

## Entre la necesidad y la virtud. Dilemas éticos del cuidado de enfermería durante la pandemia por covid-19

### Between Scarcity and Virtue. Nursing Care Ethical Dilemmas during the Covid-19 Pandemic

Sy, Anahi; Derossi, Paula; Gelman Constantín, Francisco; Sapienza, Cinthia; Moglia, Brenda

 **Anahi Sy**

anahisy@gmail.com

Instituto de Justicia y Derechos Humanos, Universidad Nacional de Lanús, Argentina  
CONICET, Argentina

 **Paula Derossi**

pauladerossi11@gmail.com

Departamento Salud Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús, Argentina

 **Francisco Gelman Constantín**

fgelmanc@filo.uba.ar

Instituto de Literatura Hispanoamericana, Universidad de Buenos Aires, Argentina  
Universidad Nacional de Lanús, Argentina  
Universidad Nacional de Tres de Febrero, Argentina  
CONICET, Argentina

 **Cinthia Sapienza**

c.a.sapienza@gmail.com

Universidad Nacional de Lanús, Argentina

 **Brenda Moglia**

brenmoglia@gmail.com

Universidad Nacional de Lanús, Argentina  
CONICET, Argentina

**Resumen:** Durante la pandemia de covid-19 en Argentina, el trabajo del sector salud se vio transformado, adecuándose de manera espontánea a las necesidades y exigencias de una emergencia epidemiológica. Se produce un aumento de la demanda de personal, se intensifica el trabajo y se despliegan nuevas estrategias, protocolos y normativas de cuidado. En este artículo presentamos algunos resultados del análisis de entrevistas realizadas a enfermeras y enfermeros sobre sus experiencias de trabajo en hospitales generales del sur del conurbano bonaerense. El objetivo es dar cuenta de los dilemas éticos que enfrenta el personal de enfermería durante la pandemia con el fin de visibilizar dificultades y posibles líneas de trabajo futuro en torno a la formación y las condiciones de trabajo del sector.

**Palabras clave:** cuidado, enfermería, pandemia covid-19, dilemas éticos.

**Abstract:** During the Covid-19 pandemic in Argentina, the healthcare work is transformed by spontaneously adapting to certain demands of the particular situation. There is an increased personnel demand, the work is intensified and new care protocols, norms and strategies are established. In this article we present some results of the analysis of interviews conducted with nurses about their work experiences in general hospitals in the southern suburbs of Buenos Aires. The objective is to account for the ethical dilemmas faced by nursing staff during the pandemic in order to make visible difficulties and possible lines of future work around nurse training and working conditions.

**Keywords:** Care, nursing, Covid-19 pandemic, ethical dilemmas.

**Cuadernos de H ideas**

Universidad Nacional de La Plata, Argentina

ISSN: 2313-9048

Periodicidad: Frecuencia continua

vol. 16, núm. 16, e066, 2022

cuadernosdehideas@perio.unlp.edu.ar

Recepción: 03 Febrero 2022

Aprobación: 11 Abril 2022

Publicación: 02 Septiembre 2022

URL: <http://portal.amelica.org/ameli/journal/31/313286010/>

DOI: <https://doi.org/10.24215/23139048e066>



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-  
NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.

## INTRODUCCIÓN

Durante la pandemia de covid-19 en la Argentina, el trabajo del sector salud no solo se vio magnificado, sino también transformado, adecuándose de modo espontáneo, con cierta planificación, aunque de manera impredecible. Aumenta la demanda de personal, se intensifica el trabajo y se despliegan nuevas estrategias y normativas de cuidado, resultantes de la coyuntura extraordinaria (Sy, Moglia & Derosi, 2021).

Una revisión de la bibliografía internacional publicada durante la pandemia nos permite visualizar que un número importante de investigaciones cualitativas sobre trabajadores de la salud, ponen el foco en los dilemas éticos que debió enfrentar el personal (Bakry, Sobhy & Abdelmohty, 2020; Dunn y otros, 2020; Menon & Padhy, 2020; Nacoti, 2020; Singh & Moodley, 2020). Para enfermería, en particular, la ética del cuidado se torna un aspecto insoslayable (Jia y otros, 2021). Emergen *desafíos éticos*, esto es, dilemas y conflictos en escenarios en los que deben tomarse decisiones de difícil resolución o irresolubles (Green y otros, 2016; Marrujo Pérez & Palacios Ceña, 2016; Rushton, 2016; Strandås & Fredriksen, 2015; Larkin y otros, 2019).

En relación con la relocalización o reubicación del personal durante la pandemia, es frecuente la referencia al desconocimiento de la tarea a desarrollar en lugares donde no se había estado previamente y sin haberse formado para ello (por ejemplo, una Unidad de Terapia Intensiva) (Dunn y otros, 2020), donde el personal de enfermería se percibe más expuesto que otros profesionales de la salud (Loyola da Silva y otros, 2021). Cuando se trata de la atención a personas con diagnóstico de covid, un ejemplo es el problema de cómo mantener la distancia ante el dolor del paciente y de sus familiares (Jia y otros, 2021); qué priorizar: el autocuidado o la salud del paciente (Dellasega & Kanaskie, 2021). En las situaciones en que no se cuenta con los EPP suficientes, aparece el dilema de atender ante la emergencia, aun poniendo en riesgo la propia salud (Jansen y otros, 2020).

En términos generales aparece el desafío de cómo lidiar con la incertidumbre, la ansiedad, la angustia y la muerte, así como con el impacto de su trabajo en la vida personal, familiar y profesional futuras.

En este artículo presentamos algunos resultados del análisis de entrevistas realizadas a enfermeras y enfermeros sobre sus experiencias de trabajo durante la pandemia por covid-19 en hospitales generales del sur del conurbano bonaerense. El objetivo es dar cuenta de los dilemas éticos que enfrenta el personal de enfermería durante la pandemia con el fin de visibilizar dificultades y posibles líneas de trabajo futuro que permitan mejorar las condiciones de trabajo del sector.

Este proyecto se desarrolla en el marco de la convocatoria PISAC-COVID-19 La Sociedad Argentina en la Postpandemia (2020) de la Agencia Nacional de Promoción de la Investigación, el Desarrollo Tecnológico y la Innovación (Agencia I+D+i).<sup>1</sup>

Asimismo, se encuentra vinculado a una red de equipos internacional que está llevando a cabo investigaciones sobre las experiencias de las y los trabajadores de salud durante la pandemia de covid-19 en 22 países. Dicha red es coordinada por el Rapid Research Evaluation and Appraisal Lab (RREAL), institución perteneciente a la University College London en Reino Unido.<sup>2</sup>

## PLANTEO DEL PROBLEMA EN TORNO A LA ÉTICA DEL CUIDADO EN ENFERMERÍA

La dimensión del cuidado o cuidado humanizado y la ética constituyen dimensiones centrales de la formación y práctica en enfermería. En ese campo, la “teoría de los cuidados transpersonales” de la enfermera

norteamericana Margaret Jean Harman Watson, perteneciente a la escuela del *caring* (cuidado),<sup>3</sup> adquiere un lugar destacado en la formación de enfermeras/os. En 1979 Watson publica su primer libro, en el cual describe diez «Factores Caritativos», lo que denota el origen religioso de la profesión. En 1985, va a cambiar la expresión «cáritas» por «cuidar» y va a remitir a un «Proceso de Cuidado» (Watson, 1985, citado en Urra y otros, 2011, p. 2), en alguna medida alejándose de la dimensión caritativa religiosa. En sus propios términos, el cuidado es para la enfermería «su razón moral» (Watson, 1985, citado en Troncoso & Suazo, 2007, p. 3), no es un procedimiento o una acción, el cuidar es un proceso interconectado, intersubjetivo, de sensaciones compartidas entre enfermera y paciente. Todo cuidado responde a una necesidad; en el caso del cuidado sanitario, el profesional se encuentra organizado formalmente, respaldado científicamente y abocado a satisfacer las necesidades básicas del ser humano, con el propósito de promover, mantener o recuperar la salud del mismo (Watson, 1985). De manera similar Ángel Brusco (1999), quien proviene de la rama de la filosofía y la teología, perteneciente a la orden religiosa de Los Camilos<sup>4</sup> o *Ministros de los enfermos* plantea que la humanización de los cuidados en el ámbito clínico implica todas las acciones que promueven y protegen la salud, que curan la enfermedad y propician un ambiente en favor de una vida sana armoniosa en los aspectos físico, emotivo, social y espiritual.

