



RIDAA
Repositorio Institucional
Digital de Acceso Abierto de la
Universidad Nacional de Quilmes



Universidad
Nacional
de Quilmes

Ramacciotti, Karina

Conflictos y protestas de la enfermería argentina durante la pandemia de covid-19



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Argentina.
Atribución - 2.5
<https://creativecommons.org/licenses/by/2.5/ar/>

Documento descargado de RIDAA-UNQ Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto de la Universidad Nacional de Quilmes de la Universidad Nacional de Quilmes

Cita recomendada:

Ramacciotti, K. y Valobra, A. (2023), *Conflictos y protestas de la enfermería argentina durante la pandemia de pycovid-19. História, ciências, saúde Manguinhos*, 30(1). Disponible en RIDAA Digital de Acceso Abierto de la Universidad Nacional de Quilmes
<http://ridaa.unq.edu.ar/handle/20.500.11807/4754>

Puede encontrar éste y otros documentos en: <https://ridaa.unq.edu.ar>

Conflictos y protestas de la enfermería argentina durante la pandemia de covid-19

Conflicts and protests of Argentinean nursing during the covid-19 pandemic

<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702023000100060>

Karina Ramacciottiⁱ

ⁱ Investigadora principal, Departamento de Ciencias Sociales/ Universidad Nacional de Quilmes/
Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas.
Ciudad Autónoma de Buenos Aires – Argentina
orcid.org/0000-0002-6724-3926
karinaramacciotti@gmail.com

Adriana María Valobraⁱⁱ

ⁱⁱ Investigadora principal, Centro Interdisciplinario de Investigaciones en Género/
Universidad Nacional de La Plata/Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas.
La Plata – Argentina
orcid.org/0000-0003-3955-4791
indivalobra@gmail.com

Resumen: El interés de este artículo es estudiar cómo la pandemia de la covid-19, al intensificar rutinas laborales, potenció conflictos estructurales en el sector de enfermería en Argentina. Para ello, utilizamos una estrategia metodológica cuantitativa y cualitativa que nos permite comprender en profundidad las prácticas y las representaciones de enfermeros y enfermeras durante la pandemia a partir de la realización de una encuesta autoadministrada y entrevistas en profundidad. En primer lugar, analizamos los conflictos acontecidos por la sobrecarga laboral y la falta de insumos para la protección contra la covid-19. En segundo lugar, revisamos las estrategias de reclamos colectivos por medio de sindicatos y de movimientos autoconvocados.

Palabras clave: Enfermería; Pandemia; Conflictos laborales; Políticas sanitarias.

Abstract: The interest of this article is to study how the covid-19 pandemic, by intensifying work routines, enhanced structural conflicts in the nursing sector in Argentina. For this purpose, we use a quantitative and qualitative methodological strategy that allows us to understand in depth the practices and representations of nurses during the pandemic by means of a self-administered survey and in-depth interviews. This proposal will have two axes. First, we will analyze the conflicts that occurred due to work overload and lack of supplies for protection against covid-19. Secondly, we will review the strategies of collective claims through unions and self-organized movements.

Keywords: Nursery; Pandemic; Labor conflicts; Health policies.

Recebido em 1 jun. 2022.
Aprovado em 14 out. 2022.

Tras la aparición del primer caso de covid-19 en Argentina (3 de marzo de 2020), el gobierno de Alberto Fernández limitó el movimiento de personas a partir del 19 de marzo por medio del Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO). Durante los primeros meses, solamente podían movilizarse los trabajadores “esenciales” y dentro de dicha categoría quedaron comprendidos el personal sanitario, en el cual se encuentra la enfermería.

El sector de enfermería constituye un pilar clave dentro del sistema de salud. Según fuentes oficiales, a nivel internacional, “la enfermería es el grupo ocupacional más numeroso del sector de la salud, ya que representa aproximadamente el 59 por ciento de las profesiones sanitarias” (East, Laurence, López Mourelo, 2020). En Argentina, el sector sanitario, además, está feminizado ya que se calcula que un 74% son mujeres. De entre esas, el 85% del personal de enfermería son mujeres.¹

Durante la pandemia de covid-19, la enfermería tuvo un papel activo en las tareas de rastreo, hisopados, cuidados, comunicación con familiares y campañas de vacunación. Las muestras de reconocimiento simbólicos con algunas manifestaciones de gratitud tales como aplausos a las 21h, bandas militares tocando cancioneros populares en los hospitales, entregas de reconocimientos, regalos y toma de *selfies* que circularon en redes, no fueron suficientes para acallar los conflictos laborales que el sector atravesó. Así pues, en este artículo, a partir del cruce de los datos cuantitativos y cualitativos y del relevamiento de prensa nacional entre marzo de 2020 y julio de 2021, analizaremos en primer lugar, los conflictos acontecidos por la sobrecarga laboral y la escasez de insumos para la protección contra la covid-19. En segundo lugar, las demandas organizadas en sindicatos y movimientos autoconvocados.

Quisiéramos subrayar que el escenario de reclamos no se dio en el vacío sino en el marco de una coyuntura crítica en términos socioeconómicos. La pandemia, en todo caso, reveló problemas y desafíos inscriptos tanto en procesos históricos como coyunturales. En efecto, dentro de un cierto consenso respecto de las tareas que le corresponden al sector de enfermería, una vez que se difundieron las noticias sobre los efectos de la covid-19 sobre el sistema sanitario, se pusieron en marcha las medidas de restricción y se generaron diferentes situaciones de conflicto. Las demandas han dejado a la luz problemas históricos de la profesión tales como condiciones de trabajo deficitarias, procesos y tiempos laborales intensos, bajos salarios y una consecuente falta permanente de personal que cubra la creciente demanda del sector (Aspiazu, 2017; Pereyra, Micha, 2016; Ramacciotti, Valobra 2017; Ramacciotti, 2020). Todo ello se complejiza en el marco de un sistema de salud que cuenta con distintos niveles de atención y, por ende, de coordinación de las políticas sanitarias, así como de presupuesto disponible para su implementación que, durante los períodos de implementación de políticas neoliberales, agudiza ese traspaso de responsabilidades hacia los sectores de menor alcance regional, que son los de menor posibilidad de maniobra en términos de recursos. La gestión anterior de gobierno nacional, encabezada por Mauricio Macri, de la Coalición Cambiemos (2015-2019), había aplicado una política que benefició a los sectores concentrados financieros de la economía, que dio lugar a una redistribución regresiva del ingreso de los sectores medios y bajos (Canelo, 2019), y a la reducción del gasto público, que implicó el retiro del Estado de áreas otrora

consideradas fundamentales. Un hecho clave, que rompió la histórica posición argentina de responsabilidad del Estado respecto de la salud, lo constituyó la desjerarquización del Ministerio de Salud Pública, convertido en secretaría en la órbita del Ministerio de Desarrollo Social, con la consecuente pérdida de autonomía y una significativa merma de las partidas presupuestarias. En diciembre de 2019, en esta situación, asumió como presidente Alberto Fernández, de la mano de una coalición peronista denominada Frente de Todos. Apenas cumplidos tres meses en el cargo, debió organizarse la respuesta sanitaria frente a la covid-19. La salud fue puesta como tópico central dentro de la agenda de gobierno. Según las palabras del presidente, en un discurso por cadena nacional el 2 de abril, que contó con el apoyo de los gobernadores, “de la economía se vuelve, de las muertes no” (Cibeira, 3 abr. 2020). Con esa afirmación, intentó contrarrestar las presiones de poderosos actores económicos, políticos y de ciertos medios de comunicación, quienes sostenían, frente a la decisión del ASPO, la importancia de priorizar la economía antes que la salud, y, además, buscaba diferenciarse de las autoridades de aquellos países que minimizaron el peligro de la enfermedad y sostuvieron medidas más laxas de restricción a la circulación.²

