



UNIVERSIDAD DE CHILE

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA

SOCIOLOGÍA

Enfermería y representaciones sociales sobre los cuidados en la salud pública chilena

Experiencias antes y durante la pandemia por COVID-19 en la Región Metropolitana

Autora: Matilde Valenzuela Rebolledo

Profesora Guía: Catalina Arteaga Aguirre

Enero, 2021

Agradecimientos

Quisiera agradecer profundamente a las mujeres trabajadoras que, con su solidaridad y corazón abiertos, participaron de esta investigación, le dieron sentido y la hicieron posible.

A Catalina Arteaga Aguirre, socióloga, por su orientación y sus consejos durante todo el proceso investigativo. A Patricia Grau, enfermera y docente, por su escucha y su orientación para abrir este proceso. A Magdalena Cortínez, socióloga, por todo su apoyo, sus miradas y sus ideas que ayudaron a dar forma a este escrito. A todas las profesoras, profesores, secretarias, personal de la universidad y compañeras/os/es que acompañaron este camino.

Gracias a mi familia, amigas, amigos, hermana y hermanos, por su compañía y amor incansables.

A mi madre, mi gran compañera de vida, por todo.

Y a mi abuela Adriana, por su eterno amor, sus sueños y su ejemplo.

CONTENIDO

RESUMEN	1
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	2
RELEVANCIA DE LA INVESTIGACIÓN	5
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	7
OBJETIVOS	8
Objetivo general	8
Objetivos específicos	8
HIPÓTESIS	8
ANTECEDENTES	9
El trabajo en el sector de la salud	10
<i>Características de la organización del trabajo en salud</i>	10
<i>Condiciones laborales de los recursos humanos en salud</i>	12
<i>Desigualdades de género en la organización del trabajo en salud</i>	14
Salud pública y la pandemia del COVID-19	17
<i>Una crisis social y sanitaria</i>	17
<i>Trabajadoras/es de la salud: precarización y acción colectiva</i>	19
<i>Género y COVID: la situación de las trabajadoras de la salud</i>	21
Sentidos y valoraciones del trabajo de cuidados	22
<i>Valoración del trabajo remunerado</i>	22
<i>Valoración del trabajo de cuidados en salud</i>	23
DISCUSIÓN CONCEPTUAL	25
Desigualdad de género y mercado del trabajo	25
Cuidados: aproximaciones conceptuales y políticas	28

<i>Cuidados, poder y desigualdad</i>	28
<i>Organización social y crisis de los cuidados</i>	30
<i>Los cuidados como trabajo</i>	32
<i>Prácticas laborales de cuidado</i>	35
Género y representaciones sociales	37
Esquema de síntesis conceptual	39
ESTRATEGIA METODOLÓGICA	40
Tipo de estudio	40
Técnicas de producción de información	41
Muestra	43
Estrategia de análisis	44
Ética para la investigación social en contextos de crisis	45
HALLAZGOS DE LA INVESTIGACIÓN	46
I. Cuidados, enfermería y género en la salud pública	46
Qué es el cuidado	47
<i>Un concepto amplio</i>	47
<i>Distintas comprensiones del cuidado</i>	48
<i>Cuidar en función de un vínculo</i>	49
<i>Relaciones de cuidado con pacientes</i>	50
Actividades de cuidado	53
Cuidados y enfermería	55
<i>¿Qué es lo característico de la enfermería?</i>	57
<i>¿Qué se necesita para ser enfermera/o/e?</i>	57
Diferencias del cuidar entre hombres y mujeres	59
<i>Habilidades y desempeño laboral</i>	59

<i>Diferencias de trato</i>	60
<i>Acoso sexual y discriminación</i>	61
Organización del trabajo de cuidados	62
<i>Trabajo en equipo</i>	63
<i>Toma de decisiones y jerarquías</i>	63
<i>Ritmos, tiempos y sobrecarga laboral</i>	64
<i>Tensiones y conflictos en los equipos</i>	66
<i>Maltrato y violencia en los equipos</i>	68
Valoraciones y motivaciones	69
II. Experiencias y significados del cuidar durante una pandemia	71
La pandemia como crisis	72
<i>Manejo político de la pandemia: negligencia estatal</i>	73
<i>Cuidados y crisis</i>	74
<i>Autogestión y respuesta local de los centros de salud de APS</i>	75
Nuevas dinámicas en el espacio de trabajo	76
<i>Reestructuración de la organización del trabajo</i>	77
<i>Cuidar a los equipos de salud</i>	79
<i>Nuevas orientaciones del cuidado</i>	81
Rol social personal durante la pandemia	82
Nuevos significados del hogar	84
Maternidad y cuidados familiares en pandemia	87
<i>Ser madre y trabajadora remunerada</i>	87
<i>Redes de apoyo al cuidado familiar</i>	88
<i>Exigencias y preocupaciones de ser madre</i>	89
<i>No ser madre</i>	90

REFLEXIONES FINALES	91
Definiciones del concepto de cuidados	91
Funciones, valoraciones y distribución de las prácticas laborales de cuidado.....	93
Representaciones sociales de género	95
Representaciones y experiencias de la crisis sanitaria por COVID-19.....	97
Aportes y limitaciones del estudio	99
BIBLIOGRAFÍA	101
ANEXO I: Matriz de producción de información.....	110
ANEXO II: Primera Pauta de Entrevista	125
ANEXO III: Segunda Pauta de Entrevista	128
ANEXO IV: Consentimiento informado	131
ANEXO V: Diario de Campo	132

RESUMEN

Nuestra sociedad actual atraviesa una crisis de la organización social de los cuidados: tanto los trabajos domésticos como extra domésticos -realizados principalmente por mujeres- se han precarizado como resultado de la articulación histórica entre capitalismo y patriarcado. La actual crisis social y sanitaria de la pandemia de COVID-19 ha profundizado estas desigualdades, conllevando una reorganización y precarización del trabajo en los centros de salud. El trabajo de cuidados en salud pública se enfrenta a una crisis del empleo público, de la salud pública y de los recursos humanos en salud, siendo éste un rubro históricamente feminizado.

La presente investigación tiene como foco de interés los cuidados desde el punto de vista de la enfermería, reconociendo las definiciones y sentidos en torno al cuidado que las propias sujetas construyen. Tomando una perspectiva feminista, se busca comprender las funciones, jerarquías, distribución y valoración de las prácticas laborales de cuidado, y su vínculo con las representaciones sociales de género sobre lo femenino y lo masculino. Se realizó un estudio cualitativo y longitudinal con enfermeras de servicios de salud metropolitanos. Mediante entrevistas en profundidad a enfermeras de distintos servicios, se ahonda en sus experiencias y sentidos como trabajadoras del cuidado dentro y fuera de los centros de salud, antes y durante la pandemia.

Las representaciones sociales sobre el cuidado varían de acuerdo al contexto institucional, las relaciones de cuidado con pacientes y las relaciones entre las/os/es trabajadoras/es del cuidado. El cuidado, como concepto empírico y amplio, se representa y experimenta de manera diferente en hospitales y en Atención Primaria de Salud (APS), y durante la pandemia, toma nuevos significados, orientaciones y escenarios. Las representaciones de género permean, pero no determinan la definición y valoración de los cuidados en salud, aunque persisten desigualdades de género en la experiencia de las enfermeras como mujeres trabajadoras.

Palabras clave: cuidados, prácticas laborales de cuidado, representaciones sociales, desigualdades de género, enfermería.

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

El empleo público en Chile ha sufrido un profundo proceso de precarización desde los ajustes estructurales de la década de los ochenta hasta la actualidad. Aunque las funcionarias/es/os públicas/es/os cargan con el estigma de ser una “casta privilegiada”, su seguridad y estabilidad laboral se ha visto fuertemente afectada por la restricción de derechos colectivos a sindicalización y huelga; y por el abuso por parte del Estado al recurrir a nuevas formas de contratación de mayor inestabilidad y desprotección, provocando el aumento del personal a honorarios y a contrata, este último en más de un 15% en casi 10 años (Varas, 2016).

Dentro de este marco general de precarización del empleo público, un sector que ha sufrido transformaciones importantes tras los ajustes estructurales que impuso la dictadura militar de los años 1973-1990, es el sector de la *salud pública*. Este ha vivido una reducción significativa del gasto público y una ola privatizadora que implicó una progresiva renuncia del Estado como principal responsable, avanzando a un rol subsidiario en la asistencialidad social (Illanes, 1993). La reestructuración organizacional del sector hacia un sistema mixto y descentralizado se ha dado junto a la incorporación de principios de excelencia empresarial y eficiencia para la flexibilidad, externalización y adaptación a un nuevo medio competitivo (Román, 2001). Cambios en la gestión de la producción y en la organización de las tareas - polivalencia y adaptabilidad del personal- impactaron de manera negativa en las trabajadoras y trabajadores de la salud pública. Así, estas/es ven afectadas sus condiciones materiales de trabajo, estabilidad laboral, ritmos y cargas de trabajo, salud física y mental, sus posibilidades de participación y acción sindical y sus condiciones contractuales.

Esta nueva complejidad provocada por la intensificación de los procesos de trabajo y por la invisibilización de ciertas labores (Lozares, Verd, Barranco, Massó y Moreno, 2013), ha provocado una precarización de la calidad del empleo en la salud pública chilena: una *crisis de los recursos humanos en salud* (Román, 2001). Y en el actual escenario de crisis social y sanitaria por la pandemia del COVID-19, la crisis se ha profundizado y complejizado. Frente a un manejo tardío, desorganizado y cuestionado de las autoridades sanitarias y de gobierno, las trabajadoras y trabajadores de la salud han visto precarizadas sus condiciones laborales. Además del riesgo que en sí implica trabajar en salud en un contexto de pandemia por un

virus respiratorio, trabajadoras/es han reportado falta de elementos de protección personal y llegada tardía de lineamientos de acción ministeriales, teniendo que reorganizar sus centros de trabajo y suplir deficiencias por sus propios medios, lo que ha aumentado la carga laboral, el estrés y el burnout en el personal. En este escenario, las mujeres y trabajadoras han estado expuestas a una mayor vulnerabilidad que los hombres (COLMED, 2020).

Por otra parte, en tanto la función social particular del sector es el cuidado de la salud y el bienestar de la población, las trabajadoras/es de la salud pueden comprenderse como *trabajadoras/es del cuidado*. Asimismo, la crisis de los recursos humanos se relaciona con una *crisis social de los cuidados* en nuestra sociedad actual. Como proceso de transformaciones sociales, culturales, políticas y económicas, esta crisis consiste en que el mercado, para su funcionamiento, dependa del trabajo de cuidados al mismo tiempo que lo margina a una posición de desvaloración social y económica (Fraser, 2015). Esta desvaloración tiene que ver con que el trabajo de cuidados ha sido históricamente asignado a y realizado por mujeres, manteniéndose e incluso aumentando en medio de la pandemia. Al estar situado en una sociedad patriarcal en la que lo femenino se devalúa e inferioriza ante lo masculino, las labores de cuidado se invisibilizan como trabajo (Díaz, Mauro & Medel, 2006) y se naturalizan como atributos inherentes de la femineidad (Aspiazu, 2017). Esto cobra especial relevancia para el empleo en la salud pública: un sector altamente feminizado, en el que el cuidado es un componente clave en las diferentes ocupaciones sanitarias y ha estado fundamentalmente en manos de ocupaciones históricamente feminizadas, definidas como femeninas y de menor jerarquía respecto a la posición del médico/a -enfermeras, matronas, parteras (Correa y Zárate, 2017). Trabajadoras que, además, tienen una mayor carga de trabajo doméstico y de cuidados en sus hogares, en comparación con trabajadores hombres.

Como trabajo de cuidados extra doméstico y servicio público, el trabajo en salud pública se ve cruzado por el poco reconocimiento social de ciertas labores del cuidado de salud. Esto tiene implicancias en la organización y condiciones en que se trabaja, tales como bajos salarios, condiciones laborales precarias y sobrecarga laboral (Borderías, Carrasco y Torns, 2011), las que afectan especialmente a las mujeres trabajadoras de la salud, y en mayor medida, a aquellas en labores de menor jerarquía.

La mayor carga laboral asociada a la difusa división del trabajo y a la labor de cuidados, mayores niveles de estrés, doble jornada laboral, baja participación en cargos directivos, entre otras problemáticas, retratan un panorama de alta *precarización del empleo femenino en salud* (Colectivo Mujer, Salud y Medicina Social, 1997). Dicho panorama da cuenta de una relación entre opresión de género y precarización del trabajo de cuidados, y plantea la pregunta por las especificidades de esta relación no sólo en términos de la estructura de la organización del trabajo, sino también de las experiencias y prácticas laborales cotidianas. A este respecto, el grupo de las enfermeras resulta relevante, en la medida que la enfermería ha sido definida como “la profesión encargada del cuidado” en salud, lo que abre preguntas en torno a la experiencia y valoración de los cuidados desde la mirada de las enfermeras/es/os.

En base a lo anterior, se evidencia que se generan distintas maneras en que las construcciones sociales de género permean la experiencia laboral cotidiana de hombres y mujeres y las significaciones identitarias respecto al trabajo remunerado. A este respecto, estudios dan cuenta de cómo, por ejemplo, parte importante del personal de salud prefiere liderazgos masculinos para las representaciones gremiales, pues los hombres tendrían más aptitudes para ello (COMUSAMS, 1997); en un sentido similar, en ocupaciones como la enfermería, se tienden a naturalizar ciertas habilidades laborales como aptitudes femeninas innatas, resaltando la vocación de sacrificio en el trabajo (Aspiazu, 2017). Por otra parte, estudios españoles dan cuenta de cómo las desigualdades de género en el trabajo en salud no sólo reflejan diferencias salariales y de acceso a ocupaciones y cargos, sino también prácticas laborales de atención diferenciada entre hombres y mujeres, entre médicos y médicas (Observatorio de la Salud de la Mujer, 2009): las mujeres tienden a proveer mayores y mejores atenciones de cuidado preventivo y afectivo a las usuarias/es/os.

En base a esto, podríamos decir que existen construcciones simbólicas en torno al género que sustentan la desigualdad en la organización del trabajo remunerado de cuidados, y que también pueden cuestionarla. Construcciones simbólicas que operan tanto a nivel de la organización formal del trabajo como en el nivel de experiencia laboral cotidiana, en las relaciones entre trabajadoras/es, pudiendo variar o no según género y tipo de ocupación que se desempeña. De esta manera, son fundamentales las representaciones sociales de género y aquellas que las propias trabajadoras/es construyen sobre el trabajo de cuidados que se realiza

en centros de salud, a través de su propia experiencia y de los saberes que se les han transmitido socialmente. Se trata de representaciones simbólicas que se ponen en juego, que orientan pero que también son construidas en sus *prácticas laborales de cuidados*.

Recogiendo el contexto anteriormente expuesto de crisis, precarización y desigualdad, la presente investigación se propone estudiar las *representaciones sociales sobre el cuidado* – abordando cómo las enfermeras definen los cuidados y las prácticas laborales de cuidado directo que realizan (sus funciones, actividades, distribución y valoración). Para esto resulta central estudiar *la relación entre dichas prácticas y las representaciones sociales de género* que construyen las enfermeras de centros de salud pública, posicionándolas como sujetas influidas por estructuras simbólicas a la vez que agentes de su realidad. Así, en el presente estudio se analiza la experiencia de cuidados de enfermeras del Servicio de Salud Metropolitano Norte y del Servicio de Salud Metropolitano Oriente, que trabajan en hospitales y Centros de Salud Familiar. Se realizó un estudio cualitativo longitudinal que aborda las representaciones sociales del cuidado y las prácticas laborales de cuidado de las enfermeras, antes y durante la pandemia por COVID-19.

Desde una perspectiva feminista, el estudio intenta ir más allá de los enfoques descriptivos de las situaciones de “la(s) mujer(es)”: hacia un análisis contextualizado de las relaciones de poder y las construcciones simbólicas de lo femenino y lo masculino vinculadas a las labores de cuidado que se realizan, poniendo de relieve el rol social y la agencia de las enfermeras en salud pública. Así, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las representaciones sociales sobre los cuidados que construyen las enfermeras que trabajan en servicios de salud metropolitanos?

RELEVANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

En los últimos años, los cuidados y el trabajo de las mujeres han tenido un lugar central en la acción política y en las demandas del movimiento feminista en Chile. La lucha por un derecho a trabajo digno, estable y a seguridad social; visibilización de las distintas formas de violencia estructural, simbólica, física y psicológica en el trabajo, y la demanda por la

creación de un Sistema Plurinacional de Cuidados que asegure el derecho al cuidado en articulación con el sistema de salud pública, son parte de las propuestas sintetizadas en el último Encuentro Plurinacional de las y les que luchan, organizado por la Coordinadora Feminista 8M (2020). Considerando cómo la pandemia y la consiguiente crisis social y sanitaria han destapado el agotamiento del modelo de salud y las desigualdades profundas en la organización social de los cuidados en Chile, investigaciones sociales sobre cuidados y el trabajo de mujeres en distintos ámbitos sociales son de gran relevancia sociológica y política.

Así también, la producción de conocimiento empírico sobre los cuidados en salud constituye un aporte para la *visibilización de las desigualdades de género* que posiblemente operan en el proceso de trabajo público de cuidados en salud y su precarización. De esta manera, el estudio tiene como objetivo político ser un aporte para la *mejora de las condiciones laborales y la salud física y mental* de las enfermeras/es/os y las trabajadoras/es de la salud pública, apostando por contribuir a la calidad y a la dignidad del trabajo de aquellas trabajadoras/es que sostienen el cuidado de la salud en nuestra sociedad.

La presente propuesta de investigación pretende ser un aporte para los estudios sobre trabajo en el sector de la salud desde una *perspectiva de género*. En los últimos años han disminuido los estudios chilenos centrados en esta problemática, a pesar de haber una constante actualización de datos estadísticos generales del sector a través de la Encuesta Nacional de Empleo realizada por el Instituto Nacional de Estadística.

Por otra parte, de acuerdo a Henríquez, Rojas y Díaz (2004), las autoridades gubernamentales tienden a favorecer estudios diagnósticos que funcionen de insumos para políticas y medidas acotadas y específicas. La presente investigación es relevante en tanto se plantea en un nivel más *analítico* que diagnóstico, buscando comprender las representaciones sociales del cuidado y las prácticas laborales de cuidados como prácticas simbólicamente estructuradas y estructurantes, y analizar la forma en que diferentes *crisis sociales actuales* –de los cuidados, de los recursos humanos en salud, de la salud y empleo público, y la crisis sanitaria por COVID-19- se entrecruzan en un sector y sujeto específico.

Así mismo, resulta relevante teóricamente poner en el centro el *trabajo de cuidados* para estudiar el trabajo en el sector salud, permitiendo observar especificidades del sector relativas al cuidado y su vínculo con vectores de opresión, como el género. Por lo demás, profundizar

en el trabajo de cuidados de salud pública desde una perspectiva de género es un aporte para fortalecer la teorización situada respecto al trabajo de cuidados realizado *más allá del espacio doméstico*. Resulta relevante, acercarse al fenómeno de la naturalización de la división sexual del trabajo y la desvaloración de los trabajos considerados “femeninos”, y a su *forma específica de operar en instituciones como la salud pública*: instituciones feminizadas y en las que los cuidados son transversales a los objetivos y prácticas institucionales.

Ahora bien, enfocarse en las prácticas laborales de cuidados que las trabajadoras realizan tiene la pretensión de fortalecer la producción de conocimiento sobre el *nivel micro de la organización de los cuidados*: las personas cuidadoras, las personas cuidadas y sus relaciones. Las representaciones sociales, como construcciones simbólicas, median estas prácticas y les otorgan flexibilidad a los significados sociales. Integrar las *representaciones sociales* en el estudio de las prácticas laborales de cuidado, permite enfocarse en las imágenes estructuradas social y culturalmente, pero también en cómo éstas se relacionan con las imágenes que los individuos construyen a partir de –y en– su propia experiencia laboral cotidiana, *más acá* de lo reglamentario y formal.

A este respecto, este estudio es también relevante en tanto posiciona metodológicamente a las enfermeras de la salud no como meras reproductoras de prácticas y discursos, sino como *agentes y productoras de significados*. Se busca analizar prácticas que pueden invisibilizarse y abordar las propias definiciones y valoraciones de las enfermeras, y la manera en que éstas se moldean en dos contextos sociales diferentes: previo a la pandemia y durante la pandemia del COVID-19. Así también el estudio es un aporte metodológico para *la conceptualización de trabajos de cuidados*, entendiendo que este concepto es más empírico que teórico (Thomas, 2011) y que, por lo tanto, su propia definición se va delimitando durante el proceso investigativo de acuerdo a las voces de las propias enfermeras -esto a través de la estrategia de teoría fundamentada.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las representaciones sociales sobre los cuidados que construyen las enfermeras que trabajan en servicios de salud metropolitanos?

OBJETIVOS

Objetivo general

Analizar las *representaciones sociales* sobre los *cuidados* que construyen las enfermeras que trabajan en servicios de salud metropolitanos.

Objetivos específicos

- Indagar en las definiciones del concepto de *cuidados* que construyen las enfermeras de servicios de salud metropolitanos antes y durante la pandemia del COVID-19.
- Indagar en las *funciones, valoraciones y distribución de las prácticas laborales de cuidado* que realizan las enfermeras de servicios de salud metropolitanos antes de la pandemia del COVID-19 en sus lugares de trabajo.
- Explorar las *representaciones y experiencias sobre la crisis* sanitaria del COVID-19 de enfermeras de servicios de salud metropolitanos, dentro y fuera de los centros de salud.
- Analizar las *representaciones sociales de género* construidas por las enfermeras de servicios de salud metropolitanos sobre la enfermería, y su relación con las *representaciones sociales de cuidados*.

HIPÓTESIS

- Las representaciones sobre la orientación del cuidado y su importancia cambian en el contexto de la pandemia del COVID-19, se fortalece la relevancia social y el protagonismo que tiene la labor de cuidar. Aun así, se percibe que existe una crisis de la manera de cuidarnos en sociedad, vinculada a una crisis sanitaria y social.
- Antes de la pandemia, los cuidados son descritos a través de tareas específicas y significados como una labor fundamental y complementaria a la de la medicina. Estas tareas de cuidado son percibidas como un ámbito de competencias propio de enfermería respecto de otras ocupaciones y, en relación con esto, como un espacio de poder (decisión, responsabilidad y realización personal) para ellos en un contexto de relaciones laborales fuertemente jerarquizadas en servicios de salud. Durante la

pandemia, estas barreras entre ocupaciones se diluyen un poco más y las jerarquías se flexibilizan, hacia relaciones más colaborativas y horizontales.

- Las enfermeras reconocen y valoran positivamente las tareas de cuidados que realizan, pero perciben que estas tareas son poco reconocidas y valoradas por compañeras/os/es de trabajo de mayor jerarquía. Las prácticas laborales de cuidado directo *afectivo* son valoradas de manera diferencial entre mujeres y hombres, y se considera que son mejor desempeñadas por enfermeras que por enfermeros.
- Se percibe una sobrecarga laboral de las actividades de cuidados en las enfermeras/es/os, especialmente en las mujeres, relacionado con la invisibilización y poco reconocimiento de algunas prácticas laborales de cuidados directos como trabajo. Esta invisibilización se ve influida por las representaciones sociales de género que construyen las enfermeras en torno a los cuidados, las que facilitan la naturalización de algunas prácticas laborales como talentos femeninos inherentes (como la empatía y las relaciones interpersonales), ocultando su carácter cualificado.
- En el contexto de pandemia, la percepción de sobrecarga laboral se profundiza, sumada a sentimientos de incertidumbre y de riesgo constantes. La sobrecarga laboral de las enfermeras como cuidadoras se extiende en diversos escenarios de sus vidas: en el laboral, en el familiar o el hogar, y en el personal.

ANTECEDENTES

En el presente apartado se presentan antecedentes empíricos en tres ejes principales: el trabajo en el sector salud (características, condiciones laborales y desigualdad de género en la organización del trabajo), salud pública y la pandemia del COVID-19 (crisis social y sanitaria, situación de las trabajadoras/es y COVID y género), y sentidos y valoraciones del trabajo de cuidados.

El trabajo en el sector de la salud

Para analizar las prácticas laborales de cuidado directo y sus representaciones sociales en centros de salud pública, es importante comprender la composición y organización general del trabajo en el sector salud, que estructura estas interacciones sociales de cuidado.

Características de la organización del trabajo en salud

El sector económico de salud presenta una organización del trabajo que le es propia y que dice relación con su rol como factor productivo y como agente social. Respecto a los recursos humanos en salud, se constata que existen dos tipos de trabajadoras/es en el sector: el personal encargado de la organización y conducción del sistema, y el personal sanitario-epidemiológico o de tipo asistencial. Ambos se ven cruzados por distintos niveles de calificación que conforman una estructura jerárquica específica: profesionales, técnicos, auxiliares, semi calificados y no calificados (Pautassi, 2001). Así, un eje clave en la organización del trabajo en salud es la *profesión*:

(...) el trabajo hospitalario implica una estratificación de las labores cotidianas. Puede ser pensado como una red de puestos de trabajo, relativamente independientes de las personas que los ocupan, que implican distintas demandas de capacitación. Y esa estructura donde se plasman las jerarquías entre diversos puestos de trabajo aparece cargada de valoraciones (...). (Beliera, 2017, p. 23).

En el trabajo en los hospitales, la profesión es una categoría desde la cual trabajadoras/es se organizan en diversos grupos y labores estratificadas y participan del conflicto gremial. De esta manera se configura una estratificación entre profesionales y no profesionales que implica una distribución desigual de las condiciones laborales y del reconocimiento a la formación académica, compromiso político y responsabilidad que conllevan las labores profesionales respecto de las no profesionales, privilegiando a las primeras. No obstante, la profesión no es suficiente para describir la especificidad de las ocupaciones “no profesionales” (Beliera, 2017). La heterogeneidad de las ocupaciones es una característica que complejiza el panorama laboral del sector.

La organización del trabajo en el sector salud se caracteriza, pues, por una alta burocratización, jerarquización y complejidad en la organización institucional del trabajo: las múltiples tareas, funciones y cargos conforman una compleja, y muchas veces poco clara, división del trabajo (Pautassi, 2001). División atravesada por reestructuraciones desde criterios empresariales hacia una mayor flexibilidad y eficiencia, modificando la gestión de la producción y organización de las tareas a través de la externalización, descentralización productiva, polivalencia y adaptabilidad del personal (Lozares et al., 2013; Román, 2001).

A este respecto, se pueden destacar dos características importantes en el proceso de trabajo en salud: la *complejidad* y la *opacidad* (Lozares et al., 2013). La *complejidad* ya descrita se exagera por la intensificación de los procesos de trabajo basada en el flujo tenso: la reducción de los tiempos de recuperación o transición entre tareas, cuyo ritmo es establecido por las propias trabajadoras/es en un contexto de urgencia. Esto, si bien ha dado espacios para la autonomía individual en el quehacer, ha sido dentro de ciertos parámetros de control y subordinación que no aumentan la capacidad de decisión y gestión autónoma de las trabajadoras/es, pero sí aumentan el estrés, la carga mental y la presión sobre éstas/es/os. Se consolida una organización del trabajo con una tensa presión del flujo de trabajo, urgencias, interrupciones y simultaneidad de tareas variadas, y el consecuente estrés físico y cognitivo.

Este panorama de flujo tenso propicia una organización del trabajo cruzada por la *opacidad*. De acuerdo a De Terssac (1995), citado en Lozares et al. (2013), es precisamente en este margen de autonomía de las trabajadoras/es en el proceso de trabajo en el que se realizan tareas que pasan desapercibidas para las empresas. El trabajo invisible implica un conjunto de obligaciones y actividades que son implícitas pero efectivas: prácticas no prescritas pero asumidas e incorporadas en el proceso de trabajo y mejorando su desarrollo. La invisibilidad de tareas se ve exacerbada por la dinámica de invisibilización propia de la división sexual del trabajo, la que define como competencias no cualificadas a aquellas que son consideradas talentos naturalmente femeninos. El funcionamiento del sistema laboral en salud, entonces, se basaría en una parte importante en el trabajo invisibilizado de las mujeres. De esta manera:

(...) gran parte de las competencias, instancias personales y colectivas puestas en juego, formas de aprendizaje por contagio y socialización, implicaciones emotivas, responsabilidades compartidas, situaciones

“problemáticas” resueltas cooperativamente, pasan totalmente desapercibidas, incluso para las propias trabajadoras. Algunas otras son solamente percibidas dentro del equipo y/o por la trabajadora pero son invisibles para los responsables de las áreas estudiadas (...) no se ven reflejadas, ni reconocidas, ni legitimadas en ningún sistema de evaluación o promoción. (Lozares et al., 2013, p. 239).

Condiciones laborales de los recursos humanos en salud

En el marco de una organización del trabajo compleja e intensificada, los recursos humanos en salud sufren una precarización de sus condiciones laborales. De acuerdo a los datos expuestos en el informe “*Segmentación horizontal del mercado del trabajo. Caracterización de la ocupación por sexo*” (INE, 2016), la mayoría de las asalariadas/os/es del sector salud tiene contrato por acuerdo directo (64.2% de los hombres y 65.7% de las mujeres). Sin embargo, existe un porcentaje importante que trabaja de manera externalizada (35.8% de los hombres y 34.3% de las mujeres). Respecto a la relación contractual, a diferencia del sector privado –regido por el Código del Trabajo–, el sector público de salud se rige por diversos regímenes contractuales: la Ley N°15.076, N° 19.664 y N° 20.261, el Estatuto Administrativo, el Estatuto de Atención Primaria (Durán y Narbona, 2009), y por contrataciones a honorarios principalmente a nivel municipal (Arredondo, 2015).

A pesar de que la mayoría de las trabajadoras/es tienen prestaciones laborales mínimas (69.3% del total de hombres y 68.6% del total de mujeres), existe un porcentaje importante de asalariados/as que no las tiene (30.7% del total de hombres y 31.4% del total de mujeres). Las jornadas laborales tienden a ser similares entre hombres y mujeres ocupadas, con un promedio de 38.9 y 36.7 horas semanales respectivamente, y el 50% de ambos grupos trabajó, por lo menos, 44 horas semanales. La atención directa está dada mayoritariamente por mujeres, y éstas tienden más a permanecer en su puesto de trabajo, mientras que los hombres tienen más movilidad laboral vinculada a ascensos.

Según un estudio de 1997 sobre el perfil socio familiar y laboral de los recursos humanos en salud realizado por el Colectivo Mujer, Salud y Medicina Social, las trabajadoras/es de la salud son un grupo con tradición de organización: en 1995 un 25% del personal ocupó en su

vida algún cargo directivo en una organización social. Las trabajadoras/es perciben una actitud anti-sindical por parte de las autoridades y manifiestan un deseo de remuneración digna, de reconocimiento por su función y de posibilidad de desarrollar carrera funcionaria, y un alto sentido de pertenencia y compromiso con la salud pública (Román, 2001).

Una condición de precarización central es el déficit de personal. La incapacidad del sistema de cubrir la demanda de salud de la población se asocia, entre otros factores, a la fuga de personal médico hacia el sector privado, al déficit estructural de personal de enfermería y al ausentismo laboral (Pautassi, 2001). Los hospitales públicos –comparados con clínicas privadas- tienen mayores dificultades para enfrentar problemas de redistribución de personal ante situaciones de déficit (Flores y Weintraub, 1999). Esto genera una sobrecarga laboral para los recursos humanos en salud, que se ve exacerbada por la ausencia de una clara división del trabajo y por el pluriempleo (Pautassi, 2001). El estrés asociado a la sobrecarga laboral, los riesgos de contagio y contaminación por manipulación de insumos médicos, las malas condiciones físico-ambientales de infraestructura y la insatisfacción con los lugares de descanso y alimentación impactan negativamente en la salud física y mental de las trabajadoras/es (Pautassi, 2001; COMUSAMS, 1997): se trata pues, de una *crisis de los recursos humanos en salud* (Román, 2001).

Esta crisis de los recursos humanos en salud impacta a nivel del ambiente laboral y la salud mental de sus trabajadoras/es, lo que se refleja en la alta prevalencia del síndrome de Burnout. El síndrome, también denominado “Síndrome de Agotamiento por Estrés”, se asocia a la sensación de “fundirse” y se describe como agotamiento emocional, disconfort somático, sentimientos de alienación, pérdida de motivación y sensación de fracaso, provocado por las labores de intensa responsabilidad y la excesiva demanda de disponibilidad y entrega - características del trabajo en los sistemas de salud (Bianchini, 1997). En los, les y las trabajadoras de la salud, este síndrome tiende a ser producido por las relaciones profesional-paciente y profesional-organización en las que, además de los factores individuales, el ambiente organizacional es un factor de riesgo importante: el exceso de trabajo, el conflicto y ambigüedad del rol, la incompatibilidad de tareas, la sobrecarga laboral, la incertidumbre, la falta de equidad organizacional, y las relaciones tensas con usuarias/es/os y compañeras/es/os de trabajo (Thomaé et al., 2006).

Diversos estudios muestran distintos resultados respecto a las diferencias de la prevalencia de burnout entre grupos de trabajadoras/es. En Estados Unidos, estudios indican que las tasas más altas de burnout se encuentran entre médicas/os/es de cuidados críticos, seguidos de neurólogas/os/es, médicas/os/es de familia, obstetras ginecólogas/os/es e internistas (Medscape, 2018). Estudios como el de Nadia Órdenes (2004) en el Hospital Roberto del Río, Chile, dan cuenta de que no existen diferencias significativas en la prevalencia según sexo, edad o profesión. Un estudio de María Thomaé (2006) indica que las mujeres podrían sobrellevar mejor las situaciones conflictivas en el trabajo, mientras que Marilyn Bianchini (1997), en Costa Rica, da cuenta de que la incidencia es mayor en mujeres, solteras y menores de veinte años (grupo de menor estatus y salario), y que mientras las mujeres presentan con mayor incidencia el agotamiento emocional (asociado a generar una armadura de despreocupación), los hombres presentan con mayor incidencia la despersonalización (desarrollo de una imagen pobre de los pacientes y malos tratos). Ante estos divergentes resultados de estudios enfocados en la “patología” del síndrome y su vínculo con el clima organizacional, cobra especial relevancia un análisis de las posibles diferencias en las experiencias de cuidados y sobrecarga laboral entre trabajadoras y trabajadores de la salud que integre las relaciones y representaciones de poder que estructuran sus prácticas laborales.

Desigualdades de género en la organización del trabajo en salud

La salud es un sector altamente feminizado, tendencia histórica que ha aumentado con los años y que persiste en todas las regiones del país: si en 1997 un 65.7% de las trabajadoras/es ocupadas/os/es en salud eran mujeres (Selamé, 2000), para 2015 un 72.1% eran mujeres y un 27.9% hombres (INE, 2016). Problemáticas específicas de las trabajadoras mujeres del sector es la doble jornada laboral y el acoso sexual. Un 40% de las trabajadoras en 1995 eran jefas de hogar (COMUSAMS, 1997). El trabajo doméstico de los hogares de las trabajadoras/es de la salud es realizado principalmente por mujeres, generándose una doble jornada laboral para las trabajadoras. Por otro lado, el acoso sexual es difícilmente reconocido dadas las relaciones de camaradería y amistad difíciles de cuestionar, pero que se identifica en un porcentaje mayor al tratarse de conocimiento de acoso sexual en otras personas (COMUSAMS, 1997). Cabe destacar la importancia de actualizar la información de estudios sobre género y trabajadoras/es de la salud como el de COMUSAMS, que remite a 1995.

Las desigualdades de género estructuran la organización del trabajo en el sector, consolidando una vulnerabilidad mayor para sus trabajadoras: hacia 2001 existían diferencias salariales entre hombres y mujeres que incrementaban a mayor nivel educacional, junto a una segregación de género vertical (por categorías ocupacionales) y horizontal (por tareas) (Pautassi, 2001). En Chile, hacia fines de la década de 1990 sólo un 27.7% del personal femenino en salud ocupaba cargos profesionales y directivos, mientras que entre los hombres un 44.3% ocupaba tales cargos (Selamé, 2000).

En el estudio de las desigualdades de género en el sector de la salud, uno de los focos de interés ha sido el *trabajo de cuidados* que se realiza y sus dinámicas de precarización al constituirse como actividades feminizadas, centrándose el estudio en ocupaciones específicas como la enfermería o el voluntariado. Respecto a los cuidados en enfermería, Pablo Meseguer (2016) realiza una crítica a la manera en que la sociología ha conceptualizado el cuidado: centrándolo en su condición de actividad feminizada, dejando en un segundo plano el estudio de los cuidados desde la perspectiva del proceso de trabajo. De acuerdo al autor, si bien la enfermería se valió de la distinción entre curar y cuidar para profesionalizarse y delimitar los cuidados como su ámbito de competencias propio y autónomo (no subordinado al saber y quehacer médico), tal distinción ha perdido en la actualidad su relevancia y su capacidad explicativa para comprender las dinámicas de precarización del trabajo de cuidados en salud.

Para Meseguer (2016), el contenido y los protagonistas de los cuidados en salud se han transformado, pues el aumento en el nivel formativo de las/es/os trabajadoras/es de la salud junto con la protocolización de los procesos de trabajo, han traído consigo una diversificación y redistribución de las funciones productivas en salud. Así, en la realidad española, las desigualdades de género que configuraban servicios de salud cuasi familísticos en torno a un doctor hombre –jefe de servicio- cobran cada vez menos relevancia, en la medida que las prácticas médicas son sometidas a programación, estandarización y evaluación y, por tanto, van dependiendo cada vez más de las actuaciones y competencias de las otras categorías ocupacionales -que han diversificado sus funciones y tareas. A pesar de estas transformaciones, el autor enuncia que el sistema sanitario español aún se ve cruzado por desigualdades laborales y de género que no han desaparecido, sino que se han transformado.

No obstante, aun cuando se pueden identificar ciertas transformaciones, las desigualdades de género continúan estructurando de manera importante la organización del trabajo en los servicios de salud. Un estudio relevante sobre este panorama es el “*Informe de Salud y Género 2007-2008. Mujeres y hombres en las profesiones sanitarias*” del Observatorio de la Salud de la Mujer, Ministerio de Sanidad y Política Social español. Este informe da cuenta de algunas desigualdades de género estructurales en los servicios de salud españoles, tales como: una mayor concentración de mujeres en puestos de trabajo de menor reconocimiento, escasa participación femenina en categorías de mayor prestigio, participación en profesiones tradicionalmente feminizadas como la enfermería, y restricción al acceso de algunas especialidades médicas tradicionalmente masculinizadas (como la cirugía). Así también, este informe da cuenta de algunas diferencias de género importantes que tienen lugar en el trabajo cotidiano, concreto y efectivo que se realiza en los servicios sanitarios españoles:

Las médicas prestan una atención diferente que sus compañeros en la consulta. Esta atención está más centrada en la población usuaria, dedican más tiempo, preguntan más, piden más pruebas diagnósticas, prescriben menos medicamentos y ofrecen más información que sus compañeros médicos. Asimismo, desde el punto de vista diagnóstico detectan con mayor facilidad las problemáticas sociales y endocrinas. Además, reciben una mayor valoración y satisfacción de la atención prestada. (Observatorio de la Salud de la Mujer, 2009, p. 66)

Las diferencias de la atención de las médicas españolas, que parecen entregar una mayor atención de cuidados, tienen lugar en aquellos espacios no protocolizados de la organización del trabajo: en sus márgenes de autonomía. En este sentido, en una organización del trabajo cruzada por tendencias de complejidad y opacidad (Lozares et al., 2013), resulta fundamental analizar el proceso de trabajo en los servicios chilenos de salud, más allá de los protocolos y las prácticas prescritas, hacia las *prácticas laborales* que efectivamente se realizan y que, además de ser *estructuradas* por desigualdades y procesos de transformaciones más amplios, son a la vez *estructurantes* de la organización social del trabajo en salud.

Salud pública y la pandemia del COVID-19

Una crisis social y sanitaria

La pandemia del COVID-19 ha significado no sólo una crisis sanitaria, sino también una crisis económica y social profunda. Históricamente, y con mayor fuerza desde la revuelta popular iniciada en octubre de 2019, una de las principales demandas sociales ha sido la necesidad de una salud pública digna para todas, todos y todes. En este escenario, la necesidad de transformar el sistema y fortalecer la salud pública ha estado en el centro del debate, pues ha quedado al descubierto la falta de capacidad de este de responder integralmente a la crisis, así como la desigualdad social que lo estructura y que éste reproduce (Bernal Baksai y Goyenecea, 2020).

Con las transformaciones neoliberales impuestas en dictadura y profundizadas durante los gobiernos de la Concertación, el sistema de salud se fragmentó, creándose un sistema privado que concentró grandes recursos económicos y humanos para la atención de los sectores más ricos, a costa del debilitamiento del sistema público que atiende a aproximadamente el 80% de la población del país. Así también, se separó la atención primaria de la hospitalaria y las redes sanitarias de seguimiento epidemiológico, debilitándose la salud local, la coordinación y coherencia del sistema, aumentando la burocracia. Esto ha llevado a que la capacidad del sistema de responder a una pandemia tan compleja como la que vivimos, sea insuficiente (Asamblea de Académicos/as/es Autoconvocados de la Universidad de Chile, 2020).

Esto se expresa en el escaso y desorganizado manejo de los datos epidemiológicos del virus, una comunicación confusa de parte del gobierno y la autoridad sanitaria, y una resistencia y lentitud del gobierno para declarar cuarentenas obligatorias en las comunas del país y asegurar las condiciones laborales y económicas que la hicieran posible. Además, se han implementado medidas económicas que aseguraron la protección de grandes empresas, pero que han sido insuficientes para los trabajadores del país, especialmente para quienes trabajan de manera informal. Las personas están expuestas a una doble pandemia: la sanitaria y la de subsistencia económica (Asamblea de Académicos/as/es de la Universidad de Chile, 2020). Esto en un contexto de agudización del conflicto político y social que ya se venía

arrastrando: hambre y desigualdad social, protestas y movilizaciones a lo largo del territorio, represión policial y presencia militar en las calles, la salida del Ministro de Salud Jaime Mañalich en plena pandemia, el aplazamiento del plebiscito por una nueva Constitución, entre otras expresiones del conflicto.

