



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



Universidad
Nacional
de Quilmes

Morrone, Beatriz

La afonía crónica : dificultades para liderar las CyMAT en enfermería



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Argentina.
Atribución - No Comercial - Sin Obra Derivada 2.5
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/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:

Morrone, B. y Mendizábal, J. A. (2021). *La afonía crónica: dificultades para liderar las CyMAT en enfermería. Territorios del cuidado*, 2(2), 44-57. Disponible en RIDAA-UNQ Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto de la Universidad Nacional de Quilmes <http://ridaa.unq.edu.ar/handle/20.500.11807/3542>

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

La afonía crónica: dificultades para liderar Las CyMAT en enfermería

RESUMEN

Nuestra investigación tuvo como objetivo analizar desde una perspectiva de género la percepción de las CYMAT en la enfermería en las instituciones de salud pública de una ciudad de la provincia de Buenos Aires. Esta perspectiva permitió asociar por un lado las miradas históricas que vinculan el cuidado con el campo de acción de lo femenino en la enfermería. Por otra parte, y en relación a esto, con la clásica división sexual del trabajo que interpreta que las tareas del cuidado femeninas o femeneizantes ocupan un lugar desjerarquizado en el mundo de trabajo asalariado. Lo que registramos en nuestra investigación es que ésta cons-

trucción histórica sobre el rol del profesional enfermero/a se reproduce en sus Condiciones de Medio Ambiente y Trabajo (CYMAT) y se evidencia en la naturalización de los riesgos de trabajo, la inevitabilidad del daño al que se exponen, justifican los inadecuados escenarios en el que desarrollan su vida laboral, invisibilizan el impacto que esto conlleva en la calidad de los cuidados que brinda y en la Seguridad del paciente así como en la práctica Segura del trabajador. Además no generan espacios de configuración de demandas para revertir esta situación entre otras cuestiones.

Palabras claves: Enfermería- CyMAT- Género- Percepción- Riegos

1. Beatriz MORRONE. Dra. en Comunicación, Magíster en Sistemas de Salud y Seguridad Social, Lic. en Enfermería. Profesora Titular e Investigadora Categoría I, Centro de Estudios Sociales y Salud, FCSyTS. /UNMDP. Miembro de Comité Académico de la Cátedra Sanitarismo Nacional, Facultad de Ciencias Médicas, UNLP. Contacto: bmorrone2015@gmail.com

2. Javier MENDIZABAL. Lic. en Enfermería. Profesor Titular e Investigador (V) Centro de Estudios Sociales y Salud. FCSyTS. UNMDP. Contacto: javiermendizabalroces@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La temprana feminización de la enfermería argentina estableció que la profesionalización estuviera signada, no sólo por el derrotero de las políticas sanitarias de nuestro país especialmente a lo largo del siglo XX, sino también por las valoraciones como actividad femenina extensiva de las labores del cuidado del mundo doméstico. La profesionalización de la disciplina se realizó bajo estas representaciones sociales hegemónicas, tanto del propio campo de saber médico como de las instituciones sanitarias donde ejercen. Estas condiciones de trabajo ancladas en la diferencia de género, y desvalorizadas en tanto no es una especialización médica, se volvieron más evidentes con la instalación de modelos sanitarios neoliberales.

El discurso hegemónico en la formación y el ejercicio clínico sostiene aún hoy valores como la vocación, la abnegación y el sacrificio/entrega ilimitada. Las “tres virtudes”³ del juramento de imposición de tocas, marca religiosa que impone rectitud, sacrificio y abnegación. El concepto de vocación⁴ en tanto también espíritu desinteresado, ligado al altruismo y al voluntarismo.

En consecuencia podríamos inferir que la fortaleza que mantiene la circulación legitimada de prácticas que se asocian a la maternalización de la enfermería, un discurso sexista que asigna rasgos femeninos a la ocupación. Tales como abnegación, suavidad, paciencia, la negación de sus derechos como trabajadoras,

la ausencia de análisis crítico y debate político para identificar la ideología que encubren planes de estudio, proyectos asociativos y el impacto sobre la salud de los/as trabajadores enfermeros/as y la calidad de atención que dispensan (1). Esta maternalización, y en consecuencia la naturalización de la inevitabilidad de sufrir los efectos negativos del trabajo y del empleo, aparece en el discurso de los/las enfermeros/as, especialmente en la práctica clínica de estas últimas, pero también se reproduce en los tramos formativos explícitamente, por omisión de problematización en relación evitabilidad y prevención. Lo mencionado anteriormente aparece como la huella de los discursos residuales de la formación de la enfermería a principios del siglo XX en las escuelas ligadas a instituciones católicas en nuestro país, en donde podemos encontrar la exaltación de la abnegación, entrega sin límites, el estereotipo maternal deseable, “dar la vida por el otro”, “el amor de toda madre”; y la resignación personal justificada en el “sacrificio por la humanidad” de toda mujer (2,3). La temprana feminización de la ocupación en nuestro país en la primera década del siglo XX (4,5) selló el perfil ocupacional y ya entrado el segundo decenio del siglo XXI, no identificarían la posibilidad real de utilizar las herramientas legales/sindicales para defender sus condiciones y medio-ambiente de trabajo (6,7).