La estrategia metodológica cuantitativa y cualitativa está basada en la realización de una encuesta autoadministrada y entrevistas que nos permite comprender en profundidad las prácticas y representaciones de enfermeros y enfermeras durante la pandemia. Tanto los formularios de la encuesta como los de la entrevista fueron aprobados por el Comité de Ética del Hospital Nacional Posadas y se llevaron a cabo de acuerdo a las normativas y estándares éticos vigentes. El corpus está conformado por 274 entrevistas realizadas entre abril y julio de 2021 a enfermeros y enfermeras de todo el país, de los sectores público y privado, que estuvieron en ejercicio durante la pandemia. El marco de estas conversaciones es el Proyecto PISAC COVID-19 0022: “La enfermería y el cuidado sanitario profesional durante la pandemia y la postpandemia del covid-19”, en el que participaron investigadores e investigadoras de 16 nodos (universidades nacionales y centros de investigación en diferentes regiones del país). El equipo de investigación se caracteriza por ser interdisciplinario ya que hay profesionales que provienen de historia, sociología, enfermería, trabajo social, ciencias políticas, comunicación social, antropología, psicología, comercio internacional, terapia ocupacional, letras, ciencias sociales, geografía y educación para la salud. Dicha composición interdisciplinaria y federal permitió potenciar el trabajo y dinamizarlo a partir de diálogos más amplios que los que imponen las propias disciplinas y poder contar con un conjunto de datos en tiempo real sobre uno de los aspectos emergentes de la crisis sanitaria por la covid-19 en Argentina. Nuestra perspectiva asume un punto de vista que, sin mimetizarse con el sujeto social y político que se define en la investigación, entiende la investigación no solo con un fin académico sino también, de reparación. En efecto, como han dejado claras las pesquisas sobre el tema, la enfermería es un sector subalternizado dentro de la estructura sanitaria, aspecto que no puede escindirse de su condición de género. En ese sentido, sin romantizar al sector, no nos es indiferente su situación y entendemos su reclamo no solo en la coyuntura sino como problema histórico estructural, al que nuestras investigaciones han contribuido a visibilizar. En definitiva, nuestra apuesta desde una teoría feminista nos permite reconocer nuestro punto de partida, atravesada por la subjetividad y sensibilidad ante el tema, pero sometida nuestra posición a un constante ejercicio de reflexividad y a

estrategias de ruptura. Por lo tanto, nos proponemos repensar la idea de objetividad en la construcción de conocimiento no desde el supuesto de sujeto cognoscente aséptico sino desde el reconocimiento de un sujeto (De Martinelli, Queirolo, Valobra, 2022).

Para determinar la cantidad y los perfiles de entrevistas y de la encuesta a realizar en cada región, se realizó un muestreo teórico por cuotas basado en los perfiles de la enfermería que describe el informe oficial, de 2020, realizado por el Ministerio de Salud de la Nación sobre el estado de la situación de la formación y el ejercicio profesional de la enfermería (Ministerio de Salud, 2020). Se definieron cuotas a partir de dos variables principales: el nivel de formación de las y los enfermeros (auxiliares, técnico/as, licenciadas/os)³ y el subsector del establecimiento donde trabajan (público o privado). El reclutamiento de participantes se realizó mediante la estrategia “bola de nieve” a partir de contactos del equipo de investigación y por medio de difusión en redes sociales. Para las entrevistas, se utilizó una guía semiestructurada que, dado el contexto de las restricciones de la pandemia, se implementó bajo formato virtual entre abril y julio de 2021, es decir, durante la segunda ola de contagios por coronavirus en Argentina. Las entrevistas tuvieron una duración de 60 a 120 minutos, fueron grabadas y desgrabadas, con previo consentimiento de las personas entrevistadas, cuya identidad se resguarda. Además, se buscó una distribución por edades y género que reflejara la composición de la fuerza laboral ocupada en este sector.

En relación con la inserción laboral, las personas entrevistadas trabajaron durante la pandemia en ámbitos de gestión pública tales como hospitales provinciales, sindicales, municipales, edificaciones hospitalarias de construcción rápida destinadas a contener las emergencias, geriátricos, centros de testeo, postas de vacunación y unidades febriles.

La encuesta – autoadministrada, de carácter nacional, anónimo y confidencial – se realizó durante los meses de mayo y junio de 2021. Es decir, durante el periodo en el cual se produjeron la mayor cantidad de contagios – cerca de 30.000 en esos dos meses, cifra más elevada que la registrada en la primera ola en el 2020 en ese mismo lapso – y cuando la campaña de vacunación contra la covid-19 aún no estaba muy avanzada. Se obtuvo una muestra no probabilística de 1.483 casos, de enfermeros y enfermeras de todas las provincias del país. La base de datos contiene información sobre multiplicidad de indicadores, sobre los que se indagó a partir de 104 preguntas que se distribuyeron en núcleos temáticos: datos sociodemográficos, características de la inserción laboral, procesos, tiempos y organización del trabajo, condiciones de higiene y seguridad y medio ambiente laboral, aspectos psicosociales y emocionales vinculados al trabajo durante la pandemia. Los datos obtenidos mediante la encuesta fueron sistematizados y analizados utilizando el software estadístico SPSS.

Sobrecarga laboral y escasez de insumos

Desde la confirmación del primer caso y las restricciones sanitarias impuestas, las unidades sanitarias debieron priorizar la atención de pacientes afectados por covid-19, suspender todas las consultas programadas y atender únicamente urgencias. Esta reducción en la circulación y en la atención de personas no implicó mayor tranquilidad para el personal sanitario. Muy por el contrario, fueron días de gran incertidumbre para los equipos

de salud, dado que se trataba de una enfermedad nueva, en un escenario poco previsible, marcado por el desconocimiento sobre cómo evolucionaría la pandemia y con dudas sobre cómo el sistema podría enfrentar tal situación. Lentamente, con el aumento de contagios, sumado a picos agudos de alta mortalidad, la recarga de trabajo se incrementó. Para algunas regiones como el área metropolitana de Buenos Aires,⁴ la sobrecarga de tareas y la cantidad de tiempo que demandaba la atención de un paciente ya eran temas de discusión en el sector antes de la pandemia (Pereyra, Micha, 2016; Aspiazu, 2017). A partir de la covid-19, dicha situación se potenció y generó nuevos conflictos (Novick et al., 2020). Al respecto, hubo una respuesta contundente a la pregunta de nuestra encuesta “Desde el inicio de la pandemia, ¿se incrementaron actividades que antes no realizaba?”, con más del 92% de respuestas afirmativas.

Los primeros emergentes de conflictos en los lugares de trabajo estuvieron relacionados con la falta de elementos de protección personal indicados para enfrentar la enfermedad. Tal es el caso de los trabajadores del Hospital Ramos Mejía de la Ciudad de Buenos Aires, quienes mediante un amparo colectivo solicitaron de manera urgente la provisión de los elementos e insumos recomendados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Ministerio de Salud de la Nación y la Superintendencia de Riesgos del Trabajo. En el detalle, la solicitud incluía escafandras, alcohol en gel, jabón y toallas para las manos, mascarillas N95 y quirúrgicas, termómetros infrarrojos, guantes estériles, equipos hemorrepeles, antiparras, camisolines de alta densidad, botas, cofias y calzado cerrado lavable. Con esta estrategia se logró que dicho hospital contara con los materiales de trabajo recomendados (Romero, 21 abr. 2020; La justicia..., 16 jun. 2020) (Entrevista enfermera, CABA, 9 jun. 2021).