En los primeros meses de pandemia, mientras en el ámbito público se intentaba resolver la falta de camas críticas, insumos y personal, el sistema privado de las Isapres obtenían utilidades históricas (Bernales Baksai y Goyenecea, 2020). Por otro lado, el sistema público, que atiende a la población con mayor morbilidad, ha tenido una fuerte sobrecarga de demanda, más aún cuando 52.741 personas se cambiaron a este. Los recursos humanos, físicos y económicos del sistema se han desviado hacia la atención de pacientes COVID-19, aunque la disponibilidad de recursos humanos para atención directa ha disminuido debido a turnos rotativos y al aislamiento por contagio o sospecha de este (COLMED, 2020).

Es difícil hacer un balance del control de la epidemia en el país, ya que la inconsistencia de las metodologías y definiciones para la medición de los contagios y, por lo tanto, de las cifras de contagio, dificulta un análisis de la evolución de la pandemia, y un análisis comparativo con otros países. Más aun siendo una realidad que varía semana a semana, y que debido a su contingencia cuesta vislumbrar tendencias o etapas. Pero sí podemos afirmar que las consecuencias negativas del manejo sanitario en la vida y la salud de miles de personas y de la sociedad en su conjunto han sido importantes. Así también, se puede prever una presión en la atención pública en los próximos meses por otras razones de salud, ya que, desde el inicio de la crisis sanitaria, otros tipos de atenciones se han visto afectadas de forma importante. Se han realizado un 38% menos de atenciones de especialidad, se han reducido las cirugías electivas, han aumentado las personas en espera de garantías GES, y han disminuido las atenciones y exámenes de algunos tipos de cáncer (COLMED, 2020).

Esto impactará fuertemente a sectores como la Atención Primaria de Salud, central para la prevención en salud, considerando que en ésta, los recursos para enfrentar la pandemia sólo han aumentado un 2.17%. Desde el comienzo de ésta, los equipos de APS reorientaron sus atenciones para continuar el cuidado de la población con un enfoque territorial, asumiendo el rol de seguimiento clínico y estudio de contactos en personas con COVID-19, y

tratamiento de personas con síntomas leves y moderados. Esta importante labor no ha sido visibilizada ni reconocida por los medios ni por el MINSAL (COLMED, 2020).

Trabajadoras/es de la salud: precarización y acción colectiva

Los, les y las trabajadoras de salud han sido centrales para enfrentar la pandemia, y al mismo tiempo han estado muy exigidos laboralmente, estando expuestos al riesgo de contagio de forma importante. Es por esto que tanto en los medios como socialmente, se les ha llamado trabajadoras/es en “primera línea”. Según cifras del Comité Operativo de Emergencia (COE) del MINSAL, hacia fines de mayo el sistema público había sufrido 12,051 bajas desde el inicio de la crisis: 4,882 personas contagiadas y 7,169 que salieron por cuarentena preventiva. Sumando las clínicas privadas (que se han visto menos afectadas), los contagios del personal de salud subían a 6,840. Los tres servicios de salud con mayor contagio eran el Servicio Metropolitano Suroriente, el Servicio Metropolitano Sur y el Servicio Metropolitano Norte. Estas cifras representan a todo el personal de salud (médicas/os/es, enfermeras/os/es, otros profesionales, técnicas/os/es, auxiliares y administrativas/os/es) de todos los recintos de la red pública (Sepúlveda y Miranda, 2020).

El Colegio Médico ha realizado un Catastro de Elementos de Protección Personal (2020) a través de encuestas online a personal de la salud, y a fines de marzo, un 85.7% indicó que su establecimiento carecía de algún elemento de seguridad. A fines de abril, la cifra mejora un poco, pero sigue siendo preocupante: 60.32% declaran que faltaba algún implemento. Aunque en porcentajes similares, quienes más reportaban falta de elementos de protección personal eran la categoría “otros” (profesional no médico ni enfermero, TENS, auxiliares, personal administrativo, etc.), seguido de enfermeras/os/es y luego médicas/os/es. Lo que más se declara que falta son las mascarillas n95 (50.69%), seguidas de visores (27.2%), pecheras (25.61%), mascarillas quirúrgicas (23.7%) y guantes (10.48%). Así también, el Colegio de Enfermeras de Chile realizó una Encuesta de Elementos de Protección Personal e Insumos (2020) durante abril. De una población de 1023 enfermeras/os/es, 32% se encontraban en cuarentena, el 4.3% estuvo contagiada del virus y el 20.4% de las contagiadas requirió hospitalización. Esto da cuenta de una importante desprotección del personal de salud para el ejercicio de sus funciones en forma segura y confiada.

En este duro escenario en el que la exigencia y la precariedad de las condiciones laborales se han profundizado, los equipos de salud han tenido una gran capacidad de resiliencia e innovación (Barría y Troncoso, 2020)¹. Los CESFAM, por ejemplo, han reorganizado sus procesos de trabajo, separando espacios físicos para consultas respiratorias y no respiratorias, gestionando sistemas de turnos para prevenir contagios, implementando teletrabajo y telemedicina, despachando medicamentos a domicilio y manteniendo atenciones presenciales de alta prioridad. Incluso en situaciones más precarizadas, las mismas trabajadoras se han organizado para confeccionar sus propias mascarillas, como ocurrió con enfermeras del Hospital Las Higueras de Talcahuano (Herrera, 2020).

Sin embargo, es importante reconocer pero no romantizar estas acciones ni esta idea de la “primera línea”, pues se corre el riesgo de invisibilizar la explotación y la desprotección laboral. El síndrome de burnout, la enfermedad y la muerte son riesgos aún mayores en el actual contexto, y muchas trabajadoras/es del personal de salud sienten que el Estado tiene un rol que cumplir con ellas/os/es, dados sus sueldos insuficientes, situaciones contractuales precarias, y el constante miedo a perder la vida o a sufrir secuelas (Barría y Troncoso, 2020).

Ante la ineficiencia e insensibilidad del gobierno en el manejo de la crisis, el personal de salud ha llevado a cabo diversas acciones colectivas y políticas: movilizaciones, emplazamiento al gobierno y trabajo conjunto en mesas sociales, mesas de trabajo y comunicación con la población, seminarios e instancias de discusión política sobre los desafíos de la pandemia, vinculación territorial, entre otras. También, gremios como el Colegio Médico y las facultades de salud de universidades han tenido un papel fundamental en la producción de información durante la pandemia, para monitorear las problemáticas epidemiológicas y sociales que se han generado. De acuerdo a la encuesta Pulso Ciudadano (Activa, 2020), mientras un 51.6% de las personas tenía poca o nada confianza en las cifras diarias del MINSAL, las instituciones mejor evaluadas en su desempeño y aporte eran el personal de salud, los alcaldes, los supermercados y el Colegio Médico.

¹Este estudio fue realizado por COLMED junto con municipios, agrupaciones comunitarias y de trabajadores, colegios profesionales y sociedades médicas.

Género y COVID: la situación de las trabajadoras de la salud

Dentro de este panorama de precarización que en la pandemia se ha agudizado, las mujeres trabajadoras viven aún mayores dificultades y vulneraciones. Las trabajadoras de la salud no sólo han estado expuestas a la falta de insumos de protección personal, a la sobrecarga laboral y a la falta de directrices claras de parte de las autoridades, sino que también enfrentan problemáticas y vulneraciones como mujeres trabajadoras. De acuerdo al informe MOVIED-19 realizado por la Universidad de Chile, el Colegio Médico, la Universidad Diego Portales y otras universidades (2020), las mujeres y trabajadoras son más vulnerables durante la pandemia, ya que tienen mayor contacto con pacientes Covid+ que los hombres, independiente si trabajan o no en salud, y en todos los rangos etarios buscan menos atención médica que los hombres cuando presentan síntomas del virus.

Además, considerando las problemáticas específicas del género, las mujeres han tenido mayores efectos negativos sobre su salud mental que los hombres: un 55.8% indica que su estado de ánimo ha empeorado, 35% ha tenido problemas para dormir, 26.5% ha sentido depresión y el 34% tiene síntomas de ansiedad o nerviosismo (mientras que los hombres fueron un 42.8%, 23.4%, 11.5% y 14% respectivamente).

Sobre las expectativas laborales y económicas, las mujeres con educación media incompleta presentan mayor sensación de vulnerabilidad respecto a los hombres: un 49.2% estima muy probable que su empresa quiebre en los próximos tres meses, y el 61.7% estima que las deudas de su hogar aumentarán (Universidad de Chile et.al., 2020). Muchas mujeres trabajadoras tienen empleos precarios e informales que se han visto golpeados por la pandemia. Además, con el cierre de colegios y salas cunas ha aumentado la demanda de cuidados para niñas/es/os, junto con la demanda de cuidados de personas viejas, enfermas, y/o dependientes dentro de los hogares, trabajo que sigue recayendo, en su mayoría, en las mujeres. Según la encuesta de empleo del Centro de Encuestas y Estudios Longitudinales de la Universidad Católica aplicada en agosto 2020, un 38% de los hombres dedicaron 0 horas al trabajo doméstico y un 57% dedicó 0 horas al cuidado de niñas/es/os (Alonso, 2020). Esto redundo en una extenuante doble jornada laboral, cuestión que al personal de salud ha afectado de manera importante, sobre todo considerando que más del 70% de quienes trabajan en salud son mujeres.

Por otro lado, en contexto de cuarentena han aumentado los casos de violencia de género e intrafamiliar. En los últimos días de marzo aumentaron un 125% las llamadas al fono de orientación en violencia contra la mujer de SERNAMEG, y un 12.3%, las llamadas al fono familia de Carabineros (COLMED, 2020). El acceso a servicios de derechos sexuales y reproductivos como anticoncepción, aborto y exámenes de salud sexual, también se ha visto dificultado. Las trabajadoras embarazadas han estado desprotegidas durante la pandemia, pues las normas sanitarias no se han entregado diligentemente desde el ministerio: hacia junio de 2020, el Colegio Médico había recibido 9 denuncias de médicas embarazadas cuyos prestadores negaron a liberar de sus funciones presenciales (COLMED, 2020). A este respecto, luego de un debate parlamentario, recién a fines de julio de 2020 se promulgó la ley de postnatal de emergencia permitiendo extender el descanso por motivos de pandemia.

Sentidos y valoraciones del trabajo de cuidados

Para estudiar las representaciones sociales que las enfermeras construyen sobre los cuidados en salud, es interesante revisar los aportes de estudios sobre valoraciones del trabajo que se han realizado con una perspectiva de género, que abordan el lugar que ocupa el trabajo remunerado en la identidad de hombres y mujeres, y la valoración de los cuidados en salud.

Valoración del trabajo remunerado

La identidad y sentido del trabajo remunerado para hombres y mujeres son aspectos importantes que fortalecen el análisis de las prácticas laborales de cuidado: la valoración de la propia labor es una dimensión fundamental en la configuración de las prácticas laborales. Un estudio sobre este tema es “*Cambios generacionales en las trayectorias laborales de las mujeres*” (2001) de Guzmán y Mauro, en el que se evidencia que el significado del trabajo de las mujeres está vinculado con la doble presencia de ellas –y su posición subordinada- en la familia y el mercado laboral. Los elementos con que se valora el trabajo refieren al ámbito emocional y subjetivo, procesos de redefinición subjetiva y nuevas representaciones de sí. También se asocia la presencia en el mundo laboral con el logro de autonomía e independencia, y la posibilidad de ser valoradas y reconocidas por medio del trabajo.

El estudio chileno “*Trabajo e identidades: continuidades y rupturas en un contexto de flexibilización laboral*” (2007) de Godoy, Stecher y Díaz, compara las valoraciones del trabajo entre hombres y mujeres. En éste se identifica una flexibilización de roles y estereotipos de género en torno a la identidad del trabajo, conviviendo elementos nuevos y tradicionales. Para los hombres, el trabajo productivo sigue siendo un referente fundamental en su construcción identitaria masculina, manteniéndose el rol de proveedor, pero entrando en cierta tensión –en el caso de los más jóvenes- con una incipiente colaboración al trabajo doméstico y voluntad de estar más cerca de los hijos. Para las mujeres, el trabajo productivo les otorga legitimación y reconocimiento social, autonomía económica e independencia personal. No obstante, para las mujeres profesionales el sentido de realización personal a través del trabajo productivo cobra mayor relevancia que para las trabajadoras no calificadas y obreras, para quienes el trabajo es más relevante como un medio para sustentar a la familia.

Valoración del trabajo de cuidados en salud

De acuerdo a Gálvez y Matamala (2002), citadas en Díaz, Mauro y Medel (2006), el sistema de salud se compone de dos ámbitos del cuidado: del *sistema doméstico de cuidado de salud*, que opera puertas adentro de los hogares y se relaciona con el entorno comunitario, y del *sistema institucional* (público y privado) que opera puertas afuera, del cual el sistema de salud pública sería parte. La valoración de los cuidados como trabajo en ambos sistemas se verá mermada por las desigualdades de género, las que entrelazan la exigencia de sacrificio y entrega en el trabajo, con valores y roles “tradicionalmente femeninos” impuestos a las mujeres. En la literatura, se ha estudiado la valoración del trabajo de cuidados en la enfermería y ocupaciones sanitarias femeninas o “paramédicas”.

En el caso de la enfermería, su profesionalización ha sido un proceso formativo e histórico de lucha y disputa por el reconocimiento, valorización y legitimación de esta como una profesión, proceso en el que las enfermeras -supeditadas a la vigilancia médica- han tensionado y enfrentado su subordinación histórica frente al saber médico hegemónico en los equipos de salud y han posicionado la necesidad de un mayor reconocimiento social y salarial (Correa y Zárate, 2017; Faccia, 2015, citada en Aspiazu, 2017). La profesionalización de la enfermería implicó la definición de un ámbito laboral propio y no subordinado al saber médico (Meseguer, 2016), vinculado a la redistribución del cuidado clínico, corporal y social

y a la mayor autonomía y reconocimiento laboral de su quehacer en salud pública, lo que se ve cruzado por jerarquías y relaciones de género (Correa y Zárate, 2017).

Transformar a la enfermera en una colaboradora del médico y no una empleada a su servicio personal fue un proceso que estuvo ligado a las reformas a su formación y a la delimitación de tareas que le eran específicas y de las cuales dependía el mejoramiento de indicadores sanitarios como la tasa de mortalidad materno infantil, de la tuberculosis o el alcoholismo. (Correa y Zárate, 2017, p. 272).

Es en este proceso histórico en el que la distinción entre curar y cuidar será fundamental en la conformación de un ámbito laboral propio de la enfermería: el cuidado se constituye como el objetivo principal de sus labores (Esquivel y Pereyra, 2017). Resaltando así, la diferencia de ser enfermera con ser “empleada doméstica”, generándose una tensión de clase social y del significado de trabajar cuidando: los cuidados en enfermería como trabajo profesional, calificado y remunerado buscan separarse simbólicamente del trabajo doméstico, no (o mal) remunerado, menos valorado y más precarizado. A este respecto, para Amaya Pavez (2013) asistimos a un momento de *resignificación social de la enfermería y los cuidados*, marcado por la emergencia del cuidado como un asunto público indispensable, la especialización del cuidado basado en el conocimiento experto, y la exigencia de mayor reconocimiento y prestigio por parte de la enfermería.

Así, a pesar de que los cuidados son un objetivo explícito en el sistema público de salud que se están resignificando y revalorando socialmente, persiste una invisibilización y naturalización de este tipo de trabajo. Esta invisibilización tiene que ver con la representación de la enfermería como una vocación de la que se espera sacrificio y entrega desinteresada, lo que terminaría por naturalizar ciertas condiciones laborales precarias (Esquivel y Pereyra, 2017). Esta entrega o sacrificio se entrelaza con los valores y aptitudes “inherentes” asociadas a la femineidad, y en ese sentido, la desvalorización de la enfermería tiene que ver con su estatuto de trabajo de cuidados y, por tanto, de trabajo femenino (Aspiazu, 2017).

Como ocupación de cuidado, la enfermería involucra habilidades cognitivas, físicas y emocionales: además de los aspectos instrumentales-técnicos, los aspectos afectivos y humanistas son centrales en el saber profesional. Desde el testimonio de trabajadoras/es del

sector se evidencia este estereotipo de enfermera mujer, abnegada y con vocación por el cuidado de otras personas, que dificulta su reconocimiento como un auténtico trabajo:

La concepción de la enfermería como vocación, vinculada al cuidado del otro como un “rol natural” (principalmente adjudicado a las mujeres) entra en contradicción con la enfermería como profesión, como trabajo calificado, que puede ser ejercido por cualquier persona capacitada para hacerlo con independencia de su género. (Aspiazu, 2017, p. 31)

Según lo anterior, la identidad de la enfermería estaría marcada por la escisión y tensión entre el pensar y el hacer enfermería: un *pensar* situado en el sentido de la feminidad y el movimiento progresivo de empoderamiento y autonomía, y un *hacer* situado en un universo simbólico de la feminidad tradicional-hegemónica que se apoya en la naturalización del quehacer enfermero. Se trata, pues, de una brecha entre la práctica de la profesión y la reflexión de la disciplina: inercia cultural compartida entre profesionales y usuarias/os/es de la salud que dificulta conciliar el cambio en la disciplina con transformaciones en el quehacer cotidiano (Pavez, 2013). Cabe preguntarse cómo las tensiones entre la profesionalización y la naturalización del quehacer enfermero, que en gran parte provienen de su estatuto como “trabajo femenino”, atraviesan hasta hoy la experiencia y la valoración de su trabajo.

DISCUSIÓN CONCEPTUAL

A continuación, se presenta una discusión conceptual sobre las principales reflexiones teóricas en las que se enmarca la pregunta de investigación. Se reflexiona sobre los conceptos de desigualdad de género y trabajo, cuidados y representaciones sociales, integrando una perspectiva feminista y del interaccionismo simbólico.

Desigualdad de género y mercado del trabajo

El trabajo en las sociedades capitalistas se ha estructurado mediante una *división sexual del trabajo*. El género, como sistema de roles, ha estado a la base de la organización social del

trabajo, en una imbricación histórica entre capitalismo y patriarcado. Esta división define espacios y jerarquías a hombres y mujeres, pues se relaciona con un mandato social a realizar ciertas actividades en función del sexo al que se adscribe: los hombres, las productivas y políticas –valorizadas en el mercado a través del salario-; y las mujeres, las de reproducción biológica y de la fuerza de trabajo –tareas no remuneradas, impuestas y consideradas atributos naturales femeninos (Carrasco, 2013; INE, 2015; Federici, 2013). Se trata de un contrato social de género que ha estructurado el trabajo productivo y reproductivo y sus relaciones, sosteniéndose la reproducción de la desigualdad de género bajo la forma hombre proveedor - mujer cuidadora (Yáñez, 2004), tomando diferentes modalidades de acuerdo a las transformaciones socioeconómicas y del orden de género.

A lo largo de la historia, las mujeres han realizado una aportación económica decisiva para la reproducción social y familiar. Además de encargarse del trabajo doméstico y de cuidados, siempre ha habido mujeres en la fuerza de trabajo en el mercado y muchas han sido sostenedoras de sus hogares. Pero la participación de las mujeres en el trabajo asalariado ha sido delimitada y precarizada por el patriarcado y el capitalismo, manteniéndose una posición dominante de los hombres a través de la segregación sexista de los empleos (INE, 2015; Carrasco, 2006; Hartmann, H. 1994, citada en Abasolo y Montero, 2012). En la división sexual del trabajo, además de asignarse *funciones* y *jerarquías*, se asignan *representaciones sociales* sobre la masculinidad y la feminidad en términos de diferencia, superioridad e inferioridad (Wainerman, 2003). Las características estereotipadas de los géneros, que fundan la división sexual del trabajo, generan determinadas estructuras en el mercado laboral, provocando procesos de segmentación y segregación sexual de éste (INE, 2015).

La *segmentación del mercado laboral* es la conformación de segmentos dentro del mercado con diferentes condiciones laborales y remuneraciones, en los que se insertan trabajadores y trabajadoras con determinados perfiles. Dentro de esta segmentación, existe una *segregación sexual del mercado laboral* en un sentido horizontal y vertical. La primera refiere a que las mujeres se concentran en sectores productivos y ocupaciones específicas asociadas a “lo femenino” y a menor prestigio, en una gama menos variada de ocupaciones que los hombres. La segunda refiere a la desigualdad entre hombres y mujeres en el acceso a puestos de trabajo de mayor jerarquía: las mujeres se concentran más en niveles inferiores en términos de

salarios, cualificación y responsabilidad (Abasolo y Montero, 2012). Esto, en el ámbito de la salud pública, puede observarse en la histórica feminización de ocupaciones como la enfermería, en la masculinización de la profesión médica (asociada a mayor poder y prestigio) y en la mayor presencia masculina en altos cargos.

Entonces, es el propio mercado laboral el que pone barreras y condiciones para la participación laboral de las mujeres: las mujeres ingresarían a un mundo laboral que fue construido sin contemplarlas (Yáñez, 2004). El mercado laboral se ha formado tomando como modelo de relación “normal” la trayectoria laboral masculina, sin incluir la realización de trabajo doméstico y de cuidados no remunerado como parte de esa trayectoria, lo que conlleva a que las mujeres tengan trayectorias laborales discontinuas y trabajen en empleos más flexibles, informales y precarios (Yáñez, 2004).

Así, la *flexibilidad laboral* cobra vital relevancia en la estructuración del trabajo femenino remunerado y en las formas de integración de las mujeres al mercado laboral. Esta flexibilidad, tanto productiva como laboral, remite a la capacidad de adaptación de las empresas a situaciones cambiantes internas y externas con el fin de aumentar la eficiencia económica, a través de la flexibilidad productiva y laboral (Yáñez, 2004; Yáñez, 1999). Según Matthies, Mückenber, Peter y Raasch (1994), citados en Yáñez (2004), existe una flexibilidad laboral externa y una interna. La *flexibilidad externa* refiere a la externalización, la subcontratación de actividades y servicios y la permisividad en el número de ocupados (despidos, contratos a plazo fijo, temporales y eventuales). La *flexibilidad interna* refiere a los ajustes en la jornada laboral e intensidad del trabajo, en el salario, la calificación, polifuncionalidad, trabajo en equipo, etc.

La flexibilización en sus diferentes modalidades ha traído consigo un desgaste de la fuerza humana: la intensificación y extensión del trabajo ha generado una autoexplotación (trabajar sin límites) en un contexto en que la gerencia mantiene el control sobre los procesos productivos; situación que se ve agravada en el caso de las mujeres, cuyo ingreso precario a un mercado laboral segmentado sexualmente no ha significado una redistribución del trabajo doméstico y de cuidados en los hogares (Yáñez, 2004). Esta autoexplotación puede relacionarse con los procesos de *invisibilización* de obligaciones, actividades y prácticas laborales que son implícitas y no están prescritas en las empresas, pero que son asumidas e

incorporadas en el proceso de trabajo y mejoran su desarrollo. Invisibilización en la que la división sexual del trabajo es clave, en tanto las competencias que se conciben como “talentos naturalmente femeninos” no se consideran como trabajo cualificado (Lozares et al., 2013).

Cuidados: aproximaciones conceptuales y políticas

Cuidados, poder y desigualdad

El concepto de cuidados ha sido discutido y definido de diversas maneras desde los años 70 en las teorías feministas sobre género, trabajo, economía y bienestar. En un sentido amplio, podemos definir los cuidados como aquellas acciones y actividades orientadas a ayudar a personas dependientes en su desarrollo y bienestar de la vida cotidiana. Puede estar orientado a personas enfermas, en situación de discapacidad, niñas/os/es, personas viejas, entre otras. A lo largo del ciclo vital, todas las personas necesitamos cuidados en algún momento, y todas las personas lo ejercemos. De acuerdo a Batthyány (2015), el cuidado tiene una *dimensión material* (es un trabajo, una serie de actividades), una *económica* (implica un costo) y una *afectiva o psicológica* (implica un vínculo y sentimientos positivos o negativos). Este puede realizarse de manera remunerada o no remunerada y tiene lugar en el ámbito familiar (hogares y familia extendida) o fuera de la familia (en instituciones). Y cualquiera sea la forma que tome el cuidado, su característica central es que se trata de una *relación*: es un vínculo de proximidad entre la persona que cuida y la persona que recibe cuidados.

La división sexual del trabajo ha jugado un papel central en la configuración de los cuidados a nivel social, como mecanismo generador de desigualdad entre hombres y mujeres. Los cuidados son una actividad esencialmente femenina o realizada por mujeres y que suele no ser remunerada, reconocida, ni valorada social ni económicamente, profundizando las desigualdades de género (Batthyányi, 2015). Los cuidados históricamente han recaído de manera injusta sobre los hombros de las mujeres, sobre todo de mujeres pobres y racializadas.

El cuidado no se distribuye de forma libre en nuestras sociedades, sino que, a través de fuertes presiones sociales estructurales, incluso alcanzando una escala global de desigualdad, generando cadenas globales de cuidados, en las que mujeres migrantes que envían remesas a sus familias de origen se ven fuertemente precarizadas (Pérez Orozco y Domínguez, 2014;

Durán, 2018). Por ejemplo, la fuerza de trabajo de cuidados del norte global está compuesta en gran medida por personas del sur global, y lo mismo sucede entre la ciudad y el campo (Tronto, 2013). Esto exige integrar una mirada feminista interseccional para analizar los cuidados en su complejidad: no sólo el género, sino también la raza, la etnia y la clase sitúan al cuidado como una actividad forzada para muchas personas en el mundo (Raghuram, 2016).

Así también, hay una heterogeneidad en el tipo de cuidados que se proveen: las personas que trabajan cuidando y las maneras en que estas relaciones sociales se establecen son diversas. De acuerdo a Nadya Guimaraes (2020), podemos distinguir tres grandes circuitos de cuidados desde el punto de vista de quienes lo proveen. Todos son altamente feminizados, heterogéneos internamente, y atraviesan diferentes sentidos y condiciones de precariedad. El reconocimiento social y la visibilidad de los cuidados va disminuyendo en cada circuito. (a) El *circuito de los cuidados como profesión*, que es una relación de servicio, más reconocida y remunerada (cuidadoras/es remuneradas en domicilios o instituciones, trabajadoras de casa particular, trabajadoras de la salud y la educación, entre otras), (b) el *circuito de los cuidados como obligación*, en que la relación no es de servicio, sino de obligación, fundada en el “amor” y no retribuida monetariamente sino que con afecto y reconocimiento (madres, abuelas, todas quienes cuidan sin remuneración en casa), y (c) el *circuito de los cuidados como ayuda*, basada en una relación social de reciprocidad y apoyo mutuo sostenida en redes de sociabilidad (vecinas, amigas del barrio, organizaciones vecinales).

En este sentido, para entender los cuidados es importante considerarlos atravesados por cuestiones *morales y políticas* que tienen que ver con el poder. Según Joan Tronto, (2013), el cuidado se trata del poder en la medida en que si alguien tiene necesidades y otra persona puede satisfacerlas, ya existe una asimetría desde la cual pueden emerger relaciones de poder más complejas. Al situar el cuidado desde la noción del poder, podemos cuestionar preconcepciones y elementos del cuidar que tienden a asumirse de manera acrítica, tales como: el componente afectivo, la violencia que es parte en las relaciones de cuidado (Kelly, 2017), el paternalismo y las nociones de que quienes proveen cuidados son “héroes” y quienes reciben cuidados son personas “dependientes o inválidas”.

Por otro lado, desde la cuestión del poder, se comprende el papel de las mujeres en torno a los cuidados, en la medida en que estos se imponen como una responsabilidad a sujetas,

sujetos y sujetos con menor poder social, a partir de sus posiciones de subordinación en las estructuras de poder. En contraparte, existe también una “*irresponsabilidad privilegiada*” (Tronto, 2013): quienes tienen poder y privilegios pueden evadir responsabilidades de cuidado y cargarlas a alguien más. Por ejemplo, muchos hombres parejas de mujeres, no sólo no dedican mucho tiempo a cuidar, sino que además reciben servicios de cuidado de parte de sus parejas y/o hijas e hijos, aún sin estar en una situación de dependencia.

En este escenario de desigualdades sociales, las teorizaciones en torno al cuidado también rescatan su dimensión moral y ética, apuntando hacia un horizonte transformador de justicia social, bienestar y profundización democrática de nuestras sociedades. Así, por ejemplo, ideas como una “*ética del cuidado*” (Tronto, 2013) y “*derecho al cuidado*” (Pautassi, 2007), lo posicionan como una necesidad y un asunto público fundamental para nuestras vidas, que históricamente ha sido tratado como un asunto privado: las familias y las personas deben satisfacer sus necesidades de cuidado con los medios que dispongan. Esto profundiza las desigualdades sociales pues quienes tienen más recursos económicos y de redes pueden acceder a cuidados más dignos. Los cuidados, así entendidos, no son sólo una problemática de las mujeres y las personas “*dependientes*”, sino que son un *asunto público* y una *responsabilidad social, colectiva y universal*: todos, todas y todes necesitamos y debemos proveer cuidados a lo largo de nuestras vidas.

Organización social y crisis de los cuidados

Los cuidados tienen una universalidad en el sentido de que representan un trabajo socialmente necesario para todas las sociedades, sin el cual la reproducción social es imposible. La cuestión central radica en el tipo de respuesta o soluciones colectivas que la sociedad efectúa para la difícil gestión de los cuidados (Borderías, Carrasco y Torns, 2011).

Al entender su universalidad, las relaciones de interdependencia y su condición de asunto público, los cuidados (como ética o como derecho) tienen una dimensión política fundamental. Para profundizar la equidad, el bienestar y la democracia, es necesario el actuar colaborativo de distintos actores: hombres y mujeres, familias, Estado, comunidades, mercado y diversas instituciones. La *organización social del cuidado* se refiere a la manera en que estos actores interactúan para proveerlos en sociedad. Puede comprenderse en un nivel

macro -Estado, mercado, familia, comunidad- y en un nivel micro -procesos de las personas que prestan y reciben cuidado, sus relaciones y condiciones sociales- (Leiva, 2015).

Ahora bien, al considerar la *organización social de los cuidados* desde una perspectiva macro, es importante destacar que el mercado tiene la necesidad de contar con el trabajo doméstico y de cuidados no remunerado, siendo este último esencial para la subsistencia del sistema capitalista y de la reproducción humana (Carrasco, 2009). Desde la economía feminista se denuncia la incapacidad del sistema de valorar y remunerar las actividades de reproducción diaria y los complejos procesos de crianza, cuidado y socialización que implican afectos y emociones, y que históricamente han sido efectuados por las mujeres, naturalizándolo como parte del rol inherente de la feminidad y suponiendo una oferta infinita de trabajo gratuito de las mujeres (Borderías, et al., 2011; Aspiazú, 2017).

En un contexto de envejecimiento demográfico, aumento de la esperanza de vida y transformación de los proyectos de vida y lucha de las mujeres, se ha configurado un proceso que autoras como Borderías, Carrasco y Torns (2011) denominan la *crisis de los cuidados*. La reprivatización de la reproducción, la escasez de oferta pública de servicios de cuidados y la mayor participación laboral de las mujeres –que pone un límite a la supuesta oferta infinita de cuidados gratuitos realizados por ellas- han conformado un escenario crítico en la organización social actual de los cuidados: el modelo se ha hecho insostenible.

Esta crisis, que atraviesa también al sistema público de salud, consiste en un proceso de precarizada reorganización de los trabajos de cuidados que, todavía descansando mayoritariamente en las mujeres (y mujeres más precarizadas), pierde cada vez más la capacidad de responder a las necesidades de cuidados de las personas en la sociedad. De acuerdo a Nancy Fraser (2015), la *crisis de los cuidados* es una expresión aguda de las contradicciones socio-reproductivas del capitalismo financiarizado, en el límite entre lo productivo y lo reproductivo: la economía capitalista depende del trabajo de cuidados que el mismo mercado margina a una posición de desvaloración social y económica. Se da, pues, una relación de separación-dependencia-rechazo entre economía capitalista y trabajo de cuidados, relación que es una fuente inherente de inestabilidad (Fraser, 2015).

En este contexto, los Estados como actores relevantes en la organización social del cuidado, tienden a seguir un paradigma de asistencia y beneficencia estatal, focalizando las políticas públicas sólo en quienes “más lo necesitan” para corregir excesos del modelo, creando relaciones asistencialistas. Esto reproduce desigualdad y precarización del cuidado, al no ser reconocido como un derecho humano universal, ni las personas concebidas como “titulares de derecho”. Al ser un derecho humano y una responsabilidad social, los Estados deberían tener la obligación de garantizar, promover y proteger el ejercicio del derecho de todas/os/es a cuidar y a recibir cuidados en condiciones dignas. Pero estos no están suficientemente reconocidos por el Estado como un asunto público y un derecho (Pautassi, 2007).

Por otro lado, las teorías y políticas públicas de conciliación entre trabajo doméstico/de cuidados y trabajo remunerado buscan un equilibrio que no transforma los contratos implícitos a la base de la desigualdad de género, ocultando el conflicto inherente a la división sexual del trabajo actual (Torns, 2001), sólo corrigiendo sus excesos. Así también, estos contratos implícitos encubren los conflictos a los que se enfrentan las mujeres que se dedican a trabajos de cuidados remunerados dentro de su propio rubro y espacio social laboral –como es el caso de las trabajadoras de la salud pública.

Los cuidados como trabajo

El concepto de trabajo ha sido muy discutido desde las teorías feministas, criticando su secuestro por una ideología productivista que iguala trabajo con empleo, dejando fuera todas las formas de trabajo que no reciben pago en dinero. La distinción entre lo público y lo privado está a la base de las desigualdades en torno al cuidado, pues es esta distinción la que ha delimitado las fronteras entre lo que es trabajo y lo que no, entre lo formal y lo informal, entre economía y mercado: la economía se ha confundido con el mercado y los recursos monetarizados; y el trabajo se ha confundido con el trabajo remunerado (Durán, 2018).

Desde los años sesenta se comenzó a debatir la invisibilidad del trabajo doméstico, defendiendo el papel central que éste juega en la reproducción social. Hacia los años setenta y ochenta el debate irá profundizándose para construir conceptos y teorías que den cuenta de la especificidad del trabajo que realizan las mujeres en la sociedad. Esto superando la distinción entre trabajo productivo y reproductivo que, si bien fue un aporte importante, no lograba delimitar las actividades laborales de las mujeres, quienes cruzan de manera compleja

los límites entre lo productivo y lo reproductivo. En este contexto, se desarrolla la perspectiva teórica del *trabajo doméstico y de cuidados*, que entrega respuestas importantes acerca de las dependencias y vulnerabilidades que viven las mujeres (Carrasco, 2009).

La teorización en torno a los cuidados busca ponerlos como un asunto público y una responsabilidad colectiva, lo que es incompatible con una sociedad capitalista, competitiva e individualista. Autoras como Tronto (2013) y Durán (2018) enfatizan en la necesidad de que el propósito de la vida económica sea sostener el cuidado, y no a la inversa. Para Durán, los cuidados y los trabajadores del cuidado deben ponerse al centro de la economía, planteando que el cuidado es la gran riqueza invisible de las economías modernas. Para esto, construye metodologías para monetarizar y calcular los costos del cuidado en los hogares y la aportación económica de éste a los productos internos brutos de los países. Así también, propone el concepto de “cuidotoriado”, una sinergia con el concepto de proletariado, para analizar al conjunto de las y, sobre todo, las precarizadas trabajadoras de cuidados en sociedades envejecidas. Este colectivo enfrenta una alta vulnerabilidad: la mayoría de sus trabajos son no remunerados, de jornadas laborales muy extensas o sin límites, y difícilmente tienen instituciones de organización colectiva para poder negociar mejores condiciones.

Para otras autoras, los cuidados como trabajo -como conjunto de tareas y necesidades- constituirían una dimensión fundamental de la labor doméstica y que lo diferencia del trabajo asalariado, en tanto su objetivo es cuidar la vida y el bienestar de las personas (Carrasco, 2009), enfatizando que la mayor parte de los cuidados se realiza de forma no remunerada.

El trabajo de cuidados implica tareas materiales, económicas, de atención a necesidades, de socialización y, específicamente, de administración de los afectos (Aguirre, 2009; Leiva, 2015). El reparto del trabajo doméstico y de cuidados se funda en una desigualdad de género, lo que ha significado una *doble jornada laboral* para mujeres que ingresan al trabajo remunerado (Torns, 2001). La distribución entre hombres y mujeres del tiempo de trabajo destinado a cuidados y actividades domésticas se mantiene casi inalterable, en la medida que:

(...) el uso de estos tiempos está regulado por contratos implícitos que derivan de un consenso sociocultural acerca de lo que se debe hacer por ser

mujer o varón, lo cual perpetúa y consagra asimetrías en las relaciones de poder, la posesión de recursos y privilegios. (Aguirre, 2009, p.84)

La adscripción de género del trabajo de cuidados, y su localización en las relaciones familiares, puede explicarse por su naturaleza dual: como trabajo (dimensión material) y como amor (dimensión psicológica) (Thomas, 2011). Al englobar una carga de subjetividad (sentimientos, afectos o desafectos), esta labor se ha construido en torno a una identidad femenina fundada en el cuidar y la maternidad, conformando una “mística del cuidado” que resulta en una obligación moral socialmente construida que recae sobre las mujeres. Diversas autoras destacan la importancia de matizar la idea romántica del cuidado como una actividad generosa, pues es fundamental reconocer que no todas pueden elegir libremente si cuidar o no y de qué forma (Durán, 2018; Tronto, 2013). Muchas personas se ven obligadas a cuidar por su posición de clase, género y raza -lo que Glenn (2010) llama cuidado forzado.

Como ya se ha mencionado, la gestión social de los cuidados se ha valido de la asignación del trabajo de cuidados a la población femenina, configurándose simbólicamente como un trabajo de mujeres –sea o no remunerado. Y en una sociedad patriarcal en la que el ser mujer y lo femenino se devalúa e inferioriza ante lo masculino, el trabajo de cuidados -como trabajo de mujeres- es un trabajo devaluado y no reconocido socialmente (Borderías et al., 2011).

Las consecuencias de esta devaluación del trabajo de cuidados son diversas y consolidan la situación de desigualdad de género, no sólo en el ámbito familiar o de la unidad doméstica. El poco reconocimiento social del trabajo de cuidados *realizado en el hogar* se traduce en una alta carga laboral y en una invisibilización de los cuidados como trabajo; el poco reconocimiento social del trabajo de cuidados *extra doméstico (remunerado)* realizado en el mercado o como servicio público se traduce en bajos salarios, en escasa cualificación (pues se enmascara la capacitación técnica que requiere) y en condiciones laborales muy precarias para las mujeres (Borderías et al., 2011).

En este sentido, si bien gran parte del debate sobre el trabajo de cuidados se ha centrado en los cuidados realizados en el hogar, también existen trabajos de cuidados –frecuentemente feminizados- que se realizan en el mercado y en el sistema público, por lo que comprender

los cuidados sólo desde su adscripción en el espacio social del hogar es una reducción de la complejidad teórica y empírica de este concepto (Thomas, 2011).

Como sabemos, en el caso de la organización social de los cuidados en salud, el sistema se compone del sistema doméstico de salud (hogares) y sistema institucional (público o privado). Aunque el sistema doméstico se organiza en base a lazos familiares y emocionales, y el institucional en base a relaciones profesionales y remuneradas, pueden existir ciertos cuidados de salud remunerados en los hogares (realizados por familiares profesionales de la salud, por ejemplo), así como pueden existir cuidados de salud no remunerados en el sistema institucional de salud (trabajo voluntario y labores de cuidados invisibilizadas o no reconocidas). De manera similar, los afectos y emociones son un componente clave para el trabajo de cuidados en el hogar, sin embargo, éstos también se encuentran presentes en el trabajo de cuidados extra doméstico, con sus dinámicas específicas (Thomas, 2011). Sea en el espacio del hogar o en el espacio extra doméstico, las mujeres que se dedican a labores de cuidados ven sus experiencias laborales atravesadas por relaciones de poder, desigualdades y desvalorización del trabajo que realizan, problemáticas que tomarán formas específicas de acuerdo con el tipo de trabajo de cuidados del que se trate.

Prácticas laborales de cuidado

A modo general, los cuidados son todas las actividades cuyo objetivo es proporcionar bienestar físico, psíquico y emocional a las personas (Esteban, 2003). Sin embargo, esta definición resulta demasiado amplia. Así también, la naturaleza dual de los cuidados (como trabajo y como afectos a la vez) es una distinción fundamental, mas no suficiente para delimitar el dominio que constituirían sus prácticas laborales. Delimitar el concepto de *prácticas laborales de cuidado* es difícil ya que, a lo largo de la historia de la teoría sobre este tipo de trabajo, el propio concepto de cuidados se ha dado por sabido, o bien se han construido distintos conceptos desde diversos enfoques de manera genérica, cuando en realidad tienden a abordar fenómenos específicos de cuidados (Thomas, 2011).

Un marco analítico de gran utilidad para delimitar qué y cómo son las prácticas laborales de cuidado es la propuesta de revisión y deconstrucción de los cuidados de Carol Thomas (2011). Concibiendo los cuidados como un concepto más bien empírico que teórico, la autora

identifica siete dimensiones analíticamente diferenciadas e interdependientes y sus variables, cuya permutación da lugar a distintos tipos de trabajos de cuidados. Estas dimensiones son: (a) la identidad social de la persona cuidadora (género, clase, raza, rol ocupacional); (b) la identidad social de la persona receptora de cuidados (personas adultas sanas, dependientes, niños y niñas); (c) las relaciones interpersonales entre la persona cuidadora y la receptora de cuidados (familiar, amistad, vecindad, contingente legal o profesional); (d) la naturaleza de los cuidados (actividades de trabajo, estados afectivos); (e) el dominio social en el cual se localiza la relación (privado/doméstico o público formal o informal); (f) el carácter económico de la relación (no salarial o salarial), y (g) el marco institucional en el cual se prestan los cuidados (hogar, instituciones residenciales, hospitales, guarderías, etc.).

De acuerdo a estas dimensiones, las prácticas laborales de cuidado en centros de salud pública pueden entenderse como prácticas llevadas a cabo principalmente por mujeres y por diferentes roles ocupacionales del sistema sanitario (desde médicas/os/es hasta auxiliares), orientadas a personas adultas sanas, dependientes, niños y niñas desde una relación contingente profesional, que involucra actividades de trabajo, pero también estados afectivos. Estas prácticas tienen lugar en el dominio público formal bajo una relación económica de tipo salarial, en el contexto institucional de Servicios de Salud Metropolitano.

