para los cielos/ese querido angelito/a rogar por sus abuelos/por sus padres y hermanitos. Cuando se muere en la carne, el alma busca su sitio/adentro de una amapola/o dentro de un pajarito/La tierra lo está esperando/ con su corazón abierto/Por eso es que el angelito/Parece que está despierto. Cuando se muere en la carne...”*.

Vuelvo. Siempre me voy. La segunda vez que fui al Notti fue para visitar a una compañera que tenía a su nene más chiquito internado. Fuimos a comer con ella y su hija al comedor de en frente...como es que se llama...

Finalmente, estoy en la primera garita...no veo a nadie. Sigo hasta el fondo, todo con cadenas. Me regreso con el auto y vuelvo a la primera garita, ya está el de seguridad. Pienso a mis adentros...que tengo que decir, cómo le explico. Hasta que por fin recuerdo las palabras mágicas: “Hola, vengo al SIP 1, quería saber dónde puedo estacionar”. Me pregunta algo que ya ni recuerdo, como si quiero ingresar al SIP 1, si soy del personal de salud, algo así. Le digo que sí, que quiero entrar al SIP 1. Sin más rollos, me dice: “Estacioná acá”, y me levanta una de las cadenas que bloqueaban una zona de aparcamiento.

Uf, siento alivio, ya superé la primera prueba.

22.53 hs. Espero en la puerta de la guardia a Gía. Allí entran y salen, los padres y madres con sus niños. Llantos, puertas que se cierran y abren. Pero en general, y debe ser por la hora, reina un silencio. Me llama Gía, nos desencontramos, estoy esperando en la puerta incorrecta. Salgo, y entre las ambulancias, me mira y me pregunta: ¿Vos sos Victoria?

22.59 hs. Finalmente nos juntamos y caminamos, ahora sí juntas, hacia el SIP 1. Ya son casi las once y tengo bastante sueño, más con el frío que está entrando. Pienso lo difícil que debe ser aguantarse ahí toda la noche, con esas luces sórdidas de hospital. Le pregunto hasta qué hora se queda. “Hasta las 7am. Recién está empezando. Y eso que por suerte ahora tengo la hora de lactancia, asique recién entro. Si no, estaría acá desde las 21hs”. Recuerdo mi charla anterior con Camila, sobre las prioridades de turnos a quienes son madres. Le pregunto si igual le dan turnos nocturnos (anteriormente, me había comentado que ella estaba a la noche martes, miércoles y sábado). “Sí”, me dice resignada, “acá no se contempla nada. Cada seis meses nos rotan los turnos”.

Llegamos al SIP 1. Un pequeño mostrador separa del pasillo. Una mesa redonda mediana, con carpetas desplegadas, que me recuerda a las épocas de exámenes y de noches

desveladas estudiando. Al fondo y a los costados, las habitaciones con pacientes. La primera puerta a la izquierda es la de los medicamentos. Allí es donde me lleva Gía y donde permanezco prácticamente inmóvil, para no molestar, durante poco más de una hora.

Gía me presenta con la primera en cargar los medicamentos: Clara. Apenas lanzo la primera pregunta, empieza a hablar y no para. Mientras va buscando, rompiendo pipetas, cargando inyectables, mirando la planilla rosada que tiene las indicaciones de los/as médicos/as. Estamos conversando, intento ver el color de sus ojos detrás de sus lentes. Tiene mucho aumento. Sospecho son celestes, o verdeagua.

Creo que estoy concentrada en sus ojos, cuando con mi vista periférica veo un ambo fucsia. La reconozco de inmediato. Es la Amparo, mi amiga del secundario. Sabía que me la iba a encontrar. Está terminando su residencia allí en el Notti. Ella se demora más en reconocermé. Claro, no entiende que hago allí, y menos, a estas horas de la madrugada. Me saluda sorprendida, mientras me pregunta qué estoy haciendo ahí. La verdad, me pongo nerviosa en contestarle, porque no quiero comprometer a nadie. ¡¡No sé qué estoy haciendo ahí!! O sí lo sé, contesto rápido: "Unas entrevistas para mi tesis".

Se sigue quedando sorprendida. Gía en el fondo dice algo, que no entiendo. Estoy nerviosa porque pueda "retarlas". Ya la figura de un médico/a, aunque sea una amiga de toda la vida, para mí se asocia de inmediato a la autoridad, control y castigo. Sigo nerviosa, puse en pausa el grabador, mientras Clara sale a llevar el medicamento a donde Amparo le indicó. Me quedo sola un rato esperando a que alguna vuelva. No me quiero ni mover. Al rato vuelve Clara, ni recuerdo qué seguimos hablando y Amparo pasa bromeando que va a sacarme una foto. Que no encuentra su celular, que se la va a mandar a no se quién...finalmente desaparece de mi campo de visión. Me alivio.

Me quedo tranquila al no verla cerca. Tengo ganas de cerrar la puerta de los medicamentos y quedarme hablando sola con todas las enfermeras. Siento esa necesidad de intimidad. Pero soy sólo yo, porque ellas hablan todo sin tapujos. Están acostumbradas a no tener espacio y a lidiar con gente. Continúa Clara con su rutina de medicamentos, pipetas que van y vienen, bandejas listas con los inyectables. Aparece Sonia que habla despacio, pero asiente todo lo que dicen Clara y Gía, otra que se pasea con su celular sin prestar atención al resto, va con el celular y el cargador, mira, se queda en una esquina, desaparece y aparece.

Seguimos la charla así, hasta que sin darme cuenta, Clara fue reemplazada por Gía, y los comentarios de Sonia que aparece y desaparece. Seguimos un rato largo más. Hasta que se hace el silencio de a poquito, se va evaporando la voz de Gía y me mira diciendo si es que voy a hacerle alguna pregunta más. Me falta el oficio de periodista, de tener las preguntas afiladas y sin filtros. La miro negando con la cabeza, le digo que ya no las quiero molestar más, que ya está bien. Calculo que llevo como una hora. Ella no insiste y me dice: "Bueno, mejor, porque ya me toca preparar mis medicamentos". Nos saludamos, quedamos en que ya coordinaré entrevista con ella en su casa. Se va y desaparece en alguna de las habitaciones.

Quedo sola en ese cuarto. Sola no. Está en la esquina otra enfermera, la saludo, no sé si ella lo registra siquiera. Me quedo boyando, si es que veo a la Ampa, me recuerdo que me dijo que la saludara antes de irme. Pero no la veo, me quedo cerca de la mesa redonda, donde dejé mi mochila y mi campera. Me pongo la campera, pero hace un calor terrible ahí. Veo un enfermero, con los brazos descubiertos, lleno de tatuajes. Al rato otro enfermero, más bajito y flaco que éste, pero igual con sus brazos descubiertos y tatuados.

Creo que detuve mucho la mirada con el primero, me pongo un poco nerviosa porque me mira, así que salgo del otro lado del mostrador para crear una distancia. Miro mi celular y le escribo a Amparo, aunque en vano. Ya decidí irme. Me voy pensando en todo lo que podría haber aprovechado de preguntarles, ahí, *in situ*. Me voy llena de preguntas sobre un trabajo que sucede en un cuartito de 3x3 metros, con un ritmo, una cadencia y una intensidad, que desconocía en absoluto.

## Capítulo 5

### Prácticas, saberes, cuerpos y emociones

En este apartado, analizaremos a partir de los relatos de las entrevistadas las distintas significaciones en relación al trabajo de cuidado que realizan como enfermeras, las prácticas que llevan a cabo, los saberes puestos en juego y en tensión, y el entramado colectivo que se teje en cada relato, propio de un determinado contexto histórico.

Debemos considerar que las prácticas y saberes del trabajo de cuidado realizado por enfermeras en el ámbito de instituciones sanitarias, se encuentran determinadas y delineadas en función de lo que posibilitan (e imposibilitan) las condiciones de trabajo y de empleo (Capítulo 6).

De modo transversal, en este análisis priorizamos la dimensión de la corporalidad puesta en juego: el desgaste del cuerpo, la sexualidad y las emociones. Cruzan los relatos, los sentipensares y corpobiografías de las entrevistadas. Guiándonos por los objetivos planteados en esta investigación, procuramos dar cuenta de sus prácticas y saberes, las tensiones, diálogos y negociaciones con el MMH.

## 5.1 Prácticas y significaciones en torno al trabajo de cuidado de enfermería

Para aproximarnos a las prácticas sanitarias partiremos de la manera en que ellas definen y significan su labor: a qué asocian la enfermería, cómo llegaron a elegir esta profesión y otros sentidos que se desprenden. Esto nos permite partir de sus propias significaciones, elaboradas individualmente, pero atravesadas por las relaciones sociales. Indagaremos en los significados que las mujeres enfermeras otorgan a su trabajo y a sus propias trayectorias en clave de lectura de Adrienne Rich en torno de la distinción entre “institución” y “experiencia” ([1986] 1996).

Para adentrarnos en el universo de las enfermeras, debemos considerar que el entorno en el que llevan adelante las prácticas de cuidado es en el marco de relaciones de trabajo asalariado (bajo distintas modalidades, como desarrollaremos más adelante) en hospitales, clínicas y centros de salud del sistema sanitario público, privado y mixto (todas instituciones enmarcadas en un contexto nacional de progresivo deterioro económico y achique del gasto público, con especial impacto en la salud<sup>9</sup>).

Los discursos y prácticas del cuidado, se tejen de manera problemática y contradictoria, atravesadas por relaciones laborales, median discursos institucionalizados formales y otros que permean las estructuras de manera implícita, inconsciente, vinculados a estereotipos fuertemente arraigados.

Durante las entrevistas, la asociación entre trabajo de cuidado de las enfermeras y el cuidado en el ámbito doméstico fue recurrente, situación que se puso en evidencia a partir de nuestra experiencia en el contexto de entrevista en los lugares de trabajo de las enfermeras, cuando las interrupciones se vuelven frecuentes y repetitivas. Nos recuerda a los insistentes e interminables demandas que les niños realizan a sus madres: parece que nunca se acaban, el reclamo es generalizado y por distintos motivos, sin que haya ninguna jerarquización en los mismos ni en la atención, situación que tiene implicaciones en la subjetividad y en el cuerpo de las enfermeras, construyendo así su disponibilidad plena para otras, siempre atentas y preparadas para responder a las múltiples necesidades y demandas.

---

<sup>9</sup> Durante el periodo de realización de las entrevistas, la reducción del gasto público en salud fue notoria. De acuerdo a los últimos datos disponibles, el gasto público en sanidad en Argentina disminuyó un 28,64% en 2016, con lo que representó el 13,56% del gasto público total. En los últimos años, esta tendencia se ha continuado, a lo que se suma el contexto inflacionario, la pérdida de la capacidad adquisitiva de los salarios y el encarecimiento generalizado de las condiciones de vida. Ver: <https://datosmacro.expansion.com/estado/gasto/salud/argentina>

### 5.1.1 Prácticas: el cuidado y sus fases

A continuación, para caracterizar el trabajo de cuidado que realizan las enfermeras, partiremos de las fases del cuidado que identifica Joan Tronto y las determinadas cualidades morales requeridas en cada una (2013: 58-60):

-cuidados que importan: se trata de reconocer e identificar algo que necesita cuidado. La cualidad moral es la atención.

-cuidar a: refiere a alguien que asume realizar la necesidad del cuidado, por ello, la cualidad moral implicada, es la responsabilidad.

-dar cuidados: es todo el trabajo físico implicado en las tareas de proveer cuidados. La cualidad es la competencia, tanto técnica como moral.

-recibir cuidados: la respuesta y diálogo con quienes reciben los cuidados, pone en juego la reciprocidad, en la comprensión del “ida y vuelta” que supone toda relación de cuidado.

-cuidar con: muchas veces, el proceso de cuidado tiene que reiterarse, porque las necesidades persisten. Los cuidados van así constantemente cambiando y moviendo, en función de aquéllas. Ello implica confianza por un lado con quien provee el cuidado, a la vez que solidaridad entre quienes lo propician y por parte de quienes lo reciben.

Para el análisis de las prácticas de cuidado de las enfermeras, veremos cómo se desarrollan de manera articulada, especialmente, las tres primeras fases, ya que es donde se definen las funciones y formas de asumir y resolver las necesidades de cuidado, en el marco de las relaciones de trabajo de las enfermeras.

En las labores desarrolladas por las enfermeras, la definición de los “cuidados que importan” sucede de muchas maneras (la mayoría de las cuales coexisten y se presentan en simultáneo). Puede ser mediante los protocolos de enfermería; órdenes de superiores (jefe/as de servicio; médicos/as); por la manifestación del/la paciente; y en última instancia, aunque no de menor importancia, las interpretaciones de necesidad que las enfermeras hacen de sus pacientes.

Prevalece una perspectiva que podemos definir “higienista” dado que la limpieza extrema constituye un valor especialmente considerado por los médicos. Por ejemplo, Camila nos describe, una de las definiciones de calidad de excelencia del servicio en que se desempeña (catalogado como uno de los mejores, en sus propias palabras):

“Que el paciente tiene, por ejemplo ellos te ponen controles cada dos horas, los controles se realizan cada dos horas. El paciente si está sucio, nosotros lo bañamos, si hace falta por turno lo bañamos por turno. Y si nos faltó tiempo, bueno se le hace lo más rápido.

O si hay que hacerle las curaciones cada tantas horas, se les hace. Hay en otros servicios... pero volvemos a lo mismo, por falta de enfermeros no se pueden realizar las distintas actividades. Entonces ellos que ven en el servicio nuestro, que el paciente está limpio, que el paciente está cuidado, que estamos nosotras todo el tiempo. A lo mejor no nos sentamos a comer pero estamos arriba del paciente en forma permanente. Pero porque nosotros se puede. Nosotros somos cuatro por guardia y son seis pacientes críticos adentro, donde estamos tres y una afuera que entra, está una hora controlándolo y se viene. Entonces somos los cuatro para los seis pacientes críticos. Que no es lo mismo quince o veintidós pacientes para cuatro enfermeros. Entonces por eso ellos a veces nos dicen que es el mejor servicio. Pero porque ven eso, yo creo que si ellos tuvieran más personal estaríamos a la misma calidad de paciente [...] En otros servicios no los asisten. Pero nosotras ¿por qué los asistimos? Porque los chicos nuevos, los cirujanos que vienen no vienen preparados. De lavarse las manos, de ponerse guantes. A lo mejor si te tocaron este paciente que está contaminado, van y te tocan al otro. Por eso vamos nosotras y... “No, vaya y lávese las manos. No, fíjese lo que va a hacer”. Por ahí nos dicen que somos muy hinchá pelotas (risas) pero le digo: “Pero porque estamos cuidando nuestro paciente, porque cuando se infecte el paciente ¿de quién es la culpa?... y de enfermería porque está las veinticuatro horas”. Por ahí ellos ven que... te dicen “son re hinchá pelotas, te hacen lavar las manos”. Pero el paciente está cuidado, el paciente está bien, el paciente está limpio. **Ellos valoran mucho que el paciente esté limpio o que estén las sábanas limpias.** Nosotros a veces las cambiamos las tres veces por turno. Si el paciente lo requiere se lo baña las tres veces por turno. A lo mejor en otros servicios no te lo bañan. **Y nosotras hacemos completo.** Lavado de cabeza...”.

Dentro de esta concepción higienista, aparece a continuación una idea fuertemente moralizante, vinculadas a las funciones propias del origen de la enfermería en el siglo XVII/XVIII, como encargadas de sostener y garantizar la femineidad de las mujeres pacientes:

“...y muchas veces las chicas jovencitas que han tenido accidentes las rasuramos. Y te hacemos rasurado de piernas, todo... para que no se vea la parte femenina fea digamos, mala. Entonces nosotras vamos, las rasuramos, las mantenemos [...] Muchas veces cuando están dormidas, les preguntamos a las mamás. Tuvimos una nena, que era una nena de 16 años, si vos la vieras chiquitita... bonita. Y le decíamos a la mamá: “Mirá ¿te parece que la rasuremos para cuidar su imagen femenina?”. “Sí”, nos decía la mamá. Y ella nos traía la **maquineta y nosotros la rasurábamos los bigotitos, le rasurábamos la axila.** Muchas veces te dicen: “No, no, dejala así”. O cuando ya se despiertan te dice: “¿Me puedo rasurar? Sí, nosotras te rasurábamos [...] **la parte femenina siempre se mantiene muchísimo**”.

En esto último, se ponen en juego valores “tradicionales” de la enfermera (mediado por contextos socioculturales, económicos y políticos que las reproducen). Se cuida la “femineidad” de sus pacientes mujeres: las depilan, peinan y maquillan, para que no pierdan sus “cualidades femeninas” a pesar de estar internadas. Esta perspectiva de la enfermería condice con las características eminentemente femeninas de la profesión, marcadas históricamente por diversas

ideologías que refuerzan una concepción del cuidado en términos religiosos y en una particular perspectiva científica profundamente sexista respecto de los roles sociales de las mujeres.

En el “cuidar a”, la enfermera asume la realización del cuidado en el marco del cumplimiento de su responsabilidad profesional. Sin embargo, como podemos observar, inciden las valoraciones que cada enfermera pone subjetivamente en juego y los límites de las consideraciones estrictamente profesionales son difusos (lo volveremos a ver más adelante, sobre todo en torno a las categorías de trabajo prescripto y trabajo real).

Encontramos una larga cadena de cuidados que recaen sobre las enfermeras: desde cuidar al/la paciente y sus familiares; hasta el equipo médico, y la institución en su conjunto. Esto varía enormemente de acuerdo al tipo de servicio y lugar de trabajo, por ejemplo, en los centros de salud, que se brinda atención primaria y suele haber déficit de profesionales, las enfermeras se ven más susceptibles a cumplir tareas que exceden sus funciones, como ordenar los consultorios, proveer de insumos y limpiar el instrumental.

Bárbara trabaja en un centro de salud donde no existe, como en los hospitales, una diferencia tan marcada en las funciones y tareas entre enfermería profesional, la licenciatura y la enfermería empírica. Ella señala que en el centro de salud:

“Ahora hay mucho tema con las licenciadas en enfermería. Mucho acá, en atención primaria, no se ve. Pero si vos te vas al hospital, como que ahí en el hospital está muy marcado el tema del enfermero profesional, el licenciado y el empírico. Están divididas las tareas. Acá por ejemplo nosotros, **todos tenemos la misma función**: atender al paciente, poner vacunas. Lavar material de odontología, **lo hacemos como una colaboración con el médico**, que en realidad ni lo tendríamos que hacer. Porque para eso está el técnico en odontología o el técnico en instrumental. Pero al no haber tantos profesionales, como que abarcamos más cosas. Pero función específica, sería atender al paciente y que se vaya con todas las pautas para seguir después en la casa. Creo que sería así. Lo que pasa que es difícil porque que hay lugares en que son poquitos enfermeros, entonces todos colaboramos”.

Sin embargo, no parece que todos tengan la misma función, ni que colaboren de la misma manera, ni mucho menos, que todas las enfermeras tengan la misma manera de entender estas necesidades de cuidado que hay que cumplir. Más adelante, Bárbara manifiesta que ella no tiene inconveniente en hacer cosas que reconoce no son sus funciones, pero señala respecto a otras compañeras la siguiente tensión:

“Carina es una persona que te dice: “No, yo no voy a hacer esto “y no lo hace. Entonces opté por: “¿No querés lavar materiales?, no laves materiales. Los lavo yo, no tengo problema”. La licenciada lo lava, no tiene drama; pero ella no quiere lavar materiales y no lo lava. Que tampoco está bueno, porque ella tendría que decir: “Bueno si todos



colaboramos, yo colaboro”. No, no quiere. Pero bueno la dejamos. [...] Lo que pasa que ella viene del hospital, y **es una chica media...** Ahora gracias a dios, está bajando un poquito, **pero es bastante brava**. Entonces al principio todo le molestaba, ahora no, como que **ha bajado un poquito y se ha puesto acorde al equipo**. Que en realidad esto es un equipo, desde el director hasta servicios generales”.

“Ponerse acorde al equipo”, ser menos “brava”, será la manera de que Carina se adapte a la forma de entender que hay cosas que hay que hacer en el centro de salud, aunque nadie quiera ni le guste, es algo que en la cultura institucional a diferencia de los hospitales se constituyó como una práctica habitual, a partir de la jefa enfermera anterior:

“A mí tampoco me gusta estar lavando materiales. Lo hago por una cuestión de que ya, anteriormente la jefa anterior lo había dejado y bueno... Es lo mismo que le decía yo a ella... yo vengo de la escuela de antes, yo llegaba y ordenada los consultorios. **Eso no significa que vos seas servil del médico** ni que seas el empleado del médico. [...] No lo siento así. Yo lo siento como que bueno, vos dejás en condiciones el consultorio, el médico no va a salir veinte veces a decirte: “Che, me das el baja lengua”, “Bibi mirá, me falta el algodón” o “Bibi...”. No, vos le dejás todo acondicionado y **él no te va a joder**. Que ellas siempre me dicen: “No, porque vos le acomodas el consultorio de ginecología a la ginecóloga”. Y le digo: “Pero es una cuestión de que si vos tenés las cosas, dejárselo acomodado, ella no te va a molestar”, y me dicen: “No, pero ellas saben que cuando vos no estás yo no lo hago”. A lo que respondo: “Es un tema tuyo, yo no te puedo obligar a que vos hagas lo mismo a que hago yo””.

Por un lado, Bárbara lo realiza como parte de las tareas heredadas (ella ocupa actualmente ese lugar de jefa/coordinadora de servicio de enfermería), por otro lado, lo vive como una forma de evitar malestares (anticiparse al pedido), pero también demandas innecesarias (“que la jodan”); pero inevitablemente su proceder impacta en el del resto de las enfermeras que le reprochan su accionar. A su vez, impacta entre los médicos, que “reclaman” sus servicios y por ello a todas las enfermeras:

“**Son muy celosos**. Muy celosos [se ríe] Ponele, el cardiólogo me dice: “¡Ah! a mí no me ordenaste el consultorio”, y le respondo: “Bueno Walter ya te lo voy a ordenar”. Por ejemplo, Javier es nuevo, y **siempre me joden**: “¡Oh! ¿Por qué a él, fuiste, le pesaste, le mediste?”, y les digo: “Pero porque él me pidió, ustedes no me lo pidieron. Si ustedes me lo piden yo lo hago, no tengo problema”. Son celosos en ese sentido, te joden”.

En el relato podemos ver dos tensiones: por un lado, al interior del cuerpo de enfermería (disputas entre los sentidos y las funciones que consideran deben cumplir); por otro lado, lo que constituyen negociaciones/acuerdos con los/as médicos (“colaboraciones”) a la vez que estrategias de

resolución de demandas en el marco de las condiciones materiales de las instituciones (falta de profesionales suficientes, de instrumentos, colapso de demanda, etc.).

V: ¿Y antes? ¿Hace cinco o diez años?

Bárbara: “Lo que pasó, que antes, yo no estaba ni como encargada. Era indiecito, yo me sigo considerando indiecito. No creas que porque hay un papel, que todavía ni siquiera lo veo al papel. Como que por ahí decíamos “esta mujer que quiere que hagamos tal cosa y no está bien” y yo digo “no quiero ser así”. Yo quiero cumplir mi edad e irme. No ser esas viejas cascarrabias, que están ahí todo el día peleando (risas), quiero irme. Pero dentro de todo, ha cambiado bastante la enfermería. Y las chicas nuevas que vienen con otras ideas y por ahí, como vos que ya tenés tu idea de antes, como que chocás a lo mejor.

V: ¿Cómo en qué? ¿Prácticas, miradas?.

Bárbara: “Ponele, “yo no voy a lavar este material porque no quiero”. Lo podés hacer, hay una partecita ahí en la ley, ahí abajo que dice que sí, que vos podés colaborar con el médico. Que no lo quieras hacer porque no te gusta o porque no te da la gana es otra cosa. Por ejemplo, el licenciado que dice “yo voy a hacer tal cosa”. El licenciado es como más todo lo que es tema escritorio. Algunos jojo!, no todos. Otros trabajan a la par tuya. Pero creo que sí, que ha cambiado bastante la enfermería. No sé si los chicos de ahora hacen la carrera porque les guste o sientan de vocación, **o la ven como una salida laboral. Me parece que lo ven más como salida laboral**, no sé, yo que soy vieja. A mí me parece, que no tendría que ser así porque creo que vos a la carrera, la elegís porque te gusta, porque querés ayudar al otro. [Interrupción] Entra una doctora y dice “Barbi, buen día”. La entrevistada presenta a la doctora “La doctora Ventura”. La doctora dice: “La doctora Galeano ¿Puede ser? Quiere las pinzas para los electros” Bárbara dice: “Tengo que secarlas, ya se las llevo, se las acabo de lavar. (A la entrevistadora) ¿Ves eso es otra cosa? Ya se las llevo. Gracias Tina”. ¿Qué me preguntaste?

V: Si, Estaba pensando, en estas funciones que vos haces. Entiendo que esto también es una colaboración con la médica [risas de ambas] y ustedes hacen muchas colaboraciones. Como que por ahí no hay una función tan clara y terminan haciendo muchas funciones. Hay al revés, ¿a la inversa se da? ¿Qué hayan colaboraciones?

Bárbara: Con algunos. Por ejemplo-ella es médica pediatra- y ella, si tiene que atender al lado de enfermería, mientras vos estas acá haciendo cosas, lo hace. Y si tiene que poner un inyectable lo hace, si te ve que vos estas...ella si lo hace. Hay otros que por ahí les cuesta, [risa] les cuesta colaborar. Les cuesta. Son muy poquitos los que te dicen “bueno no importa” o “vos déjalo, yo hago”. Pero jojo! que no todos son iguales que yo. **Yo tengo mi forma**, ella me gasta (risas) porque me dice “Barbi, tráeme una aguja” y yo estoy sentada acá y voy y le busco la aguja, me dice “pero si soy tonta, si te estoy jodiendo” yo le digo “pero si me pediste una aguja, y me contesta “pero estas trabajando, decime no” a lo que le respondo “no te puedo decir no” (risas). Pero es porque es mi forma. Es mi forma. Capaz que mi otra compañera no lo haga. Y te puedo asegurar que no lo hace. Pero bueno cada una va construyendo su forma. (Cambia de tema) Un ratito, voy a llevarle las pinzas”.

En el momento de “dar cuidados”, que siempre implica un fuerte e intenso trabajo físico, en ocasiones en contacto con los fluidos y heridas de las/os pacientes y el trabajo con el cuerpo ajeno, en un nivel de gran proximidad que tiene riesgos emocionales, psíquicos y físicos.

Esto varía en función del tipo de servicio. En un servicio de guardia, se destaca la fuerza implicada, cuando vienen pacientes infartados y hay que empezar a asistir desde la ambulancia, ayudar a bajar los cuerpos de las/os pacientes en condiciones de alta vulnerabilidad, entre otras tareas. Jimena nos explica:

“El desgaste psicológico que tenés, es terrible. Pero el físico también. A mí me ha tocado bajar una persona del auto a los tirones y tirarlos a la rampa en el piso a hacer masajes [...] porque me llega un infartado, si yo me ponía a esperar quince minutos para que venga el camillero y tengo tres minutos con los que juego para salvar una vida. Llaman al camillero, pero salí yo. Y mis compañeras me han visto, cualquiera en el hospital lo puede decir, bajar a los tirones del auto personas que me triplicaban en el porte y en el peso. Tirarlas hasta que venían los otros y me ayudaban, pero sos la primera que te chocas con la urgencia”.

Este relato contrasta con las experiencias de quienes trabajan con “pacientes limpios”<sup>10</sup> (como en servicios de internación complejos, caso Hospital Central), y quienes trabajan con población de riesgo (caso Hospital Lencinas).

Al analizar la fase de Tronto: “recibir cuidados”, en relación a la cualidad moral requerida, resulta entre ellas, como destacada “la reciprocidad”, así, las enfermeras en sus relatos ponen en valor el reconocimiento que le brindan sus pacientes y familiares, en la recepción del cuidado recibido. Es significativo el gesto de cariño y reconocimiento que reciben, manifestaciones de cariño y reconocimiento de los/as pacientes y sus familiares que varían entre una conserva de verdura y/o frutas, que hacen con sus propias manos, una torta, una visita inesperada, mantenerlas informadas del estado de salud de sus pacientes, o avisarles cuando el familiar que ellas cuidaron tanto tiempo, finalmente fallece. Camila describe:

“Pero así como es agotador tenés mucha satisfacción. Es muy raro de que te hagan regalos y las personas que te hacen regalos son las de menos recursos. A veces te llevan un dulce, te hacen una conserva, te llevan pastaflora y eso, a lo mejor, vale muchísimo. O para una navidad te llaman y te dicen: “Feliz navidad, feliz año nuevo”, son cosas que en los años que yo llevo, serán diez pacientes que todos los años nos llaman. El resto “chau, si te vi no me acuerdo”. O los familiares se acercan, nosotros hemos tenido muchos familiares que han vuelto y te dicen: “Mi papá falleció” y vos te quedas así. “No, viene a decirles que él la quería mucho o estaba muy agradecido”. Es una forma de sentir el cariño de la gente. Como te digo, como es agotador también tiene muchas satisfacciones. Por ejemplo, hoy me dice una médica: “Lo vi a tal paciente”, fue un paciente que lo tuvimos siete meses, que todos los días se moría, todos los días se moría... y de repente el tipo se fue [porque le dieron el

---

<sup>10</sup> Camila se refiere con “pacientes limpios” a aquellos que ingresan al servicio de internación un diagnóstico ya determinado, por lo que conocen si padecen o no enfermedades infectocontagiosas, o de otro tipo.

alta]. Y él nos llama, nos dice: “Chicas estamos bien”. Y vos decís ¡que satisfacción!, porque no todos los días vienen a decirte: “Che, mi papá está vivo, está bien””.

Al mismo tiempo, se pueden analizar las tensiones que surgen cuando quien “recibe el cuidado” no quiere recibirlo (recurrente en enfermos/as seniles); o ponen condiciones en la manera de recibirlo (algunas aparecen arbitrarias y con sesgos sexistas, por ejemplo, pedirle a la enfermera que se peine de una manera para complacer al paciente).

En vinculación con la fase anterior, y sobre todo en situaciones de internación donde el proceso de cuidado tiene que reiterarse, dado que las necesidades persisten, la confianza con la enfermera hace parte fundamental de la continuidad y del “éxito” del proceso de atención salud-enfermedad en los tratamientos y autocuidados (alimentación, evitar determinados esfuerzos, etc). Por ejemplo, Valentina refiere en cuanto a su trabajo en rehabilitación en el ámbito de la salud mental:

“...nosotros lo que tratamos de trabajar es fomentar eso de la autonomía de los pacientes. Este es un programa que se llama “Casas de Medio Camino”. Esto significa que van estar un tiempo acá para que puedan reinsertarse los pacientes, dependiendo de su patología, en la comunidad o en algún dispositivo si así lo requiere en el momento. Sea un hogar, porque se vea que no pueden estar solos. Acá lo que trabajamos es el tema de la educación. Yo recién estaba supervisando- que esto ya lo había trabajado porque es una paciente que hace un tiempo que está- cómo la paciente aprende su tratamiento farmacológico, a armárselo. Estos son pastilleros donde ellos tienen su medicación, las dosis de la mañana, del medio día, la tarde y la noche. Ellos tienen que saber qué dosis es en la mañana, de qué medicamento, cuál es a la tarde, cuál es al medio día y cuál es a la noche. Memorizárselo. ¿Por qué? si ellos mañana tienen que ir a una consulta o interconsulta con un cardiólogo o ginecóloga y le preguntan “¿usted toma una medicación?”, ellos tienen que saber responder que si toman, qué toman, cómo lo toman y cuánto toman. Todo eso es un trabajo que se hace día a día, de hormiguita, que ellos aprendan a ver. [...] Acá lo que se fomenta es la autonomía. No está esa cuestión tan hospitalaria, de decir: “Te doy el remedio en la boca, te doy el almuerzo, te doy la cena, te hago la cama...”. No, ellos se tienen que limpiar, cocinar, lavar, planchar, armar la medicación, sacarse los turnos al médico. Todo ese trabajo, si bien es muy paulatino porque cada uno tiene sus tiempos que nunca son los mismos, unos que los que otros. Pero todo eso se va a acompañando: “Si hoy no te acordaste, bueno, mañana, día a día”.

Se valora en su relato la paciencia y dedicación que requiere este seguir acompañando, en el “cuidar con” se procura garantizar que los/as pacientes se vayan con la información adecuada de cómo continuar los cuidados una vez que se retiran de la institución (tomas de medicación, curaciones, registro de la presión, alimentos, entre otras). En este sentido, fomentar la autonomía

de quién ha sido cuidado, modifica la relación de dependencia y la relación se transforma en autocuidado por parte de la/el paciente.

### 5.1.2 Motivaciones

En las entrevistadas se presenta una diversidad de posibilidades y motivaciones que las lleva a vincularse con la enfermería, entre ellas se destacan las siguientes: estrategias para salir de sus condiciones económicas, como estrategias de supervivencia y necesidad de escape de relaciones familiares, de poder ascender socialmente, por cuestión de independencia, autonomía y transformación.