La teoría de Watson encuentra sus bases en las concepciones filosóficas Existencialistas, Fenomenológicas y Espirituales; con el tiempo incorpora aspectos de la Metafísica, las Humanidades, el Arte y la Antropología (Izquierdo Machín, 2015). Se fundamenta en una ética en la que se reflexiona tanto sobre los aspectos físicos como sobre las emociones, las vivencias y los valores de las personas, lo cual entra en tensión con un modelo de fundamentación racional de corte lógico y deductivista (Marrujo Pérez & Palacios Seña, 2016) orientado a la aplicación de ciertos conocimientos técnicos para la identificación de la enfermedad y su tratamiento, con el propósito de lograr la recuperación de la enfermedad en el menor tiempo posible. En ese marco, sin embargo, quienes trabajan en enfermería aún no alcanzan un posicionamiento profesional claro dentro de los hospitales u otros espacios médico-asistenciales.

Las acciones de cuidado en enfermería implican una toma de decisiones permanente donde no solo están involucrados la formación, la idoneidad, las representaciones, o los valores morales y éticos del profesional sino también aquellos que cada sujeto de atención percibe como relevantes y necesarios en esa interacción. La participación activa del sujeto de cuidado también interviene de manera directa en las características que adquiere el cuidado interpersonal (Beltrán Salazar, 2011). Este tipo de interacción tan recíproca no se visibiliza en otras disciplinas de la salud. Desde la enfermería, cuidar implica asumir la responsabilidad de las acciones necesarias para el mantenimiento de la vida de las personas que no pueden hacerlo por sí mismas hasta tanto recuperen la funcionalidad requerida para autovalerse (Collière, 1993).

En relación al cuidado de las/os trabajadoras/es, el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE),<sup>5</sup> mediante su código de ética para la profesión de enfermería del año 2005<sup>6</sup> establece en uno de sus elementos rectores que: «[...] La enfermera mantendrá un nivel de salud personal que no comprometa su capacidad para dispensar cuidados» (p. 1). Durante la pandemia, el CIE llevó a cabo actualizaciones del Código de Ética para la profesión de enfermería<sup>7</sup> reconociendo la necesidad de otros componentes que deben estar presentes para dispensar los cuidados necesarios:

Las enfermeras valoran su propia dignidad, bienestar y salud. Para lograrlo, hacen falta entornos positivos para la práctica, que se caracterizan por ofrecer reconocimiento profesional, formación, reflexión, estructuras de apoyo, dotación de recursos adecuada, prácticas de gestión sólidas, y salud y seguridad laboral (CIE, 2021, p. 12).

Resulta evidente que durante la pandemia los problemas vinculados al trabajo profesional se vieron magnificados, no solo para las/os trabajadoras/es sino para la gestión de las instituciones. En el caso de la enfermería, a los problemas vinculados al cuidado y autocuidado, se agrega aquello que se espera provea ese sector. Como veremos más adelante, diversas situaciones confrontan el cuidado hacia el otro (donde el

personal de enfermería intenta dar respuesta a las necesidades de quien padece) con la posibilidad o exigencia del cuidado personal y de su familia o afectos (Rosero Botina, 2020).

En este trabajo buscamos visibilizar las expectativas del trabajo en enfermería, las dimensiones afectivas y materiales involucradas en los dilemas éticos y tensiones entre la teoría, y las prácticas de cuidado que se despliegan.

## METODOLOGÍA

Partimos de un trabajo con entrevistas semi-estructuradas realizadas a trabajadoras/es de la salud durante la pandemia por covid-19. Las entrevistas buscaron acceder a las narrativas de las experiencias de trabajo en hospitales públicos del conurbano bonaerense. Delimitamos como área de estudio la región sur del conurbano bonaerense que técnicamente se corresponde con las regiones sanitarias VI y XI de la provincia. Según el censo del año 2010, la población de la provincia de Buenos Aires es de 15.625.084 habitantes, correspondiendo al conurbano bonaerense 9.916.715 habitantes (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2012). La región sur del conurbano (Región Sanitaria VI) concentra la mayor densidad poblacional, con 3.747.486 habitantes. Según los datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2021), para el segundo semestre del 2020 un 40,9 % de los hogares de los partidos del Gran Buenos Aires se encontraban en la pobreza y un 4,5 % en la indigencia; mientras que en la región del Gran La Plata mostraba un 24 % de hogares pobres y un 4,9 % indigentes.

Dichas regiones sanitarias concentran el mayor número de Hospitales Generales Zonales e Interzonales de toda la provincia. La Región Sanitaria VI tiene 12 (doce) y la Región Sanitaria XI tiene 8 (ocho).<sup>8</sup>

La muestra de personas entrevistadas está constituida por trabajadores de hospitales públicos generales (zonales o interzonales) del área sur del conurbano bonaerense y el Gran La Plata; para este trabajo seleccionamos las entrevistas realizadas a enfermeras y enfermeros. Los criterios para la selección de las personas a entrevistar fueron: a. que desarrollen su trabajo (o al menos uno de ellos en caso de pluriempleo) en un hospital general de la Región Sanitaria VI u XI; y b. que hayan trabajado o se encuentren trabajando durante la pandemia por coronavirus en la institución.

Asimismo, se buscó que la muestra incluyera diversidad de género, grupos etarios y relación/contratación laboral, antigüedad en la institución, así como de cargos y jerarquías.

En ese sentido, en una primera etapa exploratoria (de mayo a septiembre del 2020) se estableció contacto vía WhatsApp con las/os trabajadoras/es para que relaten sus experiencias. Cuando nos respondieron manifestando su interés, a su vez, nos fueron referenciando otras personas interesadas en participar (llegando a un total de 41 trabajadoras/es). Una segunda etapa de la investigación se desarrolló de febrero a noviembre del 2021 y consistió en el desarrollo de entrevistas semi-estructuradas (vía Zoom, Meet o Jitsi), a las que se sumaron entre octubre y noviembre algunas en forma presencial. A la fecha contamos con un total de 38 entrevistas realizadas a una diversidad de trabajadoras/es de hospitales públicos, 24 mujeres y 14 varones. Del total, fueron seleccionados para este artículo las 9 enfermeras y 4 enfermeros entrevistados. Los servicios en que se desempeñan son diversos: emergencias, guardia, maternidad, neonatología, terapia intensiva, consultorios externos y dos trabajadores ocupan cargos de gestión (dentro del hospital). La antigüedad va de uno a los treinta y siete años. Del total, una mujer y dos varones manifestaron tener otro empleo en el sector público al momento de la entrevista.