Por otra parte, al tener el objetivo amplio de proporcionar bienestar físico, psíquico y emocional, muchas prácticas y labores económicas y no económicas pueden considerarse cuidados: desde labores de limpieza y alimentación de pacientes, hasta labores técnicas de regulación de temperatura ambiental en los centros de salud. Por ello, resulta de gran utilidad distinguir entre *cuidados directos* y *cuidados indirectos*. Los primeros son los que contemplan un proceso de implicación personal y emocional, una interacción cara a cara, mientras que los cuidados *indirectos* son todos aquellos que no son directos: actividades de apoyo o precondition para el cuidado directo, donde a pesar de no haber interacción directa sí hay una responsabilidad hacia la persona cuidada (Arriagada, 2012; Folbre, 2011).

Desde una perspectiva de género, las prácticas *directas* son fundamentales, en tanto la implicación personal y emocional que conllevan se ha asociado y asignado históricamente a competencias y actividades femeninas. Se trata, como ya se ha mencionado, de un vínculo

entre los trabajos de cuidados y las desigualdades de género, que puede relacionarse con las representaciones sociales de género que asignan y jerarquizan roles masculinos y femeninos.

Finalmente, el estudio de las prácticas laborales de cuidado directo desde una perspectiva de género que integre las funciones, jerarquías y representaciones sociales que las configuran (Wainerman, 2003), puede ser enriquecido desde la perspectiva del *interaccionismo simbólico*, que permite comprender estas prácticas como acciones en el marco de la interacción social, y que se orientan por lo que las personas significan *previo a* y *en* la misma interacción (Perlo, 2006). Los símbolos significativos que orientan las prácticas, desde este enfoque, son tanto *previos a* como *producidos en* la interacción: los significados de las prácticas son proporcionados por las estructuras sociales y culturales, pero también son definidos por los sujetos en sus situaciones o experiencias concretas (Perlo, 2006). En otras palabras, es el significado lo que determina la acción, pues las personas no sólo responden a estímulos o exteriorizan pautas culturales, sino que *interpretan y definen situaciones en la interacción* (Blumer, 1969, citado en Taylor y Bogdan, 1987). Así entendidas, las prácticas laborales de cuidados de los sujetos no sólo se ven influidas por las construcciones simbólicas de género, sino que también pueden reproducir o modificar dichas representaciones, o bien pueden construir otras significaciones que orienten estas prácticas.

Género y representaciones sociales

Para el estudio de las prácticas laborales de cuidado de las enfermeras, es fundamental comprender dichas prácticas en su relación con las representaciones sociales de género y con las valoraciones de las prácticas de cuidado que se realizan, representaciones que se ven cruzadas por la construcción simbólica del género, y que se enmarcan en y reproducen relaciones de poder. Es así, entonces, como el concepto de representaciones sociales es relevante para profundizar el estudio de los cuidados y las prácticas laborales de cuidado.

El *género*, como construcción significativa de la diferencia sexual y principio estructural de las sociedades humanas, es al mismo tiempo una *relación social* y una *construcción simbólica* en la que se enlazan las ideas culturales sobre el género (estereotipos) con las relaciones sociales reales (Moore, 1991). Situándose desde esta doble dimensión, un análisis

desde la *perspectiva de género* –en un sentido similar a lo que se propone desde el interaccionismo simbólico- debe centrarse en lo que las personas hacen y en las interpretaciones culturales de tales acciones, abordando la conexión de los aspectos culturales y simbólicos de la vida social con sus condiciones sociales y económicas (Moore, 1991).

De acuerdo a Moscovici (1984), las representaciones sociales pueden comprenderse como un conjunto de conocimientos de los sujetos, que se construyen a través de su propia experiencia y de los saberes que se les han transmitido socialmente: “*son sociales porque se modelan en la interacción entre seres humanos que construyen permanentemente sus mundos de vida*” (Banchs, Agudo y Astorga, 2007, p. 69). Así, son imágenes mentales construidas colectivamente y situadas en la subjetividad de las personas (González, 2010). Mediante este conjunto de conocimientos, los sujetos hacen inteligible la realidad social, pues le otorgan un sentido y coherencia a los sucesos sociales, objetivando un sentido común. En un sentido similar, de acuerdo a Canales (2006), las representaciones sociales son:

(...) sistemas de referencia que vuelven lógico y coherente el mundo para los sujetos organizando las explicaciones sobre los hechos y las relaciones que existen entre ellos. No son un mero reflejo del exterior sino que, más bien, una construcción que da sentido y significado al objeto o referente que es representado. (p. 300)

Además, las representaciones sociales no sólo consisten en una forma de *conocimiento*, sino que también configuran una forma de *valoración* de los distintos aspectos de la realidad social (Moscovici, 1984). Así, se pueden identificar tres dimensiones de las representaciones sociales (Canales, 2006): el *contenido informacional* (distinciones cognitivas, conceptos y términos), la *estructura* (orden interno que da sentido a las categorías) y la *ética normativa* (lo calificado como válido, deseable o legítimo). Observar las representaciones sociales sobre los cuidados desde una perspectiva de género implica no sólo describir cómo se comprende lo femenino y masculino, sino también de qué manera son valorados.

Como mediadoras entre los discursos sociales generales, las situaciones específicas y las identidades de actores, las representaciones sociales otorgan flexibilidad a los significados sociales, permitiendo procesos personales de organización de la personalidad dentro de los roles impuestos por los discursos (González, 2010). En este sentido, las representaciones

sociales constituyen sistemas o conjuntos de identidades relacionadas cuya congruencia no es perfecta y es influida por los cambios socioculturales (González, 2010). De esta manera, las representaciones sociales son una herramienta que permite estudiar fenómenos sociales en el escenario vivo en que se producen, escenario que no sólo está sustentado en un trasfondo cultural común, sino que también está en permanente proceso creativo de reconstrucción y de devenir, en un contexto de interrelaciones y acciones: el peso de lo social no debe negar la importancia de la subjetividad en estas representaciones (Banchs et al., 2007).

De acuerdo al Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (González, 2010), hay cinco dimensiones de las representaciones sociales de género: (a) imágenes espontáneas de lo que es un hombre y una mujer, (b) autopercepción de las personas y el papel que tienen en ella las relaciones de género, (c) tareas y roles que se asignan a hombres y mujeres, contrastando con los roles tradicionales de género, (d) juicio sobre las ventajas y desventajas de ser hombre y mujer, y (e) identidad de género homosexual masculina y femenina. Estas dimensiones centradas en la identidad de género no pueden aplicarse de manera mecánica al estudio de las representaciones sociales de género vinculadas al trabajo de cuidados que, si bien tienen que ver con la identidad femenina no se agotan en ella, al representar una función social fundamental y una actividad laboral. No obstante, aspectos como las tareas y roles asignadas a hombres y mujeres, imágenes espontáneas, autopercepción y juicio o valoraciones son elementos provechosos que se integran en el análisis.

Esquema de síntesis conceptual



Fuente: Elaboración propia a partir de lo revisado en la discusión conceptual.

ESTRATEGIA METODOLÓGICA

Tipo de estudio

La presente investigación se orienta por una *estrategia metodológica de tipo cualitativa*, caracterizada por situarse en el orden de los significados y las reglas de significación y su orden interno (Ibáñez, en Canales, 2006). Este estudio tiene por *unidad de análisis* las representaciones sociales sobre los cuidados de enfermeras de servicios de salud metropolitanos, y por *sujetas de estudio* enfermeras que trabajan en CESFAM y Hospitales públicos del Servicio Metropolitano Oriente y Servicio Metropolitano Norte.

La estrategia de investigación cualitativa busca alcanzar la estructura de la observación del otro, su orden interno como sentidos mentados y comunes en el espacio subjetivo-comunitario y en redes intersubjetivas (Ibáñez, en Canales, 2006). Desde esta estrategia, los cuidados en su sentido amplio pueden abordarse como prácticas significantes de los actores -mediadas por y constituyentes de significaciones- situadas en el espacio laboral sanitario. Esto permite un análisis que articula las prácticas de cuidado con las representaciones sociales de dichas prácticas, y así, una aproximación microsociológica en que lo micro no implica una negación de lo macro. Parafraseando a Aaron Cicourel, lo que se busca es establecer puentes entre los actores y las estructuras sociales: sin negar las estructuras, sino que identificando la forma en que les actores les van dando sentido (Meccia, 2012).

En un inicio, el estudio iba a tener un carácter exploratorio y comparativo entre enfermeras/os de Atención Primaria de Salud (CESFAM) y Terciaria (Hospitales). Sin embargo, con la revuelta popular iniciada en octubre de 2019, y luego con la llegada de la pandemia por COVID-19 y la consiguiente crisis social y sanitaria, el trabajo de campo se vio afectado, así como la relevancia de los tópicos de conversación que se estaban trabajando. En razón de esto, se optó por ajustar la investigación y realizar un *estudio descriptivo y longitudinal* con una misma muestra, trabajando con las personas que se alcanzó a entrevistar durante 2019 e introduciendo la variable temporal en el estudio, para así explorar en continuidades, cambios y nuevos significados en la experiencia de cuidado de las enfermeras de servicios de salud metropolitanos antes y durante la crisis sanitaria.

Los estudios longitudinales cualitativos permiten comparar realidades y representaciones iniciales con posteriores, estudiar las preferencias adaptativas de las personas y “*minimizar las distorsiones del recuerdo selectivo que suele producir la construcción de información del pasado a partir del presente*” (Botía Morillas y Jurado Guerrero, 2018, p.38). Hacer una segunda entrevista a quien ya participó del estudio es más factible, sobre todo en un contexto de distanciamiento social, pues ya existe una confianza que se generó en un primer encuentro y que se podría reforzar en una segunda oportunidad. Además, plantear nuevos tópicos pero en continuidad con las primeras temáticas conversadas, permite a las personas entrevistadas retomar o distanciarse de interpretaciones y emociones que compartieron en un primer encuentro, dándose un espacio fluido y rico en auto-observación y auto-reflexión.

Técnicas de producción de información

En este estudio se utilizó la *entrevista individual en profundidad* como principal técnica de producción de información. Esta técnica “(...)establece una relación peculiar de conocimiento que es dialógica, espontánea, concentrada y de intensidad variable” (Gaínza, en Canales, 2006, pp. 219-220) y pretende dar curso a las maneras de pensar y sentir de las entrevistadas, abordando sus valoraciones, motivaciones, creencias, deseos y esquemas de interpretación (Gaínza, en Canales, 2006) - que son centrales para un análisis profundo de la experiencia de cuidados que viven y significan las enfermeras antes y durante la pandemia.

Esta entrevista, de acuerdo a Gaínza (2006), propicia condiciones de abertura, flexibilidad y fluidez para que las respuestas de las personas se elaboren en sus propios términos, significados y sentidos, abordando “*las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras*” (Taylor y Bogdan, 1987, p.101). El papel de quien entrevista consiste en recibir abiertamente y provocar estímulos para un desenvolvimiento de la conversación, siendo importante desarrollarlo en un contexto cotidiano y cómodo para la entrevistada (Vela Peón, 2013).

Bajo este cometido, se realizaron dos entrevistas diferentes a las entrevistadas: una antes de la pandemia de COVID-19 y una durante la pandemia. Las primeras se realizaron de forma presencial en lugares a convenir con cada entrevistada. Las segundas se realizaron de forma virtual por videollamada a través de la plataforma Zoom Meetings, dado el contexto de

cuarentena y distanciamiento social, reconociendo las dificultades técnicas y metodológicas que esto implica, ya que no todas/os/es tienen acceso a internet ni condiciones materiales y de tiempo en los hogares para realizar una entrevista de una hora en cómodas condiciones.

A continuación, se presentan los ejes temáticos abordados en las dos entrevistas. Estos ejes se construyeron a partir de una matriz de producción de información elaborada siguiendo los objetivos específicos de la investigación, disponible en el Anexo I. Las pautas de entrevista pueden revisarse en el Anexo II y III.

Momento de la investigación	Ejes temáticos
Antes de la pandemia por COVID-19 (junio a septiembre de 2019)	<ul style="list-style-type: none"> - El concepto de cuidados y la relación entre cuidados y enfermería. - Prácticas laborales de cuidado, la organización del trabajo y las relaciones en los equipos de salud. - Representaciones de género y la enfermería como “carrera femenina”. - Valoración y reconocimiento de los cuidados en sus lugares de trabajo.
Durante la pandemia por COVID-19 (agosto y septiembre de 2020)	<ul style="list-style-type: none"> - Caracterización de la situación familiar, laboral y de salud durante la pandemia. - Experiencia laboral: continuidades y cambios en los significados y las formas de trabajar cuidando en los centros de salud. - Significados y tensiones en la experiencia de cuidado en el hogar y de auto-cuidado durante la pandemia. - Representaciones sobre la pandemia como crisis sanitaria y de los cuidados.

Además de estas entrevistas, se realizó una conversación con informante clave - docente de enfermería de la Universidad de Chile y de cátedras de salud y género- y se realizó una etapa

exploratoria de observación en el Servicio de Cirugía del Hospital Barros Luco Trudeau². También se analizan fuentes secundarias de información como encuestas y monitoreos sociales realizados durante la pandemia (presentados en el apartado de antecedentes).

Muestra

La muestra del presente estudio consiste en cinco enfermeras que trabajan en CESFAM y/o Hospitales del Servicio de Salud Metropolitano Oriente y del Servicio de Salud Metropolitano Norte³. Estas cinco enfermeras fueron entrevistadas en 2019 antes de la pandemia. En 2020 se buscó realizar una segunda entrevista a cada una, pero durante la pandemia sólo se pudieron concretar encuentros con dos entrevistadas, pues las otras estaban con importante carga laboral, familiar y personal o con licencia. Por lo tanto, se trabaja con un total de siete entrevistas: cinco realizadas antes de la pandemia y dos durante la pandemia.

La muestra se construyó con la técnica de muestreo por bola de nieve. Cuatro de las enfermeras trabajan en CESFAM (Ñuñoa y Macul) y una en Hospital (Independencia)⁴. Las enfermeras trabajan en unidades diversas: en pabellón, en Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, en la unidad de procedimientos (curaciones de heridas crónicas), Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa, Exámenes de Medicina Preventiva del Adulto Mayor y del Adulto (EMPAM y EMPA), y atendiendo en box realizando controles de salud. Una de ellas es dirigente de una Asociación de Funcionaries, dos de ellas son madres, todas son de nacionalidad chilena y dos se identifican con el pueblo nación mapuche. Las participantes tienen entre 26 y 44 años de edad.

² Diario de Campo en Anexo V. Se decidió no continuar con la técnica de observación debido a los recursos limitados para manejar dificultades burocráticas, y a la dificultad de controlar el impacto que puede tener investigar un servicio específico.

³ La red oriente cubre las comunas de Peñalolén, Macul, Ñuñoa, La Reina, Providencia, Las Condes, Vitacura y Lo Barnechea. La red norte cubre las comunas de Til Til, Colina, Lampa, Huechuraba, Quilicura, Conchalí, Recoleta e Independencia.

⁴ Una de las participantes fue entrevistada en la fase piloto de las entrevistas, y trabajaba en un centro de salud privado al momento de hacerla. Se decidió incluirla de todas maneras en el estudio, por razones de factibilidad por el contexto de pandemia, y además porque había trabajado anteriormente en salud pública y su centro de salud actual tiene una orientación pública a pesar de ser privado.

Debido a los límites del muestreo por Bola de Nieve y los plazos de la investigación, la muestra no incluye hombres enfermeros y enfermeras de otras identidades de género, lo que se reconoce como un sesgo del estudio. También por el tipo de muestreo y el contexto social de la investigación, la muestra se concentró en sólo dos servicios de salud metropolitanos.

Estrategia de análisis

El enfoque cualitativo trabaja y se abre al enfoque de las investigadas/os/es, disponiéndose a un esquema observador, intentando comprenderlo. La producción de conocimiento no se realiza respecto a la vara de medida de quien investiga, sino respecto a la vara de medida propia y constituyente de los y las investigadas. Se trata, pues, de una *escucha investigadora del habla investigada*, para así describir el orden de significación, la visión y la perspectiva de las investigadas/os/es (Canales, 2006). Esto es fundamental para estudiar las representaciones sobre los cuidados, en la medida que el concepto de cuidados es diverso y empírico y, por lo tanto, la propia definición, representación y valoración de los cuidados de las enfermeras es clave para analizar sus propias prácticas y construir conceptos situados:

Los métodos y las interpretaciones del analista no pueden sobreponerse a los de los actores sociales, cuyos “métodos” (1974) y “procedimientos interpretativos” les posibilitan conceptuar el mundo, a sus interactuantes y a sí mismos. La materia de las ciencias sociales son, justamente, esos “conceptos nativos” que difícilmente pueden poner en su sitio (...) las rejillas categoriales de los investigadores. (Meccia, 2012, p. 312)

El presente estudio tiene como estrategia de análisis la Teoría Fundamentada, utilizando la codificación abierta, axial y selectiva a través del programa de software Atlas Ti 7.5. En la Teoría Fundamentada la producción de datos, el análisis de éstos y la teoría guardan una estrecha relación, en tanto el proyecto se inicia con un área de estudio más que con una teoría preconcebida a comprobar: se busca construir teoría que emerja desde los propios datos (Strauss y Corbin, 2002). Esta técnica propicia, a su vez, una apertura del análisis que reconoce, se sitúa, dialoga y cuestiona la propia subjetividad de quien investiga. Así, si bien se cuenta con ciertas concepciones teóricas previas sobre las prácticas de cuidado y las representaciones sociales de género y de los cuidados, lo central en el análisis son las concepciones de las enfermeras, construidas desde su propia voz y experiencia.

Ética para la investigación social en contextos de crisis

El presente estudio se realizó resguardando la confianza, confidencialidad y anonimato de las personas que voluntariamente participaron en ella, reconociendo la importancia de esto en el estudio de instituciones cerradas y/o de público interés como los centros de salud (Meo, 2010). Se modificaron nombres y se omitieron los centros de salud específicos. En la primera fase de entrevistas, se entregó a las participantes un documento de consentimiento informado⁵, informando sobre el marco institucional y objetivos del estudio, y asegurando el uso respetuoso y anónimo de la información compartida en las entrevistas, que serían grabadas. Los horarios y lugares para realizar las entrevistas fueron mutuamente acordados con las participantes, privilegiando su comodidad y seguridad. En la segunda fase de entrevistas, se solicita a las participantes declarar de manera verbal el consentimiento de participación y uso de la información en la investigación, al momento de la entrevista. Los horarios y la plataforma virtual/telefónica para realizar las entrevistas fueron mutuamente acordados con las participantes, privilegiando su comodidad y seguridad, y se ofreció realizar llamada telefónica o videollamada, y realizarla en uno o dos encuentros en caso de no disponer de las condiciones en casa para una entrevista de una hora.

Detrás de estas decisiones metodológicas, subyace la importancia de una postura ética en la investigación, en la que el centro de ella sean las personas que voluntariamente deciden participar del proceso. Es importante dar espacio y respetar la voluntad, ánimos y tiempos de las entrevistadas, buscando que la entrevista no sea una instancia de sobrecarga para ellas, sino un espacio lo más contenedor y cómodo posible, que les haga sentido. Por esto, integrar las vivencias de la pandemia en la conversación es central y hasta inevitable, investigando de manera sensible y abierta el contexto social actual y las voces de las enfermeras dentro de éste. Esto es fundamental para no caer en un extractivismo epistémico que trata a las participantes como meros objetos de estudio de los cuales extraer información, y abriendo la investigación en todas sus etapas hacia las necesidades y sentires de quienes participan voluntariamente en ella, en un ejercicio un poco más horizontal y dialógico.

⁵ Ver en Anexo IV.

HALLAZGOS DE LA INVESTIGACIÓN

En este apartado se presentan los principales hallazgos de la investigación en torno a las representaciones sociales del cuidado de las enfermeras. Los resultados se estructuran en dos grandes capítulos: (I) *Cuidados, enfermería y género en la salud pública*, y (II) *Experiencias y significados del cuidar durante una pandemia*. En el primero, se analiza lo que las enfermeras comprenden por cuidados, la labor de la enfermería, la organización del trabajo en sus espacios laborales, las diferencias de género que vivencian en torno al cuidar, y el reconocimiento y la valoración de su trabajo. En el segundo, se analizan las representaciones sociales de las enfermeras sobre la crisis social y sanitaria, y cómo sus espacios de trabajo y las formas de cuidar dentro y fuera de éstos se han transformado durante la pandemia del COVID-19. El análisis se realiza reconstruyendo los relatos de las enfermeras, y compartiendo conceptos y frases textuales de las entrevistadas en cursiva.

I. Cuidados, enfermería y género en la salud pública

Los significados que las enfermeras construyen sobre el cuidar son tan diversos como sus experiencias como trabajadoras del cuidado. Trabajando en pabellón, en la unidad de procedimientos del CESFAM, en controles de salud o en visitas a domicilio, las enfermeras relatan experiencias y representaciones comunes y diversas sobre el trabajo de cuidados en salud pública. Tanto las definiciones del cuidado y la enfermería, como las valoraciones, las percepciones de cambio y las tensiones a las que se enfrentan, varían de acuerdo a las características del espacio de trabajo.

En el presente capítulo, se analiza la manera en que las enfermeras entienden el concepto de cuidados y la enfermería, las diferencias que existen (o no) entre varones y mujeres al cuidar, las características de la organización de este trabajo y su experiencia de reconocimiento y valoración de la labor que realizan.

Qué es el cuidado

Para las entrevistadas, la finalidad del cuidado es *asegurar el mayor bienestar posible y las necesidades de las personas*, entendiendo el bienestar en sus ámbitos físico, psicológico, emocional y social. El cuidado aparece como una respuesta ante una *ruptura del estado de salud*, en la que se *movilizan los recursos disponibles* para que los pacientes estén *lo mejor posible*. Los cuidados en salud, así entendidos, consisten en *favorecer, recuperar y mantener un estado de salud*, para lo que el *autocuidado* es el comienzo.

Cuidarnos es fundamental para una *mejor calidad de vida*, sobre todo considerando que *la población está envejeciendo*. Cuidar implica un *enfoque en las necesidades personales*: “*cuidamos dependiendo de cada necesidad*” (Florencia); “*no hay una receta*” (Eloísa). Las necesidades de cuidado son diversas, así como los factores que repercuten en la salud de las personas.

Un concepto amplio

Las entrevistadas coinciden en que el cuidado es *muy amplio*. Cuidar es un *trabajo*, pero también es *más que eso*, y tiene que ver con algo que quieres ser: *ser una cuidadora*. En salud, “*toda acción va ligada al cuidado (...), cuidas desde todas las labores cotidianas*” (Fabiola). Los cuidados son lo más importante en la atención en salud y *deben ser su centro*. Hay un sentido ético y público del cuidado (Pautassi, 2007; Tronto, 2013): *todas las personas necesitamos cuidados, y todos los cuidados son igual de importantes*.

En este sentido, el cuidado siempre se da en un *marco* y *no se restringe a un área específica*. Las enfermeras consideran que se puede ejercer de muchas formas y que existen distintos tipos. En concordancia con la distinción entre sistema doméstico e institucional de cuidados de Gálvez y Matamala (2002), para las entrevistadas existen cuidados en salud dentro de un marco institucional, y cuidados distintos a lo que se ejerce en el CESFAM o en centros de salud. Dentro de los *cuidados institucionales*, las entrevistadas distinguen entre los que se ejercen en hospital y los que se ejercen en Atención Primaria de Salud. En hospital se habla de una *mirada hospitalaria de la salud*: los cuidados están *100% centrados en el paciente*, es más biológico y que *no va más allá de lo puntual* (atender la enfermedad por la que ingresó el paciente).

Las enfermeras consideran que el CESFAM tiene una institucionalidad y una manera de cuidar específica. A diferencia de esta mirada hospitalaria, en APS el cuidado tiene que ver con una visión más *global y amplia de las personas*. Se cuida abordando el *entorno* de los pacientes y no sólo la enfermedad puntual. “*En APS tú vas viendo a la persona (...), al trabajar con personas aparece lo físico, lo emocional y lo familiar*” (Florencia). Así, el cuidado en APS tiene que ver con *contextualizar a la persona*, abordando también lo económico, lo social y sus condiciones de vida y trabajando en los *factores de la enfermedad*. De esta forma, APS es la puerta de entrada y *el pilar de la salud*.

Por otra parte, existen cuidados en salud que llamaremos *extra institucionales*, que tienen que ver con los cuidados caseros y cotidianos, más alejados de la medicina tradicional, que se transmiten entre las personas, y que tienen que ver con *cuidados que probaste y que te resultaron*. Estos cuidados serían más constantes, a diferencia de los cuidados institucionales que tienen *tiempos restringidos para la atención*.

Distintas comprensiones del cuidado

Para definir los cuidados, se les preguntó a las entrevistadas con qué palabras los asociaban, apareciendo algunas ideas clave en las representaciones de las enfermeras sobre el cuidar: *protección y seguridad, acompañar, prevenir, educar, continuidad y cuidado familiar*.

La idea de *protección y seguridad* vinculada al cuidado se mencionó sólo en la entrevista con Fabiola, quien trabaja en un hospital como enfermera de pabellón. Para ella, *cuidado es protección*. Cuidar es proteger a alguien, y en salud, es proteger a los pacientes, lo que implica evaluar riesgos, pros y contras para *velar por su seguridad e intimidad*. Pero para Eloísa, enfermera de CESFAM, *cuidar no es sólo proteger*.

Tanto para enfermeras de CESFAM como de hospital, *cuidar es acompañar*: “*Cuidar es estar, estar presente*” (Florencia); “*cuidar es caminar a la par, caminar con el paciente*” (Eloísa). La idea del cuidado como acompañar a otro/a/e tiene que ver con *escuchar* a la persona, sus preocupaciones, aflicciones, penas y necesidades, e interpretarlas. Se trata de acompañar en los cambios que se necesiten hacer, lo que podría interpretarse como una idea más horizontal del cuidar, en comparación con la idea de protección y seguridad.

Por otro lado, sobre todo para las enfermeras de CESFAM, el cuidado está vinculado a la *prevención*. Prevenir es el rol principal de APS, y tiene que ver con *adelantarse a las debilidades* y abordar los *problemas que generan enfermedades*, a diferencia del hospital, en el que se atiende a pacientes ya enfermos. En APS, el cuidado tiene que ver con *pesquisar problemas en el cuidado de los pacientes* (su autocuidado y el de la familia).

Vinculado a lo anterior, en APS el cuidado se relaciona con *educar*. La educación permite prevenir, disminuir riesgos, mantener la salud, mejorar y producir cambios en las personas. Para Isabel, enfermera de la unidad de procedimientos del CESFAM, la palabra educar se mal utiliza: educar no es sólo explicar y dar indicaciones, sino que es un proceso en el que se muestra un contenido y se evalúa si la persona aprende. Se trata de cuidar desde la educación y no desde el *“reto y el miedo”*, lo que siempre va a depender de cada profesional.

Finalmente, algo que caracteriza el cuidado en APS para las enfermeras es la *continuidad del cuidado*. El cuidado se caracteriza por su continuidad durante todo el ciclo vital, desde bebés hasta adultos/as/es mayores. APS cuida *de principio a fin*, en todas las etapas de la vida, lo que es valorado por las enfermeras. Así también, el *cuidado es familiar*: no sólo se comprende al paciente, sino que también a su círculo más cercano, su grupo familiar y su comunidad. Así, el cuidado pasa por una coordinación entre CESFAM y familias, para que las familias estén *lo mejor dentro de sus condiciones*.

Cuidar en función de un vínculo

Cuidar es una relación social según Batthyány (2015). Algo central que caracteriza al cuidado para las entrevistadas es que se realiza a partir de un vínculo con las personas. Este vínculo tiene que ver con estar *pendiente de las necesidades del otro*, con *escuchar*, *interpretar* y *confrontar* lo que las personas te comparten. A partir de la *empatía* se puede comprender cómo se siente la otra persona y, así, darle los cuidados que necesita.

El vínculo no sólo se caracteriza por escuchar a otro/a/e, sino que también porque quien cuida *entrega algo*. Para las enfermeras, *“lo que eres como persona importa a la hora de cuidar a alguien, se trata de ayudar de verdad, desde el corazón”*, al hacerlo *“dejas una huella en las personas”* (Eloísa). Cuidar requiere motivación, y la *“motivación es secundaria a un vínculo”* (Florencia). Es importante sentir la necesidad y ganas de cuidar,

pues asumir el cuidado de otro *no es fácil* y a veces es *pesado*. El objetivo, para ellas, es *dar lo mejor dentro de lo que se puede*. Para eso hay que separar lo personal de los cuidados: *“si no estoy bien no puedo llevar eso al paciente”* (Fiorella).

Cuidar dentro de lo que se puede es una idea importante dentro de las representaciones del cuidado de las enfermeras, pues tiene que ver con el reconocimiento de un límite de lo que se puede entregar, contrastando la idea de sacrificio en la profesión desarrollada por Aspiazu (2017). Para las entrevistadas, su trabajo consiste en movilizar recursos disponibles, intentar buscar soluciones o aportar en resolver algunos problemas para que la persona se sienta lo más cuidada, apoyada, importante y autovalente posible. En este sentido, se reconoce que el propio trabajo genera un impacto en las personas: la educación produce cambios, y escuchar, orientar y ayudar es un aporte para las personas.

Sin embargo, muchas veces *“lo que una dice o puede orientar tiene poco impacto real”* (Florencia). Para las enfermeras existe un *límite para ayudar*, dentro del cual ellas pueden orientar y aportar de la mejor forma posible, *brindando una respuesta según su capacidad*. Este límite no sólo tiene que ver con que existen factores del cuidado que escapan de sus manos (como las condiciones de vida de las personas o el apoyo familiar), sino que también porque *la enfermedad es del paciente*, y en ese sentido, *el cuidado tiene que partir de uno*.

Relaciones de cuidado con pacientes

En la medida en que cuidar implica un vínculo, para las enfermeras la relación con los usuarios/as/es es muy importante: *“siempre me relaciono con los pacientes”* (Eloísa); *“estudié enfermería porque me gusta la relación con pacientes”* (Fabiola). El contacto con diferentes personas es constante en la experiencia laboral, y aunque con algunas personas se logra poca continuidad, a muchas las conocen y han atendido por años. Para las entrevistadas, cada persona es *única* y, por tanto, no con todas se puede usar el mismo enfoque: se entrega y atiende de acuerdo a la necesidad de cada paciente. Así, por ejemplo, es frecuente reemplazar y ajustar las recomendaciones de cuidado que se entregan, para que las personas no gasten dinero en elementos no tan necesarios y puedan cuidarse según sus posibilidades. Así también, con algunas/os/es pacientes se toman una hora completa de atención o les reciben sin que hayan pedido hora.

Los vínculos con los pacientes son diversos, y esto tiene que ver con la *diversidad de ámbitos* que, desde una mirada integral, las enfermeras abordan con las personas: problemas de salud, económicos, emocionales, sociales, psicológicos, legales, dudas sobre servicios sociales y de salud, o bien, gente que “*a veces sólo quiere o necesita conversar*” (Florencia).

Así también, las enfermeras identifican una diversidad de necesidades *de acuerdo a la población que atienden*. Las adultas/os/es mayores son la población que requiere más cuidados, pues no tienen los suficientes, están más solas/os/es y necesitan un mayor cuidado emocional. La gente joven, en cambio, busca un cuidado más acotado, quiere saber algo más específico y en general asiste solo a realizarse exámenes. Algunas personas y familias son identificadas como *más demandantes*, como las familias de pacientes de dependencia severa y las madres de guaguas. Por su lado, las personas en hospitales tienen necesidades diferentes: la operación es un momento vulnerable en que las personas pueden sentir miedo, les cuesta relajarse, y en UCI y urgencias pueden sentirse *multi invadidos*.

Los vínculos de cuidado también varían según el *contexto institucional* en el que se desarrollan. En hospital, el tiempo para conversar e ir *más allá* es menor, y aunque en clínica hay una relación día a día con los pacientes, en UCI y en urgencias en general no hay mucha relación. En pabellón la relación se da principalmente a la entrada, ya que después las personas están sedadas, por lo que el cuidado toma otras características. La recuperación de anestesia es un espacio en el que se da una mayor relación directa con los/as/es pacientes.

Por su lado, en APS las atenciones en box y los talleres grupales permiten una relación directa con las personas mucho más extendida, con mayor oportunidad de conversar. Además, la relación no se establece sólo con pacientes, sino que también con las familias y comunidades. El vínculo con las familias es muy importante, pues no sólo se les refuerza y educa permanentemente en cuidados, sino que también con ellas se pueden armar nexos, redes de apoyo y recibir información sobre los cuidados que requieren las personas. Florencia reflexiona que es comprensible que el cuidado familiar no sea siempre el ideal, pues asumir el cuidado no es fácil: muchas cuidadoras/es están solas y sobrecargadas/os/es, y en general son las mujeres de las familias quienes asumen el cuidado. Por otro lado, armar nexos comunitarios es parte importante de la forma de cuidar que se ejerce desde el

CESFAM: vincularse con organizaciones territoriales, juntas de vecinos, grupos de adultos/as/es mayores, etc. Esto se ve como una arista del cuidado que debiera fortalecerse.

Ahora bien, las relaciones con las usuarias/es/os se mueven entre la horizontalidad y el paternalismo. En APS, la relación de cuidado para las enfermeras consiste en *acompañar horizontalmente*: escuchar al otro, conversar, orientar, dar consejería, es ir a la par con el paciente. Se trata de *acogerse a lo que la persona dice, evaluar juntas qué a problema y qué no y llegar a acuerdos compartidos*. Esta relación más horizontal se basa en comprender que la enfermedad es de las/os/es pacientes, y son ellas/os/es quienes deben solucionar su problema y hacer el cambio en último término. Por esto es importante abordar lo que *culturalmente consideren como enfermedad* y si lo que tienen les afecta, pues *si no les afecta no es un problema*. En pabellón, al haber una menor relación directa con pacientes es más difícil establecer una horizontalidad, pero sí Fabiola relata cómo siempre saluda y se presenta, e intenta que se sientan confiados, que entiendan en qué va a consistir la cirugía y verifica si están informados y de acuerdo con el procedimiento.

La manera de relacionarse más horizontalmente entra en contradicción con el *paternalismo* que muchas veces tiene la atención. Las enfermeras reflexionan que hay mucha *verticalidad* en salud y que muchas veces se cae en paternalismos y en un *estilo de atención punitivo*. Frecuentemente se recurre a *retar* a las personas sin preguntarse por qué la persona no siguió las indicaciones. Se percibe que *la gente viene desde el reto y el castigo, con miedo a una actitud punitiva* -sobre todo adultos/as/es mayores que estarían más acostumbrados a una atención paternalista. Aunque las enfermeras se resisten a caer en eso, a veces los reproducen y sienten frustración o molestias con algunas personas: *“la gente falta o no sigue el tratamiento (...) hay pacientes que no siguen las indicaciones”* (Eloísa); *“hay pacientes porfiados (...) uno tiene que ir a buscar al paciente”* (Isabel). Así, se observa que en el cuidar se establecen relaciones de poder (Tronto, 2013). Existe una visión crítica y autocrítica respecto a estas actitudes, comprendiendo que hay personas que no les habrían explicado, que no saben, o bien, hay indicaciones que no hacen sentido a las personas. *“Trabajamos con personas, no con números”*, dice Eloísa, y no se puede obligar a las personas a asistir a los controles o a seguir indicaciones, lo que entra en contradicción con

que, por ejemplo, los controles de salud son obligatorios. Isabel plantea que “*el paternalismo es una exigencia laboral*” vinculado a las metas sanitarias exigidas por el MINSAL.

Finalmente, las relaciones con los/as/es pacientes son fundamentales en la experiencia laboral de las enfermeras: *los usuarios son el mayor reconocimiento y agradecimiento de su trabajo*. La valoración por parte de los pacientes es fundamental para las enfermeras, pues reconforta, reafirma que lo estás haciendo bien y fortalece la motivación con el trabajo, aunque a veces la relación es un poco más conflictiva.

Actividades de cuidado

En la medida en que cuidar es un trabajo, las enfermeras comprenden los cuidados como un *conjunto de actividades*, que deben ser *estructuradas y ordenadas*. Todas las actividades de cuidado son relevantes y van en pro del cuidado del paciente: *si falla una cosa, afecta al resto*. Las actividades de cuidado siempre se realizan de manera articulada entre las distintas ocupaciones de los equipos: auxiliares, técnicos/as/es, enfermeras/os/es, médicas/os/es, psicólogas/os/es, asistentes sociales, entre otras. Existen diversas actividades de cuidado que se realizan cotidianamente y que varían según el sector o el área en la que se trabaje. Las actividades de cuidado son distintas en hospital que en APS.

En UCI y urgencias los cuidados son, según las enfermeras, más técnicos y biológicos orientados al paciente individual: *el plano de lo personal está más ausente*. Así, las actividades se vinculan más a la gestión para la seguridad de la persona, para que se sienta cuidada y apoyada. En APS, en cambio, las actividades tienen que ver con un rol más preventivo y se desarrollan en controles, talleres, curaciones y procedimientos.

El *control de salud* es una de las principales actividades de cuidado en APS. Éstos se realizan en box individuales y consisten en pesquisar problemas de salud y de cuidados, evaluar condiciones de vida y redes de apoyo, y dar consejería a las personas, lo que requiere *harta energía mental*. También en los controles se realizan actividades de apoyo emocional y derivaciones a otros profesionales o a hospital. Las enfermeras están encargadas de distintos programas como: salud cardiovascular, atención domiciliaria a personas con dependencia

severa⁶, más adultos mayores autovalentes, entre otros; y realizan controles a distinta población: adultos, adultos mayores, niños y adolescentes. Fiorella realiza salidas a terreno para hacer controles de salud a personas que requieren visitas a domicilio, atendiendo a pacientes y sus familias. También llaman por teléfono a pacientes como una estrategia para disminuir las inasistencias a los controles.

Junto con los controles, en APS también se realizan *talleres grupales* y *actividades educativas* aplicando conceptos para el cuidado de las personas. Los talleres se realizan con equipos multidisciplinarios; por ejemplo, Florencia trabaja con un kinesiólogo realizando talleres de estimulación y de autocuidado para adultos/as/es mayores. Para ella, en los talleres se trata más de *facilitar que de cuidar*, aunque siempre se dan consultas y conversaciones sobre el cuidado. Además, en el CESFAM se realiza trabajo comunitario: por ejemplo, dentro del programa Más adultos mayores autovalentes se hace vinculación con grupos de adultos/as/es mayores y se capacita a líderes comunitarios. Sin embargo, se percibe que “*en otros consultorios hay más trabajo comunitario (...), acá no se sale mucho*” (Florencia). Para un mejor cuidado sería importante salir más a la comunidad, a colegios, barrios y ferias, y diversificar las actividades de cuidado que se realizan.

En los CESFAM también se realizan *curaciones* y *procedimientos de enfermería* principalmente en la unidad de procedimientos, y también en las visitas domiciliarias a pacientes en situación de dependencia severa. Esto se asocia con las actividades más *técnicas* de cuidado, como poner vías, sondas, fundas folei, limpieza y curación de heridas, entre otras. Como se analizará más adelante, esta unidad tiene un funcionamiento diferente al resto de las unidades del CESFAM, caracterizado por un ritmo más intenso de trabajo.

Un tipo de actividades que, si bien no son cuidado propiamente tal, sí son condición fundamental para organizar y llevar a cabo el cuidado, son las *actividades administrativas*. Lo administrativo no tiene que ver con *teclear*, sino con planificar y gestionar las labores de

⁶ Para referirse a este programa, tanto desde el MINSAL como algunas enfermeras entrevistadas utilizan el término “postrados”. “Postrado” hace alusión a una persona con dependencia severa que vive en cama; sin embargo, es un concepto que ha sido criticado como un término poco inclusivo y estigmatizante. Esto reproduciría el paternalismo y las relaciones de poder en el cuidar (Tronto, 2013). Por esto, se opta por hablar de personas que requieren cuidados domiciliarios o personas en situación de dependencia severa.

la semana, revisar la agenda, hablar con personas y revisar tareas para gestionar el cuidado. En general, el trabajo administrativo es variable: algunas lo realizan en las tardes, otras cuando no tienen pacientes, y para otras administrar y atender se mezclan.

Finalmente, una de las principales actividades de cuidado que describen las enfermeras son las *actividades de gestión y supervisión*. La gestión va *más allá del trabajo de oficina*, pues tiene que ver con gestionar al personal, distribuir insumos, medicamentos e instrumental, relacionar distintos ámbitos de la salud de las personas, atender reclamos de atención y chequear que las cosas se estén realizando de manera correcta. La gestión tiene un lugar mucho más central en la experiencia en hospital. En la observación del Servicio de Cirugía, se vio que la enfermera de sala tenía un rol de gestión central, pues ella coordinaba los cuidados y el resto del personal se dirigía a ella para preguntarle y autorizar atenciones. “*En pabellón es casi todo gestión*”, relata Fabiola, quien explica que el objetivo es velar por una cirugía exitosa, preocupándose de cosas que “*pareciera que nadie se debería preocupar*”.

Fabiola es la encargada de pabellones quirúrgicos, y sus tareas de gestión del cuidado son múltiples y se realizan en coordinación con auxiliares, arsenaleras, técnicos, anestesistas y doctoras/es. Revisa las cirugías que hay en el día y se asegura de que no falte nada; chequea que llegue el equipo de cirugía; que el cirujano esté en el hospital y no haya olvidado la operación, y que anestesista y técnico hayan revisado las máquinas; coordina la llegada del paciente, rectifica la información operatoria, exámenes y biopsias y administración de medicamentos, verifica que esté informado y de acuerdo con el procedimiento y resguarda su privacidad y comodidad; chequea las lateralidades, los insumos, el instrumental quirúrgico y el conteo de gasas, compresas e instrumental para asegurarse que no quedó nada dentro del paciente; se encarga de realizar las pausas quirúrgicas y de supervisar el riesgo de caída de los pacientes al trasladarlos y cambiarlos de cama, fundamentales para su seguridad y cuidado. Todas estas actividades de gestión se *realizan casi en simultáneo*, y al terminar una cirugía prepara el pabellón para repetir el procedimiento con la siguiente persona.

Cuidados y enfermería

Como se revisó en los antecedentes de la investigación, la enfermería se ha definido como la profesión del cuidado en salud. Según esto, cabe preguntarse: ¿hace sentido a las

entrevistadas esta identificación entre cuidados y enfermería?, ¿son los cuidados específicos de enfermería?