Muy pocas son las que surgen de un interés inmediato y genuino por la profesión en sí. Entre nuestras entrevistadas, Verónica es la única que manifiesta: “Siempre digo que **yo soy enfermera porque elegí estudiar y porque me enamoró la disciplina y la profesión**”. Ella se vincula con la profesión a partir de su trayectoria personal, con la enfermedad de su papá:

“...una enfermedad bastante heavy, donde no sentía que yo podía, no entendía. Venía la enfermera, hacia lo que tenía que hacer y no entendía. Esa chica tenía dos o tres trabajos y me decía: “Mirá, no puedo seguir viniendo”. Y bueno, “¿cómo hago?, porque no puedo, enseñame o mostrame. Y nos costaba mucho encontrar una persona, una enfermera. Entonces dije voy a aprender. Si creo y veo que puedo, lo hago”.

Bárbara manifiesta un interés previo en actividades relativas a los cuidados, señala que ella “siempre había querido ser maestra jardinera”. Clara destaca que desde chica tenía interés por “ayudar a otras personas”:

“...después de grande no se me ocurrió, pero vino una compañera de la secundaria y me dijo: “Yo estoy estudiando enfermería, ¿quieres estudiar conmigo?”. Fue así. Que me acordé de ese recuerdo que tenía cuando era niña, porque de grande nunca lo había pensado”.

Del mismo modo, Ana reconoce la trayectoria laboral familiar en el ámbito sanitario y la invitación de una prima para estudiar juntas:

“Estaba haciendo el secundario y tenemos familias que si bien no eran enfermeros, en su momento trabajaban en instituciones hospitalarias. Entonces bueno, el hecho de decir el tío, la tía, lo que fuese, un día decidimos con una prima, “bueno no estamos estudiando, estamos cursando el secundario”. O yo que había abandonado o algo así en tercer año, “¿Vamos a estudiar enfermería, querés?” Bueno fuimos a estudiar enfermería que estaba recién iniciada en el hospital Notti y en el hospital del Carmen la carrera de auxiliar de enfermería. Hace 34 años atrás”.

Por otro lado, encontramos que la mayoría de quienes deciden estudiar esta carrera lo hacen como posibilidad de ascenso social o de “algo más”, de transformación de sus condiciones, como un “trampolín” para alcanzar sus deseos, proyectos y nuevas posibilidades. Así, Jimena nos describe:

“...el estudio de enfermería **ha sido mi piso, mi trampolín, pero no es mi techo**. A partir de ahí, incursioné en la política, gané este reconocimiento a mujer luchadora [al inicio de la entrevista, nos muestra una foto donde es elegida “Mujer luchadora del año” por el Diario Los Andes]”.

Jimena, además, como indicamos en su perfil en el apartado anterior, había querido estudiar inicialmente Medicina, en la Universidad Nacional de Cuyo, pero no le permitieron inscribirse. Es así que, para ella como para muchas mujeres, estudiar enfermería no fue una opción, sino una imposición en el marco de discriminaciones y violencias estructurales (heterosexistas, racistas y clasistas).

De modo similar, Pamela también deseaba estudiar medicina, pero con fuerte alusión a su origen rural, la enfermería emerge como la opción más viable:

“Mira, fue muy loco, porque yo elegí enfermería de un momento para otro. En realidad...Yo vivía en una zona muy rural, donde te dedicabas a trabajar la tierra, todo eso. Imaginate que yo termino el secundario y le dije a mi mamá que quería estudiar algo relacionado con la medicina, que era lo que me había salido un poco, y me dice mi mamá: “¡Noooo! Hacé peluquería, hace algún oficio, no penses en algo muy rebuscado. Es muy lejos para nosotros”, me dijo. [...]No era muy lejos...pero ella imaginate no le brindaron un estudio secundario su familia. Ella es trabajadora rural, planta, trabaja y sigue trabajando, a la altura, tiene 65 años y es una mujer que está trabajando la tierra, que está haciendo todo eso. Entonces, me dijo, vos te vas a quedar acá, al final, haciendo esto. Entonces, ante mi terror, yo salí buscando lo primero que estaba... y como no tenía tiempo que hubiera algo abierto, **lo único que había era enfermería**, en el Hospital Sicoli y lo daban tres veces por semana. Entonces hago un año de enfermería, después me preparo, veo como es el ambiente de salud, medicina...”

Finalmente, también encontramos en el relato de Martina una decisión endeble por la enfermería, que surge como la opción que más se acercaba a sus intereses en la salud, pero con la perspectiva de luego continuar otra carrera:

“Me gustaba la salud pero con la medicina, con los médicos, como que tenía un medio rechazo. No me gusta la medicina tradicional, sino más las terapias alternativas. Entonces no me gustaba la medicina por ese sentido. Y viste cuando salís de la secundaria que no sabés qué elegir. Entonces me gustaba mucho la salud, pero yo iba a colegios de la universidad y viste que **te ponen siempre en la cabeza como que tenés que seguir “carreras” (y que enfermería no era...)**. Entonces la salud era medicina y no me gustaba. Y

me gustaba mucho física, matemáticas, entonces elegí Ingeniería en la UTN electromecánica. Entonces entré ahí, hice un año y medio y no, no me gustaba. Fui a la feria educativa para averiguarme sobre higiene y seguridad y justo estaba enfermería, ahí lo vi y me acerqué. Me dijeron que se podía hacer en cinco años para hacer la licenciatura y podía seguir haciendo maestrías. **Entonces la elegí por eso, porque podía seguir estudiando más”.**

En esta línea, pero desde una realidad y momento histórico totalmente diferente, nos encontramos con Belén, que decide estudiar enfermería porque le otorgaron una beca. Tenía 23 años y quería irse de su casa:

“Y yo fui porque ehh... porque había tenido otros problemas y quería irme de San Juan. Sí, si **quería irme**. Y me fui a Córdoba y me cambió la vida y para mí también fue la libertad, de tener un padre muy estricto y esos... descendiente de españoles, no era español... era descendiente de españoles, viste que gritan, que son así... porque para él, la vida era cosas que a vos te cuesta aceptar. Podía venir y gritarte “porque vos sos una porquería, porque aaa aa aa”, se iba, daba una vuelta -a veces podía irse a otro lado y... volvía y...”.

En el caso de Rosario, su iniciación en la enfermería surge vinculada a las necesidades del contexto rural, signado por el aislamiento, poca comunicación y escaso acceso a redes sanitarias:

“...antes no había nada más que huellas, no se podía salir. Entonces bueno, cuando llegó el señor que compró ahí que hizo una finca, él me dijo así: “Tenes que estudiar y ser enfermera”. Porque hizo hacer la pista de aterrizaje y bajaba el avión sanitario. Asíque bueno, ahí entre médicos, que venían en esa época, me ayudaron. Después ahí hacía los cursos, hacer distintos cursos, ir al hospital y todo, así, éramos como todas las mujeres que hemos sido enfermeras de campo, empíricos, como dicen, que no se ha estudiado...”

En este sentido, es la única de las entrevistadas que no tiene una formación estrictamente profesional, si no vinculada más a lo empírico (aunque realiza cursos como describe, certificado por instituciones hospitalarias), a la vez que su trabajo se desarrolló, la mayor parte de él, bajo una estructura sanitaria desprovista de equipamiento técnico y humano:

“... pero por ahí se aprende más trabajando, haciendo las cosas, que con la teoría [...]si todos los meses había que hacer cursos, para distintas cosas [...] Bueno y así nos hemos aprendiendo todo. Tal es así que me ha tocado atender partos [...] Es lindo, es lindo y es feo. A la vez (risas). Porque a veces te toca por ahí, están medio difíciles y en esa época no había caminos, como hay ahora, no había radios trasmisoras, no había nada. Había que salir a Costa [se refiere al pueblo más cercano, Costa de Araujo, a donde había ambulancia. Salir como fuera e ir a buscar auxilio”.

### 5.1.3 Representaciones y significaciones del trabajo de enfermería

En el intento de dilucidar las representaciones que las mujeres entrevistadas tienen respecto de la enfermería, les pedimos que le asignen una palabra que sintetice o describa a la misma. Encontramos una tensión entre la idea arraigada aún, vinculada a los orígenes asistenciales y de voluntariado de la enfermería, como así también entre la idea de vocación y trabajo. Barbara, dice:

“La mía es vocación. [Suena su celular, pide perdón] Sentimientos, por lo menos acá en atención primaria, es como que, vos le tomas un cariño [en referencia a los pacientes]. Hay otros que decís: “No, que no vengan más” [risas]. Pero es eso, para mi es vocación”.

Martina, elige la palabra empatía:

“Empatía, como un valor. Porque a veces sí, es cansador, podés hacerlo más fácil y no hacer tal cosa o no darle bola al paciente por un segundo y después decís no, lo necesita. No sé, a mí me gustaría que a un familiar mío no le pasara eso. O a veces tenés tanto lio, por ejemplo, tenés que hacer la medicación, y yo a veces me voy mucho más tarde por dársela. Y hay veces que no se la dan ¿entendés?”

Sin embargo, también lo vincula con la vocación:

“De la mayoría de los que estudian enfermería es porque, por lo que yo he visto: ya son más grandes, tienen hijos, no tienen otro trabajo y como enfermería es una salida laboral rápida, estudian enfermería; y los otros son porque han intentado entrar a medicina y no han podido, entonces entran a enfermería. Entonces como que no tienen mucha vocación.

Belén, por su parte, define:

“Mira, yo te diría que, para ser enfermera, tenés que tener **un espíritu de sacrificio y de amor muy grande**. Hay gente con la que vos ves, que tienen una vocación por cuidar al otro que es envidiable realmente. - ¿Y vos tenías esa vocación?- No- ¿No? - (Ríen) -No, eeeH, no me hubiera vuelto nunca de Córdoba, porque yo allá tenía posibilidades de estudiar otras cosas... pero tener que volver a trabajar y ayudar a mi familia, que no estaba bien, costó”.

Por otro lado, asociarlo a los **cuidados** aparece recurrente. Ana dice:

“Y...la enfermería la defino en eso que te digo: cuidados, un cuidado porque en realidad si no tenés el cuidado en que te sirve ¿dónde la parte técnica? De nada. Todo es un complemento. [...] Y por ejemplo yo le refiero en un cuidado holístico, ¿por qué holístico? Porque no solamente medicás, porque vos los estás observando, los estás evaluando y ellos no te dicen, bonitos (las/os pacientes), cosas, por vergüenza, por no conocimiento o no preguntan. Y ellos tienen el derecho de saber que es la parte médica, que no le llega a explicar todo bien o le dice una palabra que no la sabe, bonito. Entonces vos se la tenés que



decir de otra manera, en este hospital tenemos por ejemplo pacientes muy vulnerables, entonces, situaciones de calle, y bueno hay que saber ciertos tratos también porque si vos querés ser respetado, tenés que respetar. En este servicio he creado muchas cosas, por ejemplo, un roperín, entendés, porque vienen de la calle y ¿con que van andar? ¿cómo lo vestís? Vos vas a ver a los pacientes, con ropa, vestidos porque tienen que tener su identidad, ellos mismo les da vergüenza. Te das cuenta que ha sido respetuoso, según su vida. Tenemos gente con adicciones de alcoholismo, drogas, que no es de ahora, sino de toda la vida. Pero ahora y bueno todas esas cosas, uno tiene que saber cómo llegar para que te cuente. Y de contar van a ser los cuidados que vos vas a tener en cuenta”.

En la entrevista colectiva realizada en el Hospital Notti, las tres enfermeras responden al unísono: “Cuidado”. Clara añade: “Es ponerte en el lugar del otro, hacer lo que te gustaría a vos que te hagan. Es la empatía”. Sonia agrega: “El trato. El ser como un poquito más cordial. Eso es lo que me está faltando...[risas]”. Le pregunto que por qué le falta eso, me dice que es porque está “cansada”.

Así, al cuidado se suma **el cansancio, el agotamiento, el sacrificio** como otras significaciones asociadas al trabajo de cuidado. Gía agrega:

“No, también tenés que pensar que el trabajo de la enfermería es muy sacrificado, y que vos manejas, **trabajas con la vida y la muerte todos los días**, y de niños, encima, para colmo. Y las condiciones laborales no son buenas tampoco...”.

Camila asocia de inmediato, en el mismo sentido:

“Agotador es lo primero que se me vino (risas). Pero así como es agotador **tenés mucha satisfacción**. Es muy raro de que te hagan regalos y las personas que te hacen regalos son las de menos recursos. A veces te llevan un dulce, te hacen una conserva, te llevan pastaflora y eso, a lo mejor, vale muchísimo. O para una navidad te llaman y te dicen “bueno, feliz navidad, feliz año nuevo” son cosas que en los años que yo llevo, serán diez pacientes que todos los años nos llaman. El resto “chau, si te vi no me acuerdo”. O los familiares se acercan, nosotros hemos tenido muchos familiares que han vuelto y te dicen “mi papá falleció” y vos te quedas así, “no, viene a decirles que él las quería mucho o estaba muy agradecido. Es una forma de sentir el cariño de la gente. Como te digo, como es agotador también tiene muchas satisfacciones. Por ejemplo hoy me dice una médica “lo vi a tal paciente” fue un paciente que lo tuvimos siete meses, “que todos los días se moría, todos los días se moría” y de repente el tipo se fue. Y él nos llama, la señora nos dice “chicas estamos bien”. Y vos decís “que satisfacción” porque no todos los días vienen a decirte “che mi papá está vivo, está bien”.

Valentina, por su parte, considera que: “Es un **compromiso**, porque yo creo que el que no se compromete no debería ejercer, debería hacerse a un lado o dejar el espacio a otra persona”.

Pamela, lo remite a los orígenes de la profesión,

“Y la **violencia**, que data desde los comienzos de la enfermería. **La enfermería**

**empezó como un voluntariado:** “Ay, las monjas de Crimea que en aquel año fueron a curar a sus soldados”. Si te vas para la historia, te vas a encontrar con una historia que fuimos como un voluntariado. Entonces salir de eso...es como que si ahora vos decis, si vos me preguntas, a los bomberos voluntarios... Por supuesto que tienen que tener un sueldo esas personas, si arriesgan su vida. ¿Por qué es para algunos voluntariado y para otros no? Si el sacrificio en cuestiones de vida y costo de vida, es más sacrificado”.

No es extraño que remita a este relato histórico fundacional de la enfermería que es en el momento que se empieza el proceso de profesionalización de la misma, en un contexto patriarcal de guerra y de una nueva configuración del MMH, con la consolidación de la enfermera como la “perfecta esposa” que asiste al médico.

Prevalecen las representaciones que se sostienen a lo largo del tiempo, todavía hay un halo que recubre el trabajo sublime de las enfermeras: la idealización de esas familias que agradecen, porque es un valor que excede a la profesión, un plus simbólico que no se aprende, que no viene entre las herramientas conceptuales y técnicas de la carrera.

Esto determina la propia valoración, concepción que tienen de su propio trabajo, los límites y contradicciones entre considerarlo una “vocación” y plenamente un “trabajo”.

Respecto a las consideraciones entre trabajo y una “habilidad/disposición”, encontramos contradicciones, como la que aparece en Bárbara, ante la pregunta de si hay algo que le de mucha impresión, al día de hoy, luego de años trabajando como enfermera, ella nos dice: “Yo creo que te acostumbras, no sé si es la palabra adecuada, pero creo que algunos ya nacemos para ser enfermeros. A mí me encanta, me gusta mirar y me gusta aprender”.

Por un lado, habla de “acostumbrarse”, algo que indica un trabajo en el tiempo, a la vez que al final aclara “me gusta mirar y aprender”, reforzando este sentido que refiere a una capacidad profesional que se cultiva. Sin embargo, entre medio, señala “creo que algunos ya nacemos para ser enfermeros”, aludiendo a una disposición “natural”.

## 5.2 Saberes

En el ejercicio del trabajo de cuidado de las enfermeras, encontramos diálogos y tensiones, disputas, contradicciones y tironeos, negociaciones y pérdidas, entre los saberes propios de la enfermería y del cuerpo médico hegemónico; entre los saberes populares/profanos, en tanto mujeres como los de las/os/es pacientes, y el saber especializado que da la profesión. A continuación, desarrollaremos los distintos saberes involucrados, sus supuestos, las violencias que se producen y las estrategias y formas que aparecen para contrarrestarlas.

### 5.2.1 Saberes profesionales en diálogo y tensión

Por un lado, algunas de las entrevistadas valorizan el inter-aprendizaje entre el personal de salud, ya sea con colegas de enfermería o incluso con médicos/as (cuando en los relatos aparecen referencias positivas como la siguiente, refieren en general a médicas mujeres). Bárbara nos cuenta:

“Por ejemplo, con la doctora D. P.-que es dermatóloga- mucho observar la piel y encontrar a veces algo. Cuando viene algún paciente “No, mire, que me ha salido esto”, y decís “¡Ah! esto es un herpes zóster. Ya le encontrás el diagnóstico digamos. [...] he estado mucho tiempo con ella compartiendo en el consultorio. Y entonces me decía: “Bibi, mira tal cosa, esto se llama así, o mira, vamos a hacer esta técnica, o el bisturí lo tenés que agarrar de esta forma para cortar el hilo”. Cosas así que vas aprendiendo. Por ejemplo, la doctora O., que la amo, porque viste esas esas personas que no se olvidan, que quedan y que aprendés mucho con ella. Un día me sentó y me dice: “Ahora vas a hacer vos el punto”. Me tiritaba la mano y así vas aprendiendo cosas que te van enseñando”.

En otro caso, por el contrario, se destaca la soledad en que se ven para adquirir determinados aprendizajes complejos, que deben afianzar con la práctica, desde el preguntar y el diálogo con otras enfermeras. Camila, señala en referencia al trasplante renal:

“A nosotras jamás nos llamaron para decirnos una charla de lo que era trasplante renal. Aprendimos de ir toqueteando, mirar, de preguntar, preguntar y preguntar. -¿Y a quien preguntaban, a los médicos? – C: A los médicos y teníamos dos señoras, que ya se jubilaron las dos, que hicieron trasplante renal las primeras veces. Te estoy hablando de treinta años atrás. V: ¿Enfermeras ellas? -C: Enfermeras. Una enfermera y la otra auxiliar. Y ellas nos decían: “Chicas esto se hace, esto no. Pero pregunten porque todo esto es nuevo. Otra vez después de treinta años [...] Pero jamás nos llamaron a decir: “Chicas a ver, se trabaja así, se hace esto”. No, jamás. Hace dos semanas se empezó con trasplante hepático. Que nosotras estábamos nulas. Lo mismo pasó: “Vayan y atiendan”. Y nosotras hacemos lo básico. Nadie te dice: “Chicas es esto, se hace acá, tiene que ver estos valores”. Que nosotras en un paciente cardiaco los manejamos diferente. Vos sabes que en ciertas presiones del paciente, está mal si sube mucho o se baja. Pero en esto pacientes nadie nos decía nada. O

por ejemplo en el renal cuanto tenía que orinar, cuando no. Nadie nos dijo nada. Hemos ido aprendiendo viste de decir: “Doctor mire esto, ¿es normal?”. Bueno, pero nadie nos enseñó, nadie nos dijo... O de última: “Chicas agarren un libro o tal libro, que tal libro donde a lo mejor habla todo lo que es trasplante renal”. Nadie te enseña”.

Esto podemos asociarlo con el recelo que aparece en algunos/as médicos/as ante la formación de las enfermeras, como describe en varias oportunidades Camila, muchos no están de acuerdo con que ellas sean licenciadas y estén “al mismo nivel que ellos”:

“Al ser licenciada te da una pauta más para tomar una decisión, o ponerte a la altura del médico y discutirle a veces ciertos procedimientos [...] Y hay muchos médicos que eso les choca [...] que opinemos en cosas. [...] **Muchos son machistas de decir “que la enfermería es más bajo que el médico”**”.

Al avanzar en terrenos que no les estaban permitidos, sus saberes se ponen a jugar con la misma autoridad que la del cuerpo médico, aunque con sus funciones específicas:

“Antes enfermería no investigaba, ahora sí se investiga. Congresos de enfermería no existían y se empezaron a hacer. Se empezaron a avanzar en otros puestos, antes por ejemplo no había enfermeras en infectología, ahora sí tenemos enfermeras en infectología. En los comités de ética antes no había, ahora sí hay. Es como que hemos ido de a poquito subiendo en nuestra categoría”.

Sin embargo, en esos avances que se han habilitado a la enfermería, interviene también la conveniencia de los médicos:

“-C: Pero nosotras, por ejemplo, lo que es el servicio nuestro, muchas veces los médicos nos dan autoridad para hacer cosas. Ellos a veces se van a operar y nosotras quedamos totalmente solas. Así que muchas de las decisiones son nuestras. Te puedo hablar de salvar a un paciente, hacer actividades de ellos y ellos después nos avalan. Porque ellos saben que dejar el servicio también está mal. Pero bueno, porque tienen sus cosas, sus cobros, sus cosas aparte que no sabemos bien...Pero ellos saben que eso es abandono de persona, entonces muchas veces confían en nosotras para estas cosas. -V: ¿Pero más que confiar, lo hacen para resguardarse ellos? -C: También. Por eso te digo que es un ida y vuelta esto. Pero si **ellos manejan mucha confianza en nosotras, porque saben que estamos al pie**. Nosotras por ejemplo pasamos todo el día sin ellos, y cuando ya la situación no da para más los llamamos. **Pero muchas veces manejamos todo nosotras, pero también para ellos es una comodidad. Pero enfermería ha avanzado en muchos terrenos, por eso ellos a veces se enojan”**.

Así, terminan aprendiendo cosas nuevas, de la mano de colegas que lo saben de la experiencia, o a partir de la insistencia de preguntar a los médicos, que terminan enseñándoles, “con paciencia”, por su propia comodidad:

“Y los que hemos tenido nos han contestado bien, bien porque ellos saben que

nosotras con ese tema nada que ver. Entonces nos han contestado bien: “Chicas esto se maneja así”. Pero igual es como que vos entras a algo nuevo y no sabes con qué te vas a encontrar. Nosotras, por ejemplo, empezamos a ver cosas que no las manejamos a diario. “Pero, ¿cómo qué no?”. “Y no, nosotras manejamos otras cosas y esto no”. Entonces te dicen: “Ah, bueno, esto se hace así”, con paciencia. Pero como te digo, **a ellos le conviene porque no están las 24 horas ahí...**”.

Esta conveniencia de parte de los/as médicos/as es en un doble sentido, por un lado, la tranquilidad de dejar el servicio en manos de las enfermeras y, por otro lado, en términos económicos, ya que mientras ellas hacen “todo por el mismo precio”, como expresa Camila, ellos pueden cobrar aparte:

“... y todo por el mismo precio (Risas). ¿Por qué te digo **todo por el mismo precio?**: porque nosotras, como dicen ellos que está dentro del área geográfica donde nosotras trabajamos, tenemos que atender a los pacientes que llegan, pero nosotras no cobramos nada, nada aparte, pero sí, ellos se llevan la torta de guita [...]. Y no sabemos bien como es el manejo. Pero siempre enfermería no puede cobrar plata, no puede más de lo que te paga el sueldo del Estado. [...] Y [ellos] yo creo que lo pasan como urgencia. Son contratos aparte”.

Por otro lado, los saberes se valorizan en función del contexto. Jimena, señala en los casos de urgencias, la importancia y valor de la experiencia:

“Las enfermeras tenemos más formación y más experiencia que los propios médicos. Porque un médico que empieza sus residencias (recién salido de la universidad) sale con toda la teoría. Pero le decís: “Pone un suero” y tiritita. Y lo hemos visto nosotras y nosotras le hemos enseñado a los médicos a pinchar y sacar sangre”. Y ¿por qué ellos tienen que saber hacer nuestro trabajo? Porque en un momento de urgencia, a nosotras no nos salen dos pares de brazos más para poder hacer las cosas y por ahí necesitas que el médico también se ponga a tu par y te ayude y esté con vos. Entonces le enseñábamos a sacar sangre, a poner suero... porque no sabes en qué momento el médico se va a chocar con una urgencia y va a tener que saber hacer las cosas. **Y en ese momento nosotras sabemos más que ellos, porque tenemos la experiencia**”.

A pesar de contar con la experiencia y los saberes, de ser licenciadas y profesionales, difícilmente se las considera al mismo nivel que el cuerpo médico. Como vimos en el relato de Camila, esta experiencia de las enfermeras y que manifiesten sus opiniones genera, en muchas ocasiones, reacciones por parte de los médicos. En este sentido, Valentina nos relata una situación en que tuvo, como dice, un “intercambio de palabras” con un médico psiquiatra, jefe de servicio en la sala de mujeres. Nos cuenta:

“Le di mi percepción con respecto a una paciente y él como que se sacó y se puso como muy...no quiero decir violento, pero como que se enojó, me levantó el tono de la voz, me gritó en el medio del comedor. A lo que yo le dije: “Mirá, todo esto que acabas de decir,

es tu percepción, es tu mirada. Yo no creo que sea como lo estás planteando. [...]Por un caso de una paciente que estaba con una excitación psicomotriz. A mi criterio, estaba mal medicada y él decía que no, y yo decía que sí. Porque si hubiese estado con un esquema farmacológico adecuado no hubiera hecho esa excitación. Le decía: “A mí me parece que hay que rever ese esquema”, entonces él como que se sintió cuestionado en su labor y me dijo: **“Vos no tenés que opinar, porque vos no sos médica”** y le dije: **“Sí, yo no soy médica. Soy enfermera, pero opino porque trabajo y veo, porque estoy todo el día con la paciente.** A ver, si vos crees que está bien, perfecto, para mí no”. Después lo pudimos hablar en privado, él me llamo y me dijo: “No, porque yo soy el doctor” entonces le dije: “Mira si vos sos doctor o no la verdad no lo sé, porque no te veo con el doctorado que lo andas paseando. Una cosa es ser médico y otra cosa es ser doctor, doctor acá y el único que conozco el M. que es el farmacéutico”. A mí no me vas a intimidar con estas cuestiones de títulos que me a mí me importa muy poco el título que vos tengas. Vos para mí sos el médico psiquiatra y yo soy la enfermera y te digo que para mí, el esquema farmacológico no es el adecuado porque la paciente hace tres días que esta con excitación psicomotriz recurrente, recurrente, recurrente. Entonces hay que reverlo, no te digo que está mal o está bien, te digo que es inadecuado”. Él se molestó por eso, yo digo por ahí se habrá sentido molesto porque ¿le habré tocado el ego?”.

Ejemplos de este tipo, abundan en los relatos. Romina destaca una experiencia similar, sobre todo, cuando ingresan a opinar sobre un terreno que parece no corresponderles, el de la medicación y, más aún, intentar contrariar la indicación médica:

“Yo una vez me pelee con una residente, porque ella había indicado la vancomicina con solución fisiológica, iba con dextrosa. Y ella me dijo: “No, preparáasela”. “No, es que no va con solución fisiológica”. “No, preparáasela con solución fisiológica”. Y me llamaron a hablar, me acuerdo, con el P. R., y con el que era el jefe de la Pellegrina en esa época...Entonces dije, es que la vancomicina no va en solución fisiológica, puede producir un síndrome, y eso la doctora no lo sabe. Y yo me negué a colocarle la medicación de forma incorrecta, entonces me llamaron para llamarme la atención por haberme negado ante una indicación médica. Y después me terminaron pidieron disculpas. Pero en el momento fue horrible y te lo pasas”.

Jimena, por su parte, relata:

“Porque para los médicos, los cirujanos por ejemplo, vos tráeme el hígado, tráeme la vesícula, tráeme el apéndice, tráeme la rodilla, tráeme la tiroides, tráeme... no son personas, son órganos patologizados porque tienen una patología que hay que curar. O te dicen, que se yo, “la ictericia de la 103-2”; “la hepatitis de la 105-3... Son patologías, son órganos enfermos. Y las enfermeras tenemos la responsabilidad holística del cuidado del paciente. No son un pedazo de carne, son un ser. Entonces en eso **yo fui muy picuda en el rebatir criterios médicos y decir: “Hágalo usted, no estoy de acuerdo”**. Todo lo que son medicaciones. O: “Abrila que le pase todo...”. “No, yo no voy a abrirla sin la medicación y que pase”. **Yo también estudié farmacología** y sé que si a un paciente le va a pasar todo esto y... no le va a hacer mal en lo orgánico, no le va a hacer daño; pero, si le paso todo esto,

después me va a quedar el resto de lo queda de 24 horas desprotegido ante la aparición de un nuevo dolor, para aplicarle la misma medicación u otra parecida (porque toda medicación tiene un efecto nocivo contra alguno de los órganos. Entonces qué se yo algún analgésico, que me afecta los riñones, si se lo paso a chorro (para que se agote el suero y sacárselo) después, a las seis horas, no sé si se me aparece otro dolor. Y que le haga una sobredosis de ese mismo analgésico y a lo mejor no le pasa nada. Pero no es lo que corresponde”.

Sin embargo, tenemos que tener en cuenta que poner un freno a la situación, hacer valer la percepción, el saber y valoración profesional, no es recurrente ni fácil para todas las enfermeras. Por lo general las enfermeras transfieren sus conocimientos a los profesionales médicos, pero esta transmisión se produce en relaciones de profunda desigualdad de poder, quedando despojadas de sus saberes y modos de hacer, al tiempo que paradójicamente no son reconocidos ni legitimados. El trabajo de cuidado de las enfermeras en la práctica se constituye en representaciones más cercanas a los intereses y necesidades de las/os pacientes que del sistema médico sanitario. De allí también, la dificultad en poder hablar y expresar su voz y opinión, Valentina lo vincula a las condiciones laborales:

“Pero por ahí lo hice porque yo soy así, pero tengo compañeras que serían incapaces de responderle algo o de decir alguna crítica o dar su opinión. [...] El temor, esto se ve mucho con los chicos que están en negro, en situación informal. En los prestadores de servicios o en los contratos. Como están en condiciones de trabajo precarizada, tienen temor a poder dar su opinión, o poder defenderse o contestar de manera adecuada, y quedarse sin laburo, por que pasa. Yo decía: “No, no puede ser, no puede pasar”, hasta que pasa. [...] ha habido casos de: “No me gustó como me contestaste y chau no te quiero más”.

Ante esto, Valentina pone en valor la interdisciplinariedad, la necesidad de romper con las únicas voces autorizadas y escuchar los aportes y saberes de las distintas especialidades y profesionales que intervienen:

**“Esta cuestión de que el médico es dios y es la palabra de... yo no creo que sea así. Creo que todas las opiniones de todas las disciplinas son absolutamente respetables porque cada una tiene su fundamento, sea la médica, la psicóloga, la trabajadora social, la enfermera, la profesora, la chica que viene de arte terapia, la terapeuta ocupacional... Todas las disciplinas están en función de poder mejorar la calidad de vida del paciente y su salud. No creo que haya una única palabra. Creo que cada disciplina hace un aporte re importante e interesante y que debe ser escuchada”.**

Finalmente, si bien Valentina enfatiza la constitución de la palabra médica como “divina”, alerta también de los riesgos a que suceda en las otras disciplinas:

“Yo hace poquito que estoy en el programa- hará un año-, antes estaba en las salas

de internación del hospital y en la guardia. **En las internaciones hay como unas cuestiones de hegemonía de cada disciplina.** Cuando digo hegemonía no es solo del médico es hegemonía médico, hegemonía enfermero, hegemonía psicólogo y hegemonía trabajador social”.

Resulta interesante lo que plantea Valentina, dado que pone en evidencia, los múltiples obstáculos que deben afrontar quienes sostienen una reflexión crítica sobre sus saberes y prácticas, dado que no sólo deben luchar contra el Modelo Médico Hegemónico, sus rasgos estructurales y los procesos instituidos, sino que además se debe lidiar con las hegemonías disciplinarias de procedencia que se resisten a los modelos alternativos.

### 5.2.3 Saberes holísticos/ saberes técnicos

Como aparece de modo recurrente en las entrevistas, lo propio del trabajo de las enfermeras es el estar las 24 horas ahí, disponibles. Ana señala:

“Nosotros hacemos cuidados de 24 horas los 365 días del año. No como el médico que tiene sábado, domingo o administrativo, nosotros trabajamos todo el año, o sea porque tenemos guardia. No te digo que tenés franco, pero la enfermería es así, está cubierta los 365 días del año. No como los docentes que van de lunes a viernes, sábado y domingo no. Acá no, todos los días, por eso es **cuidado holístico**”.

Esta permanencia con el/la paciente, habilita a una mirada holística que permite que muchas veces sean ellas las que detectan malestares y/o inconvenientes en la salud de sus pacientes, Jimena destaca:

“Ellos tienen toda la teoría - que a lo mejor nosotras la tenemos- pero hoy por hoy hay una enfermera más vieja que yo y nos ha pasado ir caminando por el pasillo y mirás un paciente – “Doctor, vení porque el paciente tanto no está bien”. – “Y ¿qué tiene?”, - “No sé qué tiene, no está bien”. Creo que el momento más importante (donde más feliz yo fui) cuando un jefe de residentes yo le dije esto y ahí nomás se viene (y venían sus residentes) y el paciente estaba agónico y se hizo todo (no me acuerdo después qué pasó con el paciente) pero sí me acuerdo que ese médico dijo: “Cuando las enfermeras les digan vení, vení, porque te lo están diciendo por algo”. No sabes el qué, no sabes el por qué... pero sabes que algo no está bien”.

