

Grupo 12: Salud, condiciones y medio ambiente de trabajo

Coordinación: Héctor Nieto - hnieto@intramed.net

Marcos Javier Alberto - marcosjalberto@yahoo.com.ar

**Procesos de trabajo y salud en personal de enfermería:
desgaste social y subjetivo en contextos de creciente flexibilización laboral.**

Lic. Cecilia Lusnich

Instituto Gino Germani y Carrera de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, UBA.

ceciliamlusnich@gmail.com

1. Notas introductorias

En los últimos años las temáticas de la flexibilización y precarización laboral, en sus más diversas dimensiones y consecuencias, han sido extensamente trabajadas en el sector de servicios a nivel de las empresas privadas; no se observa, sin embargo, el mismo énfasis respecto de las instituciones públicas en general y del hospital público en particular. Uno de nuestros grandes ejes de análisis constituye, precisamente, el esfuerzo por dimensionar o aprehender las formas y las consecuencias que la flexibilización asume en un espacio laboral específico y en una categoría ocupacional determinada, los trabajadores de enfermería.

En ese sentido, consideramos como punto de partida que los fenómenos de flexibilización en los procesos de trabajo de enfermería adquieren ciertas especificidades que intentaremos dar cuenta, ya que 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, en otras palabras, las prácticas y tareas cotidianas son desarrolladas indistintamente más allá del nivel educativo formal alcanzado.

Si bien entendemos que las especificidades del trabajo en salud requieren ser tenidas en cuenta y analizadas como tales, el énfasis institucional y sectorial de los enfoques usuales acerca de enfermería ha dejado de lado o negado aquellas dimensiones que permiten dar cuenta de los procesos de trabajo en salud desde las categorías analíticas que se han aplicado al estudio de los procesos de trabajo clásicamente fabriles. En otras palabras, planteamos que el hospital - en y más allá de su dimensión institucional - también puede ser mirado, analizado y comprendido como una “fábrica” o “empresa”. En este sentido, no quedó por fuera de las transformaciones en

las relaciones laborales, organización del trabajo, flexibilización, polifuncionalidad, etc. que signaron los años 90 y que en la actualidad cristalizan de forma conflictiva, contradictoria, respecto de los modelos productivos y organizacionales preeminentes en períodos previos.

La información de corte cualitativo que presentaremos en los últimos puntos del presente trabajo pertenece a la primera etapa de trabajo de campo desarrollada en el marco de la investigación ya iniciada para la elaboración de la 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”*¹. Esta primera aproximación, de carácter exploratorio, comenzó en el año 2007 y a la fecha se realizaron treinta y cuatro entrevistas en profundidad a trabajadores/as de enfermería de tres hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires, como así también observaciones participantes en cada uno de sus espacios laborales.

2. Los crecientes requisitos de capacitación y la flexibilidad funcional

A comienzos del siglo XXI la OIT clasificó al “Convenio sobre el personal de enfermería”, N° 149 de 1977, como uno de los instrumentos que no han perdido actualidad y reafirmó su pertinencia y vigencia: “Si bien el convenio fue adoptado hace aproximadamente 30 años, cabe lamentar que desde entonces en muchos países no haya habido mejoras en las condiciones de trabajo del personal de enfermería. Desafortunadamente, la misma realidad que concentró la atención internacional en torno a las condiciones de trabajo en los servicios de salud en los años 1970 sigue aún vigente. La profesión no consigue atraer un número suficiente de candidatos ni en los países desarrollados ni en los países en desarrollo.”² Similares apreciaciones vuelven a formularse en el curso del año 2008 en la Declaración de Kampala, resultado del Primer Foro Global sobre Recursos Humanos para la Salud (OIT y Global Health Workforce Alliance, 2008).

Al respecto es posible destacar que el desarrollo de enfermería en nuestro país en las últimas décadas muestra fuertes cambios en cuanto a las características de la fuerza de trabajo y sus niveles de capacitación formal. Hasta los años 80, el ejercicio de la actividad de enfermería se desarrolló sobre una base elemental de conocimientos, generalmente adquiridos de forma empírica; esta particularidad, entre otros factores, derivó en una escasa consideración social y la responsabilidad y dignidad del enfermero no estaban recortadas por el aspecto normativo y legal

¹ Tesis en elaboración, Maestría en Ciencias Sociales del Trabajo, UBA, bajo la dirección del Prof. Mag. Alberto L. Bialakowsky.