Para la mayoría de las entrevistadas, la relación cuidado-enfermería es central. El *cuidado es la base*: “*enfermería es cuidado*” (Florencia); “*por definición las enfermeras cuidan*” (Fabiola); “*las enfermeras nos encargamos del cuidado*” (Fiorella). Sea prevención o seguridad, el cuidado es la finalidad de la enfermería. La carrera teoriza sobre el cuidar, cuenta con formación en cuidados formales tan amplia como el cuidado mismo. Aunque el “*cuidado es todo en enfermería*” (Fiorella), *no todo* el cuidado en salud es enfermería.

A Florencia le conflictúa la relación entre cuidados y enfermería: “*Para mí enfermería no es cuidado (...), curiosamente no relaciono cuidado y enfermería*”. Para ella, el cuidado no es algo exclusivo de la enfermería ni se restringe a un área específica, pues otras profesiones también cuidan. También considera que, en los talleres, mucho de lo que hace se sale del marco de la profesión: “*me cuesta encontrar algo específico de enfermería*”.

Aunque las barreras del cuidado son flexibles, las enfermeras sí identifican diferencias de su profesión respecto a otras ocupaciones. La mirada de las ocupaciones es diferente: las otras carreras “*miran más como los caballos*” (Florencia), mientras que las enfermeras tienen una mirada global y se *preocupan por todo*, incluso por “*cosas que pareciera que nadie se debería preocupar*” (Fabiola), tales como la seguridad, el bienestar y confort, el riesgo de caída, las condiciones sociales de los pacientes, etc. Además, existen responsabilidades ético-legales diferentes para cada ocupación. Los conocimientos médicos son más detallados y profundizan en lo farmacológico y lo diagnóstico, y se encargan del tratamiento. “*Sólo la mirada médica no sirve*” (Eloísa); “*el médico tiene una visión complementaria*” (Fiorella). La enfermería es más clínica, sin embargo, APS busca proponer soluciones y alternativas más allá de la medicalización y abordar ámbitos diversos e integrales de las personas. A pesar de esto, reconocen que *las enfermeras no manejan todos los ámbitos*.

Como se vio en la observación en el Hospital Barros Luco Trudeau (HBLT), las distintas ocupaciones tienen distintos colores de uniforme que permite al personal diferenciar mejor los roles de cada quien. Sin embargo, es frecuente que los roles entre las ocupaciones, particularmente entre enfermeras/os/es y médicas/os/es, sean confundidos por pacientes. En

APS, muchas veces a las enfermeras las tratan de “doctoras”, les piden recetas, medicamentos y derivaciones, y tienen que aclarar que no lo son. Esto para la mayoría no es un problema: “no me interesa mucho aclarar que soy enfermera”, “me generan conflicto las discusiones gremiales” (Florencia).

¿Qué es lo característico de la enfermería?

Algunas tareas y características son reconocidas por las enfermeras como específicas de la profesión. Una de ellas es el *enfoque más global*: la enfermería se define por mirar integralmente y desde muchas perspectivas a la persona y armar un panorama. La enfermera aborda factores psicológicos, sociales, económicos, legales, familiares y emocionales de la enfermedad, los integra y define qué se puede intervenir y trabajar. Esta mirada global es la que también les daría un plus para ocupar cargos directivos y gestionar los cuidados.

La *gestión del cuidado* es una de las tareas específicas y centrales de las enfermeras: son gestoras del cuidado y su fuerte es administrar (personal, insumos, atenciones, derivaciones, etc.). Las enfermeras son quienes se aseguran de que no falte nada y que las cosas se realicen, evitando tener que estar *apagando incendios todo el día*. Junto con esto, algo particular de enfermería es la capacidad de *ser metodológicas* (incluso en su vida personal), asegurando que los cuidados sean estructurados, rigurosos y ordenados.

Por último, una de las actividades de cuidado específicas de enfermería es *educar*: “el rol educativo es de enfermería” (Isabel); “nuestro fuerte es la educación, enfermería trabaja a través de educar” (Eloísa). Así, la enfermera debe ser un *comunicador* con las personas.

¿Qué se necesita para ser enfermera/o/e?

Las enfermeras, al reflexionar en torno a las herramientas y habilidades que son necesarias para ejercer su profesión, consideran que: en primer lugar, la *formación y los conocimientos* son muy importantes. Los conocimientos más *técnicos*, tienen que ver con un manejo de la fisiología, etapas del ciclo vital, manejo de maquinarias, interpretación de exámenes, distinguir información no relevante, distinguir y evaluar un problema de salud y elaborar diagnósticos de enfermería.

La formación está siempre puesta en práctica, y aunque la universidad la entrega, es sólo un *pincelazo* que debe ser profundizado durante la experiencia laboral. La capacitación y los conocimientos permiten brindar la mejor atención, y es importante tener conocimientos específicos del enfoque y el área en la que se trabaje: “*necesitas orientarte al área en la que estés*” (Fiorella). Por ejemplo, si se trabaja en pabellón se necesita no sólo los conocimientos técnicos, sino también una alta tolerancia al estrés (Fabiola).

Dentro de las habilidades necesarias para ser enfermera, la primera y más relevante es la *empatía*⁷. La empatía es el piso mínimo que permite entender cómo se siente la otra persona para proporcionar los cuidados necesarios. *Las habilidades blandas son las más importantes* (Isabel) y son las que llevan a ayudar. Para muchas, son su fuerte.

En la formación y en las habilidades, la crianza influye mucho: aunque la universidad forma, hay cosas que *vienen de la crianza* y que algunas personas *nunca aprendieron o se les olvidó*. Aunque reciban la misma formación, hay una historia y aptitudes personales que determinan el desempeño personal: “*tu vienes con ciertas habilidades*” (Eloísa). Entonces, *no todos* tienen habilidades blandas como la escucha, la empatía y el apoyo emocional. Para algunas enfermeras, las habilidades blandas *las tienes o no las tienes*. Pero para otras, las habilidades blandas *se pueden aprender, trabajar y practicar*, para lo que se necesita *interés*.

El *interés* es muy importante para las enfermeras. Hay que querer enfocarse en el cuidado del paciente para hacerlo, y te tiene que gustar trabajar con personas y ayudar. La *vocación* aparece como un pilar central: “*para ser enfermera tienes que querer serlo*” (Fiorella), sentir necesidad y ganas de cuidar y ayudar, vinculado a la noción de sacrificio y entrega desinteresada desarrollada por Esquivel y Pereyra (2017). La entrega y la vocación inciden en la forma de trabajar: “*sin vocación no llegas a las personas*”, “*si no te importa el cuidado, no hay ninguna conexión*” (Fiorella). Así también, se tiene que *saber trabajar en equipo*.

Por último, aunque la enfermería suele considerarse una carrera femenina, para las entrevistadas las *habilidades no tienen que ver con el género*: hombres y mujeres pueden ejercer la enfermería por igual. La enfermería, para ellas, ya no es una carrera femenina.

⁷ En afiches del HBLT, se promueven como técnicas comunicativas para la atención: empatía, asertividad, aceptación incondicional, escucha activa y autenticidad.

Diferencias del cuidar entre hombres y mujeres

Para las entrevistadas, la enfermería antes era una carrera femenina - porque había muchas mujeres. Pero “*la enfermería dejó de ser de mujeres hace rato*” (Florencia) y ya no es una carrera femenina, cambio que las entrevistadas valoran. Antiguamente no se permitían hombres en la carrera, pero cada vez hay más varones ingresando. Las entrevistadas relacionan esto con que *ya no hay áreas estrictas de hombres y de mujeres*: cada vez hay más doctoras, matrones, educadores de párvulos varones, padres que se dedican al hogar y madres que son proveedoras. El cambio en enfermería *va de la mano con los tiempos* y con la *visibilidad del feminismo*. Hay estereotipos que se inculcan desde niños para mantener un sistema en una sociedad machista, y es importante para las enfermeras que se cuestionen y eliminen estas barreras entre hombres y mujeres: una resignificación social de la enfermería y los cuidados (Pavéz, 2013).

Las enfermeras identifican que existen *ideas preconcebidas de los géneros y prejuicios* que han distribuido roles. Como la enfermería es una carrera servicial y de cuidado, se asocia con tareas estereotipadas de mujer. Para Florencia, hay prejuicios de que las mujeres cuidan, y lo hacen porque les nace y porque quieren, cuando en realidad lo hacen porque nadie más cuida y porque *no les queda de otra*. Las ideas preconcebidas de que las mujeres son cariñosas, amables, escuchan y deben dedicarse a la familia y a la maternidad, *son tonteras*.

Aunque para todas, las características de enfermería *no están asociadas a un género* y el cuidar ya no es una *pega de mujeres*, algunas sí consideran que el *cuidar es mucho más femenino*. Y aunque ya no sería una carrera femenina y se valora que cada vez haya más varones, la mayoría de las enfermeras de APS no tienen compañeros de trabajo enfermeros. “*En el CESFAM hay casi puras mujeres (...) no conozco hombres en APS*” (Fiorella); “*hay sólo un enfermero en el CESFAM (...) hay pocos enfermeros varones en APS*” (Eloísa).

Habilidades y desempeño laboral

“*Un hombre tiene las mismas habilidades y capacidades que nosotras*” (Fiorella).

En general, las enfermeras consideran que hombres y mujeres tienen la misma formación y pueden hacer lo mismo. Las diferencias que pueda haber tienen que ver con que cada quien tiene su manera de enfocarse de acuerdo a su personalidad y su historia: depende de la

persona, no de las características por género. Hombres y mujeres llegan a los mismos resultados, trabajan igual de bien y por los mismos objetivos.

Aunque se plantea que no hay distinción de género en las habilidades blandas, sí se reconoce que se atribuyen automáticamente a las mujeres. Pero los hombres ahora tienen más habilidades blandas, y también hay mujeres que no las tienen o que no les interesa cuidar. A pesar de esta visión más igualitaria, las enfermeras siguen reconociendo que existe un “*lado femenino*” que tiene que ver con las habilidades blandas, la sensibilidad, el escuchar y la empatía, que los hombres tienen (o no) más desarrollado. También los enfermeros son *menos mala onda, le dan simpatía al ambiente y lo hacen más neutro*, mientras que las mujeres son *más complicadas, quisquillosas y compiten más*.

Por otro lado, aunque se reconoce que pueden trabajar por igual, se considera que los hombres tienen otro enfoque para trabajar: son más prácticos, les gusta más lo físico y la fuerza (aunque también hay mujeres fuertes), son más objetivos, *hacen su pega y fin*. Los enfermeros tendrían un enfoque más hospitalario y menos familiar, les gusta la urgencia y encuentran “*fome*” APS. Además, preferirían trabajar en turnos porque se gana más dinero. En su percepción, un enfermero gana más, y no saben por qué. Así, hay una tensión entre la naturalización y la profesionalización del quehacer enfermero (Aspiazu, 2017), o una escisión entre el hacer y el pensar la feminidad y la enfermería (Pavéz, 2013).

Diferencias de trato

En la experiencia en hospital, a pesar de que hombres y mujeres serían iguales, no reciben el mismo trato en los equipos. Para Fabiola, las tareas de enfermeros son muy distintas a las de enfermeras. Los doctores descansan en las enfermeras y algunos “*todavía creen que eres su secretaria, te piden hacer cosas que ellos también podrían hacer*”. La enfermera es como *la mamá* (Fabiola), como la *dueña de casa que hace que el hospital funcione* (Informante clave⁸). Si el personal técnico está ocupado, aunque haya un enfermero llaman a una enfermera mujer para llevar la chata a un paciente, y tampoco el hombre se ofrecía a llevarla: “*somos iguales, pero eso era pega de mujer*”. Fabiola cree que esto pasaría menos si la distribución de tareas estuviera más clara y hubiera menos espacio para dudas.

⁸ Ver Anexo V: Diario de campo.

Por otro lado, algunos doctores las hacen *sentir tontas*, las tratan *a gritos* y les dicen *mijita o lindita*, mientras que a los hombres no los tratan de tontos, de inútiles o de *mijito*. También se percibe que a ellos les *exigen mucho menos*, les *perdonan más los errores* administrativos y los *destacan más* en las reuniones, mientras que un error administrativo de una mujer es *lapidario*. Los colegas varones *ascienden más fácil y rápido* a cargos de coordinación que las mujeres, aunque no siempre tengan las herramientas o desempeñen bien el cargo, observando la segregación sexual vertical que existe en el mercado de trabajo (Abasolo y Montero, 2012). “*Las jefaturas hacen diferencias entre hombres y mujeres (...). Los valoran más porque son hombres (...) no todos alaban más el trabajo de los hombres*”. En APS no se perciben diferencias, pero cabe preguntarse si es porque hay pocos (o no hay) varones.

Este trato diferencial genera mellas entre compañeras y compañeros, y Fabiola cuenta que entre compañeras frecuentemente conversan sobre las diferencias que hacen con los varones. Aunque también hay cierto sentido de camaradería por parte de los varones, que apoyan y *protegen un poco* a las enfermeras de los doctores que tienen un peor trato.

Hay un *tema generacional*: es el personal de mayor edad el que tiende a hacer diferencias entre hombres y mujeres. “*A profesoras antiguas no les gustaban los hombres, creen que van a ser desordenados, fríos o degenerados*” (Florencia). Son los cirujanos mayores quienes “*te tienen para los mandados y te ven chica y enfermera*” (Fabiola). También, las compañeras antiguas tienden a normalizar algunas situaciones inapropiadas y/o de acoso.

Acoso sexual y discriminación

Fabiola relata que en hospital y en medio del pabellón, doctores hacen *comentarios desubicados sobre tu cuerpo*. Han ocurrido acciones como *correrte la cara* y comentarios como “*usted tiene buen puesto su derrier*”. Comentarios que “*no le harían a un hombre*” y que constituyen acoso sexual laboral. Ante estos comentarios, algunas compañeras no sabían cómo reaccionar, se quedaban avergonzadas y en silencio, aunque su personalidad no fuera de “quedarse callada”. Es difícil tener herramientas para poner límites a estas situaciones. Así también, Eloísa relata que antes a enfermeros varones los molestaban llamándolos *homosexuales* como insulto o motivo de burla.

Ante estas situaciones podemos describir tres cursos de acción. Uno es el apoyo entre compañeras: entre ellas se contaban lo que los doctores les decían, se acompañan dentro de pabellón con las arsenaleras, y en una ocasión mandaron una carta al jefe anestesista reportando la situación (lo que fue mal recibido por el cirujano implicado). “*Generaciones nuevas fuimos poniendo límites a los doctores*”, relata Fabiola. Otro curso de acción es *resguardarse en los compañeros varones* frente a doctores que se enojaban fácilmente y las trataban de inútiles. Como a ellos no los trataban así, compañeros se ofrecían a ir con el doctor para evitar que las enfermeras tuvieran mayor contacto con él. Aunque esto es un apoyo, “*no debería ser que mi compañero nos tuviera que proteger*” (Fabiola). Por último, es clave *manejar tu actuar* (por ejemplo, no usar un uniforme apretado y ponerle límite en la forma de comunicarse con los doctores). *Mantener un límite es pega de todos los días*.

Organización del trabajo de cuidados

Sobre la organización del trabajo, los espacios de trabajo tienen su propia complejidad organizativa (Lozares et.al, 2013). Cada CESFAM tiene asignado un territorio de la comuna que debe cubrir. Estos se organizan por sectores, cada cual tiene su propia estrategia, población y agenda, y está a cargo de las jefaturas y coordinadores de sector, quienes la estructuran según las características de la población, distribuyéndose las horas en porcentaje entre trabajadoras/es. Se asignan horas para atención, salidas a terreno (que sólo algunas/es realizan) y trabajo administrativo, además de horas protegidas para el trabajo sindical. En el caso de los hospitales, también existen coordinadores de enfermería y de pabellón que organizan las tareas, los tiempos quirúrgicos y la agenda.

En los CESFAM, las enfermeras perciben que, en general, las tareas están claras y bien repartidas, los límites están definidos y no hay un *enredo de quién hace qué*. Sin embargo, en la unidad de procedimientos, Isabel considera que la gestión podría ser más eficiente y que los problemas de coordinación son frecuentes. A diferencia de la atención en box o a domicilio, su unidad funciona con una agenda más flexible porque, debido a su contingencia, tener a personas fijas no siempre funciona. Deben hacer modificaciones a diario, por lo que a veces hay más tensiones y diferencias de carga de trabajo.

De manera similar, en hospital también se perciben algunos problemas en la distribución de tareas: Fabiola relata que cuando llegó al sector, era muy desordenado y la descripción de cargos no era tan clara. Aunque las cosas se han ido diseñando mejor, aún falta normar muchas, pues si hubiera una distribución más clara, no dudarían qué le toca a quién.

Trabajo en equipo

La organización del trabajo en los CESFAM y en hospitales tienen sus características específicas, pero comparten una fundamental: el trabajo en equipo. El trabajo en equipo es central para los establecimientos de salud, pues el rol de cada persona es importante y funciona a modo de una *cadena* o una *telaraña*: “*Cuidar lo hacemos colectivamente*” (Florencia); “*tu no cuidas sola*” (Fabiola); “*la relación con el equipo es permanente y fundamental*” (Isabel). El trabajo es multidisciplinario, todo está ligado y si algo no funciona, repercute en todo. La coordinación, comunicación y proactividad del equipo son primordiales para brindar los mejores cuidados posibles, pues “*no hay logros con un equipo disgregado*” (Eloísa). Cuando se trabaja en equipo, aparece un *sentido de colaboración y ayuda mutua*. Aunque cada quien tiene su manera personal de enfocarse, existe un sentido de compromiso y de que se *rema hacia el mismo lado*.

Para las enfermeras, el trabajo en equipo es esencial en APS y se puede realizar mucho más que en otros contextos institucionales, ya que el trabajo es *más horizontal*: no es necesario pasar por las jefaturas para resolver problemáticas, pues a menudo lo hacen de forma colectiva, y tienen mayor independencia para trabajar y tomar decisiones que en hospital.

Toma de decisiones y jerarquías

La toma de decisiones respecto al trabajo combina formas más jerárquicas y participativas de desarrollarse. Las jefaturas toman las principales decisiones en torno a roles, permisos, distribución de tareas y objetivos del trabajo. Sin embargo, las jefaturas administran coordinadamente con otras instancias. Frecuentemente en los CESFAM se realizan diversas reuniones de equipo: semanales, mensuales, por sector, de casos complejos, por programas de atención, cierre estadístico a fin de mes, etc. En las reuniones no sólo se informa de lo que está haciendo cada quién, sino que también se presentan temáticas, se trabajan puntos críticos y sugerencias, y se toman decisiones: son instancias para *ponerse en común acuerdo*.

En este sentido, las enfermeras consideran que en APS tienen mayor poder de decisión que en hospital, tanto administrativa como cotidianamente.

A pesar de estas instancias más horizontales, las enfermeras consideran que muchas decisiones se toman *desde arriba*. La jerarquía no es tanto en el trabajo cotidiano, sino más bien a nivel de la administración de las jefaturas, con quienes en ocasiones hay *desentendimientos y conflictos* respecto a la orientación que se le da al trabajo de cuidados en APS (por ejemplo, se les critica que no introducen cambios). También se considera que algunas jefaturas son *a la antigua* y que, por ejemplo, no tratan como iguales a varones y mujeres, están a la defensiva respecto a cargos sindicales, o bien no tienen conciencia de la carga laboral que tienen los equipos. Por otro lado, una de las enfermeras, jefa de una unidad, relata las dificultades que tiene para ejercer como jefatura sin que el equipo considere que les exige demasiado. Además, no siempre tiene tiempo para *estar ahí*: algunas decisiones *tienen que pasar por las jefaturas*, pero no siempre se puede debido al ritmo de trabajo.

Un factor que determina las posibilidades de decisión y acción de las enfermeras en su labor son las *metas sanitarias exigidas por el ministerio*. El cumplimiento de estas metas significa recursos y beneficios para los centros de salud; sin embargo, esto genera estrés y presión en los equipos, pues muchas veces es difícil hacer las cosas de la forma en que el ministerio lo exige. La ampliación de cobertura, la obligatoriedad de los controles, entre otras, son exigencias que no siempre se ajustan a lo que los equipos pueden cumplir, y en ese sentido, *calidad y metas no siempre van a la par*. Hay cosas que se exigen pero que no se pueden realizar, pues hay factores externos que intervienen en poder mejorar y que van *más allá del equipo*. Se percibe que el ministerio hace cambios sin avisar ni considerar las realidades locales, ofreciendo a la población algo que como CESFAM no pueden dar por falta de recursos u otras trabas del sistema. Ante esto, hay una sensación de *impotencia* y de que *se escapa de las manos*. Además, tensiona el hecho de que *“no hacemos nada que no dicte el ministerio”* (Florencia), frenando la posibilidad de hacer transformaciones en APS.

Ritmos, tiempos y sobrecarga laboral

Los ritmos de trabajo varían según el contexto laboral: en hospital y urgencias los ritmos son más estresantes. Aunque Fabiola considera que su especialidad es un poco más tranquila, el trabajo en pabellón es *reactivo* y el sector es *demandante y estresante*. En pabellón hay un

flujo tenso de trabajo (Lozares et.al, 2013), se debe conseguir rápido lo que el cirujano necesita, las cosas son *para ayer* y hay que ir resolviendo muchos factores casi en simultáneo: *apagar incendios todo el tiempo*. Similarmente, la unidad de procedimientos del CESFAM es muy *contingente, demandante y agotadora*. Para Isabel, es una *mecánica* que termina por *automatizar el trabajo sin que te des cuenta*. Esto es fuente de conflicto, pues ella eligió APS porque *no quería alienarse*, pero finalmente APS y hospital es *casi lo mismo*.

En otras unidades de los CESFAM es diferente: el ritmo de trabajo en APS es más tranquilo, no hay una emergencia tras otra y hay tiempo para realizar los controles. Se maneja la propia agenda y el orden de las actividades fluctúa poco. Pero para las salidas a terreno, Fiorella relata que a veces están *colapsados*, no siempre alcanzan los móviles para traslado ni los *tiempos para la atención* son suficientes. Aunque algunas tienen suficiente tiempo para atender en box y hacer los controles, en general se percibe un *problema de tiempos*. Hay poco tiempo para realizar educación -central para los cuidados en APS-, y menos tiempo aun en hospital para conversar con pacientes. Enfermeras/os/es y médicas/os/es tratan de organizarse, y a veces se quedan más tiempo en el control o la visita, o utilizan la hora completa para atender al paciente y posponen el trabajo administrativo de registro.

Los *tiempos para el trabajo administrativo* también son insuficientes: a veces hay bloqueos para éste y muchas deben quedarse *un ratito después haciendo ficha*. La ficha involucra tiempo y debe ser explícita, minuciosa y detallada. Registrar es fundamental porque es el respaldo y evidencia del trabajo que se realiza: *“lo que no se registra queda invisible”* (Florencia). Aunque algunas no tienen problemas con los registros, a otras les genera estrés alcanzar a hacerlo. Además, hay trabajos de gestión que hacen que *no son registrables*, y que quedan *invisibles*, lo que puede vincularse con la idea de *opacidad* (Lozares et.al 2013), analizada previamente. Así también, el trabajo de gestión es mucho, pero hay veces en que no se puede priorizar: falta tiempo para realizarlo bien, y no siempre queda registrado.

Por otro lado, también se percibe que *falta inyectar recursos*: no se dispone de material suficiente para curaciones, ni móviles suficientes para cubrir las visitas domiciliarias, y a veces el espacio adecuado para atender la demanda. Las enfermeras consideran que la demanda en su comuna es muy alta, pues hay mucha población adulta mayor y personas con dependencia severa. No sólo pacientes, sino que también sus familias son muy demandantes.

Además, *el recurso humano no alcanza*: se necesitan más profesionales para APS, sobre todo para las salidas a terreno y para cubrir las licencias. En un CESFAM sólo hay una nutricionista y no hay un equipo para realizar los test de VIH (quien está libre debe hacerlo).

Todo esto da cuenta de la crisis de los recursos humanos en salud descrita por Román (2001), que, sumada a la presión por cumplir con las metas sanitarias, genera una *sobrecarga en las trabajadoras/es*: “*Es mucha pega*” (Florencia); “*tenemos que hacer muchas cosas*” (Fabiola); “*todos estamos presionados*” (Eloísa); “*me siento sobrepasada constantemente (...), todos los días me siento sobrecargada*” (Isabel). Hay una gran carga mental pues hay que pensar y estar pendiente de muchas cosas en el trabajo. La carga emocional y laboral es diferente en cada especialidad y unidad, y por esto algunas personas están más presionadas que otras. Se percibe que la sobrecarga de trabajo y estrés es mayor en el personal médico, en la unidad de procedimientos y también en hospitales, en los que se está *más sola* y se debe tomar decisiones que *no son tu responsabilidad*.

Para algunas, la sobrecarga no tiene que ver tanto con el trabajo cotidiano sino con las jefaturas y su administración. Para otras, la sobrecarga también tiene que ver con que algunas personas sólo *cumplen con lo que les piden* y no se ofrecen a *alivianar la carga al resto*, mientras otras no saben decir que no y se sobrecargan más (“*¿por qué no hacerlo si estoy libre*”, comenta Fabiola). Para las enfermeras, el no decir que no, no tiene que ver con el género, la edad o la ocupación, tiene que ver con la vocación, relacionada a la idea de sacrificio (Esquivel y Pereyra, 2017). Hay un gran *compromiso y autoexigencia* con el trabajo: “*uno siempre quiere hacerlo mejor (...), tengo que entregar mucho*” (Fiorella); “*intentar mejorar*” (Isabel); “*hay que ser responsable con lo que elegiste hacer (...), hay que ponerle el cuerpo nomás*” (Fabiola). Generaciones más nuevas tendrían más capacidad de decir que no, y algunas enfermeras como Florencia relatan que han ido aprendiendo a no quedarse más allá de su horario e ir *poniendo autocuidado en sí mismas*.

Tensiones y conflictos en los equipos

Respecto a las relaciones entre el equipo, en general las enfermeras consideran que en sus espacios de trabajo hay un *buen clima laboral y buenas relaciones entre compañeras/os/es*. No se generan grandes conflictos y casi no hay rivalidades. También hay una percepción de que las relaciones laborales han ido mejorando con el tiempo, por ejemplo, entre

enfermeras/os/es, arsenaleras y médicos en hospital. Sin embargo, aunque se llevan bien, hay algunas diferencias y tensiones que han tenido que enfrentar.

Los *roces humanos* son parte de la relación laboral: a veces hay problemas y desentendimientos que se deben a cosas del día a día, y a que a veces los criterios personales son diferentes, sobre todo entre generaciones que tienen visiones distintas. Aunque puedan tener la misma formación y estar ante una misma situación, cada persona tiene sus propios criterios y percepciones sobre cómo deben hacerse las cosas. En la atención en box hay pocos roces entre compañeras/os/es, pero en la unidad de procedimientos -en la que hay mayor *convivencia* constante con TENS y pacientes- los roces son más frecuentes. Así también, en hospital no hay tanta comunicación, hay mayores conflictos con los médicos y a veces las enfermeras se quedaban solas cargando responsabilidades colectivas.

Las enfermeras relatan distintas situaciones de transición en los equipos en las que aparecieron conflictos y tensiones entre compañeras/os/es. Una de estas fue cuando, en hospital, se integraron nuevas enfermeras al equipo de pabellón en el que antes sólo había una. Esto generó conflicto con las arsenaleras, con quienes fue *difícil integrarse*: las arsenaleras pensaban que las enfermeras eran *jovencitas que no saben* y que habían llegado a mandarlas y a cambiar su forma de trabajar. Con el tiempo, como enfermeras pudieron posicionarse mejor en el equipo, demostrar que trabajaban bien y ganarse el reconocimiento como personas trabajadoras. Se destaca que el *respeto* es algo que se *debe crear y ganar*.

Así también, en la unidad de procedimientos se da una tensión entre las enfermeras jefas y las TENS de la unidad, quienes sienten que las enfermeras las hacen trabajar demasiado y no dicen las cosas de buena manera. En contraparte, Isabel, como enfermera jefa, se siente constantemente juzgada por las TENS y siente que debe cambiar su personalidad para poder adaptarse. Comenta que como equipo están acostumbradas/os/es a reforzarse lo negativo.

Por otro lado, las diferentes cargas de trabajo muchas veces generan roces, pues la repartición de tareas no siempre es equilibrada y hay gente que no se ofrece a aliviar la carga al resto. Hay tensiones con la forma de trabajar de otros compañeros/as: “*hay colegas que quieren resultados rápidos, y escriben pocas indicaciones*” (Florencia); “*hay compañeras que ni saludan*” (Florencia); “*si vio que se necesitaba, ¿por qué no lo hizo él?*”

(Fabiola). También hay tensiones con *lo no normado en el trabajo*. Algunas tareas no están distribuidas de forma clara y esta falta de normas deja espacio a la duda y, ante la duda, entra el criterio personal dándose espacio para, por ejemplo, diferencias entre hombres y mujeres. Además, los doctores descansan en las enfermeras y muchas veces les asignan tareas que no corresponden a su labor (como llamar por teléfono o hacer solicitudes por ellos).

A este respecto, existen desigualdades en los equipos de salud que generan conflictos. Una de estas es la jerarquía médico-enfermera, que sólo es relatada en la experiencia de hospital e involucra sobre todo a médicos mayores, que “*son como diostores*” (Fabiola). Además de *tenerlas para los mandados*, hay una tensión entre el saber enfermero y el saber médico: “*el médico te ve chica y enfermera (...), lo que dice el médico mayor es ley y no se discute*” (Fabiola), ante lo cual las enfermeras tienen que acercarse a ellos a través del conocimiento, para así rebatirles y validar sus opiniones profesionales. Además de esto, se dan situaciones de maltrato, violencia e incluso acoso sexual por parte de médicos hacia enfermeras y arsenaleras. Fabiola relata que, con los médicos más nuevos y jóvenes, la relación es mucho más cotidiana y cercana, no tiene que *endiosarlos* y es más fácil trabajar con ellos.

Otras desigualdades que relatan las enfermeras son promovidas por las jefaturas. Por ejemplo, en uno de los CESFAM el estamento de enfermería es más grande y se ve favorecido con beneficios que no se aplican a todos los estamentos, lo que genera divisiones entre éstos. Así también, en la experiencia de hospital, las jefaturas y el personal mayor tienden a hacer diferencias entre hombres y mujeres no sólo en el trato cotidiano, sino que también en el acceso a cargos de coordinación y de mayor jerarquía, a los que los varones enfermeros acceden más fácil y rápido, generando mellas entre compañeros y compañeras.

Maltrato y violencia en los equipos

Además de estas situaciones de desigualdad relatadas por las enfermeras, en la realidad hospitalaria se observa una problemática grave: el *maltrato y la violencia*. En contextos institucionales, la violencia imbricada en las relaciones de cuidado (Kelly, 2017) puede pensarse también en las relaciones entre cuidadoras/es, y no sólo entre quien recibe y quien cuida. En su experiencia, Fabiola identifica situaciones de maltrato por parte de doctores mayores a enfermeras y arsenaleras, que generaron un ambiente hostil en el que *trabajaban con miedo*, y al que tuvieron que hacerle frente como compañeras de equipo.

En su experiencia como enfermera de pabellón, y sobre todo en los primeros años, con frecuencia los doctores las hacían *sentir tontas*, que no sabían nada, y las *tenían para los mandados*: “*Cuando recién llegué me sentía tonta*”. Junto a esta forma de tratarlas como inferiores y hasta incapaces, algunos doctores eran más violentos: un doctor trataba de inútiles y tontas a las arsenaleras y a una compañera enfermera. También las trataba con garabatos, les gritaba e incluso en pleno pabellón les *tiraba el instrumental por la cabeza*. Como se mencionó anteriormente, el apoyo entre enfermeras y arsenaleras, y el resguardo en los compañeros varones, era esencial para hacer frente a este y otros tipos de violencia.

Además, como ya se ha analizado anteriormente, era frecuente que doctores realizaran comentarios inapropiados sobre el cuerpo de las mujeres del equipo, comentarios que constituyen acoso sexual laboral. Así también, en APS, Eloísa relata comentarios discriminatorios hacia los varones enfermeros por parte de doctores. Ante esto, las compañeras del equipo se organizaron para mandar una carta de reclamo. Esto generó resquemores en las compañeras más antiguas y mayores, quienes no querían que mandaran la carta al jefe, decían que eran *bromas nomás* y que *antes era peor*: “*las compañeras antiguas normalizan más estas cosas*”.

En este escenario, Fabiola relata que en su trabajo tiene que *ganarse el respeto*, una tarea difícil y de todos los días. Esto es manejar tu actuar, mantener una compostura y conducta intachables, y mostrarte respetable. No usar uniforme apretado para que no *te molesten*, poner límites a la forma en que se comunica con los doctores, y hasta rebatirle a los doctores con sus conocimientos para que validen sus opiniones profesionales, son tareas de todos los días y una *carga pesada*.

Valoraciones y motivaciones

La vocación y la motivación son importantes para trabajar cuidando. La vocación por ayudar y querer entregar lo mejor es lo que, para las enfermeras, permite que haya una conexión y una motivación que sostenga el trabajo de cuidados que realizan. La gente que no le gusta mucho su trabajo *sólo cumple con lo que le piden* y no va *más allá*, mientras que la gente con vocación tendría *mejor voluntad*. La vocación incide en la atención que se da. Para las entrevistadas, *a veces se olvida el norte*: que lo central son las/es/os pacientes. Esto no sólo

por la automatización del trabajo, sino también por el reconocimiento (o la falta de éste) de las labores que realizan. El reconocimiento es importante para las enfermeras porque reafirma la decisión de ser enfermeras, y el sentimiento de que su trabajo no es en vano y que lo están haciendo bien. Cuando se sienten poco valoradas, en general intentan que esto no afecte su desempeño laboral, pero sí les afecta emocionalmente. Sentirse o no valorada es parte importante en la experiencia laboral como cuidadoras.

En general, las enfermeras se sienten valoradas en su trabajo. De quienes más reciben reconocimiento -y de quienes más valoran recibirlo- es de las/los/es pacientes. Las personas frecuentemente reconocen y agradecen su trabajo con palabras, actitudes e incluso regalos. En consultorios, muchas veces las recuerdan, aunque dejen de atenderles. El reconocimiento de usuarias/es/os les genera satisfacción, alegría y las reconforta: *“cuando agradecen sientes que lo hiciste bien (...) lo más importante es que lo vean los pacientes”* (Fabiola); *“los pacientes me mantienen motivada”* (Isabel). Además, que los pacientes mejoren su salud es de los mayores reconocimientos y satisfacciones. En hospital, en general las actividades que más reconocen y agradecen son la compañía en la recuperación de anestesia, las intervenciones para aliviar dolores y la compañía en momentos cercanos a la muerte.

Pero también los usuarios muchas veces *critican y se molestan* con la atención que reciben, incluso algunos son agresivos y reactivos. *“Hay usuarios que creen que una no hace nada (...) la gente se molesta y reclama mucho”* (Fiorella). Para las enfermeras, gran parte de las molestias de usuarias/os/es tiene que ver con problemas del sistema de salud y del funcionamiento de las derivaciones a hospital; usuarias/os/es no entienden que su labor tiene un límite, y suelen responsabilizar a las trabajadoras/es por faltas del sistema, en lugar de a las autoridades: son la *cara visible del sistema*. También, a pesar de que ahora la gente distingue que hay doctoras/es y enfermeras/os/es, en general hay un mayor reconocimiento *al doctor*, pues es quien da soluciones.

Por parte de las *jefaturas y superiores*, algunas se sienten valoradas y otras no. Algunas jefaturas directas sí tienen conciencia de la labor que cumplen las enfermeras y lo reconocen. Pero otras jefaturas no tienen conciencia de la carga laboral que tienen las trabajadoras, así como ministerialmente tampoco hay un mayor conocimiento ni reconocimiento de lo que hacen. También hay jefaturas -sobre todo las más antiguas- que tienen una actitud a la

defensiva con los cargos sindicales, benefician a unos estamentos sobre otros, y valoran de forma distinta el desempeño y capacidades de hombres y mujeres. Esto genera *frustración* en las trabajadoras, que a veces no se sienten valoradas.

Finalmente, existe un gran reconocimiento mutuo entre los pares y el equipo de trabajo. En general, las enfermeras se sienten valorada por sus equipos y entre compañeras/os/es conocen la labor que cumple cada uno: el rol de cada persona es muy importante. En pabellón y en la unidad de procedimientos del CESFAM hay una experiencia más negativa de reconocimiento. Aunque en general se sienten valoradas, en pabellón hay conflictos con médicos y con compañeras y arsenaleras más antiguas, frente a quienes hay que *ganarse el respeto*. En la unidad de procedimientos, en que la relación con las TENS es un poco más compleja, Isabel considera que hay una costumbre de reconocer y reforzar lo negativo y no lo positivo. Hace falta refuerzo positivo, feedback y críticas constructivas entre el equipo.

II. Experiencias y significados del cuidar durante una pandemia

Los significados que las enfermeras construyen sobre el cuidar se relacionan con las prácticas laborales de cuidado y el contexto laboral en el cual estas se desenvuelven. La llegada de la pandemia por COVID-19 desde marzo de 2020 hasta la fecha trajo consigo nuevas necesidades y condiciones para el cuidado, así como nuevas problemáticas políticas y sociales a las que el personal de salud -la llamada “primera línea” de la pandemia- tuvo que hacer frente con los recursos que tenía a su disposición. A continuación, se presenta un análisis de las representaciones de las enfermeras sobre la crisis social y sanitaria, los cambios en sus espacios de trabajo y las nuevas formas, significados y tensiones del cuidar en su experiencia como mujeres trabajadoras de la salud.

El análisis desarrollado en el presente capítulo corresponde a las reflexiones y experiencias compartidas por dos enfermeras participantes del estudio: Florencia, quien trabaja en un CESFAM, y Fabiola, quien trabaja en un hospital público, pero que durante la pandemia se encontraba ejerciendo su derecho a postnatal.

La pandemia como crisis

La pandemia fue vivenciada como una crisis -y una crisis social- en la medida en que fue una *ola que nos llegó* y que *tensionó y afectó a todas las personas*. Además de afectar económica y laboralmente, la experiencia del sufrimiento y la muerte ha afectado a todas las personas, y también a funcionarias/es/os de la salud: enojos y angustias por demoras en las PCR, fallecimiento de pacientes y familiares de funcionarias/es/os, y el dolor de no poder despedir a sus seres queridos. La experiencia cotidiana y crítica de la muerte *“ha generado una sensibilidad en los equipos de salud”* (Florencia).

Las crisis son entendidas como cambios y, en un sentido *optimista*, como *“oportunidades”* (Fabiola). La crisis ha generado otras conciencias sobre el contagiar a los demás, la responsabilidad de cuidarse y los impactos del encierro. Y también la esperanza de otras conciencias: *“espero que como colectivo seamos más conscientes”*. Así mismo, la pandemia ha sacado la empatía y la conciencia por los otros, y el replantearse cosas que no se hablaban, como las condiciones en que vivimos, la vida y la muerte. Se abre, así, una reflexión ética en torno a los cuidados como asunto público (Tronto, 2013).

Aunque la *crisis sanitaria* tiene origen en un evento específico de la naturaleza (un virus) y acabaría paulatinamente con la llegada de la vacuna, el actual momento histórico es experimentado como una *crisis social* profunda que viene a *poner en jaque muchas cosas* y a *ponernos a prueba como sociedad* y *evidenciar lo que no estaba funcionando*. *“La crisis evidenció que estamos mal”*, declara Florencia. Quedó en evidencia que no hay seguridad social y que APS no tiene suficientes recursos. Y más profundamente, se *“experimentó la necesidad de cambios políticos y sociales”*. Incluso, el coronavirus se representa como una campaña para aprobar una nueva Constitución: la pandemia ha dejado al descubierto que *“los chilenos tienen que rascarse con sus propias manos”*.

Asistimos a una doble pandemia: la sanitaria y la de subsistencia económica (Asamblea de Académicos/as/es de la Universidad de Chile, 2020). Las consecuencias sociales del COVID-19 son una preocupación importante en las enfermeras, quienes reflexionan que hay desigualdades sociales de clase en el riesgo al contagio y en las consecuencias laborales de la pandemia, pues la gente pobre ha tenido peores condiciones de vida históricamente: *“Quienes se enferman y mueren son los pobres”*, *“o morir de COVID o morir de hambre”*

(*Florencia*). Ella relaciona esto con el “*capitalismo puro y duro*” y con un “*rol subsidiario del Estado*” que genera pobreza. Además de enfrentar la precariedad del trabajo, el encierro ha tenido consecuencias duras en las personas viejas y en mujeres, niñas/os/es y personas que conviven con sus agresores. Así pues, la crisis sanitaria se asienta en estas desigualdades sociales y las profundiza.

Las enfermeras sienten preocupación por la ola de consecuencias que vendrá por la postergación de las atenciones (reducción de cirugías electivas, 38% menos de atenciones de especialidad, aumento de personas en espera de garantías GES (COLMED,2020)), y por problemas duros de salud mental en las personas. Las consecuencias de la pandemia serían diversas y sólo con el tiempo podremos procesar lo que esta experiencia significó.

Manejo político de la pandemia: negligencia estatal

Como plantean Bernal Baksay y Goyenechea (2020) y la Asamblea de Académicos/as/es Autoconvocados de la Universidad de Chile (2020), en la pandemia ha quedado al descubierto la desigualdad social que estructura al sistema de salud y que éste reproduce, y la incapacidad del sistema de responder integralmente a la crisis.

En la misma línea, respecto al manejo de la pandemia, las enfermeras son críticas: *el gobierno y las autoridades fueron absolutamente negligentes*. La respuesta estatal es evaluada como tardía e insuficiente, dejando a las personas a su propia suerte pues “*la política pública no nos ayuda*” (*Florencia*). El manejo central se describe como *desfasado, desastroso, inconsistente, errático y desordenado*: bombardeo de información, mensajes ambiguos, cambios en las definiciones y terminología para la trazabilidad, cifras poco confiables, descoordinación del MINSAL, SEREMI y los servicios, y demora y ausencia de los criterios oficiales. La información oficial con criterios e instrucciones básicas llegaron tarde o no llegaron, sobre todo en APS, que estuvo casi tres meses sin indicaciones centrales y criterios comunes. Sobre este actuar negligente, *Florencia* destaca las causas judiciales contra el presidente Sebastián Piñera y el entonces ministro de salud Jaime Mañalich, y plantea que luego del duelo de las personas, quedará exigir justicia.