Ellas, al ser las que más tiempo están con el/la paciente, tienen una mirada más integral del cuerpo, de la persona y de su proceso de atención salud-enfermedad. Es por ello, que ese “no sabes por qué, pero sabes”, tan difícil de explicar pero fundamental para la atención sanitaria, resulta uno de los saberes esenciales que portan las enfermeras, saberes empíricos, saberes experienciales,



saberes producto de la práctica y de la empatía con el sufrimiento ajeno. Saberes que se inscriben en el cuerpo y que no pueden ser claramente identificados en categorías conceptuales o en tecnicismo médicos:

“Es esto: “¿Qué tiene?”. “No sé, no soy médica. No sé qué tiene. Pero el paciente tiene algo, buscáelo”. Y en realidad el médico se pone a buscar y lo encuentra. **Yo no sé qué tiene, pero tiene algo.** Entonces por ahí cuando las enfermeras llamamos y decimos: “¡Vení!”. Los médicos corren”.

A su vez, no solo es la cantidad de tiempo que permanecen, si no también, el poner en juego más que conocimientos técnicos. Valentina, señala, su experiencia de trabajo en salud mental:

“En los hospitales generales es mucha técnica, es más de lo que haces siempre en todos lados y esto es como un poco más comprometido. Va más allá de ir a hacer un inyectable, hacer un control de tensión o de glucemia, o de ir a preparar una medicación y nada más. Es como que te involucras más y tenés otro laburo con el paciente. Es como más holístico, más global... Podes intervenir en distintos aspectos. A veces no sos solo enfermera, sos enfermera y en el momento que no está el médico, sos médica. Porque vas evaluando si das o no, según el criterio propio, un medicamento dependiendo de la sintomatología o de lo que le esté pasando al paciente en ese momento. Sos trabajadora social, sos psicóloga, engloba muchas cosas”.

Valentina expresa ese plus de valor del trabajo de cuidado que excede al trabajo técnico, que ella define por su carácter holístico pero que refiere a ese “tornarse hacia”, se trata de un entendimiento empático, una percepción de lo corporal, que Thomas Csordas denomina “modos somático de atención” para referirse a esa modalidad alternativa de prestar atención a y con el propio cuerpo en contextos que incluyen la presencia corporizado de otros/as/es ([1993], 2010).

Martina destaca a su vez que en la enfermería se brinda un cuidado más exhaustivo y abarcativo, ya que tiene una mirada más integral, no focalizado solamente en una patología:

“Porque viste que vos en enfermería tenés el PADE – que es el Proceso de Atención de Enfermería - que tenés la valoración del paciente, entonces te fijás las distintas áreas. No sé, la piel, si la tiene intacta...son las doce necesidades: la del sueño (si descansa bien), la de higiene (si se puede bañar), la de eliminación (si hacen pis, caca)”.

A su vez, hay cosas que saben, por poder tener otras relaciones con los pacientes:

“Sí porque estas todo el tiempo. O una paciente que ha tenido un aborto y hay veces que no necesita psicólogo ni nada, pero hay chicas que te lo piden. **La viste que estuvo todo el día llorando, entonces vos le avisas al médico (porque ella no le va a decir)”.**

Sin embargo, aparecen tensiones con los saberes y procedimientos estandarizados, el ritmo de trabajo que se vuelve mecánico y repetitivo, lo que conduce como destaca Martina, a una pérdida de esta mirada y trato más holística e integral de la enfermería:

“A diferencia de la medicina, ves a la persona más integral, es más humanitario el trato. Solo que después eso lo van perdiendo cuando empezas trabajar, lo pierden totalmente **se contagian mucho de los médicos**”.

Pero finalmente, la adaptación y la integración implica en ocasiones la imposición del MMH, de sus lógicas y normas biologicistas e individualistas.

#### 5.2.4 Saberes populares/profanos

En algunos casos, aparece cierta complacencia con los saberes populares, como algo que no perjudica pero tampoco, por la estructuración misma del sistema de salud, puede ponerse plenamente en valoración, aunque no perjudique y pueda hasta ser de utilidad. Bárbara sostiene:

“Por lo general hay mucho con el tema del herpes zóster, que la gente le dice culebrilla. Ellos utilizan la tinta china, entonces le decís: “Sí, eso funciona”. En realidad es un virus que no le gusta la luz, entonces ¿qué haces? Pones la tinta para que este fresquita la piel. Porque te pica, te arde. Pero no se hace, es lo único que les puedes decir y ellos van y lo hacen [...] No los perjudica pero te mancha la piel, eso es lo único. Eso es lo que más comúnmente se ve”.

Ante la pregunta a Pamela y Romina, si es posible que se pongan en juego otros saberes, además de los profesionales, Pamela retruca desafiante: “¿Y vos pensas que lo puedes aplicar al sistema?”. Entre las risas de ambas, con tono de resignación, Romina responde: “No se puede aplicar al sistema. Es imposible”, a lo que Pamela explica:

“Porque tenés **un protocolo**. Por ejemplo, lo que ahora nosotras vamos a ver...porque estamos actualizándonos. Nosotros estamos trabajando ahora en el EPS, **Educación Permanente en Salud**. Esa es la pedagogía...**Pedagogía de problematización** nos trabajan en la licenciatura, en donde se problematiza la práctica, se teoriza, y a partir de esa problematización. Yo tengo este problema en los cuidados, de ahí lo teorizo y de ahí hago mis preguntas de reflexión. Pero las autorizaciones, por ejemplo, te puedo decir desde una curación, estas curaciones se realizaban así, en este tiempo. Bueno, ahora se realizan así. Ahora se realizan así. La enfermera que la realiza de esta manera, lo está haciendo mal, está haciendo una iatrogenia. Una iatrogenia por falta de actualización. Porque se maneja por protocolo, por estudio de cuidado. Tienen convenciones anuales las enfermeras en donde se hace...Hay diagnósticos, los **diagnósticos NANDA**, que son los diagnósticos de enfermería. Nosotras hacemos una valoración de enfermería, se llama **PAE, proceso de atención en enfermería**. El PAE tiene un procedimiento que es el modo de proceder en el

trabajo: observación del paciente, las indicaciones, la evolución, la ejecución del plan de enfermería”.

En este sentido, se alude a la estandarización de los saberes y prácticas del cuidado que se realiza en las instituciones para poder abordarlo (diagnóstico NANDA,PAE, EPS, entre otros).

En otro caso, encontramos un rechazo a los saberes más populares de parte de la gente que va a asistirse. A Rosario, dado sus conocimientos populares, además de la facilidad en su contexto rural de acceder a plantas y yerbas, le preguntamos si alguna vez pudo en la atención sanitaria en el Centro de Salud, usar “las dos cosas”:

“Y si, alguna sí, yo la que veía que no...porque por ahí habían mujeres que me decían: “No, qué vamos a hacer remedios caseros si para eso está la sala” Habían varias que no les gustaba. Entonces, uno más o menos sabía a quién le podía dar [...] Pero habían otras que decían no, para eso está la sala”.

Por último, en algunos casos se destaca el aprendizaje de los/as pacientes, sobre sus cuerpos y patologías. Camila lo expresa de la siguiente manera:

“Si. Por ejemplo, los pacientes renales te dicen todo. Saben su patología y a lo mejor hay cosas nuevas que uno no las sabía y ellos te dicen: “No, no esto es así porque el organismo...”, y vos te quedas helada, porque decís: “Tiene razón”. O el paciente diabético, se conoce solo y por ahí te dice: “Esto se maneja así y así” y te quedas callada y le decís “Si, tenés razón”. O nuevos protocolos, como nosotras no manejamos las nuevas cosas en esas patologías, y ellos al estar en forma permanente te dicen por ahí: “No, esto se maneja así o así”. Y vas y preguntas y te dicen: “Si, es así, ahora lo nuevo es así”. Pero porque nosotros no tenemos un tiempo de ir a buscar, profesionalizarnos o hacer un curso más intensivo. Los cursos nos salen carísimos. Y si no son de horas, por ejemplo los cursos nuestros del hospital son a las doce del mediodía. Son horarios que nosotros no podemos ir”.

Camila pone en evidencia la capacidad de agencia de las/os pacientes con autoconocimiento de su proceso de atención salud-enfermedad, la autonomía y al mismo tiempo reconoce la dificultad para actualizar la formación por parte del equipo de enfermería, por los elevados costos de los cursos y por la incompatibilidad horaria.

### 5.2.5 Saberes en explosión

Finalmente, traemos el relato de Jimena, por lo denso y valiente de su experiencia, y además, porque consideramos abre una posibilidad de diálogo entre lo instituido y lo disruptivo, lo cual no sucede muy a menudo en las instituciones. Ante una situación de discriminación que sufre por parte de la jefa de personal de ese momento, y ya con una trayectoria de empoderamiento en

tanto delegada sindical y con un fuerte acompañamiento del colectivo de la diversidad (veremos en el apartado final de resistencias, su contacto con Lohana Berkins, entre otras experiencias significativas), decide presentar una denuncia en el Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI). A partir de allí, el hospital se transforma:

“...yo digo que se deconstruyó, explotó el hospital y se volvió a reconstruir es literal. **Porque el hospital empezó a crecer a la par mía y a construir también esta identidad inclusiva.** Yo siempre digo que trabajo en el Hospital Italiano y el hospital nunca salió a hablar de la enfermera trans que trabaja con ellos –que, claramente, lo podría salir a hacer– pero ellos no se fijan en la identidad sino, en el profesionalismo, en aquella enfermera que trabaja y nada más. Entonces por eso considero que el hospital empezó a crecer en esto. Qué se yo, habrá algunos tres que quisieron que me fuera, seguro. En lo general del hospital, **el hospital empezó a acompañar, empezó a crecer, empezó a llamarme como yo quería llamarme, empezó a reconocerme”.**

Por un lado, el hospital, como institución, aprendió y creció “a la par” de ella, como nos dice, y a su vez las personas que lo conforman (colegas, residentes, pacientes), a partir de los actos cotidianos de pedagogía que Jimena desplegaba, en la larga lucha que significa combatir los prejuicios heterosexistas arraigados en el sistema de salud:

“Se empezó a caer ese prejuicio social prefijado, lo cual llevó también con compañeros residentes (y que hoy son médicos) que, al día de hoy, les consulto o les digo: “Mirá, te derivó a un paciente, por esto, esto y esto”... “No, si lo dice la negra, pasá”. O sea que confían en la profesional en esta visión, de estar muchos años en la guardia, de trabajar con ellos. Y, hay mucha camaradería, muchas horas de trabajo. [...] Entonces conocer a la persona al punto que ha llevado a discusiones (últimas, recientes): “Pero no, mirá el puto este”. “Pará, que lo estás diciendo adelante mío”. “Pero no negra, es que vos no, vos sos una mujer más”. Y yo les digo: “Mira está bien que vos me veas como una más. A mí, a todas venos como unas más”.

Jimena no solo percibe la discriminación e invisibilización que se sufre en la atención médica por encarnar una corporalidad disidente, sino que asume y multiplica las reivindicaciones para que no suceda más. A través de su experiencia, sus saberes y su convicción, aporta enormemente en el Hospital donde ejercía, pero a la vez, extiende ese saber hacia otros espacios, en pos de garantizar una salud no sexista, inclusiva y romper con el binarismo en la salud:

“Y **deconstruir eso, el binarismo en la salud** (que es algo con lo que nos forman) y es una estructura muy dura porque nos forman: varón/mujer, patologías de varón, patologías de mujer, genitalidad de varón, cuerpo de varón, cuerpo de mujer, todo tan dividido; y, hoy día, tenemos: varones con úteros y mujeres con próstatas. Entonces romper el binarismo y entrelazar todo es como difícil, pero estos profesionales empezaron. Profesionales que emigraron a otros hospitales a hacer sus residencias de segunda instancia,

de segundo nivel y ya se iban con este conocimiento. Y después me los he cruzado y he ido a consultar, de hecho (a finales del 2012, principios del 2013) cuando fui al Central a plantear el tema que se abriera el consultorio de feminización y masculinización hormonal, según lo establece la Ley de Identidad de Género, me encuentro con dos ex médicas clínicas (ex residentes del Italiano y actuales residentes de endocrinología) y son las primeras que saltan a respaldarme y llevarme para que un profesional del Central se especialice específicamente en feminización y masculinización hormonal. Porque ya **ellas se habían deconstruido conmigo, volteado el prejuicio y abren en otras instituciones**. Y eso fue fantástico”.

Por último, no solo es abrir a que las instituciones garanticen la atención sanitaria a la población trans, si no también, a que más compañeras trans ingresen como profesionales de la salud en las mismas:

“Entonces hoy ver que en el Central también hay una chica que es enfermera (en realidad es técnica en hemodiálisis), Candela (que ahí te paso el contacto) que es enfermera en un centro de salud, Agostina (que es enfermera en un centro de salud), Regina (que es enfermera en San Rafael), vos ves que hay compañeras que empiezan a seguir tu camino”.

### 5.2.6 Límites y posibilidades en el MMH: de la subalternización a la profesionalización y los resquicios de saberes otros

Los saberes de las enfermeras se enmarcan, como contextualizamos en el Capítulo 1, en una historia de monopolización, mercantilización y profesionalización de la salud en torno de la industria médica; el exterminio de los saberes populares y la exclusión de las mujeres en los mismos, con su posterior inserción marginalizada/subalternizada. La configuración de este orden social masculino, se mantiene y refuerza de distintas maneras con este tipo de expresiones y prejuicios que subsisten. Como explica Camila: “Se sigue manteniendo un patriarcado por decirlo así, de ciertas cosas. Pero como de a poquito nosotras hemos escalado...”.

La violencia epistémica prevalece en el MMH, no es algo novedoso, si no que da cuenta de su historia y se refuerza/renueva en su funcionamiento, en la producción de voces autorizadas, legítimas y de voces subalternizadas en el campo de la salud. En especial referido a los trabajos de cuidado, Mari Luz Esteban señala:

“...el tratamiento naturalizador y emocional del cuidado se traduce directamente en que dichas funciones así como los conocimientos que comportan no tienen igual reconocimiento social y simbólico que otros trabajos y saberes. Por ejemplo, en la mayoría de estudios y discursos al respecto no se les confiere a las mujeres el mismo estatus “profesional” que tienen otros colectivos relacionados con la atención a la salud, como el personal médico-sanitario o los trabajadores de servicios sociales, que son considerados los expertos. De manera **que las mujeres, como genérico, y a pesar de que se hable de sus funciones como cuidadoras, permanecen a nivel simbólico en un espacio intermedio entre**

**la población general y las instancias de poder, conocimiento y prestigio, como meras intermediarias en el proceso de atención y cuidado, en lo que no sería más que una extensión de sus roles domésticos” (2003:6, negrita nuestra).**

De esta manera, entendemos las dificultades que encuentran las enfermeras para hacer valer sus saberes, romper ese rol de “intermediarias” y poder contar con prestigio y valoración propia como cualquier profesión de la salud. Rescatar sus voces, experiencias y estrategias, a la vez que las contradicciones que emergen, permite aportar a una revalorización de los saberes específicos, a la producción de instancias alternativas y resquicios por los que desafiar la palabra del “Dios-Médico”.

### 5.3 Cuerpo, sexualidad y emociones

La sexualidad, la corporalidad y las emociones constituyen dimensiones transversales en nuestro análisis, por nuestro punto de vista feminista y las orientaciones teóricas-metodológicas enmarcadas en la sociología de las emociones. A fines analíticos, reunimos los aspectos más significativos en este apartado.

Procuraremos registrar las emociones implicadas en el trabajo de cuidados y las especificidades que remite en tanto trabajo del, sobre y con el cuerpo. Las maneras que las enfermeras trabajan el contacto con el cuerpo ajeno: no solo en tanto materialidad integral, si no en sus distintos aspectos tangibles e intangibles: olores, fluidos, sensaciones. A la vez, que manifestaciones de la sexualidad propia, y de sus pacientes. El contacto con las enfermedades, la muerte, la vida, y las emociones que de ello se desprende, enmarcado en un ámbito de trabajo específico -el de las instituciones sanitarias- con sus disponibilidades y prescripciones respecto a lo qué es posible hacer, sentir, decir y lo que no. Lo decible, lo sentible, y lo prohibido.

#### 5.3.1 Emociones en juego

La palabra emoción proviene del latín *emovere* (mover, moverse), es decir, las emociones son las que nos movilizan, remueven y, en definitiva, conducen a transformar-nos en la acción. Pueden llevar a la quietud o al movimiento, a paralizar o disponer todas las energías en huir, gritar o quedar en silencio, se expresa física y corporalmente en el registro de una sonrisa, un llanto, u otras manifestaciones gestuales.

Las emociones históricamente han sido asociadas a las mujeres, por su proximidad con la naturaleza y el cuerpo, y han sido consideradas, por lo tanto, de manera subordinada al pensamiento, perteneciente al mundo de lo masculino, “la” cultura y la razón.

Las emociones consideradas en tanto prácticas sociales y culturales (Ahmed, Sara, 2015) se implican de manera constante en el trabajo de cuidado. Hay algunas emociones que se tienen que cultivar para lograr un “buen cuidado”, hay otras que es necesario apartar para que no interfieran con la práctica profesional. Por otro lado, el trabajo de cuidado implica una relación con el cuerpo y sus necesidades, lo cual supone, como señala Christophe Dejours:

“...un enfrentamiento afectivo con las insuficiencias del cuerpo, con lo que el cuerpo puede producir de temores, de angustias, de aversiones, de ascos, por sus sufrimientos, sus dolores, sus heridas, su sangre, sus fealdades, sus deyecciones, sus olores, etc. Todos estos estados del cuerpo solamente pueden provocar, en respuesta, angustia hacia la perennidad del cuerpo propio de uno, de su belleza o de su marchitamiento, de su devenir y de su envejecimiento” (Dejours citado en Borgeaud-Garciandía, 2016:16).

A continuación, analizaremos lo que se sucede con las enfermeras en este enfrentamiento cotidiano con los cuerpos ajenos y propios, las emociones involucradas, las experiencias transitadas en torno a la vida y la muerte, su propia sexualidad y la de sus pacientes, y las estrategias que llevan a cabo en lo que constituye sostener un fuerte trabajo emocional, corporal para garantizar los cuidados.

### 5.3.2 Las bajezas humanas

En su desempeño profesional, las enfermeras trabajan cotidianamente con cuerpos ajenos, sus fluidos, texturas, olores, heridas y dolores. Desarrollan estrategias que les permiten afrontar este acercamiento con lo feo y desagradable de las “bajezas humanas”. En este sentido, Jimena relata:

“La dureza que tenes que tener y la fortaleza para chocarte con las bajezas humanas **pero la bajeza en el sentido del cuerpo, porque nosotras limpiamos caca, limpiamos pis, limpiamos vómitos y sentimos olores** y hay valientes varones que eso no se lo bancan. Y nosotras sí. Entonces somos generalmente mujeres”.

Camila destaca como parte de su trabajo implica ahorrarle el contacto con esas “bajezas” a los/as médicos/as:

“Claro **ellos vienen un ratito** [en referencia a los médicos]. A ver, **no es lo mismo entrar y sentir un olor al paciente que está sucio a un paciente que está limpio**. Entonces

muchas veces eso se valora. Nosotros por ejemplo en sala, **tratamos de que los pacientes se bañen antes de que entren los médicos a la sala**".

A pesar de que es algo con lo que tienen que lidiar de cotidiano, Camila no se acostumbra a los olores y el desagrado que le produce. Es parte de su trabajo hacer un esfuerzo y continuar con lo que le corresponde. Sin embargo, el cuerpo se manifiesta, en esos desbordes que escapan a la capacidad profesional y cualquier posibilidad de controlarlo:

**"Yo soy re asquerosa. Todo el mundo me dice: "Pero si sos enfermera". Y ¿qué tiene? Yo soy asquerosa con los olores. A mí hay cosas que me dan asco y compañeras que no les da asco me las hacen a mí, y lo que les da asco a ellas, a lo mejor a mí no y lo hago yo. [...] yo por ejemplo soy una asquerosa con los mocos. Yo veo un moco y salgo a lo mejor a vomitar. Y muchas veces he partido al baño y se ríen porque me dicen: "Ya tendrías que estar acostumbrada". "Y bueno, no me acostumbro, no es normal". Cuando tengo que higienizar a un paciente que se ha hecho caca, por ahí me pongo... voy le pongo un poquito de perfume al barbijo y me lo pongo para no sentir el olor [risas]"**.

A su vez, lo que da asco/impresión y lo que no, varía en cada una:

**"...por ejemplo los pacientes nuestros muchas veces cuando se infectan hay que dejarlos abiertos, con el pecho abierto. Y hay muchas chicas que le da impresión. Y a mí no me da impresión eso. Abrirles, verles todo lo que es adentro, muchas veces llegas a corazón, le llegas a ver el corazón. Y la verdad que no me da impresión hacer, pero no voy a pedirme que te aspire un paciente porque a mí me da mucho asco. O estoy "así" [expresión con el cuerpo, apartando la vista. Risas], mirando para otro lado. O curar por ejemplo las escaras, que es algo horrible y eso la carne se va comiendo, especialmente la parte de la cola y llega hasta la columna y a veces ves el hueso. Ves unos huecos "así" [dimensionando con sus dos manos un gran espacio]. Muchas chicas no lo toleran y bueno lo hago yo"**.

Lidiar con el asco, con las reacciones involuntarias del propio cuerpo (el vomitar), buscar estrategias para sobrellevarlo (poner perfume, pedirle a una compañera), es parte de lo que deben poner en juego cotidianamente. De esta manera, su trabajo de cuidado también es cuidarse entre ellas: entre la que más asco tiene con los fluidos, mucosidades, cambiar pañales, a la que no tiene impresión con las heridas abiertas o en limpiar la carne escarada. Para hacer así más tolerable el trabajo y poder continuarlo, reconociéndose en sus manifestaciones más íntimas, viscerales e indómitas.

A pesar de ser quienes soportan y toleran trabajos que, como señala Jimena, "valientes varones no se lo bancan", pesa sobre ellas la imagen de "vulnerables" y "sensibles" (en un sentido de frágiles, no de capacidad de sensibilizarse o de sensibilidad ante el mundo). Así, Valentina, ante una discusión con un médico por diferencias en el criterio de medicación de un paciente, nos señala:



“Me dijo ¿qué me pasaba?, que **porqué yo estaba tan sensible**, entonces le contesté: “Estás proyectando en mí, sentimientos tuyos, no proyectes en mí lo que a vos te pasa, yo no estoy sensible”. En todos lados y en todos los trabajos influye. **Siempre nos ven más vulnerables y nos corren por estas cuestiones**. Yo le dije: “No, a mí me parece que vos estás proyectando. Si vos estás así es un tema tuyo, yo no estoy sensible, yo te digo simplemente mi observación. De ahí en más, vos hacé lo que quieras. Si vos sos quien médica. Yo administro, vos médicas. Yo te digo lo que veo y escribo lo que veo y me hago cargo de lo que veo. De tus sentimientos, tus proyecciones o lo que a vos te esté pasando, no”.

A su vez, podemos encontrar que se apunta la sensibilidad de la otra persona, para eludir la crítica o la observación profesional que la enfermera está realizando sobre la práctica médica.

### 5.3.3 De la vida a la muerte: reelaboraciones cotidianas

En el trabajo cotidiano, aparecen de modo constante situaciones extremas, en los bordes de la vida y la muerte, lo trágico y lo inesperado, emociones fuertes e intensas que procesan e integran inmediatamente al trabajo que deben continuar garantizando. Esto implica un fuerte desgaste por la labor que requiere realizar de modo permanente elaboraciones sobre lo que experimentan, a modo de evitar riesgos que desestabilicen su salud psíquica.

Susan Sontag, describe respecto a las mixtificaciones que recubren las enfermedades:

“Basta ver una enfermedad cualquiera como un misterio, y temerla intensamente, para que se vuelva moralmente, si no literalmente, contagiosa. [...] El contacto con quien sufre una enfermedad supuestamente misteriosa tiene inevitablemente algo de infracción; o peor, algo de violación de un tabú” (1977:5).

En este sentido, también parte del contacto cotidiano de las enfermeras con estos aspectos tan denegados de la realidad social, las lleva a elaboraciones respecto a la vida, la muerte y las enfermedades que permiten reparar su significación simbólica a la vez que complejizar su entendimiento. Así Jimena señala:

“Durante mucho tiempo sentí que caminaba en una pared con la vida y la muerte. Donde en el mismo día veía la vida y veía las miserias humanas. Es parte de la vida morir, como es parte de la vida enfermarse. Hay una cultura de tabú hacia la enfermedad y la muerte. Y en realidad todos estamos enfermos. Somos cuerpos biológicos y como cuerpos biológicos nos enfermamos y nos sanamos. La ciencia ha descubierto que, para cada patología, hay un tratamiento o alguna cura o un acompañamiento crónico. Todo en pos de mejorar la calidad de vida. Pero no en pos de evitar la muerte. Porque por más calidad de vida que tengas, va a llegar un momento en el que te vas a morir: hoy o mañana. Lo importante es llegar al momento de la muerte con buena calidad de vida y disfrutando o

viviendo lo mejor posible cada día que te toca vivir. Creo que eso es un poco el resumen de lo que es la salud, pero que no está visto o que está un poco estigmatizada la enfermedad también”.

Así, Jimena llega a esas concepciones, a partir de la exposición y contacto diario con la vida y la muerte:

“Atender a adultos, acompañar a parturientas, una paciente que viene a la guardia y está coronando el bebé, han llegado parturientas y hay que acompañarlas. Han llegado pacientes terminales que se están muriendo y los tenes que acompañar a morir”.

Este vaivén de situaciones conduce a su vez a experimentar distintas emociones: desde la alegría, euforia y tranquilidad cuando se logra salvar a alguien, hasta la tristeza y frustración cuando eso no es posible:

Jimena: “Pero cuando la salvas, sentís una tranquilidad terrible, una euforia de: ¡lo logré, salvé a una persona! Es lo más lindo que te puede pasar, pero es lo más triste cuando no lo podes salvar. Quizá lo más frustrante y eso te afecta mucho en lo psicológico. Yo trabajando en emergencia, en guardia, en un hospital netamente cardiológico, llegaban muchos infartados. Hubo un día en que atendí tres infartos. Un día de reyes se me murió una estudiante de medicina de 23 años. Muy joven y vos decís “¡la puta madre!” Es muy triste, muy desgarrador cuando se te muere una persona, muy frustrante y agotador para tu cuerpo. El desgaste psicológico que tenes, es terrible. Pero el físico también. A mí me ha tocado bajar una persona del auto a los tirones y tirarlos a la rampa en el piso a hacer masajes”.

Cuando preguntamos la manera en que llevan adelante esta gestión de las emociones involucradas, Camila refiere en su experiencia en un servicio cerrado:

“No es fácil. No es fácil porque la mayoría de los que trabajamos en servicio cerrado, **te endureces mucho. Te ponés muy frío ante la muerte.** Entonces como que la muerte de un paciente te es normal. Hay muchas chicas que todavía lo lloran o que lloran adelante del paciente. “Pobrecito, se murió”. **Pero con el tiempo te vas endureciendo, ya no lo llorás, es como que es algo normal.** Te hablo por ejemplo de la muerte, **una vez que se mueren vos los tenés que bañar, higienizar y lo entregas limpio a la familia en nuestro caso.** No sé en los otros servicios como los entregan. Pero nosotros los entregamos bien, si hay que bañarlo, si hay que afeitarlo lo afeitamos, todo bien bonito. Porque es feo que vos entres y veas a tu familiar muerto lleno de sangre, de cosas, a verlo bien. Eso sí lo hemos hablado mucho nosotras y te endureces de tal forma que, a lo mejor, **haces chistes** arriba de la persona. O nosotras muchas **veces ponemos la música**, pero que también es una forma de distraernos. [...] Al principio era chocante y doloroso. Y ya después, como te digo, te vas acostumbrando a manejarlo. **Ya hacés chistes. Pero yo creo que por ahí es el mismo hecho de decir salir de esta situación no es buena. A nadie le gusta preparar un cadáver.** O esperar que la familia ingrese, porque vos sabes que se va a devastar esa familia. Yo por ahí cuando entro y ya los veo que están muy mal yo me voy porque no sé cómo reaccionar. **Por**

**ahí vos te paras firme, dura y vienen y te abrazan. Y no te queda otra que abrazar a la gente y llorar a la par de ellos”.**

De esta manera, los cuerpos y las emociones se movilizan, entre la cercanía y el distanciamiento; entre normalizar situaciones y endurecerse, hasta conmoverse y terminar “llorando a la par” y en la ternura de un abrazo. Por otro lado, se recurre a los “chistes” o poner música como estrategias para amenizar un ambiente y un hecho que confronta con la vulnerabilidad humana en su máxima expresión: la del cuerpo muerto, la materialidad humana que se descompone indefectiblemente.

Esto remite a lo que señala Pascale Molinier, como “el arte de vivir con la derrota” como cultura profesional que desarrollan las enfermeras y que consiste en:

“...reconocer los límites de todas las cosas -empezando por los propios- ante la muerte, la locura, las deyecciones del cuerpo, y la sexualidad; admitir las debilidades y los fallos de la corporeidad, -de la propia-, ese cuerpo que de vez en cuando se viene abajo...” (2018:205).

Por un lado, es importante resaltar que el distanciamiento, el endurecerse no implica una indiferencia ni cobra el mismo sentido que en un relato virilizado, se trata de un saber-hacer discreto, pero que no supone una “robotización”. Por otro lado, “sería psicológicamente más económico endurecerse, cortarse afectivamente respecto al desamparo del otro; endurecimiento que además es fuertemente solicitado por la concentración requerida en el trabajo técnico (pinchar, colocar la sonda, cortar la carne, etc.) (Molinier, 2018:203).

Sin embargo, la ambigüedad en la afectividad y la disposición corporal (frialidad/ternura; llanto/risa; cercanía/distancia), forma parte de las múltiples formas que las enfermeras encuentran para transitar experiencias cotidianas que serían insostenibles; sus emociones en su ambigüedad cumplen la función de sostener, soportar y procesar la propia vulnerabilidad, a fin de continuar realizando el trabajo de cuidado.

Hay situaciones donde además aparece “miedo”, propio de estar trabajando bajo condiciones de soledad y sin sentirse con la preparación suficiente para realizar determinados procedimientos o acompañamientos. Camila señala:

“Bronca, impotencia, miedo. Miedo de decir voy a meter la pata. Y nadie va a estar atrás mío avalándome, diciendo “si, te mandamos y no sabe nada”.

“Y a veces, en el otro tema del acompañamiento de pacientes que sufren distintas cosas o han estado internados y les ha llegado la noticia que se les murió la mujer, que se le murió el hijo y es pesado. Porque vos no sabes cómo ayudarlo. Nosotros no tenemos un acompañamiento. Nunca nos han enseñado a decir: “Bueno chicas, tienen que manejar...”

No, jamás. **Es lo que a vos te sale y muchas veces llorás a la par del paciente, que no es lo que tiene que ser. Porque en teoría vos sos la que se tiene que mantener fuerte para que la persona no caiga.** O al salir a dar la noticia con el médico, siempre salimos una de **nosotras porque sabemos que la familia se descompone, o a los primeros que abrazan es a nosotros.** Yo por ejemplo le escapo mucho a esas situaciones. De ir a darle la noticia a un familiar yo le escapo. Le escapo mucho porque a veces no contengo las lágrimas. Y lloro a la par de ellos, que no tiene que ser. [...] porque vos tenés que mantenerte fuerte para que esa persona se pueda llegar a mantener. Muchas veces nos ha pasado que están solos. Y de acá que llega la familia, sos vos el que mantenés a esa persona, nada más. Pero es como que... no se o quizá será un mito que siempre nos ha dicho que no tenemos que llorar delante de los pacientes. O por ejemplo si fallecen yo tengo una amiga en el Notti, que a ella siempre le han dicho que a fallecer un niño, ellos no tienen que ir. **Por más relación que tengan, no tienen que ir a los velorios. Es como que tratan de hacer una separación.** [...] Como que por ahí te dicen ellos mismos, para protegerte a vos tu integridad. O no encontrás las palabras para poder consolarlos, también ha pasado eso. Han muerto chicos jóvenes y no sabes cómo consolar a los papás. Nosotras no lo hemos tenido, pero por ejemplo los chicos que trabajan para el INCAIMEN, si se les ha dado como una guía de cómo tratar a la gente o cómo prepararlos. Nosotras no. Nosotras hemos visto los médicos de terapia, como salen ellos a dar el informe. A lo mejor el paciente se murió hace una hora y ellos van saliendo de a poquito: “Mire está mal, está muy mal, cada vez está peor”. Entonces como que vos ya te vas acostumbrando a la idea de que en cualquier momento sabes que se va a morir. En cambio, los nuestros salen y dicen: “Mirá pasó esto, esto y se murió” [risas]. Como que es muy chocante”.

Cuidar el cuerpo muerto, preparar el cadáver, limpiarlo de la sangre, encargarse de afeitarlo, asearlo, entregarlo bien a sus familiares. Comunicar la noticia, anticipar de a poco, y finalmente, estar preparada para contener a la familia y contener-se en las propias emociones puestas en juego. Todo ello constituye habilidades discretas que crean las enfermeras “a partir del cuerpo y con el cuerpo” (Wlosko, 2018:164), sus saberes incorporados, y las transgresiones en ocasiones para poder realizar el trabajo frente a normas y procedimientos prescriptos por la organización.

### 5.3.4 Lo erótico y la sexualidad

Helena Hirata, autora que ha producido extensamente junto a Danièle Kergoat, en sus últimas producciones, con Natacha Borgeaud-Garciandía (2017) hace foco en un aspecto poco considerado en los estudios sociales, la dimensión sexual, e ilumina un aspecto relevante en las áreas de cuidado, en la enfermería en particular: la confrontación de las trabajadoras enfermeras con la irrupción de su sexualidad y de los/as pacientes en el contexto del trabajo. Por otro lado, analizan las estrategias que llevan a cabo para deserotizar su trabajo sin desafectivizarlo. En lo que

llaman una “erotización soft”, el gesto justo que incorpora la dimensión sensible adecuada para la atención, garantiza un “buen cuidado” al paciente y se incluye dentro de la competencia profesional requerida/valorada.