² OIT (2007) *Convenio número 149 de la OIT sobre el personal de enfermería: reconocer su aporte, considerar sus necesidades*, Ginebra, p. 5

sino por aspectos de carácter moral y práctico, muchas veces arbitrarios y aleatorios. El ejercicio de la actividad recaía mayoritariamente en el personal “empírico” y en los auxiliares de enfermería, en el marco de una enorme indiferenciación de funciones y tareas. De acuerdo al nivel educativo formal alcanzado, se conformaron cuatro grandes subcategorías ocupacionales: 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. Frente al panorama descrito y en consonancia con las normas regulatorias implementadas a inicios de los 90, se pusieron en marcha diferentes estrategias y planes de acción para el desarrollo de enfermería en Argentina, con el impulso y apoyo de la Oficina Panamericana de la Salud en el país (OPS/OMS, 1995, 2002, 2004) y de la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 1977, 1994, 2007, 2008) entre otras.³

Datos elaborados por la OPS/OMS (1995) indican que, 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. 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 empíricos que hubieran cumplimentado los requisitos de capacitación formal mencionados.

³ Con el trabajo cooperativo de las provincias se constituyó un grupo técnico-coordinador para el diagnóstico de situación de enfermería a nivel provincial, regional y nacional, y se elaboró el Plan de Desarrollo de Enfermería en Argentina que fue implementando diferentes estrategias, entre ellas: a) Proyecto de escolarización primaria y secundaria de personal de enfermería en servicio; b) Proceso de reconversión de empíricos a través de su capacitación como auxiliares de enfermería; c) Programa de profesionalización de auxiliares, que forma enfermeros a partir de personal con certificado de auxiliar y secundario completo, inserto en un medio laboral. Una de las experiencias más novedosas de la década de los 90 fue la implementada en la Provincia de Chubut a través de los proyectos “Proafech” y “Prosepa” (Kellogg Foundation, 2005) destinada al perfeccionamiento del personal de enfermería en los cinco hospitales más importantes de la misma, con la particularidad de que tal capacitación se realizó en el propio lugar de trabajo y destinando dos horas diarias al estudio dentro del horario laboral.

3. *Las nuevas regulaciones laborales*

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 lo que respecta a las normas legales que en la actualidad regulan la actividad de enfermería, en la década de los 90 se produjo el re-encuadramiento de su ejercicio, delimitando claramente las figuras de enfermero/a auxiliar, enfermero/a profesional y la figura de licenciado/a en enfermería, eliminando la del personal empírico (Espino, 1995). El impacto de dichas normas legales en términos de mayores niveles de capacitación y calificación merece ser pensado como una “desregulación dentro de la propia regulación”, en tanto instala, profundiza y legitima la creciente flexibilización funcional.⁴

Es así que los trabajadores/as de enfermería no han quedado por fuera, de los imperativos de flexibilización laboral que caracterizan actualmente a los mercados de trabajo, tanto a nivel nacional como mundial. No obstante, 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 (Galín, 2002; Geldstein y Wainerman, 1990).

En los debates laborales, la temática de la flexibilización laboral ha adquirido gran importancia en tanto que, desde el punto de vista organizacional, en el 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” (Neffa, 1999, 2001) se basan en el reconocimiento de

⁴ 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 N° 24.004 sancionada en el año 1991 y reglamentada en 1993. 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”.

elementos cualitativos y de la heterogeneidad existentes 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 (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 denominados “cuidados enfermeros” nunca quedan disociados de los aspectos más íntimos de la vida y de la muerte de las personas, ya que de una u otra manera tendrán consecuencias sobre estos procesos. Identificar cuidados significa conocer y re-conocer las tramas subjetivas e intersubjetivas en que se basan, así como las herramientas que participan en su elaboración: conocimientos e instrumentos, tanto técnicos como científicos y simbólicos.

