

Grupo 12: Salud, condiciones y medio ambiente de trabajo.

Salud y enfermedad, desgaste y padecimiento subjetivo en los trabajadores del área de enfermería.

Lic. Cecilia Lusnich

Profesora e Investigadora en el Instituto Gino Germani y Carrera de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, UBA. Miembro de Equipo de Salud del Área Programática del Hosp. General E. Tornú, Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires. Especialista en Educación para la Salud. Tesista en la maestría en Ciencias Sociales del Trabajo de la UBA.
ceciliamlusnich@gmail.com

1. Introducción

En este trabajo abordamos, desde diferentes aspectos vinculados entre sí, la problemática actual de un grupo específico de trabajadores del sector salud, los enfermeros/as, en lo que hace a la *articulación salud-trabajo*. Partiendo del análisis de los discursos de los trabajadores de enfermería que se desempeñan en diferentes espacios laborales de tres hospitales de la Ciudad de Buenos Aires, consideraremos la especificidad de sus procesos de trabajo y sus implicancias en términos de *salud-enfermedad, desgaste y padecimiento subjetivo*.

El grupo específico de los trabajadores/as de enfermería, puede ser pensado como “fuerza de trabajo” cautiva del sector de servicios de salud, en sus diferentes instancias (pública o privada). En este sentido, las transformaciones que se observan en las últimas décadas tanto en lo que refiere a la regulación normativa como a los cambios cualitativos de la fuerza de trabajo, son sumamente complejas y, en medio de ellas, enfermería se encontraría, por un lado, inmersa en profundos procesos de flexibilización laboral por la vía de la flexibilización funcional y, por otro, debatiéndose entre la profesionalización y el oficio en un proceso que no lograría articular los crecientes niveles de especialización en tanto se niegan o no se reconocen otros componentes esenciales de la capacitación, el aspecto “informal” que tiene lugar en el propio proceso de trabajo.

Los trabajadores/as de enfermería no han quedado por fuera, sin duda alguna, de los imperativos de flexibilización laboral que caracterizan a los mercados de trabajo, tanto a nivel nacional como mundial, en las últimas décadas. Los fenómenos de flexibilización en los procesos de trabajo de enfermería adquieren ciertas especificidades que intentaremos dar cuenta en tanto una de las características que signaron históricamente el ejercicio de la actividad en nuestro país es la ausencia de una real división técnica y social del trabajo.

Con el objetivo de efectuar algunas comparaciones y delinear hipótesis respecto de la profesionalización de enfermería, sus posibles consecuencias y algunas de las tendencias que ya comenzarían a observarse en términos de transformaciones de los perfiles ocupacionales dentro del sector, analizaremos:

- 1) El rol de las normas legales que en la actualidad regulan la actividad, encuadrando su ejercicio, delimitando claramente las figuras de enfermero/a auxiliar, enfermero/a profesional y la figura de licenciado/a en enfermería y eliminando la de personal empírico.
- 2) El impacto de dichas normas legales en términos de mayores niveles de capacitación y calificación formal, a través de la lectura de datos estadísticos disponibles.
- 3) El contradictorio vínculo entre profesionalización, oficio y vocación y el papel que juega el espacio de los procesos de trabajo como mediatizador de los mecanismos de apropiación, adquisición y elaboración de saberes y capacidades.

Cabe destacar que, en lo que hace al relevamiento estadístico, se encontraron serias dificultades que intentamos saldar a partir del trabajo comparativo de distintas fuentes y apreciaciones de corte cuantitativo. Seleccionando las fuentes más serias y confiables en la temática de salud, se ha trabajado con datos cuantitativos publicados en estudios vinculados a programas de la OPS/OMS y con datos provistos por la Dirección de Enfermería de la Ciudad de Buenos Aires.

En lo que hace a la información de corte cualitativo que presentaremos en los últimos puntos del trabajo, pertenecen a la investigación de tesis de maestría "*Procesos de*

trabajo en los trabajadores de enfermería del sector público. Transformaciones y tensiones en la crisis de las prácticas laborales y regulación en contextos de creciente flexibilización”, iniciada en el año 2008 y en su etapa de finalización. Se realizaron treinta y ocho entrevistas en profundidad a trabajadores/as de enfermería de tres hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires.¹

Si bien escapa a las posibilidades de esta presentación realizar un recorrido histórico acerca del nacimiento y consolidación de la enfermería en la Argentina, cabe señalar dos rasgos centrales de esa historia: se trata de una ocupación construida socialmente como femenina y que creció a la “sombra” de la medicina, profesión social y culturalmente dominante. En la compleja trama que caracteriza al desarrollo del sistema de salud en nuestro país, a partir de la década de 1940 se produce una expansión cuantitativa y cualitativa en los tres subsectores (público, privado, obras sociales), lo cual genera una importante fuente de empleo en este ámbito y se evidencia el problema de la baja disponibilidad de recursos humanos formados (Galín, 2002: 88). Otros autores también afirman que la actividad de enfermería ha adolecido históricamente de una importante demanda insatisfecha y una escasa profesionalización, y lo relaciona con las condiciones de trabajo que esta actividad implica (Wainerman y Geldstein, 1990). A partir de la década de los noventa del siglo pasado, los cambios en el nuevo orden internacional propiciaron el replanteamiento de las condiciones organizacionales entre el capital y el trabajo, en donde más que formar para el empleo se forma para la empleabilidad (Tünnermann, 2002), lo que requiere formar con conocimientos, habilidades y destrezas flexibles permitiendo responder con responsabilidad, creatividad, innovación y conocimientos a un mercado laboral en un constante cambio.

En cuanto a la temática de la flexibilidad en el mundo del trabajo, ha sido presentada por las corrientes económicas neoliberales ortodoxas, como una solución “automática” al problema del desempleo en particular y a las distorsiones del mercado de trabajo en general. En los debates laborales, la problemática de la flexibilización laboral ha adquirido gran importancia en tanto que, desde el punto de vista organizacional, en el

¹ Las entrevistas se realizaron en tres hospitales, dos polivalentes y uno monovalente; abarcaron a enfermeros/as profesionales y auxiliares y a cuatro licenciadas en enfermería.

marco de una nueva modalidad de organización flexible, las competencias profesionales constituyen las bases esenciales para el trabajador/a, que debe adaptarse a este proceso de cambio constante.

Inversamente, las denominadas “teorías del capital humano” se basan en el reconocimiento de elementos cualitativos y de la heterogeneidad existente dentro de la fuerza de trabajo, consistente en las capacidades productivas de los individuos o de un grupo que incluye sus aptitudes operatorias y los conocimientos generales o específicos, el saber hacer, la experiencia.