El procesamiento y análisis incluyó la transcripción completa de los audios de las entrevistas grabadas en formato digital. Se realizó un análisis de contenido de las narrativas. Inicialmente se procedió a una lectura comprensiva y exhaustiva del texto transcrito, orientada a tener una mirada del conjunto de los relatos obtenidos y a la elaboración de categorías o dimensiones de análisis, así como la explicitación de presupuestos preliminares que orientan el análisis. Luego, se elaboraron ciertas descripciones e inferencias, y se construyeron las categorías emergentes en articulación con los datos. Es a partir de ello que elaboramos

este artículo con algunas de las categorías de análisis más relevantes de las entrevistas realizadas a enfermeras y enfermeros.

El proyecto general en el que se enmarca este estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Epidemiología "Juan H. Jara" Registro N°059/2016, FOLIO 107 DEL Libro de Actas N°2, con fecha 02/09/2016 (Código: Sy 01/2020). En la obtención de datos se procedió de acuerdo con los recaudos éticos establecidos desde el Ministerio de Salud de la Argentina en su Guía para Investigaciones con Seres Humanos (Res. MSAL 1480/2011).

## RESULTADOS

Las narrativas de enfermeras y enfermeros dan cuenta de la escasez: de insumos y de recursos humanos. Gestionar la escasez en pos de garantizar el cuidado del paciente se convierte en imperativo durante la pandemia. Como se verá a continuación, responder a las necesidades del paciente, aun en un contexto novedoso e impredecible, lidiando con la percepción de estar en riesgo permanente, aparece como una responsabilidad ineludible durante la pandemia.

### 1. Gestionar la escasez para cuidar(se)

Al inicio de la pandemia, la provisión de EPP no fue homogénea en todos los hospitales, tampoco para todos los servicios y trabajadores al interior de cada hospital. Ante esta situación, en muchos casos se obtuvieron por donaciones, también mediante la compra o fueron confeccionados por el mismo personal de salud, como narra Noelia:

Le pedíamos a limpieza que nos prestara una bolsita de residuos de las más fuertes porque Elena nos va a hacer los equipos para poder asistir a los pacientes y era así. Era ponernos ¿viste? los camisolines que le ponían a los pacientes para quirófano y las botas de quirófano y después nos poníamos ese equipo arriba que Elenita nos hacía. Después íbamos comprando máscaras, antiparras, lo único que teníamos en el hospital eran los barbijos nada más, comunes y después los camisolines y botas. Lo que es antiparras y esas cuestiones cada uno nos fuimos implementando. Todo casero fue el equipo de protección personal.

El cuidado, en la narrativa de enfermeras y enfermeros, aparece como deber o imperativo moral, propio de la enfermería en general:

Al principio yo tuve que salir a comprar [EPP], bueno porque a la tarde soy la referente, así que... como madre también... no quería que ninguno de mis compañeros se contagiara. Más allá de que yo tampoco me quería contagiar, yo tampoco soy un ser egoísta, entonces tuve que comprar material al principio, así que gasté plata (Viviana).

Viviana, como referente de su sector, se sintió obligada a realizar esa compra para su equipo, como ella misma lo plantea, también desde su lugar de madre, cuidadora. Ese imperativo de cuidado, que en este caso remite a colegas, es narrado como constitutivo de la enfermería en la relación que se establece con cualquier persona que requiere atención. En el contexto de la pandemia la posibilidad de cuidar, en el sentido que le dan las/os profesionales de enfermería a esa práctica, se vio dificultada:

Fue un cambio porque nosotros de tener esa contención con el niño [remite a su trabajo en una terapia intensiva neonatal] de tener esa fraternidad ese apego ¿no? fue pasar a trabajar a más frío, tuvimos que empezar a tomar otras determinaciones, protocolos. Tenemos muchos pacientes sociales [i.e., que no cuentan con una madre o cuidador/a que pueda hacerse cargo] entonces antes con los chiquitos sociales veníamos haaay! y estábamos todas con esas criaturas encima bueno, la enfermera de neo es muy mamá también y de pasar a estar con ellos con todo el tiempo tuvimos que dejar de asistirlos tantas veces, o sea, a priorizar porque se los controlaba, le hacíamos un buen control ¿no? y bueno fue como más distanciamiento, incómodo [...] como dije al principio la enfermera de neo es un poco mamá si vos pensás qué va a hacer esta criatura sin su madre, porque una madre es todo (Nora).

De forma muy directa se recupera el lugar materno para la enfermería, asociado a «ser todo» para el bebé que está a su cuidado.

[...] o sea el chico siempre se asiste, siempre estuvo, está atendido, porque a mí no me importó la pandemia, yo si la criatura lloraba y yo ya le había hecho el control y si lloraba iba a entrar otra vez. Siempre desde el servicio de neo nos decían “chicas, no entren tantas veces, no se expongan tantas veces, hagan bien las cosas de una sola vez” [...] Bueno, nos pasaba como te cuento que de repente teníamos bebés sociales, que siempre bah, íbamos todas con ese chico y después daba positivo y así [...] Si la criatura se mueve se saca el sensor, se saca la sonda, llora, uno tiene que ir y entrar. Y no te importa si es positivo y no te importa nada (Nora).

Son recurrentes las narrativas que muestran la tensión entre el cuidado del paciente y el autocuidado; en algunos casos sin dudas sobre haber hecho lo correcto, en otros, sabiendo que no se contaba con los elementos necesarios para una intervención segura.

De alguna manera, el cuidado para enfermería implicaría responder a la demanda con devoción y altruismo, aún en situaciones de riesgo de contagio, como lo narra Noelia:

Yo entré a atender esa paciente a conciencia, pero sin los medios, desconociendo y consciente. Eso fue lo que el primer día dije: no, eso no puede ser así. Ese día me arriesgué, pero usé lo que tenía a mi alcance para protegerme... Porque viste que es enfermería siempre. Igual yo no iba a poder, con mi genio no podía. Tenía que ir a ver lo que estaba pasando... me sentí muy bien de haberla atendido y de haber hecho lo que hice, pero a la vez muy preocupada por no tener los medios.

Podría pensarse con perspectiva de género que se trata, en su mayoría, de citas de mujeres enfermeras, sin embargo, lo vemos también entre los varones, como puede leerse en la cita a Carlos: «Hay algo que dice la Madre Teresa de Calcuta: si podés curar, curá, si no podés curar, aliviá, si no podés aliviar, consolá. Todo eso es lo que hace la enfermería». Al respecto, subyace una concepción hospicial, vinculada a los inicios de la enfermería como actividad de caridad, cuya subsistencia posterior –como en el caso de la monja albanesa– tendió en la práctica a entrar en contradicción con la aplicación de los medios técnicos modernos de diagnóstico, tratamiento y alivio del dolor, en favor de modelos paternalistas y autoritarios del cuidado.

Esta concepción moral del cuidado, *del deber hacer por y para el paciente* por sobre las competencias profesionales o los protocolos establecidos, podría decirse que se encuentra encarnada, en el sentido de que esa concepción narrada se hace cuerpo; aparece como imperativo superior a cualquier riesgo personal actuar, intervenir. Las citas que colocamos a continuación, del director (enfermero) de un hospital y una enfermera de maternidad, son elocuentes en ese sentido:

Para mí la palabra “no corresponde” no existe, o sea nuestra función es satisfacer la necesidad del paciente... Eso es lo que hay que hacer, entonces vos como enfermero, tenés que ver de qué forma vas a satisfacer la necesidad del paciente, involucrando todo lo que sea (Carlos).