El desarrollo de enfermería en nuestro país en las últimas décadas muestra fuertes cambios en cuanto a las características de la fuerza de trabajo y sus niveles de capacitación formal. Hasta los años 80, el ejercicio de la actividad de enfermería se desarrolló sobre una base elemental de conocimientos, generalmente adquiridos de forma empírica; esta particularidad, entre otros factores, derivó en una escasa consideración social y la responsabilidad y dignidad del enfermero no estaban recortadas por el aspecto normativo y legal sino por aspectos de carácter moral y práctico, muchas veces arbitrarios y aleatorios. El ejercicio de la actividad recaía mayoritariamente en personal “empírico” y auxiliar de enfermería, en el marco de una enorme indiferenciación de funciones y tareas. De acuerdo al nivel educativo formal alcanzado, se conformaron cuatro grandes subcategorías ocupacionales: 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.

Frente al panorama descrito y en consonancia con las normas regulatorias implementadas a inicios de los 90, se pusieron en marcha diferentes estrategias y planes de acción para el desarrollo de enfermería en Argentina, especialmente 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). Datos elaborados por la OPS/OMS (1995) indican que, 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. 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 empíricos que hubieran cumplimentado los requisitos de capacitación formal mencionados.

4. *Encuadre teórico y conceptual*

La aproximación teórica y conceptual elaborada respecto de la *articulación salud-trabajo* se basa en una particular visión de los procesos de trabajo que hace énfasis en su dimensión simbólica, en las tramas intersubjetivas y de poder que dan sustento a la organización social y técnica del trabajo. En consecuencia, “*desanudar*” las dimensiones que conforman el proceso de trabajo de enfermería significa explicitar interpretaciones, intencionalidades prácticas y discursos diferentes y hasta contradictorios, según el actor de enunciación y de acción. Podemos distinguir en su conformación por lo menos tres niveles: un proceso de trabajo en el interior institucional, un proceso de trabajo interinstitucional y una práctica específica terapéutica.

El proceso de trabajo comprende instrumentos y objetos portadores de relaciones sociales y, dialécticamente, estas relaciones sociales se materializan en objetos, instrumentos y normas institucionales. El proceso de trabajo social resultante expresaría una tensión entre tres elementos clave: poder, vínculos y subjetividad. El proceso de trabajo comprende así dimensiones tanto materiales como subjetivas que operan en y sobre el trabajador (Bialakowsky et al, 2000; 2006). El trabajo de enfermería se nos va presentando, así, como un proceso complejo que involucra por un lado al paciente, al usuario y, por el otro lado, a un trabajador rodeado e modelado por múltiples condicionantes - en términos de poder - que escapan al orden formal de las tareas y funciones prescriptas. La indagación de las relaciones sociales y vínculos

en el espacio laboral como relaciones de poder (Foucault, 1991, 1995) como espacios de construcción y de-construcción de subjetividades.

En la actualidad, coexisten las más diversas formas de organización de los procesos de trabajo. Junto al modelo tradicional taylorista-fordista (asimilable a la línea de montaje o a la cinta de producción masiva) se presentan nuevas formas de organización del proceso de trabajo y de gestión de los recursos humanos y, en consecuencia, nuevos órdenes simbólicos y culturales, muchas veces en forma totalmente contradictoria. Este hecho explica que aparezcan la polifuncionalidad, los salarios variables, la creciente precariedad laboral dentro de la relación de trabajo formal asalariada.

Históricamente y acompañando los cambios y transformaciones que se dieron en los espacios laborales, surgieron tres grandes enfoques o modelos, cada uno de ellos intentando dar cuenta de diferentes aspectos o niveles de la problemática salud-trabajo: el de la Seguridad e Higiene, el de las CYMAT (Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo) y el de la Psicodinámica del Trabajo. El enfoque de la Seguridad e Higiene en el trabajo surge con el auge del modelo taylorista-fordista y se mantiene hasta nuestros días. Es un enfoque que está centrado en el cuerpo, la idea de seguridad pasa por el cuerpo y por los elementos que sobre él se depositen (por ejemplo, uso de guantes). Dentro de este enfoque y las formas en que se lo aplica, el riesgo es un problema de los trabajadores y la seguridad un saber al cual no se accede. El gran interrogante que surge es porqué se produce esta imposibilidad de acceder al saber de la seguridad. La necesidad de “capacitación” que muchas veces manifiestan los trabajadores/as es explicable, en gran medida, desde este punto de vista.