Las enfermeras describen una *desconexión del gobierno con las personas* y una *desconfianza hacia el gobierno*: las autoridades no tienen credibilidad, son poco confiables y se preocupan

de lo que les conviene a ellos y no a la gente. Según la encuesta Pulso Ciudadano, un 51.6% de las personas tenía poca o nada confianza en las cifras diarias del MINSAL (Activa, 2020). Así también, desconfían de la *supuesta nueva normalidad*, por lo que se sienten tanteando terreno y expectantes del rebrote.

Cuidados y crisis

En discusión con la idea de una crisis social de los cuidados (Borderías, Carrasco y Torns, 2011; Fraser, 2015), para las entrevistadas, aunque ha habido cambios en la forma en que nos cuidamos debido a la pandemia, los cuidados en nuestra sociedad no están en crisis particularmente. Más aún, la crisis sanitaria genera mayores recursos para el cuidado que los que hay en la “no crisis”. Ante un Estado negligente, *los cuidados son una respuesta a la crisis*.

Para Florencia, aunque la enfermería es una profesión bonita encargada del cuidado, todos los seres humanos podemos y ejercemos cuidados: cuidar es “*escuchar y tener interés por las necesidades de otros, y movilizar recursos para resolverlas*”. En el cuidar se juegan intereses, motivaciones y afectos: cuidamos por ideas y valores. Esto puede vincularse con la noción de la dimensión ética y política de los cuidados (Tronto, 2013), y con el derecho al cuidado como un asunto público, colectivo y universal (Pautassi, 2007).

Crisis y cuidados se relacionan entre sí. Cuando la gente está en crisis, surge el cuidar como movilizar recursos para *estar ahí para el otro*. La pobreza y la crisis generan la necesidad de organización, y la gente organizada se cuida mejor entre sí. Así, el cuidar *surge naturalmente ante una crisis*, y tiene que ver con una vivencia de *comunidad*: “*yo siento que cuando la gente está en crisis... le surge naturalmente esta... salvo, por supuesto, la gente no sé po que no entiende el concepto de comunidad*” (Florencia).

En este sentido, experiencias como las ollas comunes, son entendidas como expresiones de cuidado en tiempos de crisis. Las ollas comunes son una respuesta inmediata y masiva de preocupación por otros, que refleja cómo movilizamos recursos propios para ayudar. Así, ante la ausencia de políticas institucionales suficientes, las personas organizaron diversas acciones de cuidado: activación de redes comunitarias, movilización de comida y aseo, visitas a personas que necesitaban cuidados, foros de información, entre otras. La

entrevistada relata que como asociación de funcionarios del CESFAM realizaron donaciones a ollas comunes. De esta manera, el cuidado de la salud sobrepasa las fronteras de los centros de salud, hacia la acción colectiva y organizada de las personas y sus comunidades.

Junto con la valoración a las respuestas sociales de cuidado organizadas comunitariamente, también hay una visión crítica del actuar de las personas. Fabiola reflexiona sobre lo difícil que ha sido que las personas sigamos instrucciones simples de cuidado: mucha gente no toma conciencia y quiere *“hacer lo que quiere”*, y plantea que *“la libertad de hacer lo que quieras permite la propagación del virus”*. Al pensar en el esfuerzo que están haciendo sus compañeras enfermeras, siente molestia de ver gente en la calle e incluso sin mascarilla. Reflexiona cómo lo que las personas entendemos por necesidades es diferente: hay quienes ven como una urgencia salir y el esparcimiento. Esto es visto como una *“inconsciencia que da lata, pena e impotencia”*, y que produce desesperanza respecto a resolver la crisis sanitaria. Florencia, por su parte, considera que hay un tema cultural en la forma en que se entiende el virus y, por lo tanto, el cuidado frente a este: cada persona tiene su proceso y lo percibe según sus creencias, su edad, su nivel educacional, etc. Por esto es complicado pedirle a la gente que no salga, ya que llega un punto en que salir es necesario y es diferente para cada persona según sus costumbres, creencias e intereses.

Autogestión y respuesta local de los centros de salud de APS

Ante un manejo central errático, desordenado y ausente⁹ -sobre todo para APS-, los CESFAM se organizaron localmente. De acuerdo al relato de Florencia, la información oficial tardó por lo menos dos meses en llegar al CESFAM, y en esta ausencia de indicaciones, fueron la Corporación junto con directivos y algunas funcionarias/es/os quienes se encargaron de tomar las decisiones para suspender las atenciones regulares, reorganizar la atención en salud y el funcionamiento interno del consultorio. Las instrucciones oficiales del Servicio llegaban tarde y cuando ya los centros las habían instaurado de manera autogestionada: *“hacemos lo que creemos que es bueno”*, *“los equipos locales hacemos lo mejor que podemos”*. La enfermera opina que la falta de información oficial no sólo tuvo un lado malo, sino también uno bueno. Esta permitió un

⁹ Ausencia de lineamientos de acción y también de presupuesto: los recursos para enfrentar la pandemia aumentaron sólo un 2.17% para APS (COLMED, 2020).

mayor poder de decisión a la corporación, directivos y funcionarias/es/os, y significó una menor presión por cumplir las expectativas de las metas sanitarias, que ya antes de la pandemia tensionaban la forma y orientación del cuidado que ejercían en el CESFAM. En estos, las experiencias han sido específicas y diversas durante la pandemia. Todos los centros tenían realidades distintas en términos de recursos, población usuaria y problemáticas que atender. Cada CESFAM -al menos del SSMO- tenía sus criterios según los cuales se reorganizó ante la contingencia. Existía una necesidad de establecer ciertos criterios comunes para acordar cómo realizar la trazabilidad y el seguimiento. Así fue como los CESFAM del Servicio Oriente se articularon entre sí, estableciendo delegados de epidemiología por CESFAM y realizando reuniones. Llegar a acuerdos no estuvo exento de dificultades y tomó tiempo. También el personal de salud ha llevado a cabo acciones colectivas como movilizaciones, trabajo conjunto en mesas sociales, mesas de trabajo y comunicación con la población, seminarios e instancias de discusión política sobre los desafíos de la pandemia, vinculación territorial, entre otras.

A pesar de que se reconoce y valora la capacidad de los equipos de sobreponerse a la ausencia de lineamientos centrales y de responder de la mejor manera que se pudo, se manifiesta que siguen ocurriendo inconsistencias entre lo que hace la SEREMI y el Servicio de Salud, lo que genera una sensación de que siguen improvisando hasta el día de hoy. Hay un cansancio generalizado de los equipos:

“los equipos estamos cansados porque sentimos una gran responsabilidad, yo creo, especialmente desde la Atención Primaria, eh... a nosotros como que nos consideraron en este tema (...) a mediados de junio, cuando ya la pandemia llevaba tres meses. Entonces está como esa responsabilidad de poder contener o tratar de trazar con los recursos que tenemos nomás” (Florencia).

Nuevas dinámicas en el espacio de trabajo

“Mi trabajo ahora es otro mundo” (Fabiola).

A partir de fines de marzo de 2020, los centros de salud comienzan a volcar su funcionamiento hacia la contingencia. Los recursos humanos, físicos y económicos del sistema se desviaron hacia la atención de pacientes COVID-19 (COLMED, 2020). En el

servicio de cirugía en hospital se suspenden todas las cirugías electivas y no urgentes¹⁰, mientras que en el CESFAM se suspendieron todos los programas y talleres, los controles preventivos de salud y las tomas de exámenes. Así, se definieron nuevas funciones del CESFAM que, si antes tenía un enfoque familiar y preventivo de salud, ahora tomaría un rol de gestión y de seguimiento de los contagios.

Reestructuración de la organización del trabajo

Los sectores internos del CESFAM se diluyeron y hubo un cambio profundo de funciones: se mantuvieron las entregas de medicamentos a mayores de 80 años y el funcionamiento de las urgencias de morbilidad médica aguda esencial (urgencia matrona, dental, controles de embarazo). También se supervisaron residencias de adulto mayor, se hicieron seguimientos telefónicos de casos contagiados y sus familiares, y se realizó toma de exámenes y atención a secuestrados por COVID. Un gran desafío fue informar masivamente a la población sobre el nuevo funcionamiento y horarios del CESFAM, para lo que fue importante el contacto con juntas de vecinos y comunidades del territorio que atiende el consultorio.

Podemos describir que la reestructuración de la organización del trabajo durante la pandemia implicó una flexibilización laboral. La división de tareas se flexibilizó para atender a la contingencia, y salvo quienes se dedicaban a procedimientos, todas las funcionarias/os/es están trabajando en unidades absolutamente distintas de lo que trabajaban antes de la pandemia. Además, la rotación de funciones es mayor: Florencia -quien antes trabajaba en el Programa de Adulto Mayor- partió vacunando a domicilio, luego trabajó en entrega de medicamentos, en supervisión de residencias de adulto mayor y en otras funciones de las que *“ya perdió la cuenta”*. Y todo con equipos humanos distintos. Actualmente está trabajando en el equipo de epidemiología. El trabajar en otras unidades, con personas con las que nunca habías trabajado fue desafiante, aunque *“no fue tan terrible”*.

Así también, las jerarquías se flexibilizaron: las jefaturas también han cambiado de funciones y se han establecido jefas/es transitorios de acuerdo a la contingencia. Ante esto, hay una sensación de no saber con claridad quién es tu jefa ni a quién pedirle permiso.

¹⁰ Debido a que la enfermera de hospital se encontraba en su postnatal durante la pandemia, este apartado no profundiza en las transformaciones del espacio de trabajo en el servicio de cirugía hospitalario.

Por otro lado, se estableció un sistema de rotación por turnos para prevenir el contagio entre funcionarias/es/os, en el que dos semanas se trabajaba presencial y dos semanas se realizaba teletrabajo. En términos de relaciones laborales, se considera que en general los equipos anduvieron bien. No ha habido grandes problemas ni roces durante la pandemia, ni hay ánimos de poner problemas, sino de “*darle para adelante*”, ya que “*no están las condiciones para tolerar mala onda*” (Florencia).

Se valora positivamente el hecho de que se formaron dinámicas más abiertas entre funcionarias/es/os, conociéndose más entre compañeras/os/es y dimensionando el trabajo del otro/a/e, lo que es importante para el trabajo en equipo. Así también, surge el sentido de empatía entre compañeras/os/es: preguntarse cómo están, apoyarse y cubrirse entre sí. Incluso, hay un sentido de compañerismo que trasciende el espacio laboral: en la experiencia de Fabiola, las trabajadoras madres que se quedaron con sus guaguas en casa están *detrás de cámara*, apoyando al equipo que está trabajando. Sin embargo, también se reconoce que los turnos pueden generar algunos roces.

A pesar de que el equipo tiene buena disposición en general, hay compañeras/os/es que “*si podían se aprovechaban de las circunstancias*” (Florencia): en rotación de descanso algunos se desentendían del trabajo, tomándose el turno como vacaciones. Así también, algunas personas no ofrecen su ayuda. Son roces que ocurren en todos los trabajos, pero que también con el sistema de turno se agudizan.

Entonces, la reestructuración del lugar de trabajo se experimentó como un proceso de *adaptación y aprendizaje en el tiempo*. Los equipos de salud en APS han tenido una gran capacidad de resiliencia e innovación (Barría y Troncoso, 2020). Para las entrevistadas, la experiencia laboral ha puesto a prueba la capacidad de adaptarse y trabajar con otras personas, y de hacer algo que quizás no les gusta. Al principio no se habría tenido capacidad de reestructurarse, más aún considerando la falta de indicaciones oficiales que orientaran el proceso, lo que, junto con el aumento de la demanda de atenciones en salud, tensionó a los equipos de salud. Marzo se vivencia como un caos en el que no hubo tiempo de parar y gestionar personas. Pero con el tiempo, se fue agarrando el ritmo y adquiriendo una reestructuración: “*estamos más curtidos (...) ahora estamos mejor que al principio*”, “*vas aprendiendo a ensayo y error*”, “*con el tiempo, el equipo se fue estabilizando (...)*,”

adquirimos recurso físico (de protección sanitaria)” (Florencia). Con el tiempo se fueron solidificando nuevos criterios de funcionamiento y trazabilidad, protocolos de atención y nuevos equipos especializados.

Cuidar a los equipos de salud

Sin duda alguna, el nuevo contexto ha sido una experiencia límite para los equipos de salud, quienes han tenido que sortear múltiples dificultades y exigencias. En general, las enfermeras consideran que se han entregado muchas medidas de protección para los equipos de salud, por lo que las funcionarias/os/es se han sentido cuidadas del contagio. Florencia reflexiona que en salud son afortunados por tener suficientes EPP y un sueldo fijo, cuestión que en otros trabajos no se ha asegurado. No obstante, se reconoce que el riesgo es distinto trabajando en UCI, y también en salud pública respecto a la salud privada -compañeras/os/es se han contagiado de COVID y de otras enfermedades durante la pandemia. Así también, de acuerdo al Catastro de EPP del COLMED (2020), aunque las cifras fueron mejorando con el tiempo, en abril un 60.32% del personal de salud encuestado declaraba que faltaba algún implemento de protección personal, sobre todo en personal no médico ni enfermero.

Aunque en términos de riesgo de contagio hay una *sensación de estar cuidados*, y una convicción de *seguir cuidándose personalmente*, en lo que respecta a las exigencias laborales y a la salud mental, la experiencia de las enfermeras ha sido de mucha vulneración y desgaste. La experiencia de trabajo ha sido de agotamiento mental, físico y emocional: *“Estábamos colapsados y saturados”* (Florencia). La pandemia ha sido vivenciada como una ola que llegó. El ritmo de trabajo ha sido intenso; la alta demanda de atención, imposible de contener, y los recursos, insuficientes para cumplir ciertas expectativas. Se relata que en marzo había mil personas afuera del CESFAM esperando atención, y que deben realizar 70 llamadas telefónicas a la semana. La sensación de estar apagando incendios se agravaba con *el reseteo de información oficial* cada semana y luego, con la amenaza de un rebrote.

Si ya había malas condiciones en el trabajo de salud antes de la pandemia, durante la pandemia éstas se han complejizado. Las jornadas de trabajo se han intensificado significativamente, sin que haya nada legalmente establecido en lo que las funcionarias/os/es pudieran apoyarse. Y el dilema ético de paralizar las funciones a modo de protesta, dificulta poder exigir mejores condiciones en el trabajo en salud. El teletrabajo en salud es vivido

como 24/7, y no se manejan los tiempos por estar siempre de llamada. Desconectarse del trabajo es muy difícil, sobre todo por el gran sentido de responsabilidad que sienten las enfermeras. Florencia relata que tienen *“la responsabilidad de contener con lo que tenemos (...), todos estamos haciendo el mayor esfuerzo posible”, “en un momento todos teníamos que estar disponibles (...), no descansas si ves que está la escoba”*. En ocasiones no tenía ni tiempo para almorzar. Así también, para Fabiola pensar en volver al trabajo es fuente de angustias e incertidumbres, ya que las salas cunas cuentan con pocos cupos. Ambas enfermeras tienen compañeras/os/es que han tenido depresión en estos meses.

De esta manera, la flexibilización laboral va de la mano con una intensificación del trabajo y una auto-explotación de las trabajadoras/es (Yáñez, 2004), pues a pesar de que hay una mayor autonomía personal (y en este caso, colectiva) en el espacio laboral, el flujo tenso de trabajo genera un aumento de la carga mental, el estrés y los consiguientes efectos negativos sobre la salud mental de los equipos (Lozares et.al. 2013), efectos que son mayores en las mujeres (Universidad de Chile et.al., 2020).

A pesar de que ahora esté más validado que antes de la pandemia el necesitar parar, se espera que muchas funcionarias/es/os queden *reventadas y con licencia*. El estrés laboral, el fallecimiento de familiares de funcionarias/os/es, el lidiar con la angustia de las personas y con la muerte diariamente, el tener que cambiar la rutina y dejar de ver a sus hijos/es/as, y el sentimiento de impotencia han afectado profundamente la salud mental de las enfermeras y del personal de salud: los equipos de salud están cansados. Y Florencia especula que, trabajando en UCI y turnos de hospital, el desgaste debe ser aún mayor: *“Trabajar y rendir en este contexto es casi heroico”*.

Finalmente, aun reconociendo las dificultades y exigencias que han tenido que atravesar los equipos de salud, la idea de los trabajadores de la salud como “primera línea de la pandemia” es reflexionada y criticada. Florencia plantea que, a pesar de que entiende y respeta la idea de la primera línea de salud, para ella la *“primera línea está en Plaza Dignidad”*. Critica que, con este concepto, salud se ha llevado todo el protagonismo, cuando hay otros trabajadores/as que han estado igual o más expuestos/as que el personal de salud. Para la enfermera, las ollas comunes, feriantes, trabajadores/as informales, basureros/as,

profesores/as y todos quienes no pudieron hacer cuarentena y salieron a trabajar, son primera línea de esta pandemia. La primera línea, entonces, tiene que ver con la desigualdad.

Nuevas orientaciones del cuidado

La mirada sobre la salud y los cuidados sigue siendo amplia e integral: en contexto de crisis, la salud no sólo es comprendida desde el contagio y la enfermedad, sino que también en su relación con las condiciones sociales de vida de las personas. Pero ejercer el cuidado de manera integral se ve muy dificultado en la crisis social y sanitaria.

La APS, según Florencia, pasó de cumplir un rol de cuidados familiares y preventivos, a cumplir un rol de *gestionar ayuda* de diversos tipos (sanitaria, laboral, entre otras). Según su perspectiva, el cuidado de la salud ya no está en manos de las enfermeras o del CESFAM propiamente tal, sino que sobre todo está en manos de las personas y de las familias.

Si bien algunos sí creen que APS está cuidando, para Florencia en el contexto actual los CESFAM no lo están haciendo. Se percibe que el cuidado -entendido como *acompañar*- no se ha podido ejercer, y que gestionar información y dar indicaciones no es cuidar. El rol de continuidad del cuidado y de conocer y trabajar con las familias -característico de APS- se perdió. No hay tiempo para cuidar: el contexto no da para entregar una atención más personal, abordando distintos ámbitos de la vida de las personas, y tampoco hay contacto directo con los pacientes. “*Cuando todo esto decante y haya contacto presencial, se volverá al cuidado*”. Así, el cuidado directo cara a cara (Arriagada, 2012) es primordial para definir el cuidado como tal, mientras que el cuidado indirecto (gestionar ayuda) no lo sería tanto.

Por otro lado, se relata que ahora en lo único que se puede pensar es en el virus, por lo que se han postergado atenciones a personas enfermas crónicas a quienes desde el CESFAM mantenían compensadas. Pero a pesar de que la orientación del cuidado se ha transformado y ha tenido dificultades, se resalta que el personal trata de acompañar a través de controles telefónicos a usuarias/es/os y que, aunque no estén cuidando propiamente tal, su rol no ha sido menos importante. Incluso, se percibe que las personas han sido más receptivas con las atenciones realizadas y reconocen más los cuidados que como equipo brindan.

Rol social personal durante la pandemia

Al conversar sobre los distintos roles que han desempeñado durante la pandemia, las enfermeras fueron identificando tareas sociales de cuidado en su trabajo y en su círculo cercano que, en mayor o menor medida, habían pasado por alto. Para ellas, la experiencia ha sido de *aportar desde tu lugar*. Dentro del espacio laboral del CESFAM, Florencia llevó a cabo diversas tareas de cuidados y gestión: entregar medicamentos, vacunar a domicilio, realizar exámenes, visitar residencias de adulto mayor, contactar a pacientes y sus familiares, informar a la población usuaria y recibir inquietudes de funcionarias/os como parte de su cargo en la Asociación de Funcionarias/os del consultorio. Así, las actividades de cuidado que desempeñaba se diversificaron en comparación a lo que realizaba antes de la pandemia, aunque para ella la mayoría de estas tareas no son cuidados propiamente tal. Existe una valoración del rol que colectivamente han cumplido como equipo y CESFAM, y una sensación de tranquilidad con su desempeño personal como trabajadora: *“me siento bien con el hecho de estar y aportar”*.

Fabiola, quien ha estado con postnatal durante la pandemia, relata que al principio tenía el *“pensamiento romántico de querer estar”*. Y aunque no ha podido desempeñarse como enfermera en su lugar de trabajo, sí reconoce que ha cumplido un rol de *contención emocional a sus colegas*. Para ella, la forma de aportar que tiene disponible desde su escenario es conversar y contener a sus compañeras/os/es de equipo, quienes consideran valioso que ella esté ahí presente. Ella y tres enfermeras más que estaban con postnatal han estado *detrás de cámaras* acompañando y conteniendo a sus compañeras/os/es, generándose una red de cuidado. Aunque contener emocionalmente es importante, siente que a veces se le quita el valor, y que incluso ella misma lo ha hecho.

Por otro lado, Fabiola siente que no ha podido aportar como enfermera. Pero al conversar sobre sus relaciones con su familia y círculo cercano, la trabajadora relata cómo le ha *tocado ser “teleconsulta” de sus familiares y amistades*, a quienes enseña medidas preventivas y ayuda a discernir. No sólo ha educado a su círculo cercano, sino que también ayudó a su pareja a crear protocolos y medidas de protección para su empresa familiar. Por otro lado, le ha *tocado el rol de ser la que dice que no* a las visitas familiares, lo que daría cuenta de que, como enfermera, tiene una autoridad específica sobre las decisiones del hogar, aunque

es un rol que no le gusta tener. Así, aunque le ha tocado estar fuera del hospital, Fabiola ha ejercido sus conocimientos y habilidades como enfermera en otros escenarios.

Finalmente, el rol de cuidados principal que ha desempeñado Fabiola ha sido el *ser madre*¹¹. Para la enfermera, en este escenario le ha tocado cuidar a otro ser *más vulnerable* y que *sólo la tiene a ella*, por lo que su *cabeza está puesta en su bebé pequeño*. Cualquier pensamiento romántico de querer estar y aportar en el hospital pasa a segundo plano, pues entiende que en su situación sería muy riesgoso trabajar. El ser enfermera le ha ayudado en su maternidad para identificar síntomas de enfermedades, sin embargo, su percepción general es que ha sido un *“desastre como enfermera con su hijo”*.

Dentro o fuera de los establecimientos de salud, el rol social que han cumplido las enfermeras ha implicado estar *disponibles 24/7*. Ya sea en el trabajo en el consultorio, en el teletrabajo, o en el trabajo de cuidados en el hogar como madre, amiga, hija o hermana, la sensación es de estar conectadas todo el tiempo, pues es algo que *“tienes que hacer nomás”* (Florencia): el trabajo de cuidados no para.

Las enfermeras reconocen límites en el aporte personal que pueden hacer desde su lugar, límites que son aceptados con *resignación* o que bien son fuente de sentimientos de *frustración, impotencia* e incluso *desesperanza*. Se trata, pues, de ayudar en lo que más puedan, sabiendo que *hacer de todo no es suficiente*. Hay una sensación de resignación a seguir haciendo lo mejor individualmente, aunque sabiendo que ya no está en sus manos. *“Yo ya me relajé (...), ya no está en mi poder que esto no empeore”*: Florencia plantea que no pretende curar el COVID ni decirle a la gente que no salga, y expresa que hacer bien su trabajo *“no asegura que la situación no empeore”*.

A nivel personal, para las enfermeras la pandemia ha sido un escenario muy difícil. Al reflexionar sobre sus principales emociones y preocupaciones, ambas coinciden en que la experiencia ha sido una *montaña rusa de emociones* entre el bombardeo de información, de preocupaciones y la incertidumbre de lo que va a pasar. Aunque ambas consideran que ahora están mejor y más adaptadas en su rutina que en un principio, los altibajos emocionales y el

¹¹ Más adelante se analiza en profundidad la experiencia de ser (o no) madre trabajadora y enfermera en tiempos de crisis social y sanitaria.

cansancio son protagonistas de su estado de ánimo. *“Puedes estar en la máquina y después viene el bajón”, “a veces ando con menos ánimo”* (Florencia); *“he tenido momentos y momentos”, “he llorado mucho”, “me ha costado conectarme conmigo”* (Fabiola).

Aunque se reconoce que les ha tocado un escenario difícil, al mismo tiempo se considera que la situación personal es mucho mejor comparando con la situación de otras personas: *“nosotros estamos bien”, “estas son penas del encierro (...) por último triste pero segura”, “a compañeros les han pasado más cosas que a mí”* (Fabiola); *“hay personas que lo han pasado peor”, “yo me quejo de llena”* (Florencia). Esto puede vincularse con el sentido de responsabilidad de las entrevistadas de cuidar y estar para el resto, sentido de sacrificio y entrega (Aspiazu, 2017) incluso anterior a la pandemia. Fabiola siente que *siempre está para el resto*, pero que cuando se trata de recibir cuidados, le *“cuesta mucho pedir ayuda”*.

Nuevos significados del hogar

El hogar, espacio político clave para comprender las opresiones y resistencias de las mujeres dentro de un sistema neoliberal patriarcal, ha sido un escenario de transformaciones y nuevas tensiones en la vida de las enfermeras durante la pandemia. El encierro y aislamiento, el teletrabajo, el trabajo doméstico y la maternidad generan nuevas – y profundizan antiguas – formas de las enfermeras de habitar y sostener el hogar.

El teletrabajo es vivenciado como una experiencia de *total disponibilidad* en la que los significados del hogar cambian completamente. Florencia relata que, anteriormente, el *“mundo del trabajo no entraba a tu casa”*, pero con este nuevo régimen de trabajo, las fronteras entre casa y trabajo se diluyen y el *poder de manejar los tiempos se va perdiendo*. Florencia se siente más activa y disponible cuando trabaja fuera de casa, y el teletrabajo ha sido una carga muy demandante. La experiencia sería aún más complicada para las compañeras madres, quienes *“odian el teletrabajo”* por lo difícil de cuidar a los hijos/as/es al mismo tiempo que trabajar para el CESFAM desde casa.

El teletrabajo, además, exige un cambio de rutina profundo del hogar y los hábitos y horarios de las trabajadoras. *“Con el teletrabajo, la casa perdió la sensación de desconexión y relajación”*, relata Florencia, y con esto, es más difícil que el hogar se constituya como un espacio para el autocuidado: *“En casa era pega, tele y dormir”*. Las enfermeras no han

tenido espacios para sí mismas ni tiempo para el esparcimiento, debido al cansancio intenso que experimentan. Tampoco se tiene espacio para descansar: el tiempo “libre” en general es aprovechado para realizar trabajo doméstico o para cuidar y disfrutar con el hijo. Fabiola reflexiona que no es sólo que no pueda *hacerse el tiempo*, sino que *no se lo permite*: si intenta bailar en su casa (su hobby favorito), no lo hace porque le dan ganas de estar con su hijo.

En pandemia, entonces, el hogar es aún más un *espacio de trabajo*: remunerado y no remunerado. El trabajo doméstico sigue recayendo sobre las mujeres: en agosto de 2020, un 38% de los hombres dedicó 0 horas al trabajo doméstico y un 57% dedicó 0 horas al cuidado de niñas/es/os (Alonso, 2020). La carga de trabajo doméstico y de cuidados se ha intensificado, aumentando las tareas de asear, cocinar, cuidar al hijo y además limpiar mercaderías y desinfectar el hogar. Y también, aumenta el tiempo de trabajo. Fabiola dice: “*Como que no terminas nunca*”, “*no alcanzo a hacer nada*”, “*son muchas tareas domésticas y a veces no hago algunas*”. A diferencia de ella, para Florencia, su carga de trabajo del hogar no ha aumentado tanto, pues reflexiona que ella no está encargada del cuidado de familiares, no es madre, vive con su pololo y no tiene “*una casa que mantener*”.

Los contratos de género de la división sexual del trabajo (Carrasco, 2013; Federici, 2013) son parte de la experiencia de las enfermeras. Fabiola considera que es muy perfeccionista y *obsesiva* con el trabajo. Antes de la llegada de su hijo, cuenta que era *terrible* hacer las cosas de la casa, pues Vicente, su pareja, *estaba acostumbrado a que le hicieran todo*, relacionado a la irresponsabilidad privilegiada (Tronto, 2013), y ella *acostumbrada a hacer todo*. Pero con la llegada de su hijo y en la pandemia, el contrato de género se flexibilizó hacia una organización más igualitaria: “*al principio nos repartimos las tareas super bien*”, “*ha sido un poco caótico, pero hemos podido organizarnos bien*”. Sin embargo, la necesidad de que su pareja salga a trabajar vuelve a dificultar una repartición igualitaria. A Fabiola le da “*lata que Vicente llegue del trabajo a seguir trabajando*”, aunque reconoce que no hay otra forma de hacerlo. Cabe destacar que ella también pasa todo el día trabajando en cuidados y tareas domésticas, pero no lo nombra como trabajo propiamente tal, lo que podemos vincularlo con la idea de los cuidados como obligación, fundados en el amor y menos visibles como trabajo (Guimaraes, 2020).

Las redes de apoyo al trabajo doméstico también se vieron afectadas con el contexto. Fabiola cuenta que antes tenían a “*alguien que nos ayudaba en la casa*” (una trabajadora de casa particular), pero que, debido al riesgo, no pudieron seguir contratando. Durante la pandemia, la madre de Fabiola vivió por tres meses en su hogar para ayudarla, la ayuda fue un alivio, sobre todo en las *cosas de la casa*. Cuando su madre retornó a su propia casa, Fabiola relata que le costó mucho enfrentar el trabajo doméstico siendo madre: le preocupaba desde cómo organizar el aseo hasta cómo lo iba a hacer para tener tiempo para comer.

A este respecto, el apoyo de su pareja y padre de su hijo fue esencial: “*Vicente me tranquiliza y me sube el ánimo*”, “*Vicente me daba almuerzo*”, “*me ayudó a tener tiempo de ensayo para bailar en un evento*”. Dentro del hogar, Fabiola busca seguridad en su pareja, además de sentirse tranquila porque “*mi hijo con mi pareja está super bien*”. La preocupación de que su pareja volviera al trabajo era muy grande: “*cuando está el Vicente, está todo bien. (...) ¿Cómo lo iba a hacer sola?*”. El equilibrio que se logra alcanzar en el trabajo doméstico y de cuidados es precario y vulnerable, y la amenaza de *quedarse sola* cuidando y sosteniendo el hogar está presente en toda la experiencia de Fabiola durante la pandemia.

Además, que la pareja volviera al trabajo significaba un *riesgo para el contagio de su pareja, de ellos como padres y de su hijo*. En pandemia el hogar ha significado un espacio de seguridad contra el contagio, que puede verse amenazado y que hay que proteger. En general las enfermeras sienten que están seguras en su casa (se cuidan *en el hogar*) y tienen protocolos sanitarios de cuidado (cuidan *al hogar* y la familia): las visitas no son confiables.

En el caso de Fabiola, la preocupación por la seguridad es mucho más presente, vinculada a su preocupación por su hijo. Siente una responsabilidad de poner límites al hogar y ser cuidadora, pero al mismo tiempo le incomoda ser quien dice que no: “*Que venga gente es exponer a mi hijo*”, “*tengo que decidir si es seguro y confiable que vengan*”. Así también, *salir del hogar* es vivenciado como riesgoso: “*me da un poco de miedo ir a la plaza, es muy riesgosa por los juegos*”.

Finalmente, el encierro ha sido muy significativo para las enfermeras y ha aumentado la sensación de *soledad*. “*El encierro ya es demasiado* (Fabiola). Aunque en general las enfermeras se sienten cómodas estando solas e incluso, para Fabiola, al principio fue un

alivio el aislamiento para poder vivir su maternidad de forma más íntima y protegida, con el tiempo se fue haciendo muy difícil: *“Llega un punto en que necesitas socializar (...) ver a tu familia y amigos”, “me gustaría que mi mamá viviera cerca y que fuera seguro ver a mi familia”*. Para Fabiola ha sido especialmente difícil, pues aunque conversa con sus colegas, relata que a veces se siente sola: la gente está ocupada y a veces no le contestan, le habla a su hijo pequeño que no contesta, hablar sola le va afectando y le cuesta mucho pedir ayuda.

Maternidad y cuidados familiares en pandemia

La crisis social y sanitaria pone un nuevo escenario para la maternidad ya que, en pandemia, las nuevas condiciones sociales, laborales y del hogar profundizan algunas tensiones entre los cuidados no remunerados realizados en el hogar, y los cuidados remunerados realizados en el mundo del trabajo. La temática de la maternidad y los cuidados familiares no se abordó en la primera fase de entrevistas, pero en las segundas entrevistas realizadas durante la pandemia, esta temática se pudo abordar con mayor espacio y fluidez.

Las participantes vivían dos escenarios diferentes. Florencia no está cargo del cuidado de familiares, por lo que considera que a ella le ha tocado “más fácil”. Sin embargo, está pendiente de si sus papás necesitan ayuda con el cuidado de su hermano, quien tiene una discapacidad física. Fabiola, por su parte, tuvo a su hijo en febrero del presente año, por lo que durante la pandemia ha estado con postnatal y con licencia por enfermedad de hijo menor de un año. Para Fabiola, ser mamá ha ido bien, pero también ha sido muy difícil.

Ser madre y trabajadora remunerada

“Es complicado trabajar siendo madre” (Fabiola).

Las dificultades para conciliar los cuidados como madres y el trabajo de cuidados remunerado como personal de salud se han profundizado en la crisis por la pandemia del COVID-19. Las entrevistadas relatan lo difícil que ha sido para sus compañeras madres el teletrabajo, y cómo tienen colegas que han tenido que cambiar toda su rutina, dejar de ver a sus hijos/as/es e irse a vivir solas. Por otro lado, aunque se esté con postnatal, algunas enfermeras siguen muy conectadas con el trabajo. En el caso de Fabiola: *“quienes nos quedamos con bebés estamos detrás de cámaras (...). Contenemos a nuestros colegas”*. Los

cuidados maternos/familiares y los cuidados profesionales en salud se solapan y se ejercen casi simultáneamente, en el mismo espacio: el hogar.

Fabiola ha podido tomar su postnatal pagado con normalidad. En un período sintió mucha incertidumbre debido a que el gobierno no aprobaba una extensión del postnatal de emergencia, que recién a fines de julio de 2020 fue aprobado. Como su hijo fue diagnosticado con una alergia alimentaria, obtuvo una licencia por enfermedad de hijo menor de un año que le dio una mayor protección respecto al temor de volver a trabajar y contagiarse -aunque la alergia alimentaria ha sido muy complicada para ella. Relata que mientras avisara el tema de la licencia a sus jefes, no tenía problemas en el trabajo.

Sin embargo, sus compañeras madres que han quedado embarazadas o han retornado al trabajo han tenido dificultades específicas y sufrido discriminaciones. A junio de 2020 el COLMED había recibido 9 denuncias de médicas embarazadas cuyos prestadores se negaron a liberar de sus funciones presenciales (COLMED, 2020). Pocos cupos en sala cuna, cambios arbitrarios de servicio al reincorporarse al trabajo, y mayores trabas para acceder a cargos de más jerarquía son algunas de las dificultades que han sorteado las compañeras embarazadas/madres de Fabiola en este escenario de pandemia.

Redes de apoyo al cuidado familiar

Para Fabiola vivir su maternidad más sola y en familia es valorado, ya que muchas veces el resto de la gente opina, critica y cuestiona su forma de ser madre. Pero también para ella ha sido importante contar con el apoyo de su pareja y padre de su hijo, su madre y la pediatra. Su pareja es un apoyo principal. La enfermera valora el desempeño de su pareja como padre, lo que le genera confianza: *“el Vicente lo cuida tal como yo”, “mi hijo está super bien con el Vicente”, “la crianza del Vicente es más relajada”*. También valora el apoyo emocional que su pareja le entrega, y su compañerismo para que ella pueda tener algunos espacios para sí misma: *“el Vicente dormía al Dani para que yo pudiera ensayar (bailar)”*. Su pareja le da seguridad, pero él no puede quedarse en casa cuidando junto a ella porque tiene que salir a trabajar para sostener su microempresa familiar.

Tanto Fabiola como los padres de Florencia, contaban con el apoyo de una trabajadora de casa particular o una cuidadora remuneradas. Por la pandemia, las trabajadoras no pudieron seguir trabajando en sus hogares, por lo que la carga de trabajo doméstico y de cuidados en

el hogar aumentó. Los cuidados están privatizados (Batthyányi, 2015): antes recaían en las familias y su capacidad de pago, y en la actual crisis recaen sólo en las familias. Para Fabiola, su madre fue un apoyo muy importante, se fue a vivir con ella por tres meses y la ayudó mucho en la casa y con su hijo. Sin embargo, su ayudaba también generaba tensiones.

Con su madre se insegurizaba más y sentía más culpa: “*en vez de relajarme, me preocupaba más*”. Su madre se preocupaba por “*cualquier cosa*”, la responsabilizaba de los problemas de su hijo (estornudos, problemas de sueño, etc.), y muchas veces tenían ideas contrapuestas sobre cómo criarlo. Las diferencias *empeoraban con el encierro*, y con Vicente “*queríamos hacer las cosas a nuestra manera*”, por lo que sintieron que llegó un momento en el que la ayuda de su madre todos los días ya no era necesaria.

Sobre los cuidados de salud, Fabiola siente que ha sido un *desastre como enfermera con su hijo*. Aunque se dio cuenta de que Daniel tenía alergia alimentaria gracias a sus conocimientos como enfermera, precisa que con su hijo “*no soy la enfermera, soy la mamá*”, duda todo, necesita que le confirmen lo que sabe y le digan que lo está haciendo bien. En esto, la pediatra ha sido fundamental: en ella, Fabiola busca seguridad y reafirmación.

Por último, otra red de apoyo al cuidado que sería fundamental para planificar el retorno de Fabiola a su trabajo, es la sala cuna del hospital. Como trabajador independiente, su pareja no cuenta con sala cuna, y la sala cuna del hospital, aunque ya volvió a funcionar, cuenta con pocos cupos sólo para quienes no tienen con quién dejar a sus hijos. Además de ser pocos cupos, la sala cuna del hospital es vista como un riesgo para la salud de su hijo. Aunque están *tratando de ver las posibilidades de cuidado de su hijo* y si podrían contratar a alguien, Fabiola cuenta que “*tristemente tendré que ocupar la sala cuna*”.

Exigencias y preocupaciones de ser madre

“*Me siento mamá todo el rato*”: Para Fabiola, su hijo es su primera y más importante prioridad. Su hijo es un ser más vulnerable que la necesita, pero también estar con él es algo entretenido para ella: “*no me quiero perder nada de mi hijo. (...) Estoy en el living, lo escucho reír y voy a verlo*”. Estando dentro del hogar, es difícil poner límites y separarse de su hijo, y considera que sin pandemia ella podría salir más tranquila sin su hijo.

“La maternidad es súper culposa”: la culpa es una emoción muy frecuente en la experiencia de Fabiola como madre. Desde la culpa que sentiría si lo contagiara, a la culpa por cometer errores, sentir cansancio y hasta dolor físico por cargarlo. Vinculado a la culpa, siente que no se permite mucho hacerse tiempo para sí misma. Sin embargo, ha podido hacerlo en alguna ocasión con el apoyo de su pareja en los cuidados: *“me sentí más yo. Me sentí no sólo mamá. Me sentí siendo yo-mamá”*.

“Ser mamá es una montaña rusa de emociones”: El amor y el disfrute, el cansancio por la alta demanda de cuidados, el no conectarse consigo misma, la soledad y la culpa. Sumado a esto, el miedo de contagiar a su hijo es una preocupación que atraviesa su experiencia de maternidad durante la pandemia, además de la preocupación por criar lo mejor posible dentro de las dificultades del contexto: *“me preocupa que mi hijo no sociabilice (...), que no vea el mundo”*, *“estoy pendiente de que a mi hijo no le afecte tanto”*.

“Volver al trabajo es un tema complejo”: Fabiola reflexiona que sin pandemia ella ya habría vuelto a trabajar, pero en el actual contexto, la preocupación y el miedo son mayores. No sólo el riesgo de contagiar a su hijo, sino también la inminencia del rebrote y la conciencia de lo difícil que ha sido para sus compañeras madres reincorporarse al trabajo, influyen en que Fabiola se cuestione si volver o no al trabajo, y cuándo: *“no tienes seguridad de nada”*.

No ser madre

Aunque no seas madre, la maternidad es un asunto que impacta en la experiencia laboral como enfermera trabajando en un centro de salud, y que en pandemia se hace sentir con más fuerza. Florencia se sintió muy afectada cuando estuvo trabajando en modalidad de teletrabajo. Pudo hacer gestiones con su jefa para volver en una modalidad presencial de lunes a viernes sin turnos de teletrabajo, lo que significó una mejora importante para su calidad de vida y desempeño laboral durante la pandemia. Pero al comparar su situación con sus compañeras que son madres, considera que a ella le ha tocado mucho más fácil, reconoce a sus compañeras que cuidan hijos/as/es o familiares y lo difícil que ha sido para ellas.

Pero ser “soltera” (no casada) y no tener hijos ha significado una mayor exigencia laboral como mujer trabajadora. La enfermera relata que los cambios de turno suelen *“tirárselos a las solteras y sin hijos”*, por lo que hay una exigencia propia de la organización del trabajo

en salud que cae sobre ella. Y así también, desde un sentido de compañerismo y empatía, hay una autoexigencia internalizada: “*como una no tiene hijos, cubre a las que sí*”. Para Florencia es entendible que las personas solteras y sin hijos tengan más carga, sin embargo, significa una presión que las pasa a llevar. No tener que cuidar a otros/as/es es representado en su experiencia como no tener nada que hacer: “*Ya, yo lo veo, si total no tengo nada que hacer. Y puta, en verdad querís no tener nada que hacer*”. De esta manera, el *no ser madre* significa estar aún más disponible para el trabajo. Cabe preguntarse si en el caso de los hombres, la paternidad sería un factor relevante en la carga de trabajo y los cambios de turnos, y si sienten la misma exigencia personal de cubrir a las compañeras madres y padres.

REFLEXIONES FINALES

La presente investigación ha tenido por objetivo analizar las *representaciones sociales* sobre los *cuidados* que construyen las enfermeras que trabajan en servicios de salud metropolitanos. Para esto, se analizó la manera en que las enfermeras definen el concepto de cuidados antes y durante la pandemia; las funciones, valoraciones y distribución de las prácticas laborales de cuidado que realizan en sus lugares de trabajo; las representaciones sociales de género asociadas a la labor de la enfermería y a las representaciones sobre los cuidados en general, y sus representaciones y experiencias sobre la crisis social y sanitaria del COVID-19.