La falta de insumos generó un sentimiento de injusticia, por la desprotección que esto significaba: “debería haber alguien en dirección, que diga: ‘Mirá, las chicas están trabajando sin barbijos, a ver, ¿Por qué?’ Y fundamentar: ‘Enfermería no puede estar sin barbijo porque los pacientes, hasta que no venga un laboratorio y hasta que no haya un diagnóstico, siguen siendo considerados de riesgo’” (Entrevista enfermera, La Plata, 13 jul. 2021).⁵

Ante la carencia de insumos, las enfermeras se organizaron para comprar esos elementos de protección y, en un caso, una enfermera coordinadora de sección hizo la compra ella misma. En otros lugares, como en el Hospital de Clínicas de la ciudad de Buenos Aires, un piso completo realizó un paro con el objetivo de forzar a las autoridades a que brindaran a las enfermeras las mascarillas N95, que solo habían sido entregadas al personal médico o a ciertos sectores. Así lo relata una enfermera de 69 años con comorbilidades que se contagió de covid-19 durante el ejercicio de sus tareas:

No es lo mismo una enfermera que un médico. Hay poca diferencia de estudio, ya que una licenciada tiene varios años de estudio. Pero ¿quién se queda con el paciente? Ellos usan lo mejor y lo más caro, ganan mucha plata y están menos tiempo con los pacientes. En cambio, las que se quedan ahí, cuerpo a cuerpo, son las enfermeras. Mis compañeras han sacado plata de su bolsillo para comprar las mascarillas. Los celestes dicen que duran de dos a tres horas, nosotros usamos uno por día. Yo trabajo de lunes a viernes y me dan cinco. Si me pongo doble tengo para dos días y medio (Entrevista enfermera, Berisso, 13 jul. 2021).

También se mencionó la existencia de equipamiento médico obsoleto. Por ejemplo, los tensiómetros con balón y pie de metal no permiten mantener distancia con el paciente, a diferencia del instrumental más moderno, y algunas enfermeras los compraron con recursos propios (Entrevista enfermera, Berisso, 13 jul. 2021).

En este contexto, el fallecimiento del enfermero Silvio Cufre, el 8 de junio de 2020, repercutió para que el Congreso Nacional, en su primera sesión virtual durante la pandemia, sancionara la llamada Ley Silvio 27.548, “Programa de protección al personal de salud ante la pandemia de coronavirus covid-19”, que establece protocolos de bioseguridad, equipamiento y medidas preventivas y la reglamentara tres meses después de su sanción. El Ministerio de Salud de la Nación quedó encargado de establecer un equipo permanente de asesoramiento digital en materia de protección del personal de salud, a los establecimientos que lo requirieran, y de establecer instrumentos, guías y recomendaciones (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, 21 mayo 2020).

A pesar de este marco regulatorio, los datos de la encuesta realizada un año más tarde en lo referido a la disponibilidad de los elementos de protección personal (EPP) indican que estos problemas perduraron. En ninguna de las preguntas que se hicieron en torno a los EPP, se logró alcanzar el 100% de respuestas positivas. Entre las personas encuestadas, se detectaron numerosos casos que – entre el comienzo de la pandemia y junio de 2021, cuando se realizó el sondeo – no contaban aún con la provisión de EPP.

Si bien este problema se fue solucionando en algunos lugares, en otros, por ejemplo, persistió el uso de mascarillas sociales para el sector de enfermería:

En mi hospital, sigue pasando que no nos dan a todos los barbijos. Los N95 y los 3M se los dan a las personas que están operando y en cirugía. Las enfermeras que entran a la sala covid lo tienen, pero a nosotras, las de las salas no covid, nos dan los comunes. Como recibimos charlas con infectólogos, sabemos muy bien que estos barbijos no protegen (Entrevista enfermera, Berisso, 13 jul. 2021).

Durante la segunda ola de contagios (a partir de mayo de 2021), se registró la falta de otros insumos para la atención directa de los pacientes en unidades de terapia intensiva (oxígeno y medicación sedante para intubaciones). Asimismo, se produjeron accidentes o fallas no habituales: en el hospital Cullen de Santa Fe, mientras se cargaba oxígeno, se rompió una válvula y se desconectó la manguera del tanque principal (Se desconectó... 4 jun. 2021).

Dada la gran velocidad de contagio y la alta exposición del sector de enfermería, se reforzaron los miedos en torno a las mayores posibilidades de enfermarse por no contar con insumos. La campaña de vacunación contra la covid-19 fue una respuesta que costó muchas gestiones de gobierno en un contexto de escasez mundial y desigualdad en el acceso. Argentina la inició a fines de diciembre de 2020, luego de la llegada de la primera vacuna, la Sputnik V, elaborada por el Instituto Gamaleya de la federación rusa (Ministerio de Salud, 29 dic. 2020).

En este caso, los equipos de salud tuvieron prioridad para la inoculación. Más allá de algunas dudas en torno a la vacuna (no estaba aprobada por la OMS), en general, el personal la aceptó por considerar que prevenía consecuencias indeseables. Asimismo, entre

otras medidas, el Ministerio de Salud buscó responder a las voces de los distintos sectores sanitarios, y creó el “Plan Nacional de Cuidado de Trabajadores y Trabajadoras de la Salud”, cuya resolución (n.987) salió publicada el 8 de junio de 2020 en el *Boletín Oficial*, con la finalidad principal de “reducir el número total y la proporción de trabajadores de la salud infectados por covid-19, en base a una estrategia común en todas las jurisdicciones”. Entre otras recomendaciones, sugirió a las instituciones armar equipos fijos de trabajo para minimizar los contactos (Ministerio de Salud, 8 jun. 2020). No obstante, en enfermería, una forma del pluriempleo es la doble jornada laboral en distintos establecimientos, y otra es la extensión del horario mediante la realización de horas extra. Ambas funcionan como mecanismos “compensadores” de los bajos salarios (Pereyra, Micha, 2016), y el hecho de que no estuvieran contempladas en la planificación dificultó la puesta en práctica de dicha recomendación.

También a pesar de esta legislación, frente la pregunta “¿Considera que la opinión y la experiencia del personal de enfermería fueron tenidas en cuenta en los protocolos implementados, en su servicio, a raíz de la pandemia?”, se evidenció que el personal de enfermería consideró que “nunca” u “ocasionalmente” fue tenido en cuenta al respecto (en la provincia de Buenos Aires, CABA y Córdoba, alrededor del 70%, y en las provincias de Formosa y Neuquén – también localidades donde en general hubo una alta conflictividad social en el sector de enfermería –, las respuestas “nunca” y “ocasionalmente” llegaron a un pico de más del 80%).

Otros problemas que se distinguen en relación con la implementación de los protocolos son la falta de funcionalidad edilicia y la organización de la atención a pacientes y familiares.

En cuanto a las observaciones que las enfermeras formularon respecto de la planta arquitectónica de los hospitales, se destaca que, en algunos casos, las salas de aislamiento de enfermos con covid-19 no contaban con baños propios, por lo cual los pacientes deambulaban entre las diferentes salas. Asimismo, se debieron improvisar cuartos de aislamiento de pacientes en habitaciones de almacenamiento, problemas que perduraron incluso cuando se realizaron traslados completos de pabellones a nuevos edificios. Por ejemplo, en la sala de cuidados intensivos de uno de los hospitales no había lugar para aislar a los recién nacidos con covid-19 y se utilizó el depósito de incubadoras para tal fin (Entrevista enfermera, La Plata, 14 abr. 2021).