El grupo específico de los trabajadores/as de enfermería, puede ser pensado como “fuerza de trabajo” cautiva del sector de servicios de salud, en sus diferentes instancias (estatal, privado). En este sentido, las transformaciones que se observan en las últimas décadas y de las cuales daremos algunas pautas tanto en lo que refiere a la regulación normativa como a los cambios cualitativos de la fuerza de trabajo, son sumamente complejas y, en medio de ellas, enfermería se encontraría, por un lado, inmersa en profundos procesos de flexibilización laboral por la vía de la flexibilización funcional y, por otro, debatiéndose entre la profesionalización y el oficio en un proceso que no lograría articular los crecientes niveles de especialización en tanto se niegan o no se reconocen otros componentes esenciales de la capacitación, el aspecto “informal” que tiene lugar en el propio proceso de trabajo.

2. Las nuevas normas legales que regulan la actividad de enfermería

Hasta hace relativamente muy poco tiempo el ejercicio de la actividad de enfermería en nuestro país se desarrollaba sobre una base elemental de conocimientos, generalmente adquiridos de forma empírica. En consecuencia, las actividades desarrolladas en los diferentes momentos del proceso de trabajo, eran realizadas rutinariamente y sólo modificadas por los ensayos y errores de la práctica individual y/o colectiva. Esta forma de actuación, entre otros factores, derivó en una escasa consideración social y la responsabilidad y dignidad del enfermero/a no estaban recortadas por en el aspecto

normativo y legal sino por aspectos de carácter moral y práctico, muchas veces arbitrarios y aleatorios. Además, el ejercicio de la actividad recaía mayoritariamente en personal “empírico” y auxiliares de enfermería, en el marco de una enorme indiferenciación de funciones y tareas.

Otro aspecto a destacar es la denominación social de "enfermera/o" utilizada usualmente para designar al trabajador de enfermería, no solo por la población general sino, también, por los propios profesionales de la salud, sin tomar en consideración su formación o la función que desempeña. De acuerdo al nivel educativo formal alcanzado, en nuestro país se conformaron, históricamente, cuatro grandes categorías: 1) los “licenciados/as en enfermería” (egresados de escuelas universitarias); los “enfermeros/as profesionales” egresados de escuelas universitarias y no universitarias, municipales, provinciales o privadas (con secundario completo); los “auxiliares de enfermería” (que realizan cursos de 9 o 12 meses con estudios primarios completos como exigencia mínima) y los “empíricos o ayudantes” que conforman el grupo sin preparación formal.

Uno de los grandes problemas que caracteriza a los procesos de trabajo del sector es, precisamente, la inexistencia de división técnica de funciones entre las categorías mencionadas. Frente al panorama descrito, comenzaron diferentes estrategias y planes de acción para el desarrollo de Enfermería en Argentina, sobre todo durante el período 1985-1995 con el impulso y apoyo de la Oficina Panamericana de la Salud en el país (OPS/OMS, 1995, 2002, 2004).

Las leyes que actualmente regulan las tareas de los enfermeros/as determinan e imponen reglas, límites, alcances, derechos, obligaciones y sanciones, encuadrando de esta forma el ejercicio de la profesión y delimitando claramente las diferentes categorías ocupacionales de acuerdo al nivel de formación educativo alcanzado (Espino, 1995). Nos referiremos, fundamentalmente, a la Ley N° 24.004 sancionada en el año 1991 y a su Decreto Reglamentario 2497 del año 1993. Esta ley es de aplicación en la jurisdicción nacional; posteriores normas legales que regulan la actividad de enfermería

en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires y de la Provincia de Buenos Aires se inspiran en ella y siguen sus lineamientos principales.

La Ley N° 24.004 regula la actividad de auxiliares de la medicina, enfermeros, enfermeros profesionales, enfermeros auxiliares, y el ejercicio profesional. Consta de 29 artículos distribuidos en 8 capítulos: Conceptos y alcances, De las personas comprendidas, De los derechos y obligaciones, Del registro y matriculación, De la autoridad de aplicación, Régimen disciplinario y Disposiciones transitorias. Establece que las funciones de enfermería son la promoción, la recuperación y la rehabilitación de la salud, la prevención de enfermedades, la docencia, investigación, el asesoramiento y la administración de servicios sobre temas de su incumbencia. Distingue dos niveles para el ejercicio de enfermería: a) el profesional (funciones jerárquicas y de dirección, asesoramiento, docencia investigación y presidencia o integración de tribunales en concursos para cobertura de cargos en personal de enfermería.); y b) el nivel auxiliar (práctica de técnicas y conocimientos que contribuyen al cuidado de enfermería, planificados y dispuestos por el nivel profesional y ejecutados bajo su supervisión). Por lo tanto la Ley prohíbe a toda persona no comprendida en estos dos niveles la realización de acciones propias de enfermería (el personal “empírico”).

Entre los derechos de profesionales y auxiliares incluye el ejercicio de la profesión bajo la Ley, la responsabilidad de acuerdo a la formación recibida, la posibilidad de negarse a realizar prácticas que contradigan convicciones religiosas, morales o éticas, siempre sin perjudicar al paciente y la certeza de contar con garantías que aseguren y faciliten el cumplimiento de la actualización permanente. Las obligaciones de profesionales y auxiliares incluyen el respeto a la dignidad de la persona, sin distinción, el derecho a la vida y su integridad, desde la concepción hasta la muerte, la obediencia a la salud, las creencias y los valores

En cuanto a títulos, diplomas o certificados habilitantes, deben inscribirse previamente en la Subsecretaría de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social, que autorizará el ejercicio de la actividad, otorgando la matrícula y extendiendo la correspondiente credencial, que puede suspenderse o cancelarse por petición del interesado, debido a la

anulación de título, diploma o certificado, por sanción e inhabilitación definitiva de la Subsecretaría de Salud o fallecimiento.

La Ley fija que quienes al momento de ser promulgada no posean título , diploma o certificado , tendrán 90 días para inscribirse en la Subsecretaría de Salud , 2 años para obtener el certificado de auxiliar de enfermería, y 6 para el título profesional habilitante. En ese caso tendrán derecho al uso de licencias y franquicias horarias para estudiar o rendir exámenes. Por último, la Ley 24.004 considera insalubres las tareas de enfermería realizadas en: Unidades de Cuidados Intensivos, Unidades Neurosiquiátricas o Áreas afectadas por Radiaciones.

El decreto Nacional 2.497/93 reglamenta la Ley 24.004 de enfermería profesional. Fue publicado en el boletín oficial el 16 de diciembre de 1993. En él se establece la competencia específica a de los títulos de licenciado/a en enfermería, detallando las actividades permitidas en el campo de la docencia, práctica clínica y ejercicio de las especialidades. Se refiere a los espacios en los que se puede desarrollar el ejercicio de la enfermería: gabinetes privados, domicilios de personas, instituciones o establecimientos públicos y privados obviamente autorizados. Incluye la reválida de los certificados auxiliares de enfermería que será realizada en un plazo no mayor a 180 días desde la aprobación de la reglamentación.