En el caso de los relatos de las entrevistadas, encontramos distintas maneras de gestionar este permanente intercambio, inevitable, de roces, contactos y gestos corporales. Por un lado, emerge la sexualidad de los/as pacientes (consigo mismos/as, con sus parejas) por ejemplo Camila nos comenta:

“...por ahí mantienen relaciones adentro de los baños. Entonces tenés que ir a golpearle la puerta. Y es una incomodidad. O los hombres **que se hacen** (refiriéndose a la masturbación), viste...y les tenés que decir: “Mira no lo puede hacer” [...] Pero si irle a golpearle la puerta: “Apúrense, no pueden hacer eso”. Y es parte de lo que tenemos que lidiar nosotras. A veces hay chicas que no lo toleran y bueno, llaman al médico y el médico se hace cargo. Pero si no, nos hacemos cargo nosotras y vas golpeas: “Mire apúrense, qué pasa que no salen”, o cosas así. O los hombres que los hemos visto: “Señor por favor está internado **no haga esas cosas**” [risas] Que por ahí es medio incómodo, pero hay que decíselo”.

Vemos presente en el relato de Camila algo que prevalece en el registro de lo no decible, del tabú: “los hombres que se hacen...”, “no haga esas cosas”, “no haga eso”. Vemos así la dificultad en nombrar una práctica sexual común y recurrente, como puede ser la masturbación.

A su vez, hay algo que la incomoda pero que “hay que hacerlo”, como parte de su deber profesional, poner un límite al exhibicionismo del ejercicio de la sexualidad, como parte de lo que deben cuidar en el marco de la institución. De la misma manera, Ana se encuentra con situaciones similares:

“El hombre, el hombre pervertido. A mí me han pasado situaciones, y le he dicho: “Doctor me pasa esto”. El paciente se masturbó, o que me quiero casar, o te estas tomando los signos y que te toque. Y que vos te das cuenta. A veces me dicen las chicas: “Pegale un chirlo”. Pero eso es instinto, es el tiempo de cada uno y me han dado hasta explicación: “No Ana, el hombre no pierde nada de esas cosas, no tanto como la mujer”. Entonces vos decís bueno ya le llamó la atención, ya vemos que hacemos, ¿me entendes? Algunos, tenemos pacientes pervertidos. El paciente es perverso y bueno ya vas a tener otro”.

Por un lado, Ana engloba diversas situaciones como un “instinto” masculino, de esta manera naturaliza una práctica inapropiada, un acto violento del paciente (que “la toquen”). Ante esto, acude a colegas, que le brindan respuestas que refuerzan los estereotipos sobre la sexualidad femenina/masculina: el hombre no pierde “esas cosas”. Pero a la vez, Ana lo define como algo

“pervertido, da cuenta de su malestar respecto de una manifestación que para ella no es ni “normal” ni “esperable”.

Sin embargo, más allá de la manera de comprenderlo, ella tiene en claro que igualmente el paciente debe ser atendido, debe de alguna manera continuar su tarea, de modo que debe “obviar” u omitir lo que le produce y poner un límite para poder continuar trabajando:

“Yo no lo he tratado personalmente, siempre que han dicho una cosa así, lo he obviado a la parte de él. A ver, ¿qué vas hacer si está así, me entiendes? Lo he obviado y las cosas se las tengo que hacer igual. Entonces ahí cuando uno pone el límite, por eso te digo esos respetos...”.

A su vez, Camila relata la vergüenza y pudor de parte de los pacientes, y las formas de respetar su intimidad:

“Al principio si me daba vergüenza, ahora es como que ya me acostumbré. Por ahí si me da un poco de pudor, los abuelitos. Es como que ellos se tapan mucho, entonces vos le decís “bueno, higienícese usted, yo lo espero acá”. O a veces te dicen: “Yo no estoy acostumbrado, yo soy del campo”. “Está bien, no hay problema higienícese usted, yo me doy vuelta”, esas cosas así”.

Volvemos a este aspecto recurrente en el análisis, que tiene que ver con el saber-hacer discreto de las enfermeras: para que el trabajo de cuidado sea eficazmente realizado, debe desaparecer, permanecer invisible, no ser notorio. De aquí que, ante el pudor, la vergüenza, la sexualidad y el deseo -de los/as otros/as y la propia- la enfermera intenta borrar su presencia, su cuerpo y sus emociones (mirar para el otro lado, acostumbrarse): para respetar por un lado la autonomía, evitar la humillación de la dependencia, etc.; y, por otro lado, en pos de poder continuar realizando su labor.

### 5.3.5 Cuerpos y emociones, el trabajo infinito de los cuidados

Neutralizar las emociones, disciplinar el cuerpo, “endurecerse”, es parte de un buen desempeño profesional. Considerando los aportes de Pascale Molinier “la disciplinarización del cuerpo y la demanda de pasividad, son etapas constitutivas de la postura psíquica requerida para el trabajo de enfermería” (2008:126). Pero a su vez, “no es posible tener en cuenta la vulnerabilidad del otro sin movilizar la propia sensibilidad, o sea, sin arriesgarse a ser desestabilizado por las manifestaciones retorcidas de la propia subjetividad” (2018:197).

Es por ello, que como vimos, entre lo que el trabajo prescribe y lo que ellas movilizan, hay de a momentos un espacio disponible, en el que aparecen instancias que “escapan” a las normas, mientras en otros las refuerzan. Entre esta brecha que a veces aparece, interviene la subjetividad y creatividad de las trabajadoras, como señala Miriam Wlosko:

“En la perspectiva de la psicodinámica del trabajo, trabajar implica una actividad de pensamiento y de elaboración de la experiencia que moviliza en profundidad a la subjetividad toda, poniendo en juego la creatividad: siempre hay algo que el sujeto debe inventar, descubrir o crear para “cubrir” de algún modo la brecha siempre existente entre trabajo prescripto y trabajo real. Hablar de subjetividad implica modos de hacer, sentir y pensar compartidos, que involucran tanto al individuo como al colectivo de trabajo. La subjetividad comienza por el cuerpo... Hablar de subjetividad, hace referencia a un investimento que a mucho más allá del tiempo estricto de trabajo, afectando al sujeto en su humor, en su espacio doméstico y en sus sueños (o insomnios)” (Wlosko, 2018:164).

El límite entre el propio cuerpo y los otros cuerpos, y el control de las emociones resulta difícil. De momentos opera una domesticación de las emociones y de los afectos, pero hay instancias que escapan (sueños, angustias, crisis, llanto). Despliegan estrategias para trabajar con lo desagradable, con la intimidad del/la otro/a y las mixtificaciones existentes sobre el objeto de su trabajo. Como señala Natalia Borgeaud-Garciandía:

“Los riesgos de desestabilización se generan a partir de actividades que combinan la confrontación con las expresiones consideradas como más repelentes de la naturaleza humana y el peso del oprobio social (de la resistencia social), realizadas en soledad, con pocas ocasiones de liberarse de la tensión que generan y sin el soporte de un colectivo de trabajo que obre a la construcción de las pautas de trabajo. El tabú afecta el objeto de actividad, pero amenaza con afectar la actividad misma, los saberes de las cuidadoras y finalmente ellas mismas. La confrontación con lo real del cuidado implica elaborar estrategias para controlar su impacto afectivo, redefiniendo sus elementos desestabilizantes. Tratándose de un trabajo sostenido por la relación con el asistido dependiente, este control se despliega tanto hacia los afectos de la cuidadora como hacia los del asistido, a la vez que se inscribe en un universo social más amplio, ante el cual debe poder ofrecer una imagen acorde con lo socialmente “aceptable”, invisibilizando sus conocimientos íntimos, perturbadores, detrás del mandato de la entrega, de la bondad y del amor” (2017:5).

Vimos en los relatos, que cada una de las emociones registradas (miedo, asco, dolor, tristeza, alegría) implican un gran esfuerzo y trabajo sobre el cuerpo, para ser procesada y garantizar la continuidad del trabajo de cuidado que las enfermeras realizan, a la vez que procurar su propia estabilidad subjetiva. Desde la manera en que las tocan las emociones a las formas en que se

movilizan a partir de ella; las formas que inventan, desde y para sus cuerpos (individuales y colectivos) para hacer vivible la continuidad en el trabajo.

El terreno de las emociones ha sido desvalorizado históricamente: más aún en el plano profesional se lo suele considerar una debilidad y es preciso ocultarlas, negarlas, y que no estorben. Sin embargo, en esa capacidad de emocionarse, de sentir-se, ante el dolor y la vulnerabilidad ajena, reside una de las herramientas principales del trabajo de cuidado.

Ante cierta “mineralización de las subjetividades”, como describe Horacio Machado Araoz (2014), de desapasionamiento, desafección generalizada y cinismo, con-moverse, reconectar con los dolores propios y el de los otros/as, podría constituir un camino hacia un buen cuidado y de salud inter-subjetiva.



## Capítulo 6

### Condiciones del trabajo de cuidado: violencias y resistencias

Para conocer y analizar las condiciones de trabajo de cuidado realizado por las enfermeras en el sistema sanitario de la provincia de Mendoza, indagaremos en los contextos materiales y psicosociales del mismo. Por un lado, las circunstancias en que se realiza ese trabajo, las modalidades de contratación, estabilidad en el empleo, tiempos y jornadas de trabajo, ingresos percibidos. Por otro lado, el espacio físico, el acondicionamiento de los mismos, la cantidad de personal y las relaciones laborales. Daremos cuenta a su vez de los principales riesgos, afecciones y enfermedades vinculadas con el trabajo.

Durante todos los relatos aparecen las violencias patriarcales que las atraviesan en sus distintas manifestaciones. Si bien damos cuenta de esta dimensión de violencia durante todo el análisis, finalmente valoramos específicamente la violencia institucional en el ámbito laboral. Por último, las resistencias que surgen, de manera espontánea, individual e inconsciente, hacia formas más organizadas y colectivas.

## 6.1 Condiciones de trabajo

### 6.1.1 Trayectorias laborales y profesionales. Modalidades de contratación

La mayoría de nuestras entrevistadas se encuentra trabajando con cargos en planta, o lo estuvieron (en los dos casos que se encuentran jubiladas). Pero para llegar a esa estabilidad, tuvieron que transitar distintas situaciones contractuales previamente. Casi todas, una vez que se recibieron como enfermeras profesionales, comenzaron a trabajar y luego optaron por realizar la Licenciatura en Enfermería para mejorar su situación.

Para las consideraciones de sus condiciones de empleo, debemos tener en cuenta que se rige de acuerdo a la Ley 5464 que reglamenta el Escalafón para el Personal del Ministerio de Bienestar Social y del Ministerio de Salud de la provincia de Mendoza. Allí se encuentran establecidos los agrupamientos de acuerdo a la naturaleza de las funciones realizadas y las distintas categorías al interior de cada una<sup>11</sup>.

La mayoría de nuestras entrevistadas, son enfermeras profesionales y Licenciadas. La situación laboral de las primeras se rige por el régimen 15 y las segundas por el régimen 27 (dentro del Convenio de Trabajo 7.759). Las diferencias entre ser reconocidas dentro de uno y otro régimen son significativas, en cuanto a ingresos y carga horaria<sup>12</sup>. Veremos a continuación, que en el relato de nuestras entrevistadas se enmarca en el contexto general de demandas del sector de recategorización y reconocimiento de sus funciones<sup>13</sup>.

Bárbara ingresa como auxiliar, luego se recibe de enfermera profesional, y aún no logra terminar la Licenciatura, en lo que es para ella, “una deuda pendiente”. En cuanto a su situación laboral, comenta:

---

<sup>11</sup> Se reconocen 8 agrupamientos: Administrativo y técnico; Enfermería y técnico asistencial; Profesional; Profesional asistencial y sanitario; Servicios generales; Mantenimiento y producción; Asistencia a la ancianidad, minoridad y discapacitados; y Sistematización de datos. Luego en cada uno, se establecen distintas categorías y requisitos. Para más información: <https://atsamza.org.ar/ley-5465-escalafon/>

<sup>12</sup> De acuerdo a una nota del Diario Los Andes, del 30 de julio de 2019: “En el más alto (régimen 27, de licenciados), la carga horaria es de 24 horas semanales y el sueldo básico asciende a casi \$ 47.000. Aquí hay registrados casi 1.200 enfermeros (30% del total). En tanto, en el régimen de profesionales y auxiliares (el 15) hay 2.896 trabajadores y representan al 70% de los enfermeros provinciales. Estos profesionales trabajan 40 horas semanales y por un básico más bajo que los licenciados (poco más de \$ 37.000)”. Por otro lado, las estadísticas de Salud Provincial, indican para el 2018: un total de 4.096 profesionales de enfermería que trabajan hoy en el Estado, un 29% (1.200) están en el régimen 27, un 60% (2.466) son enfermeras/os profesionales y un 11% (430) auxiliares de Enfermería. Los dos últimos escalafones se agrupan en el régimen 15.

<sup>13</sup> Para estudios sobre el sector: Novick, Marta (2010); Aspiazu, Eliana (2017); entre otros.

“...yo trabajaba, venía con los chicos. Rocío se crió casi acá (se refiere a su hija), yo la tuve un 25 de junio y a la semana ya empecé a trabajar. Yo en esa época estaba contratada, **entonces todos los años era como que decía: “No nos van a pasar, si nos van a pasar”**. Siempre con el corazón en la boca, y bueno, quedé. Y después me recibí en el 2005 y **estuve casi nueve años cobrando como servicios generales** pero trabajando en enfermería. Ya harán cinco o seis años, más, que ya estoy con el sueldo de enfermera. Y ya pasaba y entraba como enfermera. Pero bueno, son cosas que pasan”.

Valentina hace tres años está en planta en el Hospital Pereyra, pero comenta:

“Empecé a ejercer en el 2012, en el hospital. Que ha sido y es mi único empleo, mi único trabajo. [...] Tenía como reticencia a poder trabajar en algún hospital de salud mental, pero cuando empecé, cuando traje el currículum, me llamaron ahí no más y empecé a trabajar. Ahí no más me fascinó y lo elegí. Tuve la oportunidad de poder elegirlo, porque después de eso me llamaron de varios lugares, centros de salud, otras clínicas y del hospital Lagomaggiore. Y no, elegí quedarme con el hospital a pesar que era **una situación de prestación, estos famosos contratos en negro, que no llegan a ser, tan siquiera, contratos**. Pero aposté porque me gusta, me interesó y sentí que podía ayudar a los pacientes”.

Martina en el Hospital Lagomaggiore está en planta hace dos años, pero comenzó a trabajar en el 2014. En Salud Estudiantil de la Universidad Nacional de Cuyo, empezó en el 2013, pero nos cuenta que:

“...trabajé dos años ahí, después cambió la gestión de la Universidad y no me renovaron el contrato. Ahí fue cuando empecé en el hospital y después, el anteaño pasado, cambió la dirección y la enfermera que puso la nueva gestión estaba en mi lugar. **Porque a mí no me renovaron el contrato porque no había plata para mi puesto (eso es lo que me dijeron a mí)**. Y, al mes, **entró otra enfermera**. Entonces después, cuando cambió la dirección, la directora pidió la matrícula de todos y esta chica no era enfermera (no tenía título ni nada). Entonces la sacaron y me llamaron de nuevo a mí. Así que, entre cortado, hace cinco años que estoy”.

Pamela, que actualmente no se encuentra ejerciendo enfermería, vivió una situación similar, ya que en el 2015 (con el cambio de gobierno) no le dieron continuidad al contrato que había tenido durante un año y medio en la delegación de Lavalle de OSEP. Al respecto nos expresa:

“Yo había hecho un recorrido muy grande para llegar allí, pasé de trabajar en clínicas, pasé de tener dos trabajos, hasta tener el trabajo ideal. **Cuando tengo el trabajo ideal, de repente ese sentimiento de no seguridad...**”.

Camila estuvo cuatro años trabajando en el Hospital Central hasta pasar a planta además con su título de licenciada:

“Yo por ejemplo estuve cuatro años para pasar a planta. Para pasar mi título de licenciada. **Estuve cuatro años peleándole al gobierno para que me pasara mi título como**

**licenciada.** Yo era licenciada ante la ley por decirte, porque del ministerio me reconoció, pero el hospital no me reconocía como enfermera, licenciada”.

No se trata sólo de regularizar la modalidad contractual hacia figuras que garanticen continuidad y seguridad, si no también, una diferencia de ingresos y horarios de trabajo. Entre esos cuatro años, ella estuvo sin cobrar la diferencia salarial importante que supone el título de enfermera:

“...porque la diferencia de un profesional a un licenciado son diez mil pesos [...] y no me lo pagaron nunca [...] Yo acudí a AMPROS. Y me decían, bueno la abogada me decía: “Yo te hago la nota y vos la presentas” y ahí terminaba todo. Porque yo tenía que seguir, seguir... ¿Qué pasa? Al presentarlo con número de expediente y con todo eso no se podían hacer los tontos. Pero viste es como que: “Y no, no hay plata”, “el gobierno no tiene plata, el gobierno no tiene plata y no tiene plata”. Y bueno ¿qué pasó? El gremio presionó tanto, se rompieron tantos acuerdos que tenían, que al último dijeron: “Bueno, pasan tantos”. Pero en ese “pasan tantos” **hubo muchísimas irregularidades**. Yo fui una vez a pelear ahí: “Yo llevo cuatro años esperando y la que recién pasó, ya la pasaron”, le digo: “¿Cómo es el tema?” Y tiene alguien en el gobierno. Entonces siguen esas irregularidades, de que si conoces a alguien en tal lugar”.

Del mismo modo, Clara inició su expediente para validar su título de Licenciada el año pasado, y nos comenta sobre las demoras y diferencias que existen a la hora de regularizar estas situaciones:

“...inicié el expediente en abril, porque el título llegó en febrero. Así que ahí lo empecé y bueno...Una compañera, de onco, que lo inició el año pasado, este año ya la pasaron, ya está categorizada. Otros estarán 3 años, el que tiene menos suerte, bueno, puede tardar un poco más. Pero ella en un año ya la pasaron, bastante rápido”.

En todas las entrevistadas aparece como constante las condiciones precarias de trabajo, las diferencias salariales respecto de las enfermeras licenciadas, las inseguridad que se sienten a pesar de tener un cargo efectivo por las condiciones inadecuadas y adversas que tienen implicancias en su salud, los riesgos asociados, son elementos que inciden en la insatisfacción laboral como lo es el agotamiento, las largas y extenuantes jornadas, los accidentes de trabajo, las relaciones con los profesionales médicos, y el ambiente desfavorable. Ana, por su parte, sostiene respecto de su propia trayectoria profesional:

“Y por ejemplo como a mí, me pasó, yo separada, con mi mamá con ACV, muchas cosas y bueno justo yo había empezado la carrera ¿qué voy hacer yo?, no sé me voy directamente a la licenciatura. Acá no había ningún licenciado, ni la jefa de departamentos. Y me inscribí, me pagué el profesor, todo, pero después cuando tenía que cursar, tenía que ir todo el día a la facultad, de mañana y tarde a la facultad para hacer el laboratorio, técnica

en la tarde ¿quien trabajaba? ¿Quién cuidaba a mi mama? ¿Quién cuidaba a mi hijo? Y separada. ¿Y entonces que tuve que hacer? no ir más, abandonar. Y bueno se me dio la oportunidad de recibirme como licenciada este año”.

Jimena tuvo que vencer todos los obstáculos heterosexistas de la sociedad en su conjunto y la institución médica en particular. Desde el momento en que inicialmente decide estudiar Medicina y le niegan la posibilidad de inscribirse, hasta convertirse en delegada sindical como enfermera, hay una larga trayectoria:

“Fue a finales del 2000 que me quise inscribir para empezar a cursar en el 2001. Igual en aquel tiempo no es como ahora tampoco mi imagen. Entendamos que todavía regía el artículo 80 del Código Contravencional de la provincia que penaba la simulación de sexo. O sea, penaba a toda aquella persona que vistiera con ropa del sexo opuesto. Eso lo pudimos derogar recién en el año 2006 aquí en Mendoza...Entonces en aquel momento era un pantalón un poco más apretado, una remerita un poco más apretada. No tenía lolas (no estaba aún operada), una colita, base y el rímel corrido que me quedaba del fin de semana, nada más. Tampoco podías mostrarte tanto, porque terminabas presa. Y así y todo, no me dejaron estudiar (...) porque no condecía mi imagen y no podía estudiar medicina ni mucho menos. Hay una frase que me dijeron que después la dije y quedó como muy grabada en una película que se hizo: **“¿Vos te imaginás quién se va a querer atender con un médico travesti?”**. Bueno, yo hace diez años me recibí de enfermera y he atendido en la guardia urgencias de alrededor de cien pacientes, promedio de cien pacientes en cada guardia que tube. Así que ahí está la respuesta a aquella pregunta que me hicieron”.

En los casos de quienes ya están jubiladas, encontramos que su iniciarse en la enfermería coincide con el momento histórico que la misma está comenzando a consolidarse como profesión, al igual que las instituciones sanitarias también adecuándose a la incorporación de sus figuras. Por lo que sus modalidades laborales se van construyendo y afianzando en conjunto con la institución.

Así, Belén “crea” su propio puesto a la par que el Departamento de Enfermería que la contiene en la Municipalidad de Godoy Cruz:

“Yo trabajé y trabajé hasta que llegué a conseguir algo, que lo conseguí: hice crear el Departamento de Enfermería de la Municipalidad. Lo creé para mí, por supuesto...Ser la jefa [risas]. No, y de ahí yo... tenía a cargo todo lo que fuera de salud y con más intensidad trabajar en todas las villas y barrios carenciados... trabajaba muy bien”.

Desde otra realidad (zona rural), Rosario aparece como responsable del Centro de Salud de su comunidad: durante mucho tiempo se hacía cargo sola de todo (cuestiones administrativas, la limpieza, lavado de materiales, gestiones de la medicación y atención). Con el tiempo, el espacio se fue consolidando y se incorporan agentes sanitarios a asistir su trabajo. Pero durante mucho tiempo, nos cuenta:

“No tenía ni vacaciones, porque las vacaciones más eran como si no las tuviera, porque no había reemplazo, y tenía esos días de vacaciones, pero de nombre, porque era lo mismo...”.

### 6.1.2 Diferencias salariales e ingresos

Todos los relatos coinciden en que los salarios de las enfermeras, no se ajustan a las jornadas que cumplen y, de hecho, encontramos reiteradamente la necesidad de tener más de un trabajo para llegar a un ingreso que les permita vivir dignamente.

Jimena señala esta situación como desproporcional e injusta en comparación con el conjunto del personal de salud:

“Las enfermeras tienen primero un desprestigio de la profesión. El desprestigio de la profesión se llega por un lado, por unos sueldos que no se condicen con la profesión y que son inversamente proporcionales o con unas escalas que son atroces entre otros profesionales sanitarios y el personal de enfermería [...] ...con el médico, con el kinesiólogo, con la nutricionista. Es más bajo. Y por ahí las responsabilidades y las acciones que llevamos...”.

A su vez, hay situaciones arbitrarias, donde pasan años hasta que les reconocen el título, con lo que impacta en diferencia de ingresos y horarios, a la vez que la posibilidad que tienen algunos médicos en determinados servicios de cobrar trabajos:

“...existe eso de seguir tapando eso que cobra el médico. Se protege muchísimo. Nosotras porque por ahí han venido conocidos que dicen: “No, mirá. **Cobra el médico de guardia, cobra por hacer tal técnica, cobra por urgencia, cobra por trasplante**”. [...] se maneja por facturero. Por eso te digo. Y con los médicos pasa lo mismo, yo no sé estos contratos, como es el tema pero... **Ellos cobran ciertos contratos, ciertas cosas que nosotros no las podemos cobrar**. Y te dicen: “No, vos trabajas acá, es tu área geográfica y lo que entra tenés que atenderlo”. Pero ellos no. Pero bueno, no sabemos cómo es ese manejo, como son las cosas, la verdad que **ya llega un punto que te cansás. Ya está que lo cobren ellos y nosotras... ¿sabes cuál es el último pensamiento nuestro? Se bajará el nivel de calidad de atención**. Se hará lo justo, lo necesario y hasta ahí llegamos. Y eso les molesta a los médicos, bueno, pongan más gente. No nos paguen, pero pongan más gente. Más gente como para que uno trabaje tranquilo. O que se armen equipos para cuando haya tipos de trasplantes. Muchos médicos te dicen: “Nosotros no cobramos”. Pero por ejemplo los chicos te dicen: “Si, no cobran porque hacen estas horas porque le suben el título”. **Siempre terminan ganando algo**. Si está bien nosotras ganamos la experiencia, porque en un curriculum que yo vaya y te presente que trabajé con trasplante en una terapia, vale más que uno que diga: “Yo trabajé en clínica común”. Vale mucho más. Pero sinceramente a mí no me interesa [risas] sinceramente, es un valor simbólico. Pero realmente el desgaste físico y psicológico que nosotros pasamos, no te vale eso”.

Por otro lado, Jimena destaca la diferencia que existe entre lo público y lo privado en cuanto a las condiciones de negociaciones salariales:

“El tema es que en lo público, tenes el régimen de enfermería que es el régimen que te lo van dando según la categoría, los años. Vas creciendo y puedes hacer carrera porque es el sistema público. En lo privado no haces carrera, tu sueldo se negocia en paritarias. Que, de hecho, nuestras paritarias son las últimas en cerrarse (por el sistema de obra social). Se tiene que cerrar todos los otros gremios, para que hagan los aportes a las obras sociales, para después salir nosotras a negociar con las obras sociales. Entonces todavía nosotras no hemos cerrado las paritarias 2018 (mes ocho). Cuando, por ejemplo, los docentes cierran sus paritarias en febrero-marzo y empiezan a cobrar algo de aumento de lo que corre en el año en febrero-marzo. [...]. Ahora espero que se cierren este mes las paritarias y ahí empezaremos a cobrar con aumento. Pero no hay retroactivo, y no sólo que no hay retroactivo, sino que nuestro aumento va a ser menos que la inflación...”

Como lo señalan las entrevistadas, las condiciones de trabajo de las enfermeras padecieron un proceso continuo de deterioro en el último tiempo, que incluye desde sobre-empleo (tener más de una actividad laboral para la supervivencia), extensión de las jornadas de trabajo, precarización de formas de contratación transitorias e informales, remuneraciones variables que depende de la profesionalización, flexibilidad laboral y empleo no registrado en particular en el ámbito privado. Al mismo tiempo, el trabajo de cuidado implica una carga extra y un desgaste emocional y físico que se vincula al contacto corporal con las/os pacientes y el entorno de trabajo.

### 6.1.3 Tiempos de trabajo

La particularidad que tiene trabajar en salud, lleva a que se tengan que cumplir guardias, tener distintos horarios, rotar permanentemente, trabajar sábados, domingos y feriados, navidad, años nuevo y día del trabajador/a. En el caso particular de las enfermeras, esto se acentúa aún más que en el resto del personal de salud, ya que como hemos indicado, son quienes están las 24 horas, los 365 días del año al lado de los/as pacientes.

También, hay situaciones en que las pueden llamar y aunque estén de franco, de vacaciones, etcétera, la enfermera se tiene que presentar. Por ejemplo, ante eventualidades en que el servicio puede colapsar, Camila nos explica:

“Tenés que responder. Cuando hay catástrofes, por ejemplo que pueda haber un terremoto o cosas así. Vos automáticamente te tenés que presentar. Estés de vacaciones o estés en lo que estés, vos te tenés que presentar. A lo mejor llegas y te dicen: “Mirá, no hace falta”. Pero tenés que ir, o tenes que llamar: “Mirá ¿hace falta que vaya?”.

Muchas veces, dadas las situaciones anteriormente descritas, tienen que trabajar en más de un lugar. La mayoría de las entrevistas “agradece” su propia situación actual de poder trabajar en un solo lugar, pero de inmediato refieren a las realidades de colegas que deben tener dos o hasta tres trabajos. O en su propia historia, dan cuenta de esta sobrecarga laboral.

Camila, referencia su situación personal: no tiene que pagar alquiler, porque vive con sus padres; ni pagar niñera, porque tanto sus padres como hermanos, o su cuñada, le ayudan con el cuidado de su hija; entonces ese “ahorro” en sus ingresos le permitió “no reventarse más” y quedarse con un solo trabajo:

“Si, yo tengo este solo trabajo. Cuando nació ella dije “Basta”. Por ahí hacía en los supermercados que era algo tranquilo, hice un par de guardias. Pero después decir, te reventas para nada. Era salir a las seis de la mañana y volver a las doce de la noche. No tenés vida. Y más que los horarios nuestros son trabajar sábados, domingos, feriados. Y ya cuando ella nació dije “no trabajo más”. Y bueno te las arreglas como puedes. No vivimos mal porque tenemos un sueldo dentro de todo aceptable. Pero no, yo no me voy a reventar. [...]. Si yo no los tuviera a ellos tendría que andar como el resto del mundo. A lo mejor dejarla acá y salir a buscar otro trabajo. Que te implica ocho horas más...Es una locura, son 16 horas de estar afuera de tu casa”.

Así y todo, a pesar de trabajar en un solo lugar, el ritmo de trabajo no deja de ser exigente y son muy pocas las horas de descanso, nos explica:

“Es más, yo sin otro trabajo muchas veces, cuando ella [en referencia a su hija] está enferma, que me he pasado las noches sin dormir he pasado de largo al trabajo. Y te dicen: “Te venís de joda”, si una joda terrible le digo. Que he tenido la nena enferma, que no respiraba, cosas así. Y la cabeza ya no te da. Llega un punto que la cabeza te dice: “Basta, hasta acá llegué”. O salís, me paso millones de veces, que me dormía apenas me subía en la terminal (colectivo) y me bajé en el control. [Risas] Encima me tengo que venir de allá para acá. Y nos ha pasado. Yo tengo compañeras que viven acá en Ugarteche y han ido a parar a Tupungato. Porque se durmieron de tal forma que pasaron a Tupungato y muchas veces han pasado a Tunuyán. Y allá esperar las dos horas para poder volverse”.

Si bien existen fórmulas para establecer cuántas camas (se supone que por cada cama hay un/a paciente) tiene que atender una profesional de enfermería por jornada laboral, y de acuerdo a la Ley de Contrato de Trabajo, se establece que son 8 horas diarias y 44 semanales la que se debe respetar de trabajo. Sin embargo, en la realidad sucede que las enfermeras exceden el número de esa fórmula de atención a la vez que las jornadas de trabajo son más extensas a las estipuladas legalmente, debido a la necesidad de sostener más de un lugar de trabajo (sobre- empleo). Así, nos explica Jimena:

“Entonces no está valorado tu trabajo de enfermera, no está bien pago el trabajo



de enfermera. En Mendoza, generalmente pasa en el país, las enfermeras tenemos dos trabajos. Por ende, dos trabajos de 8 horas, estamos trabajando 16 horas, trabajando para poder tener un sueldo acorde a lo que tiene otro profesional, en otra carrera. Un colectivo gana más que nosotras y no es que sea menos importante el trabajo del colectivo, por ejemplo. En la actualidad mi hermano, que sólo tiene la primaria completa, gana más que yo. Mecánico y gana más que yo [...] O sea que hay un detrimento...por eso tenés profesionales de enfermería que tienen dos trabajos. Lo cual lleva a ejercer mal su trabajo también. Porque, no es lo mismo, cuando vos entras a la guardia a un trabajo a las 7 de la mañana, despierta, con todas las luces, que cuando salís de un trabajo después de ocho horas y entras a tu segundo trabajo”.

#### 6.1.4 Condiciones materiales (espacio físico, acondicionamiento y equipamiento)

A pesar de que, como vimos, son las que más tiempo pasan en la institución, que más restringidos ven sus movimientos, porque tienen que estar atentas y alertas ante el menor síntoma del paciente, son las que menos espacios propios tienen para poder resolver cuestiones básicas como comer (a veces, sobre todo las que trabajan en servicios de internación, no tienen tiempo para ir hasta los buffets), descansar un rato en caso de las guardias nocturnas, ni, inclusive, un baño propio.

Las barreras entre el equipo médico, también se expresan materialmente, en la disposición del espacio y los lugares disponibles. En el Hospital Central, Camila comenta:

“En nuestro servicio no tenemos una enfermería, tenemos nuestro estar donde nos cambiamos, pero no es nuestra enfermería, nosotras no tenemos enfermería. Por ejemplo, la terapia no tiene enfermería. La enfermería que ellos utilizan para comer, es un bañito. Los otros chicos tienen enfermería que, a lo mejor, debe ser una cosita así, un cuadrado dos por dos. No hay enfermerías grandes donde podamos estar cómodas. Nosotras por ejemplo nos vamos acomodando. Tenemos una cocinita chiquitita y tenemos una mesita así, donde nosotras desayunamos y al lado nos han puesto un baño. Así que imagínate como consideran ellos la enfermería. Pero esto ya viene de años”.