3. *Juramento de Imposición de Tocas. “...las virtudes cardinales de nuestras vidas, la blanca rectitud, la amarilla abnegación y la roja sacrificio”. En Molina, Teresa María. Historia de la Enfermería. Buenos Aires. Inter-médica Editorial. Segunda Edición, 1973, p. 136*

4. *Vocación del latín “vocatio”, sobre vocātus, participio del verbo vocāre, “llamar”. El llamado ligado a la vida consagrada.*

Tal como señalan Wainerman y Binstock la enfermería “no nació sino que se constituyó femenina” (8:284). Es por esto que el estereotipo de género no es consustancial sino que obedece a representaciones culturales y sociales, al igual que necesidades cambiantes en el tiempo. Según Martín, la “protección y cuidados al prójimo, entrega y obediencia, son los elementos indispensables de la ética de la nurse (...) durante la década de 1930 y 1940” (9).

En los estudios iniciales sobre la problemática del trabajo en salud se detectaron dos cuestiones de interés para la enfermería como ocupación y para la calidad de atención de salud de la población (10), por su parte, y para la comprensión de la dinámica de la segregación ocupacional por género, por otra (8).

El proceso de inserción de las mujeres en el mercado de trabajo a lo largo del siglo XX, se produjo bajo las lógicas de aceptación de ese “trabajo público” como extensión de las tareas del domésticas del cuidado. Revisitar y analizar las formas de profesionalización de la disciplina en nuestro país posibilita reconocer el desarrollo no sólo de la inserción de la enfermería en el trabajo asalariado sino también las condiciones en que estas inserciones se efectuaron.

La OMS en 2007 aprobó durante la 60ª Asamblea Mundial de la Salud el “Plan Mundial sobre la Salud de los trabajadores y trabajadoras para el período 2008-2017” con el objetivo de proporcionar a los Estados miembros nuevos ímpetus para la acción. (11) En el mismo sentido el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) eligió el lema “Entornos de práctica favorables: Lugares de trabajo de

calidad = atención de calidad al paciente”, como tema prioritario para el trabajo anual en cada país (12).

Las CyMAT del personal de enfermería, el impacto de estas sobre las/los trabajadores sanitarios del sistema público de atención de la salud y de la enfermedad, debe ser motivo de continuas investigaciones, no solo por lo que representa en la vida de estos, sino porque de acuerdo con los resultados de esas indagaciones se pueden incluir en los tramos de formación profesional mejores estrategias para la desnaturalización sobre el inexorable camino que conduce a “poner el cuerpo”, si se elige la profesión. Así como también a la discusión para la problematización de las incumbencias profesionales y las modalidades de abordaje del ejercicio profesional..

Según Asa C. Laurell “la relación entre el trabajo y la salud puede analizarse desde dos grandes tendencias, una cuyo objetivo fundamental es incrementar el rendimiento y otro es mejorar las condiciones de trabajo y por ende las condiciones de salud” (13). En cuanto se refiere a las condiciones del proceso laboral, los hospitales y centros de atención de la salud y de la enfermedad reúnen a un vasto y diverso conjunto de áreas y puestos de trabajo, donde se realizan diferentes tareas para la producción de actos terapéuticos y preventivos del más variado orden, que ponen en marcha un sinnúmero de medios para atender el problema de los demandantes. El proceso laboral sanitario es una de esas formas de producción de servicios donde el producto no tiene una corporeidad manifiesta y solo se materializa como un conjunto de actos.

Cuando hablamos de las CyMAT, estamos instalando el análisis de la repercusión de estas condiciones sobre el futuro de las trabajadoras, que en este caso tienen especiales conocimientos, en tanto enfermeras, para informar, guiar, fomentar prácticas saludables, prevenir lesiones y enfermedades en general, y también las que se generan por el escenario laboral. Asimismo las CyMAT repercuten no solo en el futuro de los trabajadores y sus familias, sino también sobre la calidad de los cuidados que brindan. Por lo antedicho están íntimamente relacionadas con la calidad de atención de enfermería en particular y de la calidad institución en general.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio analítico cualitativo de corte transversal en el segundo semestre de 2019. La población en estudio estuvo conformada por Licenciadas/os en Enfermería, Enfermeras/os y Auxiliares de Enfermería de dos hospitales provinciales y efectores de salud municipal. Una institución con internación general de adultos y la otra especializada materno-infantil, y Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPs), con el fin de analizar el fenómeno y su incidencia según diferentes niveles, complejidades y perfiles institucionales. Se recopilaron datos a través de un instrumento autoadministrado, anónimo y voluntario con preguntas abiertas y cerradas, focalizadas al escenario de sus tareas y al desarrollo de sus funciones en efectores públicos. Con el objetivo de indagar, caracterizar y analizar la per-

cepción acerca de los factores de riesgo y las acciones relacionadas a la prevención de los mismos bajo lo establecido por las CYMAT. Se utilizó también la técnica de entrevista en profundidad, voluntaria, en quienes ejercen en servicios de Neonatología, Unidad de Terapia Intensiva, (UTI) Obstetricia y Pediatría Así como en aquellos/as de servicio de emergencias y de UTI adultos. También se realizó a quienes ejercen en Centros de Atención Primaria de la Salud.