La recepción de familiares fue otro punto problemático. Si al comienzo de la pandemia el aislamiento total fue una situación dolorosa (Pecheny, 2020, p.200), al relajarse las pautas, los riesgos de contagio se multiplicaron. En efecto, dada la falta de espacios adecuados y el escaso personal para monitoreo, los horarios de visita comenzaron a comprometer a los pacientes internados que recibían familiares que, por ejemplo, no llevaban colocada adecuadamente la mascarilla. El derecho a visitar familiares resultó cuestionado por algunas enfermeras que debían lidiar con estas personas y que, con ello, ponían en riesgo a otros pacientes en internación. Para algunas personas entrevistadas, por contemplar ciertos derechos se saltaban protocolos que los exponían al contagio. No se trataba, con todo, de una actitud fría o de falta de empatía, sino de bajar la exposición. Como las mismas enfermeras reconocieron, los protocolos de distanciamiento no podían ser adoptados fácilmente por todos los pacientes. Esto sucedía en particular en los sectores de pediatría,

de salud mental o en geriátricos. Un recién nacido contagiado de covid-19 necesitaba el calor del abrazo, más allá de las veces que el protocolo indicara que debía tomarse a la criatura, o tenía necesidades que satisfacer sin ajustarse a los protocolos y a sus tiempos. Las enfermeras estaban dispuestas a no cumplir esas normas a favor de la atención de sus pacientes, incluso arriesgándose, pero de ninguna manera aceptaban recibir una orden de alguien que no estaba en el día a día ni las consultaba para implementar una norma. En las residencias para adultos mayores y hospitales de la red pública de salud mental, las situaciones fueron complejas. Estos pacientes tuvieron dificultades para cumplir las normas de protección tales como el uso de mascarilla, el mantenimiento de la distancia social y la suspensión de visitas o talleres recreativos y terapias de rehabilitación. Los obstáculos para cumplir con estas restricciones repercutieron en los contagios. También, las enfermeras vivieron situaciones agresivas de parte de los pacientes que, por su condición, sufrieron más los cambios que implicaban las restricciones por covid-19 para sus vidas (Entrevista enfermero de geriátrico, CABA, 15 jun. 2021; Entrevista enfermera, CABA, 23 abr. 2021).

En conjunto, los testimonios consignan que la toma de decisiones con relación a los protocolos fue realizada por médicos y autoridades de gestión y que, en la mayoría de los casos, las enfermeras no fueron consultadas. Por un lado, en general, el personal de enfermería no ocupa cargos de decisión o lo hace de manera muy excepcional. Por otro, incluso aunque integre los comités de crisis, su punto de vista no era considerado. Una enfermera refiere que “nunca, en lo que llevamos del año y medio de la pandemia, hemos tenido reuniones para organizarnos con respecto al trabajo, para exponer nuestro sentir o nuestras ideas” (Entrevista enfermera, CABA, 9 jun. 2021). Esto desnudó una cuestión estructural vinculada a lo que algunos testimonios denominaron “hegemonía médica” o “modelo médico”. Con este concepto, lo que intentan explicar las personas entrevistadas es que ellas ocupan un lugar subordinado en las jerarquías sanitarias.⁶

Formas de reclamar: del sindicato al movimiento autoconvocado

En Argentina, quienes ejercen la enfermería no poseen una representación sindical por ocupación, sino que se integran a los distintos sindicatos según su ámbito de inserción laboral (estatal, privado etc.) y según la legislación que lo rige. Cuando se integran en sindicatos que representan colectivos de trabajo más amplios, si bien se puede suponer que se gana mayor fuerza y capacidad de negociación gremial, en los hechos, se pierde la especificidad de un sector altamente profesionalizado con particularidades muy complejas en el desempeño de su jornada laboral, especialmente en pandemia. El ejemplo más claro lo constituye el caso de aquellos que representan a quienes trabajan en el sector estatal, pero que incluye desde personal de maestranza hasta administrativo, y en el cual la enfermería queda desdibujada en relación con sus reclamos específicos (Aspiazu, 2017; Beliera, 2017). Al respecto, cabe mencionar que incluso en sindicatos de alcance nacional, las líneas de intervención no han sido homogéneas. De ese modo, se puede encontrar uno que denuncia por la falta de insumos o exige el aumento de salarios en el ámbito municipal al mismo tiempo que toma otra postura en el nivel provincial o nacional e independientemente de que los insumos falten y los salarios sean bajos.

Desde ese lugar, durante la pandemia, se han detectado distintos tipos de acciones sindicales, algunas de las cuales fueron calificadas como acertadas por diversas personas entrevistadas, especialmente en el contexto de la pandemia: “Cuando sacaron a los becados, los sindicatos ... tuvieron mucho que ver con el reintegro de esas personas. Eso es muy importante. Porque nosotros, como compañeros ¿Qué podés hacer? Nada. Marchas. Pero ellos sé que trabajaron un montón en que los vuelvan a reincorporar, porque no era justo [que los echaran]” (Entrevista enfermera, La Plata, 23 abr. 2021).

En ese mismo orden, algunas personas explicaron que el gremio Asociación de Trabajadores del Estado intervino en favor de que las jóvenes ingresantes tuvieran el descanso correspondiente. También, la persona entrevistada subrayó la función social que dicho organismo había cumplido: “se hicieron muchas cosas desde el gremio para la gente que estaba aislada. Se le consiguió mercadería y se la llevaron. Se apoyó tanto a compañeros agremiados y a los que no lo estaban” (Entrevista enfermera, La Plata, 13 mayo 2021).

Sin embargo, estos reconocimientos fueron más bien excepcionales. Frente a la pregunta “¿cuál es su nivel de satisfacción con las acciones del sindicato/asociación profesional durante la pandemia?”, las respuestas son elocuentes. El mayor nivel de insatisfacción se presenta en la provincia de Buenos Aires: el 75,6% contestó estar insatisfecho o poco satisfecho con el desempeño sindical durante la pandemia.

No es nuevo para la teoría de la acción colectiva y los movimientos sociales que no exista un solo tipo de motivación para la cooperación, sino que haya encadenamientos de cooperaciones y, en ese sentido, se distinguen tanto motivaciones altruistas como utilitarias, así como aquellos imperativos que motivan a hacer lo que beneficia a todos o en nombre de lo que se considera justo. En ese sentido, cómo se ve al sindicato también incide en esa motivación. Como sintetizó una enfermera:

Particularmente no me gustan los sindicatos. Nunca terminan de ser independientes del gobierno de turno. Los dirigentes de salud hace quince años que no pisan un hospital y hablan de una realidad que desconocen. Negocian las paritarias quienes no tiene idea de lo que es estar doce o veinticuatro o cuarenta y ocho horas de guardia. No tienen ni idea del estado en los que están los hospitales ni de los faltantes. A veces no hay ni gasas, ni cintas para hacer una curación. Ni te digo las medicaciones básicas como los calmantes del dolor. Yo tengo una cuestión muy particular con los gremios de salud. No estoy afiliada a ninguno (Entrevista enfermera, Melchor Romero, 28 jun. 2021).

Muchos testimonios subrayaron las enormes distancias entre los intereses de los delegados sindicales y las concretas demandas de la enfermería: “Nunca pasaron, nunca fueron. Ves que te dicen ‘les damos todo el apoyo y estamos con ustedes’. Sí, muy lindo hablar desde afuera, pero los que estamos poniendo el lomo somos nosotros. No te digo que vengas a trabajar a la par nuestra, pero vení a hablar con nosotros, a ver qué nos pasa, qué nos falta” (Entrevista enfermera, La Plata, 6 mayo 2021).