De igual manera, en el Hospital Notti, Clara, Gía y Sonia relatan:

“Tenemos la cocina que está al final del pasillo, que es compartida con el SIP (servicio de internación pediátrica) de al lado, ahí tenemos solamente unas hornallitas, mesón y unas banquetas. Acá, por ejemplo, para ser te sincera, no tenemos para dormir, ... Si te sentis muy cansada y quieres... te tenes que rebuscar en el lugar. Por ejemplo, por lo general ocupamos el baño, porque hay un pasillo que es común con el SIP 2, así que ahí descansamos, porque es una realidad. O sea, Todos los médicos tienen un estar, y tienen dormitorios. Ellos duermen. [...] porque bueno, ellos lo van a justificar por el asunto que ellos hacen otro tipo de guardias, es diferente. Ellos no hacen guardia de 10 como nosotros,

si no que ellos hacen, no sé si son de 24, o treinta y pico. Los matan, pobres, pero los matan. Tienen muchas guardias. O sea, terminan la guardia, y después vienen a la mañana a seguir con otra...”.

Las enfermeras no tienen donde dormir, a diferencia de los médicos. En algunos casos, lo explican por las horas de la guardia de los/as médicos/as (que son más largas). Pero lo cierto, es que las 8 horas (sobre todo las nocturnas) de corrido de las enfermeras, se les hace difícil sostenerlas sin descanso. Camila expresa:

“Nosotras a veces dormimos tres horas al día y seguimos. A veces en la noche, depende del compañero que tengas te dice: “Bueno vos dormite de acá a acá”. Yo siempre les digo: “Mi hora crítica es o de dos a tres o de las cinco a las seis. Ya sé que a las dos empiezo a cabecear”. Y por ahí te dice la otra: “Bueno dormite porque hoy yo pude dormir siesta, entonces vos decís “bueno me duermo segura porque sé que ella va a estar despierta”. A lo mejor me desperté y le digo “bueno ahora descansa vos un ratito”. En la silla, porque no tenemos espacio en ningún servicio. Los médicos sí tienen su cama, nosotras no. Siempre hay una diferencia. Yo creo que sí deberíamos tener camas, porque **todos tenemos vida y seguimos vidas**. Pero bueno mi jefe no quiere, mi jefa... igual no hay un espacio físico para poder hacerlo. Si, ellos por ejemplo tienen la sala de médicos, su estar, su dormitorio y tienen sus oficinas. Ellos si tienen su estar, su lugar para dormir todo. [...] Entonces tenés una bacha para lavarte las manos, que nosotras la usamos que de estar nuestro. Ahora cuando hay trasplante vamos como los perritos a todos a lados con nuestras cosas. Pero bueno es lo que hay. [...] **Cuando hicieron el servicio nadie pensó que nosotras teníamos que estar en un estar**. A ver, somos personas como todo el mundo, donde en algún momento necesitas tomarte un café, tomar agua o comer algo. No somos robot para pasar las ocho horas”.

Jimena, en tono irónico, nos muestra una foto del que era el espacio destinado para las enfermeras:

“Ese es mi espacio, un showroom. Ahí tenés la camilla, el desfibrilador. Box de reanimación, ahí nos llega el paciente infartado. Esa es vía área, vía endovenosa, si vos veías ahí medicación de emergencia, descartables, bueno bolsas de residuos, el electrocardiógrafo. Que otra cosa hay... bueno ahí dice vía endovenosa, micronebulizadores, oxígeno. Mira ahí justo estoy viendo vía aérea, esos son los laringos. Pero eso, ese es nuestro espacio. O sea el sector de emergencia es nuestro espacio. No tenemos un espacio físico para descansar. Y ahí comíamos, ahí desayunábamos. ¿A dónde voy a salir a comer? ¿y si me llega una urgencia? Ese es el tema, si yo estoy comiendo en el buffet ....Si, yo tengo un horario, tengo veinte minutos para el desayuno. Y viene un infartado, bueno, me quedan quince minutos para terminar mi horario. ¿Que, voy a hacer eso?. Tengo treinta o cuarenta minutos para el almuerzo o para la cena y no... Estas, comes, desayunas en el medio de los olores, en el medio de los pacientes, sintiendo el ruidito beep, beep, beep de los aparatos. Es ahí, continuo, estamos ahí. En cambio, de noche, yo siempre trabajé de día (nunca me banqué la noche para trabajar). Pero mis compañeros de noche

duermen ahí en un sillón o en una silla. El médico se va a la residencia, a la cama, a dormir. Pero si llega a venir un paciente y no está el enfermero que pegue el grito, para que el médico o la médica venga ¿qué pasa? Es verdad, no tenemos lugares para... no hay lugar físico. Eso es algo también del detrimento de la profesión. **En realidad todo hace a que no está valorada la profesión en sí**".

Del mismo modo, Camila señala esta situación, donde no hay tiempos para ausentarse, y la necesidad de un espacio físico adecuado es fundamental para mejorar sus condiciones de trabajo. No solo no cuentan con ello, sino además son juzgadas por hacerlo en los pocos espacios y momentos disponibles que encuentran:

"A veces terminamos once y media y doce hacemos un receso donde tomamos algo y seguimos trabajando desde las doce hasta las tres de la tarde. No volvemos a hacer un receso. Entonces vamos agarrando algún lugarcito. Y por ahí "¡Eh! Ya estas sentadas, ya están comiendo" esas cosas. Tenemos nuestra media hora de... que nos da el estado para nosotras poder tomar algo. Es más el director del hospital no quiere que nosotras desayunemos en el servicio. Quieren que subamos arriba al comedor. Pero no tenemos tiempo nosotras, el comedor abre de diez a once. Nosotras recién nos estamos sentando once y media. Entonces le digo "de diez a once nosotras no podemos subir. Y eso el director no lo entiende. Se ha peleado, se han hecho notas y ahora la merienda que recibe arriba nos dan a nosotras para compartir en el servicio. Pero siempre: "Que no entre nadie, que no nos vean, que no nos vea el director porque ya tenemos que guardar todo". [...] No hay espacio físico. Es más, algunas salas de médicos si fueron pensadas, pero otras salas de médico son salas que se las han quitado a los pacientes, se ha hecho disminución de salas y las han ocupado, por ejemplo, los residentes. **Los residentes no tenían espacio físico, entonces han quitado salas para que ellos puedan dormir ahí. No está pensado para que el personal tenga un lugar para descansar. Pero bueno, ellos como médicos por ahí lo pueden lograr. Pero nosotras, lo que es la parte nuestra, no**".

Por otro lado, Jimena destaca una falencia bastante preocupante, sobre todo considerando los riesgos a los que se ven expuestas:

"Otra de la cosa que decía que no teníamos lugar: **el baño nuestro, nuestro sanitario, es el que compartimos con los pacientes (infecciones urinarias, gastroenterocolitis) y es el mismo baño el que compartimos**. [Los médicos] En la residencia. En su residencia tienen el baño. Nosotras tenemos un vestuario que tiene un baño y que está afuera de la institución. Pero si yo tengo que dejar la guardia para ir al baño, dejo al paciente y tengo que estar permanente con los pacientes".

Podemos afirmar que son del personal de salud, quienes quizás más sufren la precariedad del sistema médico. Básicamente, porque son quienes más tiempo pasan en las instituciones y se ven expuestas a situaciones diversas y tienen que responder haciendo uso de diversas competencias

(técnicas, pero también morales). Los problemas estructurales de las instituciones afectan e inciden directamente en sus condiciones y recaen sobre ellas resolver todo tipo de situaciones.

Por ejemplo, Camila nos comenta dos situaciones extremas que vive en el hospital. Una, refiere a la falta de adecuación de vías de escape ante situaciones de riesgo:

“...por ejemplo el otro día, la amenaza de bomba. Nosotras no bajamos. Si nosotros bajamos, ...la familia nos puede hacer una denuncia por abandono de persona. Pero ellos no entienden que yo tenía un miedo terrible de que realmente pasara y decir “yo estoy acá adentro y mi hija está en mi casa y si llega a pasar algo se va a quedar sin mamá” Esas cosas que por ahí la gente te dice “no vos te tenés que quedar porque es tu puesto de trabajo” si es mi puerto de trabajo pero...[...] Nosotras en la amenaza de bomba nos quedamos todos adentro. Todos los servicios cerrados, el resto bajó. Pero nosotros no podemos sacar los pacientes como están. Aparte no hay por dónde salir. **No hay una buena salida de emergencia, más que las escaleras, no tenés más. Y nosotras que estamos en el cuarto piso ¿cómo hacés para bajar un paciente cardíaco en las escaleras?** No hay una buena contención de decir “¿por dónde lo saco?, ¿qué hago?” y no te queda otra que quedarte. Los ascensores no los puedes utilizar. Tenés que aguantar, exactamente. Pero por ahí yo digo, el hospital no está preparado para una contención de evacuar, no tenés por dónde. Por ahí mi mamá se ríe porque le digo “tendrían que poner, como en los aviones, esos tipos de toboganes”. Una rampa o algo. Es más, nosotros el servicio nuestro tiene ventanas herméticas, donde no se pueden abrir. No tenés una contención para sacar a un paciente. Ponele que el hospital se prendiera fuego, no tenemos... ¿por dónde sacas a un paciente? ¿O por donde salimos nosotros? Y antes las puertas de las laterales se cerraban con cadenas, entonces vos no tenías otra opción que bajar por... Tenés que bajar por la parte del medio, las laterales se cerraban con cadenas. Para que la gente no subiera. Porque cuando se cierran las puertas se te mete todo el mundo y hay robos, hay de todo. Se cerró para que hubiera un control más solamente por el medio. Si se te escapaban, por ejemplo los presos que vos sabías que si o si iban a bajar por el medio no hay otro lugar por donde salir. Hasta que fue uno de los terremotos, el que fue en Chile, y la gente se desesperó y muchas veces se quedaron atorados. Entonces de ahí empezaron a abrir las laterales”.

La otra situación que refiere Camila, es la falta de luces de emergencia:

“....nosotros no tenemos luces de emergencia, que vos decís “¿cómo en un hospital no va a haber luces de emergencia?”. No hay. Y la otra noche de la tormenta, yo estaba de guardia a la noche y con los celulares alumbrado a los pacientes “¿Están bien? ¿Están bien?”. Las máquinas, por ejemplo los respiradores, los desconectas y lo conectas al oxígeno que hay en pared de forma permanente. Y ahí tenés que estar con la manito, buceando hasta que llegue la luz. Que puedes estar toda la noche. Cuando eso pasa, nosotros hemos tenido, uno o dos. Entonces al ser dos nos vamos turnando. Pero muchas veces ha pasado en la terapia...”.

Entonces, ante cortes de electricidad (frecuentes en el centro), lo primero que deben hacer las enfermeras es garantizar a pacientes que están con respiración artificial, una asistencia de manera manual:

Camila: "...tenés que estar "así" apretando. Entonces muchas veces en la terapia que tenés ocho, diez respiradores, suben los chicos de la guardia a ayudarnos. O salimos los de los servicios cerrados a ayudar a la terapia. Si vos ves la cantidad de enfermeros, no tendría que ser. Pero igual en la terapia son cuatro camas para una enfermera. Y son cuatro camas de alta complejidad para un enfermero. Entonces si llega a pasar eso, el enfermero tiene que elegir a quien. (Risas) Y no tiene que ser así. Y nadie sabe esas cosas. Nadie sabe que muchas veces si llega a pasar algo... "este sí, este no".

V: Tenés muchas decisiones sobre la vida de otras personas.

Camila: "La vida de las personas, por fallas, a lo mejor estructurales o falta de personal. Según la teoría, es un enfermero por dos camas y a veces tenés un enfermero por diez camas. Por ejemplo, clínica médica que no son de alta complejidad, pero son tres enfermeros para treinta camas. Y antes eran dos enfermeros, es decir que tenías un enfermero para quince camas. Y es muchísimo trabajo, para quince pacientes es muchísimo trabajo. Por eso se decía se va bajando la calidad. Pero no es por que estemos agotados, es porque el sistema te lleva a eso. Es sistema de salud te está llevando a eso [...] Bueno, ahora el servicio de kinesiología, que tenés muchos chicos, ellos se dividen. Pasa eso y a lo mejor tenés cinco kinesiólogos. Y los cinco vuelan a donde sabes que hay respiradores para poder ayudar. Saben, a lo mejor tenés cinco enfermeros en la terapia y se van tres kinesiólogos a la terapia y el resto va mirando dónde hace falta gente. Me dicen: "¿Cómo que no hay luz de emergencia?". "No, no hay luz de emergencia". La terapia sí, no sé cómo han conseguido generador, nosotros no tenemos. Ni siquiera esas luces portátiles (risas), no tenemos nada. Entonces se corta y quedamos a oscuras. Y hay mucha gente que le tiene miedo a la oscuridad o a la noche decir: "Me voy a morir justamente en la noche". Entonces tenés que ir paciente por paciente. Y con las linternas, gracias a dios que los celulares tienen linterna, porque si no... (Risas) Teníamos linternas, nos robaron las linternas, teníamos que ir paciente por paciente... y bueno ahora nos manejamos así. No hay luces de emergencia. Y pedís y te dicen "no hay plata" (risas)".

En una situación hipotética extrema, pareciera que si hay cuatro pacientes de internación y una sola enfermera a cargo, si se corta la luz, la decisión de cuál paciente socorrer recaerá sobre la decisión de la enfermera. A la precariedad institucional señalada por la enfermera, se suma una deficiente formación en cuestiones de bioética y de competencias en situación de evacuación de pacientes víctimas de algún siniestro.

### 6.1.5 Trabajo prescripto y trabajo real

Miriam Wlosko parte de los estudios de la psicodinámica del trabajo y los integra a la perspectiva del cuidado. Algunas de las hipótesis que la autora plantea respecto a la violencia laboral /institucional que padece el personal de enfermería del sector público en nuestro país, es que se ocasiona a partir de la brecha entre trabajo prescripto y trabajo real. A fin de poder realizar su trabajo, el personal de enfermería debe transgredir las normas y procedimientos prescritos por la organización o por las jefaturas, y se exponen de este modo a situaciones de violencia laboral de las que los responsables institucionales de mayor jerarquía se desentienden.

Pamela, nos explica: “Entonces, terminas siendo administradora, terminás siendo de limpieza, terminás siendo...es tal la carga que tenemos por sobre nuestros hombros. Y no se delega esa carga. Resuelve muchas cosas”.

Es una carta que juega el MMH, el batallón que está en la trinchera, son las enfermeras, mientras más tiempo están, tienen que responder a todo tipo de demandas, y sin embargo no tiene el reconocimiento social debido. Pamela sostiene en este sentido:

“Estar siempre en el medio, ser la voz intermedia de la comunicación entre el paciente, los familiares y el médico. Los estudios que no se hacen...y el sistema de salud...que te recae una presión, la sociedad ejerce una presión tan fuerte sobre la enfermera, que te responsabiliza. Después viene el médico y con dulzura les habla, y de repente vos quedaste como una perra. Como una perra, perdón por...como una mala persona...y quizás en el momento “chicas, esto no se hace”...te encontras con eso, un montón de veces.”

“Todo por el mismo precio”, “lavar materiales”, “acomodar el consultorio de los médicos”, “andar buscando por todo el hospital la medicación”, acicalar a los/as pacientes, todas estas tareas no les corresponde, se trata de cumplir funciones que exceden lo prescripto producto de feminización de las condiciones de trabajo de cuidado, en este caso asociadas al trabajo doméstico. En el ámbito sanitario, como en muchos otros, suelen suceder estas situaciones para resolver la cotidianeidad ante las precarias condiciones materiales. Como hemos indicado en el capítulo 3, que al naturalizar el cuidado como atributo femenino se pierde su carácter de saber-hacer adquirido a través de la experiencia, por lo tanto, desaparece como trabajo y se subestima en el registro del hacer y se sobreestima en el ser.

### 6.1.6 Déficit de personal y de reconocimiento en enfermería: negligencias y malos cuidados

En los relatos, frecuentemente, aparece la poca cantidad de enfermeras/os, como una falla grande en el servicio de salud. Esto condice con las estadísticas provinciales, pero incluso nacionales e internacionales, donde se plantea un fuerte déficit de personal de enfermería y suelen haber llamados públicos, reforzados en los medios de comunicación<sup>14</sup> para cubrir estos puestos, a la vez que incentivar la formación en enfermería. Esta demanda, se engloba, podríamos decir, en la crisis de cuidado generalizada que existe en las sociedades modernas<sup>15</sup>.

Ante estas situaciones deficitarias de personal, el peso recae sobre las enfermeras y se baja la calidad del servicio. Camila nos señala en el Hospital Central:

“...somos pocos enfermeros porque eso también es una falla muy grande en el hospital, somos muy pocos enfermeros. Clínica médica tiene treinta camas y a lo mejor tiene a veces tres enfermeros para las treinta camas. [...] Y los médicos pueden haber, qué se yo, tres médicos de planta que saben y a lo mejor quince residentes, pero que tampoco saben. Entonces vos por ahí decís: “Si se baja el nivel de calidad de atención a un paciente”. Porque tres enfermeros para treinta pacientes, no los puedes atender a todos. Entonces ¿qué es lo que haces?, medicás, controlás y el resto que se arregle la familia. Porque es así”.

Del mismo modo, sucede en el Hospital Notti, que es además un Hospital escuela y recibe muchos residentes, también con marcadas diferencias entre la cantidad que ingresa de cada profesión. Clara nos explica:

“Médicos hay muchos, enfermeros hay pocos. Tenemos muy pocas vacantes para nosotros. Creo que son algo de 5, ponele. No te quiero mentir, pero sé que son pocas. Y ellos no, ellos tienen como 40 quizás, no sé. Tienen muchos más que nosotros”.

---

<sup>14</sup> A modo ilustrativo, algunos titulares de diarios de todo el país: “Enfermeros: crece la demanda y la oferta de profesionales no alcanza” (Perfil, 21 de septiembre de 2019), “Faltan diez mil enfermeros en la Argentina” (Diario La Capital, mayo 2018), “Enfermería: una carrera con poco marketing pero más necesaria que nunca” (La Nación, 5 de junio de 2018), “Faltan enfermeros en todo el país y lanzan un plan para promover la carrera” (La Nación, 26 de octubre de 2017).

<sup>15</sup> En el caso de nuestro país, la Federación Argentina de Enfermería (FAE), la Asociación de Enfermería de Capital Federal (Aecaf) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) dieron a conocer, el 12 de mayo de este año, en ocasión del día mundial de esta profesión, que Argentina tiene una de las tasas más bajas de profesionales de enfermería de la región con 3,8 enfermeros/as cada 10.000 habitantes; mientras “el mínimo debería superar los cuatro profesionales cada 10.000 personas”. Disponible en: [https://www.paho.org/arg/index.php?option=com\\_content&view=article&id=269:advienten-sobre-un-deficit-cantidad-enfermeras&Itemid=239](https://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=269:advienten-sobre-un-deficit-cantidad-enfermeras&Itemid=239)

Entonces, empieza a pasar, debido a una conjugación de factores, entre los que podemos mencionar: la división entre “trabajo sucio”, la delegación de tareas y la subalternización de determinadas profesiones/ocupaciones, el colapso del sistema sanitario, que hay tareas que nadie quiere (o puede) asumir, y esas son especialmente las tareas de cuidado.

“Y por ejemplo bañar a un paciente, higienizarlo lo hace la familia. Es tarea nuestra, sí. Nosotras por ejemplo, lo que es servicios nuestro, ese rol lo manejamos nosotras. Ya cuando el paciente está por irse a la casa, que vos ves que va a quedar con alguna lesión, le haces entrar al familiar y le enseñas como manejarlo. Pero los otros pisos, no. **“No, arréglese, cámbiese, ahí tiene los pañales, ahí tiene los guantes y cámbielo usted”**. Que a mucha gente le molesta por que esa es la “actividad de usted”. Sí, es la actividad nuestra, pero no hay gente para hacerlo [...] por ejemplo, yo no he estado mucho en los otros servicios, pero sé que muchas veces los tienen que levantar, llevarlos a caminar, bañarlos en ducha, que eso por ahí si estamos nosotras, lo hacemos nosotras. Higienizarlos en cama, muchas **veces he visto en otros lugares que les cuelgan la comida cuando va por sonda de alimentación, que eso es tarea nuestra, para que eso esté estéril, no haya contaminación, la gente no sabe cómo manipularlo. Y por ahí viene el enfermero y le dice “tome, cuélguelo usted, y yo me voy a hacer otra actividad”**. O: **“Ahí le dejo la medicación, déselo usted”**. Cosas así que por ahí, la gente te pregunta: “¿Y estás pastillitas son para ahora o para más tarde?” por ahí le dicen: “Tómese todo esto ahora que abarca las ocho horas”. Que no corresponde. Pero es un tema de falta de gente y siempre te dicen que no pueden tomar gente. Pero es que entran médicos a planta, que entran residentes, que entran para distintas especialidades, pero enfermeros no entran. O por ejemplo los pases a planta, pasaron veinte médicos y pasamos dos enfermeros. Y no solamente en enfermería, porque pasaron veinte médicos, dos enfermeros, dos técnicos en laboratorio en rayos, pero veinte médicos. Entonces bueno vos decís, no es equitativo para todo el personal”.

En este sentido, Jimena vincula también el “déficit de reconocimiento” que existe:

“La OMS y todos los colegios de enfermería te establecen la cantidad de personal que tiene que haber; pero también hay un criterio que dicen: “Ah, pero bueno, están para estar sentadas”. Porque hay un desprestigio de la profesión, siempre todos los honores se los llevan los médicos. Y nosotras, durante mucho tiempo, fuimos las cambia chatas nada más”.

Ante la falta de personal y del reconocimiento de las labores que redundan en una valoración negativa de sí y del propio trabajo, vemos que se brindan “malos cuidados” que se transforman en violencias que terminan afectando tanto a las trabajadoras mujeres -las enfermeras- como a los/as pacientes. En el contexto de un predominio de régimen de cuidado neoliberal, se fortalece el discurso del “Hágalo usted mismo”, se descuida la práctica sanitaria y se pone en riesgo la salud de los/s pacientes (por ejemplo, que se contaminen, que tomen mal la medicación, entre otros peligros).



Valentina explica la relación conflictiva en lo subjetivo y profesional, al no poder brindar un cuidado de calidad, dada las limitaciones propias del sistema, y como estas limitaciones se traducen muchas veces en violencia institucional hacia las personas que asisten a los centros sanitarios:

“El mismo sistema sanitario. Esto que te decía recién, de la puerta giratoria...Yo sé que es frustrante la psiquiatría y la salud mental. Es frustrante porque es una cuestión que siempre está latente. Pero se torna más frustrante cuando no tenés recursos, no tenés redes. Vos vas a un sitio y “No, porque no”, y “No, porque tal cosa u otra” o “Mira, se va a demorar”. Entonces vos decís, o en el CPA o en centro de salud: “Chicas no vayan al hospital, sáquense con el terapeuta del centro de salud” y van al centro de salud y “No, porque vos tenés que ir al hospital, porque sos paciente del hospital”. Entonces las redes se empiezan a achicar, a estrechar. Vos decís pucha, porque le terminas quitando posibilidades. O al menos yo lo veo así, es subjetivo. Tal vez otro vea el lado más positivo. Lo que más me desgasta es que, por ahí por querer hacer un bien o querer ayudar, estamos tan limitados con algunos recursos que terminas generando como una violencia institucional. Porque el que vos vayas a un centro de salud, tengas que estar a las 4 de la mañana sentado en la puerta para que te den un turno a las seis de la mañana. Si es que te dan el turno, si es que viene el médico y te lo da. Porque quizá ese día se fue a un congreso, y vos estuviste desde las cuatro de la mañana y termina desgastándote. Lleva a que el paciente haga abandono de tratamiento”.

Hablar de la violencia en la que también se transforma el cuidado, permite alejarnos de una visión romántica del mismo, y analizar también los motivos concretos que subyacen en la desvalorización que sufre como trabajo. Este déficit de reconocimiento se asocia con las proyecciones negativas que hacen sobre ellas como mujeres y el “trabajo sucio” que realizan (Lhuillier, 2014,2005). De esta manera, se va construyendo una mirada de ellas que varía entre: son unas “vagas”, “se la pasan tomando mate”, las “saca chata”, hasta la sexualización de sus conductas y el considerarlas las “locas” por “andar” con todos los médicos.

Esta mirada ajena sobre el trabajo de ellas, cala en los relatos de las enfermeras, quienes parece a veces deben cuidarse más de lo que andan diciendo de ellas, que de su propio trabajo:

“Es más ahora la gente por ahí te dice: **“No es lo que nosotros pensábamos que están todo el día tomando mate”**. O no, le digo: “Nosotras hay día que no nos paramos en toda la mañana. Son ocho horas parada, si ustedes nos vieran a nosotras las piernas llenas de várices” le digo... por ahí dicen: “No si, es lo que uno ve de afuera”. Que por ahí en otro servicio si se puede ver que la enfermera este más tranquila, pero porque el servicio requiere menos atención. Pero bueno, de a poco de a poco. **Por ahí es un mito, me parece, que las enfermeras están todo el día tomando mate”**.

Del mismo modo, Ana señala:

“...si te sentas en el desayuno o un mate o lo que sea porque **somos identificados**

**por el mate** los enfermeros porque la gente no se da cuenta a veces, ya le hiciste su tratamiento, lo atendiste y todo y tenes un momentito del desayuno que se viene a tomar el mate **y no valora todo lo que vos hiciste**".

Otro de los estereotipos que fuertemente recae sobre las enfermeras, se asocia con su sexualización. Jimena señala:

"Si en general, socialmente, hay un morbo de "la enfermera". [...] Me he cruzado con gente: "Ah, **la enfermera sexy**". Pero es la visualización o la sexualización que cada uno hace del otro. Está bien, no soy la enfermera que anda de pantalones...Mi uniforme es una falda y una chaqueta".

Camila añade, respecto a los mitos que se construyen en torno a su figura y trabajo:

"**Que andamos con todos los médicos**, que andamos de acá para allá. Cosas que en realidad si supieran que nosotras ni nos vemos con los médicos".

La persistente erotización de las imágenes de las enfermeras, oculta un problema que continúa invisibilizado y naturalizado el acoso sexual en el ámbito laboral.

### 6.1.7 La salud en el trabajo: el propio cuerpo

En primer lugar, como hemos ido analizando, el desgaste que sufren las enfermeras es físico, psicológico y emocional. Se encuentra atravesado muchas veces por las condiciones deficientes de las instalaciones sanitarias, de la cantidad de personal y del ritmo de trabajo al que se ven exigidas.

En todos los relatos, surgen distintas problemáticas, riesgos y afecciones, de los cuales, al ser trabajadoras de la salud, son plenamente conscientes.

Sin embargo, entienden en algunos casos, es parte de los riesgos que corren. Así, por ejemplo, Jimena expresa: "Yo he estado en la guardia y cuando te viene un paciente infartado vos **no pensas en cuidar tu cuerpo o salvar una vida**".

Camila, ante la pregunta de las afecciones en el cuerpo más recurrentes y que más impactan en el ámbito laboral de las enfermeras, nos comenta:

"Y en la profesión nuestra son las **várices**. Por el tiempo que llevamos paradas. La cintura porque nosotras si, **hace un par de año tenemos las camas de moverlas a la altura, pero antes no tenías las camas para poner. Entonces tenías que hacer la fuerza para agacharte y levantar un paciente**. Entonces cuando querías acordar estabas hecha pelota la **cintura, la mayoría de mis compañeras trabaja con faja**. O el tema de las manos, la mayoría de nosotras tenemos tendinitis. Por el hecho de levantar, hacer mucha fuerza. ¿Qué otras cosas...? Esas son las tres más básicas que vas encontrar en la mayoría de los enfermeros. Lo que es várices, lo que es la parte de cintura o columna y las manos. La

tendinitis por lo general es en todo”.

Entre las afecciones mencionadas, vemos que algunas son propias del tipo de actividad. Pero se otras serían fácilmente evitables con una mejora de la adecuación de equipamiento:

Camila: “...por el tema de cama hemos mejorado muchísimo. Tenemos camas eléctricas que las puedes bajar hasta abajo o subirlas a una altura que, a lo mejor, vos no te agaches para levantar al paciente. Hace más o menos ocho, nueve años que tenemos ese estilo de cama. Pero el resto del hospital, por ejemplo los servicios comunes, todavía manejan las camas con eso que das vuelta que baja [risas]. Nosotras en ese sentido, si se ha mejorado muchísimo”.

Jimena remite a su propia situación, que la llevó hace más de un año a no ejercer la enfermería y cumplir funciones de administración. Nos relata:

“Bueno mi columna hizo así... Esto es una columna normal, mi columna hizo esto. Porque levanté a un paciente e hice mal la fuerza y quedé e **hice una contraescoliosis compensatoria**. Mi cuerpo compensó la fuerza y cayó la columna como una “s”. Y después de diez años de trabajar en urgencia... atravesado también por lo político, por lo social y todo lleva... Entonces decís bueno vamos a llevarla a un sector más tranquilo y más escondido (donde su exposición social y política no sea tanto) y donde también cuidemos su estructura física. Porque mi estructura física después la va a tener que salir a bancar la ART porque van a salir todos accidentes laborales”.

Jimena señala también otros tipos de riesgos, como las **enfermedades infecto-contagiosas**:

“... porque nosotras estamos permanentemente trabajando con residuos orgánicos y si bien consideramos que todo paciente es infecto contagioso. Para mí, sea o no lo sea, todo paciente tiene que ser tratado con las precauciones...”

Luego, señala situaciones donde, dada su posición de intermediarias entre la institución médica y los familiares, han recibido agresiones de todo tipo:

“...Ahora, existen accidentes laborales. De hecho, muchas compañeras se han pinchado con elementos cortopunzantes porque el paciente se movió cuando no se tenía que mover, porque el paciente estaba medio alterado en sus funciones mentales. A mí un paciente me partió el diente de una piña. Me pegó y me partió el diente. Un chico joven, un fin de semana, venía de un boliche exaltado psicomotrizmente entonces cuando lo pinché para ponerle el suero, me largó la piña y me rompió el diente, me partió el labio. Otros me han tirado de los pelos, me han pegado familiares. Pacientes que, ante la desgracia del fallecimiento de un familiar, te rompen todo, te rompen vidrios, te pegan piñas, patadas, te revolean el matafuegos...Un caso de una enfermera de la neo, que falleció un bebé y un padre (en su desesperación, en su ira), agarró y revoleó una incubadora, pero la incubadora iba a caer arriba de otra incubadora que tenía un bebé también y la enfermera se tiró arriba de la incubadora y le cayó la incubadora que voló en toda la espalda, en la cabeza y le pegó. Mi compañera, ese que te dije que es como una mamá, un paciente se enojó y pegó una piña a un vidrio y estaba del otro lado y le saltaron todos los vidrios en la cara”.

Por otro lado, una situación compartida con todo el personal de salud, es la resistencia que generan, dada la exposición permanente, a determinados antibióticos:

“También trabajamos con mucha medicación, antibióticos y todo esto desprende cierta cantidad de gases cuando preparamos la medicación. Y también las aspiramos o las tocamos, el contacto, vamos generando cierta resistencia a los antibióticos o a las medicaciones. Y esto habría que estudiarlo quizá, pero vos fijate que todo personal sanitario es duro para enfermarse. Pero cuando se enferma, se enferma muy severamente. Generalmente el personal sanitario en general (médico, enfermera), el personal sanitario que trabaja en instituciones de mucho afluente de pacientes, genera cierta inmunidad a los agentes patógenos y a la medicación. Entonces es difícil que se enfermen; ahora, cuando se enferman, es severa la enfermedad también”.

Por último, aparecen otras problemáticas en la salud, asociadas a las condiciones de trabajo que como expusimos anteriormente, requiere sostener una doble o triple jornada laboral. Por ejemplo, Camila menciona el estrés, el mal descanso y la mala alimentación, que en ocasiones deriva en patologías como la hipertensión o la diabetes. Todo ello lo asocia al “reventarse” que muchas veces implica su trabajo:

**“...te das cuenta como terminamos reventadas. Y es el mismo estrés que llevas de no dormir, de estar todo el día al palo. O llegas a la edad nuestra y decir estás hipertenso, tenés diabetes, enfermedades que no son normales a la edad de treinta, cuarenta años. Que tiene que ver muchas veces con mala alimentación, mal dormir, mal estrés, todo. Te implica todo. Porque a veces vos llegas a tu casa y llegas tan idiota de las cosas que viste allá, que te las agarras acá”.**

Por otro lado, asociado también a esta sobrecarga laboral, aparecen casos de adicciones a medicamentos. Como nos comenta Camila, se trata de un consumo vinculado a la sobrecarga laboral: para poder sostener el ritmo que requiere tener más de un trabajo, las guardias, sumado a los dolores corporales generados; aparece la problemática del consumo de analgésicos fuertes:

Camila: “El tema de que cobramos poco y trabajamos en dos o tres lugares. Muchos chicos agarraban ciertos estupefacientes y con eso tenían pilas para seguir en el otro trabajo. Estupefacientes **para ponerte activo, no sentir el dolor corporal...**yo me acuerdo, tenía un compañero que se daba mucho con Klosidol. Que es un analgésico fuerte que nosotros manejamos. Eso al flaco lo ponía bien y no tenía dolor corporal, no tenía nada y podía seguir hasta el otro trabajo tranquilamente. Pero se le notaban los temblores en las manos, se le notaba como a veces le temblaba la dentadura, los ojos muy vidriosos, pero el andaba divino”.

Jimena, de la misma manera, relata dos situaciones, en la que una termina en un hecho fatídico:

“... el caso de una compañera que tenía muchos dolores y se inyectaba analgésicos

para ir a trabajar y cumplir con su trabajo. Y se inyectaba endovenosa analgesia, analgesia...Y era su estrategia para seguir trabajando, digamos [...]... tuve un compañero que falleció porque se equivocó en la medicación que se inyectó y era medicación cardiológica y se murió casi instantáneamente...pensando que era una medicación y se equivocó en realidad, no era la medicación. Era otra medicación y falleció”.