Paralelamente a la complejización de los procesos de trabajo, nuevas tecnologías materiales y nuevas estrategias organizativas, surgen como complemento del enfoque de la Seguridad e Higiene, el modelo de las CYMAT y la “Psicodinámica del trabajo”. El eje central en el que se basan estos dos enfoques, a diferencia del modelo tradicional de Seguridad e Higiene, es la idea de proceso de trabajo. Se comienzan a tomar en cuenta factores tales como la división social y técnica del trabajo, sus tiempos y ritmos, el contenido del trabajo, su naturaleza y el significado de la tarea desarrollada y del objeto de trabajo. Con la Psicodinámica del Trabajo entran a ser considerados no sólo las condiciones objetivas, materiales, tecnológicas y organizativas sino también la subjetividad del trabajador.

Uno de los grandes avances conceptuales de esta corriente consistió en descubrir y formalizar la profunda divergencia existente en la realidad productiva entre el trabajo tal como es prescrito y regulado y el trabajo tal como es realmente ejecutado o llevado a cabo. En esa distancia, el

padecimiento subjetivo, tanto individual como colectivo, se transformaría en la posibilidad misma del trabajo (Dejours, 1990, 1998). C. Dejours destaca que para resistir o adaptarse, los trabajadores desarrollan estrategias colectivas de defensa. El desgaste, tanto en sus aspectos físicos como psíquicos y mentales, hace explícito el consumo de la salud en el trabajo, la salud como insumo; desde nuestra perspectiva, la subjetividad como herramienta, elemento e instrumento de los procesos de trabajo. La naturalización de ese desgaste y de ese consumo, como elemento fundamental de las estrategias defensivas, permite la continuidad del trabajo y en el trabajo, a partir de la construcción de una determinada cultura laboral.

5. Aspectos metodológicos

El diseño de una estrategia metodológica de investigación presupone, dentro del marco epistemológico de la complejidad (Sotolongo y Delgado 2006), un proceso de búsqueda y de elaboración de significado, en una permanente confrontación entre aspectos teóricos y evidencias empíricas. Nuestro desarrollo investigativo se enmarca en un diseño cualitativo en la medida en que se propone acceder a las estructuras de significados propias de los actores (Vasilachis de Gialdino, 1992, 2003), en este caso trabajadores/as de enfermería, respecto de los grandes interrogantes de indagación que ya delimitamos. Esta aproximación requiere concebir, por lo tanto, un diseño de investigación interactivo y flexible (Maxwell, 1996) capaz de “reflejar la naturaleza del mundo empírico”.

Los seres humanos construyen la acción individual y colectiva a través de interpretaciones de las situaciones que enfrentan. Actúan sobre la base de los significados que las cosas tienen para ellos; el significado surge de la interacción que uno tiene con los demás y estos significados se manejan y modifican por un proceso de interpretación que utilizan las personas al tratar con las cosas y con otras personas (Blumer, 1982). Cuando el científico social analiza una situación se enfrenta con dos tipos de reglas: las que rigen su investigación y las que regulan la actividad que está estudiando; nos proponemos así recuperar la perspectiva de los participantes para comprender el sentido de la acción en el marco de las relaciones intersubjetivas (Vasilachis de Gialdino, 2003; Strauss y Corbin, 1991). El “método etnográfico” (Hammersley y Atkinson, 1994) utilizado es entendido como una estrategia transversal de investigación social dado que cada acercamiento a campo implica la participación, directa o indirecta, del investigador en la vida laboral cotidiana de los trabajadores de enfermería en diferentes espacios hospitalarios. Desde esta perspectiva, la técnica de observación no participante se presenta como un mecanismo de producción "natural" de información. Paralelamente, se ha utilizado la técnica de

la “entrevista activa” (Holstein y Gubrium, 1995) como técnica de recolección de datos que permite un proceso dialógico y dinámico que promueve la búsqueda y el descubrimiento conjunto entre investigador y trabajador en diversas dimensiones: a) el proceso y la organización del trabajo, b) los sentidos y significaciones del trabajo, c) el objeto del trabajo, d) las formas en que se vive el padecimiento en y con el trabajo.