Definiciones del concepto de cuidados

Las enfermeras comprenden el cuidado de una manera amplia, con múltiples significaciones: protección y seguridad, acompañar, prevenir, educar, continuidad, cuidado familiar, entre otras. El cuidado es el conjunto de actividades que se realizan para asegurar las necesidades y el mayor bienestar posible de las personas, en los diversos ámbitos físico, psicológico, emocional y social. Cuidar es fundamental en nuestra sociedad: todas las personas necesitamos cuidados en distintos momentos de nuestras vidas, y todas podemos cuidar. En salud, toda acción está ligada al cuidado. Este implica establecer un vínculo con las personas, comprendiéndolas en su diversidad de necesidades, lo que requiere una mirada integral y

flexible sobre lo que aproblemata a las personas. Este vínculo se mueve entre formas más horizontales y formas más verticales y paternalistas de relacionarse.

Como se observa en el relato de las entrevistadas, y acorde a lo que plantea Carol Thomas (2011), los cuidados son un concepto más empírico que teórico, pues su definición varía según el contexto en el que se ejerce, y las relaciones de cuidado que se establecen. Los cuidados en salud no se restringen a los establecimientos de salud: existen cuidados de salud institucionales y extra institucionales (caseros, familiares, comunitarios), con distintos contextos y características. En APS el cuidado es definido sobre todo desde las ideas de acompañar, prevenir, educar, tener una mirada amplia e integral y cuidar a las familias y comunidades, desde relaciones más horizontales. Por su lado, en hospital, el cuidado se asocia más a la idea de protección y seguridad enfocada 100% en los pacientes y en sus patologías, y las relaciones son menos personales y un poco más jerárquicas.

Así también, al analizar las representaciones sobre cuidar durante la pandemia, podemos ver que sus significados se van ajustando a nuevos contextos y problemáticas. Como se planteó en las hipótesis, las representaciones sobre la orientación e importancia del cuidado durante la pandemia se modificaron. Se mantiene una mirada integral sobre la salud y los cuidados, entendiéndolos no sólo en torno al contagio y la enfermedad, sino también vinculados a las condiciones sociales de vida de las personas, en un sentido ético y político (Tronto, 2013), pero esta mirada no se ha podido ejercer. APS pasó de cumplir un rol de cuidados familiares y preventivos a un rol de gestionar ayuda de diversos tipos, lo que no es lo mismo que cuidar. Se ha perdido el rol familiar, de continuidad y de acompañar que caracterizaba a APS, pues se ha perdido la posibilidad de contacto directo con las personas. Además, el cuidado se ha restringido fuertemente a las problemáticas del COVID, postergándose otras necesidades.

Por otro lado, se planteó como hipótesis que, durante la pandemia, el protagonismo de la labor de cuidar en salud se fortalecería. Sin embargo, al menos desde la realidad del CESFAM, el cuidar ha perdido fuerza frente a las labores de gestionar ayudas e informaciones, y el cuidado de la salud ha pasado a estar más en manos de las personas, familias y comunidades que de los establecimientos de APS. Sobre el cuidado en hospitales, lamentablemente, no se pudo profundizar mayormente.

Otra de las hipótesis de la investigación era que los cuidados se definirían como una labor complementaria a la medicina, y como un ámbito de competencias y de poder propio de la enfermería respecto de otras ocupaciones, en un contexto de relaciones laborales fuertemente jerarquizadas. La enfermería sí es definida como complementaria a la visión de médicos/as/es, asistentes sociales, TENS, etc. Sin embargo, podemos ver que, en la experiencia de las enfermeras, aunque *todo en enfermería es cuidado, no todo el cuidado de salud es de enfermería*. El cuidado no se restringe a la enfermería, sino que es una red, una telaraña, una cadena de la que todo el equipo de salud es parte, con sus enfoques particulares. El enfoque específico del cuidado desde la enfermería es un enfoque global e integral, educativo y de gestión del cuidado. Esto requiere conocimientos técnicos, habilidades como ser metodológicas, la empatía, el trabajo en equipo y el interés y la vocación por cuidar.

Funciones, valoraciones y distribución de las prácticas laborales de cuidado

Cuidar es un trabajo, un conjunto de actividades; y estas son diversas y tienen diferentes objetivos y enfoques en hospital que en APS. Respecto a la organización del trabajo, cada espacio institucional tiene sus propias dinámicas y estructuras acorde a la población que atienden y los tipos de cuidados que proporcionan. En algunos casos, se considera que las tareas están bien distribuidas y claras, mientras que, en otros, sobre todo en hospital y en la unidad de procedimientos del CESFAM, se percibe que la gestión podría ser mejor.

En ambos espacios, el trabajo en equipo es fundamental, pues el cuidado debe ser colectivo, aunque se percibe una mayor horizontalidad en el trabajo cotidiano en APS que en hospital, donde hay mayores jerarquías. Se percibe que la toma de decisiones es más jerárquica, pues se hace desde arriba, aunque también hay algunas reuniones e instancias participativas. En ocasiones hay desentendimientos y conflictos con las jefaturas y la orientación del cuidado que impulsan, así como también hay una tensión con el tener que cumplir las metas sanitarias exigidas por el ministerio.

Podemos reflexionar que este escenario de mayor horizontalidad, coordinación y poder de decisión dentro de los CESFAM incidió positivamente en la manera en que los centros de salud de APS enfrentaron la pandemia del COVID-19. En la opinión de las enfermeras, ante un manejo central errático, desordenado y ausente, se generó una respuesta local de

autogestión de los CESFAM, quienes establecieron sus propios criterios para reorganizar el trabajo de cuidados en salud en contexto de pandemia, atendiendo a las realidades de cada centro y su población. En sintonía con las hipótesis de investigación, en los espacios de trabajo las barreras entre ocupaciones se diluyeron un poco más, y las jerarquías se flexibilizaron hacia relaciones más colaborativas y horizontales: mayor rotación de funciones, nuevos equipos especializados y jefaturas provisorias.

La experiencia de sobrecarga laboral previa a la pandemia es importante, y se percibe más intensa en hospital y en la unidad de procedimientos del CESFAM, donde hay un flujo tenso de trabajo (Lozares et.al. 2013), en que los ritmos de trabajo son más contingentes y demandantes. Es mucha carga laboral y hacen falta más recursos humanos para la atención. A diferencia de lo que se tenía como hipótesis, en CESFAM no se percibe una mayor sobrecarga en las enfermeras/os/es ni en las mujeres, sino en el personal en general y en el personal médico, que tiene menos tiempo para atender.

No sólo los tiempos de atención, sino que también los tiempos para el trabajo administrativo no son suficientes. Esto es particularmente problemático, pues lo que no se registra queda invisible, y muchas tareas de gestión de cuidado no son registrables. Así, el trabajo de gestión es más invisibilizado y menos reconocido que otras labores de cuidado que se realizan, en sintonía con la idea de opacidad de los procesos de trabajo de Lozares et.al. (2013).

Por otro lado, aunque en general se considera que hay un buen clima laboral, los roces humanos son parte de la relación laboral entre el equipo, que muchas veces tienen que ver con la falta de normativa y distribuciones claras de las tareas, y problemas de integración y delimitación de las labores de cada ocupación dentro de los equipos. En el espacio de lo no normado, se generan dudas sobre las labores de cada quién, que se resuelven según criterios personales, pudiendo reproducirse desigualdades de género y jerarquías entre ocupaciones.

En hospital, un espacio un poco más jerarquizado, se vivencian mayores situaciones de conflictos y tensiones en los que las enfermeras se sienten poco valoradas, como: conflictos con las jefaturas, jerarquías entre médicos y enfermeras, situaciones de maltrato, violencia y acoso sexual por parte de médicos hacia enfermeras y arsenaleras. Trabajar con miedo, sentirse tonta y “estar para los mandados” son parte de la experiencia laboral. En contextos

institucionales, la violencia no sólo está imbricada en las relaciones de cuidado entre quien recibe y quien cuida (Kelly, 2017) sino también en las relaciones entre cuidadoras/es.

En general, las enfermeras sienten que su trabajo es valorado. De quienes reciben mayor reconocimiento es de las/os/es pacientes, aunque también las personas muchas veces se molestan y critican su labor, debido a limitaciones del sistema de salud -del que las trabajadoras son la cara visible. En general se reconoce un poco más al personal médico, y a veces la gente confunde a las enfermeras con doctoras. Por otro lado, se tenía la hipótesis de que las enfermeras sentirían poco reconocimiento por parte de jefaturas y sus superiores, lo que pudo observarse parcialmente: algunas sienten que éstas sí reconocen su trabajo y su carga laboral, mientras otras sienten que no lo reconocen y que reproducen desigualdades entre hombres y mujeres y entre estamentos. Entre pares, en general se percibe gran reconocimiento mutuo de las labores que se realizan, aunque en la unidad de procedimientos las relaciones son más complejas y se percibe menor valoración y reconocimiento mutuo. La valoración y el reconocimiento son importantes, pues reafirma la decisión de ser enfermeras y el sentimiento de que su trabajo no es en vano. La vocación y motivación son muy importantes para trabajar cuidando, pues inciden en la atención que se da.

Representaciones sociales de género

La identificación de la enfermería como profesión del cuidado es compleja y matizada en la experiencia de las enfermeras. Aunque en enfermería todo es cuidado, no todo el cuidado en salud lo realiza enfermería. Contrario a lo que se tenía como hipótesis, las actividades de cuidado no se definen como un ámbito exclusivo de la enfermería. Lo que sí caracteriza a la enfermería es el enfoque global, educativo y la gestión del cuidado. Así, como ya se mencionó, las enfermeras describen algunos conocimientos y habilidades que son necesarios para ejercer la enfermería, dentro de los cuales las habilidades blandas, específicamente la empatía, son las más importantes.

Se reflexiona que hay habilidades que vienen de la crianza. No todas las personas tienen habilidades blandas como la escucha o la empatía, lo que se relaciona con la idea de “habilidades innatas” que suelen asociarse a “lo femenino” (Aspiazu, 2017). Sin embargo, también se considera que las habilidades blandas se pueden trabajar y practicar, y que *no tienen que ver con el género*, sino con la historia y aptitudes personales de cada quien. Así,

contrario a lo que se esperaba, habilidades como la empatía no son consideradas del todo talentos inherentemente femeninos ni son naturalizadas o invisibilizadas: más aun, para las enfermeras las habilidades blandas son fundamentales dentro de las competencias profesionales de la profesión, y dentro de lo que entienden por cuidar.

En un sentido general, se considera que hombres y mujeres tienen las mismas habilidades y pueden hacer lo mismo, y se reconoce de manera crítica que las habilidades blandas muchas veces se atribuyen automáticamente a las mujeres. Pero junto con esta resignificación social de los cuidados y la enfermería (Pavéz, 2013), y esta visión más crítica de las representaciones de género asociadas al cuidar, también se considera que existen algunas diferencias. Se habla de que las habilidades blandas (empatía y sensibilidad) son un “lado femenino”, que los hombres tienen (o no) más desarrollado, así como hay mujeres que no les interesa cuidar. También se considera que hay diferencias en el desempeño laboral y en los enfoques de enfermeros y enfermeras, y que los enfermeros ganan más dinero.

Se valora como un gran avance el que la enfermería ya no es una carrera femenina, lo que va de la mano con los tiempos y con la visibilidad del feminismo. Antes era femenina porque sólo se permitían mujeres y porque lo servicial y el cuidado se consideraba “pega de mujeres”, pero ahora ya no hay áreas estrictas de hombres y de mujeres. Se reflexiona críticamente sobre la existencia de ideas preconcebidas sobre el cuidado y las mujeres que han distribuido roles, manteniendo un sistema machista. Pero hay una escisión entre el hacer y el pensar la profesión y la feminidad, una tensión entre la profesionalización y la naturalización del quehacer de la enfermería (Pavéz, 2013).

Hay un tema generacional sobre estas ideas, pues serían sobre todo las profesoras antiguas las que hacían diferencias entre hombres y mujeres, y tendrían resquemores hacia los enfermeros. También serían las jefaturas y médicos mayores quienes tendrían un trato y valoración más desigual con las enfermeras y mujeres, lo que ocurre sobre todo en hospital -quizás influye que en los CESFAM no hay (o sólo hay un) enfermero.

Vinculado con lo anterior, a diferencia de APS en que en general las enfermeras no se sentían más sobrecargadas por ser mujeres, en hospital sí se vivencia una mayor carga sobre ellas. Pero esto quizás no tiene que ver tanto con que las tareas de cuidado sean invisibilizadas,

sino con la diferencia de poder entre hombres y mujeres (y entre médicos mayores y mujeres) que persisten a pesar de las transformaciones en las representaciones sobre género y cuidados. Las tareas que sí quedan más invisibles son las tareas de gestión del cuidado y las labores administrativas. Estas tareas no tienen el tiempo suficiente para realizarse y muchas veces no son tareas registrables en papel, por lo que se invisibilizan y quedan en la opacidad (Lozares et. Al. 2013). Pero esto es relacionado con problemas del sistema de salud y de la administración de las jefaturas, más que con cuestiones del trabajo cotidiano.

Vinculado a lo anterior, en la experiencia de las mujeres se suma una carga específica: el maltrato y el acoso sexual. Esto sólo se relata en hospitales, donde podríamos pensar que tiene que ver con que hay relaciones más jerárquicas. Ante el maltrato y el acoso sexual, aparece la exigencia de *ganarse el respeto*. Estas situaciones de desigualdades y violencia son más naturalizadas por compañeras mayores, pero en general son cuestionadas y resistidas por las mujeres trabajadoras que, desde distintas estrategias colectivas e individuales, les hacen frente.

Representaciones y experiencias de la crisis sanitaria por COVID-19

La pandemia por COVID-19 es representada como una crisis sanitaria y social por las enfermeras, que afectó a todas las personas y que evidenció las desigualdades sociales y la necesidad de cambios político-sociales profundos. El manejo político de la pandemia es fuertemente criticado como desfasado, desastroso, inconsistente, errático y desordenado. El gobierno ha respondido de forma negligente y desconectada de lo que las personas necesitan.

Ante este manejo negligente de la crisis, se percibe que los cuidados no estarían en crisis - como se planteó en la discusión conceptual-, sino que son una respuesta a ésta. Ante la crisis surge el cuidado, se movilizan más recursos para cuidar y la gente y las comunidades se organizan para ayudarse. Así, hay diversas expresiones de cuidado: las ollas comunes, la activación de redes comunitarias, foros de información, entre otras. Ahora, el cuidado de salud sobrepasa las fronteras de los centros de salud, hacia la acción colectiva y organizada de las personas y las comunidades. Sin embargo, también hay una crítica hacia las actitudes más individualistas y de no cuidado de las personas.

Frente a la ausencia de indicaciones centrales, los CESFAM se autogestionaron localmente y se generaron nuevas dinámicas en los espacios de trabajo, transformándose las atenciones de salud, las jornadas laborales y las jerarquías. Las funciones y tareas se diversificaron y flexibilizaron, aumentando la autonomía de las trabajadoras/es. El sistema de turnos generó tensiones entre compañeras/os/es, sin embargo, la sensación general es de apoyo colectivo y trabajo en equipo.

La carga laboral y el ritmo de trabajo se intensificaron, y aumentó la exigencia y el sentido de sacrificio que ya caracterizaba a la enfermería (Aspiazú, 2017): hay que estar disponibles 24/7. Aunque las trabajadoras se sienten cuidadas respecto a los EPP, la salud mental de las trabajadoras/es se ha visto muy afectada. Así, la flexibilidad laboral y la intensificación del trabajo llevó una mayor auto-explotación de las trabajadoras/es (Yáñez, 2004), y el flujo tenso de trabajo generó un aumento de la carga mental, el estrés y los consiguientes efectos negativos sobre la salud mental de los equipos (Lozares et.al. 2013).

El hogar como espacio social se transformó y tensionó, tanto por el teletrabajo como por las exigencias de la maternidad, los cuidados familiares, el encierro y aislamiento. Aun cuando una de las enfermeras no estaba trabajando en el hospital, en su vida cotidiana cumplía un rol de contención emocional a colegas, de orientación de cuidados a familiares y a la empresa de su pareja, y de autoridad para decidir las medidas de cuidado dentro del hogar. Las fronteras del cuidado se desdibujaron aún más, atravesando el espacio del hogar y el laboral y superponiéndolos. Como se planteó en hipótesis, la sobrecarga laboral de las enfermeras como cuidadoras se profundizó y extendió en diversos escenarios de sus vidas: en el laboral, en el familiar o el hogar, y en el personal.

Ser madre durante la pandemia implica un trabajo de cuidados constante y vulnerabilidades específicas a la hora de pensar en reincorporarse al trabajo en hospital. Al mismo tiempo, no ser madre también significa una presión en el espacio de trabajo, pues hay una exigencia laboral y una autoexigencia de mayor sacrificio y disponibilidad para trabajar y cubrir turnos. La maternidad es un rol clave para comprender las desigualdades de género y en torno a los cuidados, también en espacios de cuidado remunerados e institucionales.

Aportes y limitaciones del estudio

La presente investigación buscó ser un aporte para abordar la temática de los cuidados desde una perspectiva feminista y posicionada desde la voz de las enfermeras como actoras sociales que, no sólo reproducen, sino que sobre todo construyen significados a partir de su experiencia como trabajadoras del cuidado en salud. Problematizando sus vivencias en el marco del encuentro entre una crisis social y sanitaria, una crisis del empleo público y de la salud pública chilena, y una crisis social de los cuidados.

Se pretendió ampliar y diversificar las teorizaciones respecto al concepto de cuidados, comprendiéndolo como un concepto amplio y situado en contextos específicos. Podríamos plantear que las teorías sobre enfermería y cuidados se han construido principalmente tomando como referencia la enfermería ejercida en contextos hospitalarios, en los que tanto la orientación del cuidado como las relaciones con pacientes y entre trabajadoras/es de la salud son diferentes a otros espacios en los que se ejerce la enfermería. La investigación es un aporte para repensar el lugar de lo jerárquico y lo horizontal en las definiciones y experiencias de cuidado, y de lo que constituye el ámbito propio de la enfermería. En correlato con lo anterior, las desigualdades y violencias de género a las que se enfrentan las enfermeras como trabajadoras del cuidado son diferentes en hospitales y en APS. Así, estudiar las representaciones sociales sobre el cuidado exige un análisis articulado de los contextos laborales específicos desde los cuales estas representaciones se construyen.

Además, la investigación da cuenta de la complejidad de las percepciones que tienen las enfermeras acerca del lugar de las representaciones de género en los cuidados y la enfermería. Los avances hacia representaciones más igualitarias sobre el cuidar entre hombres y mujeres, conviven con la persistencia de representaciones binarias sobre los géneros y con la persistencia de relaciones de poder entre hombres y mujeres, sobre todo en espacios de trabajo más jerarquizados. Analizando las valoraciones de los cuidados y de las habilidades blandas, así como las resistencias de las trabajadoras ante situaciones de desigualdad y violencia, el estudio nos invita a cuestionar los marcos desde los cuales se miran las distinciones entre lo femenino y lo masculino, lo público y lo privado, y su manera de operar en espacios de cuidado remunerado. Suponer a priori que existe una devaluación de las tareas asociadas a lo femenino -asumir un binarismo de género- tiene potencialidades,

pero también puede dificultar observar la agencia y resistencias de las sujetas, y las transformaciones sociales que atraviesa la organización social de los cuidados.

Por otro lado, el estudio es un aporte para comenzar a explorar nuevas (y no tan nuevas) significaciones del cuidado durante la actual crisis social y sanitaria que atravesamos, los desafíos, problemáticas y desigualdades que ésta deleva. En el contexto de crisis, se profundiza la experiencia continua de las mujeres trabajadoras de “cuidar sin fin”, en distintos espacios sociales ahora más demandantes y flexibilizados. Los cuidados de salud remunerados, los cuidados familiares y del hogar se entremezclan, tensionándose aun más el espacio laboral y el espacio del hogar.

Ahora bien, la investigación tiene limitaciones que es importante considerar. A pesar de intentar ser un estudio crítico feminista que aborde las relaciones de género y no sólo la “situación de las mujeres”, el estudio no logró incluir a hombres enfermeros, ni a otras identidades de género, lo que podría diversificar mucho los resultados y plantear nuevas problemáticas, tensiones e interrogantes. Junto con esto, el centrarse sólo en la experiencia de la enfermería tiene sus desventajas, pues se deja fuera la diversidad de experiencias de otras ocupaciones que también cuidan en salud, y que son de menor jerarquía y reconocimiento (como TENS, auxiliares de enfermería, arsenaleras, entre otras). Esto nos invita a pensar en nuevas líneas de investigación para la temática de los cuidados en salud.

También es importante diversificar las técnicas de producción de información para abordar la temática, integrando más técnicas conversacionales como grupos focales o relatos de vida, junto con técnicas de observación -que son complejas de llevar a cabo en espacios sociales cerrados, pero que pueden ser un gran aporte para estudiar lo *no normado* y lo *invisible* del cuidar en salud. Finalmente, es importante cuestionar las teorías desde las que nos acercamos a la problemática de los cuidados, que son pensadas sobre todo desde el Norte global. Es necesario descolonizar los enfoques teóricos para repensar el lugar que tienen los cuidados en espacios remunerados y en sociedades del Sur global en crisis, abordando las diversas opresiones que estructuran los cuidados en contextos políticos y culturales específicos.

BIBLIOGRAFÍA

- Abasolo, O. y Montero, J. (2012). Igualdad en la diversidad. Guía didáctica de ciudadanía con perspectiva de género. Madrid: Editorial FUHEM.
- Activa (2020). Pulso Ciudadano: Percepción Contexto Económico, Evaluación de Gobierno y Preferencia de candidatos a la presidencia. COVID-19. Abril 2020/ Primera Quincena. Publicación n°19.
- Aguirre, R. (2009). Una nueva mirada sobre las desigualdades de género: el trabajo no remunerado y el uso del tiempo. El Uruguay desde la Sociología, volumen (VII), pp. 75-86.
- Alonso, C. (13 de agosto de 2020). Más carga para la mujer: estudio reveló que casi el 40% de los hombres destinó 0 horas a la semana en actividades como cocinar, limpiar o lavar ropa. La Tercera. Recuperado de <https://www.latercera.com/pulso/noticia/nada-ha-cambiado-en-cuarentena-los-hombres-aportan-muy-poco-tiempo-a-labores-del-hogar-el-cuidado-de-los-hijos-y-su-educacion/73MAHJEYE5AVXOVTQNJNUOAZSA/>
- Arredondo, F. (2015). Los trabajadores a honorarios como una arista de la modernización del Estado. Cuadernos de Coyuntura, Nudo XXI, volumen (IX), pp.16-27.
- Arriagada, I. (2012). La organización social de los cuidados y vulneración de los derechos en Chile. Santiago: Centro de Estudios de la Mujer (CEM).
- Asamblea de Académicos/as/es Autoconvocados de la Universidad de Chile (15 de abril de 2020). Para que nunca más en Chile: hacia una salud y vida digna para todos y todas. CIPER. Recuperado de <https://ciperchile.cl/2020/04/15/para-que-nunca-mas-en-chile-hacia-una-salud-y-vida-digna-para-todos-y-todas/>
- Aspiazu, E. (2017). Las condiciones laborales de las y los enfermeros en Argentina: entre la profesionalización y la precariedad del cuidado en salud. Trabajo y Sociedad, volumen (28), pp. 11-35.

- Banchs, M. Agudo, A. y Astorga, L. (2007). Imaginarios, representaciones y memoria social. En Arruda, A. y de Alba, M. (Ed), Espacios imaginarios y representaciones sociales. Aportes desde Latinoamérica (pp. 47-89). Barcelona: Editorial Anthropos.
- Barría, S. y Troncoso, J. (Coord.) (2020). Reconocimiento, recursos y atribuciones para la Atención Primaria de Salud como actor estratégico en el enfrentamiento de la pandemia COVID-19. 11 de junio de 2020. Chile: Colegio Médico (Coord.)
- Batthyányi, K. (2015). Las políticas y el cuidado en América Latina. Una mirada a las experiencias regionales. Serie Asuntos de Género. CEPAL. Naciones Unidas.
- Beliera, A. (2017). Ser profesional en el hospital: identificación, estratificación y conflicto sindical. Revista Mexicana de Sociología 80(1), pp. 7-33. doi: <http://dx.doi.org/10.22201/iis.01882503p.2018.1.57701>
- Bernales Baksai, P. y Goyenechea, M. (1 de junio de 2020). La Salud del futuro es pública. CIPER. Recuperado de <https://ciperchile.cl/2020/06/01/la-salud-del-futuro-es-publica/>
- Bianchini, M. (1997). El Síndrome de Burnout en el personal profesional de la salud. Medicina Legal de Costa Rica, 13-14(2-1-2), pp. 189-192.
- Brega, B., Durán, G. y Sáez, B. (2015). Mujeres trabajando: una exploración al valor del trabajo y la calidad del empleo en Chile. Santiago: Fundación Sol.
- Borderías, L. Carrasco, C. y Torns, T (2011). El trabajo de cuidados. Historia, Teoría y Política. Madrid: Editorial Catarata.
- Botía-Morillas, C. y Jurado-Guerrero, T. (2018). El proceso de una investigación cualitativa longitudinal sobre la transición a la maternidad y paternidad en España. Empiria. Revista de metodología de ciencias sociales, [S.l.], n. 41, p. 33-56, sep. 2018. ISSN 2174-0682.
- Canales, M. (2006). Metodologías de la investigación social. Introducción a los oficios. Santiago: Editorial Lom.
- Carrasco, C. (2006). La economía feminista: una apuesta por otra economía. En Vara, M. (Ed), Estudios sobre género y economía (pp. 29-62). España: Editorial Akal.

- Carrasco, C. (2009) Tiempos y trabajos desde la experiencia femenina. Papeles de relaciones ecosociales y cambio global, volumen (108), pp- 45-54.
- Carrasco, C. (2013). El cuidado como eje vertebrador de una nueva economía. Cuadernos de Relaciones Laborales, volumen (31-1), pp.39-56.
- COLMED (2020). El impacto de COVID-19 en el sistema de salud y propuestas para la reactivación. Chile: Grupo de Reactivación Sanitaria del Colegio Médico.
- COLMED (2020). Cuarto informe Catastro de Elementos para Protección Personal – 27 de abril de 2020. Chile: Colegio Médico.
- COLMED (2020). Género y Salud en tiempos de COVID. Chile: Departamento de Género y Salud del Colegio Médico.
- Colegio de Enfermeras de Chile (2020). Resumen ejecutivo: Encuesta de EPP e insumos. Chile: Unidad de Comunicaciones del Colegio de Enfermeras de Chile A.G.
- COMUSAMS (1997). Una perspectiva de género de los recursos humanos del sector público de salud. Perfil socio familiar y laboral. Santiago: Ministerio de Salud - Servicio Nacional de la Mujer.
- Coordinadora Feminista 8M (2020). Síntesis General Encuentro Plurinacional de las y les que luchan. Chile.
- Correa, M. J. y Zárate, M. S. (2017). Historizar la profesionalización sanitaria: perspectivas desde Chile y Argentina. Dynamis, volumen 37(2), pp. 263-272. DOI: 10.4321/S0211-95362017000200001
- Díaz, X., Medel, J., Mauro, A. (2006). Cuidadoras de la vida. Visibilización de los costos de la producción de salud en el hogar. Impacto sobre el trabajo total de las mujeres. Santiago: Centro de Estudios de la Mujer (CEM).
- Durán, M. (2018). Las cuentas del cuidado. Revista Española de Control Externo. Vol. XX, n°58, pp. 57-89.

- Durán, G. y Narbona, K. (2009). Caracterización del sistema de salud chileno. Enfoque laboral, sindical e institucional. Santiago: Fundación Sol.
- Esquivel, V. y Pereyra, F. (2017). Las condiciones laborales de las y los trabajadores del cuidado en Argentina. Reflexiones en base al análisis de tres ocupaciones seleccionadas. Trabajo y Sociedad, volumen (28), pp.55-82.
- Esteban, M. (2003). Cuidado y salud: costes en la salud de las mujeres y beneficios sociales. Género y cuidados: algunas ideas para la visibilización, el reconocimiento y la redistribución. En Congreso Internacional Sare 2003, Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado (pp. 63-84). Vitoria-Gasteiz: Emakunde.
- Federici, S. (2013). Revolución en punto cero. Trabajo doméstico, reproducción y luchas feministas. Madrid: Traficantes de Sueños.
- Folbre, N. (2011). Medir los cuidados: género, empoderamiento y la economía de los cuidados. En Borderías, L. Carrasco, C. y Torns, T (Ed), El trabajo de cuidados. Historia, Teoría y Política (pp. 278-304). Madrid: Editorial Catarata.
- Fraser, N. (2015). Las contradicciones del capital y los cuidados. New Left Review, volumen (100), pp. 111-132. Madrid: Traficantes de Sueños.
- Godoy, L., Stecher, A. y Díaz, X. (2007). Trabajo e identidades: Continuidades y rupturas en un contexto de flexibilización laboral. Santiago: Centro de Estudios de la Mujer (CEM).
- González, P. (Ed). (2010). Informe de Desarrollo Humano en Chile. Género: los desafíos de la igualdad. Santiago: PNUD.
- Guimaraes, N. (2020). Trabajadoras/es del cuidado. [Clase virtual]. Curso Internacional de Políticas del cuidado con perspectiva de género. CLACSO.
- Guzmán, V. y Mauro, A. (2001). Cambios generacionales en las trayectorias laborales de las mujeres. Santiago: Centro de Estudios de la Mujer (CEM).

- Henríquez, H. Rojas, M. Díaz, C. (2004). Las mujeres en el empleo formal: diez años de investigación en Chile. Santiago: Proyecto Mujer y Trabajo en Chile. Universidad de Chile.
- Herrera, C. (20 de marzo de 2020). Enfermeras confeccionan mascarillas ante falta de insumos en Hospital Las Higueras. Diario Concepción. Recuperado de <https://www.diarioconcepcion.cl/ciudad/2020/03/20/video-enfermeras-confeccionan-mascarillas-ante-falta-de-insumos-en-hospital-las-higueras.html>
- Illanes, M. (1993). En el nombre del Pueblo, del Estado y de la Ciencia. Historia social de la salud pública. 1880-1973. Santiago: Ministerio de Salud.
- INE (2015). Mujeres en Chile y mercado del trabajo. Participación laboral femenina y brechas salariales. Santiago: Departamento de Estudios Sociales - Departamento de Estudios Laborales.
- INE (2016). Género y empleo. Enfoque estadístico (Mayo, 2016). Santiago: Instituto Nacional de Estadísticas.
- INE (2016). Segmentación horizontal del mercado del trabajo. Caracterización de la ocupación por sexo. Santiago: Departamento de Estudios Sociales - Departamento de Estudios Laborales.
- Kelly, C. (2017). Care and violence through the lens of personal support workers. *International Journal of Care and Caring*. Vol 1, n°1, pp. 97-113.
- Leiva, S. (2015). Organización social del cuidado en Bolivia y Chile: Estado y ciudadanía. *Revista Austral de Ciencias Sociales*, volumen (28), pp. 61-81.
- Lozares, C., Verd, J., Barranco, O., Massó, M., Moreno, S. (2013). La complejidad y opacidad de las tareas auxiliares en los procesos de trabajo: un análisis etnográfico comparado en dos servicios hospitalarios. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, volumen (31-1), pp. 221-242.

- Meccia, E. (2012). Teoría y metodologías para los actores situados. Una semblanza intelectual de Aaron Cicourel. *Entramados y perspectivas: Revista de la carrera de sociología*, volumen (2-2), pp. 309-314.
- Meo, Analía Inés (2010). Consentimiento informado, anonimato y confidencialidad en investigación social. La experiencia internacional y el caso de la sociología en Argentina. *Aposta. Revista de Ciencias Sociales*, (44),1-30. [fecha de Consulta 18 de agosto de 2020]. ISSN: Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=4959/495950240001>
- Meseguer, P. (2016). El trabajo de cuidados. Una aproximación desde la enfermería española. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, volumen (35), pp. 165-185.
- Moore, H. (1991). *Antropología y feminismo*. Madrid: Editorial Cátedra.
- Moscovici, S. (1984). *El fenómeno de las Representaciones Sociales*. Cambridge: University Press.
- Observatorio de la Salud de la Mujer (2009). *Informe Salud y Género 2007-2008. Mujeres y hombres en las profesiones sanitarias*. España: Ministerio de Sanidad y Política.
- Órdenes, N. (2004). Prevalencia de Burnout en trabajadores del hospital Roberto del Río. *Revista chilena de pediatría*, volumen (75-5), pp. 449-454.
- Pautassi, L. (2001). *Equidad de género y calidad en el empleo: las trabajadoras y los trabajadores en salud en Argentina*. Santiago: Serie Mujer y Desarrollo N°30 CEPAL.
- Pautassi, L. (2007). *El cuidado como cuestión social desde un enfoque de derechos*. Santiago: Serie Mujer y Desarrollo N°87 CEPAL.
- Pavez, A. (2013). *La enfermería, realidad de ciudadanía y de género en Chile*. *Ciencia y Enfermería*, volumen (19-3), pp. 95-102.
- Pérez Orozco, A. y Domínguez, M. (2014). *Cadenas globales de cuidado: Los cuidados más allá de las fronteras nacionales. Por qué nos preocupamos de los cuidados*. Octubre, 2014, pp. 147-149. Centro de Capacitación de ONU Mujeres.

- Perlo, C. (2006). Aportes del Interaccionismo simbólico a las teorías de la organización. *Revista Invenio*, volumen (9-16), pp. 80-107.
- Raghuram, P. (2016). Locating care ethics beyond the global north. *ACME: An International Journal for Critical Geographies* 15 (3), 511-533
- Román, P. (2001). La percepción de trabajadoras y trabajadores de los estamentos Administrativo, Técnico paramédico, Auxiliar de servicio y Profesional no-médico de la Salud Pública. Regiones IV, X y RM. Chile: *Mujer y trabajo* N°6.
- Scott, J. (1996). *El género: una categoría útil para el análisis histórico*. México: PUEG.
- Selamé, T. (2000). *Modelo económico y evolución del empleo femenino en Chile: sectores agricultura y salud*. Chile: *Mujer y trabajo* N°4.
- Sepúlveda, N. y Miranda, B. (30 de mayo de 2020). Actas del Minsal: 6.840 funcionarios de la salud se han contagiado y más de 10 mil han partido a cuarentena preventiva. CIPER. Recuperado de <https://ciperchile.cl/2020/05/30/actas-del-minsal-6-840-funcionarios-de-la-salud-se-han-contagiado-y-mas-de-10-mil-han-partido-a-cuarentena-preventiva/>
- Strauss, A. y Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Colombia: Editorial Universidad de Antioquía.
- Survey: 42% of Physicians Report Burnout, Some Cite Depression - Medscape - Jan 17, 2018.
- Taylor, S.J., & Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Ediciones Paidós Básica.
- Thomas, C. (2011). Deconstruyendo los conceptos de cuidados. En Borderías, L. Carrasco, C. y Torns, T (Eds), *El trabajo de cuidados. Historia, Teoría y Política* (pp. 145- 176) Madrid: Editorial Catarata.

- Thomaé, M., Ayala, E., Sphan, M., Stortti, M. (2006). Etiología y prevención del Síndrome de Burnout en los trabajadores de la salud. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina*, volumen (35), pp. 18-21.
- Torns, T. (2001). El tiempo de trabajo de las mujeres: entre la invisibilidad y la necesidad. En Carrasco, C. (Ed), *Tiempos, trabajos y género* (pp. 133-147). Barcelona: Editorial Universitat de Barcelona.
- Tronto, J. (2013). *Caring democracy. Markets, equality and justice*. United States of America: New York University Press.
- Universidad de Chile, Colegio Médico de Chile y Universidad Diego Portales (2020). ¿Cómo podemos reducir el efecto negativo de la crisis sanitaria para mujeres y trabajadoras de la salud? Una mirada desde una perspectiva de género COVID-19. Quinto informe Monitoreo Nacional de Síntomas y Prácticas COVID-19 en Chile (COVID-19). Chile.
- Valenzuela, M. (2000). La situación laboral y el acceso al empleo de las mujeres en el Cono Sur. En M. Valenzuela y Reinecke, G., *¿Más y mejores empleos para las mujeres?: la experiencia de los países del Mercosur y Chile* (pp. 9-28). Chile: Organización Internacional del Trabajo.
- Varas, K. (2016). Radiografía del empleo público en Chile: derechos laborales de los funcionarios públicos. En Centro de Derechos Humanos UDP (Ed), *XIV Informe Anual sobre Derechos Humanos en Chile* (pp. 239-277). Santiago: Ediciones Universidad Diego Portales.
- Vela Peón, F. (2013). Un acto metodológico básico de la investigación social: la entrevista cualitativa. En Tarrés, M.L. (Ed), *Observar, escuchar y comprender. Sobre la tradición cualitativa en la investigación social*. México: FLACSO-México.
- Velasco, H., Díaz de Rada, Á. y García Castaño, F.J. (2006). *Lecturas de etnografía para educadores*. Madrid: Trotta.

- Weintraub, M. Hernández, T. y Flores, V. (1999). Reforma sectorial y mercado de trabajo. El caso de las enfermeras en Santiago de Chile. Santiago: CEPAL – Serie políticas sociales.
- Yáñez, S. (1999). Consideraciones sobre flexibilidad laboral planteadas desde una mirada de género. En J. Ensignia y S. Yáñez (Eds), Inserción laboral femenina (pp. 97-110). Santiago: Fundación Fiedrich Ebert y Centro de Estudios de la Mujer (CEM).
- Yáñez, S. (2004). La flexibilidad laboral como nuevo eje de la producción y reproducción. En R. Todaro y S. Yáñez (Eds). El trabajo se transforma. Relaciones de producción y relaciones de género. (pp.35-73). Santiago: Centro de Estudios de la Mujer (CEM).