## 6.1.8 Relaciones de poder en el ámbito de trabajo

### 6.1.8.1 “Un cafecito, doctor”

Las relaciones de poder atraviesan todas las relaciones humanas. En los ámbitos laborales de atención sanitaria, estas relaciones varían en función del tipo de servicio, del lugar (urbano, rural, marginal), de historia y cultura propia de cada institución, de la trayectoria personal y profesional de cada enfermera y equipo médico.

Como un primer indicador de las mismas, consideramos las formas de denominarse. Encontramos que el modo en que se llaman entre sí médicos/as y enfermeras, la manera de nombrarse, nos muestra las relaciones de poder/autoridad que se construyen, a la vez que nos devela la relación de clase existente entre el personal de salud.

Mientras todas las enfermeras, no importa si se trata de viejos médicos o recientes residentes, les llaman “doctor/a”; la mayoría de los médicos/as se dirige hacia el personal de enfermería por sus nombres de pila, pero no denotando una situación de confianza sino de autoridad. En este nombrar se personifica la descalificación o desvalorización del trabajo profesional realizado por las enfermeras, evidenciando relaciones de poder desigual.

Esto lo vinculamos, como analizamos en el apartado de Saberes, respecto de la resistencia que algunos médicos tienen respecto de la profesionalización de las enfermeras. A pesar de ser licenciadas y profesionales, es preciso marcar su distinción con el cuerpo médico. Camila explica que en su servicio existe “una barrera médico-enfermera”:

Camila: “Más allá de que no hacemos chistes y cosas. **Yo por ejemplo tengo médicos de la misma edad mía y más chicos, yo a todos los trato de “Doctor”.**

V: ¿Y de dónde viene esa barrera?

Camila: “Desde que ingresamos. Las mujeres, ya de antes, siempre mantuvieron esa barrera”.

V: ¿Y por qué esa barrera?.

Camila: “Es respeto: “El doctor, la enfermera”, más allá de que ellos nos llaman por el nombre, pero nosotros “Doctor”. Por ahí ya, cuando estamos en confianza que no hay pacientes, si nos tratamos con el nombre. Pero si hemos visto chicas que vienen de otro servicio que es mucha joda, mucho manoseo. Eso nosotras no lo tenemos. Yo creo que por eso también los médicos nuestros nos respetan muchísimo. Jamás se ha visto que una de

las chicas se haya metido, o los médicos... **Entonces por ahí está buena esa barrera. Está buena, porque no se confunden las cosas.** Que en otros servicios si ha pasado”.

Es decir, en ese trato hacia el “Doctor”, además del “respeto”, Camila lo presenta como una estrategia, a la vez que un mecanismo de control sobre y entre ellas mismas, para evitar se difunda el estereotipo de “locas” (en el sentido, de “andar con todos los médicos”). Pero también explicita la relación de competencia entre mujeres, “nosotras” versus las “chicas de otros servicios”. A la imagen sexualizada y estereotipada de las enfermeras, se superpone la idea de buenas y malas mujeres, las que andan con médicos y confunden las cosas y aquellas que son respetables.

“Claro, como un código nuestro, que por ahí, hemos visto chicas que se pasan y le decís: “Mira no lo hagas así o hacelo cuando no estén los pacientes”. Porque hay pacientes que se lo guardan y hay gente que lo divulga, entonces le digo: “No queda bueno por tu imagen”. A ver, le digo: “¿Qué es lo que la mayoría de la gente dice de las enfermeras?” “Que somos locas, que andamos con todos los médicos y no es así”, le digo. Nosotras por ejemplo, es un servicio donde el medico está afuera. Su dormitorio está afuera de donde nosotras estamos. Nosotras prácticamente nos manejamos por teléfono con ellos. Tal vez en la mañana un rato van, vienen, pero no están de forma permanente con nosotros. Ellos duermen afuera y nosotros tenemos el servicio aparte. Pero en otros servicios, no. Se mantiene todo en el mismo lugar. Pero bueno, por eso hay mucha gente que no le gusta y otra gente que sí. **Nosotras así mantenemos una buena relación, no ha habido confusiones, no ha habido manoseos, nada de eso”.**

Sin embargo, más allá de la forma de nombrarse, aparecen entramadas otras cuestiones. Jimena lo expresa de esta manera, y los límites en lo que ella considera una forma de vincularse autoritaria:

“Y en esto yo siempre fui muy picuda porque a mí un médico más viejo :“Tráeme un cafecito”. “No, yo no soy tu cafetera. Yo soy una profesional, igual que vos, del equipo sanitario”. Con criterios. Muchas veces yo me he negado, me opuse mucho y después compañeras más antiguas en la profesión que, hasta ese momento: “Ay, doctor, el cafecito” Doctor no, médico y de última tienen un nombre. A ver no todos son doctores, son médicos y tienen un nombre. Yo no los llamaba por el apellido, si los llamaba por un nombre. Con respeto, tratándolo de Usted. Pero no se llaman doctor, se llaman persona, tienen un nombre. Les decía el médico, pero siempre con respeto. Pero voltear esto: “Andá, hacé”. ¿Por qué anda a hacer, usted cree apropiado hacer? Porque nosotras también tenemos un criterio. A ver, vos sos Socióloga, yo soy Licenciada en Enfermería. ¿Yo te voy a ir a dar una orden a vos en tu campo laboral? ¿Con qué altura moral te lo puedo dar? Ni tampoco puedes venir vos a darme a mí en la salud. ¿Crees apropiado que yo te consulte? Es otra cosa”.

De la misma manera, Belén, que fue una de las primeras enfermeras profesionales en insertarse en el ámbito sanitario y transitó así ese momento histórico de transición de la profesionalización, nos cuenta:

Belén: “Pero te digo que con la empírica y todo eso era esto... y los médicos también rechazaban un poco... a las que veníamos... porque con las otras, se hacían hacer el café, había uno que me decía cómo tenía que hacerle el café para él, viste... con la... las cafeteras de antes que le ponías la bolsita y todo y que tenía que hervir echándole gotita por gotita de cada cosa... “Mijita ¿qué estás haciendo para ese?... ¡Échale todo y que se cague el café y se lo hagas y se acabó!”. “No, porque se da cuenta”.

V- ¿Y qué pasaba si se daba cuenta?

Belén: - “Se enojaba...uf, no, podías tener tu propio problema si se enojaba... una vez tomándolo. [...]a veces cuando había problemas más graves en las reuniones que habían de profesionales se hablaba, se decía que pensábamos... todos los problemas que habían en las salas, en los servicios... Y los médicos estaban. Médicos, enfermeras, todos. Las reuniones se hacían entre todo el equipo de salud. [...]Y lo que te digo, que con las empíricas ellos tenían más... [...] Claro. Es una cuestión de poder, no... este... entre más ignorante sos, más fácil manejarte. [...] Habían jefes de salud. Y yo tenía, cuando estaba en cirugía, el jefe era el jefe de cirugías, porque puedes tener 3 pabellones de cirugía, de hombres, mujeres, este otro... hepático, renales. En todos hay jefaturas así. O sea que siempre tenés jefe. Jefes y jefes y más jefes. Lo que es una estructura de nuestra administración pública. [...] Teníamos nuestras reuniones también... Se hablaba de todo [risas][...] había una vez un director, que había ahí en el Emilio Civit, casi me mató porque yo estaba en el gremio y empecé a hablar lo que yo pensaba... y fijate que ellos que eran jefes... director, subdirector del hospital, les tenían miedo a sus empleados... Querían mantener las relaciones”.

Por ejemplo, en el caso del servicio de alta complejidad, Camila describe respecto a la relación con los médicos:

“Es un servicio bastante machista. Son solo cirujanos, no hay mujeres. Por eso también está el hecho de que, la mayoría son todas enfermeras. Como te decía recién mi jefa no quería y el jefe tampoco quería, **para evitar relaciones interpersonales**. Que se mantenga el servicio tranquilo. Bastante bien nos llevamos, a pesar de que ellos son machistas. Nosotras somos... **no somos feministas, pero no nos dejamos avasallar por ninguna**. Eso, yo creo, ese el carácter que vamos formando cada una, en no dejarnos avasallar por ningún médico, siempre con respeto. Pero hay buena relación”.

Clara, Gía y Sonia, refieren respecto al Hospital Notti, en el servicio de internación pediátrica:

“Nosotros no tenemos ninguna relación con ellos. No tenemos, es medio raro que haya un médico que, por lo menos te pregunte, hey... Es raro, rarísimo a la vez. Por lo general ellos creen, o lo que parece, que **nosotros seguimos siendo como muy sumisos a ellos**. Y no es así, porque son carreras totalmente diferentes. [...] Ellos tienen toda la clínica, pero el que está todo el día... si vemos algo raro, yo me siento responsable de decir. Y en el

transcurso que ellos llegan y lo ven, seguramente bajaron los signos...pero bueno es así, es nuestra función, sí, de avisar. No tenemos mucha relación. Es que la dinámica también lo hace. Quizás... tengo conocidos que trabajan en el centro de salud y tienen otra relación con los médicos. Porque es otra la dinámica, entendes, ellos pueden sentarse a tomar mate, comparten el mismo espacio, nosotros acá no compartimos el mismo espacio, entonces **eso hace que tengamos una relación distinta**. Y más los nocheros, que ellos vienen, hacen...y te agarra cansada la noche, así que es entendible que no haya ese vínculo...porque cada uno, venis, haces lo que tenes que hacer, y te quieres ir a tomar algo a tu lugar”.

Las enfermeras intentan desmarcarse de las identificaciones sexualizadas en relación con los médicos, la profesionalización opera de modo tal que pareciera desdibujar las relaciones de poder sexo-genéricas y clasistas. Nada se dice de los acercamientos de los médicos a las enfermeras, del acoso sexual, de las violencias sexuales machistas, un halo continúa ocultando lo que resulta invisible, tan sólo por ser demasiado visible.

Como sostiene Ana María Fernández:

“Los procesos de inferiorización, discriminación y fragilización operan como naturalizaciones, conforman en tal sentido invisibles sociales. En rigor, no son invisibles, sino que están invisibilizados; a esos procesos se los ha denominado violencia invisible. Un invisible social no es algo oculto o escondido, sino que -paradójicamente- se conforma de hechos acontecimientos, procesos y dispositivos reproducidos en toda la extensión de la superficie social y subjetiva. En tan sentido, violencia visible e invisible conforman un par indisociable” (2014: 33).

#### 6.1.8.2 La irresponsabilidad de los privilegiados: abandonar el servicio

En los centros de salud, aparece recurrente la amenaza o realidad, que los médicos no van. Por un lado, como habíamos visto en el relato de Bárbara, en “chiste” los médicos amenazan que si ellas no limpian el material, ellos no va a atender.

Por otro lado, en las zonas rurales, se evidencia más la ausencia de los mismos, así nos comentan Pamela y Romina:

Pamela: “Desde pasar por todo...yo he pasado por todo...yo he intentado rescatar la profesión desde...he estado en atención primaria, centros de salud, donde el control es escaso, donde te diría, si vos no quieres ir, por ahí no tenes ni un control. Es un abandono. Entonces también te da bronca ese tipo de abandono. Donde tenes un mes que no fue el médico. Ponele que fui a trabajar a un centro de salud, el Colonia Italia puntualmente, en donde decía que el medico iba dos veces por semana. Yo te digo que pasaban dos semanas, donde el médico no iba. [...] al haber falta de control, vos entras a las 10 de la mañana, 9 de la mañana, es como si a vos te dejan, no te regulan. Vamos a ver cuánto cumplis, o cuánto no cumplis. En realidad, tenes que tener una formación ética muy fuerte”.



Romina: “Se da más en los profesionales, porque es menos regulado. Lo que pasa, en los centros de salud donde hemos trabajado la población no es demandante en ese sentido...”

Pamela: “Rurales, poca escolaridad...”

Romina: “No es lo mismo prestar servicio en un centro de salud de Las Heras, donde si el médico no va, la próxima semana cuando vuelva lo linchan, que en Lavalle...donde, bueno, si va el médico, genial vamos...”

De la misma manera, se teje una relación de comodidad y privilegio, donde los médicos depositan mucha confianza en las enfermeras, lo que les permite ausentarse, con la garantía que las enfermeras están y podrán resolverlo. Pero eso a la vez les enoja, porque ellas avanzan en terreno.

Lo médicos generan muchas veces de esta manera una práctica extorsiva hacia las enfermeras, que deriva de lo que Tronto define como una “irresponsabilidad privilegiada” en la que “... aquellas personas que se encuentran en posiciones relativas de poder pueden evitar sus responsabilidades de cuidado reasignándolas a otras personas” (Tronto, 2018:15).

Tronto evidencia de esta manera que las situaciones de cuidados son siempre situaciones de poder, y con ello podemos ver las dinámicas de poder que se configuran en función del contexto y las necesidades. Este concepto resulta de mucha utilidad para empezar a visibilizar lo desigual en torno al reparto de tareas asociadas al cuidado y poder desmontar estos mecanismos que reproducen subalternidad/dominio.

## **6.2 Cortar por lo más fino: la precariedad de las enfermeras y la exposición a las violencias**

Todo lo expuesto en torno a las condiciones y relaciones de trabajo en que se desempeñan las enfermeras da cuenta de las múltiples violencias a las que se enfrentan (materiales, simbólicas) y muchas de las cuales terminan ellas produciendo (al transformarse su cuidado en violencia).

Las violencias laborales que ellas sufren, pasan por la desautorización de la palabra y la mirada de las enfermeras, la desconfianza, el abuso de autoridad de parte de médicos/as, los insultos, hasta violencia física. Camila destaca: “Es como que hemos ido de a poquito subiendo en nuestra categoría. Pero bueno, todavía se sigue manteniendo eso de que le médico es el que decide”. Aparecen descalificaciones, violencia simbólica, relaciones de abusos, de autoridad, Camila nos dice:

“He visto, por ejemplo, médicos que van a hacer estudios y “**Apurate estúpida,**

**apurate tarada**” y vos decís... A nosotras jamás nos han faltado el respeto en ese sentido. **“Sos una inútil”**, cosas así, y muchas chicas se dejan tratar... “No, que el médico tuvo un mal día”. Igual le digo: “Vos sos una persona como él ¿entendés?”. Eso en el servicio nuestro no existe”.

Pamela nos comparte:

**“Tu palabra no vale contra la de un médico. O cuidarte de dar diagnóstico. Cuidarte de hablar con el paciente de más.** Tenemos que tener un montón de cuidados. Te diría de lo que es enfermería legal, la tenemos que tener mucho más clara...Nosotros no podemos medicar, no podemos dar diagnóstico, no podemos decirte un diagnóstico si no nos han dado una autorización previa. Y la gente pide respuesta, siempre”.

Pamela nos advierte: “Varía la visión va a variar según la persona que encuestes. Estas hablando con una persona que tiene resentimiento sobre el sistema de salud...”. Ante esto, le preguntamos de qué experiencias viene ese resentimiento, a lo que ella nos responde:

Pamela: “De muchas, desde **amenazas de médicos**, de cosas así. Uh, **a mi me ahorcó un médico** una vez. ¡Por que a mi paciente no...! Yo había llegado a una guardia, y las enfermeras a la paciente no le habían aflojado las vendas, y entonces se puede producir un tromboembolismo pulmonar. Por una cuestión de circulación, llega un momento donde vos tenes que hacerla levantar y le tenes que sacar las vendas. Son variáticas, cosas así, cirugías, cinturones gástricos, cosas así, muy complejas. Y no había pasado, no le habían levantado a la paciente, nada. De repente yo llego tranquila...y dice ¡Alguien me puede ayudar! Quería hacer una curación...entonces, hago la bandeja, pongo así, cuando el la levanta para ver, le encuentra el vendaje, y se vuelve hacia mí. Me saca afuera. Habían habitaciones vacías. Me lleva a una habitación vacía a hablar conmigo. Se me acerca, se me acerca, se me acercó. Me puso la mano en el cuello y me levantó: “¿Por qué a mi paciente no?!”

V: ¿Y vos que hiciste?

Pamela: “¿Que hice? Lo ayudé, terminé de ayudar, apreté los dientes y cuando se fue, me fui a llorar a un lugar escondido, en un baño, me senté a llorar, y lloré todo lo que pude haber llorado y después seguí trabajando. Porque tenía que seguir trabajando, porque recién llegaba a mi guardia”.

V: ¿Y después de eso?

Pamela: **“Esa era mi palabra contra la de él. Olvídate. En eso, ya lo sabemos desde ya”**.

V: ¿Y hay muchas de esas situaciones?

Pamela: “No lo sé, porque no lo hablamos. Somos hipócritas. Y no, vos no te vas a exponer a que te echen”.

V: ¿Y son hipócritas, o no hay espacios para compartir estas vivencias que tienen?

Pamela: **“Yo creo que si cada una de las enfermeras habláramos de nuestras experiencias, todas tenemos una”**.

Ante este tipo de situaciones, el único instrumento de control de su trabajo, a la vez que de protección ante eventuales problemas, es la hoja de enfermería, donde asientan todos los procedimientos que realizan para cada paciente. Gía y Clara nos explican:

Gía: “Nosotros en la hoja de indicaciones que te dan acá, te van a poner las medicaciones que le tenés que poner al niño y las técnicas que tenés que hacer. Hay niños que les tenés que hacer controles de glucemia después de cada comida, hacer alguna la curación de una herida. Y el médico te lo deja anotado, para que vos sepas, por turno, o una vez al día, lo tenes que hacer. Por eso justamente se llama hoja de indicación, porque el médico te deja indicado todo lo que vos tenes que hacer”

Clara: “Después en la hoja de enfermería vos pones lo que has hecho. Administro tal y tal medicación, hago tal y tal cosa...haciendo referencia a lo que te pidió acá. Para que te quede escrito, Porque lo que no está escrito, no se hizo. Entonces si vos no lo escribiste, el médico puede pensar que no lo hiciste”.

Gía: “**La hoja de indicaciones de enfermería y la hoja de novedades de enfermería, que va en cada historia clínica de cada paciente, es el único documento legal que tenemos para probar.** Por ejemplo, el día de mañana, yo me olvido de ponerle la medicación a un niño, yo... escrito en la carpeta que yo le coloqué esa medicación, por la vía que sea, endovenosa, oral, intramuscular, subcutánea...Bueno, eso te vale como una prueba, porque vos lo dejaste asentado. Y por más que venga otra persona y diga que no, vos lo dejaste asentado. Es un amparo legal que vos tenes”.

Victoria: ¿Y han tenido problemas con las hojas?

Gía: “Sí, todo el tiempo”. [risas]

Clara: Que sí hemos tenido...

Gía: “Porque muchas veces te pasa, capaz que viene una madre y dice: no la enfermera anoche no le puso a medicación. Pero vos fuiste y la madre estaba capaz que durmiendo, entonces vos lo dejaste anotado en la hoja de enfermería. Y vos le decís, no, yo si me acuerdo que lo hice. Y los médicos se fijan mucho en eso...Capaz que por ahí vienen y te preguntan. No, lo hice”.

En este sentido, esta experiencia aparece también en el Hospital Lagomaggiore, de nuevo en la experiencia de Pamela. Y en este caso, los problemas aparecen con los médicos residentes:

“Y bueno, es un hospital escuela el Lago. A mí me había tocado Clínica Médica Oeste, donde estaba el doctor C., que es como una eminencia, donde todos los chicos que salen de acá, de la universidad, quieren ahí a ese lugar. Entonces tenes muchos residentes. ¿Qué encontré en el Lago? Que no teníamos hoja de enfermería, para poner nuestros detalles de enfermería. Que parece que lo rellenaban los médicos residentes. Que ese trabajo de observación...¿pero por que? Porque eras vos con cuatro habitaciones, con 3 pacientes cada una. Una carga de 12 pacientes por persona. En una internación intermedia, salido de pre-terapia, mucha gente con bombas de infusión, con respiradores. Y atendiéndolas. Son 12. Y te tocaban menos, cuando te tocaban los aislamientos. [...] Es la experiencia...es una hipótesis personal. **En realidad yo sé que no tenía hojas de enfermería...siendo que en nuestro trabajo... por lo menos detallarlo, porque uno se puede defender.** Porque por ejemplo, si yo he visto al paciente “X”, yo lo veo todo el tiempo. [...] el Lago en estructura, muy bueno. Lo único que ahí puntualmente, en esa unidad, que era Clínica Médica Oeste, **me encontré con que no tenía hoja de enfermería y que no les extrañaba. Ah, y que las hojas de indicaciones de repente la tenías, y me la cambiaban. Y algo que se decían las enfermeras entre enfermeras era: “Mira, cuidate mucho, porque estos chicos no vienen muy expertos, entonces si se equivocan, borran todo. Ellos no van a perder 6 años, 10**

**años que están de su vida. Y vos, sos el hilo más fino”**. Patente. Patente que me tengo que cuidar desde ya de enemistades. “Guarda con hacerte amigas de esto” Como no son de confianza... De los médicos... “No son tus amigos” Eso sí se me quedó muy claro. “No son tus amigos ni tenes que tener confianza con ellos...**porque si te pueden cortar**”... Y me encontré con doble discursos, con cambio de discurso de profesionales”.

Ante estas expresiones de la violencia, que justamente cortan por lo más “fino”, es preciso avanzar hacia una comprensión de la división del trabajo desde el punto de vista social y técnico, moral y psicológico, a la vez que incorporar aspectos invisibilizados, negados y poco “atractivos” que implica el trabajo de cuidado.

El trabajo sucio reúne todas esas tareas y actividades que en una determinada sociedad tienen una consideración negativa, desagradable: aquello que se evita, por todos los medios posibles, a ser reconocido, visto. Sin embargo, todas esas tareas ocultas/ocultadas, requieren personas que las realicen. Personas que sufren entonces ese ocultamiento o se ven “contaminadas” por el mismo desprecio que reciben las tareas que realizan.

No es casualidad, además que quienes los realicen sean mayoritariamente mujeres, ya que los cuerpos de las mujeres aparecen como un importante instrumento para usufructuar/expropiar su “valor social”, rigidizando su rol en la división sexual del trabajo en tanto principales encargadas de los procesos de reproducción y cuidado, de sostenimiento y mantenimiento de las tramas de la vida. Se constituyen así en las principales destinatarias de todas las formas precarias de vida y de trabajo.

La dimensión del poder a la hora de delegar estas tareas -que en un sentido es asociado a la profesionalización- nos lleva a cuestionarnos las relaciones de dominio/autoridad que se entretejen y las posibilidades reales para transformar el trabajo/los cuidados, para que dejen de asociarse a formas de poder/coerción/dominación/perpetuación de desigualdades sexo-genéricas, raciales, y avanzar hacia formas más justas, recíprocas y distributivas del trabajo y el reconocimiento en el mismo.

### **6.2.1 El sistema violento: violencia institucional**

Durante todos los relatos podemos percibir las profundas violencias, algunas más sutiles, otras explícitas, que atraviesan el trabajo de cuidado que llevan a cabo las enfermeras. Sin embargo, encontramos, hay dos relatos que permiten dimensionar la magnitud que conllevan en las vidas concretas de las personas que trabajan, paradójicamente, cuidando a otras.

Uno de ellos, el de Jimena, remite a las violencias atravesadas por los prejuicios heterosexistas, binarios y misóginos, más aún en el campo de la institución médica hegemónica. En este caso, nos comparte la experiencia de una compañera, colega y amiga, Mabel:

“Fui la primera enfermera trans que se inserta en el mercado laboral, como varón, y después hace el cambio. Después estuvo Mabel que trabajaba en el [Hospital] Central como varón. Él, en ese momento, era auxiliar de enfermería o empírico y sale la ley en Mendoza que se tiene que profesionalizar. Entonces empieza a profesionalizarse como varón en el mismo instituto privado al que fui yo (que es el de ATSA) y yo empiezo a hacer las gestiones (porque ya era delegada sindical) que le reconocieran la identidad como estudiante, pero que la reconocieran como mujer. Entonces Mabel es la primera que se recibe como enfermera como mujer trans. En realidad yo me recibí como varón y después, en el año 2012 (yo me recibí en el 2007) logro que hagan la rectificación del título. Mabel a finales del 2012 se recibe ya como enfermera mujer. Pero después Mabel se termina suicidando por las presiones también en un ámbito como el [Hospital] Central que no está preparado para la contención de estos compañeros”.

Nos llama la atención, o más bien, nos provoca tristeza, que en otro relato también aparezcan dos suicidios cercanos de colegas, compañeros de trabajo, personas con quien se sostienen vínculos de confianza y amistad. Nos cuenta Pamela:

“Yo tengo una amiga que se suicidó. Enfermera, 36 años. Mujer hermosa. Se mató. Y tengo otro amigo de 30 años que también se murió.

V: ¿Y para vos tiene que ver con todo esto...? P: Con la mala vida que llevan. Por supuesto, por supuesto. V: En el caso de tu amiga...si me quieres contar...

Pamela: Ella **se inyectó insulina**, una jeringa de insulina. No tenía respuesta en su vida ni nada...pero **¡trabajas para el sistema de salud! Se supone que si estás trabajando para...algo que es...para cuidar ¿Quién cuida al que cuida? No tenemos ni asesoría psicológica, ni nada**. Un jefe que te puede estar preguntando “¿Qué te está pasando a vos?”, “Ah, miré quiero cambiar este turno”. Rogar. Recargas, porque... “Abandono de persona”. ¡Cómo te vas a negar a una guardia!... “No vino mi compañero”. “Te quedas”.

De allí, Pamela es de las que más fuerte marca en su relato el enojo contra el sistema, la violencia institucional, que refiere como “un sistema muy hegemónico. Un sistema totalitario”. Ella es, entre las entrevistadas, quien pone en evidencia la manera en que las condiciones de trabajo en el sistema de salud, llevan a prácticas despersonalizadas, mecánicas, repetitivas, con efectos graves y dañino para la salud. Advierte de sí misma varias veces durante la entrevista de ese “resentimiento” con el sistema:

¿Por qué no quise volver más? Porque no quiero pertenecer más a ese sistema de salud, no me siento identificada, no me siento cómoda, no me siento parte de ese tipo de sistema...**me despersonaliza, en el cual, no me tiene en cuenta. Soy un número**”.

La colonialidad del poder, del saber, del ser y de género producen un entramado de violencias que coexisten, atraviesan los cuerpos, se acumulan en historias de vidas, y condensan en un complejo panorama para el análisis social y político. El sistema sanitario aparece también como un sistema de género, atravesado por la división sexual del trabajo, las relaciones de poder y la organización de las emociones y la sexualidad, las violencias y las resistencias.

En los relatos de las entrevistadas, de diversas trayectorias, personales, profesionales, procedencias sociales, geográficas, encontramos la violencia con que se impone este “sistema totalitario”, cobrando con sus propias vidas. Se resalta lo paradójico, a su vez, de trabajar para un sistema de salud, y ser totalmente descuidadas. Ante la pregunta: ¿quién cuida a las que cuida?, veremos a continuación que, principalmente, deben cuidarse ellas mismas.

### 6.3 Resistencias y organización

“Nuestra tarea como organizadoras no es decirles a las mujeres que están oprimidas, sino entender primero las formas cómo la gente se rebela todos los días contra su opresión...”

Peggy Morton, *Las mujeres dicen basta* (1986)

A lo largo de los relatos, pudimos ver distintas estrategias cotidianas de resistencia. Algunas que pasan por desobediencias individuales (responder ante situaciones arbitrarias, negarse a realizar una indicación con la que desacuerdan bajo sus propios criterios profesionales). A modo de ejemplo, Valentina señala:

“...medicina es una de las profesiones más reconocidas o más nombradas. Es como decir abogacía, no sé si la arquitectura. Es como una profesión que tiene mucho prestigio, desde muchos años. La enfermera no, porque su historia no viene con el prestigio que tiene el médico. Pero es una construcción y que eso lo tenemos que hacer los mismos profesionales que estamos ahora. [...] El poder ponerse firme cuando hay una situación de distintos criterios o poder sentarse a hablar con otro profesional y sentir que estás hablando con otro profesional, no que “el otro” es el profesional y vos no. Pero eso tiene que ver con cada uno y con esta cuestión de la precarización laboral, que lamentablemente... A nosotras por ahí nos ponen en un lugar del “poner los límites” de decir “no”, del “esto de revisar”, del “que te dejo, no te dejo” y no es así. Pero eso depende de nosotros, cambiarlo. Por eso es reeducar las personas. Uno de los grandes problemas que tuve en el hospital, era eso que cuando los pacientes venían de los permisos, había que revisarles los bolsos y las mochilas. Yo decía “¡no! yo no voy a revisar” porque ese no es mi trabajo. O por ahí me decían “bueno vos tenés que teñirla a la paciente “y contestaba “¡no!, ¿cómo la voy a teñir? Si yo no soy peluquera”, ¿cómo voy a teñir a un paciente? ¡Estamos todos locos! Los jefes de las salas: “Porque ustedes tienen que teñirlas a las pacientes para que estén más lindas” y les digo:

“¡No! ¡Teñila vos!” Pero pasan esas cosas. Y hay enfermeras en situaciones precarizadas que lo hacen. Por ahí capaz que, como pasas tantas horas con las pacientes, algunas se encariñan y la podes ayudar. “Bueno a ver yo te ayudo “Pero no es que sea tu función o tu rol. Si, por ejemplo si me dicen “Verónica, tenés que hacer un tratamiento de pediculosis, porque una paciente que está psicótica y está llena de piojos” y si, lo voy a hacer porque es mi rol. Porque esta psicótica, por que no sabe hacerlo, no entiende; porque si la mina se rasca, se lastima y se le hace una infección, corre riesgo su salud. Entonces si le voy a poner los líquidos, la voy a cuidar, la voy a enjuagar, le voy a hacer el tratamiento de la pediculosis porque está psicótica, no sabe. Pero si la mina está bien, tiene quince años, es una adicta, no tiene ganas de bañarse, no tiene ganas de peinarse ¿yo voy a ir a suplir esa necesidad? Si no tiene juicio desviado, si no tiene un trastorno de consciencia. Por eso te digo, que hay cuestiones sociales que uno no puede imponer en el paciente”.

En este caso, se destaca el límite ambiguo a que someten el trabajo de las enfermeras de manera constante. En el caso de Valentina, hay una conciencia de no hacerlo, un registro que no corresponde a su función (que contrasta, en ejemplos anteriores, con el caso de Camila que “depila” a sus pacientes). A su vez, destacamos la identificación de las condiciones laborales al momento de poder marcar esos límites.

Por otro lado, traemos la experiencia de Jimena, como ejemplo de la organización y el respaldo que pueden brindar las modalidades colectivas (en este caso, sindical). Como mencionamos en su historia, ella debe ingresar a estudiar enfermería bajo un cuerpo de varón, debido a las situaciones de discriminación y trans-odio que tuvo que atravesar. Una vez licenciado y luego de ingresar a trabajar en el Hospital Italiano, comienza a desplegar su estrategia de supervivencia:

“Me recibo y empiezo a trabajar en el Hospital Italiano. Dos de mis profesoras (una era la supervisora del hospital y otra era enfermera del hospital) sabían de mi formación, sabían mi buen promedio (si lo único que hacía era estudiar, no hacía otra cosa) y entro a trabajar al hospital. Entonces tenía a la mañana el hospital, a la tarde la clínica y a la noche. Entonces estaba las 24 horas protegida en el momento ese. Eso me llevó a tener una anorexia nerviosa, yo llegué a pesar 45 kilos. Ahora peso 60, mido 1, 75. Ahora peso 60 kilos, vos ves lo que es mi cuerpo: soy flaca, soy delgada. Imagínate pesando 45, era terrible. Y bueno llegó un momento que, con terapia, entendí que había que ponerle un fin, un límite a esto. Y que en esto yo tenía que dejar de disfrazarme (y de complacer al otro) y empezar a complacerme yo. A tener un poco de ego propio, a ser un poco más narcisista, pero para **cuidarme yo**. Dejé los otros dos trabajos, me quedé con el Hospital Italiano y empecé a tener más tranquilidad y empecé otra vez a moverme socialmente saliendo a bailar, empezar a generar otra vez un vínculo con amistades y de a poco, la imagen no cambia de un día a otro (el pelo no te crece del día a la mañana). Bueno, empezando de a poco a cambiar. Pero, no teníamos leyes en ese momento, y a mí me quedaba dos: o cuidar mi trabajo (que en un año yo llego a hacerme cargo de clínica médica del hospital) o me hago la loca, tiro todo por

la borda, corro el riesgo que me echen (como es un hospital privado) y no me queda más opción que trabajar en la calle. Y que eso yo tenía claro que no quería y que no quería hacer. A ver, yo no considero que sea un trabajo la prostitución; sí, la única alternativa de subsistencia que tienen las personas trans en la actualidad en la Argentina. Y que no es denigrante, porque es lo único que tienen para subsistir y hay que tener mucho coraje para hacer lo que las compañeras hacen. Una valentía que quizá yo no la tengo, por eso nunca quise caer y hacerlo (lo único que tenía claro es que yo no quería). Entonces cuando me dicen “Uh pero las putas...” A ver yo tengo la suerte de no ser puta, soy putísima y elegir cuándo comer, qué comer y con quien. Mis compañeras no tienen esa posibilidad, socialmente las hemos puesto en la calle como única alternativa. Bueno, entonces había que protegerme de alguna manera de esto. Entonces ¿cómo me protejo? **Me presento como delegado sindical en aquel momento en el hospital. En ATSA. Asociación de Trabajadores de la Sanidad Argentina que es el sindicato que nuclea al sector privado de la salud. Gano las elecciones.** A todo esto mis compañeros, cuando salíamos los fines de semana y me veían, sabían que era Jimena. Pero en las ocho horas de trabajo me veían disfrazada de varón. Entonces para ellos tampoco era tan brusco el cambio. De hecho fui una delegada sindical y después fui dos veces reelecta y re reelecta delegada sindical del hospital. Pero en ese momento mis compañeros me bancaban, no tenían drama mis pares. **Era armar la estructura institucional, que había que blanquear una situación (a la estructura institucional) y a la sociedad en sí.**

A su vez, en el relato de Jimena, fue fundamental el contacto con movimientos sociales, en particular el colectivo LGTTQB, y el contacto con referentes/es que permitieran acompañar y enmarcar su lucha en un horizonte más amplio. Como ella misma comenta:

“Siempre en el colectivo de la diversidad he sido más acompañada y respaldada por el colectivo femenino [...] Bueno, gano las elecciones, **conozco a Lohana Berkins.** Lohana Berkins me plantea en un momento que no era un tiempo de tibiezas y esto seguía avanzando (yo te estoy hablando, estamos a mediados del 2009) y que había que jugársela. **Me dice una frase: “Los tibios no quedan grabados en la memoria de la historia”, algo así. Y que no tenía tiempo para gastar, que si era tibia que no me acercara a hablar con ella.** Igual, no me subestimes: agarré y me senté, obvio”.

