

Conflicto y cooperación del personal de enfermería en un hospital público de Buenos Aires

LUCIANA REIF

Este artículo se propone indagar sobre las relaciones de cooperación y conflicto que surgen en torno a las tareas de mantenimiento del servicio en dos de los turnos del equipo de enfermería de terapia neonatal de un hospital público de Buenos Aires. Para ello, me valí de un estudio cualitativo, en el que se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas con las enfermeras de ambos turnos en 2021. El artículo se divide en las siguientes secciones: introducción; cooperación desde la psicodinámica del trabajo; conflicto: negociación del esfuerzo y frontera de control; abordaje metodológico; la voluntad como móvil: las tareas de mantenimiento del servicio; refugiarse en lo prescrito; la construcción de un colectivo de trabajo, y reflexiones finales.

PALABRAS CLAVE: conflicto, cooperación, personal de enfermería, trabajadores de la salud, Argentina

Conflict and Cooperation of Nursing Staff in a Public Hospital in Buenos Aires

This article aims to investigate the relationships of cooperation and conflict that arise around the performance of service maintenance tasks in two of the shifts of the neonatal therapy nursing team of a public hospital in Buenos Aires. For this article I used a qualitative study, in which semi-structured interviews were carried out with nurses on both shifts in 2021. The article is divided into the following sections: introduction; cooperation from the psychodynamics of work; conflict: negotiation of effort and control boundary; methodological approach; the will as a motive: the tasks of maintaining the service; take refuge in what is prescribed; the construction of a work collective, and final reflections.

LUCIANA REIF

Centro de Estudios e Investigaciones Laborales,
Consejo Nacional de Investigaciones
Científicas y Técnicas,
Buenos Aires, Argentina

✉ lreif@undav.edu.ar

KEYWORDS: conflict, cooperation, nursing staff, health workers, Argentina

Introducción

Desde el punto de vista de la literatura sobre la salud colectiva en Brasil, las organizaciones sanitarias son un espacio de intervención de distintos actores con capacidad de autogobierno, los cuales disputan la orientación de los procesos de trabajo y su sentido en el ámbito cotidiano (Merhy, 2006). Los sujetos trabajadores actúan de forma interesada en estos espacios, de tal manera que se convierten en lugares de tensión debido a que los intereses pueden ser diversos y el trabajo supone el encuentro entre voluntades diferentes.

Gastão Wagner de Sousa Campos (2001; 2009) sostiene que los/as trabajadores/as de la salud son productores y producto del sistema de relaciones en el que están sumergidos. En este marco, la solución al problema de su alienación y falta de compromiso es irresoluble si no se enfrenta el patrón de subjetivación que predomina en la práctica sanitaria (Campos, 2009). De acuerdo con Campos, la micropolítica de los/as trabajadores/as se encuentra afectada, aunque no determinada, por sus modos de subjetivación, los cuales imprimen ciertos valores y modos de actuar en la producción del cuidado.

En las organizaciones sanitarias, los diferentes procesos de trabajo confluyen en la producción del cuidado como objetivo final. Todos/as los/as trabajadores/as participan y contribuyen al cuidado de los/as usuarios/as desde diferentes lógicas y saberes (Merhy, 2006), y estas contribuciones son interdependientes y coordinadas (Amable y Morales Castellón, 2014). La manera como estas contribuciones se vinculan para alcanzar el objetivo del cuidado depende de las relaciones intersubjetivas entre quienes trabajan en las organizaciones sanitarias. Esto conlleva la elaboración de reglas y acuerdos para la ejecución del proceso de trabajo, elaboración que supone el despliegue de la autonomía de los/as trabajadores/as y se produce dentro del margen de sus normas, procesos y estandarizaciones, ya que les posibilita su inserción en la organización hospitalaria. La manera en la que se vinculan los/as trabajadores/as y grupos ocupacionales establece los límites y posibilidades del trabajo

en equipo, la cooperación, la ayuda y la solidaridad (Spinelli *et al.*, 2013).

En este artículo se examinan las relaciones de cooperación y conflicto que surgen en torno a la realización de las tareas de mantenimiento del servicio (TMS) en dos de los turnos del equipo de enfermería de terapia neonatal de un hospital público de Buenos Aires. La terapia neonatológica es un sector de trabajo en el que es posible abordar la complejidad de la dimensión intersubjetiva de la producción del cuidado.

El personal de enfermería ha ocupado históricamente una posición social subordinada en el sector salud, que se manifiesta en el escaso reconocimiento económico y profesional de sus tareas (Ramacciotti y Valobra, 2015). En este sentido, se vuelve importante detener la mirada en su aporte a las organizaciones sanitarias. Dentro de éstas, se concibe que el personal de enfermería debe aprender a aplicar correctamente las indicaciones médicas (Martin, 2017). Esta mirada del hospital como institución sobre la práctica de la enfermería repercute en la forma en la cual los/as enfermeros/as se constituyen como trabajadores/as, por ende, en la producción del cuidado. Al mismo tiempo, se contraponen a la centralidad del sector de enfermería en relación con el resto de las ocupaciones del sector salud, ya que en Argentina conforma aproximadamente 60% del personal de salud (Malleville y Noguera, 2021).