RESULTADOS

El promedio de edad de la población en estudio fue de 38 años, registrándose un promedio de años de la actividad laboral de 15. Lo que indica que la edad de inicio de la práctica profesional es temprana. Casi la totalidad (79%) correspondió al género femenino, característica que tiene la profesión, de éstos el 46% fueron profesionales (licenciadas/os en enfermería), y el resto técnicas/os (auxiliares y enfermeros/as). En estos últimos se identificaron que muchos se encontraban cursando paralelamente la licenciatura en enfermera (ciclo complementario). En el sector público desarrollan exclusivamente su práctica profesional el 80 %. En relación a los turnos de trabajo el 24% trabaja en turno noche, el 24% trabaja en turno mañana, el 16% trabaja en turno tarde, el 10% trabaja en dos turnos todos los días y el 26% tiene turnos rotatorios. En relación a los beneficios sociales que los protegen: el 98% tiene aportes jubilatorios, un 88% vacaciones pagas, el 84% computa antigüedad. Están cubiertos con Aseguradora de Riesgos de

Trabajo (ART) el 88 %. Solo el 32% reconoce protección por insalubridad. Mientras que un 56% goza de licencias especiales. En relación a los métodos que consideran adecuado para reclamar por mejoras en las condiciones de trabajo, el 20% avala como metodología de protesta y divulgación en la comunidad de sus inadecuadas condiciones laborales. El 16% considera que es adecuado como metodología de protesta la prensa y la divulgación en la comunidad, el 14 % le suma a estas dos modalidades la presencia en el lugar. Sólo un 6% avala como metodología de protesta el paro con presencia en el lugar. El 10% selecciona como metodología de protesta solo la prensa. El 8% combina como metodología el paro con presencia en el lugar y la prensa. El 6% la protesta, la huelga, el paro con presencia en el lugar, la prensa y la divulgación en la comunidad. Un 10% no avala ninguna forma de protesta. Mientras que solo un 4% cree que huelga es la estrategia de recomposición salarial y de negociación para mejorar de las condiciones de trabajo. Destacamos que un 60% de los encuestados dijo no sentirse protegido en el ámbito laboral y el resto (40%), se siente protegido. En lo que respecta a sus prácticas de cuidado de la salud: un 24 % son fumadores, el 8% declara que consume medicamentos para poder dormir, el mismo porcentaje que consume alcohol diariamente. El 2% reconoce consumir drogas ilegales. Duermen un promedio de 6 horas diarias. Un indicador relevante para las CYMAT es el nivel de satisfacción en el trabajo: un 44 % dice que siente mucha satisfacción, un 40% moderada, poca un 14% y un 4% no siente ninguna satisfacción en su

labor. En cuando al nivel de remuneración económica un 6% mucha satisfacción con su situación laboral, 52% reconoció moderada satisfacción, el 6% ninguna satisfacción, y el 34 % no respondió La incidencia que tiene su profesión en su vida familiar es Mucha para el 42%, Moderada en el 22%, Poca para el 18%, Ninguna para el 16% y No respondió el 2%. Cuando se les pregunto sobre si creía que su actividad profesional generaba estrés respondieron: el 50% que creía que Mucho, el 30 % Moderadamente y un 20 % los que creen que Poco o Nada. El 38% de los encuestados respondió que siente mucha presión en el ejercicio de su profesión. El 70% sólo ejerce la práctica profesional clínica sin dedicarse a la investigación y/o a la docencia. En cuanto a la pregunta sobre el principal riesgo en la labor de los enfermeros el 62% reconoce que el principal riesgo está relacionado con los aspectos psicosociales laborales y un 32% reconoce los riesgos físicos, el 11% los riesgos biológicos, el 1% los riesgos químicos y un 5% no consignó cuál cree que es el principal riesgo en la actividad laboral. Si bien el mayor porcentaje cita al “estrés” como principal problema de salud de la labor de enfermería, las menciones en relación a: dolores musculares, trastornos músculo-esqueléticos, problemas cardiovasculares y enfermedades dermatológicas están focalizados en problemas clínicos, mientras que algunos citan situaciones como burnout, depresión, falta de comunicación, enfermedades psíquicas, baja autoestima, baja percepción del autocuidado, sin asociarlos al estrés como un síndrome. El 10% no respondió a la identificación del principal problema