La indagación en campo se está desarrollando en tres hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires: dos hospitales polivalentes y un hospital monovalente de salud mental: Hospital Gral.de Agudos E. Tornú, Hospital Fernández y Hospital de Emergencias Psiquiátricas T. de Alvear.

6. Procesos y organización del trabajo

En los procesos de trabajo “reales”, 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.

Estos rasgos generales recorren, con distintos matices, los diferentes espacios laborales estudiados. 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, 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 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.

El trabajo de enfermería significa la producción de un “servicio” cuya prestación descansa en la actividad misma del trabajador; su ritmo es ininterrumpido, pero se encuentra bajo la amenaza permanente de la alteración, de la contingencia, de la discontinuidad. La observación de los modos en que se organizan el tiempo y el espacio en los procesos de trabajo muestran que su modulación y distribución preceden a la posibilidad misma de la actividad laboral y sustentan una determinada disciplina en el trabajo, la de las secuencias rutinarias que pautan a la acción.

La modulación del tiempo en la jornada de trabajo y la distribución del espacio, su programación a través de rutinas prefijadas, se configuran a partir de dos características centrales del proceso de trabajo:

a) Su definición en términos de continuidad, tanto desde el punto de vista del paciente pues sus necesidades no pueden encontrar puntos de interrupción o de espera, pero también desde el ángulo de la organización institucional, cuyos criterios y principios son homologables a los sistemas de producción en serie del trabajo industrial o fabril, una “cinta sin fin” en la cual al alta de un paciente le sucede siempre el ingreso de un nuevo paciente.

b) Las instancias de incertidumbre, de lo contingente:

“Hay siempre un mismo conjunto de tareas cotidianas que uno tiene que hacer, uno ya tiene memorizado todo, cuando suceden cosas inesperadas uno tiene que cambiar automáticamente ese ritmo y 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 suceder o lo que te puede pasar o con qué te vas a encontrar...” (Enfermera, 15 años de antigüedad, Servicio de Internación Clínica)

Existe, por lo tanto, toda una serie de rutinas prefijadas de tareas programadas que configuran las distintas etapas de la jornada de trabajo. El desarrollo de una gran parte de las actividades que son centrales a la dinámica hospitalaria y de cada servicio en particular suele coincidir, aunque

no siempre, con los turnos de enfermería. Además, la jornada de trabajo del sector de enfermería se organiza en función de la mayor o menor presencia del personal médico, razón por la cual la mañana constituye el de mayor ritmo e intensidad de trabajo.

En forma paralela a estas rutinas, existe todo un conjunto de sucesos y actividades que escapan a la posibilidad de programación. Si bien las unidades de trabajo en las que hemos desarrollado el trabajo de campo poseen reglas que regulan rutinas “alternativas” frente a los acontecimientos no programables, estos eventos y momentos pueden llegar a constituir, en lo que respecta a la organización del trabajo de enfermería, hechos sumamente disruptivos. La incertidumbre que acompaña a tales sucesos pone en cuestión lo rutinario, las normas institucionales o las consensuadas al interior del colectivo de trabajo, los lugares de cada actor, las definiciones que se elaboran acerca de la propia situación en base a la experiencia cotidiana y al bagaje de conocimientos que se porta, el saber-hacer.

Dentro de esta categoría de lo “contingente” los entrevistados incluyeron: la muerte de un paciente en todos los casos, la descompensación de un interno en el caso de la sala de internación psiquiátrica, el abandono de un recién nacido en el ámbito de la sala de maternidad.

Resulta interesante analizar los modos en que se organizan y significan estos hechos tanto en lo que hace a sus implicancias para la salud del trabajador de enfermería (el monto de energía psíquica y emocional involucrado, el impacto subjetivo) como en lo que hace a los principios de la organización del trabajo y sus fracturas. Los modos en que se resuelven las contingencias e imprevistos pueden llegar a poner en duda la eficacia del trabajador pero también abren espacios posibles de cooperación horizontal y de solidaridad grupal, de una cierta autonomía y creatividad cuando se trata de “improvisar”, de movilización y elaboración de saberes y de conocimientos:

“...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 nos quedamos un poco más...” (Enfermera, 10 años de antigüedad, Servicio de Maternidad)