### 6.3.1 Autopercepción como trabajadoras de la salud

Sin embargo, las experiencias más recurrentes en las enfermeras, es la dificultad en encontrarse, reconocerse entre sí y trabajar colectivamente para resolver sus situaciones. Las mujeres trabajadoras en general, siguiendo a Danièle Kergoat, aparecen como un grupo atomizado, fragmentado, sometido a la inseguridad y desconfianza entre pares, producto de la relación social sexuada en la que construyen sus identidades (subjetivas y colectivas).



No es lo mismo ser obrera que obrero, y esto impacta en sus percepciones como trabajadoras y sus posibilidades de luchas y estrategias colectivas para hacer frente a las condiciones laborales injustas. Por ello, Kergoat señala:

“Las mujeres deben pues proceder a un verdadero desaprendizaje para poder reivindicar colectivamente el reconocimiento de su calificación y, con el tiempo, iniciar una lucha. No es cosa fácil, ya que su realización supone una modificación profunda de la economía del grupo de las mujeres...vinculándola con el individuo (o la individuo) sexuado(a)” (2003:850).

Ese desaprendizaje, implica asumir entre todas la tarea de romper con los tratos de subordinación que se manifiestan en el “Doctor”, el responder servilmente a cosas que exceden sus funciones (lavar materiales), romper con los discursos negativos que fomentan la idea que ellas “andan con todos los médicos”, por lo tanto, dejar de fomentar prácticas que sugieran entre ellas la necesidad de evitar esas apariencias.

Por otro lado, requiere dotarse de herramientas organizacionales colectivas que tenga en cuenta su individuación sexuada:

“...el grupo obrero femenino ...su funcionamiento se define, según la representación que de él brindan las obreras, como un conglomerado marcado por una intensa competencia interindividual. Parecería que la solidaridad fuera algo exclusivo del grupo de los hombres, o al menos del grupo mixto. Así, el problema de las envidias es un leitmotiv que aparece una y otra vez” (Kergoat, 2003:853).

Volvemos a la pregunta que hacía Pamela: “¿Quién cuida a las que cuidan?”. De los relatos y los análisis, podemos concluir dos cosas: 1-Sólo es posible cuidarse entre ellas. 2-Esto no es posible, en la medida en que no se constituya un nosotras.

Lamentablemente, producto de las relaciones sociales de sexo, el machismo internalizado, el patriarcado que fomenta la competencia entre mujeres, se dificulta la constitución del colectivo de mujeres en tanto trabajadoras. La propia imposibilidad de enunciarse en femenino por parte de la mayoría de las entrevistadas, cuando se trata de un sector altamente feminizado, da cuenta de las dificultades en reconocer la individuación sexuada y el impacto en sus condiciones y posibilidades de trabajo. Aparece totalmente inhabilitado, inhibido, impensado un “nosotras”.

Se produce un “silogismo paradójico”, en los términos definidos por Danièle Kergoat, en donde:

“Desde un punto de vista lógico, tenemos aquí las premisas de un silogismo: Todas las mujeres son envidiosas (proposición mayor). Yo no soy envidiosa (proposición menor). Formalmente, la conclusión debería ser la siguiente: Luego, yo no soy mujer. Esta conclusión

virtual pone en evidencia la negatividad del discurso obrero: negarse a identificarse con un colectivo de mujeres corresponde en realidad a la imposibilidad de hacerlo. Lo anterior conlleva una serie de consecuencias: por un lado, todas las bases para la creación de un colectivo se ven minadas; por el otro, la constitución sexuada del sujeto se ve bloqueada en el plano de sus representaciones, puesto que la afirmación yo no soy mujer no puede ser dicha, ni siquiera pensada. Desde ese momento, sólo el individuo puede afirmarse; pero se trata de un individuo neutro desde el punto de vista del género. Así pues, las mujeres sólo pueden arreglárselas recurriendo a una ética individualista. Sin embargo, esa salida también está condenada por las formas exteriorizadas de la división sexual del trabajo: obstáculos para la formación, la promoción y la calificación. Las mujeres carecen, pues, de los medios sociales para aplicar en la situación laboral la ética individualista que representaría la solución lógica de su discurso, mientras que su condición de extranjería en el trabajo, y la imposibilidad de reconocerse en el grupo crean un efecto acumulativo que podría explicar la génesis de muchas prácticas sociales” (2013:854).

En el caso de Barbara, resulta muy explícita esta dificultad. Le preguntamos cómo se percibe como trabajadora de la salud, y al sector de la enfermería. Ante lo que responde:

“...no sé cómo definirme yo (risas). ¿Cómo nos vemos? Por ahí como que cada una tiene, por diferentes motivos, ha estudiado la carrera...me da la misma sensación... y tenemos diferente carácter. No sé, no sé cómo definírtelo, no lo encontraría. Yo creo que no soy mala persona, no soy mala compañera y mis otras compañeras tampoco. Dentro de todo tratamos de llevarnos. Y mirá que cada una tiene un ramito diferente, te diré.”

Luego añade:

“Ahora me parece que estamos bien, que estamos relativamente todo tranquilo. Que estamos laburando en equipo, que nos estamos comunicando más que antes. Pero me parece que, no sé si es por la época o qué, pero como que han bajado mucho los decibeles. Como que al principio había mucha tirantez...Lo que pase que antes, yo no estaba ni como encargada. Era indiecito, **yo me sigo considerando indiecito**. No creas que porque hay un papel, que todavía ni siquiera lo veo al papel. Como que por ahí decíamos “esta mujer que quiere que hagamos tal cosa y no está bien” y yo digo **“no quiero ser así”**. **Yo quiero cumplir mi edad e irme. No ser esas viejas que están ahí todo el día peleando (risas), quiero irme**. Pero dentro de todo, ha cambiado bastante la enfermería. **Y las chicas nuevas que vienen con otras ideas y por ahí, como vos que ya tenés tu idea de antes, como que chocás a lo mejor”**.

Por un lado, no se reconoce con las “viejas de antes”, marca una distancia, una necesidad de “no ser así” (lo que recuerda a la matrofobia, tal como describe Adrienne Rich, 1986), pero por otro lado, tampoco se reconoce en “las chicas nuevas”, que son justamente, las que llegan con la idea de no ser más “indiecitos”. Explica respecto a esa diferencia de ideas entre las chicas nuevas y ella:

“Ponele, “yo no voy a lavar este material porque no quiero”. Lo podes hacer, hay una partecita ahí en la ley, ahí abajo que dice que sí, que vos podés colaborar con el médico. Que no lo quieras hacer porque no te gusta o porque no te da la gana es otra cosa. [...] Pero creo que sí, que ha cambiado bastante la enfermería. No sé si los chicos de ahora hacen la carrera porque les guste o sientan de vocación, **o la ven como una salida laboral. Me parece que lo ven más como salida laboral**, no sé, yo que soy vieja. A mí me parece, que no tendría que ser así porque creo que vos a la carrera, la elegís porque te gusta, porque querés ayudar al otro.

[Interrupción] Entra una doctora y dice “Bibian, buen día”. La entrevistada presenta a la doctora “La doctora V.”. La doctora dice: “La doctora G.¿Puede ser? Quiere las pinzas para los electros” Bibiana dice: “Tengo que secarla, ya se las llevo, se las acabo de lavar. (A la entrevistadora) ¿Ves eso es otra cosa? Ya se las llevo. Gracias Tina”]. Por ejemplo-ella es médica pediatra- y ella, si tiene que atender al lado de enfermería, mientras vos estas acá haciendo cosas, lo hace. Y si tiene que poner un inyectable lo hace, si te ve que vos estas...ella si lo hace. Hay otros que por ahí les cuesta, [risa] les cuesta colaborar. Les cuesta. Son muy poquitos los que te dicen “bueno no importa” o “vos déjalo, yo hago”. Pero ojo! que no todos son iguales que yo. **Yo tengo mi forma**, ella me gasta (risas) porque me dice “Bibi, tráeme una aguja” y yo estoy sentada acá y voy y le busco la aguja, me dice: “Pero si soy tonta, si te estoy jodiendo” yo le digo: “Pero si me pediste una aguja, y me contesta “Pero estas trabajando, decime no” a lo que le respondo: **“No te puedo decir no”** (risas) . Pero es porque es mi forma. Es mi forma. Capaz que mi otra compañera no lo haga. Y te puedo asegurar que no lo hace. Pero bueno cada una va construyendo su forma. (Cambia de tema) Un ratito, voy a llevarle las pinzas”.

Vemos que Bárbara oscila entre una definición de sus funciones como parte de su personalidad, una capacidad que le es propia para ejercerlas, sin embargo, estas tareas son asumidas con ciertas contradicciones. Hacia el final de la entrevista, el tema del lavado de los materiales, que aparece de manera insistente en su relato, resulta a veces matizado, otras largamente desarrollado y sus argumentos esgrimen diferentes formas: como “colaboración” al médico, como una “forma personal”, que se presenta en tensión con sus compañeras que se “resisten” a cumplir con esas tareas que desde sus perspectivas no les corresponde y que para ella forma parte de la “bravura” de las mismas; como estrategia para evitar que los médicos “la jodan”, (pareciera ser el motivo más cercano).

Respecto de las reivindicaciones principales en torno de condiciones de trabajo en enfermería y las respuestas de los distintos sindicatos, y en particular respecto de la pregunta de ¿qué considera es lo que peor está en términos de condiciones de trabajo?, Bárbara contesta:

“Personalmente no lavar los materiales de odontología, decir “No los lavo más”, no los lavo más porque no tengo agua caliente, porque es real lo lavo con agua fría. Estoy cansada de ser la única que lava material (risas). Personalmente, los demás no sé. Y los chicos de la tarde si yo dijera: “No lavamos más el material”, no lo lavan”.

Resulta paradójico que aquello que considera una característica distintiva, casi una cualidad que la distingue de otras enfermeras, es al mismo tiempo “lo peor” de sus condiciones de trabajo. Si bien, la caracterización de su modo de trabajar, definido en términos personales, entra en contradicción con su manifestación del deseo de no lavar el material, ésta resulta imposible de llevar a la acción. Qué implicancia tiene en términos subjetivos negarse, le preguntamos: “Si vos decís “ahora no lo lavo más”, ¿qué pasa o qué se genera?”, contesta:

“¿Qué generaría? Que odontología, como es el médico... Es más, yo se lo he dicho así: “No voy a lavar más el material porque los lavo con agua helada” y me dice: “Y no los lavés, total yo no atiende, si no tengo el material no atiende”. Ellos en el consultorio privado, sí lo lavan al material odontológico. Acá por una cuestión que nosotros colaboramos, pero realmente, ni lo tendríamos que lavar. En todo caso lo tendría que hacer el técnico. Hay una técnica en rayos que lo podría hacer, porque está haciendo placas arriba con la doctora”.

La implicancia de no cumplir con una tarea que no se considera dentro de sus funciones, es recibir la amenaza explícita del cuerpo médico a negarse a atender si no cuentan con el instrumental lavado. Se desprenden así todas las consecuencias que ello implica sobre las enfermeras: las demandas de los pacientes recaen sobre ellas, quienes hacen la portería del centro de salud. En estas condiciones en que las enfermeras llevan a cabo su trabajo, repercute en su salud que se manifiesta en malestares físicos, psíquicos y sociales:

V: ¿Y arriba no tienen agua caliente?

Bárbara: “Tienen agua caliente. Pero qué pasa, yo tengo que bajar el material para esterilizarlo acá. Entonces él me baja el material. ¿Viste que vino la médica y después vino el médico y me lo dejó? Porque yo le digo “No voy a bajar más material”. La otra vez también me quedé doblada por subir y bajar en una escalerita así finita. Y a mí esos días después implica que tengo que llamar al médico a la casa, que me estén pinchando y que no pueda ni caminar. Porque me agarra el nervio ciático, entonces, bueno lo lavo acá. Claro subir y bajar escaleras con el material que es pesado, y me he quedado doblada. Entonces dije: “Bueno, no bajo yo el material, bájenlo ustedes”. Pero bueno, son cosas que van ellos dejando. Pero lavarlos, no lo van a lavar. Y que implicaría que se armara manso lio. Porque imagínate, yo esterilizo material de la mañana, lo lavo y esterilizo. Los chicos de la tarde lavan y esterilizan el material del médico de la tarde. Entonces el material que queda en la mañana es para que mañana trabajen los médicos de la mañana.

V: ¿Hay más médicos en la mañana?

Bárbara: “Hay tres odontólogos en la mañana y en la tarde hay uno solito. Entonces imagínate, si me dicen “No, bueno, yo no atiende”. Todos los pacientes...no lo entienden directamente”.

V: ¿Ha pasado que no atienden? No han atendido, porque no ha habido agua, no han atendido porque no han tenido material esterilizado. Te estoy hablando hace cuatro o cinco años atrás. Pero por esas cosas puntuales no han atendido, entonces qué ¿el paciente se va a la casa sin que lo atiendan?

Bárbara: “Si, entonces digo: “Lo lavo”. Porque si no, va a ser para lío y no quiero lío tampoco”.

V: ¿Entonces es para no generar lío y para que no se quede el paciente...?.

Bárbara: “El paciente sin que lo atiendan, porque es muy fácil venir a las siete de la mañana y que te digan: “No mira, no lo puedo atender porque no tengo el material”. O lo primero que van a decir, “La enfermera no me lo esterilizó”, porque es lo primero que va a decir”.

V: ¿Le echan mucho la culpa a ustedes?

Bárbara: “¡Uf! “La enfermera no quiso”. Que esa es una pelea que tenemos”.

Finalmente, se trata de “cuidar” a la institución, a los/as pacientes, ante la irresponsabilidad, en este caso, de los privilegiados (los médicos); y descuidarse entre ellas como colectivo sexuado. |

En este sentido, finalizamos, con las palabras de Kergoat:

“...las relaciones de explotación generan violencia; los hombres pueden retomar parcialmente el control dentro del universo laboral mismo, mediante las luchas individuales y/o colectivas en pro de su carrera, su promoción, su calificación, etc.; **las mujeres carecen de los medios sociales para esa toma de control, puesto que hay una discontinuidad entre el sujeto sexuado, por una parte, y el grupo sexuado y el universo laboral, por la otra. Se constituye, por ende, un círculo vicioso: la violencia se vuelve contra el grupo de los pares y contra ellas mismas. Al negar al grupo, las mujeres se niegan a sí mismas como sujetos (ambas negaciones son coextensivas).** De ahí ciertas conductas constantes de autodevaluación. Claro está, obreros y obreras no calificado(a)s devalúan sus conocimientos, su destreza y, por lo mismo, se autodevalúan: hacemos un trabajo tonto, luego somos tontos. No obstante, el fenómeno va acompañado, en el caso de las obreras, por una autodevaluación de sí mismas como mujeres; de ella provienen múltiples conductas de fracaso y una falta de agresividad hacia el universo productivo” (2003:855).

## A modo de conclusiones

Nuestra tesis titulada: “Trabajo de cuidado, entre los saberes populares y el conocimiento profesional. Un estudio feminista sobre el trabajo de enfermeras en el sistema sanitario de Mendoza”, trata sobre cuidados, pero también sobre descuidos. Procuramos así visibilizar, reconocer e indagar en unos cuidados en particular: el de las enfermeras. De este modo los resultados de esta investigación aportan a los estudios feministas sobre el trabajo de enfermeras en el sistema sanitario de Mendoza. Sobre aquellas mujeres fundamentales en la medicina y la salud, y que han permanecido invisibilizadas o que han sido reconocidas sólo como las “auxiliares” de los médicos.

Resulta dificultoso apartar el halo de prejuicios y estereotipos sexuados que recubren su figura y ocultan de esta manera el trabajo que realizan. Puesto que conocemos la historia a través de los ojos de los dominadores, es que en primer lugar nos dedicamos a recorrer el camino histórico que conduce a la **marginalización de las mujeres en la medicina**, es decir, el proceso mediante el cual la salud dejó de ser un asunto de mujeres, para constituirse como terreno exclusivo de los varones. En una historia larga de monopolización, mercantilización y profesionalización de la salud en torno de la industria médica; de violencias cimentadas sobre los cuerpos y saberes de las mujeres, el exterminio de los saberes populares y la exclusión de las mujeres en los mismos, las formas de silenciamiento, la hipocresía de los dobles discursos y los mecanismos de reproducción de la desigualación.

El mecanismo de exclusión-integración, deriva en la posterior incorporación de las mujeres a partir de la figura de la enfermera, con las paradojas que representa en tanto vía de acceso “profesionalizada”, pero bajo el registro contradictorio de una inserción condicionada y restringida al mundo masculino de “los” profesionales y de “la” medicina. Estos condicionantes, dados por las condiciones sexo-genéricas en tanto mujeres, marcan la posterior trayectoria y consolidación de la enfermería, en lo que algunas autoras aluden como “el dilema Nigthingale” (Ramacciotti y Valobra, 2017).

En este sentido, para comprender las relaciones sociales en que se inserta el trabajo de las enfermeras y la vinculación existente entre la feminización y devaluación de su labor, resultó prioritaria la **construcción de una mirada feminista y materialista sobre el trabajo de cuidado**.

Reconceptualizar el trabajo en sí desde una mirada feminista, ofrece a las ciencias sociales herramientas teórico-metodológicas fundamentales para comprender las estructuras sociales que

atraviesan la vida de las/os sujetos, en particular de las mujeres. Así, la inserción de las mujeres en la medicina y sus actuales condiciones de trabajo deben encuadrarse en la división sexual del trabajo, pero también dentro de la división moral del trabajo. La construcción subalternizada de esta profesión nos ayuda a encuadrar las subjetividades, relaciones de poder y significaciones que las enfermeras tienen de sus prácticas y saberes.

En este sentido, que la mayoría del personal de enfermería continúe fuertemente feminizado, “no es un accidente estadístico” (Mari Luz Esteban, 2001), sino que constituye una construcción social. En tanto feminizado, se produce en simultáneo, el mecanismo de invisibilización y poca valoración y reconocimiento social y profesional. Vemos la manera en que los procesos ideológicos favorecen la explotación de la fuerza de trabajo de las mujeres, a partir del paradigma de la especialización emocional femenina y la construcción de mitos y estereotipos sexuados que se construyen alrededor de su figura.

La configuración de este orden social patriarcal, se mantiene y refuerza de distintas maneras con expresiones y prejuicios que aparecen en torno a la figura de las enfermeras: hipersexualizadas (“enfermera sexy”, “locas”, andan con todos los médicos); vistas como malas (gruñonas, “perras”, “hinchapelotas”); a distintas expresiones desvalorizantes de su trabajo (“solo toman mate”, “las sacachata”). Todo ello cristaliza en **representaciones negativas** que impactan sobre la valoración de su trabajo y de ellas mismas en tanto colectivo sexuado.

Pero estas representaciones, contrastan y alejan de lo que el trabajo cotidiano de las enfermeras supone. No es llamativo ante tantos discursos y representaciones, que a ellas mismas les resulte dificultoso definir con precisión su función y tareas: pues como la mayoría de los trabajos feminizados, uno de los principales requisitos es la flexibilidad. Alternan entre las siguientes tareas: bañar a un/a enfermo/a, a controlar la presión, lidiar con los familiares enojados de un paciente o con el médico que se queja; aprender a trabajar con herramientas y tecnologías médicas hiperespecializadas; entre otras. Aquí aparece un fuerte abismo entre el trabajo prescripto y el trabajo real, el que efectivamente llevan a cabo (incluso, sin dimensionarlo plenamente).

**Las múltiples tareas que despliegan impactan en el propio cuerpo, que se refleja en específicas afecciones en su salud.** Entre ellas: várices; tendinitis; problemas en la espalda/cervical/ciático; exposición a consumos problemáticos (analgésicos) para mantener el ritmo que el trabajo requiere. **También las condiciones materiales reflejan las desigualdades de género en el personal sanitario.** Encontramos en la mayoría de los casos que el personal de enfermería no cuenta con espacio propio ni acondicionado dignamente, encontrándonos con

situaciones preocupantes, como el caso de que las enfermeras deben compartir el baño con pacientes, exponiéndose a riesgo de enfermedades (infecciones urinarias, gastroenterocolitis). Tampoco tienen donde dormir (a diferencia de los médicos).

Podemos decir que ellas son del personal de salud quienes más sufren la precariedad del sistema. Básicamente, porque son quienes más tiempo pasan en las instituciones sanitarias, quienes deben garantizar la atención y permanencia de los/as pacientes y se ven por lo tanto expuestas a situaciones diversas.

Los cuidados, en el marco de la crisis reproductiva y en la cadena global de los mismos en un contexto neoliberal, aparecen en el centro de las preocupaciones, tanto públicas como privadas, colectivas e individuales, cotidianas y estructurales. “Papá ya no pasa alimentos”, señala irónicamente Arlie Hochschild para referirse a la manera en que, a pesar de la retórica producida en torno de los cuidados, se desentienden de los mismos. El Estado y sus instituciones (sistema médico) de la misma manera operan como un ejemplo del funcionamiento de un hogar patriarcal. El “papá Estado” y sus formas de precarizar. Se multiplican los discursos en torno del cuidado, sin embargo, en la política concreta aparece un vacío de respuestas. “El diversionismo ideológico” (al cantar de la rapera cubana Danay Suarez) sigue creciendo, y se hace de los discursos un terreno propicio donde afincar idealizaciones, representaciones moralizantes y heterosexistas, que cobran factura en cuerpos concretos que sostienen modelos ideales, a costas de sacrificios, renunciaciones y violencias que se materializan en dolencias, malestares y frustraciones.

La sobrecarga del trabajo de enfermería, se vincula a que son las enfermeras las que sostienen con su trabajo las deficiencias del sistema de salud, pero además, refuerza mandatos de género y estereotipos, relaciones de poder de género y de clase. Y aquí volvemos a la división sexual y moral del trabajo y sus correlatos en los cuerpos vividos de mujeres.

Las estrategias que tejen como trabajadoras para hacer frente, las maneras que encuentran para persistir ante las condiciones adversas para garantizar el buen funcionamiento del sistema, constituye una energía creativa ampliamente aprovechada por el sistema, que sabe utilizar las capacidades de las mujeres como variables de ajuste.

Las prácticas y saberes de cuidado de las enfermeras, deben enmarcarse en las condiciones de trabajo que se realizan, que se encuentran determinadas por la división sexual, moral e internacional del trabajo, en un contexto global de crisis de los cuidados.

Todo ello refuerza una de nuestras anticipaciones de sentido específicas: **Las condiciones en que desempeñan su labor las enfermeras, en el marco de la división sexual del trabajo y las**



**imbricaciones entre las relaciones sociales de sexo y las relaciones salariales, produce representaciones negativas de las mismas que impactan en su autovaloración; y propicia modalidades específicas de violencias sobre estas mujeres.**

La discrecionalidad que requiere el trabajo de cuidado de las enfermeras lleva a que permanezca en la invisibilidad (Molinier). La paradoja de que existe al no advertirlo, mientras permanezca imperceptible, invisible. Lo valoramos, entonces, cuando emerge como ausencia (de mugre, hambre, malestares).

Pero a su vez, las tareas de cuidado son subvaloradas, lo cual se asocia a que históricamente han sido asignadas a las categorías sociales subalternas. Por ello, la naturaleza de sus funciones y las actividades que realizan permanecen en tensión entre el registro de la “vocación” y el “servilismo” por un lado, y la profesión y el trabajo, por otro.

Se produce a su vez otra tensión: a mayor reconocimiento, mayor profesionalización. El cuidado es invisibilizado en detrimento de la técnica. Mientras el cuidado es invisibilizado, prevalece su consideración como trabajo. Cuando es considerado el cuidado, se desdibuja el trabajo y se esencializa el cuidado. El sistema invisibiliza el trabajo, puesto que descuida y violenta permanentemente los cuidados en pos de la técnica, el profesionalismo y la especialización.

Por otro lado, consolida la “irresponsabilidad de los privilegiados”, en los términos definidos por Joan Tronto: “Aquellos quienes son relativamente privilegiados encuentran en dicho privilegio la oportunidad de pasar por alto las dificultades que no quieren enfrentar” (1993:120-121). Un gran poder conlleva la posibilidad de evadir la responsabilidad: elegir qué responsabilidades tomar y cuáles delegar a otros/as.

De esta manera, las relaciones de poder, atravesada por las relaciones de clase y de sexo, consolida un sector de privilegiados, que no solo obtienen recursos materiales (dinero), simbólicos (prestigio), sino también, afectivos (Arlie Hochschild). Las desigualdades producto de estas relaciones implican mundos físicos, simbólicos y emocionales diferentes para quienes pertenecen al sector de los poderosos y quienes están en las márgenes, en los sectores subalternos.

Desde una “política de la posición”, en los términos propuestos por Adrienne Rich (1984), consideramos vital y fundamental vincular las condiciones materiales de existencia, empezando por “la geografía más cercana” (1984:207), el propio cuerpo. Como dice Marx en la *Ideología Alemana*, “La primera premisa de toda historia humana es, naturalmente, la existencia de individuos humanos vivientes. El primer estado de hecho comprobable es, por tanto, la organización corpórea de estos

individuos y, como consecuencia de ello, su comportamiento hacia el resto de la naturaleza” (1974:19).

Posicionarse en el propio cuerpo, para entender, lo que podemos experimentar o no, los lugares que nos permitimos y los que no, la “confianza atlética” de un cuerpo blanco y fornido, o la desconfianza cimentada en las pilosidades, por el desprecio a un cuerpo agotado por el trabajo, las experiencias de discriminación y violencia experimentadas a partir de la asignación automática de determinadas categorías sociales con ciertas tareas.

El desigual e injusto reparto también de las emociones (en términos de posibilidades e imposibilidades) implica una desigualdad real en la energía afectiva, de las “buenas” emociones disponibles. Por ejemplo, encontramos incoherencias o contradicciones, en quienes producto de la “irresponsabilidad” de los privilegiados y de la desigual distribución de las compensaciones afectivas, viven desde la experiencia de una psiquis en tensión, por la contrariedad de los mandatos con el sentir, de las exigencias a respuestas inmediatas con “la mejor cara” a arbitrariedades sin sentidos y hasta caprichos de quienes demandan el cuidado. Se desdibujan los límites entre lo que genuinamente se siente y lo que prescribe el contexto en que la emocionalidad emerge. Estos cotidianos “desajustes” entre lo que se siente y lo que se puede sentir, generan un desgaste que corroe la estabilidad psíquica y emocional. O bien, expande las fronteras de su adaptabilidad, flexibiliza al extremo el sentir, con el riesgo de una pérdida total de autenticidad (despersonalización, alienación/extrañamiento, negligencias y malos cuidados). Los efectos de las emociones pierden su rigor, y se limitan a expresarse en momentos extremos, convirtiéndose en riesgosas para el sujeto/a que las experimenta y en el marco de una relación de cuidado, a las otras partes involucradas.

Por otro lado, detectamos la violencia epistémica, es decir, la violencia sobre los saberes desplegados por las enfermeras en su práctica de cuidado, se expresa en la desautorización, descalificación y desacreditación que aparece, sobre todo, cuando se animan a confrontar alguna indicación o criterio de algún/a médico/a. A pesar de su profesionalización, no se las considera poseedoras de saberes a la altura del saber médico, y se producen/reproducen de esta manera las voces autorizadas frente a las subalternizadas en el campo de la salud.

A su vez, en los saberes de las enfermeras entran otros componentes que “escapan”, evaden, son esquivos propiamente a la formación académica, y refieren más a la práctica cotidiana, al contacto permanente y conocimiento profundo e integral que implica su trabajo de cuidado. Es

así que aparece “un algo más” que no pueden expresar técnicamente, pero que les brinda un conocimiento otro de la salud de sus pacientes.

Con ello, consolidamos otra de las anticipaciones de sentido planteada en nuestra investigación: **Las mujeres enfermeras en la provincia de Mendoza poseen y despliegan saberes específicos que implican una representación de la salud no necesariamente coincidente con la del Modelo Médico Hegemónico.**

Más más allá de los protocolos y la estandarización de procedimientos requerida en las instituciones, el cuidado que brindan las enfermeras implica un proceso continuo de negociación y redefinición sobre cuáles son las necesidades de cuidado y la mejor forma de satisfacerlas. Estas negociaciones se dan entre el personal de enfermería y el resto del personal de salud (la mayoría de las veces médicos/s, pero también proveniente de otras disciplinas: trabajo social, psicología, incluso, nutricionistas, kinesiología), y a la vez con los/as propios/as pacientes y sus familias (quienes, dadas las características del modelo alopático, son quienes más excluidos/as se encuentran de esta toma de decisiones).

Por otro lado, destacamos que el cuidado en muchas ocasiones, dadas las condiciones estructurales y en que se desarrolla su trabajo, se transforma en un “mal cuidado” que implica violencia.

Esta otra faceta del cuidado, que se convierte en violencia, que muchas veces proviene de quienes otorgan el cuidado, nos lleva a indagar en los motivos de trasfondo. Es necesario en primer lugar visibilizarlo, llamar la atención sobre este hecho real y reflexionar en un contexto de predominio de discursos neoliberales.

A continuación, aprovechamos de distinguir entre lo que constituye un “buen” y un “mal” cuidado; lejos de consideraciones morales sobre lo bueno o lo malo, esta distinción resulta necesaria y se sitúa en proposiciones políticas que parten de la consideración de los distintos regímenes y los modelos de cuidado que implican.

El buen cuidado podemos definirlo como aquel cuidado que contempla las necesidades tanto de quien recibe como de quien brinda el cuidado; en este sentido, es contextual, se define y redefine de acuerdo a cada situación específica. El cuidado se comprende como parte necesaria y continua para sostener el mundo, tanto a nivel subjetivo e individual, como colectivo y social (un cuidado orientado a que todas/os/es podamos vivir de la mejor manera posible).

El mal cuidado es aquél que define las necesidades de una vez, de manera vertical, bajo un criterio de producción en serie: se construye un cuidado rígido y estandarizado, que se repite

mecánicamente sin tomar en cuenta contexto ni momento. El cuidado es considerado algo “secundario” o “accesorio” que hay que resolver, puntualizado en un único momento, para poder continuar adelante con lo “principal” (la producción, un cuidado orientado al mercado).

En las diferencias entre ambos cuidados, lo que subyace es la cuestión ontológica, la manera de comprender la naturaleza de los/as/es sujetos que intervienen en los cuidados. Es así, que lo que prevalece en un mal cuidado es un ideal abstracto de personas autosuficientes, en igualdad de condiciones y capacidades (cuyo modelo, por supuesto es el varón blanco, occidental, heterosexual, propietario). El “hágalo usted mismo” neoliberal consigue desproteger a quienes en mayores situaciones de desigualdad y vulnerabilidad están, a la vez que reforzar los privilegios y ventajas de quienes se hallan en posiciones de poder. Estas cadenas de violencias, terminan en el eslabón más débil: las trabajadoras mujeres -las enfermeras- y los/as/es pacientes. Finalmente, desde el mal cuidado propiciado por el modelo neoliberal, se refuerza el individualismo y se desdibuja el horizonte comunitario, plural y colectivo de la política y de los cuidados.

Respecto a las **estrategias de resistencia**, encontramos que el cuidado mismo no solo constituye un trabajo, sino también es una acción política. Considerando que “...las luchas que las mujeres llevan a cabo cotidianamente para sobrevivir son luchas políticas y luchas feministas” (Federici, 2010:125)

Cuidan lo que se dice y lo que no se dice de ellas. Se cuidan entre ellas, distribuyéndose las tareas en función de la que le da más asco, los fluidos, mucosidades, cambiar pañales, a la que no tiene impresión con las heridas abiertas o limpiar la carne escarada. Pero se cuidan también de ellas mismas. En estos sentidos, el cuidado deviene vigilancia y control, se activa una función “reaccionaria” y más policíaca del cuidado en torno de la reproducción de estereotipos sexistas, que se activa paradójicamente entre ellas mismas.