de salud de los enfermeros/as cabe señalar que entre ellos se encontraban tanto auxiliares, como licenciados y técnicos que son estudiantes universitarios en el segundo ciclo de la licenciatura en Enfermería. En cuanto a la consulta sobre la identificación de quien o quienes deben establecer acciones para el control de los principales problemas de salud de los enfermeros/as el 43% considera que quienes deben establecer acciones para la prevención y el control *“deben ser los propios enfermeros”*, mientras que un 26% cree que son conjuntamente los enfermeros con las instituciones. Un 23% ve exclusivamente la responsabilidad en las instituciones en las que trabaja. Un 10% cree que los involucrados en este aspecto deberían ser los enfermeros, la institución y los gremios y sólo un 1% responsabiliza al gremio/sindicato. Cuando se solicitó la fundamentación de las respuestas la mayoría señala que la fuerza que puede dar el *“conjunto”*, sin mencionar quienes lo componen, otros apuntaron al *“autocuidado”*, evidencia la baja percepción del mismo que tienen los/las enfermero/ad. Manifestaron que el *“conocimiento que proporciona la experiencia es la base de la identificación de las acciones que se deben establecer”*. Más del 50% no respondió. Con respecto a si los problemas de salud que desarrollan los enfermeros pueden prevenirse el 90 % contestó que sí, pero cuando debieron fundamentar sus respuestas aparecieron frases como: *“en su gran mayoría son evitables”*, *“existen medidas pero dependen de los recursos en los lugares de trabajo”*, *“haciendo un control de salud semestral”*, *“faltan elementos necesarios para cumplir la tarea”*, *“falta*

conocimiento”, *“los accidentes se previenen mediante la educación”*.

El 60 % de los que responden que las lesiones por causas externas se pueden evitar, no fundamentan lo que se les solicitó. Un número importante del gran porcentaje de ese 90 % lo justificaron señalando como estrategias para evitar los *“accidentes”* son : el uso de los *“corto-punzantes”*, *“concientización”*, prevención relacionada al *“conocimiento”*. No hay en las respuestas evidencia de conocimiento sobre las CYMAT y su relación con el ejercicio de la práctica profesional. De igual manera omiten en la anamnesis directa indagar sobre actividad-ocupación- profesión de aquellos a su cuidado. Citaron en varias oportunidades *“uno debe ser cuidadoso”*, *“todo accidente es fortuito”*, *“nadie está exento”*, *“se pueden evitar pero hay sucesos inevitables”*, *“no estamos libres de nada”*, *“si se pueden evitar, pero a veces no”*. La mayoría fundamenta que existen y conocen las normas de bioseguridad, pero responden *“podría prevenirse pero no evitarse”*, *“a veces las situaciones nos exigen mucho y nos olvidamos de nosotros mismos”*, *“no se pueden prevenir”*, *“siempre faltan insumos”*. No se evidencian diferencias entre nivel de formación y percepción de los riesgos laborales, tampoco relacionados a menor cantidad de años de ejercicio y percepción sobre las CyMAT inadecuadas. En ambas instituciones hospitalarias a pesar de las características relacionadas al perfil de población destinataria y a las diferentes de las especialidades se identificaron marcadas diferencias. En el hospital general de adultos es menor la percepción sobre la capacidad co-

lectiva para obtener mejoras laborales. En la institución especializada se encontró mayor satisfacción con la tarea desempeñada en las especialidades de pediatría y neonatología. También reconocen mayor flexibilidad de sus superiores ante citaciones que requieren cambios de turnos y/o resoluciones frente a la tarea. Unos/as y otros/as comparten la baja percepción sobre el cuidado de sí, la protección colectiva frente a los estresores laborales, y la problematización sobre posibles alternativas para las cuestiones que no les son satisfactorias. En ambos grupos y tanto en aquello con mucha antigüedad como los de reciente ingreso que manifiestan insatisfacción laboral no aparece la opción de un posible cambio de espacio para el ejercicio profesional, ni se trazan alternativas a mediano plazo para mejorar sus CyMAT. Cabe resaltar que excepcionalmente refirieron haber optado por ingresar a la institución por la especialidad que ahí se desarrolla. Las respuestas se concentraron en *“me llego el nombramiento acá”*, generalmente a consecuencia de haber cursado el tramo técnico de su formación en el mismo hospital que lo emplea. Entre los que obtuvieron el grado académico en las universidades, y se encuentran en condiciones de optar por alguna de las residencias entre las especialidades de enfermería rentadas que se desarrollan en las instituciones, no se identificó la intención de especializarse, ni de continuar formándose volviendo a la representación de *“hacer para aprender”*. Casi la totalidad sin diferencias de edad, antigüedad, ni institución, no desea que sus hijos opten por el estudio de la enfermería.

Entrevistas en profundidad

En el marco de las entrevistas realizadas, 26 en total (veinte mujeres y seis varones), los puntos más significativos para resaltar fueron: los entrevistados reconocen que su formación es insuficiente para afrontar el manejo de las nuevas tecnologías que las especialidades les demandan. Señalan que los conocimientos sobre farmacología deberían ser más completos y complejos en su formación y en su actualización profesional. También resaltan no estar entrenados para resolver problemas, incorporarse a equipos interdisciplinarios, gestionar innovaciones e identifican que creían tener mucha *“teoría y poca practica-destreza”*, pero que se *“chocan”* con que no poseen ni lo uno, ni lo otro. Los varones a pesar de lo antedicho reconocen que no los *“apuraron”* para que se hiciesen cargo de prácticas complejas. En cambio las mujeres manifestaron que inmediatamente a su incorporación laboral inicial ya *“pretenden que una se haga cargo de todo”*. Señalando una división sexual de las tareas, de las cuales las mujeres que se inician en la profesión realizan aquellas reconocidas como *“de menor complejidad”*. La referencia de mayor frustración y decepción para con el capital que poseen como recién graduados lo manifestaron las enfermeras que ejercen en el hospital general y en el sector de emergencias principalmente donde se conjuga a lo antes mencionado una sensación de desamparo ante la desorganización de los cuidados en donde cada uno *“hace lo que puede”* en lo que llaman *“tierra de nadie”*. Las condiciones de trabajo en los espacios de gestión pública