“En el imprevisto es cuando se ponen a prueba todos tus conocimientos, pero también tu capacidad para improvisar, para salir adelante sea como sea, porque lo importante es resolverlo, no importa cómo, lo que vale es que salves a esa vida...” (Enfermera, 15 años de antigüedad, Servicio de Clínica Médica)

La ausencia de especificidad aparece como otro de los rasgos centrales de la organización de los procesos de trabajo: la no diferenciación entre las diferentes categorías, especialmente entre enfermero profesional y la de auxiliar; la responsabilidad respecto de tareas que exceden los

límites prescritos por las normas legales, las rotaciones y desplazamientos por diferentes unidades de trabajo como práctica institucional usual, etc.

“...el hospital no tiene dueño, si un médico utilizó 10 avocats y los dejó tirados en el piso y se mandó mudar y bueno...la respuesta será que el enfermo los necesitó y listo...pero el que lo tiene que justificar es el enfermero, siempre te encontrás que la supervisora o la dirección del hospital te están cuestionando por qué tanto...” (Auxiliar de enfermería, 18 años de antigüedad, Servicio de Maternidad)

Esta inespecificidad pone de manifiesto varios aspectos que cruzan y caracterizan a los procesos y organización del trabajo de enfermería. Pone de manifiesto el doble carácter de las tareas de enfermería: por un lado su aspecto técnico reconocido institucionalmente y, por otro lado, las funciones de soporte emocional y de contención afectiva del paciente y de su familia. Pero también descubre y devela la fragmentación y las relaciones de poder ya que cada trabajador de enfermería ejecuta tareas parciales en el interior de un sistema de jerarquías técnicas y de gestión, en el cual las funciones “intelectuales” quedan en manos de los profesionales médicos. La producción en serie de servicios y cuidados de salud, la programación detallada de métodos, rutinas, ritmos, secuencias de trabajo, deviene en un proceso de estereotipación y vaciamiento del trabajo: anonimato del paciente y anonimato del trabajador, mecanización e impersonalización de las prácticas.

“El hospital es un espacio de trabajo hostil, porque un enfermero que trabaja en una sala y que tiene 30 enfermos y tiene que responder frente a veintipico de médicos que están recorriendo la sala...que está solo y tiene un supervisor que viene a exigir o a decir algo, esta es la hostilidad del trabajo, no el trabajo en sí mismo sino todo lo contrario...conectarse con el enfermo y allí uno toma conciencia de que es importante lo que está haciendo, aunque nadie te ve...” (Enfermero, 16 años de antigüedad, Servicio de Cuidados Paliativos)

“...la superpoblación, trabajamos con 42 paciente cuando la OMS recomienda trabajar con 10 pacientes. No se puede trabajar con cada uno, se trabaja con todos Entonces se masifica la práctica, se trabaja lo pautado institucionalmente: comida higiene medicación.” (Lic. en Enfermería, 18 años de antigüedad, Servicio de Maternidad)

“...así siguen pasando pacientes por las camas y uno empieza a trabajar de enfermero en lugar de ser enfermero” (Enfermero, 12 años de antigüedad, Servicio de Cuidados Paliativos)

“Es muy siniestro, fui a buscar a alguien y no vino nadie... esa son las cosas que te lastiman, te quedan marcadas... no te las vas a olvidar nunca... hice crisis, tiré las llaves... si te vas y algo pasa encima te puedes comer abandono de persona... El supervisor después de haber estado encerrada por tres pacientes me contesta: y usted, ¿donde está? está en un manicomio!”
(Enfermera, 15 años de antigüedad, Sala de Internación Psiquiátrica)

El diseño de la organización del trabajo se corresponde con esquemas de ejecución individual respecto de la tarea y de responsabilización-desresponsabilización personal respecto de los resultados. Sin embargo, y como señalamos, ese diseño no es homogéneo ni inalterable, sufre fracturas; en los espacios de incertidumbre e indeterminación se pone en juego la redefinición de las normas que reglan las relaciones sociales y las prácticas de los actores. Permiten visibilizar la dimensión “artesanal” o de oficio de enfermería, reflejada en un cierto grado de control y de cierta autonomía que habla de la capacidad del trabajador para “ajustar” sus modos de hacer más allá de los impuestos, de la posibilidad de tomar decisiones basadas en el conocimiento y dominio del “oficio”.