En cuanto a los especialistas, la Ley establece distintas condiciones, como la necesidad de poseer certificación otorgada por Comisiones Especiales de Evaluación designadas por la Subsecretaria de Salud que tendrán en cuenta antigüedad y capacitación, ser profesor universitario, poseer certificado de residencia en la especialidad o título de especialista universitario. Además prohíbe a los profesionales actuar bajo relación de dependencia de auxiliares.

3. La profesionalización de los auxiliares de enfermería

El Plan de Profesionalización de Auxiliares de Enfermería se aprobó el 9 de Diciembre de 1993, en la Resolución conjunta del Ministerio de Salud y Acción Social y

Ministerio de Cultura y Educación N° 1027. Según esta resolución, “es necesario adecuar el proceso de desarrollo de los Recursos Humanos del área de Enfermería para la atención de salud a la realidad sanitaria nacional”. Establece para ello la formación de enfermeros con una modalidad particular. Propone un plan de estudios cuya duración oscila entre 2 y 3 años, siendo estos los límites mínimos y máximos permitidos respectivamente para su dictado, no así para su cursado que se adapta a las posibilidades de los alumnos, estableciendo un máximo de seis años. Pero este plan sólo está disponible para aquellos auxiliares que estén trabajando, porque reconoce los saberes que da la experiencia al ejercer en el sistema de salud.

Para poder acceder a la profesionalización, y de acuerdo con la Resolución analizada, se deben cumplimentar los siguientes requisitos de ingreso: a) pertenecer a la categoría de Auxiliar de Enfermería con reconocimiento nacional y estar en actividad; b) poseer certificado de estudios secundarios otorgado por establecimientos reconocidos oficialmente; c) presentar certificado de aptitud psicofísica; d) presentar certificación de servicios de dos años de antigüedad en trabajos de enfermería.

El panorama a nivel nacional respecto del peso relativo de los trabajadores/as “empírico” y auxiliar sobre el total de los trabajadores del sector era, al momento de implementarse la Ley N° 24.004 y la mencionada Resolución, muy alto y entre ambas categorías constituían el 75% del total del personal de enfermería.

En el transcurso de dos décadas y media, las medidas señaladas modificaron la composición del personal de enfermería en cuanto a las cuatro categorías reconocidas legalmente hasta 1991. Sin duda alguna las normas legales no constituyen la única explicación del fenómeno; en forma paralela el sector salud de nuestro país adquirió cada vez mayor complejidad, el subsistema de obras sociales y el de medicina prepaga se consolidaron con la consecuente introducción de “lógicas de mercado” y de nuevas tecnologías en lo que hace a tratamiento y diagnóstico en servicios de salud.

Para fines de la década del 70, el personal empírico constituía casi el 42% del total de trabajadores/as del sector, mientras que a mediados de la década del 90 cae al 12%. Sin

embargo, las categorías de auxiliar y profesional no tuvieron un comportamiento similar, en tanto que la primera creció en dicho período, la segunda disminuyó. Podría suponerse, con fuerte fundamento, que la categoría de personal auxiliar creció debido a que absorbió a los trabajadores/as empíricos que hayan cumplimentado con los requisitos de capacitación formal que hemos mencionado.

4. Los hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires

El marco legal que encuadra en la actualidad la habilitación y funcionamiento de las tareas del personal de enfermería en la Ciudad de Buenos Aires incluye una serie de leyes y normas administrativas que siguen la línea de la ley nacional antes analizada.

Se trata de las siguientes leyes, decretos y convenio colectivo de trabajo:

- Ley N° 153 Ley Básica de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que garantiza a las personas el derecho a la salud integral.
- Ley N° 298 referente al ejercicio de la Enfermería en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Decreto N° 1060 que la reglamenta.
- Ley N° 471 de Relaciones Laborales en la Administración Pública de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Decreto N° 1510 que dispone procedimientos en base a la Ley de Procedimientos Administrativos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Decreto N° 41455/2005 que crea la Carrera Profesional.
- Convenio Colectivo de Trabajo de abril de 2005 celebrado entre la Delegación Gremial de SUTEGBA y el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. En él se explicita la nueva etapa de la Carrera Profesional, sueldo básico, salario de encasillamiento, antigüedad y plus por tareas de conducción. A partir la entrada en vigencia de este convenio, los trabajadores Enfermeros y Auxiliares ingresan a la categoría de “Técnicos” de la nueva Carrera Profesional, en tanto que los Licenciados/as en Enfermería ingresan a la categoría “Profesional”.

Si bien los datos estadísticos disponibles no son comparables debido a las diferencias jurisdiccionales y/o territoriales, la situación del Sistema Público de Salud de la Ciudad de Buenos Aires para el año 2004² revela avances significativos en cuanto a la resolución de la problemática de capacitación formal del personal empírico. Siguiendo las fuentes oficiales, sobre un total de 6760 trabajadores/as del sector la distribución entre las diferentes categorías se modificó en el lapso de una década de forma sustancial, con fuerte peso en los enfermeros/as profesionales y un crecimiento importante de los niveles de licenciaturas universitarias:

En el año 2008 y sobre un total de 6875 trabajadores/as del área de enfermería, la categoría de “personal empírico” desaparece, por lo menos en los datos estadísticos, y se producen algunas modificaciones porcentuales en las tres restantes que sugieren una tendencia hacia mayores niveles de capacitación formal:

Resulta interesante comparar la distribución según los cuatro tipos de hospitales que componen la red asistencial pública de la Ciudad de Buenos Aires. En tanto que en los hospitales especializados y en los hospitales de niños es relativamente mayor el peso de los licenciados/as en enfermería, es notoria la disparidad respecto de los hospitales psiquiátricos, en los cuales más de la mitad del personal sigue siendo enfermeros/as auxiliares.

Analizando la distribución según categorías en un hospital general de la Ciudad de Buenos Aires, Hospital General de Agudos E. Tornú³, sobre un total de 231 trabajadores/as de enfermería aparecen algunas diferencias en cuanto al peso relativo de las tres categorías si se compara con los datos de los cuadros precedentes. Es notorio el peso del personal que posee título académico superior o licenciatura en detrimento de la categoría de auxiliar. Si bien esta particularidad puede deberse a la historia de este hospital, transformado en general en el año 1985, estas diferencias estarían hablando de una desigual distribución de categorías del personal de enfermería al interior de los hospitales generales.