A la vez, subrayan el incumplimiento de sus funciones sindicales: “No es que yo esté en contra, pero para mí es un desperdicio de plata, porque es gente que promete cosas y no las cumple” (Entrevista enfermera, Berisso, 10 jul. 2021).

Expresión profunda de esta desazón es la desafiliación sindical de personas que tuvieron el interés y la convicción en la acción sindical decidieron cambiar de plano al sentirse

absolutamente desatendidas. Una enfermera lo explica así: “El sindicato estaba y con la pandemia se borraron todos. Nosotros necesitábamos los insumos y aparte nos habían robado los *lockers* y nos acusaron a nosotros”. Según el testimonio, ningún sindicato salió en su defensa: “Me dio mucha bronca y me borré” (Entrevista enfermera, La Plata, 19 mayo 2021). Durante la pandemia, muchas de las personas entrevistadas señalaron que los sindicatos no cerraron acuerdos de aumento salarial que les permitieran ganarle a la inflación del período y compensar la sobre exigencia del sector:

Fue realmente el límite. Uno ya sabe que viene cobrando mal y te la bancás... Pero en una negociación, quien te tiene que defender, acepte un aumento chico, te da bronca. Hasta quien nunca se quejaba, empieza [*sic*] a salir. Fue un sentir colectivo y se empezaron a hacer autoorganizaciones y, después, [a] tomar decisiones. Nos pegamos con otros hospitales y eso nos permite tener más fuerza para poder tomar una medida más fuerte. Sino no hubiese sido posible (Entrevista enfermera, Neuquén, 10 jun. 2021).

El descreimiento y la desazón al respecto fueron resueltos de distinto modo por las personas entrevistadas. Por un lado, aparece la resignación: “Nadie nos va a defender. Nuestra jefa más de una vez se nos rió en la cara. Nos dijo: ‘Ustedes hablen, si total, nadie los viene a defender’. Y ella tiene razón” (Entrevista enfermera, La Plata, 5 ago. 2021). Por otro lado, en acciones individuales o de pequeños grupos, en las provincias de Buenos Aires, Córdoba y en ciudad de Buenos Aires, por ejemplo, alrededor de un 40% indicó que no obtuvo respuesta a sus demandas, lo que, sumado a que la obtenida fue desfavorable, redunda en un 50% aproximadamente. A esto se agregan los ya mencionados reclamos a través de amparos colectivos.

Finalmente, hubo acciones de movimientos autoconvocados. Uno de ellos fue Enfermeros Autoconvocados de la República Argentina, organización que subraya que mantiene distancia respecto de cualquier gremio sanitario o partido político, a quienes consideran ajenos a las demandas y condiciones del sector. Una integrante del grupo afirmó, respecto de la primera marcha realizada en La Plata: “Salimos del Ministerio de Salud de La Plata hasta la casa de gobierno. Todos muy contentos y orgullosos porque logramos mucha convocatoria de nuestro sector. Las acciones fueron de boca en boca. El problema en enfermería es que no estábamos unidos” (Entrevista enfermera, La Plata, 27 abr. 2021).

Otra integrante incorporó cuestiones de carácter simbólico a la movilización: “Si bien reclamamos por un sueldo digno, pedimos también un reconocimiento social”, y consideró que “para el gobierno nosotros somos un número; todavía enfermería no se despertó, siempre pensamos con el corazón, no con el bolsillo. Cuando pensamos con el bolsillo, se busca otro trabajo” (Entrevista enfermera, Berisso, 13 jul. 2021).

En Mar del Plata, a comienzos de 2021, trabajadoras y trabajadores de la salud autoconvocados se manifestaron y visibilizaron su lucha en defensa de los derechos laborales. Realizaron varias movilizaciones y un acampe de 21 días en el predio del hospital provincial. Según los diarios locales, con estas acciones lograron mostrar la precariedad de sus condiciones laborales a causa de la falta de personal, la escasa inversión en infraestructura y en algunos insumos básicos, la baja remuneración económica, la postergación de vacaciones

o días de descanso, y por el pase a planta permanente y recategorización del personal, que reclama ser reconocido como profesional de la salud (Alonso et al., 2022).

En Neuquén, la conflictividad alcanzó momentos dramáticos con los cortes de ruta que el personal sanitario autoconvocado realizó en reclamo de las mejores condiciones y que tuvieron respuestas violentas desde, incluso, los propios sindicatos. Esto sucedió también con grupos autoconvocados de La Plata donde, a título más interpersonal, algunas personas entrevistadas afirmaron: “Salió enfermería por fuera de los sindicatos, y los sindicatos se nos vinieron encima. O sea, los delegados se enojaron conmigo cuando organizamos marchas” (Entrevista enfermera, La Plata, 14 abr. 2021).

En general, tanto los grupos de personal sanitario autoconvocados como las organizaciones gremiales y profesionales debieron abrirse camino frente a, al menos, dos problemas para canalizar sus demandas. Por un lado, la falta de medios de comunicación que divulgaran sus reclamos, por lo que utilizaron redes sociales o algunos pocos medios digitales. Por otro lado, ante la imposibilidad de manifestarse en los espacios públicos por las disposiciones del ASPO, se buscaron nuevos recursos de protesta. Para el caso de la ciudad de Rosario, se llevaron adelante protestas bajo el formato la “solicitada de prensa” y también se usó la ciber protesta (Iglesias et al., 2022).

La huelga es una opción menos viable para el sector enfermería, en tanto una acción de reclamo de este tipo puede inculparlos por abandono de persona. Por ello, como personal esencial, deben garantizar un servicio mínimo de manera de proveer atención a los pacientes (Aspiazu, 2017; Beliera, 2017). En estos casos, se ponen en tensión la vocación de servicio y el reclamo como trabajadores que genuinamente requieren mejoras que no solo los beneficiarían, sino que, además, repercutirían en la sociedad en su conjunto, incluidos sus pacientes:

Yo de las movilizaciones participo porque me parece que son necesarias. Se necesita estar en las calles para pedir salud pública y de calidad. No creo que sea de la mano de los sindicatos, sino por la movilización en las calles. Los sindicatos siempre se quedan cortos. No queremos que nos negocien paritarias. Queremos condiciones de trabajo dignas y acceso para todas las personas. Porque la mayoría son burócratas de escritorio; no reclaman ni ponen el mismo énfasis en ninguna de las cuestiones que también tienen que ver con el acceso a la salud (Entrevista enfermera, Melchor Romero, 26 abr. 2021).

Además de los reclamos orientados por las necesidades coyunturales que impuso la pandemia, dos puntos fueron claves en la agenda impulsada por este colectivo: salarios y jerarquización profesional.

Los bajos salarios son un problema histórico del sector y no puede desconocerse que en buena medida ello se debe a que es un gremio feminizado. Las representaciones culturales presentan un peso contundente a lo largo del tiempo y son difíciles de modificar, por lo cual se continúan legitimando en relación con la enfermería discursos que enfatizan la “vocación de servicio” y la “predisposición femenina”. De allí, también, que persista la falta de reconocimiento profesional (Ramacciotti, Valobra, 2017). El trabajo femenino sigue percibiéndose como excepcional y complementario, y los salarios de gremios feminizados tienden a ser más bajos porque se sigue considerando que no constituyen el aporte que

sustenta el hogar. No obstante, esta idea no se condice con los datos ya que actualmente, se estima que el 85% del personal de enfermería está conformado por mujeres (Aspiazu, 2017). Nuestra encuesta revela, además, que casi el 50% son mujeres sostén de familia y que el 28% resultan ser el mayor ingreso del hogar.