ANEXO I: Matriz de producción de información

Matriz sintetizada

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	DIMENSIONES	SUB DIMENSIONES
Indagar en las definiciones del concepto de <i>cuidados</i> que construyen las enfermeras de servicios de salud metropolitanos antes y durante la pandemia del COVID-19.	Definición de cuidados	
	Función de los cuidados dentro del trabajo en salud en general	
	Relevancia de los cuidados	
	Rol de los cuidados en la enfermería	
Indagar en las <i>funciones, valoraciones y distribución de las prácticas laborales de cuidado directo</i> que realizan las enfermeras de servicios de salud metropolitanos antes de la pandemia del COVID-19 en sus lugares de trabajo.	Características de las prácticas laborales de cuidado directo que realizan	
	Gestión administrativa del cuidado	
	Distribución de las labores de cuidado directo entre compañeras y compañeros de trabajo	

	Percepción de sobrecarga laboral	
	Valoración de las prácticas laborales de cuidado directo que se realizan	Valoración de las prácticas laborales de cuidado directo materiales
		Valoración de las prácticas laborales de cuidado directo afectivas
		Percepción de la valoración social de su trabajo
Explorar las representaciones y experiencias sobre la crisis sanitaria del COVID-19 de enfermeras de servicios de salud metropolitanos, dentro y fuera de los centros de salud.	Representaciones sobre la pandemia, crisis sanitaria y de cuidados	Definición y caracterización de la crisis
		Orígenes y proyección de la crisis
	Experiencias de las enfermeras como cuidadoras en el contexto de la pandemia del COVID-19, dentro y fuera de los centros de salud	Escenario laboral
Escenario familiar/interpersonal		
Escenario personal		
Analizar las representaciones sociales de género construidas por las enfermeras de	Roles de género asociados a los cuidados	
	Feminización de la enfermería	

servicios de salud metropolitanos sobre la enfermería, y su relación con las <i>representaciones sociales de cuidados</i>.	Diferencias entre enfermeras y enfermeros	Diferencias en el desempeño laboral y el trato hacia usuarias(os)
		Diferencias en la carga laboral entre enfermeras y enfermeros
		Diferencias en la confianza y la valoración del trabajo de cuidados de hombres y mujeres

Matriz completa

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	DIMENSIONES	SUB DIMENSIONES	TÓPICOS DE CONVERSACIÓN
INDAGAR EN LAS DEFINICIONES DEL CONCEPTO DE <i>CUIDADOS</i>	Definición de cuidados		Si yo le digo la palabra “cuidados”, ¿qué es lo primero que se le viene a la mente? ¿Con qué

<p>QUE CONSTRUYEN LAS ENFERMERAS DE SERVICIOS DE SALUD METROPOLITA NOS ANTES Y DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19.</p>			<p>relaciona esta palabra?</p> <p>¿Cómo definiría el cuidado de la salud?</p> <p>¿Qué lo caracteriza?</p>
	<p>Función de los cuidados dentro del trabajo en salud en general</p>		<p>Además de cuidar, ¿qué otras labores se realizan en el trabajo de salud?</p> <p>¿En qué se diferencian los cuidados de otras labores que se realizan en la salud?</p> <p>En el contexto de pandemia, ¿Ha cambiado la orientación del cuidado que llevan a cabo?</p>
	<p>Relevancia de los cuidados</p>		<p>¿Le parecen relevantes las labores de cuidado que usted realiza en salud?</p> <p>¿Para quién? ¿Por qué?</p> <p>En el contexto de la pandemia, ¿Qué</p>

			<p>crees que significa ser una trabajadora en “primera línea”? ¿Te sientes como una trabajadora en “primera línea”?</p> <p>En el contexto de la pandemia, ¿Crees que hay una crisis de los cuidados, de cómo nos cuidamos en sociedad?</p>
<p>INDAGAR EN LAS</p>	<p>Rol de los cuidados en la enfermería</p>		<p>¿En qué consiste el trabajo de los y las enfermeras? ¿Cuál es su área o tarea específica?</p> <p>¿Crees que la labor de la enfermería se relaciona con cuidados? ¿De qué manera?</p>
	<p>Características de las prácticas laborales de cuidado directo que realizan</p>		<p>¿En qué consiste su trabajo?</p> <p>¿Cómo es una típica jornada laboral?</p> <p>¿Cuáles de estas actividades que</p>

<i>FUNCIONES, VALORACIONES Y DISTRIBUCIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE CUIDADO DIRECTO QUE REALIZAN LAS ENFERMERAS DE SERVICIOS DE SALUD METROPOLITA NOS ANTES DE LA PANDEMIA DEL COVID-19 EN SUS LUGARES DE TRABAJO.</i>			<p>realiza cree usted que son cuidados?</p> <p>¿Cuáles crees que son las necesidades más importantes de los(as) usuarios(as) que dependen de tu trabajo?</p> <p>¿Qué tan importante es la relación con las(os) usuarias(os) para realizar su trabajo? ¿Y la relación con su equipo de trabajo (doctoras/es, auxiliares, técnicas/os, etc.)?</p>
	Gestión administrativa del cuidado		<p>¿Quién y cómo organizan el trabajo de cuidados que realizan en tu servicio de salud?</p> <p>¿Cómo registran y se reparten las distintas labores?</p>
	Distribución de las labores de cuidado		<p>¿Cree que esta distribución está bien</p>

	<p>directo entre compañeras y compañeros de trabajo</p>	<p>delimitada? ¿Cómo le parece que se reparten en general esas tareas?</p> <p>¿Siente que todas/os tienen claro su trabajo? ¿Han tenido problemas en su equipo en este sentido?</p> <p>¿Y cree que la carga del cuidado de los/as usuarios/as está bien repartida entre sus compañeros y compañeras? ¿Y específicamente el apoyo emocional a los/as usuarios/as? <i>(Abordar diferencias entre ocupaciones y entre hombres y mujeres)</i></p>
	<p>Percepción de sobrecarga laboral</p>	<p>¿Alguna vez se ha sentido sobrecargada/o de trabajo? ¿De qué manera?</p>

Valoración de las prácticas laborales de cuidado directo que se realizan	Valoración de las prácticas laborales de cuidado directo materiales	¿Cuán importantes cree que son las labores materiales de cuidado para el bienestar de las/os usuarias/os? (aseo, curaciones, administración de medicamentos, etc.)
	Valoración de las prácticas laborales de cuidado directo afectivas	¿Cuán importante cree que es el apoyo emocional y la contención para el bienestar de las/os usuarias/os? ¿Crees que esto es parte de las habilidades necesarias para ser enfermera/o?
	Percepción de la valoración social de su trabajo	¿Crees que los cuidados que realizan son un trabajo valorado por tus compañeras/os? (diferenciar por ocupación si corresponde) ¿Crees que los cuidados que

			<p>realizan son un trabajo valorado por las/os usuarias/os del sistema?</p> <p>¿Crees que en nuestra sociedad se reconocen de manera suficiente los cuidados y su labor como enfermeras/os?</p>
<p>EXPLORAR LAS REPRESENTACIONES Y EXPERIENCIAS SOBRE LA CRISIS SANITARIA DEL COVID-19 DE ENFERMERAS DE SERVICIOS DE SALUD METROPOLITANOS, DENTRO Y FUERA DE LOS CENTROS DE SALUD.</p>	<p>Representaciones sobre la pandemia, crisis sanitaria y de cuidados</p>	<p>Definición y caracterización de la crisis</p>	<p>¿Crees que hay una crisis? ¿Qué crees tú que es lo que está en crisis? (¿es sólo una crisis sanitaria? ¿o hay más elementos en crisis?)</p> <p>¿Crees que hay una crisis de los cuidados, de cómo nos cuidamos en sociedad?</p> <p>¿Cómo crees que ha sido la respuesta social a la pandemia? (desde el gobierno y el ministerio, como centros de salud,</p>

			<p>como trabajadoras/es de la salud, socialmente)</p>
	<p>Orígenes y proyección de la crisis</p>	<p>¿Qué crees que explica esta crisis? ¿De dónde viene? ¿Hay problemáticas que venían de antes? ¿Han aparecido nuevas problemáticas? ¿Cómo te imaginas o cómo crees que va a ser la salida de esta situación? ¿Qué medidas se debieran tomar?</p>	
	<p>Experiencias de las enfermeras como cuidadoras en el contexto de la pandemia del COVID-19, dentro y fuera de los centros de salud</p>	<p>Escenario laboral</p>	<p>¿Has estado trabajando como enfermera en estos meses? <u>Si está trabajando actualmente:</u> ¿Dónde, en qué? ¿Cómo se ha reorganizado tu lugar de trabajo en el</p>

			<p>contexto actual de la pandemia? ¿Qué cambios ha habido en el ritmo y la forma de trabajar?</p> <p>¿Ha cambiado la orientación del cuidado que llevan a cabo?</p> <p>¿Cómo han estado las relaciones entre compañeros de trabajo?</p> <p>¿Qué crees que significa ser una trabajadora en “primera línea”? ¿Te sientes como una trabajadora en “primera línea”? ¿Te has sentido sobre exigida o sobrecargada?</p> <p>¿Cómo ha sido estar en esta “primera línea”?</p>
--	--	--	--

			<p>¿Te has sentido segura, cuidada en tu lugar de trabajo?</p> <p>¿Qué cosas se han hecho bien? ¿Cuáles se necesitan mejorar o hacen falta?</p> <p><u>Si no está trabajando actualmente:</u></p> <p>¿Por qué no estás trabajando? ¿Cómo te has sentido sin estar ejerciendo como enfermera en este contexto?</p> <p>¿Sientes que usas tus herramientas como enfermera en otros contextos o relaciones?</p>
		<p>Escenario familiar/interpersonal</p>	<p>¿Con quiénes vives?</p> <p>¿Cómo han podido enfrentar esta nueva situación en tu familia? ¿Tienes a tu cargo el cuidado de algún familiar o persona cercana?</p>

			<p>¿Cómo lo han hecho para cuidarse?</p> <p>¿Qué significa para ti estar en tu casa en estos tiempos?</p> <p>¿Cómo has podido combinar las responsabilidades en el trabajo y en la casa? ¿Sientes que al llegar del trabajo a la casa puedes descansar?</p>
		<p>Escenario personal</p>	<p>¿Cómo te has sentido en estos meses de pandemia? ¿Qué emociones has sentido principalmente?</p> <p>¿Cuáles son tus preocupaciones más grandes en este momento?</p> <p>¿Cómo sobrellevas el riesgo de contagiarte</p>

		<p>o de contagiar a otros?</p> <p>¿Cómo te sientes respecto a tu rol en esta crisis? ¿Cómo crees que los has hecho? ¿Has sentido que tu ánimo o tu vocación han cambiado?</p> <p>¿Sientes que tienes espacios de autocuidado?</p> <p>¿Te has sentido acompañada, contenida o apoyada en esta situación?</p>
<p>ANALIZAR LAS REPRESENTACIONES SOCIALES DE GÉNERO CONSTRUIDAS POR LAS ENFERMERAS DE SERVICIOS DE SALUD METROPOLITA</p>	<p>Roles de género asociados a los cuidados</p>	<p>¿Cuáles son para usted las habilidades más importantes que tiene que tener un enfermero/a? ¿Por qué? ¿Cree que se desarrollan adecuadamente estas habilidades en la formación</p>

NOS SOBRE LA ENFERMERÍA, Y SU RELACIÓN CON LAS REPRESENTACIONES SOCIALES DE CUIDADOS.			profesional/cuando están estudiando? ¿Cree que hombres y mujeres tienen las mismas habilidades para desempeñar esta función?
	Feminización de la enfermería		Muchas veces se asocia la enfermería como una carrera femenina, ¿qué le parece esto? ¿Está de acuerdo? ¿Por qué? ¿Cree que esto esté cambiando?
	Diferencias entre enfermeras y enfermeros	Diferencias en el desempeño laboral y el trato hacia usuarias(os) Diferencias en la carga laboral entre enfermeras y enfermeros	Desde su experiencia y en su lugar de trabajo ¿ha visto diferencias en la forma de trabajar de hombres y mujeres enfermeras? ¿Cuáles? ¿A qué se

		Diferencias en la confianza y la valoración del trabajo de cuidados de hombres y mujeres	<p>pueden deber esas diferencias?</p> <p>¿Cree que hombres y mujeres enfermeras son reconocidos/as por igual?</p>
--	--	--	---

ANEXO II: Primera Pauta de Entrevista

Antes de comenzar, agradecer la participación, explicar el contexto y objetivo de la entrevista, entregar el consentimiento informado y asegurar confidencialidad, anonimato y confianza.

Caracterización de entrevistada/o

¿Cuál es su nombre? ¿Cuántos años tiene? ¿Cuál es su género?

¿Dónde trabaja actualmente? ¿Hace cuánto trabaja ahí? ¿Siempre ha trabajado en Atención Primaria?

Los cuidados como concepto

Si yo le digo la palabra “cuidados”, ¿qué es lo primero que se le viene a la mente? ¿Con qué relaciona esta palabra?

¿Cómo definiría el cuidado de la salud? ¿Qué lo caracteriza? ¿Le parece relevante? ¿Para quién? ¿Por qué?

Además de cuidar, ¿qué otras labores se realizan en el trabajo de salud/en su lugar de trabajo?

Y en este panorama general, ¿En qué consiste el trabajo de los y las enfermeras? ¿Cuál es su área o tarea específica? ¿Crees que la labor de la enfermería se relaciona con cuidados, de qué manera?

Prácticas de cuidado directo y organización del trabajo

Pensando ahora en su experiencia de trabajo personal, ¿En qué consiste su trabajo? ¿Cómo es una típica jornada laboral? ¿Cuáles de estas actividades cree usted que son cuidados?

¿Qué tan importante le parece la relación con las(os) usuarias(os) para realizar su trabajo? ¿Por qué? ¿Y la relación con su equipo de trabajo (doctoras/es, auxiliares, técnicas/os, etc.)? ¿Cómo es esa relación?

Ahora pensando en la parte más administrativa de su trabajo ¿Cómo se organizan y reparten las tareas de cuidado en su trabajo? ¿Quién está a cargo de organizarlas?

¿Y cómo le parece que se reparten en general esas tareas? ¿Siente que todas/os tienen claro su trabajo? ¿Han tenido problemas en su equipo en este sentido?

¿Alguna vez se ha sentido sobrecargada/o de trabajo? ¿De qué manera?

¿Y cree que la carga del cuidado de los/as usuarios/as está bien repartida entre sus compañeros y compañeras? ¿Y específicamente el apoyo emocional a los/as usuarios/as? *(abordar diferencias entre ocupaciones y hombres y mujeres. Si corresponde preguntar ¿A qué puede deberse que no esté bien repartido el cuidado?)*

Género, enfermería y cuidados

Ahora profundizando un poquito más en la enfermería como profesión, y pensando en su experiencia personal y en las enfermeras y enfermeros con quienes ha trabajado, ¿cuáles son para usted las habilidades más importantes que tiene que tener un enfermero/a? ¿Por qué? ¿Cree que se desarrollan adecuadamente estas habilidades en la formación profesional/cuando están estudiando? ¿Cree que hombres y mujeres tienen las mismas habilidades para desempeñar esta función?

Muchas veces se asocia la enfermería como una carrera femenina, ¿qué le parece esto? ¿Está de acuerdo? ¿Por qué? ¿Cree que esto esté cambiando?

Desde su experiencia y en su lugar de trabajo ¿ha visto diferencias en la forma de trabajar de hombres y mujeres enfermeras? ¿Cuáles? ¿A qué se pueden deber esas diferencias? ¿Cree que hombres y mujeres enfermeras son reconocidos/as por igual?

Valoración de los cuidados

Y ahora por último, profundizando un poco más en el reconocimiento y la relevancia de los cuidados en el trabajo de la salud, ¿Cuán importantes para el bienestar de los/as usuarios/as cree usted que son las labores materiales de cuidado? (aseo, curaciones, administración de medicamentos, etc.) ¿Por qué?

¿Y el apoyo emocional y la contención? ¿Crees que esto es parte de las habilidades necesarias para ser enfermera/o?

¿Siente que sus compañeras/os de trabajo valoran el trabajo de cuidados que realiza (tanto el material como el más afectivo)? ¿Y siente que las/os usuarias/os del sistema valoran su trabajo? ¿Siente que esto afecta su desempeño como enfermera/o?

Y a modo general, ¿Crees que en nuestra sociedad se reconocen de manera suficiente los cuidados y su labor como enfermeras/os? ¿Cómo se puede mejorar esto? ¿Hay algo más que le gustaría agregar?

ANEXO III: Segunda Pauta de Entrevista

Iniciando la conversación

Agradecimientos por la disposición a participar. Explicar el contexto y objetivo del estudio. Asegurar confianza y confidencialidad.

¿Cómo has estado en estos meses? ¿Y tu familia?

¿Has estado trabajando como enfermera en estos meses? ¿Dónde, en qué? Si no está trabajando, ¿por qué no estás trabajando?

Y en la casa, ¿cómo te ha tocado enfrentar la pandemia, con quiénes vives? ¿Cómo han podido enfrentar esta nueva situación en tu familia? ¿Cómo lo han hecho para cuidarse? ¿Tienes a tu cargo el cuidado de algún familiar o persona cercana?

El ámbito laboral

Si está trabajando como enfermera actualmente:

Pensando un poco en el impacto que ha tenido esta crisis en tu trabajo, ¿cómo se ha reorganizado tu lugar de trabajo en el contexto actual de la pandemia? ¿Qué cambios ha habido en el ritmo y la forma de trabajar?

¿Cómo han estado las relaciones entre compañeros de trabajo?

¿Ha cambiado la orientación del cuidado que llevan a cabo? (vincular con lo que se conversó en la entrevista anterior)

¿Qué crees que significa ser una trabajadora en “primera línea”? ¿Te sientes como una trabajadora en “primera línea”? ¿Cómo ha sido estar en esta “primera línea”? ¿Te has sentido sobre-exigida o sobre-cargada?

¿Te has sentido segura, cuidada en tu lugar de trabajo?

A modo de balance general, ¿qué cosas se han hecho bien y cuáles se necesitan mejorar o hacen falta?

Si no está trabajando como enfermera actualmente:

¿Cómo te has sentido sin estar ejerciendo como enfermera en este contexto? ¿Sientes que usas tus herramientas como enfermera en otros contextos o relaciones?

El ámbito familiar y personal

Ahora a modo más personal, ¿cómo te has sentido en estos meses de pandemia? ¿Qué emociones has sentido principalmente?

¿Cuáles son tus preocupaciones más grandes en este momento? ¿Cómo sobrellevas el riesgo de contagiarte o de contagiar a otros?

¿Qué significa para ti estar en tu casa en estos tiempos? ¿Cómo has podido combinar las responsabilidades en el trabajo y en la casa?

¿Sientes que al llegar del trabajo a la casa/en tu casa puedes descansar? ¿Sientes que tienes espacios de auto cuidado?

¿Te has sentido acompañada, contenida o apoyada en esta situación?

¿Cómo te sientes respecto a tu rol en esta crisis? ¿Cómo crees que los has hecho? ¿Has sentido que tu ánimo o tu vocación como enfermera han cambiado?

Representaciones sobre la crisis

Y ahora reflexionando de la pandemia más como un hecho histórico que estamos viviendo, ¿Crees que hay una crisis? ¿Qué crees tú que es lo que está en crisis? (¿es sólo una crisis sanitaria? ¿o hay más elementos en crisis?)

¿Crees que hay una crisis de los cuidados, de cómo nos cuidamos en sociedad?

¿Qué crees que explica esta crisis? ¿De dónde viene? ¿Hay problemáticas que venían de antes? ¿Han aparecido nuevas problemáticas?

¿Cómo crees que ha sido la respuesta social a la pandemia? (Desde el gobierno y el ministerio, como centros de salud, como trabajadoras/es de la salud, socialmente)

¿Cómo te imaginas o cómo crees que va a ser la salida de esta situación?

¿Qué medidas se debieran tomar?

ANEXO IV: Consentimiento informado



27 de Agosto, 2019

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN UN ESTUDIO

Usted ha sido invitada a participar en un estudio a cargo de una estudiante de la carrera de Sociología de la Universidad de Chile bajo la supervisión de la académica Catalina Arteaga Aguirre, como parte de un proyecto de titulación. Esta carta de consentimiento busca ayudarla a tomar la decisión de participar en la presente investigación.

Esta investigación pretende estudiar la experiencia de enfermeras y enfermeros de la salud pública chilena en torno a su trabajo, sus opiniones respecto a éste, su rol social y sus problemáticas cotidianas.

La participación en el proyecto consiste en la realización de una entrevista individual semi-estructurada, la que será grabada y transcrita es su totalidad para luego ser analizada, previo acuerdo con la participante. La información generada en esta entrevista será material confidencial y solo será conocida por el equipo de investigación a cargo del estudio. El resguardo del anonimato de la participante será asegurado a partir de la omisión del nombre de la participante y de cualquier detalle que pueda perjudicarla o hacerla reconocible. Los resultados de esta investigación se presentarán en un informe de investigación al Departamento de Sociología de la Universidad de Chile.

Por medio de este consentimiento, usted acepta la invitación a participar en el proyecto de manera enteramente voluntaria, y podrá suspender su participación en el momento que estime conveniente, sin que esto tenga consecuencias de ningún tipo para usted.

Yo, _____, declaro que he leído el presente documento, se me ha explicado en qué consiste el estudio y mi participación en el mismo, he tenido la posibilidad de aclarar mis dudas y tomo libremente la decisión de participar en el estudio.

Firma

ANEXO V: Diario de Campo

C.O: Comentario de la observadora

C.M: Comentario metodológico

C.T: Comentario teórico

- ***10 de Abril, 2018. Observación a trabajo de enfermeras, Sala Amesti***

Este es el primer acercamiento que tengo al Servicio de Cirugía del Hospital Barros Luco. El objetivo principal era conocer un poco el espacio, su organización y cómo se trabaja. Partimos cerca de las 8 de la mañana hacia el hospital. En el camino converso con Valentina, mi hermana, quien trabaja como cirujana becada en el Servicio y es mi puente para acceder a éste. Me pasa una bata blanca para que me la ponga al llegar, lo que me hace sentir un poco incómoda, pero me explica que todas/os/es usan bata o alguna ropa distintiva (incluyendo secretarías, asistentes sociales y psicólogas), y me aconseja que me cuelgue la TUI para darle más formalidad al presentarme con el director de servicio. Aprovecho de preguntarle cómo distinguir a las distintas trabajadoras. Me dice que los doctores andan con bata blanca, las enfermeras con traje de turno azul marino, azul marino con blanco o con diseños de colores, y las técnicas en enfermería (“tens”) andan con traje celeste o celeste con blanco. Me lo repito mentalmente varias veces para recordarlo bien. También le digo que al presentarme mejor hablemos de que estoy haciendo mi tesis sobre “gestión del cuidado”, ya que para un primer acercamiento hablar de “desigualdades de género” puede generar rechazo, más si aún no había gestionado los permisos con el director del hospital.

Al llegar al estacionamiento nos encontramos con un doctor compañero de Valentina, a quien ella saluda y me presenta, y luego conversan sobre los internos. Llegamos al Servicio de Cirugía –una puerta con un cartel que pareciera ser pintado a mano que dice Cirugía- y

comienzo a sentirme nerviosa. Entramos a un largo pasillo con distintas oficinas, puertas y salas, y a medida que vamos caminando, Valentina saluda a un montón de gente y aprovecha de presentarme. Circulaban muchas trabajadoras/es y algunas cruzaban palabras en el pasillo. El director de servicio no estaba, pero sí una doctora que le seguía en jerarquía con quien Valentina conversa y yo me presento en el pasillo, y luego de una breve y grata conversación me autoriza para observar en el servicio. Desde ya me llama la atención el ritmo y flujo de la gente que trabaja en el servicio, parecieran siempre estar caminando y resolviendo tareas.

Ya con la autorización y más relajada, vamos a “Lucas”, la residencia de becadas/os/es, a dejar las cosas para comenzar a observar. Paseamos por el pasillo y Valentina me explica un poco sobre cómo se organiza el servicio: al inicio el sector más administrativo (oficinas de secretarías, director del hospital, etc.), y luego tres principales salas de atención. “Molina” es la sala de atención a pacientes hombres; “Amesti”, la de atención a mujeres, y “Sierra”, la de atención a pacientes más graves (esta última, de acceso más complicado para esta primera visita). No sabía muy bien cuál observar, así que fuimos a “Molina” a buscar a la enfermera Carla, con quien Valentina pensaba dejarme “encargada”, pero Carla tenía que asistir a una capacitación, al igual que otra enfermera cercana de esa sala. Le pregunta quién está en Amesti y vamos hacia allá. C.O: me llama la atención que, siendo bastante compleja la organización del trabajo y –supongo- cambiante cada día, en general es a una enfermera a quien se le pregunta: sabe dónde está tal persona, quién estuvo de turno en la noche, quién está atendiendo en esta sala, etc. Parece ser bastante carga mental.

En Amesti, Valentina me deja a cargo de Carla, otra enfermera que me recibe para que la acompañe en la ronda de enfermeras. Amesti, la sala de atención a pacientes mujeres, consiste en un pasillo largo en que a la izquierda hay aproximadamente 8 salas, cada una con 6 pacientes hospitalizadas, y a la derecha, salas con insumos médicos (“Área Limpia”). En las paredes hay una pizarra para registrar las interconsultas, y distintos afiches informativos sobre procedimientos de autocuidado, higiene, qué hacer en caso de emergencia, etc. (ejemplo: “Técnicas comunicativas: Empatía, asertividad, aceptación incondicional, escucha activa, autenticidad”). Carla me explica que esta es la única sala en

la que todas las enfermeras realizan las visitas a todas las pacientes, ya que en otras salas más grandes se reparten.

La observación realizada en Amesti consistió en el seguimiento del trabajo de las enfermeras, también pudiéndose observar el trabajo de médicos(as) y tens en articulación o simultaneidad con el de las enfermeras. Hubo dos momentos de observación: (a) La observación del cambio de turno de las enfermeras, durante unos 30 minutos, y (b) El trabajo de curaciones de la enfermera Laura, durante una hora y 40 minutos aproximadamente.

(a) Cambio de turno de enfermeras

Para observar el cambio de turno, Carla me presentó ante todas las enfermeras que lo estaban realizando, al tiempo que la Jefa de Sala presentó también a estudiantes de cuarto año de la Universidad de Santiago que también estarían participando de las rondas y aprendiendo procedimientos durante el día. Todas se muestran receptivas a la observación, y la jefa bromea con que tienen que “portarse bien”. Luego de esta interrupción, el equipo de enfermeras prosigue la labor de cambio de turno.

El cambio de turno en la mañana (8 a.m.) consistía en visitas como equipo a cada paciente de cada sala de Amesti, en las que una enfermera supervisora presenta e informa en qué estado se encuentra cada paciente el resto, y las otras preguntan. En este equipo habían enfermeras, una estudiante de último año y las estudiantes de cuarto año de la USACH (C.O: sólo estas últimas tomaban nota, lo que me llamó la atención, ya que era muchísima información personalizada de cada paciente la que la enfermera presentaba. La enfermera que presentaba a las pacientes revisaba la ficha para corroborar algunos datos, pero la mayor parte de lo que informaba lo decía sin mirar la ficha, como teniendo toda la información “en la mente”). Todas las enfermeras eran mujeres.

En las visitas principalmente se actualizaba al equipo sobre la ficha clínica, los síntomas, signos y evolución de las pacientes, la razón de la hospitalización y procedimiento al que se sometió, los medicamentos que se le han administrado y que deben tomar, la situación familiar (si tienen red de apoyo), el ánimo y las molestias de las pacientes, etc. Ante una duda de una paciente, Carla bromea: “¿quién le dijo que se iba hoy, un hombre? no les crea nunca” y todas ríen. En general no hay mucha interacción con las pacientes en la ronda, pero

si alguna paciente manifiesta una necesidad la atienden (una quería orinar y una estudiante de cuarto año la asistió). Ya fuera de la sala conversan sobre algunas pacientes en específico.

Simultáneamente a sus visitas, se puede observar la visita de algunos médicos a pacientes específicas. La mayoría de los doctores eran hombres, pude observar sólo una mujer. Al entrar, el equipo médico dice “buenos días” al equipo de enfermeras, quienes saludan de vuelta. Cada equipo de profesional hace sus visitas por separado, pero se dan algunas interacciones (un doctor le dice a una paciente: “aquí hay muchas enfermeras que le van a enseñar a hacer el drenaje”, la enfermera pregunta: “¿se va?”, el doctor le afirma). En las visitas específicas de los doctores parecía haber más interacción con las pacientes (cómo se han sentido, explicarles procedimientos, etc.) en comparación con las rondas del cambio de turno de las enfermeras, que parece ser una tarea más para el equipo de enfermería que de atención directa a las pacientes.

También de manera simultánea, se observa a las Tens haciendo camas, preparando medicamentos en el “Área limpia” o administrándolos a pacientes, cambiando vías, ayudando a tomar agua a pacientes, etc.

(b) Curaciones de la mañana (enfermera Lore)

Al terminar el cambio de turno, Carla me deja a cargo de Laura, ya que muchas enfermeras asistirían a una capacitación o tenían tareas más administrativas, mientras que a Lore le tocaba realizar las curaciones a pacientes. Fuera del “Área limpia”, Lore prepara un carro con implementos médicos para realizar las curaciones de la mañana, mientras me explica lo que realizará y me pregunta qué es lo que necesito (le explico que quiero observar cómo trabaja y que la sigo a lo que ella quiera).

Al ingresar a una sala para realizar curaciones, ayuda a una paciente en silla de ruedas a subirse a la cama. Entra un médico a revisar la ficha de una paciente, actualizarla y le entrega nuevas indicaciones a Laura sobre esa paciente. Laura me explica que antes de las curaciones debe realizar la planificación de las fichas: “pocas colegas revisan y registran lo que han hecho o van haciendo en las fichas, es uno de los problemas de acá” (CO: relevante

profundizar por qué no se registra mucho en las fichas, sobre todo considerando que las fichas parecen ser un instrumento clave para la articulación del trabajo entre distintas ocupaciones y la atención a las/os pacientes). Mientras, una tens le pregunta si una paciente puede lavar. Al realizar la planificación, Laura le enseña a estudiante de cuarto año de la USACH a categorizar en la ficha y revisar el esquema de la noche anterior.

Laura inicia las curaciones a Marta, una paciente que tenía abscesos en la espalda, a lo que entran dos tens con una bandeja con medicamentos, revisan fichas y cambian sueros/medicamentos a pacientes. Una le ofrece ayuda a enfermera, quien dice que no necesita, e inician una conversación, y le explica el cambio en la ficha que realizó el doctor que entró antes. La tens le pregunta sobre la modificación a las indicaciones de la paciente, a lo que entra el doctor y le deja a Laura indicaciones para hacer una interconsulta de diabetes para la misma paciente. Mientras, la estudiante de cuarto año realiza una entrevista a una de las pacientes de la sala. **C.O: Llama la atención la centralidad del rol de la enfermera como informante y receptora de indicaciones, así como gestora de los cuidados específicos de cada paciente.**

Laura pasa a la siguiente paciente, Consuelo, con quien conversa sobre los cuidados, recuperación y la intervención quirúrgica que recibió y responde sus preguntas. En eso, entran dos doctores a visitar a Ema, otra paciente a quien dos tens le administran suero y medicamentos. Los doctores le preguntan cómo se ha sentido, a qué hora le tomaron los exámenes, y luego salen. Al mismo tiempo, entra una trabajadora de traje de turno morado (nutricionista), observa todas las fichas de las pacientes de la sala y registra en una carpeta.

Los doctores que visitaron a Ema vuelven y le realizan otras preguntas, sobre otras enfermedades, y le suspenden algunos medicamentos y le aumentan el suero y el agua, lo que se lo informan a Laura. Luara es la única enfermera en la sala durante toda la sesión de curaciones. Ema es buena para conversar, tanto con las tens como con otras pacientes. La tens le conversa de vuelta, y otra paciente de la cama de enfrente también al irse la tens, subiéndole el ánimo a Ema. Mientras, Laura sigue realizando la curación a Consuelo, y entra una mujer con una carpeta y bata blanca (secretaria) a preguntar por las altas de la sala.

La enfermera Laura se asoma fuera de la sala y le pide a la tens que estaba antes que le traiga una jeringa. Al volver, la tens le ayuda a la enfermera en la curación, mientras la otra tens entra y llena fichas de las pacientes restantes. Una paciente le hace una pregunta en secreto a la enfermera, mientras entra una tens con un carro con jeringas y una paciente desde el pasillo le pregunta a las trabajadoras por un adaptador para el secador de pelo. Después de una hora, el trabajo de curaciones de la enfermera Laura en esa sala termina, y pasamos a la siguiente sala en que pacientes requieren curaciones.

En la siguiente sala, una estudiante de cuarto año le pone una vía a una paciente, y Laura la corrige y le enseña a buscar las venas para ponerla. Las pacientes de esa sala conversan bastante entre sí, sobre pájaros, gatos, etc. Laura le realiza curaciones a una paciente (la única que necesitaba de la sala). Esta paciente le informa a la enfermera de un sangrado de nariz de otra paciente de la sala. En eso, entra otra enfermera que le había ido a comprar unas patas a la paciente que estaba recibiendo curaciones. **CO: actividad de atención a la paciente “fuera” de la obligación profesional.**

Algunas tens entran y salen revisando y llevándose algunas fichas, quedándose afuera en el pasillo realizando papeleo. La enfermera Consuelo entra y ofrece a Laura ayudarla con el “tarjeteo” (registro en fichas), para lo que le pide las curvas a las tens y les llama la atención: “no están ná listas po”.

Laura sigue atendiendo a la misma paciente, y le pregunta si tiene tri flow (un aparato para ejercitar los pulmones). Al explicarle en qué consiste y enterarse de que no tiene, la enfermera le dice a la tens que vaya a buscar uno. Lore se compromete a volver durante el día a visitar a la paciente para echarle una crema para la picazón que tiene en su casillero, y en eso entra una secretaria a hacer registros de camas y altas, preguntándole a la enfermera qué pasó con una paciente que ya no estaba. La tens vuelve a informarle a la paciente que hace dos meses que no tienen tri flow, por lo que sus familiares tendrán que conseguirlo. La paciente, dudosa, le pregunta si realmente es necesario, a lo que la tens responde: “si la enfermera lo indicó es porque el doctor lo indicó” **(C.O: en esta frase se evidencia la cadena de indicaciones, la jerarquía y la legitimación de la decisión del doctor por sobre las otras ocupaciones).**

Ya a las 10:10, Lore ha terminado con las labores matutinas de curaciones de las pacientes de la sala Amesti, dirigiéndose a devolver el carro al área limpia, dejándose encargado a una tens, y yéndose rápidamente hacia otro sector. No alcancé a despedirme, la esperé un rato, y al no volver, me dirigí a “Lucas”, la residencia de becados(as), para encontrarme con Valentina.

En “Lucas” se encuentran Valentina y otro becado, a quienes les pregunto por algunas personas que no supe identificar: nutricionistas (traje morado) y secretarias (bata blanca y registraban las altas). Me quedo allí, revisando las notas de campo y anotando algunas reflexiones, mientras Valentina termina el trabajo que estaba realizando.

Algunas reflexiones:

- La segregación sexual de las ocupaciones fue más evidente de lo que esperaba: la gran mayoría de los doctores eran hombres, y de las enfermeras y tens eran mujeres (no vi hombres enfermeros ni tens, pero sí auxiliares). Es relevante conseguir información respecto a la cantidad de trabajadoras(es) del servicio, segregados por sexo y ocupación, y situación familiar idealmente (estado civil, hijas/es/os).
- En atención directa a pacientes, las tens y enfermeras parecen tener más contacto entre sí, como un trabajo práctico más articulado en el espacio laboral. Los doctores se dirigieron más a las enfermeras que a las tens, siendo casi nulo el contacto entre las últimas y los primeros. Por otra parte, la relación entre doctores y enfermeras en la sala de atención no parece ser muy directa: salvo algunas indicaciones o consultas, parece estar más bien mediadas por las indicaciones en las fichas clínicas.

C.M: Se hace necesaria la observación de las rondas médicas.

- *C.M: hay dificultad de observar en una sola sala, por temas de espacio y de respeto a la privacidad de las y los pacientes (si bien muchas no se incomodaron, pues siempre está entrando y saliendo mucho personal, es importante no abusar de esta forma de*

observación y respetar siempre la voluntad e intimidad de las pacientes). Además, no todo el trabajo y las relaciones laborales se dan en la sala de atención. Seguir a una profesional en su labor, en un contexto en el que hay mucho movimiento de personal, parece ser una mejor opción, pero es relevante combinarlo con observaciones y/o metodologías que se enfoquen en fenómenos más específicos, ya que se observan muchos fenómenos simultáneamente.

- Se observa una importante sobrecarga laboral de las enfermeras: tanto tens como doctores recurren a ella para corroborar procedimientos o preguntarles sobre pacientes y sobre el trabajo de otra trabajadora(o). Esto parece indicar que gran parte de la gestión del cuidado de los pacientes depende de las enfermeras, lo que significa mucho trabajo intelectual y mental.

No se han observado pizarras ni reuniones de todo el personal. Esto abre la interrogante por la manera en que se organizan y comunican las tareas. En este ambiente dinámico, en que siempre entra y sale gente y en que en estos movimientos parecen ponerse de acuerdo y aclarar dudas, ¿cómo y cuándo se dividen el trabajo? ¿qué otra instancia comunicativo-organizativa existe entre las profesiones, además de las fichas clínicas y las consultas de pasillo o en sala? ¿es necesaria otra instancia?

- ***17 de Abril, 2018. Reunión con Patricia Grau, Enfermera, Académica de Enfermería de la Universidad de Chile e Investigadora.***

Conocí del trabajo de Patricia Grau conversando con una compañera que es enfermera, la Javi. Le conté a la Javi que me interesaba estudiar en mi tesis el trabajo de cuidados y las desigualdades de género en la salud pública enfocándome en la experiencia cotidiana de trabajadoras y trabajadores, y ella me contó que tenía una profesora en la carrera que hacía un ramo de Salud y género, abordando tres niveles: el sistema de salud, el trabajo en salud y la atención o relación con las usuarias(os), y violencia de género. Me dijo que era “seca”

y que también conocía a hartas otras profesoras y académicas que podían ser de ayuda para el proceso de tesis. Me entusiasmé con la conversación, ya que en el proceso de revisión bibliográfica me ha sido difícil encontrar estudios actuales cercanos al problema que estoy abordando, por lo que me he sentido un poco estancada, un poco “sola” en la facultad y desde la disciplina de la sociología, y me he cuestionado la relevancia y los alcances que la investigación que pretendo realizar puede tener. Pensar en tener una conversación con una enfermera e investigadora que maneja problemáticas de género y que los trabaja en la formación de enfermeras/os/es me pareció muy motivante. Busqué en internet a Patricia Grau para conseguir su correo, y encontré algunas publicaciones colaborativas respecto a mujeres, salud y trabajo, y también su participación en la cátedra Amanda Labarca de la universidad en el módulo de desigualdades de género y trabajo de cuidados, lo que me confirmó la importancia, el aporte y la gran oportunidad que podía ser conocerla y conversar sobre estos temas. Le escribí, me respondió con su número de teléfono para que coordináramos una reunión, y acordamos juntarnos el martes 17 de Abril, en su casa en el centro.

Al llegar al edificio en la mañana, a las 12, me puse un poco nerviosa, pues tenía tantas inquietudes que no sabía muy bien cómo empezar ni tenía muchas claridades de qué era lo que buscaba concretamente con esta reunión. Entré a su departamento y me sorprendió que me recibiera en pijama, y al ofrecerme un té me fui sintiendo más cómoda. Inmediatamente sentí un trato cercano de su parte.

Patricia también tenía hartas preguntas sobre mi trabajo y mi interés por el tema, por lo que la conversación fue fluyendo naturalmente. Ya desde un inicio de la conversación fui apreciando la experiencia y el conocimiento de esta mujer en problemáticas de género y salud, y su compromiso y motivación de vida respecto al tema. Con una voz segura y mucho desplante, me fue contando su experiencia como investigadora y profesora de enfermería, y la historia y el actual panorama de la investigación en estas temáticas. Se fue dando un intercambio fluido, en el que compartimos lecturas y autoras, así como preguntas, intereses y reflexiones. La conversación siguió distintos cursos y pasó por distintas temáticas, pero puedo sistematizarla en tres grandes temas que tocamos: (a) la investigación en salud, género

y cuidados, (b) las relaciones laborales en el hospital, y (c) los alcances de una tesis de pregrado sobre la temática.

(a) Investigación en salud, género y cuidados:

Uno de los primeros puntos que conversamos fue la investigación en salud, género y trabajo de cuidados. Le comenté a Patricia aspectos generales del tema de investigación y algunos textos y estudios que había revisado, compartiéndole también mi preocupación por la dificultad de encontrar estudios actuales cercanos al tema. Los estudios más cercanos que había encontrado eran de los '90- inicios de los 2000, por lo que le pregunté por esa época y por el Colectivo de Mujer y Salud (COMUSAMS). Ante esto, Patricia tenía muchísimo que compartir. Conocía muchos estudios que se habían realizado, fue parte del COMUSAMS y había trabajado en investigación con distintas autoras, algunas de ellas mujeres que había tenido la oportunidad de leer.

Uno de los primeros estudios que me menciona es un Fondecyt sobre Salud laboral psicológica de las enfermeras, de Cecilia Avendaño de 1994. También menciona el perfil socio-laboral realizado por el COMUSAMS, uno sobre clínicas privadas de Denisse Quijada y otro de los '90 de Ximena Díaz sobre la salud de las mujeres trabajadoras. Así también me sugiere que revise la ENEST (encuesta nacional de salud de los trabajadores) del 2009. Patricia me comenta que en los 90 hubo muchos estudios sobre trabajo y salud, y que hacia los 2000 proliferan muchos estudios que buscan visibilizar el aporte de las mujeres, se comienza a hablar de desigualdades, y se estudian con más fuerza los efectos en la salud de las cuidadoras (Inés Reca; Pamela Eguiguren; Elizabeth Ansoleaga sobre violencia de género en el mundo del trabajo y “personas cuidando personas”).

Entusiasmada con la experiencia y conocimientos investigativos de Patricia, le explico que si bien me era de muchísima ayuda revisar estudios sobre salud de las trabajadoras y específicamente de las cuidadoras, me había costado encontrar estudios desde la salud o desde la perspectiva de género sobre, específicamente, las trabajadoras de la salud pública. Esto también porque muchas veces los estudios sobre cuidadoras que pude revisar se centraban principalmente en el trabajo de cuidados no remunerado y doméstico, realizado en las casas a familiares, o como voluntariado. Ante esto, Patricia me recomienda estudios

sobre todo de enfermería, que es el tema que ella más maneja. Me explica que sobre enfermería, Brasil y Argentina “la llevan”, y que puedo revisar el trabajo de Marisa Matamala, de la red de historia de la enfermería en Chile, de Amaya Pavez sobre los cuidados en enfermería como cuidados femeninos (más rupturista y teórica, y de quien pude leer un estudio que publicó el 2013), de Carlos Guida sobre masculinidades y los matrones del Uruguay, y una tesis, de la que ella fue profesora guía, de un estudiante de enfermería de la USACH sobre los hombres en la profesión.

(b) Las relaciones laborales en el hospital:

Patricia destacaba la fuerte jerarquización y las relaciones de poder que organizan el trabajo en la salud, generando ambientes de muchísima violencia simbólica y hasta sexual. Esta violencia y relaciones de poder tienen que ver con la ocupación, con la clase y con el sexo, pues destacaba la diferencia de experiencias de las(os) trabajadoras del aseo, auxiliares y técnicas (muy precarizadas) respecto de las profesionales (enfermeras y médicas/os/es). Así también hay diferencias de poder entre enfermeras y médicos, entre médicas y médicos, y diferencias en las valoraciones de las distintas tareas. De esta manera, los médicos son considerados una élite, mientras que el resto son subordinados. Por otra parte, existe una heterogeneidad de técnicos y de sus condiciones laborales, y si además se incluye la variable sindicalización, a lo que una como investigadora se enfrenta es a un panorama muy complejo de organización del trabajo y de relaciones laborales, cruzadas por distintos ejes opresivos. Esta era una de mis preocupaciones centrales de la investigación, pues es difícil acotar el análisis a ciertas sujetas(os), siempre se siente que se está dejando fuera una parte importante de la realidad.

Ante este análisis compartido, le planteé mis dudas a Patricia respecto a “a quién estudiar”, que es también una decisión por a quién dar voz en la investigación. Le dije que me interesaba estudiar tanto a hombres como mujeres, y que había definido estudiar las prácticas de cuidado más directo, es decir, la atención más directa a los pacientes (dejando fuera a auxiliares, que se encargan del cuidado indirecto: limpieza, cocina, mantención, etc.). Pero la selección de las ocupaciones me tenía complicada, pues me interesaba comparar pero no

sabía a quiénes. A esto Patricia responde que comparar profesiones es tremendamente complejo, que lo mejor es focalizar, pero que si me centro en un servicio específico puede ser más factible la comparación. Ahora bien, en su opinión, es importante distinguir entre la responsabilidad del cuidado y las técnicas de cuidar, y me plantea que si lo que quiero investigar son las prácticas de cuidado, entonces debo estudiar la enfermería (enfermeras profesionales y/o técnicas), dejando fuera del análisis a las doctoras(es). C.O.: este argumento toca un punto que me ha mantenido indecisa para la definición del problema. Al conversar sobre la investigación con mi madre (enfermera) y mi hermana (doctora), insisten en que el cuidado es labor de las enfermeras, y así mismo Patricia me plantea que si lo que quiero estudiar es el cuidado, debo enfocarme en la enfermería. Sin embargo, al estudiar un poco sobre la historia de la enfermería siempre me pareció compleja y algo difusa la distinción entre cuidar y curar, y me interesaría también a través de esta investigación identificar cómo las trabajadoras y trabajadores de la salud definen el concepto de cuidados, qué es cuidado y qué no lo es. Así también, me interesa estudiar la relación con las prácticas de cuidado que las mujeres trabajadoras tienen –en comparación a los hombres–, para lo que me interesaría investigar no sólo lo que pasa con las ocupaciones explícitamente encargadas del “cuidado”. Así, me parece interesante incluir en la investigación la experiencia de las doctoras/es también, pero la opinión de Patricia y las investigaciones que he leído me inclinan a comprender el cuidado desde la enfermería. Es algo que me tiene confundida, y que tiene que ver también con la definición muestral; espero con las observaciones que vaya realizando ir (re)definiendo este nudo que ha sido parte del proceso investigativo desde el comienzo, y que se aloja en la frustración de no poder abarcar las distintas ocupaciones/realidades del trabajo hospitalario.