² Datos estadísticos elaborados por la Dirección General de Enfermería dependiente del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

³ Hemos tomado como ejemplo este caso dado que se trata de un hospital de mediana complejidad.

Estas disparidades se reflejan, en la práctica, en la indiferenciación de funciones, el desarrollo de tareas que corresponden a la categoría inferior, etc. Más adelante haremos una breve referencia a las características de los procesos de trabajo de enfermería y a la organización del trabajo, que muestran que, si bien los niveles educativos del personal han crecido, ese aumento no se refleja sino en la acentuación de la flexibilidad funcional y la polivalencia.

5. El proceso de trabajo y la organización del trabajo

Desde los esquemas institucionales tradicionales y analizando los procesos de trabajo “reales” del personal de enfermería, más allá de las normativas y encuadres legales o de los organigramas formales, la figura de enfermería permanece desdibujada en tanto que trabajador desde múltiples direcciones:

- la inespecificidad e indiferenciación de funciones;
- la fragmentación del colectivo;
- la conflictiva construcción de su profesionalidad frente a la figura médica;
- las definiciones del “sacerdocio” y el llamado vocacional
- los imperativos de la productividad, eficacia y eficiencia desde un modelo mecanicista y mercantilizado de la salud.

La modulación del tiempo en la jornada de trabajo de enfermería y su programación a través de “rutinas prefijadas”, se configura a partir de dos características centrales del proceso de trabajo, por un lado su definición en términos de continuidad – en tanto las necesidades del paciente no pueden encontrar puntos de interrupción ni de espera – pero también, por el otro lado, en términos de contingencia y de incertidumbre.

“Hay siempre un mismo conjunto de tareas cotidianas que uno tiene que hacer, uno ya tiene memorizado todo, cuando suceden cosas inesperadas uno tiene automáticamente que cambiar ese ritmo, dedicarse a hacer otras cosas y después volver a la rutina normal ya sea que el paciente salió o no salió.”

“...hay que estar siempre en guardia, no nos podemos descuidar ni un minuto, enfermería es continuidad...pero nunca se sabe lo que puede pasar o con qué te vas a encontrar...”

“...uno ya sabe cómo e hacen las cosas y qué cosas se tienen que hacer sí o sí, todo ya es automático porque con el tiempo uno ya aprendió a defenderse, lo principal es que el paciente esté tratado y medicado, que las cosas salgan y que se hagan a su debido momento...”

Esta modulación del tiempo está determinada por distintos factores, como ser el ritmo de circulación de pacientes por la sala, las rutinas institucionales y las rutinas y normas propias de cada unidad de trabajo, la calidad del estado de salud de los pacientes, los grados de predicción posible de los sucesos y, consecuentemente, de las actividades que éstos involucran. En función de las reglas de la institución hospitalaria y de cada sala o servicio, los tiempos para la realización de las tareas de enfermería están pautados diaria y semanalmente. El desarrollo de una gran parte de actividades que son centrales a la dinámica hospitalaria y del servicio suelen coincidir, aunque no siempre, con los turnos de enfermería. No obstante, suelen darse serios desajustes entre rutinas hospitalarias y cambios de turno de enfermería, que transforman a ciertas actividades en situaciones de difícil manejo o resolución para el trabajador/a de enfermería. Además, la jornada de trabajo del sector se organiza a partir de los momentos de mayor o menor presencia del personal médico, razón por la cual la mañana constituye el de mayor ritmo e intensidad del trabajo.

Existe, por lo tanto, una rutina prefijada de tareas programadas que configuran las diferentes etapas de la jornada de trabajo. En primer lugar, las rutinas que hacen al seguimiento del estado del paciente y a su higiene y confort y, en segundo lugar, las que tienen que ver con la administración de medicación y ejecución de las indicaciones médicas.

En forma paralela e independiente a estas rutinas, todo un conjunto de sucesos y de actividades escapan a toda posibilidad de programación. Sin embargo, cada unidad de trabajo posee reglas específicas que regulan “rutinas alternativas” frente a los acontecimientos no programables (por ejemplo, el ingreso o egreso de un paciente, su traslado a la sala de partos en el caso de la sala de maternidad, etc.). Estos eventos

pueden llegar a constituir, en lo que respecta a la organización del trabajo de enfermería, hechos sumamente disruptivos que implican la movilización y redistribución de personas, el abandono de actividades, etc. Dentro de esta categoría los entrevistados incluyeron la muerte y el abandono del recién nacido en el caso de la maternidad y, en los otros dos servicios, la descompensación del paciente. La incertidumbre que acompaña a tales sucesos pone en cuestión lo rutinario, las normas consensuadas, los lugares de cada actor, las definiciones que pueden hacerse de una situación en base a la experiencia cotidiana. Sin embargo, si bien los modos en que se resuelve lo imprevisto pueden llegar a poner en duda la eficacia del trabajador, también abre espacios posibles de cooperación horizontal y de solidaridad grupal, incluso de cierta autonomía en términos de creatividad cuando se debe “improvisar”:

“Cuando se da una crisis de un paciente, todos corremos, no importa que ese paciente no corresponda a mi sector, todos colaboramos aunque sea el horario de salida también algunas nos quedamos un poco más...ahí es justamente en el imprevisto cuando se ponen a prueba todos tus conocimientos y toda tu experiencia recorrida, pero también tu capacidad para improvisar, para salir adelante sea como sea, no importa cómo, lo que vale es que salves esa vida.”

Estos rasgos generales recorren, con distintos matices, los diferentes espacios laborales, del sector estatal tanto como privado. Cabe interrogarse seriamente, por lo tanto, acerca de los impactos sobre los procesos de trabajo que han tenido las normas regulatorias implementadas en los 90 y que significaron crecientes niveles de capacitación formal. En otras palabras, en tanto las estadísticas aluden a una nueva configuración según categorías y crecientes niveles de educación formal, la realidad cotidiana indicaría que los trabajadores/as de enfermería se adecuaron a los procesos de flexibilización laboral. Este aspecto fue característica histórica de la ocupación pero los cambios analizados podrían significar, en cambio, una nueva adecuación a los imperativos de la flexibilidad funcional, en cuanto a las calificaciones y asignación de tareas (Neffa; 1999: 405) y una nueva forma de disciplinamiento de la fuerza de trabajo por la vía de la exigencia de crecientes niveles de formación que no condicen con mejores o diferentes tareas de trabajo. Por otra parte, las representaciones de los trabajadores en torno a su actividad

laboral, como veremos más adelante, otorgan un fuerte significado al trabajo en tanto que “oficio”. Los procesos de enseñanza-aprendizaje en el espacio laboral, la transmisión del “saber-hacer”, hacen visibles la dimensión artesanal de la ocupación y ponen de manifiesto el carácter colectivo del trabajo, es decir, las relaciones sociales de lo cotidiano.