Asimismo, un 70% de las personas que respondieron considera su salario “nada adecuado” o “poco adecuado” en relación con el tipo de tareas que realiza. Ello puede entenderse en tanto que el 25% de las personas que respondieron la encuesta se encuentra en su empleo principal por debajo de los \$45.000 ARS; el 45%, entre los \$45.000 ARS y los \$60.000 ARS; y un 30%, por encima del \$60.000 ARS. Esto cobra relieve cuando lo comparamos con la canasta básica, que, de acuerdo con Malleville y Noguera (2021, p.173) está un 11,6% por encima del salario. Además, según estimaciones de estas autoras, “la evolución de las remuneraciones comparadas entre 2015 y 2020, se mantuvo sin cambios significativos para los trabajadores del sector salud y enfermeras” (p.171).

Esta situación salarial fue concurrente con los resultados de nuestra encuesta, donde encontramos que el 40% confirmó que tiene otro trabajo además de su empleo principal.

En relación con el reclamo salarial, durante la pandemia, el gobierno nacional, por decreto, otorgó compensaciones monetarias. Se estableció un pago extraordinario de carácter no remunerativo por la suma de \$5.000 ARS en los meses de abril a julio de 2020, luego extendido a los meses de agosto a octubre del mismo año. En abril de 2021, se anunció un nuevo bono de \$6.500 ARS durante tres meses (Malleville, Noguera, 2021, p.174; Argentina, 4 oct. 2020; Argentina, 18 mayo 2021). Sin embargo, en el momento de la realización de las entrevistas, tanto en los medios de prensa como en los testimonios de las enfermeras, se denunciaba que lo habían recibido en cuotas o que aún seguían esperando el pago. En todos los casos, señalaron que los montos eran un aliciente, pero insuficiente para compensar su situación económica. Testimonios recabados en la provincia de Catamarca señalan, además, que el dinero del bono fue utilizado para mejorar los equipos de protección personal (Jerez, Reyna, 2022). Finalmente, el cierre de paritarias no logró compensar la caída salarial por la inflación y desató momentos de notable tensión en contra de los delegados sindicales (Irrumpen..., 8 jun. 2021; Czubaj, 29 jun. 2021).

Este panorama se complejiza aún más si se tiene en cuenta que existen programas de becas de contingencia que atienden distintas situaciones emergentes tales como enfermedades estacionales, campañas de vacunación etc. Estas becas, que se piensan para un lapso breve de tiempo, suelen renovarse y convertirse en una forma precarizada de trabajo debido a que se renuevan por un tiempo determinado y no implican reconocimiento de una relación contractual. Esta práctica es habitual en las contrataciones públicas, y en el contexto de la emergencia de covid-19 resultó ser una estrategia para paliar la falta de personal estructural en algunas zonas y potenciada por los contagios y la salida del sistema de quienes padecían comorbilidades por la enfermedad. En la provincia de Córdoba, algunas prácticas de contratación fueron realmente groseras e inhumanas. Un testimonio relata que con los contratados por la contingencia tienen menos que lo básico, y que todas las tareas extras (fines de semana, feriados, trabajos nocturnos) no se cobraron (Rodríguez, Pereyra, 2022). Entonces, según lo expuesto, la enfermería tiene un déficit en el reconocimiento

de su estatus profesional, que se expresa con crudeza en las condiciones de contratación y en el salario establecido.

En algunos sectores políticos, se considera que la falta de reconocimiento salarial está vinculada con la ausencia de formación en el sector, de allí su consecuente descalificación profesional, generalización que parece retomar viejas representaciones de la enfermería, considerado un mero saber empírico que se aprendía con la práctica.

Como adelantamos, la oferta formativa de enfermería se distribuye en tres tipos de titulaciones: la licenciatura (16%), las tecnicaturas (52%) y los auxiliares, quienes tienen una formación de un año y pueden cursar sin tener estudios secundarios completos. La oferta formativa de auxiliares se ha reducido notablemente, pero las personas con dicha titulación continúan en ejercicio (32%) y, a medida que se reduce la escala de análisis, el problema se agudiza más. Por ejemplo, en el caso de la provincia de La Pampa, el 42% del personal de enfermería son auxiliares, cifra que supera en diez puntos la media nacional y disminuye la cantidad de las otras dos categorías, con mayor impacto en la de tecnicatura, 46%, y también en la de licenciatura, 12%. De esta manera, el impacto de la formación universitaria y de las iniciativas de profesionalización fue menor según la región (Ministerio de Salud, 2020).

Sin embargo, existe un subregistro de la formación, debido a que, en numerosas ocasiones, las enfermeras se encuentran acogidas a una ley de contratación como empleadas públicas sin poder ingresar a la carrera hospitalaria por las propias limitaciones del sistema. El caso de la ciudad de Buenos Aires es el que ha tenido más resonancia. Allí, la ley 6035, sancionada en 2018, encuadra a enfermeros y enfermeras como personal administrativo, mientras que reconoce como profesionales de la salud a médicos/as y otras disciplinas relacionadas (psicólogos/as, kinesiólogos/as, nutricionistas, entre otros) (Caravaca, Daniel, 2022).

Las diferentes legislaciones que regulan el modo de ingreso en el mercado laboral de la provincia de Buenos Aires no son menos problemáticas. Tal como señala Eliana Aspiazu (2017, p.13),

la multiplicidad de normas que regulan la ocupación y una estructura sindical amplia y compleja, fragmenta la representación de las y los trabajadores de enfermería, limitando la posibilidad de incluir demandas específicas de la ocupación en las negociaciones paritarias. Por otro lado, el déficit en la cantidad de enfermeras/os, su sobrerrepresentación en las categorías de menor calificación, y la relativa situación de desventaja y desvalorización de la enfermería dentro de los equipos de salud, agregan complejidad al panorama laboral de esta ocupación y la colocan en una situación de mayor precariedad respecto de los demás trabajadores/as del sector.

Nuestra encuesta estima también que el personal auxiliar tiende a decrecer, y que aumentan las tecnicaturas, licenciaturas y posgrados. De hecho, en algunas provincias, se suspendió la posibilidad de certificar titulaciones auxiliares desde 2016, como en la ciudad y en la provincia de Buenos Aires. No obstante, durante la emergencia sanitaria, el personal auxiliar volvió a ser contratado en función de cubrir múltiples necesidades.

Consideraciones finales

La pandemia de covid-19 desnudó conflictos de larga data dentro del ámbito de la enfermería tales como el desfinanciamiento que repercute, entre otras cuestiones, en la escasez de insumos, las largas jornadas laborales, la sobre exigencia laboral, la falta de reconocimiento que conduce a contrataciones precarias y salarios bajos. Estas cuestiones constituyen un problema histórico del sector en Argentina al punto de que se reconoció el círculo entre feminización, bajos salarios y falta de reconocimiento profesional, demostrando el modo en que se anudaban opresiones de clase y género en el ámbito público laboral en el que se inserta la enfermería (Ramacciotti, Valobra, 2017).

El incremento de tareas durante la emergencia sanitaria dio mayor visibilidad a dichos problemas y motivó que estas demandas de larga data se hagan visibles. Durante la pandemia, el personal de enfermería se expuso de manera cotidiana y constante a la muerte – la de otras personas, y potencialmente, la propia. Durante el período previo a la campaña de vacunación, esa exposición fue mucho mayor, y las únicas herramientas de prevención del contagio estaban dadas por insumos que muchas veces no estaban disponibles, en un marco de desesperación, miedo y angustia frente a decisiones que debían acatarse sin que fueran escuchados sus puntos de vista.