Por otra parte, y vinculado a algunos estudios que Patricia conocía, conversamos sobre la sobrecarga laboral que es parte de las relaciones laborales en el trabajo en salud, y que a las mujeres trabajadoras golpea con más fuerza. Patricia destacaba el hecho de que la sobrecarga no sólo es mental, sino que también tiene efectos físicos en la salud de las trabajadoras. C.O.: me pareció relevante esta relación entre las labores de cuidado, su distribución y la posible sobrecarga (que forma parte de algunas hipótesis de la investigación) con la salud de las trabajadoras(es). Sería interesante incluirlo como parte de la relevancia de la investigación y del aporte que busca ser ésta.

Esta carga mental y emocional Patricia la veía en su propia experiencia y la de colegas, pues muchas enfermeras se identifican incluso como las “madres de los doctores”, como las dueñas de casa que hacen que el hospital funcione. A este respecto le comenté que fue algo que me llamó mucho la atención al ir a observar al servicio, pues tanto doctores(as) como auxiliares, técnicas(os), secretarias y pacientes le preguntaban a la enfermera y ella parecía manejar mucha información, siendo central no sólo para las labores de atención sino que también de gestión. Me parecía que era una carga mental muy fuerte. Patricia agrega que en general la carga emocional y mental no se observa sólo desde la variable de género, la que si bien es muy importante no es la única. En ese sentido, me comenta un estudio de María Teresa Castillo –quien de casualidad es la Enfermera Supervisora en el servicio de cirugía del Barros Luco- sobre la salud de las trabajadoras en la Revista del colegio de enfermeras y una revista de Psicología. En este estudio se identificó como un factor de riesgo a la salud de las trabajadoras la *baja valoración social* del trabajo que realizan, lo que me parece interesante de abordar desde la presente investigación: la definición de cuidados de las propias trabajadoras(es) y la valoración de sus labores.

(c) La tesis de pregrado:

Otro tema sobre el que reflexionamos fue sobre los alcances de la tesis de pregrado. Le compartí a Patricia mi preocupación por que fuera una investigación relevante y que pudiera ser un aporte, pues al no encontrar muchos estudios que se acerquen a la problemática en Chile, me he cuestionado mucho la relevancia y la utilidad de estudiar este problema de investigación. También le expliqué que sentía que era importante ser realista y no poner tantas expectativas en este proceso, pues finalmente es una tesis de pregrado que realizo sola, sin recursos y con un plazo determinado, y que al fin y al cabo es sobre todo un ejercicio pedagógico, por lo que es importante ser humilde con lo que se pretende lograr. Pero a pesar de tener esto presente, es inevitable sentir ciertas frustraciones con el proceso y lo que se puede abarcar, y muchas dudas y miedos respecto a la importancia de lo que una quiere investigar y el qué tan novedoso es. Poder contarle esto a Patricia fue en sí mismo aliviante, y desde su experiencia como académica que ha guiado otros procesos de tesis me dijo cosas que me hicieron bastante sentido. Para ella, el tema que estoy investigando es relevante e

interesante, y si bien los resultados pueden no ser tan novedosos (“no vamos a inventar la rueda”), las y los tesis de pregrado son un aporte muy importante porque se plantean preguntas interesantes que son nuevos desafíos. Así, ella valoraba la conversación que habíamos tenido, pues la pregunta o tema de investigación que yo me estaba proponiendo la hizo a ella recapitular muchas experiencias y saberes, y el estudio de distintas compañeras autoras de distintas épocas, y eso ya era muy valioso.

También le comentaba que me gustaría poder inscribir este proceso en un fondecyt o algún proyecto mayor de investigación, pues quizás de esta manera sería una producción de conocimiento más útil o práctica. Sobre esto ella consideraba muy importante tener en cuenta que no hay financiamiento para estos temas actualmente. Incluso a ella junto a otras compañeras les habían rechazado el financiamiento para un proyecto de investigación sobre enfermería. Y si bien esto es una limitante fundamental que hay que considerar, es importante no bajar los brazos para seguir investigando estos temas, que sí son importantes y que hay muchas mujeres que los han trabajado y posicionado y que siguen haciéndolo. En este sentido, ella me planteaba lo importante de ser solidarias entre nosotras, y que por lo mismo al recibir mi correo le pareció importante reunirse conmigo. Las redes que podamos generar entre nosotras para compartir conocimientos son muy importantes. Así como ella me compartía sus experiencias y saberes, yo también le había comentado de textos que había revisado y actividades a las que asistiría (como el taller de profesiones sanitarias femeninas). Así, me dijo que esperaba que al defender mi tesis la invitara y pudiera compartirle los resultados de mi investigación, pues finalmente “estamos en las mismas” y hay que solidarizar entre nosotras.

Por último, otro tema del que conversamos fue la ética de la investigación, que era importante tramitar los permisos en el hospital para realizar una observación ética y respetuosa, sobre todo en un ambiente como el hospitalario, que se ve cruzado por muchas violencias. La idea es ser un aporte y una persona de confianza, y no una persona externa que viene a observar y juzgar.

Ya después de una larga conversación, cuando nos había alcanzado la hora de almuerzo, cerramos la reunión y nos despedimos, ya que no quería importunar de más. Le agradecí a Patricia por su valioso tiempo y por todo lo conversado y compartido, y me comprometí a

enviarle algunos textos que había leído que podían interesarle y a compartirle los resultados de la investigación cuando terminara el proceso. Feliz y entusiasmada, con muchas nuevas preguntas, salí del edificio.

- ***19 de Abril, 2018. Taller de Trabajo: Cuando el Estado sana, cuida y asiste – Profesiones sanitarias femeninas en América Latina.***

Presentación del taller:

“El Departamento de Historia de la Universidad Alberto Hurtado y la Escuela de Trabajo Social de la Universidad Santo Tomás, han organizado para el día 19 de abril de 2018 una reunión académica dirigida a conocer y reflexionar en torno a la historia de las profesiones sanitarias femeninas en algunos países latinoamericanos durante el Siglo XX. Con invitado(as) de Argentina, Brasil, Chile México, el encuentro pretende reunir preguntas y debates en torno a los procesos de profesionalización de enfermeras, matronas y asistentes sociales en el contexto de políticas estatales de asistencia social y sanitaria y de la acción de redes de cooperación internacional para la asistencia técnica y el desarrollo. Se trabajará sobre ponencias que abordarán temáticas como la formación de personal femenino de apoyo a la labor médica, la compleja relación entre el Estado y el género, los vínculos de colaboración y poder entre profesiones, el saber técnico y las prácticas de cuidado, entre otras.”

Al taller asisten principalmente las(os) expositoras(es) y las coordinadoras de la actividad, se plantea como una instancia académica interna con el objetivo de posteriormente publicar los debates más profundos que se desarrollen. Me siento un poco extraña y externa, pero a la primera pausa se me acerca María Soledad Zárate a preguntarme si era la estudiante de Sociología que le había escrito. Durante el taller me dedico más a escuchar y tomar nota que a participar activamente en las discusiones y preguntas. Algunas ponencias me costó

entenderlas, pues eran expositores de Brasil. A continuación, los apuntes de las mesas de discusión.

A) BLOQUE MAÑANA. Enfermeras en América Latina: formación, profesionalización y redes internacionales

“Uma pequena ‘elite de poder’: gênero, classe social e raça e a formação de enfermeiras profissionais no Brasil (1930-1960)

Luiz Otávio Ferreira, Dr. en História Social, Universidade de São Paulo e investigador del Programa de Pós-graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz/ Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)

1890-1920 se crean de cursos de enfermería en Sao Paulo y Rio, ya en 1950 funcionan escuelas de enfermería: religiosas (13), públicas (11) y filantrópicas (2). Fuerte Influencia de la Iglesia Católica: papel de la caridad religiosa en la prestación de servicios de salud. Fase más importante: 1921-1949: adaptación de patrón norteamericano de enfermería como política pública nacional, acuerdos con agencias internacionales de cooperación de salud. Se puede hablar de una modernización del papel social del género femenino: profesiones sanitarias *femeninas*. La institucionalización de la enfermería profesional es un espejo de la modernización conservadora y no está exenta de contradicciones, límites y reveses. ¿Cuáles son?

- Número de enfermeras de 1917 a 1942: se diplomaron 3131 enfermeras, en 1963 ya eran 7310 enfermeras profesionales, se estimaba un déficit de 4500 enfermeras.
- Los criterios socioculturales para el ingreso a las escuelas de enfermería restringían la expansión del número de enfermeras. Perfil-ideal: mujeres jóvenes, de élite, con escolaridad de nivel secundario y preferentemente blancas.

- Las escuelas de enfermería admitirían candidatas de clase social, tipo racial y escolaridad que se contraponían al perfil-ideal.

Origen social de la élite profesional:

- Feminización y elevación del nivel sociocultural de la enfermería. Oriundas de familias típicas de la élite social brasilera, apenas dos casos de origen modesto. La feminización significó una elevación del nivel sociocultural.
- Educación escolar en escuelas privadas tradicionales y también en escuelas públicas, destaca para las normalistas (Educadoras). Dominio de al menos dos lenguas extranjeras. Perfil de inmigrantes o descendientes de inmigrantes europeos etc.
- Socialización académica y profesional en pocas instituciones del interior de Brasil y no en el exterior. Cohesión intelectual e ideológica y vínculos personales e institucionales.
- El trazo común fue la formación y graduación obtenida en instituciones extranjeras; la distinción profesional que abrió camino para posiciones de poder en la estructura burocrática.

Mujeres negras eran el 23% del total de mujeres diplomadas en las dos escuelas principales (EECC y EERHL). La mayoría tenían superada la barrera de formación secundaria (55%), la escolaridad no era diferencia negativa a alumnas negras. Ocupaciones manuales expresivas en el país, predominio de actividades de madres ejercidas en el ambiente doméstico coherentes con los papeles de esposa y madre. Las mujeres negras estaban insertadas en el mundo del trabajo actuando como profesoras primarias, auxiliares de enfermería, visitadoras sanitarias, digitadoras y operarias.

“Las enfermeras de Chile como fuerza política (1970-1986): Tiempo, agencia y estrategia”

Ricardo A. Ayala, Dr. en Sociología, Ghent University, Bélgica. Videoconferencia o lectura de la ponencia.

<https://www.youtube.com/watch?v=BjP-THPzeqA>

“Por el bien de la Nación”: discursos científicos en favor de la medicalización del parto en el Perú (1900-1940).

Jorge Lossio, Dr. en Historia, Universidad de Manchester, y profesor en la Universidad Católica de Lima, Perú. Ruth Iguiniz, Antropóloga y Doctora en Políticas Públicas.

1900: formación escuelas de atención de parto de enfermeras en Lima Perú. Este estudio está enmarcado en la problemática de violencia obstétrica.

De natural-doméstico a parto profesional, historia del siglo XX. Cómo influye el avance de intervenciones técnicas en la profesionalización y medicalización del parto. Esta medicalización genera cambios en las relaciones de poder involucradas. Médicos se consolidan como autoridades en este campo. En esta tesis predominan los discursos médicos, las voces de las parteras no están registradas en archivos, y las de obstetras se está comenzando a estudiar.

Médicos desarrollan los discursos en relación a los diferentes actores, construyendo un perfil de las parteras, de las obstetras y de las mismas gestantes.

- Parteras: acusación de ignorantes, sucias, enfatización de origen andino y rural (discriminación de clase y raza). Pocas mujeres andinas logran entrar a escuelas de parto.
- Obstetras: rol necesario pero que requiere instrucción, que pasará de ser brindada por mujeres y religiosas a ser brindada por médicos.
- Gestantes: actor que necesita ser educado. Madres ya no saben, tienen que ser formadas y guiadas, se van perdiendo sus saberes.

Estos cambios fueron guiados por una visión utilitaria de la mujer, clasismo y racismo. En expansión del Estado médicos van adquiriendo mayor posicionamiento y poder.

Primeras décadas del siglo XX: se interpreta que fracaso en guerra en Perú se relacionaba con la poca población, reconociendo una necesidad de poblar al país y con población de

mejor “calidad”, mejores condiciones. Por esto se fomenta la inmigración europea y migración interna rural-urbana.

Alta mortalidad materna: “muchas mujeres mueren realizando su más importante tarea (parir)”, esto se puede prevenir con mejoras técnicas.

Doctores clasifican mujeres y madres según factores socioculturales: prófugas del sexo, desertoras, rebeldes, satánicas, prófugas del deber son las sujetas a las que hay que intervenir porque ya no tienen este instinto maternal.

En este contexto aumentan las tesis de medicina sobre el parto.

Primera escuela de partos 1826 junto con Casa de Maternidad, formación de obstetras. Dirigida por mujer francesa. Esta formación no tiene reconocimiento oficial todavía, “no existe esa profesión”. La escuela desarrolla parámetros en atención de obstetras. Impacto en percepción de las parteras, pues se distingue a las obstetras de las parteras: las primeras usan otro lenguaje, hay una higienización. Así se crean discursos sobre parteras como empíricas, rurales. Acceso a estas escuelas (sólo en Lima) era reducido a las élites. Años después esta escuela será absorbida por la Escuela de Medicina. Se establece que casos con complicación o patología deben ser atendidos por médicos exclusivamente. Esto hace que se incentive el prevenir, que siempre esté el médico presente. Además, las obstetras aun no son reconocidas por el Estado como profesionales de la salud: precariedad, no reciben sueldo regular. Entra otro tema: el aborto y “malas prácticas”, preocupación de los médicos por tentación de obstetras a realizar abortos como fuente de ingresos.

El discurso médico es drástico sobre las parteras. Reconocen que siguen siendo necesarias para atender a parte de población porque no hay suficientes obstetras y médicos, significan a la mujer rural como más fuerte, entonces puede parir sin médico, no así la mujer en ciudad que es más débil. Creen que la modernidad debería llegar eventualmente al resto del país, con lo que las parteras dejarían de ser necesarias. Subyace una visión de raza y clase marcada y estereotipada.

La vulnerabilidad de las mujeres hace que parte del movimiento médico se una al movimiento educativo de mujeres, formación en la maternidad. Escuelas para niñas y

mujeres enseñan sobre higiene y maternidad, se construye a gestantes y mujeres como sujeta menor, que necesita instrucción y que ya no sabe (distinta de la mujer andina fuerte que no necesita ayuda, que sabe). Hay una pérdida de control de la mujer del proceso reproductivo. Esto conlleva una serie de violencias hacia la mujer, no sólo en lo simbólico sino también en las prácticas médicas.

Discusión

- Concepto de Modernización Conservadora: Concepto fuerte en discusión brasilera. Procesos de transformación capitalista ocurren con determinadas características (predominio del Estado y élites técnicas y grupos profesionales tienen un papel decisivo). En qué medida ese proceso de modernización fue también un período de modernización del Patriarcado (profesiones femeninas).
- ¿Por qué una mujer blanca, de elite, elige ser enfermera, asalariarse, y no ser doctora? Para las enfermeras negras hay una búsqueda de ascenso y movilidad social, esto no como política pública pensada por el Estado, sino como efecto no previsto. Las mujeres blancas muchas eran clase media urbana, también hay una movilidad social, geográfica, vinculada a la emancipación femenina. C.O: la cuestión de la clase de las mujeres en esa época implica un cruce complejo entre género y clase: no por ser de un hogar de clase alta, significa que ella sea económicamente de clase alta “propriadamente tal”, pues individualmente está en una posición de subordinación al poder económico del hombre. La feminización de la enfermería en caso brasilero eleva el nivel socioeconómico, a diferencia de lo que ocurre en Argentina y Chile.
- ¿Cómo ejercen las parteras? En Perú, la influencia norteamericana durante el siglo XX será más tardía en formación de escuelas. Formación de escuelas y parteras. La primera escuela de obstetras (1826) es dirigida por religiosas, no hay titulación oficial, tiene pocas alumnas, tiene impacto en la misma ciudad de Lima y zonas cercanas. Recién en 1895 pasa a la Facultad de Medicina y comienzan a ser reconocidas como tituladas. En ese período entremedio se va definiendo qué es lo que se va a reconocer, aunque eran más reconocidas que las empíricas. En este proceso se va distinguiendo entre la obstetra y la partera, la partera (empírica) siempre estará

fuera del sistema de salud oficial, las que entran son las obstetras, a pesar de que sin son parte del sistema pues atienden a las gestantes del interior del país. Hasta hoy el sistema de salud no recomienda o reconoce la atención de parteras.

- En Brasil en 60s desde el sindicato de parteras, hubo un conflicto serio con enfermeras obstetras que no aceptaban esa formación paralela.

“La Fundación Rockefeller y la formación de enfermeras en Chile y Argentina en los años cuarenta”

Dra. Karina Ramacciotti. Investigadora IIEGE-FFyL-UBA /CONICET y profesora de la Universidad Nacional de Quilmes, Argentina.

1913 División Internacional de Salud: combatir enfermedades endémicas y epidémicas, fomentar investigación y capacitar recursos sanitarios --> entrenamiento de enfermeras. En región del Río de la plata y andina, una de las regiones menos estudiadas de la Fundación, porque se centraron en países con más presupuesto (México y Brasil). En esta región estudiaron entre 1941 y 1951, sede principal en Buenos Aires. Fundación jerárquica y piramidal, director doctor técnico pero muy político. Lewis Hackett?

Argentina y Chile --> cómo un mismo proyecto de intervención tuvo resultados tan disímiles. A futuro incluir Ecuador en el estudio.

Enfermería: tenía que vincularse a espacios universitarios, quebrar características del empirismo y caridad, apelar a mujeres de clase media y convertir profesión con liderazgo y prestigio, formación teórica y práctica en hospitales y tener sueldos atractivos. No se cuestionan estereotipos de género. Se da un proceso de marcada feminización, sobre todo con influencia de Rockefeller --> apelación a mujeres por sus características naturales. Funciones en espacios rurales y urbanas, y actuar como puente entre familias y servicios sociales de salud (diferenciación con asistencia social --> vínculo con otros servicios). Ética de cuidado estrictamente normada, comportamiento y trato hacia otro, uniforme.

Para lograr este perfil de “enfermería moderna” ---> espacios formativos ligados a universidades, para posicionar a enfermeras norteamericanas en puestos de liderazgo. Otorgamiento de becas.

La experiencia chilena desde mirada de RF fue un modelo a seguir, escuela ligada a universidad, enfermería preventiva, prácticas en hospitales y ámbitos rurales (región Aconcagua), urbano en Quinta Normal. Becas: se estimula formación de 15 enfermeras en escuela de Toronto en Canadá (distinto Brasil EEUU), hipótesis: escuela de capacitación de mujeres afroamericanas y latinas, prácticas no se hacían en Toronto sino en Detroit (afroamer.) y países de origen (latinas). Ellas fueron liderazgo en enseñanza. Intercambio de enseñanza al interior de la región (poco registrado vínculo sur-sur). A pesar de ser vista como modelo a seguir esta escuela, hay críticas: a la formación (falta de capacidad física para albergar nuevas enfermeras), salarios bajos y distribución regional.

La experiencia argentina es diferente. 1940 se crea una escuela en Rosario (espacio más reducido que grandes ciudades), apoyo local acentuado (RF daba financiamiento y ayuda técnica en la medida que hubiera una contraparte). Incremento de formación de 120% (lejos de lo necesario, pero igual bueno). Pero, vaivenes de política nacional, golpe nacionalista católico, obtura este proceso de formación --> postura de neutralidad. RF suspende financiamiento a proyectos en Argentina por expansión del nacionalismo. Llegada de peronismo aparecen ciertas intenciones para restablecer relaciones entre Arg y EEUU pero no se concreta, se continua con política nacionalista y expansión de estructura sanitaria --> infraestructura, campañas sanitarias y escuelas de enfermería --> Ministerio y Fundación Eva Perón. Cambios en salud pública argentina en vías a modernización, pero RF miran mal esto (razones políticas y no técnicas, en contra del peronismo). Criticaban que no había vínculo directo entre escuelas de enfermería y universidad. En Argentina 1 beca (María Elena Ramos Mejías, apellido de trayectoria, perfil de RF). Contexto de segunda guerra mundial, le niegan la visa y beca en Toronto por denuncia anónima por vínculos con Alemania.

Intervención extranjera política, si bien apelan a argumentos en la ciencia (técnico). Consecuencias políticas de las que no se hacen cargo.

“A Fundação Rockefeller e a formação de altos funcionários para a saúde pública no Brasil (1917-1951): notas de pesquisa sobre a enfermagem”

Ana Paula Korndörfer, Dra. em História, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS, y profesora del Programa de Pós-Graduação em História, Universidade do Vale do Rio dos Sinos – Unisinos, Brasil.

Efectos positivos de intervención en Brasil de Rockefeller (RF): formación profesional en salud. Brasil es uno de los países con mayores becas de la fundación RF. Perfil de becadas: Mujeres jóvenes (menos de 35 años), solteras o viudas, no casadas. 15 fueron normalistas.

Discusión

- Intervención rockefeller (RF): separar el cuidado doméstico del cuidado profesional, que no cualquiera puede hacer. La feminización de la enfermería es previa, pero con la intervención de RF se acentúa, buscando el perfil de mujeres de clase media y alta solteras o viudas, jóvenes, y en la fundación Eva Perón hasta estándar de belleza (altura). Las becas cubrían a sólo una persona, lo que era conflictivo con el estado civil de enfermeras (problema para casadas, con hijos o cuidadoras de dependientes, enfermos o adultos mayores).
- El catolicismo, característico y fundamental en los inicios de la atención de salud en latinoamérica, es considerado como un retroceso del proceso de modernización según la fundación RF.
- Gran parte de los manuales de enfermería están escritos por médicos.

B) BLOQUE TARDE. Visita, asistencia y cuidado: matronas y asistentes sociales en América Latina

“Entre la demanda asistencial y el escaso reconocimiento profesional. Las matronas del Servicio Nacional de Salud, Chile, 1950-1970”

*María Soledad Zárate, Departamento de Historia Universidad Alberto Hurtado.
Dra. en Historia, Pontificia Universidad Católica de Chile y profesora en la
Universidad Alberto Hurtado, Chile.*

Matronas: una de las profesionales en salud más olvidadas en América Latina. Trabajo extenuante y que excedía la labor de parturienta. Era confundido con actividad de parteras, a mediados de siglo XX aún se mueve en aguas confusas sobre su autodefinición. Trabajo agotador. Públicamente no se comparte socialmente este juicio, pues había ausencia de documentación del trabajo de las matronas. A diferencia de enfermeras y asistentes sociales, en Chile la historia de las matronas es muy difícil: limitación de fuentes, información ligada a fuentes producidas por médicos, las fuentes producidas por matronas son escasas. Esto contrasta con: (1) la importancia de su rol en la reducción de la mortalidad materno-infantil, (2) el ser un oficio que engrosó lo que se entiende por trabajo femenino remunerado, (3) paradoja: fuentes médicas reconocen su labor retóricamente, pero no se corresponde con una mejoría de sus condiciones laborales y con favorecer la autonomía del oficio.

Formación de matronas:

- Crecimiento demográfico y necesidad de mejorar la atención al nacimiento y la mortalidad materno-infantil.
- Primera escuela de matronas: compite con parteras con el apoyo del Estado, atención inicialmente a mujeres en sus domicilios, a excepción de algunas mujeres que se atendían en la casa de maternidad en Santiago o en salas de maternidad. Período Fundacional.
- Hasta 1933 no había requisitos rígidos, salvo educación primaria, saber leer y escribir. Luego se exigió cuarto año de humanidades, quinto y luego licencia secundaria, y en 1952 se exigió el título de bachiller en biología: recién en este año adquiere carácter universitario.

El Servicio Nacional de Salud, creado 1952, tiene alcances universalistas. Meta de disminuir mortalidad materna e infantil, y formar médicos y paramédicos o profesionales de colaboración médica. Escasa formación a matronas desde la OPS o RF. En escala de jerarquía, la matrona ocupa el número 18; el médico, 2; la enfermera, 13, y la asistente social, el 15.

Coordinación, regulación de natalidad, atención a recién nacido, Centro de atención a prematuros Calvo Mackena fueron iniciativas de matronas. Enfermeras desde 1940 reciben formación en pediatría, cuidado del recién nacido era terreno de disputa entre matronas y enfermeras. Creciente hospitalización del parto, a nivel nacional, se necesita un profesional. No pueden ser médicos porque no son suficientes y no pueden irse a niveles recónditos del país. Se necesita atención específica a esa tarea. Disponibilidad desigual de matronas territorialmente.

Preocupación por número y calidad de estas profesionales 1950.

La Asociación Nacional de Matronas fue fundada en 1940. La primera reunión científica fue en 1951. Reconocen que su voz está ausente en el proceso de construcción de políticas sanitarias, y relacionan esta ausencia con el abandono y menosprecio en que se ha desarrollado su profesión, y con que ellas han contribuido modestamente en la construcción de la memoria de su oficio. Reconocimiento de la necesidad de supervisión y compañía del médico: nuestro trabajo se desarrolla, pese a que nos han enseñado que hay que hacer parto normal, muchas veces cuando el parto ya se ha complicado (mujeres que llegan con complicaciones). Mandato de instruirse pero deben estar entrenadas para condiciones adversas y sin supervisión médica. ¿Qué hacer? tomar decisiones sin la presencia del médico, pero después recibir el juicio del médico que revisa los casos.

“Desazones burocráticas y recompensas profesionales. Asistentes sociales en el Servicio Nacional de Salud, Chile 1952-1973”

Maricela González, Dra. en Historia, Pontificia Universidad Católica de Chile y profesora de la Escuela de Trabajo Social, Universidad Santo Tomás, Chile.

Las asistentes sociales no tienen formación estrictamente sanitaria, sino que más desde las ciencias sociales, jurídicas. Contexto de procesos de implementación de políticas públicas: 1952-1966 hay mejoras importantes en la atención en salud e indicadores de salud pública, aunque especialmente la mortalidad materna e infantil persistía, pues se vinculaba con condiciones de pobreza. Pero desde '65 hacia los 70 se reduce con un alto ritmo. Una parte significativa de estos logros tienen que ver con el *actuar* del personal de salud (agencia), y no sólo por medidas institucionales. En esto las asistentes sociales juegan un rol clave.

Asistentes sociales (A.S) chilenas en esos años son la vanguardia en América Latina. Reciben formación sanitaria desde sus primeros años. Se mantiene un porcentaje alto de A.S. trabajando en sector salud. Hacia 1973 eran más de un 7% de las profesionales contratadas por el Sistema Nacional de Salud (SNS).

Qué hacían: (1) atención de casos, “ojos de los médicos”, observan condiciones de vida familiares (visitas y encuestas), desde una impronta más social, y se hacen cargo de trámites, el ingreso de pacientes, cobros de licencias, pensiones, asignaciones familiares, etc., (2) controlan y vigilan a las embarazadas, pesquisarlas en poblaciones, convencerlas de que el parto hospitalario es seguro, muchas veces las obligan, (3) traducen prescripciones médicas a lenguaje que la gente puede entender y viceversa., (4) contención emocional, (5) trabajo comunitario, primeramente paternalista, desde los años 60 un trabajo más politizado en salud, potenciando organizaciones sociales populares., (6) Pedagogía hacia otras mujeres, en general trabajan con usuarias., pedagogía doméstica: recomendaciones sobre organización del hogar (*libro: cocina popular chilena).

A pesar de su fundamental aporte en el abordaje social de la salud y en la conexión de la población con los servicios sanitarios, las A.S. ocupan un lugar subordinado en el SNS. Médicos mejor escalafón de remuneraciones y ocupan altos cargos. A.S. resienten el no poder ocupar cargos de alto mando, no hay carrera funcionaria. Denuncian déficit de asistentes sociales. Gozan de libertad porque no tienen la supervisión directa del médico, dominan un terreno que no dominaba otro profesional, esto en un contexto burocrático implicaba menor reconocimiento a su labor. Médicos tienen una imagen más positiva de A.S que de enfermeras y matronas. A pesar de esta subordinación, las A.S. tienen alta autoestima,

reciben recompensas emocionales, se sienten importantes para mujeres y familias que atienden.

“Enfermeras visitadoras, enfermeras sanitarias y trabajadoras sociales en las campañas de salud pública estatal en México, 1920-1950”

Dra. Claudia Agostoni, Doctora en Historia, King’s College, Universidad de Londres. Investigadora Titular Instituto de Investigaciones Históricas, UNAM, México.

Se enfoca en el aumento de tecnologías médicas en funcionamiento hospitalario, cultura material de atención en salud. De qué manera estas tecnologías transformaron las prácticas hospitalarias. ¿Potenció o desvalorizó el trabajo de enfermeras especializadas?

La enfermería fue descrita como labor sentimental, pero también es material y tecnológica: transformación de la valoración social de sus labores. Cualidades que se destacan: dulzura, paciencia, buen humor, obediencia, adecuado y pulcro uso de uniforme, maquillaje discreto, cuidar su apariencia. Tiene que estudiar toda su vida. Actitud moral o ética. Otras tareas vinculadas con el ámbito doméstico, como la gestión del instrumental médico. Regirse con paciencia, amabilidad y buen humor eran aspectos que siempre se reiteraban en manuales de enfermería. Estas indicaciones paralelas al proceso de especialización de la enfermería. Se hablaba de ayudar al cirujano, de la colaboración al labor de otro más que de *sus* labores específicas como enfermeras.

Discusión

- El camino de la profesionalización se cruza con el camino de la conformación gremial.
- Matronas: rasgos de género exigidos son la reserva, la obediencia/disciplina, el acompañamiento. Para los médicos, ser mujer es condición pero no es suficiente para ser matrona.

Algunas reflexiones de la observadora:

- La historia de la profesionalización de las “profesiones sanitarias femeninas” en el siglo XX podría ser interpretada desde la perspectiva de una historia de la división sexual del trabajo sanitario. En este sentido, en el seminario se da cuenta de una diferenciación entre la ocupación médica y lo no-médico, lo científico y lo no-científico (otras formas de conocimiento y atención), lo higiénico y lo no-higiénico, lo que se articula también con la distinción entre lo masculino (los doctores) y lo femenino (las otras ocupaciones). Así, no sólo existen tensiones entre el poder médico y la conformación de las otras profesiones sanitarias feminizadas (evidenciable, por ejemplo, en la redacción de “manuales de enfermería” por hombres, en su apropiación del saber legítimo sobre obstetricia, o en los criterios de selección para becas en enfermería de la fundación Rockefeller), sino que también se producen procesos de profesionalización, tensiones y conflictos en/entre la definición de las otras profesiones (“profesiones otras”). Existen tensiones entre enfermeras y matronas, entre matronas y parteras, etc.: una disputa por definir el espacio de competencias propias. Resulta interesante también que, en Chile, se observaba un menor conflicto entre médicos y asistentes sociales, dado que éstas tenían un campo de trabajo (y de saber) específico y más autónomo del trabajo del médico, sin embargo, difícilmente las asistentes sociales pudieron acceder a puestos de jerarquía en el sistema de salud.
- La profesionalización como proceso histórico implicó una presión a las ocupaciones sanitarias femeninas por *validarse* ante el saber médico-científico (y masculino), saber hegemónico, validado y propulsado por el aparato estatal. Así, este proceso de profesionalización, vinculado al proceso de modernización estatal, no es sólo un proceso impulsado desde argumentos científicos, sino que está sujeto a *valoraciones culturales* y a *relaciones de poder* en el sistema de salud, en el que los médicos fueron consolidando una situación de poder importante.
- A pesar de que fomentó una mayor inserción de las mujeres al mundo del trabajo remunerado, la profesionalización de ocupaciones sanitarias fue un proceso de

reproducción de los estereotipos y roles de género, definiendo profesiones “femeninas”, abriendo cupos para mujeres solteras o viudas con cierto nivel educativo, estableciendo en protocolos y manuales las cualidades femeninas que las trabajadoras debían presentar, asignando una menor valoración a estas ocupaciones y restringiendo su acceso a espacios de poder y decisión en los sistemas de salud.

- Un aspecto importante de resaltar es el compromiso social y/o público de las trabajadoras sanitarias (parteras, enfermeras, matronas, asistentes sociales) y la autovaloración de su trabajo. Este elemento se expresa tanto en el ejercicio de las profesiones/ocupaciones como en los discursos de las propias trabajadoras en torno a éstas, por lo que el compromiso social y la valoración y reconocimiento de sus labores serían aspectos importantes en la disputa por la profesionalización de las ocupaciones sanitarias femeninas durante el siglo XX.

- ***29 de Mayo 2018. Gestión de permisos administrativos para realizar la investigación.***

Para profundizar el problema de investigación y comprender las relaciones laborales en el espacio hospitalario mirando desde dentro y desde las propias trabajadoras/es, se hacía cada vez más necesario realizar observaciones en el servicio de cirugía. Sin embargo, luego de la reunión con Patricia Grau me pareció importante no realizar más observaciones sin antes tener el permiso formal de la directora del hospital y del director del servicio de cirugía, esto por motivos éticos y para no generar posibles desconfianzas en las personas del servicio y sus autoridades. Así, gestioné una carta de presentación del estudio que solicitaba el acceso al hospital para realizar entrevistas, observaciones y revisar registros de caracterización de las trabajadoras/es, carta firmada y respaldada por el jefe de carrera.

Dada la situación de toma de la facultad, el martes 29 de mayo fui al hospital junto a Valentina para entregar la carta personalmente. Al llegar al servicio a eso de las 7.30 a.m., el director no se encontraba en su oficina, por lo que lo buscamos en las salas de atención. Valentina, mi hermana, me dijo que era mejor que ella estuviera presente porque quizás eso ayudaba a que me recibieran mejor. C.M.: en los pasillos Valentina me presenta como su “hermana que hará una investigación acá” a distintas(os) compañeras(os) de trabajo que va saludando. La mayoría son muy amables y muchos comentan lo parecidas que somos. Si bien el vínculo como hermana de una trabajadora del servicio puede ser –y ha sido- una gran ventaja para relacionarme de una manera más cercana con las personas que allí trabajan, es importante que a lo largo del proceso pueda ir “independizándome” de este vínculo inicial-puente, para construir una relación más personal como estudiante e investigadora

Al encontrar al doctor Cerda –director del servicio-, Valentina me presenta y yo le entrego la carta. Le explico en qué consiste a grandes rasgos la investigación y las actividades que tendría que realizar en el servicio. Al decirle que la idea es estudiar la gestión del cuidado desde una perspectiva de género me plantea que es “súper importante y que están trabajando hartito en ello”, a lo que le respondo que ese es también el objetivo de la investigación, ser un aporte para el servicio. Le explico también que aún estoy en proceso de construir el diseño de la investigación, por lo que si bien por ahora la idea es entrevistar a unas 8-10 trabajadoras enfermeras/os/es y médicas/es/os, esto puede variar, ya que a fines de julio tendré el diseño terminado con las correcciones finales que me haga mi profesora guía. Así, tal como lo solicita el doctor, me comprometo a enviarle en un plazo de un mes un calendario más específico con las actividades que realizaría. También me pregunta si ya había hablado con la directora del hospital, a lo que Valentina le explica que le pareció mejor primero hablarlo con él y que luego de eso íbamos a la oficina de la directora. C.M.: es importante poder ir articulando los ritmos no lineales de la investigación social que estoy proponiendo, con los ritmos específicos solicitados por la institución. Así, es importante aclarar de manera sincera los alcances y las etapas de la investigación –una tesis de pregrado, realizada sólo por una investigadora, sin muchos recursos, y que se enmarca en un proceso académico que tiene que responder a ritmos de la carrera como tener el diseño listo para julio-, así como también poder responder y adecuarse a lo que institucionalmente se requiera. De esta manera, se hace relevante el desarrollo de un plan de trabajo (expresado en semanas) que pueda compartir

con el director, y quizás sea bueno entregar cada cierto tiempo y con anticipación, reportes de la investigación o fechas más exactas de actividades a realizar (escritos y/o en reuniones con el director). Esto para mantener la transparencia y confianza.

Al terminar de hablar con el doctor Cerda, saliendo de Sierra nos encontramos con un auxiliar que saluda a Valentina. Valentina me presenta y le cuento que realizaré una investigación sobre los cuidados en el hospital. Él me dice que le parece muy importante, y que esto funciona como una pirámide invertida, ya que todas las labores son fundamentales: “esto parte desde nosotros, los que limpiamos y mantenemos este espacio para que el resto pueda desarrollar su trabajo”. Le comento que estoy muy de acuerdo, que cada labor aquí es fundamental, pero también le explico que “pucha, lamentablemente yo soy una persona nomás, entonces no sé si pueda investigar todo todo lo que se hace aquí, ojalá pueda abordar lo más posible y que esto sirva para que después se puedan hacer más cosas e investigar más”. Él fue muy amable y me pidió tomar mi mano, al hacerlo me dice que usted es buena y le va a ir bien. Con Valentina nos despedimos y le comenta que ella cojea y que cuándo le dejará verle eso. Valentina se ríe y le dice no sé por qué camino así, ahí yo le aviso cuando tenga un tiempo. Luego de este encuentro, Valentina me explica que él es muy simpático pero a veces puede parecer un poco “raro”, él sabe de reiki y de leer energías, por eso le hizo ese comentario sobre su forma de caminar y por eso me pidió tomar mi mano, que ojalá eso no me haya hecho sentir incómoda. C.O.: el comentario del auxiliar me hizo sentido respecto a la idea de “cuidados indirectos”, esos cuidados que no implican una relación directa con las personas cuidadas pero que son igual de importantes para el bienestar de las/os/es pacientes. Me sentí un poco desanimada y frustrada –y se lo comenté a Valentina-, porque una investigación siempre requiere dejar algunas cosas fuera del análisis, y por muy lógicas y sinceras que se sientan esas decisiones al estar redactando el documento, en la práctica son personas, vivencias y discursos que se están dejando fuera, incluso silenciando. C.M.: a raíz de estas inquietudes, me parece necesario estar abierta a ir reformulando estas definiciones en el transcurso de la investigación. Si bien las prácticas de cuidado son algo muy amplio y transversal a todas las labores en el servicio, y por lo tanto es imposible abarcarlo todo –más aun siendo una sola investigadora-, es importante que aquellas cosas que hasta ahora se planean dejar fuera, puedan ir repensándose y tomando otros lugares en la investigación. Por ejemplo, los cuidados indirectos o las ocupaciones que no se entrevistarán, pueden de todas

maneras registrarse en las observaciones participantes en relación a aquello definido como lo central de la investigación. O bien pueden realizarse entrevistas no estructuradas preliminares a distintas trabajadoras/es, o incluso más adelante redefinirse la muestra. Personalmente siento que esto es relevante no sólo investigativa/científicamente, sino sobre todo como un acto político de visibilizar los diversos cuidados que se realizan en el servicio, aun cuando algunos “tipos de cuidados” no sean los centrales de la investigación. Visibilizarlos también como un acto de valorarlos.

Saliendo de Sierra nos dirigimos a la oficina de la directora, al otro extremo del hospital, pasando por cafeterías, patios y por otros servicios a través de un largo pasillo por el que transitaban pacientes, familiares y personal de salud. Al llegar a la oficina de la directora Castiglione nos encontramos con tres secretarias que conversaban entre sí. Valentina le habla directamente a una de ellas, la más joven y le explica que venimos a dejar la carta. Las secretarias se miran entre sí y nos miran, y me sentí un poco incómoda. Una de ellas nos dice que no pueden recibir la carta, que tiene que ser el director de servicio quien mande una carta aprobando el estudio que se va a realizar y ahí recién lo revisaría la directora. Les damos las gracias y nos devolvemos al servicio de cirugía. Comentamos entre nosotras que nos sentimos un poco incómodas, y yo me preocupo un poco por la burocracia que implica tramitar el permiso, preguntándole a Valentina si tendré que esperar mucho para que el director haga esta carta. Ella me explica que hay que ir donde Rosita, la secretaria del doctor, para ver cómo lo hacemos.

Al llegar a la oficina de Rosita, ésta se encuentra atendiendo a otro caballero. Esperamos a que termine y nos recibe, nos saluda de beso y Valentina me presenta –“son iguales”, comenta Rosita- y le explica lo que nos dijeron las secretarias de la directora. Valentina me deja con Rosita y se va a trabajar. Rosita me invita a sentarme y me dice que vamos a “redactar la carta al tiro”. Así, me va preguntando mis datos, el nombre de la investigación, fechas, etc. Entre medio, van entrando doctoras/es a pedirle actas de licencias, preguntarle por el director, pedirle que le pase papeles a otros doctores/es, y también algunos/as/es pacientes o familiares a preguntarle por su atención. Me parece abrumante todo el trabajo que tiene que hacer y las interrupciones constantes, por lo que trato de mostrarme paciente y decirle que no se preocupe cuando tiene que salir un minuto o buscar otros papeles que le

van pidiendo. Entre medio, también, conversamos un poco sobre la investigación que quiero hacer, y sobre las tomas y paros feministas que hay en las universidades (ya que le expliqué que tuve que venir a entregar la carta personalmente por la toma feminista de mi facultad, y me cuenta que su hija está estudiando y también se tomaron la universidad). Rosita es muy amable y simpática, tiene mucha disposición para ayudarme y tiene un trato cercano, lo que fue muy grato, sobre todo después de haberme sentido incómoda con las secretarias de la directora. Al terminar de redactar la carta, le paso la carta que yo había llevado con los timbres y firma de la jefatura de la carrera para que la fotocopie y adjunte con la carta del director de servicio. Luego, le pasa la carta al director para que la firme, y con eso me dice que está todo listo. Le pregunto si tengo que entregarla yo, y me dice que no me preocupe, que ella lo envía directamente mejor, y que con la “Vale” me avisará cuando esté todo listo con los permisos. Le pregunto también si será difícil que me den el permiso, y abriendo los ojos me dice que puede ser medio complicado pero que con lo que pusimos en la carta y el apoyo del doctor Cerda no debería haber problema. Nos despedimos, le agradezco mucho por la ayuda y me desea que ojalá salga todo bien.

Finalmente, voy a la residencia donde Valentina deja sus cosas y me quedo unas horas estudiando y traspasando notas al diario de campo, mientras cada cierto rato, entran algunas doctoras/es y auxiliares de aseo. A eso de las 11 a.m., me reencuentro con Valentina, le cuento cómo me fue, y luego me retiro del hospital, aprovechando de despedirme nuevamente de Rosita a la salida.