Se cuidan, finalmente del resto del personal sanitario, así un instrumento que utilizan como resguardo ante eventuales problemas y la permanente sospecha sobre su trabajo, en ocasiones como única herramienta de defensa, es la hoja de seguimiento. Y deben cuidarse del personal médico (que la esconda o intervenga; y ponga en duda constante su criterio y su palabra).

Las estrategias de resistencia desplegadas frente a las violencias cotidianas, impuestas por el contexto laboral, las relaciones de poder y subalternidad, varían en función de cada una, sus trayectorias personales, familiares. El registro de las violencias y los niveles de tolerancia de cada una es distinto: quienes pueden registrar de inmediato y bajo las modalidades más sutiles de las manifestaciones violentas y las relaciones de abusos de poder. Es notorio entre las más jóvenes,

tienen un fuerte detector y poca tolerancia. En cambio, en otras aparece un registro muy endeble y de alta tolerancia y justificación de las violencias que las atraviesan, que son integradas parcialmente como tales en su relato.

Ante ello, consolidamos la anticipación de sentido específica: **Las representaciones/reglamentaciones de dominación que recaen sobre la población laboral de las enfermeras impacta en su posicionamiento organizacional y la ocupación de roles de liderazgo dentro de la profesión, y solo pueden ser identificadas en el seno de un movimiento social que posibilite estrategias de resistencias colectivas ante el MMH.**

Entre el cruce que suponen la sociología del trabajo y la sociología de género/ feminista, la perspectiva descolonial, los estudios del cuerpo y las emociones, procuramos conocer las prácticas, y saberes del trabajo de cuidado de las enfermeras, sus condiciones de trabajo y las relaciones que se establecen con el MMH, las tensiones y diálogos con la institución médica. Descubrir las diversas estrategias subjetivas y colectivas de resistencia que despliegan en tanto mujeres y trabajadoras, en torno al acceso de derechos y la construcción de autonomía en el marco de la división sexual del trabajo.

Recuperar los saberes marginalizados, olvidados, negados de la historia, desde una perspectiva descolonial y feminista, recuperar las voces subalternizadas en el campo de la salud.

Desde el abordaje brindado por el feminismo, la sociología del cuerpo y las emociones, procuramos dar cuenta del cuerpo, de las emociones implicadas, las corpobiografías de cada entrevistada, en el entrecruzamiento entre lo individual y lo colectivo. Desde las herramientas brindadas por la sociología y psicodinámica del trabajo, abordamos las condiciones de trabajo y las violencias institucionales que atraviesan el trabajo de cuidado de las enfermeras.

La brecha entre trabajo prescrito y trabajo real, supone un déficit de reconocimiento, una sobrecarga de tareas invisibilizadas. El tratarse de trabajo sucio, por trabajar con las “bajezas humanas”, remite a desarrollar saberes y capacidades específicas, que no son valoradas ni visibilizadas.

En un contexto de derechización, de “reforzamiento de la ideología del cuidado femenino, en el marco de un auge general de las ideologías familiares y domésticas” como señala Mari Luz Esteban (2003:3), donde el neoliberalismo no solo achica el gasto público en general y en salud en particular, sino a la vez, refuerza el lugar de la familia y las mujeres como cuidadoras, encontramos que resulta consolidada la principal anticipación de sentido planteada: **Las prácticas sanitarias que**

**desarrollan las mujeres enfermeras en el sistema sanitario público de la provincia de Mendoza se encuentran en tensión con el Modelo Médico Hegemónico, su incorporación a la profesionalización de la disciplina en este marco se ha realizado históricamente de manera subalternizada, subordinada y en conflicto, atravesadas por relaciones de colonialidad de género y ser/saber/poder, en condiciones laborales enmarcadas en lo que se ha denominado el paradigma de trabajo de *care* (cuidado) atravesado por las relaciones sociales de sexo, la falta de reconocimiento y valoración.**

En determinados contextos de recrudescimiento neoliberal, las instituciones no son capaces de brindar cuidados de calidad, fundamentalmente porque se trata de estructuras patriarcales y capitalistas que constituyen un engranaje principal del descuido de las mayorías populares. Además, la institución médica no es cualquier institución.

Sin embargo, en la medida en que las instituciones no son impermeables a las transformaciones sociales, y están conformadas por personas que pueden incidir en las mismas, es que es posible pensar algunas pistas para que se avance hacia una ética feminista del cuidado y en la búsqueda de recuperar las voces diferentes.

Podemos afirmar que más allá de la técnica y la profesionalización de los cuidados, se producen otras formas que no se están visibilizando, se ponen en juego criterios éticos, de trabajo, intuición, percepciones; se construyen saberes que escapan a la institución médica hegemónica, aunque se valen de sus herramientas (el título, la profesionalización), como una forma de darse un lugar, un “nivel”, entre el cuerpo médico hegemónico.

El cuidarse a sí mismas, en un sistema que las descuida de modo permanente, las resistencias que se despliegan, son numerosas y se viven, mayoritariamente, de modo individual. Ante ello, constatamos la necesidad de espacios (y tiempos) para pensarse en tanto colectivo, para poder hermanar las modalidades de resistir que se dan muchas veces en términos individuales, ante malestares y situaciones de abuso y violencias que son similares y recurrentes.

El marco en el que intentamos dilucidar las significaciones atribuidas al trabajo de cuidado realizado por las enfermeras, la clarificación conceptual que necesitamos delimitar deriva de una necesidad política: concebir los conceptos no solo como herramientas analíticas, que nos permiten comprender el entramado social, sino también, y sobre todo, como herramientas organizativas, es decir, una vez explicada la realidad, aproximarnos a posibles caminos a recorrer colectivamente para transformarla. Ya que, como señala bell hooks: “Las definiciones son vitales, en cuanto son puntos de partida para la imaginación. Lo que no podemos imaginar, no lo podemos llegar a ser” (2012:41).

Por último, como expresa Patricia Paperman, resulta necesario “sustituir las dicotomías eruditas a través de un enfoque diferente- relacional, holístico- de los fenómenos sociales/morales del trabajo y de las responsabilidades del cuidado” (2018:226).

Asegurar climas de participación de todas/os/es para que participen en la asignación de responsabilidades del cuidado, para que haya una redistribución lo más igualitaria posible del mismo. Apostar a una perspectiva “despatriarcalizante”, de modo que sea posible evitar las situaciones en que los cuidados se transforman en violencias o al menos, incidir en procurar interrumpirlas y no perpetuarlas. Fortalecer el tejido de lo común y lo público, y organizar los cuidados en el centro del mismo.

## Apuntes finales: sobre la escritura y la academia

Como escribir desde un intersticio que no caiga en la dureza académica ni en la retórica poética, en la escritura de esta tesina, me confronté con las dificultades de mis propias emociones puestas en juego, mi cuerpo, mis sensaciones, los tiempos académicos, administrativos, el rigor necesario y la calma justa. La reflexión crítica y reflexividad respecto al desafío de producir conocimiento, del tipo de sociología a la cual quiero apostar, desde el compromiso social de la investigación.

¿Se puede pensar una ética del trabajo y del cuidado que valore por fuera de las dicotomías entre cuerpo y pensamiento? ¿Que no jerarquice ni subordine, si no que ponga en diálogo, la complejidad de lo que somos?



## Bibliografía

- Ahmed, Sara (2015). *La política cultural de las emociones*. México: UNAM- Programa Universitario de Estudios de Género.
- Arango Gaviria, Luz Gabriela y Pascale Molinier (2011) “El cuidado como ética y como trabajo”. pp.15-21. En Arango, Luz Gabriela y Molinier, Pascale. (Comps). (2011). *El trabajo y la ética del cuidado*. Medellín: La Carreta Social y Escuela de Estudios de Género, Universidad Nacional de Colombia.
- Astarita, Rolando (Sin fecha). *Trabajo concreto y trabajo abstracto*. Disponible en: <https://rolandoastarita.blog/2016/09/11/trabajo-concreto-y-trabajo-abstracto-1/>
- Aspiazu, Eliana (2017) “Trabajadoras y trabajadores del cuidado en Argentina. Las condiciones laborales de las y los enfermeros en Argentina: entre la profesionalización y la precariedad del cuidado en la salud”, en *Trabajo y Sociedad*, Núm. 28, Universidad Nacional de Santiago del Estero. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. Instituto de Estudios para el desarrollo Social (INDES). Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1514-68712017000100002](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1514-68712017000100002)
- Beltrán, Elena; Sánchez Muñoz, Cristina, et al. (2001). *Feminismos. Debates teóricos contemporáneos*. Madrid: Alianza Editorial.
- Belluci, Mabel (2015, junio 22). “De cómo unas mujeres hicieron un día un libro”. En *Revista Furias*. Disponible en: <http://revistafurias.com/de-como-unas-mujeres-hicieron-un-dia-un-libro/>
- Benería, Lourdes (2006). “Trabajo productivo/ reproductivo, pobreza y políticas de conciliación”, en *Nómadas* (Col), Universidad Central Bogotá, Colombia, núm. 24, abril, 2006, pp. 8-21. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1051/105116598002.pdf>
- Bericat Alastuey, Eduardo (2000). “La sociología de la emoción y la emoción en la sociología”. En *Papers*, 62, pp.145-172.
- Borgeaud-Garciandía, Natacha; Hirata, Helena (2017). “Tacto y tabú: la sexualidad en el trabajo de cuidado”. En *Sociología del Trabajo*, nueva época, núm. 90, primavera de 2017, pp. 47-61.
- Borgeaud-Garciandía, Natacha (comp). (2018). *El trabajo de cuidado*. Buenos Aires: Fundación Medifé Edita.

- Cabré, Montserrat y Ortiz Teresa (eds). (2001). *Sanadoras, matronas y médicas en Europa. Siglos XII – XX*. Barcelona: Icaria editorial.
- Carrasco, Cristina, Borderías, Cristina y Torns, Teresa (2011). “El trabajo de cuidados: antecedentes históricos y debates actuales”. En: Carrasco, Cristina, Borderías, Cristina y Torns, Teresa (eds.) (2011) *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y política*. Madrid: Catarata.
- Cavallero, Luci y Gago, Verónica (2019). *Una lectura feminista de la deuda. Vivas, libres y desendeudadas nos queremos*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Fundación Rosa Luxemburgo.
- Citro, Silvia (coord.) (2010). *Cuerpos plurales. Antropología de y desde los cuerpos*. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- Csordas, Thomas ([1993]2010) “Modos somáticos de atención”, en Citro, Silvia (coord.) (2010). *Cuerpos plurales. Antropología de y desde los cuerpos*. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- Curiel, Ochy y Falquet, Jules (comp.) (2005). *El patriarcado al desnudo. Tres feministas materialistas: Collete Guillaumin, Paola Tabet y Nicole Claude Mathieu*. 1ª edición. Buenos Aires: Brecha Lésbica.
- Domínguez Alcón, Carmen; Kohlen, Helen y Tronto, Joan (2018). *El futuro del cuidado. Comprensión de la ética del cuidado y práctica enfermera*. Barcelona: Ediciones San Juan de Dios – Campus Docent. Disponible en: <https://pbcoib.blob.core.windows.net/coib-publish/invar/d23d4137-42f4-4331-924e-b660473acf64>
- Delphy, Christine (1982 1981). *Por un feminismo materialista, el enemigo principal y otros textos*. Barcelona: LaSal, edicions de les dones.
- Delphy, Christine (2003). “Pour une théorie générale de l’exploitation. En finir avec la théorie de la plus-value”. En *Mouvements*, n°26, p. 69-7.
- Delphy, Christine. (2004) “Pour une théorie générale de l’exploitation. Deuxieme partie: repartir du bon pied”. En *Mouvements*, n°31, p.97-106.
- Ehrenreich, Barbara y English, Diedrich (1986) *Brujas, Comadronas y Enfermeras. Historia de las sanadoras. Dolencias y trastornos. Política sexual de la enfermedad*. Madrid: Horas y horas.

- Ehrenreich, Barbara y English, Diedrich (2010) *Por tu propio bien. 150 años de consejos expertos a mujeres*. Madrid: Capitán Swing Libros.
- Espino Muñoz, Susana et al (1995) *Desarrollo de Enfermería en Argentina 1985 - 1995. Análisis de Situación y Líneas de Trabajo*. Buenos Aires: OPS.
- Esquivel, Valeria (2013, 4 junio). "Remunerar a las amas de casa fosiliza la distribución actual del trabajo". En *Pikara Magazine*. Disponible en: <http://www.pikaramagazine.com/2013/06/%E2%80%9Cremunerar-a-las-amas-de-casa-fosiliza-la-distribucion-actual-del-trabajo%E2%80%9D/>
- Esteban, Mari Luz, Comelles, Josep M. y Díez Mintegui, Carmen (eds.) (2010) *Antropología, género, salud y atención*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- Esteban, Mari Luz (2008). "Etnografía, itinerarios corporales y cambio social: apuntes teóricos y metodológicos" en Imaz Martínez, Miren Elixabete (coord.) *La materialidad de la identidad*. España: Hariadna Editorial.
- Esteban, Mari Luz (2003). "Cuidado y salud: Costes en la salud de las mujeres y beneficios sociales. Género y Cuidados: algunas ideas para la visibilización, el reconocimiento y la redistribución", En Emakunde.
- Falquet, Jules (2014). *Femmes de ménage, loueuses d'utérus, travailleuses du sexe et travailleuses du care. Le « dés-amalgamage conjugal » en contexte néolibéral : libération ou nouvelles formes d'appropriation?* Paris, Document de travail du MAGE, n°18. Pp 241-258.
- Falquet, Jules (2009) "La règle du jeu. Repenser la co-formation des rapports sociaux de sexe, de classe et de « race » dans la mondialisation néolibérale", en Elsa Dorlin y Annie Bidet, *Sexe, race, classe. Pour une épistémologie de la domination*, PUF 2009, collection Actuel Marx Confrontation. Disponible en: <https://julesfalquet.wordpress.com/mes-articles/>
- Federici, Silvia (2018) *El patriarcado del salario. Críticas feministas al marxismo*. Madrid: Traficante de sueños. Disponible en: [https://www.traficantes.net/sites/default/files/pdfs/TDS\\_map49\\_federici\\_web.pdf](https://www.traficantes.net/sites/default/files/pdfs/TDS_map49_federici_web.pdf)
- Federici, Silvia (2013). *Revolución en punto cero. Trabajo doméstico, reproducción y luchas feministas*. Madrid: Traficante de sueños.

- Federici, Silvia (2004). *El calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Madrid: Traficante de sueños.
- Federici, Silvia (2019, marzo 20). "Si soy abolicionista lo soy con todas las formas de explotación del trabajo humano". En *El País*. Recuperado el 4 de octubre de 2019 de [https://elpais.com/elpais/2019/03/20/mujeres/1553071085\\_109576.html?fbclid=IwAR3fVx50Ueap2masUVT1bXymd-lxTWGfBZkQQdxsucE36F9byiGj-vyDMDY](https://elpais.com/elpais/2019/03/20/mujeres/1553071085_109576.html?fbclid=IwAR3fVx50Ueap2masUVT1bXymd-lxTWGfBZkQQdxsucE36F9byiGj-vyDMDY)
- Ferguson, Susan y McNally, David (2017, enero 16). "Capital, fuerza de trabajo y relaciones de género" En *Marxismo Crítico*. Disponible en. <https://marxismocritico.com/2017/01/16/capital-fuerza-de-trabajo-y-relaciones-de-genero/>
- Fernández, Ana María (2014) *Las lógicas sexuales: amor, política y violencias*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Flores Chamba, Judith (2012). La Soberanía Alimentaria y las Mujeres, En ECOFEMINISMO Desde los derechos de la naturaleza. Quito: Instituto de Estudios Ecologistas del Tercer Mundo
- Fox Keller, Evelyn (1995). "Las paradojas de la subjetividad científica". En Schnitman, Dora Fried (Comp). *Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad*. Buenos Aires: Paidós.
- Galerand, Elsa y Kergoat, Danièle (2014) "Les apports de la sociologie du genre à la critique du travail". En *La nouvelle revue du travail* [En ligne]. Disponible en: <http://journals.openedition.org/nrt/1533>
- Gil, Gladys Beatriz; Sánchez, María Amalia . (2004). *Rol de la enfermera en el centro de salud (Tesina de grado)*. Mendoza, Universidad Nacional de Cuyo. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Enfermería. Disponible en: <http://bdigital.uncu.edu.ar/7843>
- Gilly, Adolfo y Roux, Rhina. (2009). "Capitales, tecnologías y mundos de la vida. El despojo de los cuatro elementos". En ARCEO, Enrique y BASUALDO, Eduardo (comp.) Los condicionantes de la crisis en América Latina. Inserción internacional y modalidades de acumulación. Buenos Aires:CLACSO.
- Girón, Alicia (coord.) (2009) **Género y glogabización. Buenos Aires : Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales.** Disponible en: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/ar/libros/grupos/giron/GyG.pdf>

- González Casanova, Pablo (2006). *Sociología de la explotación*. Buenos Aires: CLACSO
- Henault, Mirta; Morton, Peggy y Larguía, Isabel (1971). *Las mujeres dicen basta*. Buenos Aires: Nueva Mujer.
- Hirata, Helena (2000) "Relaciones sociales de sexo y división del trabajo Contribución a la discusión sobre el concepto trabajo". En *Herramienta, Revista de debate y crítica marxista*, núm. 14, primavera-verano, Buenos Aires, pp. 81-91.
- Hirata, Helena (2018). "Subjetividad y sexualidad en el trabajo de cuidado". pp.103-115. En Borgeaud-Garciandía, Natacha (comp). (2018). *El trabajo de cuidado*. Buenos Aires: Fundación Medifé Edita.
- hooks, bell (2012, diciembre). "Claridad: dar palabras al amor", en Flor del guanto-Revista Feminista, Núm.4
- Hughes, Everett ([1962] 2015). "La gente de bien y el trabajo sucio". En *Delito y Sociedad*, 40, año 24, 2º semestre 20
- Kergoat, Danièle; Imbert, Françoise; Le Doaré, Hélène; Senotier, Danièle (1992) *Les infirmières et leur coordination, 1988-1989*. Paris: Editions Lamarre.
- Kergoat, Danièle (2003) "De la relación social de sexo al sujeto sexuado". En *Revista Mexicana de Sociología*. Año 65, núm. 4, oct.-dic. Instituto de Investigaciones Sociales México, D. F., pp. 841-861. Disponible en: <http://www.ejournal.unam.mx/rms/2003-4/RMS03405.pdf>
- Lagarde, Marcela (2005). *Los cautiverios de las mujeres. Madresposas, monjas, putas, presas y locas*. México: Coordinación General de Estudios de Posgrado, UNAM.
- Laviana Cuetos, María Luisa (1996). *Brujas y curanderas de la colonia*. Quito: Universidad Estatal de Bolívar y Centro para el Desarrollo Social.
- Lerner, Gerda (1990) *La creación del patriarcado*. Barcelona: Editorial crítica.
- Lhuillier, Dominique (2014), "Le « sale boulot ». Entretien avec Dominique Lhuillier, propos recueillis par Nadia Taïbi". En *Sens-Dessous*, Edition de l'Association Paroles. N° 13, pp. 25- 34. Disponible en: <https://www.cairn.info/revue-sens-dessous-2014-1-page-25.htm#re4no4>
- Lhuillier, Dominique (2005), "Le « sale boulot »". En *Travailler*, n° 14, p.73-98

- Machado Araoz, Horacio (2014). "Territorios y cuerpos en disputa. Extractivismo minero y ecología política de las emociones". En *Intersticios. Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*. pp. 56-71.
- Menéndez, Eduardo (1985). "Modelo médico hegemónico", En *Cuadernos Médicos Sociales*, n°33, Rosario.
- Menéndez, Eduardo (1987-1988). *Medicina Tradicional o Medicina Científica. Hacia una práctica unificada de los conjuntos sociales*. RUNA. XVII(17):1-33.
- Merteuil, Morgane (2017). "[Guide de lecture] Féminisme et théorie de la reproduction sociale", en *Revue Période*. Disponible en: <http://revueperiode.net/guide-de-lecture-feminisme-et-theorie-de-la-reproduction-sociale/>
- Millet, Kate (1975). *Política sexual*. Buenos Aires: Editorial Aguilar.
- Molinier, Pascale (2018). "El cuidado pesto a prueba por el trabajo. Vulnerabilidades cruzadas y saber-hacer discretos". pp.187-210. En Borgeaud-Garciandía, Natacha (comp). (2018). *El trabajo de cuidado*. Buenos Aires: Fundación Medifé Edita.
- Molinier, Pascale (2012) "El Trabajo de Cuidado y la Subalternidad". En *Cátedra Inaugural en Posgrados en Estudios de Género*. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 2 de marzo de 2012. Disponible en: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01075702/document>
- Morini, Cristina (2014). *Por amor o a la fuerza. Feminización del trabajo y biopolítica del cuerpo*. Madrid: Traficante de sueños.
- Montellano Loredo, Violeta (2008) *Auto/representaciones de quienes se/curan: Sistemas terapéuticos en el Municipio de Aucapata (Dpto. La Paz, Bolivia 2006-7)*. Tesis para optar al grado Académico de Licenciatura en Antropología. Universidad Mayor de San Andrés. La Paz, Bolivia.
- Novick, Marta (2010). *Trabajo, ocupación y empleo*. Buenos Aires: Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. Disponible en: [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/mintrab\\_trabajoocupacionyempleo\\_unam\\_iradaasectoreseconomicosdesdelas\\_.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/mintrab_trabajoocupacionyempleo_unam_iradaasectoreseconomicosdesdelas_.pdf)

- Paperman, Patricia (2018) "La ética del cuidado y las voces diferentes de la investigación". Pp.211-228. En Borgeaud-Garciandía, Natacha (comp). (2018). *El trabajo de cuidado*. Buenos Aires: Fundación Medifé Edita.
- Pasero, Victoria (2015) *El trabajo doméstico, una mirada etnográfica de las prácticas feministas*. Informe final Becas para Promoción de la Investigación SECTyP 2014-2015. Directora Dra. Rosana Paula Rodríguez. Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza.
- Pasero, Victoria (2016) *Itinerarios conceptuales del pensamiento feminista en torno del Trabajo Reproductivo*. Informe final Becas para Promoción de la Investigación SECTyP 2015-2016. Directora Dra. Rosana Paula Rodríguez. Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza.
- Pautassi, Laura (2001). *Equidad de género y calidad en el empleo: Las trabajadoras y los trabajadores en salud en Argentina*. Santiago de Chile: Serie Mujer y Desarrollo/ CEPAL.
- Perez Orozco, Amaia y Lafuente, Sara (2014). "Economía y (trans) feminismo. Retazos de un encuentro". En SOLÁ, Miriam y URKO, Elena (eds) *Transfeminismos. Epistemes, fricciones y flujos* (2014). España: Txalaparta.
- Quijano, Aníbal (2000). "Colonialidad del poder y clasificación social". En *Journal of World-systems Research*, VI, 2, pp. 342-386 Disponible en: <http://www.ramwan.net/restrepo/poscolonial/9.2.colonialidad%20del%20poder%20y%20clasificacion%20social-quijano.pdf>
- Quiroga Díaz, Natalia (2014). "Economía del cuidado. Reflexiones para un feminismo decolonial". En Espinosa, Yuderkys, Gómez Correal, Diana y Ochoa Muñoz, Karina (eds). *Tejiendo de otro modo: Feminismo, epistemología y apuestas descoloniales en Abya Yala*. Popayán: Editorial Universidad del Cauca.
- Rance, Susanna y Salinas, Silvia (2001). *Investigando con ética: Aportes para la reflexión-acción*. La Paz: CIEPP, PIEB, Population Council.
- Rance, Susanna (2002). "Diálogo de saberes". En Experiencias de Investigación Sociocultural, CIEPP (comp.): pp. 7 – 16. La Paz: CIEPP.
- Ramacciotti, Karina (2019). La profesionalización del cuidado sanitario. La enfermería en la historia argentina. *Trabajos y Comunicaciones* (49), e081. <https://doi.org/10.24215/23468971e081>

- Ramacciotti, Karina y Rayez, F. (2018). "La medicina social y preventiva en la Argentina desde un enfoque biográfico. La trayectoria de Francisco Martone". *Revista Historia y Sociedad*, (36). doi: <http://dx.doi.org/10.15446/hys.n36.74022>.
- Ramacciotti, Karina y Valobra, Adriana (2010). "La profesionalización de la enfermería en Argentina: disputas políticas e institucionales durante el peronismo". *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, LXII, (2), 353-374. Recuperado en <http://asclepio.revistas.csic.es/index.php/asclepio/article/view/471>.
- Ramacciotti, Karina y Valobra, Adriana (2011). "Modernas esculapios: acción política e inserción profesional, 1900-1950". En Lizette, J. & Scarzanella, E. (Eds.), *Género y ciencia en América Latina: mujeres en la academia y en la clínica (siglos XIX-XXI)*. AHILA-Iberoamericana.
- Ramacciotti, Karina y Valobra, Adriana (2015). "Feminización y profesionalización de la enfermería". En Carolina Biernat, Juan Manuel Cerdá & Karina Ramacciotti (Dir.). *La salud pública y la enfermería en la Argentina*. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.
- Ramacciotti, Karina y Valobra, Adriana (2017). "El dilema Nightingale: controversias sobre la profesionalización de la enfermería en Argentina 1949-1967". *Dynamis*, 37 (2), 367-387. Recuperado en [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-95362017000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-95362017000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es).
- Rich, Adrienne ([1984]2001). "Apuntes para una política de la posición". En Rich, Adrienne ([1986]2001). *Sangre, pan y poesía*. Barcelona: Icaria.
- Rich, Adrienne ([1986] 1996). *Nacemos de mujer. La maternidad como experiencia y como institución*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Rigol Cuadra, Assumpta (2003). "Saberes de mujeres. La legitimación del conocimiento masculino". En *Cultura de los cuidados*, Año VII, n° 14. Disponible en: <http://culturacuidados.ua.es/article/view/2003-n14-saberes-de-mujeres-la-legitimacion-del-conocimiento-masculino>
- Rodríguez, Rosana y Da Costa, Sofía (2019). "Descolonizar las herramientas metodológicas. Una experiencia de investigación feminista", en *Millcayac-Revista Digital de Ciencias Sociales*, FCPyS, Universidad Nacional de Cuyo, Vol.6, Núm.11. pp.13-30. Disponible en: <http://revistas.uncuyo.edu.ar/ojs/index.php/millca-digital/article/view/2242/1622>



- Rodríguez, Rosana, Da Costa, Sofía; Pasero, Victoria; Rodríguez, Lautaro (2016). "Corpobiografías de mujeres. Reflexiones epistemológicas y metodológicas". En *I Jornadas Nacionales de Investigación en Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Cuyo*. Centro de Investigaciones Científicas, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales. Disponible en: [http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos\\_digitales/9777/33-rodri-guez-otros.pdf](http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/9777/33-rodri-guez-otros.pdf)
- Rodríguez, Rosana (2016) "Reflexiones teóricas / metodológicas en los estudios de y sobre los cuerpos / corporalidades de las mujeres". En *V Encuentro Latinoamericano de Metodología de las Ciencias Sociales* (ELMeCS). Disponible en: <http://elmecs.fahce.unlp.edu.ar/v-elmecs/actas-2016/Rodriguez.pdf>
- Rodríguez, Rosana (2004) *La medicalización del cuerpo femenino. Debates éticos y políticos. El caso de la ligadura de trompas de Falopio en la provincia de Mendoza*. Mendoza: FCPyS. Disponible en: [http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos\\_digitales/6030/tesis-grado-fcpys-uncuyo-rosana-rodri-guez.pdf](http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/6030/tesis-grado-fcpys-uncuyo-rosana-rodri-guez.pdf)
- Russell Hochschild, Arlie (2008) *La mercantilización de la vida íntima. Apuntes de la casa y el trabajo*. Madrid: Katz editores.
- Segato, Rita Laura (2011) "Género y colonialidad: en busca de claves de lectura y de un vocabulario estratégico descolonial". En: Bidaseca, Karina y Vazquez Laba, Vanesa. (comp.) *Feminismos y poscolonialidad*. Buenos Aires: Ediciones Godot Argentina.
- Sontag, Susan (1977) *La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas*. Editor digital: Titivillus. Disponible en: <http://ceiphistorica.com/wp-content/uploads/2016/04/Susan-Sontag-La-enfermedad-y-sus-met%C3%A1foras.-El-sida-y-sus-met%C3%A1foras.pdf>
- Shiva, Vandana (1992). *Abrazar la vida: mujer, ecología, desarrollo*. Madrid: Horas y horas.
- Tabet, Paola (2005 [1979/1998]). "Las manos, los instrumentos y las armas". Buenos Aires: Brecha Lésbica.
- Toro, Graciela (2010). *La pobreza: un gran negocio. Un análisis crítico sobre oenegés, microfinancieras y banca*. La Paz: Mujeres Creando.
- Tronto, Joan (2013). *Caring Democracy Markets, Equality, and Justice*. New York and London: New York university press.

- Tronto, Joan (2009). *Un monde vulnérable, pour une politique du care*. Paris: La Découverte.
- Tronto, Joan (1987). "Más allá de la diferencia de género. Hacia una teoría del cuidado". En: *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, vol. 12, University of Chicago.
- Vasilachis, Irene (coord.) (2006) *Estrategias de investigación cualitativa*. España: Gedisa. Disponible en: <http://investigacionsocial.sociales.uba.ar/wpcontent/uploads/sites/103/2013/03/Estrategias-de-la-investigacin-cualitativa-1.pdf>
- Viveros Vigoya, Mara (2012) "Presentación", En *Cátedra Inaugural en Posgrados en Estudios de Género*. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 2 de marzo de 2012. Disponible en: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01075702/document>
- Wainermann, Catalina y Geldstein R. (1990). "Condiciones de vida y trabajo de las enfermeras en Argentina", en *Cuadernos del CENEP*, N° 44. Buenos Aires: CENEP.
- Wainermann y Catalina; Binstock, Georgina (1992) "El nacimiento de una ocupación femenina: la enfermería en Buenos Aires", en *Desarrollo Económico*, vol XXXII, n°126, julio-setiembre. Disponible en: <http://catalinawainerman.com.ar/pdf/El-nacimiento-de-una-ocupacion-femenina-La-nferme.pdf>
- Wainermann, Catalina (2007). "Mujeres que trabajan. Hechos e ideas", en Torrado, Susana (Comp.) *Población y bienestar en la Argentina del primero al segundo Centenario*. Tomo II. Buenos Aires: Edhasa.
- Wallerstein, Immanuel (1998) *Impensar las Ciencias Sociales*. Madrid: UNAM Siglo XXI Editores : IIS-UNAM
- Wlosko, Miriam y Ros, Cecilia (2018). "La profesión enfermera y el trabajo de cuidado. Puntuaciones de investigación a la luz e la psicodinámica del trabajo y la teoría del *care*", en En Borgeaud-Garciandía, Natacha (comp). (2018). *El trabajo de cuidado*. Buenos Aires: Fundación Medifé Edita.
- Wlosko, Miriam (2010) "Las cosas del cuidar: género, trabajo y enfermería". En: Franco, S. Y Vásquez Echeverría, A. (Eds.) *Trabajo y gobierno de las organizaciones: Campo de producción y contradicciones*. (Págs. 241-256). Montevideo: UdelaR y Psicolibros Universitario.

Wlosko, Miriam (2008) "Violencia Laboral y Organización del Trabajo en Personal de Enfermería".  
En *Crítica de la cultura organizacional. Claves para cambiar la organización del trabajo*.  
Montevideo: Psicolibros- UNER.

## Anexo I

### Guía de pautas

#### Datos personales:

Nombre de pila:

Edad:

Lugar de residencia:

Nivel de estudios máximos alcanzados:

Tipo de formación:

Lugar de trabajo:

Puesto de trabajo:

Antigüedad:

¿Cómo te atrajo el trabajo de enfermera? ¿Cómo llegaste a ser enfermera?

¿Qué conocimientos, saberes, propios, por fuera de lo académico/de la formación/de lo institucional, se ponen en juego en el ejercicio de la enfermería?

¿Cómo aprendiste esos saberes? (Herencia/linaje/itinerario)

¿Los transmitis? ¿Cómo? ¿A quiénes?

¿Qué tensiones/beneficios genera en las prácticas del sistema sanitario?

¿Cuáles son los sentidos/significados que le dan a sus prácticas? ¿Cuáles son sus prácticas, procedimientos?

¿Qué significados asignan sobre sanar, curar, la enfermedad, la salud, los cuerpos, los cuidados, la vida, la muerte?

¿Concepciones sobre el Cuerpo, la salud, enfermedad, malestar, etc.?

¿Cómo es un día normal de trabajo? (describir)

¿En qué ámbito te desempeñas, cuáles son los procedimientos habituales, entre otras?

Asociar a su tarea específica de su trabajo como enferma: una palabra/ un objeto

¿Cuál considera es la tarea específica que no se restringe a la asistencia del médico/a?

¿Cuál es tu función como enfermera?

¿Cómo perciben sus tareas? ¿Qué relación tienen con los/las médicos? ¿y el personal masculino?

¿Quién es/era su jefe/a(superior)?

¿Cómo es la relación con el sistema médico?

¿Ha sufrido malestares en el ámbito laboral? ¿Cuáles?

¿Ha corrido riesgos asociado al trabajo (horarios nocturnos, por ejemplo)?

¿Cómo se autoperciben/definen como trabajadoras de la salud?

¿Cómo se organizan (representación) para defender sus derechos como mujeres trabajadoras?