Es indispensable tomar como punto de partida que el proceso de producción de servicios que desarrolla enfermería posee una especificidad muchas veces negada y obstaculizada por la propia organización del trabajo: la relación trabajador-paciente. El objeto del trabajo del enfermero/a es otro sujeto. Sin embargo, podemos observar que esta especificidad, en las prácticas cotidianas queda opacada y fragmentada por todo un conjunto de mediatizaciones. La organización de los espacios laborales y tareas al interior de las instituciones hospitalarias descansan en una lógica burocrática que se explicita en toda una serie de fenómenos: rutinización y parcelación de las tareas, trabajo individual o en absoluta soledad, la especialización como modelo, etc.

6. Calificación, capacitación, saberes y proceso de trabajo

En todo proceso de trabajo la modalidad de trabajar tiene un equivalente en la modalidad de aprendizaje y, a su vez, la forma de circulación del conocimiento (de y en una institución, grupo o equipo) favorecerá u obstruirá el proceso de trabajo mismo.

Conocimiento, saberes, aprendizaje, son usualmente considerados, en el campo de las Ciencias Sociales aplicadas al Trabajo y a la Salud, desde aquella perspectiva que alude a las habilidades y conocimientos.

La "calificación" resulta un concepto relativamente dinámico que permite comprender, en última instancia, los modos concretos en que se ejecutan las tareas en el marco de un proceso de trabajo; calificación es el resultado de la articulación entre trayectorias biográficas y laborales, experiencias educativas y socialización en el espacio de trabajo.

Este proceso implica, por un lado, una regulación técnica, ya que traduce las relaciones que los trabajadores establecen con los distintos componentes del proceso de trabajo y con los

modos en que éste se organiza. Por otro lado, involucra una regulación social, la cual da cuenta de los mecanismos de producción, circulación y apropiación de los saberes individuales y colectivos que se dan en las relaciones sociales del trabajo.

Las carencias y deficiencias de la formación escolarizada serían resueltas, en la práctica de trabajo cotidiana, por los procesos de aprendizaje que se tejen en los espacios y situaciones de trabajo. En tanto que proceso colectivo, habla del papel que juegan las redes sociales del trabajo en la elaboración de estrategias, códigos, lenguajes, destrezas, habilidades, formas de acción, etc. La comprensión de estas redes "informales", permitiría dar cuenta de la socialización ocupacional.

El conocimiento queda restringido, no obstante los intentos por dar cuenta de las dimensiones de lo subjetivo, de lo colectivo y de la identidad, a términos de información y registro, en un reduccionismo mecanicista, puesto cada vez más en juego a partir de los cambios que se dieron en las últimas décadas en la organización de los procesos de trabajo y en los avances tecnológicos (Lusnich y Lugones, 2003).

En este contexto laboral, complejo y muchas veces contradictorio, adquieren fundamental relevancia las denominadas calificaciones explícitas y competencias implícitas, dado que las estrategias organizacionales no solamente requieren que el personal sepa realizar una tarea específica (saber-hacer) sino además que sepa interpretar e integrarse a la lógica de la organización productiva o institucional (saber-ser). Es así que la formación puede ser definida como un proceso de aprendizaje a través del cual el trabajador desarrolla conocimientos, aptitudes y comportamientos que constituyen, a nivel individual, la adquisición de nuevas competencias profesionales. Sin embargo, el proceso de constitución y elaboración de nuevas competencias es complejo, siempre involucra dos planos, el individual y el colectivo o social; los esfuerzos de formación implican necesariamente la participación en el saber de la experiencia y en la socialización laboral; aspecto que parte del reconocimiento de la existencia de un "saber productivo" irremplazable (OIT, 2000).

El "hacerse en la práctica de trabajo" como núcleo de las definiciones que los trabajadores/as de enfermería efectúan acerca de la ocupación, dimensiona el lugar que

ocupa el conocimiento como elemento constitutivo de la posibilidad misma de “trabajar”. “El concepto de saber-hacer permite avanzar de manera significativa en el análisis de la calificación, en la medida en que da cuenta de la articulación de los saberes teóricos y prácticos en la ejecución de las tareas (...) trabajando el obrero desarrolla su conocimiento.” (Villavicencio, 1993)

En el discurso de los enfermeros/as entrevistados queda expresada la mediación fundamental que juegan los saberes: se constituyen como sustento y como legitimidad del actor trabajador y de sus prácticas laborales. Ser enfermero, por lo tanto, remite al colectivo y a la socialización, en dos direcciones: la del “saber – hacer” y la del “saber – ser” (hacerse enfermero en tanto que miembro “de”):

“...creo que en los años que me faltan no voy a aprender todo lo que me faltaría aprender todavía (...) nunca uno termina de aprender y así te vas haciendo de a poco. Esta es una especialidad que me gusta porque clínica médica abarca todas las patologías de las cuales uno puede aprender bien...”

“Yo, en el momento en que empecé, te voy a ser sincero, pero yo no nací con la vocación, cuando yo me anoté para hacer el curso de enfermería era peón de limpieza (...) quise ser un poquito más de lo que era pero a medida que fui aprendiendo (...) y me fui interesando más me fue gustando el trabajo y la enfermería, y es algo que aprendí sobre la marcha, junto a mis compañeros...”

Las distancias entre capacitación formal y los conocimientos que los trabajadores ponen realmente en juego en lo cotidiano explicita, por una parte, la lógica de la formación en el espacio de trabajo y, por otra parte, el papel que juegan los propios procesos de trabajo como mediatizadores de los mecanismos de apropiación, adquisición y elaboración de los saberes. Ese saber-hacer contiene las dos dimensiones vinculadas al doble carácter, (formal e informal, prescripto y real) de las tareas que desarrolla enfermería. Los aspectos técnico-instrumentales y los aspectos afectivos se ponen de manifiesto particularmente cuando se trata de la resolución del imprevisto, cuando el enfermero/a debe apelar a la “improvisación”:

“Hay momentos en que hay que trabajar con la improvisación, enfermería no es tener todo a mano, todo lo teórico, en la práctica el enfermero tiene que saber improvisar, salir del paso, y estas son cosas que solamente se aprenden en la práctica y que se van pasando de uno a otro”

El saber recorta el lugar del trabajador/a pero, por sobre otros aspectos, señala la producción y reproducción del conocimiento en sentido horizontal, con el compañero de trabajo. Por lo tanto, “hacerse enfermero” se vincula directamente con el saber-hacer: en términos del colectivo de trabajo significa “saber-hacerse”; en términos individuales significa “saber-ser”. “Esa dimensión social del proceso de aprendizaje aparece explícitamente en la formación en el trabajo o formación-producción. Esta combina la adquisición de capacidades durante el ejercicio de una actividad profesional con el aprendizaje de las relaciones sociales en el seno de las cuales se desarrolla la actividad.” (Carton, 1999)

La tensión entre capacitación formal e informal, entre profesión y oficio⁴ se pone de manifiesto en las formas en que el personal de este sector construye, conflictivamente, su identidad. El polo que enfatiza el dominio del oficio delimita la identidad (y su posibilidad misma) a partir del reconocimiento de una cultura laboral y de la internalización de códigos y valores:

“Podés llegar a trabajar de enfermera pero no significa que seas una enfermera. Ser enfermera o enfermero te exige una indagación muy profunda de uno mismo, un conocimiento de sí mismo (...) que te permite darle a esto un significado...”