Los sindicatos, en general, en lugar de sentirse interpelados por los grupos autoconvocados y actuar – con sentido crítico – ajustando sus acciones para abarcar aquellas demandas, salieron a deslegitimarlas y a señalar que carecían del altruismo que se espera de su profesión, que anteponían los intereses individuales frente a los intereses sociales, sin contar con la vocación que de ellas se espera.

Además del fuerte compromiso profesional y la profunda vocación de servicio que debió demostrar frente a una catástrofe sanitaria como la vivida, el personal de enfermería desarrolló distintas estrategias de reclamos. Así deben entenderse que los pedidos de insumos, presupuesto y reconocimiento profesional, hayan cobrado novedosos sentidos en este marco. Tanto los amparos colectivos como las compras comunitarias de insumos, las denuncias por redes y las protestas marcadas por las limitaciones y resguardos sanitarios muestran a un sector que intenta hacerse escuchar con nuevos repertorios de confrontación en un contexto totalmente adverso. Si la falta de reconocimiento profesional y los bajos salarios se instalan como agenda pública del sector y van recibiendo cierto reconocimiento, la pandemia fue, también, una coyuntura de oportunidades políticas, no solo útil para lograr consenso y predisposición cultural a sus demandas sino, fundamentalmente, para obtener respuestas que permitieran un salto cuanti-cualitativo respecto de su posición crítica. En ese sentido, si bien se evidenció el potencial movilizador del sector de enfermería, también se expuso que los resultados de sus reclamos fueron magros o nulos.

Esta crisis sanitaria no ha sido algo excepcional e irrepetible. Diferentes indicios llevan a pensar que se avizoran tiempos dinámicos y complejos y que el rol del sector, dada la imprescindibilidad de sus tareas, seguirá siendo el sostén del sistema de salud. Las demandas en el sector sanitario, y en particular en la enfermería, tendrían que ser un norte para el diseño de políticas públicas en busca de un sentido de justicia material que reconozca el aporte de la enfermería no solo durante la pandemia, pero sin duda, por su labor durante la misma.

NOTAS

¹ En un informe sobre la situación de la enfermería en el mundo, la Organización Mundial de la Salud destacó las desigualdades internacionales en el sector a la hora de enfrentar la covid-19. Mientras Europa y las Américas promedian alrededor de 81 enfermeras por cada 10.000 personas, en África hay solo 8,7 enfermeras por cada 10.000 personas. Con una densidad entre 20 y 29 enfermeras y enfermeros por cada 10.000 habitantes, Argentina se ubica en un puesto medio-bajo en América Latina, junto con Paraguay, Perú y Ecuador. Al respecto, hay que tener en cuenta la gran heterogeneidad territorial en cuanto a la densidad del personal técnico de enfermería y con título de grado entre provincias, que oscila entre las bajas densidades de Santiago del Estero, Catamarca y Corrientes (5,1, 10,8 y 17,5 por cada 10.000 habitantes respectivamente) y los valores netamente mayores de Neuquén, Entre Ríos y Ciudad de Buenos Aires (49,9, 50,3 y 61,2 respectivamente) (East, Laurence, López Mourello, 2020).

² Los presidentes de los países más importantes del hemisferio (Donald Trump, Andrés Manuel López Obrador y Jair Bolsonaro) descartaron, por exageradas, las precauciones y desaconsejaron cierres por sus efectos en la economía. Lo mismo pensaban Boris Johnson y otros tantos líderes mundiales que implementaban confinamientos escalonados o cuarentenas blandas (Natanson, mar.-abr. 2021; Nercesian, Cassaglia, Morales Castro, 2021).

³ En Argentina, la oferta formativa de enfermería se distribuye en tres tipos de titulaciones: la licenciatura es un programa de formación universitaria de gestión pública o privada de cinco años; las tecnicaturas, una formación de pregrado universitario (enfermera universitaria) o carrera corta en tecnicaturas en enfermería (técnicos/as en enfermería), ambas de tres años de duración; y las auxiliares, quienes tienen una formación de un año y pueden cursar sin tener estudios secundarios completos.

⁴ Área que integra la Ciudad Autónoma de Buenos Aires junto a 24 partidos de la provincia de Buenos Aires.

⁵ En Argentina, el término barbijo es utilizado para designar a las mascarillas.

⁶ “El concepto de modelo médico hegemónico refiere a un conjunto de características: biologicismo, a-sociabilidad, a-historicidad, a-culturalismo, individualismo, eficacia pragmática, orientación curativa, relación médico/paciente asimétrica y subordinada, exclusión del saber del paciente, profesionalización formalizada, identificación ideológica con la racionalidad científica, la salud/enfermedad como mercancía, tendencia a la medicalización de los problemas, tendencia a la escisión entre la teoría y la práctica” (Menéndez, 2003, p.194).

REFERENCIAS

ALONSO, Valeria et al. “A nosotros no nos sirven los aplausos”: de la vocación a la visibilización de trabajadores de la salud pública durante la pandemia en Mar del Plata, Argentina. *Cuadernos de H ideas*, v.16, n.16, e070, 2022. Disponible en: <https://perio.unlp.edu.ar/ojs/index.php/cps/article/view/7666>. Acceso en: 12 mayo 2023.

ARGENTINA. Decreto 332/2021. DCTO-2021-332-APN-PTE – Asignación estímulo a la efectiva prestación de servicios. *Boletín Oficial*, 18 mayo 2021. Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/244551/20210519>. Acceso en: 20 de mayo de 2022.

ARGENTINA. Decreto 787/2020. DCTO-2020-787-APN-PTE – Extiéndese el pago de la asignación estímulo a la efectiva prestación de servicios. *Boletín Oficial*, 4 oct. 2020. Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/235719/20201005>. Acceso en: 20 mayo 2022.

ASPIAZU, Eliana. Las condiciones laborales de las y los enfermeros en Argentina: entre la profesionalización y la precariedad del cuidado en la salud. *Trabajo y Sociedad*, v.28, p.11-35, 2017. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1514-68712017000100002. Acceso en: 20 mayo 2022.

BELIERA, Anabel. El hospital como espacio de trabajo: Algunas claves para el análisis del conflicto sindical en salud pública. *Sociohistórica*, v.39, e020, 2017. Disponible en: <https://doi.org/10.24215/18521606e020>. Acceso en: 8 mayo 2023.

CANELO, Paula. *¿Cambiamos? La batalla cultural por el sentido común de los argentinos*. Buenos Aires: Siglo XXI, 2019.

CARAVACA, Jimena; DANIEL, Claudia. “Oficio viejo, profesión nueva”: la enfermería a través de una trayectoria laboral. *Aiken: Revista de Ciencias Sociales y de la Salud*, v.2, n.1, 2022. Disponible

en: <https://eamdq.com.ar/ojs/index.php/aiken/article/view/27>. Acceso en: 12 mayo 2023.

CIBEIRA, Fernando. Alberto Fernández: “De la economía se vuelve, de las muertes no”. *Página12*, 3 abr. 2020. Disponible en: <https://www.pagina12.com.ar/256235-alberto-fernandez-de-la-economia-se-vuelve-de-las-muertes-no>. Acceso en: 8 oct. 2022.

CZUBAJ, Fabiola. Pandemia: médicos reclaman el pago del bono que el Gobierno prometió en abril para el personal de salud. *La Nación*, Sociedad, 29 jun. 2021. Disponible en: <https://www.lanacion.com.ar/sociedad/pandemia-medicos-reclaman-el-pago-del-bono-que-el-gobierno-prometio-en-abril-para-el-personal-de-nid29062021/>. Acceso en: 17 mayo 2022.