Para mí lo primero es hacer lo mejor para la atención de mis pacientes, eso es como inevitable (Noelia).

Se plantea una especie de *necesidad* corporal, hecha cuerpo, de manera recurrente aparece la referencia a lo *inevitable*, como en las citas previas.

Aunque podría pensarse que esto es similar entre otros/as profesionales o técnicos de salud, en nuestro estudio –que incluyó entrevistas a otros trabajadores de la salud– aparece destacado en las narraciones del personal de enfermería. Al mismo tiempo, desde las narrativas de las enfermeras y enfermeros se delimitan diferencias entre trabajadores de enfermería y de medicina:

Por ahí suena muy bizarro o tétrico para pensarlo desde fuera, pero ya llegás a calcularle el tiempo que le queda a ese paciente en la condición que está [i.e., cuándo se va a morir]. Yo trato de que no se me haga normal ... ¿Y sabés lo que a mí me molesta? que ya desde... desde el lado médico que no les importa, no les importa y te dicen “bueno, liberamos cama”, y ese “liberamos cama” a mí me irrita, y o sea porque no es “liberamos cama”, es un ser humano que se va de la vida de alguien, es, este... qué sé yo, un ser querido de alguien ... y es un trámite todo (Juana).

De alguna forma se plantea que se puede calcular operativamente el tiempo de vida, pero no sería correcto llegar al extremo atribuido a los médicos. Se exponen planteamientos éticos de los espacios de trabajo que

generan un conflicto personal. La confrontación constante con la muerte y situaciones de duelo tanto de pacientes como de colegas, producen fuertes efectos en la subjetividad del personal de enfermería, generando en algunos casos un exceso de dolor que resulta insoportable:

Estoy destruida... Este año [2021] no nos dio tregua. Se murió mucha gente, familias enteras. Perdimos compañeros, amigos, colegas. Colegas que perdieron familia entera: mamá, papá, los hermanos. Yo me lo había tomado de otra forma. El año pasado tenía miedo. Este año tengo pánico. Yo lo vi, vi a muchos. Yo ya conocía más profundamente el cuadro este año, entonces por ahí saber que teníamos un compañero que estaba hacía dos días desaturando... yo ya sabía que iba a terminar en un respirador y que la probabilidad de que se salvara era mínima (Mirta).

Ante estas situaciones, el autocuidado aparece postergado. Si bien la escasez de equipos de protección personal, de espacios adecuados de trabajo y de otros insumos son reclamos frecuentes, la necesidad de atención psicológica o de otras intervenciones orientadas a preservar o cuidar la salud mental del personal de salud en general y, de enfermería en particular, se muestran ausentes en los relatos. Incluso en aquellos casos en los que se habilitaba un espacio de escucha a los padecimientos subjetivos, estos no eran tomados por enfermería, anteponiendo el cuidado de ese otro por sobre la propia necesidad. Al mismo tiempo se plantea que el malestar es general, incluyendo a las y los profesionales de la salud mental que se desempeñan en los hospitales durante la pandemia:

Hay un servicio de psiquiatría de enlace... Yo decía, están tan quemados como nosotros ¿qué voy a recurrir a ellos? si tampoco pueden. No podían con ellos. Porque inclusive hubo gente de todos los servicios, hasta odontólogos que los mandaron a hisopar, porque en un momento este hospital hizo hisopados 24 x 24. Entonces yo decía, están todos los servicios colapsados. Por donde ibas había gente sufriendo (Mirta).

Se está aludiendo a un sufrimiento o malestar generalizado «están tan quemados como nosotros» que afecta a cualquier trabajador/a, aún a quienes se encargan de la salud mental.

## 2. Experiencia personal como modeladora del cuidado

La empatía, el ponerse en el lugar del otro, preguntar(se) y actuar ante la certeza de la necesidad sentida por el paciente son fundamentales entre las enfermeras y enfermeros. En ese sentido, la experiencia de enfermedad, o de haber sufrido la muerte de algún familiar o allegado, va modelando la conducta hacia las personas que requieren atención. Como señala Teresa, «después de eso [la muerte por covid de su propio padre] cuando ingresó un abuelo con covid me era complicado».

En el caso de Julia, luego de padecer covid, señala: «Para mí fue un cambio en la atención que yo daba... ahí pude entender por qué el paciente a veces nos miraba como nos miraba... te replanteás un montón de cosas que tienen que ver con los vínculos». La experiencia de ser paciente y ver las caras tapadas de quienes la atendían deja una huella que la impulsa a fortalecer ese modo de cuidar del paciente.

Algunas narrativas destacan que el haber pasado por la situación de enfermedad o la muerte contribuye a la calidad del cuidado que se brinda. Teresa narra su experiencia de internación:

Ver que entraba alguien y no saber quién era. Mirarle los ojitos nada más fue una situación muy fea y entonces ahí pude entender por qué, a veces, el paciente nos miraba del modo en que nos miraba o reaccionaba así, viste, reacio. Como que te genera una desconfianza no verle el rostro. El no saber quién está detrás de todo eso. Entonces por ahí entendí un poco más el vínculo de la relación enfermero-paciente...

La importancia de tener celular y estar comunicado, de hacer una videollamada, la relevancia que tenía decir ciertas cosas que por ahí uno dice: "No, no, no, acá no se puede utilizar". En ese sentido fui un poco más permisiva después cuando volví. A veces es necesario que uno pase también esa situación traumática para esa empatía, que uno le pone todo el empeño de ser empático, resulte que uno ya lo vivió, como que te cambia la perspectiva, no podés ser empático si nunca atravesaste por algo así (Teresa).

De la misma manera que se plantea el haber transitado la enfermedad o la muerte de un ser querido como una experiencia que favorece el cuidado de los pacientes, convertir el paciente en familiar, darle el lugar de «hijo» (con el peso que nuestra cultura tradicionalmente le otorga a la madre, y en particular al vínculo *madre/hijo*), coloca al enfermero/a en el lugar materno de cuidador/dadora, incondicional. Noelia lo plantea de forma contundente:

Igualmente yo estoy a cada rato mirándolos y que hagan las cosas como corresponde. Porque ya te digo, los cuido de ellos y los cuido a todos... Por eso te digo que parecemos las mamás tanto de los pacientes como del resto del equipo, vos los vas llevando.

Algo semejante expresa otra trabajadora:

Yo siempre fui un poco de involucrarme demasiado. Me encarnizo. Hubo una época en que estuve trabajando en un servicio que se llamaba “mentales”, o sea, que era el lugar donde iban todos los pacientes mentales del hospital pero, mental con peritonitis, mental con fractura, mental con cáncer. O sea, patología clínica, en los mentales. O sea, teníamos la doble. Y pobrecitos, llegaban en unas condiciones. Entonces es como que todos eran mis hijos. Capaz que en la semana tenía 70 hijos. (Mirta).

En muchas de las narrativas aparece una analogía directa entre ser enfermera/ mujer/ madre/ cuidadora; al transformar al paciente en familiar se estrecha un vínculo hacia la incondicionalidad del cuidado, como se verá más claramente en el siguiente apartado.

### 3. La “distancia óptima”: acercamiento, involucramiento y el reclamo por mejores condiciones de trabajo

La atención a la salud de las personas durante la pandemia por covid-19 conlleva la incorporación de protocolos donde se reduce significativamente la frecuencia de intervenciones y contactos de cualquier tipo entre el personal médico o de enfermería y las personas que requieren la atención. A eso se suma el uso permanente de equipos de protección personal por parte de los trabajadores. Como señala Orlando «es entrar y salir de blanco todo el tiempo, se te ven los ojos nomás».