En el centro de la tensión entre profesión y oficio aparece el carácter vocacional de la ocupación. Este elemento vocacional alude a las creencias acerca de “haber nacido para”, “tener el don”, “sentir el llamado”, como requisitos necesarios para el ejercicio de una determinada actividad (Wainerman y Geldstein, 1991).

⁴ Es de destacar que esta tensión se observa tanto en los trabajadores/as entrevistados como, ya sea explícita o implícitamente, en la bibliografía especializada en la temática. Ambos polos se plantean como opuestos y separados, muy pocas veces como articulados entre sí.

Sin embargo, la vocación parece adquirir connotaciones muy diferentes entre el personal profesional y el personal auxiliar. Tener vocación significa, para los trabajadores/as profesionales, poseer cualidades naturales o innatas con las cuales se nace:

“Es algo que se lleva adentro, sino es imposible trabajar.”

“La enfermería es una vocación, no acepto que digan que es una salida laboral, la que lo hace por eso dura...”

“Siempre trabajé en esto, el hospital, nunca pude salirme de estar al lado del que sufre, es una vocación porque se otro modo no se soporta o se lo hace mal.”

En forma opuesta, para el personal auxiliar la vocación es un resultado, una cualidad que se adquiere en la socialización del trabajo. La elección de la actividad remite, en este caso, a la búsqueda de estrategias que provean de salidas laborales e inserciones en el mercado de trabajo relativamente seguras y estables o que impliquen un ascenso respecto de la inserción laboral previa.

Finalmente, los criterios a partir de los cuales se evalúan la eficacia y la eficiencia en el desempeño de la actividad destacan tres aspectos: vocación, compromiso, conocimiento

Eficacia y eficiencia significan, en términos individuales, poseer “vocación de servicio”, relegar los intereses personales en función de la prestación de cuidados. En segundo lugar, implica poder dar cuenta de habilidades operativas específicas: autonomía y seguridad frente a cada intervención. En tercer lugar, entra en juego la conflictiva vinculación con el conocimiento: el que se logra a través de la experiencia cotidiana de trabajo, por un lado y el que se obtiene a partir de una formación continua (en los espacios educativos formales y/o académicos).

7. La articulación salud-trabajo: desgaste y padecimiento subjetivo

La relación salud-trabajo gira, en una primera lectura de los discursos de las enfermeras y enfermeros entrevistados, en torno a tres grandes núcleos: el del accidente, el de la enfermedad y el del desgaste. Cada una de estas tres categorías, no obstante, derivan de

significaciones muy diferentes, y sus consecuencias llegan a ser opuestas e, incluso, contradictorias.

El accidente⁵ define una ruptura: la fractura intempestiva de la cotidianeidad, la irrupción en la temporalidad del trabajo, en sus rutinas. Su explicación apunta, en líneas generales, a la propia organización del trabajo, que no proveería al enfermero/a de las secuencias que contengan o posibiliten la predicción, la prevención. La modulación del tiempo está en el centro de la causalidad de lo accidental, los ritmos de trabajo, los apuros, la improvisación, lo imprevisto.

“...los pinchazos están a la orden del día, están los cursos de bioseguridad, las normas y reglamentaciones, pero siempre depende de una, hay que estar siempre bien despierta...”

“No hay que apresurarse sino hacer cada cosa con su consiguiente, si estás tranquilo no se cometen equivocaciones ni llegás a tener un accidente, depende de uno mismo y no de la falta de seguridad, hay que hacerlo todo normal y lento, nada más...yo no me apresuro y hasta la fecha no he tenido mayor inconvenientes porque este es mi sistema de trabajo, ir, sentarse, revisar, controlar, antes de hacer cada cosa.”

El accidente individualiza en un doble sentido, se sustenta en el error, la negligencia o el descuido del trabajador, poniendo en duda su eficacia y su eficiencia; en consecuencia, la responsabilidad por su ocurrencia y por sus efectos – tanto sobre el trabajador como sobre otras personas, el paciente, el grupo de trabajo, etc. – recae sobre el trabajador individual. La secuencia accidente-riesgo-responsabilización personal culmina en percepciones generalizadoras del riesgo:

“El hospital es un espacio de trabajo de riesgo, toda la experiencia que yo tenía, y que es mucha, no me alcanza. Mis amigas me decían ‘¿cómo vas a ir a trabajar a un loquero?’...la gente le tiene mucho miedo a este tipo de paciente...pero la agresión física del paciente es algo muy personal, jamás fui agredida físicamente, todo lo que

⁵ Dentro de lo accidental, también los enfermeros/as incluyen sucesos tales como la agresión física del internado hacia la enfermera/o en el caso del área de psiquiatría, situaciones que en los discursos y relatos revisten gran importancia; errores en la administración de la medicación o en el desarrollo de una práctica o intervención determinada.

coseché en veinticuatro años de trabajo fue un vaso de agua en la cara, pero he visto muchos casos, por el mal manejo del enfermero porque no sabe cómo conducirse.”

“Quizás los pacientes son mucho más comprensivos de lo que uno supone...de pronto abastecen ellos mismos ciertas necesidades que no se les brinda...entienden, incorporan ayudan...son tan piolas!...”

“Creo que el contacto día a día con el paciente mental lleva obligadamente a preguntarte ciertas cosas, si es ésa la forma de trabajar, y a qué apunta todo esto...y cuánto tiempo uno puede estar más o menos bien respondiendo a lo que se necesita y desempeñando una tarea...hemos visto enfermeras que por trabajar solas se cerraban la puerta con llave porque tenían miedo, se sentían completamente desprotegidas.”

Las enfermedades infecto-contagiosas a través del contacto, como ser el VIH o la Hepatitis B/C, constituyen elementos catalizadores que hacen visibles elementos ya existentes y actuantes previamente en la organización del trabajo y las relaciones de saber y poder. Explicitan, entre otros aspectos, las fracturas a partir del manejo y circulación de la información:

“Estamos hablando de riesgos reales y muy graves. Hay pacientes que son portadores pero lo pueden ocultar. Acá en psiquiatría son los demás pacientes quienes te lo dicen, te enterás a través de ellos...creo que los médicos y los psicólogos están en las mismas, el hospital podría actuar de otra forma...”