hospitalaria conllevan una sobrecarga de prácticas relacionadas con el número excesivo de pacientes asignados. En los CAPs se refirió a la cantidad de pacientes que se atienden por turno y a la falta de recursos o materiales que en muchas ocasiones no se pueden utilizar por lo que consideran una inadecuada organización. La presión institucional para que se hagan cargo de funciones que no se encuentran en las incumbencias profesionales y también la desvirtuación de sus prácticas por tareas, situaciones y responsabilidades propias de otras áreas, (administrativas, mantenimiento, entre otras). La imposibilidad de poder tener capacidad para reorientar a la persona que requiere cuidados, y/o atención médica, hacia un lugar apropiado les produce profunda insatisfacción ante las oportunidades perdidas. En la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica y Neonatología, el tipo de aparatología que se requiere para el monitoreo de los pacientes por un lado produce mucho desgaste psíquico, ya que consideran que instalan nuevos aparatos-equipos sin el tiempo de entrenamiento mínimo para su correcta utilización, (que si reciben los médicos), sin embargo la responsabilidad del mantenimiento de su adecuado funcionamiento recae en los/as enfermeros/as. En estas especialidades la contingencia de la cotidianidad con la muerte y/o las secuelas graves y permanentes que la situación vital crítica de recién nacidos y niños, les provoca intensa angustia sin disponer de espacios de acompañamiento profesional, ni espacios edilicios para tomar un descanso fuera del área de cuidados críticos. Un varón recordó el impacto de la primera experiencia ante la muerte de un niño que

padecía una enfermedad terminal, y a consecuencia de esto “no pudo” contener el llanto. La enfermera con más experiencia, con la que compartía esa guardia, no lo contuvo ni medio en su desconsuelo, su dictamen fue “*evidentemente no servís para esto*”, mientras continuó como una autómatas con la misma rutina de las tareas que organizaba diariamente. Nuestro entrevistado señaló que no solo se invisibilizó lo sucedido (muerte), sino que la escena de la sentencia sobre su capacidad aconteció frente a los padres de la criatura recién fallecida. Los estereotipos de género estallan en este episodio donde un hombre a cargo de las tareas del cuidado no debe, ni puede, sensibilizarse frente a la muerte. Es en el hospital general de adultos es donde mayor carga laboral e insatisfacción percibe el trabajador. No tienen espacios de formación, ni de comunicación institucionalizados sobre las CYMAT, tampoco existe asesoramiento/contención gremial sobre el tema. No se evidencia de preocupación grupal y colectiva sobre las condiciones, ni sobre los efectos de las mismas en sus vidas y en la calidad del cuidado que dispensan. No existe monitoreo de estas condiciones, y no tiene información respecto de la temática tampoco a partir de gremios donde se afiliaron. Las mujeres relataron situaciones en las que sufrieron lesiones. Los varones a pesar de ser destinados por las jefas (mujeres) a sectores con mayor carga física laboral y riesgos no refieren lesionarse frecuentemente. En relación a las lesiones por causas externas que padecen la respuesta institucional es la ART, y la grupal no revisar (anular) en proceso de producción de esa lesión que afecta a un colega con la fi-

nalidad de identificar en que fases se concentraron los riesgos y se cristalizó el evento. Las características edilicias, la zona geográfica en donde está emplazado y las especialidades del hospital materno- infantil así como una dinámica intra-profesional algo más participativa parecerían influir en el incremento de la percepción sobre el cuidado de la salud de los/as enfermeros/as, aunque esto responda a la obligatoriedad de cumplir con algunas acciones como por ejemplo a la vacunación y a los controles anuales de los trabajadores.

Las percepciones sobre lesiones por causas externas no intencionales

Este grupo estuvo conformado por 39 Enfermeras/os con experiencias laborales que provenían de las instituciones mencionadas. La mayoría tuvo dificultades en reconocer lo que comprende el término CyMAT, pudiendo identificar como “condiciones” el salario y vacaciones, y el medio ambiente con la estructura edilicia. Con respecto al pluriempleo, situación frecuente en este grupo, mujeres mencionaron trabajar por lo menos 36 horas semanales sin percibir la suma que se obtendría con la carga laboral que asumen en el hogar. El total consideró insuficiente el salario percibido. Mencionan la necesidad de realizar horas extras para afrontar la cobertura de sus gastos, y como esta práctica es reiterada llegan en ocasiones a convertir su dedicación laboral a 72 horas semanales. En este sentido se reconoce al salario como una condición laboral desfavorable pero rápidamente justifican la cuestión bajo frases tales como: “si