En el caso de las personas mayores que fallecen, Nérida plantea: «Veíamos muchos abuelitos que se fueron, que fallecieron lamentablemente solitos. Y eso es lo que le parte a uno, al profesional, porque no podés darle calidad y escucharlo que llama el familiar y vos no sabías qué hacer».

La reducción de la frecuencia en el contacto con los pacientes, sumada al uso de antiparras, barbijos, cofias, etcétera por parte del personal de salud y la ausencia total de visitas de afectos y/o familiares, genera un estado de desamparo, tristeza y angustia en las/os usuarias/os, que emerge como reconocimiento hacia los trabajadores de enfermería, en tanto vínculo más próximo:

Por ahí lo escuchas en la gente el agradecimiento... Un poquito más en el paciente que está internado, viene y te dice: “Hoy son los únicos que aparecen” o te dicen: “no apareció ningún médico en todo el día, desde ayer no vino ningún médico, siempre están ustedes los enfermeros, ustedes son los que más trabajan, ustedes son los que están” (Juana).

Vos hasta que entrabas, hacías los controles, higienizabas, estabas más de 15 minutos, cuando te están diciendo: “15 minutos atendés y salís”. Es re inhumano, es re inhumano porque vos estás ahí para dar calidad, no le estabas dando y tampoco le podías dar tu aliento de ser humano -porque es un ser humano el que está ahí-, una caricia ¿entendés? Los abuelitos se fueron muchos sin poder ver la última cara a un familiar y eso dolía un montón (Nérida).

Durante la pandemia, los espacios de atención y cuidado dentro de los hospitales se transforman, la distancia y el aislamiento como medidas para prevenir la exposición al contagio inciden directamente en los modos de producir cuidados. Quedan en suspenso las relaciones interpersonales a través de los sentidos: ver al otro, escucharlo, tocarlo, reconocer una cara familiar, alguien que devuelva la confianza de estar acompañado/a. En ese marco, tanto enfermeras como enfermeros habilitan conductas que ellos designan como «humanizadas» o «humanas», en muchos casos por fuera de lo normado o protocolizado, a partir



del sentido empático que reclaman las relaciones interpersonales. De forma constante se reevalúa el modo de alcanzar mayor acompañamiento y recuperación de las personas, desde la perspectiva de enfermería:

Después se empezó a abrir esto de que sí que le mostrás un celular y le haces hablar pero todo eso tenía que ver con cada enfermero porque no era que bajaba un protocolo del hospital y decía: “Bueno, chicos, habilitemos, ahora le damos un sobrecito, un celular, para que el familiar que está del otro lado marque y usted le muestra” no hubo un protocolo (Teresa).

El enfermero lo tiene adquirido desde hace años ese tema de la improvisación, ir arreglándose con lo que tiene, hemos hecho un montón de cosas y en el aspecto personal y de recursos humanos yo estoy a cargo de toda la zona Covid, llámese terapia, llámese guardia, llámese intermedia, llámese internación general (Julio).

Es claro que la pandemia habilita ciertas prácticas no previstas, basadas en las necesidades sentidas por las/os pacientes, antes que establecidas desde los protocolos de atención que se actualizan a diario. Hay algo del vínculo interpersonal mediado por la experiencia propia de las/os trabajadoras/es que es inefable para los niveles de toma de decisión política. De este modo se plantea que la proximidad a la toma de decisiones también debe ser un lugar a ocupar, para conseguir mejores condiciones laborales. Estos involucramientos no son homogéneos; sin embargo, hay expresiones cruciales:

Está esa cuestión de no hablar de no arriesgarse, es como que bueno, está bien me acomodo a lo que haya, yo sí siento que mi posición es diferente... Es un trabajo pero tampoco me frena para exigir lo que nos corresponde no me asusta, no me da miedo (Juana).

Yo lo que observo, así de afuera, creo que nosotros, que involucra a todos, que tenemos que ser un poco más participe de esto ¿no? Debemos como meternos, porque en este caso como yo te decía del equipo, como que mis compañeras trabajaban con lo que tenían y no se metían en eso. Y éramos dos, tres las que pedíamos por favor los equipos y nos trataban de que éramos las que, no sé cómo decirte. Entonces bueno, eso, la participación de mis compañeros que tomen conciencia de lo que necesitamos también para trabajar. Peticionar algo que vos necesitás no quiere decir que faltas el respeto o no sé cómo explicarte (Noelia).

Distancia e involucramiento se juegan desde la atención a las/os pacientes hasta las relaciones entre trabajadores y de éstas/os con el estado o las/os funcionarios responsables por sus salarios y condiciones de trabajo. Si bien la posición de proximidad hacia pacientes tiene consenso en las narrativas, ante reclamos o reivindicaciones laborales la situación cambia.

#### 4. ¿Qué es “enfermería”?

Atraviesa a las narrativas una tensión entre el lugar ocupado-otorgado-real-potencial, vinculado a las tareas que se le exige, las que realizan y las que pueden potencialmente hacer.

Por una parte, se reconocen como personal escaso y con pocas oportunidades de formación en servicio, cuestión que la pandemia ayudó a visibilizar:

Y bueno, enfermería siempre es históricamente, por lo menos en la Argentina, siempre fue escaso el recurso humano y al ser escaso ya históricamente y ante una pandemia esto se marcó más. Y bueno, además de ser escaso y la poca capacitación o educación permanente que desde las instituciones se nos otorgaba también hizo que bueno, todo sobre la marcha, nos vayan explicando (Teresa).

Por otra parte, se destacan las habilidades o capacidades de creación de recursos cuando existe escasez:

Ir corriendo de un área a otra para conseguir un flumiter de dos ramas para que una boca de oxígeno sea para dos pacientes y entonces tratar de hacer esas conexiones, digamos, que a veces enfermería hace cuando no encuentra el elemento. Cortar una guía de suero y añadirla, pegarla con cinta para que una rama de oxígeno se convierta en dos. Así hemos hecho en varias ocasiones, cuando se pudo y el paciente podía también estar en un pasillo con el oxígeno sentado (Teresa).

También el potencial para el desarrollo de tareas que van más allá de las asistenciales (técnicas):

Yo por ahí soy el loco de la enfermería, que te saca de hacer asistencial y te pongo a hacer otra cosa y me dicen: ¿por qué está haciendo eso si es enfermero? ¿Pero qué tiene que ver? Si enfermería también puede meterse por ahí, ¿por qué solamente enfermería tiene que poner chata y poner un suero y nada más? Si enfermería puede hacer un montón de cosas (Carlos).

Se remite de manera frecuente a las diferencias y desigualdades entre trabajadores, en particular en relación al personal médico:

Y las dos veces que despidieron a compañeros enfermeros (fallecidos), yo médicos no vi, ni aplaudiendo, ni llorando, ni vitoreando; y sin embargo cuando estuvieron mal los médicos nosotros andábamos corriendo por todos lados. Hay desproporciones, vos lo sabés, siempre las hubo y las va a seguir habiendo, porque esto es como el machismo, hay una diferencia abismal entre el hombre y la mujer. Acá hay una diferencia abismal entre el médico y el enfermero o la enfermera (Orlando).

Todavía se quedan en la prehistoria, piensan que somos los che pibes de traé chata, cambia pañal. Y cuando con vos te le parás de manos con un fundamento, ¡flor de quilombo tenés! (Orlando).