Las representaciones de la enfermedad y de los procesos de desgaste son colocados en distintos niveles de problematización. La enfermedad es identificada con el daño puntual, específico, producto de un determinado aspecto de la organización y de las condiciones de trabajo; la relación parece ser una relación lineal, de causa-efecto. En cambio, el fenómeno del desgaste abre camino a la complejidad, a lo múltiple; articula daños, síntomas, malestares, enfermedades –tanto físicas como psicológicas- dentro de un proceso global, a largo plazo.

No obstante esas diferenciaciones, enfermedad y desgaste contienen o llevan a lugares compartidos.

El dominio del “oficio”, el conocimiento y el saber, constituyen uno de los soportes de la posibilidad misma del trabajo: ser enfermero/a y saber ser enfermero/a. Las representaciones, saberes y prácticas acerca de la salud-enfermedad psíquica y del desgaste subjetivo constituyen otro de sus soportes, posibilitando y mediando la utilización que el trabajador hace de su propia salud en el trabajo. Los procesos de significación, que proveen de una explicación para los propios procesos de salud-enfermedad y su vinculación con el trabajo, instalan la noción de desgaste, en sus diferentes dimensiones, física, psicológica, etc. El desgaste se evidencia en procesos de pérdida gradual de la “fuerza”, la “energía”, la “voluntad”, fatiga, apatía, depresión, estrés, pérdida de la creatividad, desmotivación, ansiedad, desesperanza, miedo, impotencia, sentimientos de frustración y de insatisfacción respecto del trabajo. La pérdida de motivación para el trabajo expresa la vivencia subjetiva de esos procesos:

“Muchos de nosotros no llegamos a jubilarnos sanos, muchos también nos jubilamos antes de la edad, pero el problema es que cuando salís de acá sos un inútil, ya no servís para nada...y a lo largo de los años de trabajo te vas dando cuenta de lo que te está pasando pero, claro, al trabajo no lo podés dejar, que vas a hacer sino...a dónde vas a ir a trabajar...y seguís, seguís adelante tirando del carro...la situación parece haber mejorado, en realidad estamos igual o peor que antes, la ley de enfermería no se cumple y no tenés a quién patearle...”

“...uno es la propia herramienta de trabajo...y acá hay que tener muy en cuenta que la herramienta tiene que estar muy bien afilada porque el que sufre las consecuencias es el otro que está ahí y en esto de la atención de enfermería del paciente mental el maltrato puede llegar a ser muy sutil y por lo tanto terrible porque no le das al otro la posibilidad de defenderse...que ya de por sí es un tipo de paciente que no puede defenderse.”

El sufrimiento y mortificación subjetiva tienen un fuerte anclaje en las características de la organización social del trabajo (Bialakowsky, Lusnich, Rosendo, 2000; Lusnich, 2009); la naturalización del desgaste, del padecimiento subjetivo, le añade al sufrimiento más sufrimiento, un “plus de padecimiento”: “aguantar sea cual sea el

costo”. Se hace explícito el consumo de la salud en el trabajo, la salud como insumo, el cuerpo y la propia subjetividad como herramientas o instrumentos de trabajo. Aquella naturalización, en su dimensión de estrategia defensiva, permiten la continuidad del y en el trabajo, a partir de la construcción colectiva de una determinada cultura laboral. Pero, y contradictoriamente, extreman los soportes individuales y refuerzan las lógicas de la organización del trabajo que son fuente de padecimiento y de enfermedad. Las representaciones y significaciones que naturalizan el consumo de la salud ocultan, precisamente, la dimensión social del trabajo, los vínculos sociales que el trabajo construye y en cuyas tramas se sustenta. El desarrollo de estrategias preventivas (tanto individuales como fundamentalmente colectivas) respecto de la salud-enfermedad del trabajador/a de enfermería resulta obstaculizado en tanto se niegan tales relaciones sociales como así los saberes del trabajador, saberes que se niegan y reniegan en los procesos de desapropiación de los vínculos en y con su trabajo.

“...la cadena de responsabilidades está rota, en consecuencia ¿dónde queda el paciente?... parece que en un ‘no lugar’. Lo mismo pasa con el trabajador, con el enfermero...no podés pensar en prevenir, en cuidarte un poco, ni la institución te lo permite ni nadie te pregunta...tratás de no pensar y los vacíos se hacen muy grandes...las leyes pocas veces se cumplen o si se cumplen después se trasgrede por otro lado, por ejemplo con los módulos, que serían una especie de horas extras, hay enfermeros que pasan más de 12 horas dentro del hospital, hacen dos turnos, hasta llegan a tres, y es que necesitás sumarle un plus a tu salario...”

“...la posibilidad de transformar la situación de enfermería siempre existe y existió, es necesario replantear muchas cuestiones, por ejemplo el rol que hoy en día juegan los sindicatos y cuánta responsabilidad tienen para que las cosas sigan igual o empeoren... pero lo importante, a mi parecer, está en cada uno de nosotros, poder ver cuánto valés y cuánto sabés, poder mostrar y hacer valer ese saber...más allá del sindicato o del gremio...y no naturalizar aquello que vivimos todos los días, es lo peor que puede suceder...”

“...podés llegar a trabajar de, pero eso no implica que seas...ser enfermero te exige una indagación muy profunda de vos mismo, un conocimiento de sí mismo...que te permite darle a esto un significado. El hospital, el trabajo continuo, las normas de la institución van en contra de ese ser enfermero...te aliena...yo apuesto a ir más allá de los mandatos, de pensarlos, ese ya es un buen punto de partida...”