es tu vocación, no te importa” o “*siempre se pagó mal*”. El cuidado de sí aparece en pocas oportunidades y fuera del ámbito de trabajo, sólo en dos ocasiones mencionaron la importancia del descanso programado para almorzar en el comedor de la institución y un solo varón (de los siete) relacionó a la actividad física como medio elegido para el cuidado de su salud. Es muy relevante mencionar el discurso de muchas enfermeras sobre el cuidado de sí, ya que lo asocian al trabajo doméstico y el cuidado de los hijos. Han descrito como actividades de relajación “*planchar*”, “*llevar a los niños a la plaza*”, “*hacer los deberes con ellos*”, por mencionar algunos ejemplos que siempre giran al rededor de lo maternal y doméstico. Las lesiones laborales aparecen en mayor frecuencia en los de mayor antigüedad laboral y en algunos servicios tales como las guardias/emergencia y en aquellas que se requiere movilización continua de pacientes. Se destaca la naturalización de las lesiones físicas debido a la carga de trabajo “*hay que poner el cuerpo*”, “*nunca das abasto hasta que te rompes*”, “*¿qué enfermera no tiene problemas de columna?*”. Sólo fueron percibidas las lesiones físicas a pesar de que gran parte mencionaron “*estar agotados*”, o describiendo situaciones estresantes que interfieren en su salud y la relación con otros, e inclusive aparece el deseo de cambiar de trabajo pero no la acción. Las Lesiones por Causas Externas No Intencionales, LCENI, se vinculan fuertemente a las CyMAT, pero están invisibilizadas por los/as Enfermeros/as (15-16) incluso ante su ocurrencia. Por ejemplo: una fractura ósea se la relacionó a una “*torpeza*”, “*un des-*

cuido”, “*un apuro*”, al igual que las lesiones punzo-cortantes con la confianza en la “*la manipulación de agujas*”, “*haces diez cosa a la vez y pasa*”, y no evidenciaron correlación de estos hechos con el la deficitaria dotación de Enfermería, los insumos inadecuados, la multiplicidad de tareas o a jornadas laborales extensas. Las actividades no profesionales impuestas por las instituciones se naturalizan, aceptan pasivamente y se relacionan fuertemente con la feminización de la profesión argumentando que, “*si no la hacemos nosotros que estamos para cuidar...*”, “*si no hay camillero y el paciente necesita hacerse una placa la vocación te llama*”, “*si hiciéramos solo lo que nos corresponde hacer esto se vendría abajo*”, habiéndolo mencionado incluso varios que padecieron lesiones osteo-musculares por movilizado pacientes solas y haber realizado continuamente las tareas de camilleros. No perciben la secuencia que desemboca en la lesión, sino que además queda claro en la reconstrucción de los acontecimientos, que hubo un descuido de su función específica: el Cuidado de las personas a su cargo. Cabe destacar que no sólo tuvieron dificultades para relacionar a las LCENI con las CyMAT en Enfermería ya que más del 90% desconocía que las LCENI son la primera causa de muerte en el grupo etáreo hasta los 45 años en Argentina (15-17). Ni identificaban a las LCENI como una problemática epidemiológica que demanda participación profesional activa para su prevención, visibilización y resolución.

Participación

No perciben la posibilidad de expresar y debatir las situaciones laborales teniendo en cuenta las CyMAT. Describen esta problemática como responsabilidad externa: “*los sindicatos no se ocupan*”, “*las instituciones son así...*”, “*a los jefes y directivos no les importan los enfermeros/as*”. Cuando se indaga sobre la participación política en tanto su rol de trabajadores de la salud para mejorar las CyMAT, aparecen justificaciones en una supuesta necesidad de homogeneidad masiva “*tenemos que unirnos y ser un solo espacio*”, “*enfermería tiene que ser una*”, “*nunca se ponen de acuerdo*”, reconociendo la situación como responsabilidad ajena, y solo posible bajo una universalización en la cual no se demande análisis, ni debate político, ni participación activa. Manifiestan haber abordado por primera vez algún análisis desde la perspectiva de género en la universidad en una asignatura del último año de la carrera de licenciatura. Habiéndose encontrado incapacidad para definir el término género, y el concepto en la mayoría. Generalmente lo describieron bajo respuestas en relación a heterosexualidad o no y excepcionalmente incluyendo otras identidades sexuales bajo el sentido de la categoría biológica. Pero no logran conceptualizar género. También utilizan la mención género para aquellos que promueven “*el aborto*”, o de quienes quieren “*ser igual a los hombres*” y solo se logra vincular algún debate con el “*femicidio*”. Esto evidenció la necesidad de de-construir parte de la estructura en la cual se constituyó su identidad profesional que parecería ancla-