En la primera cita aparece nuevamente la equivalencia enfermera/ mujer, en este caso remitiendo al lugar de subordinación del género femenino en relación al masculino que ocuparía la medicina, como dominante en nuestra sociedad.

## 5. La pandemia como oportunidad de redención

De alguna manera, las narrativas remiten a ciertas *oportunidades* que trajo la pandemia en los hospitales, para su profesión. Jacinto sostiene que es de las crisis que la profesión sale fortalecida:

A través de la historia de la humanidad, desde Florence Nightingale y otras, lamentablemente la enfermería se ha fortalecido en las guerras... En esta contingencia la enfermería tiene que salir fortalecida. Que se le diga a los colegas que las organizaciones son fundamentales.

Y agrega, proponiendo la enfermería como una ética para la vida: «Antes que nada nos tendríamos que dar cuenta de que nosotros sí podemos transformar esta realidad»

Otras enfermeras plantean expectativas parecidas: «la enfermería se va a tener que enaltecer, a como dé lugar» (Mirta).

Considero que a enfermería los fortaleció en el sentido de pasar a un rol protagonista y pienso que, a partir de adquirir ese rol, pienso y espero y tengo la esperanza de que sea un cambio de paradigma en cuanto al ideario colectivo de la sociedad (Teresa).

De manera similar Pablo, entre la devoción y la religiosidad (en el sentido de camino a seguir) expresa:

Yo predico enfermería, porque por más que el hospital esté lleno de enfermeros, el hospital no está *enfermerizado* ... hay colegas que estudian tanto, tanto, se van para arriba y no creen en la enfermería ... creo que ahora entendiste que tenemos que enfermerizar nuestra propia profesión, los hospitales, la sociedad (el destacado es nuestro).

Aquí aparece una distinción entre quienes simplemente ejercen de enfermeros/as y quienes practican la enfermería «enfermerizada», como sinónimo de compromiso con la transformación de la realidad del hospital, de cuidado hospitalario hacia quien lo necesita, comprometido con un cuidado devocional.

## DISCUSIÓN: SOBRE LA NECESIDAD DE REPENSAR LA ÉTICA DEL CUIDADO EN ENFERMERÍA

Las experiencias de enfermeras y enfermeros remiten a modos de cuidar que, si bien se condicen con lo que plantearía la ética de cuidado en enfermería: cuidado como sinónimo de *ser humano* o como *razón moral*, al mismo tiempo producen sufrimiento en las y los trabajadores.

Al respecto, el estudio internacional *HEalth caRe wOrkErs Study* (HEROES) analizó el estado de la salud mental de los equipos de salud que han trabajado asistiendo a la población durante la pandemia de covid-19

en la Región de las Américas (Organización Panamericana de la Salud, 2022). Entre sus resultados muestra un elevado porcentaje de malestar psicológico, síntomas depresivos e ideación suicida de los trabajadores de la salud, comparado con los valores antes de la pandemia y con los datos disponibles para la población general. Entre los factores asociados a estas cifras, se encontró la falta de apoyo económico, psicológico y en el cuidado de personas mayores; la preocupación por el contagio de seres queridos; el contacto directo con pacientes con covid-19, conflictos con familiares de estos, el trabajo remoto, la muerte de otras/os trabajadores de la salud y el cambio en las funciones laborales (todas estas presentes en las narrativas citadas en nuestro trabajo). Este estudio expone asimismo, una brecha significativa en la disponibilidad y el acceso a los cuidados de salud mental, especialmente en América Latina, dado que no han identificado políticas públicas específicas de salud mental desarrolladas por estos gobiernos alertando así sobre la urgencia de su implementación (Organización Panamericana de la Salud, 2022).

Como señalamos en los resultados de nuestro trabajo, se visibiliza el malestar físico, la carencia de insumos o de infraestructura hospitalaria, sin embargo, el sufrimiento psíquico o mental no adquiere el mismo lugar. Se alude al mismo a partir de ciertas preguntas de la entrevistadora, puede inferirse de las narraciones, aunque en escasas oportunidades se torna *objetivable* o materia de reclamo, como los bajos salarios y la precariedad de las condiciones de trabajo, entre otras.

Otra fuente de sufrimiento psi, que se plasma en las narrativas, es saber que se actúa en muchas situaciones a riesgo de la propia salud –con posibilidad de contagiarse, por ejemplo– por no contar con los elementos de protección o insumos necesarios. Ese trabajo en las márgenes de lo normado o precisamente en el centro de las contradicciones o dilemas del trabajo cotidiano durante la pandemia, de alguna manera es destacado como la parte loable del trabajo o de las capacidades de enfermería, resolviendo problemas con «lo que hay». La pregunta que emerge es ¿se trata de una virtud? ¿o de la respuesta a una necesidad (que emerge ante la demora de las políticas públicas) y se transforma en virtud por resolver un problema que, sin embargo, no hace más que contribuir a sostener y reproducir las condiciones de trabajo precarias y la vulneración de la propia salud (y del autocuidado)?

Janice Morse, enfermera doctorada en Antropología, plantea que el acto de cuidado de enfermería es constitutivo del ejercicio de la profesión. Como resultado de sus investigaciones sobre el trabajo de enfermería identifica cinco categorías de cuidado: 1) el cuidado como una característica humana, 2) el cuidado como un imperativo moral, 3) el cuidado como una forma de afecto, 4) el cuidado como una relación interpersonal, y 5) el cuidado como una intervención terapéutica. También lo refiere como una experiencia subjetiva del paciente y una respuesta física (Morse y otros, 1990). Esta clasificación se configura como un proceso, con relaciones entre las diferentes categorías de cuidado; en todas ellas se hace evidente la dimensión ética. Agregamos nosotros: en todas ellas está ausente el autocuidado.

En nuestro trabajo, todas las narrativas expuestas, de una u otra manera podrían ser asignadas a una o más categorías de las descritas por Morse y otros (1990), con algunas singularidades que es necesario destacar. El cuidado, como característica humana e imperativo moral, aparece en la equivalencia que se establece con la maternidad. En este sentido es pertinente reflexionar desde una perspectiva de género, en tanto construcción histórico social, que se reproduce y sostiene en el tiempo construyendo significados y subordinaciones que prevalecen en la religión, en los criterios médicos, científicos y en los dispositivos jurídicos (Scott, 1996). Al respecto, puede verse que la *generización* del trabajo de enfermería como femenino redundaba en la subordinación o en el lugar de subalternidad que describen tanto las enfermeras como los enfermeros. Como señala Karina Ramacciotti (2020), labores como la de enfermería, que han tendido a la feminización, responden a una construcción histórica y social que determinó, entre otras cosas, las diferencias y las desigualdades que la caracterizan respecto de otras profesiones no feminizadas.

En Argentina, antes de 1950 las tareas de cuidado y asistencia hacia las personas que demandaban atención en el sistema sanitario estuvieron ligadas a las labores de mujeres. En los hospitales fue habitual la presencia de las Hermanas de la Caridad, religiosas de otras órdenes y mujeres de sectores populares que ejercían como

cuidadoras, enfermeras, mucamas, voluntarias o secretarias. El atractivo, para aquellas no religiosas era la posibilidad de acceder a un salario (magro) o tener techo y comida, con la expectativa de obtener en algún momento un cargo efectivo (Ramacciotti, 2020). Al respecto, no debe perderse de vista que la categoría género no debe invisibilizar en el análisis otras dimensiones como raza, religión, clase social (Burin & Meler, 2010). En enfermería, históricamente el trabajo se vinculó a los sectores sociales de menores recursos.