DE MARTINELLI, Guillermo; QUEIROLO, Graciela Amalia; VALOBRA, Adriana María. Reflexiones de investigación sobre la profesión de enfermería en tiempos de covid-19. *Revista de Estudios Marítimos y Sociales*, n.21, p.3-17, jul. 2022. Disponible en: <https://estudiosmaritimossociales.org/remss/remss21/01.pdf>. Acceso en: 7 oct. 2022.

EAST, Sol; LAURENCE, Tim; LÓPEZ MOURELO, Elva. Covid-19 y la situación de las trabajadoras de la salud en Argentina. Informe técnico. Buenos Aires: OIT; UNFPA; ONU Mujeres, 2020. Disponible en: https://argentina.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/wcms_754614.pdf. Acceso en: 7 de octubre 2022.

IGLESIAS, Esteban et al. Protestas sociales del sector salud en pandemia: análisis de la enfermería en la prensa de Rosario, Argentina. *Cuadernos de H ideas*, v.16, n.16, e071, 2022. Disponible en: <https://perio.unlp.edu.ar/ojs/index.php/cps/article/view/7665>. Acceso en: 12 mayo 2023.

IRRUMPEN en reunión de ATE acusando a De Isasi de cerrar paritarias a la baja por un cargo como diputado. *Real Politik*, Gremiales, 8 jun. 2021. Disponible en: <https://realpolitik.com.ar/nota/44113/irruppen-en-reunion-de-ate-acusando-a-de-isasi-de-cerrar-paritarias-a-la-baja-por-un-cargo-como-diputado/>. Acceso en: 17 mayo 2022.

JEREZ, Marcelo; REYNA, Carla. “El fuego acrisola el oro”. El ejercicio de la enfermería durante la pandemia de covid-19 en el noroeste argentino (Jujuy-Catamarca). *Zona Franca*, v.30, p.26-60, 2022. Disponible en: <https://doi.org/10.35305/zf.vi30.235>. Acceso en: 12 mayo 2023.

LA JUSTICIA le ordenó al gobierno porteño que garantice elementos de protección para los empleados del Hospital Ramos Mejía. *Infobae*, Política, 16 jun. 2020. Disponible en: <https://www.infobae.com/politica/2020/06/16/la-justicia-le-ordeno-al-gobierno-porteno-que-garantice-elementos-de-proteccion-para-los-empleados-del-hospital-ramos-mejia/>. Acceso en: 17 mayo 2022.

MALLEVILLE, Sofía; NOGUERA, Deborah. ¿Situación de emergencia o problemática histórica? Salarios, pluriempleo y organización cotidiana en el trabajo de cuidado de enfermería. In: *Ensayos sobre economía y género*. Buenos Aires: Ministerio de Economía, 2021. p.151-194. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ensayosobreeconomiaygenero.pdf>. Acceso en: 12 mayo 2023.

MENÉNDEZ, Eduardo. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.8, n.1, p.185-207, 2003. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csc/a/pxxsJGZjntgrqbxZJ6cdTnPN/?lang=es>. Acceso en: 20 mayo 2022.

MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS. Ley 27.548. Programa de protección al personal de salud ante la pandemia de coronavirus covid-19. *Infoleg*, 21 mayo 2020. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/335000-339999/338400/norma.htm>. Acceso en: 3 mayo 2022.

MINISTERIO DE SALUD. Comenzó la campaña de vacunación contra covid-19 en Argentina. 29 dic. 2020. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/comenzo-la-campana-de-vacunacion-contra-covid-19-en-argentina>. Acceso en: 18 mayo 2022.

MINISTERIO DE SALUD. Estado de situación de la formación y el ejercicio profesional de enfermería en Argentina, 2020. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/estado_de_situacion_de_la_formacion_y_el_ejercicio_profesional_de_enfermeria_ano_2020.pdf. Acceso en: 10 abr. 2022.

MINISTERIO DE SALUD. Se creó el Plan Nacional de Cuidado de Trabajadores y Trabajadoras de la Salud, 8 jun. 2020. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/se-creo-el-plan-nacional-de-cuidado-de-trabajadores-y-trabajadoras-de-la-salud#:~:text=Por%20resoluci%C3%B3n%20987%2F2020%20del,sus%20tarear%C3%B3n%20fundamental%20aplicar>. Acceso en: 29 mayo 2022.

NATANSON, José. Las batallas de Alberto Fernández. *Nueva Sociedad*, v.292, mar.-abr. 2021. Disponible en: <https://nuso.org/articulo/las-batallas-de-alberto-fernandez/>. Acceso en: 13 mayo 2022.

NERCESIAN, Inés; CASSAGLIA, Roberto; MORALES CASTRO, Verónica. Pandemia y políticas sociosanitarias en América Latina. *Apuntes: Revista de Ciencias Sociales*, v.48, n.89, p.65-93, 2021. Disponible en: <https://doi.org/https://doi.org/10.21678/apuntes.89.1466>. Acceso en: 20 mayo 2022.

NOVICK, Marta et al. *Impacto del covid-19 en la salud del personal no médico de salud en el área metropolitana de Buenos Aires*. [s.l.]: ATSA; Friedrich-Ebert-Stiftung, 2020. Disponible en <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/argentinien/17392.pdf>. Acceso en: 24 mayo 2022.

PECHENY, Mario. Derecho a la salud y covid-19 desde la perspectiva latinoamericana de la vulnerabilidad y los derechos humanos. In: Bohoslavsky, Juan Pablo (ed.). *Covid-19 y derechos humanos: la pandemia de la desigualdad*. Buenos Aires: Biblos, 2020. p.199-214.

PEREYRA, Francisca; MICHA, Ariela. La configuración de las condiciones laborales de la enfermería en el Área Metropolitana de Buenos Aires: un análisis en el cruce del orden de género y la organización del sistema de salud. *Revista de Salud Colectiva*, v.12, n.2, p.221-238, 2016. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_abstract&id=S1851-82652016000200221. Acceso en: 22 mayo 2022.

RAMACCIOTTI, Karina (ed.). *Historias de la enfermería en Argentina: pasado y presente de una profesión*. José C. Paz: Edunpaz, 2020. Disponible

en: <https://edunpaz.unpaz.edu.ar/OMP/index.php/edunpaz/catalog/book/49>. Acceso en: 12 mayo 2023.

RAMACCIOTTI, Karina; VALOBRA, Adriana. El dilema Nightingale: controversias sobre la profesionalización de la enfermería en Argentina 1949-1967. *Dynamis*, Granada, v.3, n.87, 2017, p.367-387. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-95362017000200006. Acceso en: 15 abril 2022.

RODRÍGUEZ, María Laura; PEREYRA, Liliana. “¡La bolsa y la vida!”: condiciones laborales, demandas y protestas de la enfermería en Córdoba durante la epidemia de covid-19, 2020-2021. *Zona Franca*, v.30, p.61-96, 2022. Disponible en: <https://doi.org/10.35305/zf.vi30.231>, Acceso en: 12 mayo 2023.

ROMERO, Nicolás. Coronavirus: la justicia ordena entregar elementos de protección al personal del Ramos Mejía. *Página12*, Sociedad, 21 abr. 2020. Disponible en: <https://www.pagina12.com.ar/260986-coronavirus-la-justicia-ordena-entregar-elementos-de-protecc>. Acceso en: 10 mayo 2022.

SE DESCONECTÓ la manguera del tanque principal de oxígeno del Hospital Cullen. *El Litoral*, Área Metropolitana, 4 jun. 2021. Disponible en: https://www.ellitoral.com/area-metropolitana/desconecto-manguera-tanque-principal-oxigeno-hospital-cullen_0_zv99aaCYb5.html. Acceso en: 9 mayo 2022.