da a sus orígenes pre-profesionales. Abrir en la formación continua, a pesar del terreno ganado en la sociedad en la aproximación a la problemática, nuevos y continuos planteos, análisis y debates en las aulas y los servicios a pesar del grupo etéreo que parecería estar más involucrado con una visión menos patriarcal, subalterna y pasiva. Si nos focalizamos en la enfermería de los Centros de Atención Primaria encontramos menor pluriempleo por la posibilidad de realizar horas extras pero la variable salario es igual de insuficiente. Esta compensación se da con escasa negociación e implica mayor sumisión. Reconocen esta coacción pero la perciben como las “*reglas del juego*” o culpabilizan a la institución a pesar de que esas decisiones de colegas en gestión. No se problematizó el condicionamiento a su haber jubilatorio, pero sí en cambio, el temor de que las horas extras sean reducidas. La responsabilidad por asumir la totalidad de la demanda espontánea en soledad promueve la confrontación con otros profesionales ante la necesidad de atención interdisciplinaria, la insatisfacción de los usuarios y agotamiento de enfermería. La multiplicidad de tareas profesionales se ve invadida por otras de disciplinas varias (esterilización de equipo odontológico/obstétrico, farmacia, laboratorio, etc.) y otras actividades no profesionales (entrega de leche, manipulación de tubos de oxígeno, informes, turnos, etc.). Es la única profesión a la que se le asignan tareas fuera de sus incumbencias en detrimento de su rol en general y extramuro en particular, generando en consecuencia insatisfacción profesional y descontento en las comunidades (17). Sorprendente-

mente, en algunos casos, han destacado como gestión positiva desde enfermería la cobertura de la ART ante lesiones no profesionales impuestas como por ejemplo el acarreo de tubos de oxígeno sin siquiera reparar en el impacto negativo que toda lesión causa en la salud del trabajador ni los elementos de seguridad correspondientes. A esto se suma la atención de la demanda espontánea y la participación en los Programas de Salud siendo algunos de responsabilidad exclusiva de enfermería. Los profesionales señalan esta situación como excesiva y manifiestan que se han dado conflictos entre los usuarios y el personal de enfermería como también desperdicio de material y atención deficiente en las urgencias. Las estrategias de resolución de esta problemática fue la restricción horaria en la atención de Programas y reclusión intra-muro lo que acrecienta los conflictos interpersonales y éticos en los profesionales que desean garantizar el Derecho a la Salud de las personas pero a expensas de su salud laboral.

Enfermería: Las CyMAT y el cuidado feminizado como contraste del cuidado de la salud

En síntesis las CyMAT se presentan ligadas al cuidado feminizado. El salario, el pluriempleo, las actividades múltiples profesionales y no profesionales se asocian a la idea de vocación naturalmente femenina y cuidado bajo la idea de mujer cuidadora por naturaleza(18,19). El ámbito público, o donde se espera intervención política profesional, queda auto-invalidada trasladando la responsabili-

dad a representantes sindicales, supervisores o jefes, que desconocen las problemáticas, o no las incorporan agenda de trabajo. De esta forma sumisa, se denuncia en voz baja un patriarcado médico e institucional, sin repensar una táctica para la resistencia y negociaciones. Los pedidos de los enfermeros/as para incrementar su formación continua o ante situaciones laborales que atentan contra la salud, son encausadas dificultosamente como excepciones, y conllevan estas concesiones mayor subordinación a pesar de estar contempladas en los marcos legales vigentes, como las leyes de administración pública y el respaldo del gremio que los agrupan. Las LCENI están naturalizadas, aceptadas como parte de lo inexorable en el trayecto profesional y las estrategias propuestas resultan ineficaces o inexistentes para mejorar el entorno de trabajo(15). Los enfermeros/as reconocen con dificultad a las CyMAT desfavorables y específicamente no reconocen que esta situación difiere en relación a otros profesionales que se desempeñan en los mismos ámbitos laborales. Aquellos que logran desnaturalizar no pueden asociar lo antes mencionado a la feminización del perfil profesional de la enfermería. El déficit en las dotaciones de enfermeros/as en las instituciones, y la sobre carga de trabajo, así como la desvirtuación de las incumbencias profesionales aparece como parte de las cualidades deseables en un buen profesional, llevando como escudo la abnegación y resignación al asumir el trabajo con condiciones inmodificables atadas a al cuidado maternal incondicional que inexorablemente debe sostener y asumir toda responsabilidad y dar satisfacción a lo que se presente sin mediar decisión.

A modo de reflexión para desencadenar otras miradas

Los estudios sociales de triangulación metodológica sobre condiciones de trabajo tienen como objetivo general contribuir al desarrollo de políticas sociales, programas específicos y debates en el universo legal de los derechos sociales de los trabajadores/as que transformen aquellas situaciones que ponen en riesgo al trabajador/a y que afectan el resguardo del derecho a la salud de todos los implicados en la relación médica. Esta investigación intenta contribuir al campo de esas discusiones. En este sentido, nuestra investigación tuvo como objetivos indagar, caracterizar y analizar la percepción sobre las CYMAT en la enfermería que labora en instituciones de la Salud pública del Estado Bonaerense, desde una perspectiva de género. Esta perspectiva nos permitió asociar por un lado las miradas históricas que vinculan el cuidado con el campo de acción de lo femenino en la enfermería. Por otra parte y en relación a esto con la clásica división sexual del trabajo que interpreta que las tareas del cuidado femeninas o femeneizantes ocupan un lugar desjerarquizado en el mundo de trabajo asalariado. Lo que registramos en nuestra investigación es que ésta construcción histórica sobre el rol del profesional enfermero/a impacta en las Condiciones de Medio Ambiente y Trabajo (CYMAT) en tanto naturalizan los riesgos de trabajo, la inevitabilidad del daño al que se exponen, justifican los inadecuados escenarios en el que desarrollan su vida laboral, invisibilizan el impacto que esto conlleva en la calidad de los cuidados que brinda y en la Seguridad del paciente así como en la