7. La articulación salud-trabajo

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...” (Enfermero, 20 años de antigüedad, Sala de Maternidad)

“...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.” (Enfermera, 15 años de antigüedad, Sala de Internación Psiquiátrica)

Cuanto más rutinario y repetitivo se hace el trabajo, cuanto más fragmentado y aislado, cuanto más rígida es su organización y más mecanizadas las tareas, mayor es el sentido del padecimiento subjetivo que los trabajadores evocan:

“...toda una cantidad de energía y de ganas puesto en la atención de un paciente cuya posibilidad de salida es relativa, muchas muertes por el camino, o la despedida de un paciente recuperado, y la llegada de otro que se interna, y que exige lo mismo, con familiares que esperan...es algo que nunca termina, y uno siempre con la luz prendida en un espacio reducido, donde el espacio vital se achica...y además el hecho de no compartir esa experiencia con otros, con lo que el intercambio se limita a ciertas frases ya muy específicas en donde lo que se intercambian son datos y hay muy poco lugar para lo afectivo.”

El sufrimiento y mortificación subjetiva tiene un fuerte anclaje en las características de la organización social del trabajo; 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.

“Todo lo que sabe el enfermero nunca es tenido en cuenta, pero los médicos trabajan a partir de la información que el enfermero le da...esta es una forma de no tenerlo en cuenta, de negarlo...es una cuestión de poder, pero los enfermeros nos quedamos en silencio, no decimos nada, solamente te queda la posibilidad de seguir para no tener problemas...el miedo a quedar sin empleo, o a perder los módulos, o a que te sancionen...” (Enfermero, 15 años de antigüedad, Sala de Cuidados Paliativos)

“...estaba tan harta, tan harta de insultos y malos tratos, que no tenía donde quejarme, quién te escuche, llegué a un stress tal, que me pasó, me convertí en compradora compulsiva...”. (Auxiliar de enfermería, 18 años de antigüedad, Sala de Clínica Médica)

“...hay que poner el pecho, tenés que hacerte cargo pase lo que pase...después verás, si podés, qué te pasó a vos, cómo te sentís, pero esto es muy difícil...no conozco a muchos compañeros que puedan hacerse esta pregunta.” (Auxiliar de enfermería, 12 años de antigüedad, Sala de Clínica Médica)

“...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...” (Enfermero, 19 años de antigüedad, Sala de Internación Psiquiátrica)

“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...”(Enfermera, 12 años de antigüedad, Sala de Internación Psiquiátrica)

8. A modo de conclusiones

Ahondando en el carácter paradójico de los mecanismos de naturalización del padecimiento en y con el trabajo, 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.

El análisis de los procesos de trabajo de enfermería posibilita realizar un recorrido histórico de su propio desarrollo y de su intervención en los complejos procesos de modelación-modulación de sujetos: del sujeto que es objeto del trabajo, del sujeto que trabaja. Se ha descubierto al interior del proceso de trabajo institucional-hospitalario un proceso de trabajo social, que implica, por lo menos, tres dimensiones a tener en cuenta: el trabajo sujeto - sujeto; las jerarquías; el saber disciplinar. Las prácticas remiten a la unidireccionalidad, la especialización fragmentada, la racionalidad instrumental, las cadenas de des-responsabilización, lógicas que han permitido velar, ocultar, el padecimiento subjetivo del trabajador enfermero en estas instituciones de internación, negando su saber y las mismas relaciones sociales en el trabajo. De-velar estas lógicas permiten pensar en la posibilidad de “des-andar” el camino, desmitificando la propia actividad de enfermería y permitiendo la reflexión y el debate en torno a sus prácticas, sus saberes; sus padecimientos en el trabajo.