En la medida que no existe una naturaleza humana y materna vinculada al cuidado como respuesta física del terapeuta (enfermera/o hacia el/la paciente), es necesario problematizar la categoría de cuidado teniendo en cuenta la construcción socio-histórica y cultural de este concepto. En las expresiones de las y los entrevistados, la naturalización de la maternidad corre el riesgo de arrastrar consigo también la naturalización de las jerarquías profesionales, las condiciones de explotación laboral y la escasez de recursos. En una profesión simultáneamente feminizada y mal remunerada, la persistencia de la figura maternal en la autopresentación profesional puede jugar un papel regresivo tanto en la urgente redistribución de tareas que rodea al trabajo afectivo, cuanto en la reivindicación de mejores niveles de vida para quienes ejercen el trabajo de enfermería (Federici, 2013).

Al analizar las categorías del cuidado como afecto y relación interpersonal (Morse y otros, 1990), aparece una representación más atenta a quien requiere atención, a la necesidad sentida por el paciente. La categoría del cuidado como intervención resulta la que quizá más se adecua al contexto de la práctica clínica en un hospital, el resultado terapéutico del acto de cuidado. Lo interesante es que cada una de las categorías antes mencionadas puede tener resultados terapéuticos, pero el lugar del trabajador, enfermera/o, en una intervención que se concibe como terapéutica no es el mismo que en una que se concibe como maternal. Este lugar (rol) ambiguo o multisituado del enfermero/a consideramos debe ser objeto de atención y discusión, especialmente al interior de los equipos de salud.

En las narraciones obtenidas también se visualiza el carácter devocional y altruista del cuidado. En el contexto de la pandemia, estas concepciones que aparecen en las narrativas y preexisten a la pandemia generan ciertas contradicciones, dilemas y sufrimientos entre el personal de enfermería. Uno es el dilema de atender aun colocando en riesgo la propia salud (pensemos que al inicio de la pandemia las probabilidades de contagio y el cursar una enfermedad grave con riesgo de internación y muerte eran muy próximas); el personal de enfermería decide actuar/intervenir de todos modos, «con lo que hay». El lugar subjetivo del *trabajador devoto* llevó a una aceptación resignada de exponerse al riesgo sin cuestionar la escasez. Ahora bien, aunque los trabajadores de enfermería que hoy ocupan posiciones de gestión provienen en la regla de trayectorias de atención en las que probablemente ya adscribían a muchas de estas valoraciones, acaso valga la pena problematizar el papel diferente que puede jugar ese lugar subjetivo devocional cuando surge de la reflexión sobre el trabajo propio y cuando, en cambio, aparece en la voz de un director como justificación de decisiones directivas y actitudes de liderazgo que afectan las condiciones de ejercicio de trabajadores subordinados.

Por otro lado, las modificaciones de las prácticas de cuidado que surgen de haber ocupado el lugar de paciente o de familiar de paciente muestran una inventiva que al menos cuestiona el hábito profesional. Si bien las dos cosas pueden mover a la trabajadora o trabajador más allá de lo que se exige *contractualmente*, mientras que la gestión de la escasez es una política institucional aunque no esté escrita, la creación de formas alternativas de humanizar el cuidado aparece en las entrevistas como una construcción desde abajo (individual o colectiva) que se aparta de lo que dicen los protocolos (y se espera institucionalmente) pero es más afín al deseo y la experiencia personal.

## COMENTARIOS FINALES

El trabajo en salud, especialmente cuando éste conlleva un vínculo interpersonal, implica siempre un posicionamiento ético. En general, la/el trabajadora/or se mueve dentro de los parámetros de la disciplina en la que ha sido formado, aunque ciertas circunstancias, situaciones o coyunturas particulares hacen que

entren en tensión o fricción con los mandatos, expectativas con los modos de hacer establecidos. De allí los desplazamientos, la puesta en interrogación de todo aquello que aparece irreductible a formas protocolizadas. En cualquier caso, el hacer o no hacer, responder a una situación o demanda más o menos explícita –un llanto, una vía que se sale, etc.– del modo que esperan otras/os trabajadoras/es, responder desde los propios valores y parámetros o no responder, siempre supone un riesgo tanto físico como mental.

Tal es quizá el dilema constitutivo de la ética del cuidado en enfermería: nada coloca a salvo a la trabajadora/or del contacto permanente con el sufrimiento, la enfermedad y la muerte. Si bien no hay protocolos que sirvan a estas situaciones, ante una práctica que hereda la moral judeo-cristiana de la entrega, la caridad o la religiosidad devocional, se avizora la posibilidad de una ética situada (Mèlich, 2010; Sy, 2016) basada en la experiencia singular de las y los trabajadores, que adquiere sentidos colectivos más vinculados a la humanización del cuidado.

## AGRADECIMIENTOS

Queremos expresar nuestro especial agradecimiento a todas las trabajadoras y trabajadores de la salud que hicieron posible nuestro trabajo compartiendo sus experiencias, sus emociones y percepciones con la sensibilidad, el compromiso y la convicción de estar trabajando para garantizar el derecho a la salud pública.

## REFERENCIAS

- Bakry, A. M., Sobhy, E. y Abdelmohty, H. (2020). Cardiac surgeons between apprehension and ethical duty in the COVID-19 pandemic. *Asian cardiovascular & thoracic annals*, 218492320943355. <https://doi.org/10.1177/0218492320943355>
- Beltrán Salazar, O. (2011). Dilemas éticos en el cuidado enfermero. *Index de Enfermería*, 20(1-2), 36-40. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962011000100008>
- Brusco, A. (1999). *Humanización de la asistencia al enfermo*. Bilbao, España: Sal Terrae.
- Burin, M. y Meler, I. (2010). *Género y Familia. Poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Collière, M. F. (1993). *Promover la vida*. Madrid, España: Interamericana.
- Consejo Internacional de Enfermería. (2021). *Código de Ética del CIE para las enfermeras*. Recuperado de [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN\\_Code-of-Ethics\\_SP\\_WEB.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN_Code-of-Ethics_SP_WEB.pdf)
- Dellasega, C. y Kanaskie, M. L. (2021). Nursing ethics in an era of pandemic. *Applied nursing research*, 62, 151508. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2021.151508>
- Dunn, M., Sheehan M., Hordem, J., Turnham, H. y Wilkinson, D. (2020). 'Your country needs you': the ethics of allocating staff to high-risk clinical roles in the management of patients with COVID-19. *Journal Medical Ethics*, 46(7), 436-440. <https://jme.bmj.com/content/46/7/436>
- Federici, S. (2013). Sobre el trabajo afectivo. En *Revolución en punto cero* (pp. 181-204). Madrid, España: Traficantes de sueños.
- Green, J., Darbyshire, P., Adams, A. y Jackson, D. (2016). It's agony for us as well: Neonatal nurses reflect on iatrogenic pain. *Nursing ethics*, 23(2), 176-190. <https://doi.org/10.1177/0969733014558968>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2012). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010: Censo del Bicentenario*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: INDEC.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2021). *Incidencia de la pobreza y la indigencia en 31 aglomerados urbanos. Segundo semestre de 2020. Condiciones de vida Vol. 5, n°4*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: INDEC.