8. A modo de conclusiones

Ahondando en el carácter paradójico de los mecanismos de naturalización del padecimiento en y con el trabajo (Dejours, 1990, 2006) la particularidad de nuestro enfoque intenta develar el carácter de ese padecimiento en el sentido de una “suspensión de la inteligencia” (Dessors y Moliner, 1994), o de la “inteligencia atrapada” (Lusnich, 2005; Lusnich y Lugones, 2003) en términos de una compleja trama de procesos de des-apropiación y cadenas de silenciamiento que se construyen en la cotidianidad del trabajo y la hacen posible. Las consecuencias para el trabajador pueden resultar devastadoras, tanto si se lo mira desde el ángulo individual como del colectivo: reprimir el funcionamiento psíquico, ceder a la falta de pensamiento, pactar con el silencio, están cargados de consecuencias sobre la identidad y la subjetividad; una renegación (Ulloa, 1995) en un doble sentido, renegación de la realidad del trabajo pero, además, renegación del propio sufrimiento y del de los demás. Es así que, en primer lugar, la creciente flexibilidad funcional significaría, en las prácticas laborales cotidianas de los trabajadores/as de enfermería, mayores cargas de trabajo. Siguiendo esta lógica, la propia salud y la subjetividad del trabajador constituyen un “insumo” más del proceso de trabajo y los fenómenos de flexibilización significarían, en última instancia, un mayor “consumo” de esa salud y de esa subjetividad. En segundo lugar, los procesos de naturalización, negación y renegación de ese “consumo”, permitirían repensar las posibles articulaciones entre salud, padecimiento y trabajo, en un doble sentido: por un lado se produce una “subjetividad mortificada”; por otro lado, se construye un determinado “tipo” de trabajador/a de enfermería. Las cadenas de negaciones y de naturalización constituyen, para el trabajador, un “plus” de

padecimiento que, a su vez, “trabaja” y “produce” dentro y para los procesos de trabajo mismos. Finalmente, tales procesos de naturalización del padecimiento en el trabajo implican una eficacia técnica y simbólica, pero no se trataría de una eficacia “absoluta” o completa: la existencia de multiplicidad de posicionamientos sociales epistémicos (de saberes diferentemente heurísticos); y multiplicidad de posicionamientos sociales discursivos (diferentemente enunciativos) configuran posibles campos de lucha, de resistencia, de construcción de lógicas diferentes a las hegemónicas.

9. Bibliografía

Abramzón, M. (2005) *Argentina: recursos humanos en salud en 2004*, 1º Ed., OPS, Buenos Aires.

Arroyo, G.M. (2005) *El difícil camino hacia la expertía. Metas de Enfermería*, www.Enfermería21.com

Bialakowsky, A., Lusnich, C., Rosendo, E. (2000). La institución manicomial: los silencios sociales en el proceso de trabajo. *Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina*. Vol.46 N° 3.

Bianco, M. y Sonia, A. (1998) Recursos Humanos en salud en la Argentina, *Educación Médica y Salud*, Vol. 20 N° 3.

Carton, M. (1999) *La educación y el mundo del trabajo*, UNESCO, Ginebra.

Castillo, J. J. (2000) Un camino y cien senderos. El trabajo de campo como crisol de disciplinas, en *Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo*, Año 6 N° 11.

Dejours, C. (1990). *Trabajo y desgaste mental*. Buenos Aires: Ed. Humanitas.

Dejours, C. (2006). *La banalización de la injusticia social*, Topía Editorial, Buenos Aires..

Dessors, D. y Molinier, P. (1994). La psicodinámica del trabajo, en Dessors D. y Guiho-Bailly M.P. (comps.) *Organización del trabajo y salud*, Ed. Lumen, Buenos Aires.

De La Garza Toledo, E. (2000), El papel del concepto de trabajo en la teoría social del siglo XX, de La Garza Toledo E. (coord.) *Tratado Latinoamericano de Sociología del Trabajo*, Fondo de Cultura Económica- UAM, México DF.

Del Valle Rojas, A., Heredia, A.M. (1999) El sistema de salud y la situación de enfermería en Argentina, *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Vol. 7 N°1, Ribeirão Preto.

Donahue, M.P. (1985) Historia de la Enfermería, The C. V. Mosby Company, Madrid.

Durante, S.J. (2003) Enfermería: ¿Una profesión sin identidad...o una identidad sin profesión?, en *Revista de Enfermería del Hospital Italiano*, Año 6 N° 18, Buenos Aires.

Espino, M.S. (1995) *Desarrollo de enfermería en Argentina 1985-1995: análisis de situación y líneas de trabajo*, OPS, Buenos Aires.

Foucault, M. (1995). *La verdad y las formas jurídicas*. Barcelona: Gedisa.

Galín, Pedro (2002) Dependencia y precarización laboral: los profesionales de la salud en la argentina, en *Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo*, Año 8, N° 15.

Lusnich, C. y Lugones, S. (2003) Mitos, secretos y conocimiento: el pensar y el aprender en los procesos de trabajo, 6° Congreso Nacional de Estudios del Trabajo, ASET, Buenos Aires.

Lusnich, C. (2005). Los trabajadores enfermeros/as: las calificaciones formales, la profesionalidad, el oficio. 7° Congreso Nacional de Estudios del Trabajo, ASET, Buenos Aires.

“La articulación salud-trabajo en personal de enfermería: procesos de trabajo y desgaste social y subjetivo”, Lusnich Cecilia (2009), en *El padecimiento mental. Entre la salud y la enfermedad*, AASM (Asociación Argentina de Salud Mental) y Serie Conexiones, Editorial Bermejo, Buenos Aires.

Neffa, J. C. (2001) La teoría neoclásica ortodoxa sobre el funcionamiento del mercado de trabajo. El papel de los intermediarios, 5º Congreso Nacional de Estudios del Trabajo, ASET, Buenos Aires.

Neffa, J.C. (1999) Las recomendaciones de los organismos internacionales: tecnología, productividad y empleo, en Gautié J. y Neffa J.C. (comp) *Desempleo y políticas de empleo en Europa y Estados Unidos*, Lumen-Trabajo y Sociedad-Piette, Buenos Aires.

OIT (2000) Conclusiones sobre la formación y el desarrollo de los recursos humanos, Conferencia Internacional del Trabajo, 88ª Reunión, Ginebra.

OIT (1998) Informe sobre el empleo en el mundo 1998-1999. Empleabilidad y mundialización. Papel de la formación, Ginebra.

OPS/OMS (1995) Desarrollo de Enfermería en Argentina 1985-1995. Análisis de situación y líneas de trabajo, Public. N° 42, Buenos Aires.

OPS/OMS (2004), 38ª Sesión del subcomité de planificación y programación del comité ejecutivo, Observatorio de Recursos Humanos, Washington D.C.

OPS/OMS (2002) Formar para transformar. Experiencia estratégica de profesionalización de auxiliares de enfermería en Argentina. 1990-2000, Representación OPS/OMS Argentina, Buenos Aires.

Plebani, V., Folgado, R., Celaya, L., Gonzalez, M., Duran, A. (2002) Mirando debajo del Tobar F. (1996) Reforma del sector salud. Argentina, Fundación ISALUD, Buenos Aires.

Tünnermann, B.C. (2002) Tendencias Contemporáneas en la Transformación de la Educación Superior, Vicerrectoría de Docencia (Benemérita Universidad Autónoma de Puebla), México.

Ulloa, F. (1995). *Novela clínica psicoanalítica. Historial de una práctica*. Buenos Aires, Paidós.

Vasilachis de Gialdino, I. (1992). *Métodos Cualitativos I - Los Problemas Teórico-epistemológicos*. Centro Editor de América Latina, Buenos Aires