práctica Segura del trabajador. Y no se generan espacios de resistencia. No se evidencia la configuración de demandas para revertir esta situación. La profesionalización de la disciplina se fue construyendo y consolidando bajo representaciones sociales hegemónicas tanto del propio campo de saber médico, como de las instituciones sanitarias a las cuales ingre-

san laboralmente. Estas condiciones de vida y de trabajo ancladas en la diferencia de género y desvalorizadas como profesión de la salud se volvieron más evidentes con la instalación de modelos sanitarios neoliberales y persisten sin generar resistencia colectiva.

BIBLIOGRAFÍA

1. Morrone, B. Soltando amarras. Claves para comprender la historia pendiente de la enfermería argentina. 7a ed. Mar del Plata: Suárez, 2019.
2. Morrone, B. Enfermería en Argentina: trayectos para entender el presente. En: Siles González, J.; Oguisso, T. Cultura de los cuidados. Historia de la Enfermería Iberoamericana. Editorial ECU Universidad de Alicante España 2011. Capítulo V pp. 117-182.
3. Morrone, B. Los recursos Humanos en salud en la Argentina: el caso de los enfermeros Revista Paraguaya de Enfermería APE/OPS Año II N° 2 Asunción del Paraguay. 2007 pp. 50 – 58.
4. Wainerman, C. “Mujeres que trabajan. Hechos e ideas” en: Torrado, S. (ed.) Población y bienestar en la Argentina del primero al segundo centenario. Una Historia Social del siglo XX. Tomo II. Edhasa. Buenos Aires, 2007.
5. Wainerman, C. y Binstock, G. “El nacimiento de una ocupación femenina: La enfermería en Buenos Aires” en: Desarrollo Económico, vol. 32, N° 126. 1992. pp.271-284.
6. Morrone, B.; Todisco, E. Procesos destructivos y Procesos protectores en la práctica cotidiana de los profesionales de las ciencias de la salud. Revista Argentina de Enfermería. RAE N° 36 Córdoba, Argentina 2006 pp. 21-27.
7. Gastaldo, D. Relaciones de Poder en Enfermería y Salud Mental: Críticas y Retos para el Futuro. Faculty of Nursing y Centre for International Health, University of Toronto, Canadá 2003.
8. Wainerman, C; Binstock, G. Ocupación y género. Mujeres y varones en enfermería. UNICEF-CENEP. 1993.
9. Martín, A. L. Trabajo y Abnegación. La construcción histórica de la enfermería en la ciudad de Buenos Aires 1935-1955. Tesis de Maestría. Escuela de Altos Estudios Sociales. Universidad Nacional de San Martín, 2009.
10. Wainerman, C.; Geldstein, R Condiciones de vida y de trabajo de las enfermeras en la Argentina. CENEP 1990.
11. OMS. Plan Mundial sobre la Salud de los trabajadores y trabajadoras para el período

2008-2017. Washington, 2007.

12. Consejo Internacional de Enfermeras. Seguridad y salud en el trabajo para las enfermeras. Revista. Sew News, Marruecos. (3): 2-3. 2001.

13. Morrone, B. Estrés en el personal de Enfermería Revista Temas de Enfermería Actualizados Año 7 N° 31 Buenos Aires 1998 pp. 14-18.

14. Consejo Internacional de Enfermeras Entornos de práctica favorables: Lugares de trabajo de calidad = atención de calidad al paciente Ginebra. 2010.

15. Capurro, L. Morrone, B. Prevención de Lesiones Ocupacionales por objetos punzo-cortantes. La paradoja en los trabajadores de la salud. En: Temas de Infectología Pediátrica Capítulo 6 Sociedad Argentina de Pediatría IDEOGRAFICA Buenos Aires Buenos Aires 2011 pp.143-164.

16. Morrone, B. Cuando el grupo en riesgo somos nosotros Revista Temas de Enfermería Actualizados Año 6 N° 26 Buenos Aires 1998,

pp. 30- 31.

17. Morrone, B. Percepción del personal de enfermería sobre su labor. Revista de Enfermería del Hospital Italiano Año III, N° 8, Buenos Aires, 1999 pp. 24 - 31.

18. Viñas, R; González, C; Morrone, B. Condiciones de trabajo y de salud de las enfermeras/os. Revista Argentina de Enfermería. RAE N° 31 Córdoba Argentina 1990 pp. 54 - 60.

19. Esteban, M. L. Diagnósticos en salud y género: aportaciones antropológicas para una perspectiva integral de análisis, en Antropología, Género, Salud y Atención, Barcelona, Bellaterra, 2010. pp. 49-67.

20. Abramzón, M. Argentina: recursos humanos en salud en 2004. 1a ed.- Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud - OPS, 2005.