9. Bibliografía

- Bialakowsky, A., Franco, D., Patrouilleau, M., Bardi, N., Lusnich, C., Zelaschi, C. y Grima, J. M. (2006). Una sociología do trabalho contrastada. *Tempo social*. San Pablo. 18.
- Bialakowsky, A, Lusnich, C., Rosendo, E., Haimovici, N. y Costa, M.I. (2001). Proceso de trabajo y padecimiento en la exclusión social. *Herramienta*. Buenos Aires. 15.
- 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*. 46: 3
- Blumer, H. (1982). *El interaccionismo simbólico. Perspectiva y método*. Barcelona: Hora Ed.
- Dejours, C. (1990). *Trabajo y desgaste mental*. Buenos Aires: Ed. Humanitas.
- Dejours, C., (1998). *Organización del trabajo y salud*. Buenos Aires: Lumen Humanitas.
- Dejours, C. (2006). *La banalización de la injusticia social*. Buenos Aires: Topía Editorial.
- Dessors, D. y Molinier, P. (1994). La psicodinámica del trabajo, en Dessors D. y Guiho-Bailly M.P. (comps.) *Organización del trabajo y salud*. Buenos Aires: Ed. Lumen.
- Espino, M. (1995). *Desarrollo de enfermería en Argentina 1985-1995: análisis de situación y líneas de trabajo*. Buenos Aires: OPS.
- Foucault, M (1996). *Hermenéutica del sujeto*. Buenos Aires: Altamira.
- Foucault, M. (1995). *La verdad y las formas jurídicas*. Barcelona: Gedisa.
- Foucault, M. (1991). *Saber y verdad*. Madrid: La Piqueta.
- Foucault, M. (1989). *Vigilar y Castigar. Nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo XXI.

- Galín, P. (2002). Dependencia y precarización laboral: los profesionales de la salud en la Argentina. *Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo*. 8: 15.
- Geldstein, R. y Wainerman, C. (1990). Condiciones de vida y de trabajo de las enfermeras en la Argentina. *Cuadernos del CENEP*. Buenos Aires. 44.
- Hammersley, M. y Atkinson, P. (1994). *Etnografía*. Buenos Aires: Paidós.
- Holstein, J. A. y Gubrium, J. F. (1995). The active interview. *Qualitative Research Methods*. Sage Publications: 37.
- Kellogg Foundation (2005), *Health Programme Update*, Documento N° 562.
- Lusnich, C. (2005). Los trabajadores enfermeros/as: las calificaciones formales, la profesionalidad, el oficio. *7° Congreso Nacional de Estudios del Trabajo*. Buenos Aires: ASET.
- 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*. Buenos Aires: ASET.
- Maxwell, J. A. (1996). *Qualitative research design. An interactive approach*. London: Sage Publications.
- Neffa, J. C. (2001). La teoría neoclásica ortodoxa sobre el funcionamiento del mercado de trabajo. El papel de los intermediarios. *5° Congreso Nacional de Estudios del Trabajo*. Buenos Aires: ASET.
- 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*. Buenos Aires: Lumen-Trabajo y Sociedad-Piette.
- 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.
- OPS/OMS (1995). *Desarrollo de Enfermería en Argentina 1985-1995. Análisis de situación y líneas de trabajo*. Buenos Aires. Publicación 42.
- OIT (1977) *C149 Convenio sobre el personal de enfermería*, Ginebra
- OIT (1977) *R 157 Recomendación sobre el empleo y las condiciones de trabajo y de vida del personal de enfermería*, Ginebra.
- OIT (1994) *Por la remuneración equitativa del personal de enfermería*, Ginebra.
- OIT (1998) *Informe sobre el empleo en el mundo 1998-1999. Empleabilidad y mundialización. Papel de la formación*, Ginebra.

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

OIT (2007) Convenio número 149 de la OIT sobre el personal de enfermería: reconocer su aporte, considerar sus necesidades, Ginebra.

OIT (2008) *Tendencias mundiales del empleo*, Ginebra.

OIT y Global Health Workforce Alliance (2008) *The Kampala Declaration and Agenda for Global Action*, Kampala, Uganda.

Sotlongo, P.L. y Delgado Díaz, C. J. (2006). *La revolución contemporánea del saber y la complejidad social. Hacia unas ciencias sociales de nuevo tipo*. Buenos Aires: Clacso.

Strauss, A. y Corbin, J. (1991). *Basics of Qualitative Research. Grounded Theory Procedures and Techniques*. London: Newbury Park: Sage Publications.

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.

Vasilachis de Gialdino, I. (2003). *Pobres, pobreza, identidad y representaciones sociales*. Barcelona: Gedisa.