- Izquierdo Machín, E. (2015). Enfermería: Teoría de Jean Watson y la inteligencia emocional, una visión humana. *Revista Cubana de Enfermería*, 31(3). Recuperado de <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/686/131>
- Jansen, T. L., Hem, M. H., Dambolt, L. J. y Hanssen, I. (2020). Moral distress in acute psychiatric nursing: Multifaceted dilemmas and demands. *Nursing ethics*, 27(5), 1315-1326. <https://doi.org/10.1177/0969733019877526>
- Jia, Y., Chen, O., Xiao, Z., Xiao, J., Bian, J. y Jia, H. (2021). Nurses' ethical challenges caring for people with COVID-19: A qualitative study. *Nursing ethics*, 28(1), 33-45. <https://doi.org/10.1177/0969733020944453>
- Kérrouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A. y Major, F. (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona, España: Elsevier.
- Larkin, M. E., Beardslee, B., Cagliero, E., Griffith, C. A., Milaszewski, K., Mugford, M. T., Myerson, J. M., Ni, W., Perry, D. J., Winkler, S. y Witte, E. R. (2019). Ethical challenges experienced by clinical research nurses: A qualitative study. *Nursing ethics*, 26(1), 172-184. <https://doi.org/10.1177/0969733017693441>
- Loyola da Silva, T. C., de Medeiros Pinheiro, F., Ákysa, K., Brito do O'Silva, C., de Mesquita, X., Suênia, S. y Bezerra de Macedo, E. A. (2021). El impacto de la pandemia en el rol de la enfermería: una revisión narrativa de la literatura. *Enfermería Global*, 20(63), 502-543. <https://doi.org/10.6018/eglobal.454061>
- Marrujo Pérez, K. J. y Palacios Ceña, D. (2016). Efectos de la tecnología en los cuidados de enfermería. *Cultura de los Cuidados*, 20(46), s/p. <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/61779>
- Mèlich, J. C. (2010). Poética de lo íntimo (sobre ética y antropología). *Ars Brevis*, (16), 314-331. Recuperado de <https://raco.cat/index.php/ArsBrevis/article/view/244312>
- Menon, V. y Padhy, S. K. (2020). Ethical dilemmas faced by health care workers during COVID-19 pandemic: Issues, implications and suggestions. *Asian journal of psychiatry*, (51), 102116. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102116>
- Morse, J. M., Solberg, S. M., Neander, W. L., Bottorff, J. L. y Johnson, J. L. (1990). Concepts of caring and caring as a concept. *ANS. Advances in nursing science*, 13(1), 1-14. <https://doi.org/10.1097/00012272-199009000-00002>
- Nacoti, M. (2020). Esperienza clinica e criticità. *Recenti progressi in medicina*, 111(6), 374-378. <http://dx.doi.org/10.1701/3394.33760>
- Organización Panamericana de la Salud. (2022). *The COVID-19 HEalth caRe wOrkErs Study (HEROES). Informe Regional de las Américas*. Recuperado de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55563>
- Ramacciotti, K. I. (2020). Cuidar en tiempos de pandemia. *Descentrada*, 4(2), e126. <https://doi.org/10.24215/25457284e126>
- Rosero Botina, C. M. (2020). *Dilemas morales en el personal sanitario asistencial durante la pandemia COVID-19* (trabajo de grado). Recuperado de <http://hdl.handle.net/20.500.12495/3689>
- Rushton, C. H. (2016). Moral Resilience: A Capacity for Navigating Moral Distress in Critical Care. *AACN advanced critical care*, 27(1), 111-119. <https://doi.org/10.4037/aacnacc2016275>
- Sachetti, L. y Rovere, M. (2011). *Surgimiento de la enfermería*. Córdoba, Argentina: El Ágora.
- Scott, J. (1996). El género: una categoría útil para el análisis histórico. En M. Lamas (Comp.), *El género, la construcción cultural de la diferencia sexual*. Ciudad de México, México: UNAM.
- Singh, J. A. y Moodley, K. (2020) Critical care triaging in the shadow of COVID-19: Ethics considerations. *South African Medical Journal*, 110(5), 355-359. <https://doi.org/10.7196/SAMJ.2020.v110i5.14778>
- Strandås, M. y Fredriksen, S. T. (2015). Ethical challenges in neonatal intensive care nursing. *Nursing ethics*, 22(8), 901-912. <https://doi.org/10.1177/0969733014551596>
- Sy, A. (2016). Ética en el trabajo de campo: una reflexión desde la experiencia etnográfica. *Revista de Antropología Experimental*, (16), 353-363. <https://doi.org/10.17561/rae.v0i16.2601>
- Sy, A., Moglia, B. y Derossi, P. D. (2021). Todo se transformó completamente: experiencias de atención a la pandemia de covid-19 en el ámbito de la salud pública. *Revista De Salud Pública*, 26(2), 60-72. <https://doi.org/10.31052/1853.1180.v26.n2.33077>

- Troncoso, M. y Suazo, S. (2007). Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(4), 499-503. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000400019>
- Urra, M. E., Jana, A. A. y García, V. M. (2011). Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. *Ciencia y enfermería*, 17(3), 11-22. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532011000300002>
- Watson, J. (1979). *Enfermería: Filosofía y ciencia del cuidado*. Boston, United States: Little, Brown & Company.
- Watson, J. (1985). *Nursing: human science and human care*. Connecticut, United States: Appleton-Century Croft.

## NOTAS

- 1 Ver: [https://www.argentina.gob.ar/ciencia/agencia/acciones-covid-19/pisac-covid-19/pisac-covid-19-no77-los-nuevos-scenarios-en-la?tca=KPII\\_a\\_UEMk2Ou7AURNqd1JY-JRnUKeleo\\_4iOKBZcl](https://www.argentina.gob.ar/ciencia/agencia/acciones-covid-19/pisac-covid-19/pisac-covid-19-no77-los-nuevos-scenarios-en-la?tca=KPII_a_UEMk2Ou7AURNqd1JY-JRnUKeleo_4iOKBZcl)
- 2 Ver: <https://www.rapidresearchandevaluation.com/>
- 3 Escuela del *Caring*: Las teóricas de esta escuela creen que las enfermeras pueden mejorar la calidad de los cuidados a las personas si se abren a dimensiones tales como la espiritualidad y la cultura y se integran los conocimientos vinculados a estas dimensiones. Como ejemplo de teóricas destacan Madeleine Leininger y la propia Watson (Kérouac y otros, 1996).
- 4 Orden religiosa Ministras de los Enfermos o sacerdotes camilianos: <https://www.camilos.es/quienes-somos/la-orden-mundo/>. Son las órdenes religiosas quienes imparten la primera formación a quienes cuidarán de los enfermos incluyendo religiosos y abadesas con vocación de servicio. Durante la Edad media se produce la ruptura de la iglesia con los hombres que practicaban dentro de la medicina la cirugía de los cuerpos, y con la modernidad las religiosas retroceden en las tareas del *cuidado*, dando comienzo a la separación entre el *cuidado* y la *cura* (Sachetti y Rovere, 2011); pero, como en el caso de Brusco, sigue habiendo una discusión paralela entre pensamiento teológico y teorización desde la enfermería.
- 5 Consejo Internacional de Enfermeras: <https://www.icn.ch/es>
- 6 Código deontológico para la práctica de enfermería vigente en nuestro país y en las currículas de formación profesional: <http://www.legislaud.gov.ar/pdf/cie.pdf>
- 7 Código deontológico revisión 2021: [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN\\_Code-of-Ethics\\_SP\\_WEB.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN_Code-of-Ethics_SP_WEB.pdf)
- 8 [https://www.gba.gov.ar/saludprovincia/regiones\\_sanitarias](https://www.gba.gov.ar/saludprovincia/regiones_sanitarias)