En los últimos años, varias autoras han puesto la mirada en el trabajo de cuidados de la enfermería en Argentina, desde diversos enfoques teórico-conceptuales, como la economía del cuidado, los riesgos psicosociales del trabajo o la psicodinámica del trabajo. Se han abordado tanto la precariedad de las condiciones de empleo de la enfermería (Micha, 2015; Malleville y Noguera, 2021; Aspiazu, 2017), como la falta de reconocimiento de sus labores (Malleville y Beliera, 2020), la asociación del trabajo de enfermería a habilidades y saberes supuestamente naturales en las mujeres (Pereyra y Micha, 2016), y

las situaciones de violencia laboral (Wlosko y Ros, 2019). A su vez, la pandemia de covid-19 ha impulsado aún más este interés, por el lugar central que ha tenido el trabajo del personal de enfermería en la atención y cuidado de las personas expuestas a este virus, y se han desarrollado estudios que problematizan el impacto de la pandemia en las condiciones de trabajo de este grupo ocupacional (Aspiazu y Cutuli, 2022; Malleville, 2022).

En relación con la cuestión práctica, desde sus inicios, la enfermería estuvo ligada al supuesto “conocimiento natural” de las mujeres para las tareas domésticas, más que a una tarea basada en procedimientos, conocimientos y técnicas que era necesario aprender. La construcción de la enfermería como una profesión supuso una búsqueda por distinguirse de las tareas de higiene realizadas en las organizaciones sanitarias por el personal de limpieza. Un estudio que analizó las representaciones sociales asociadas al proceso de profesionalización de la enfermería en la Escuela del Hospital Nacional “Prof. Dr. A. Posadas” encontró una imagen desprestigiada de la enfermería por cuestiones de género, por su rol vinculado a prácticas de higiene y a un saber técnico, así como por la falta de reconocimiento de la formación profesional universitaria (Faccia, 2009).

Las relaciones de cooperación y conflicto en torno a la realización de las TMS no pueden analizarse sin tener en cuenta este contexto, en el que la enfermería como profesión todavía lucha por la construcción de una autonomía ocupacional (Reif, 2022), ya que, por un lado, su pericia específica es distinta al aporte de las profesiones médicas, y por el otro, difiere de las tareas que realiza el personal de limpieza en las organizaciones sanitarias. Tampoco puede examinarse sin tener en cuenta el lugar que las organizaciones sanitarias le han dado a este trabajo, pues se concibe su labor como pura ejecución, mientras que la falta de reconocimiento al aporte de dicho personal contribuye a la falta de compromiso de la que habla Campos (2009) al referirse a los/as

trabajadores/as de la salud en general, lo que en este caso de estudio puede observarse en las enfermeras respecto al cumplimiento de las TMS.

Este artículo aporta al análisis de las relaciones intersubjetivas de dicho personal, las cuales se pueden categorizar en términos de conflicto y cooperación. El estudio de las relaciones intersubjetivas ayuda a hacer hincapié en la importancia de la formación de colectivos de trabajo, así como a señalar las consecuencias de la ausencia de éstos, tanto para el personal como para la producción del cuidado.

En primer lugar, ensayaré las siguientes categorías: la cooperación desde la psicodinámica del trabajo, y el conflicto desde los abordajes neomarxistas y la teoría de la regulación social francesa. En seguida, describiré las relaciones de conflicto que ocurren entre los diferentes turnos de enfermería, debido a que el personal se rehúsa a realizar las TMS al refugiarse en lo prescrito, lo que produce una zona de incertidumbre en la que no es posible generar acuerdos. Por último, abordaré los lazos de cooperación y confianza que se presentan en uno de los dos turnos analizados, e intentaré comprender cuáles son las condiciones de posibilidad para que se forme un colectivo de trabajo, y si éste, al formarse, repercutiría de manera positiva en la producción de los cuidados.

Cooperación desde la psicodinámica del trabajo

La psicodinámica del trabajo ha hecho una contribución importante para comprender el funcionamiento de la organización laboral mediante la confrontación con la subjetividad del/la trabajador/a: la distinción entre trabajo prescrito y trabajo real. La finalidad prescrita es lo que la organización espera como resultado del procedimiento de trabajo (Dejours, citado en Dessors y Guhio-Bailly, 1998: 23-76). En el plano colectivo, lo que está prescrito

es la coordinación, las órdenes que dicen cómo se deben interconectar las tareas de los/as diferentes trabajadores/as. Pero éstos/as nunca hacen de manera estricta lo que se encuentra prescrito (Dejours, 2015). Existe un desfase irreductible entre lo prescrito y lo real. Esto último es lo que los/as trabajadores/as en verdad hacen y lo que es necesario para que la tarea se realice de forma efectiva.

Lo interesante de la psicodinámica del trabajo es que pone de manifiesto que la propia organización del trabajo está plagada de contradicciones, y que las reglas, normas y órdenes se reelaboran de forma constante para que las tareas puedan ser llevadas a cabo (Dejours, 2015; Dessors y Guhio-Bailly, 1998). En este sentido, la noción de trabajo se redefine como la actividad desplegada por las personas para enfrentar lo que no está dado por la organización prescrita del trabajo (Dessors y Guhio-Bailly, 1998). El trabajo real implica un compromiso por conciliar las distintas interpretaciones que los actores le dan al trabajo prescrito, de ahí que la organización real del trabajo sea producto de las relaciones sociales. La movilización subjetiva, que se define como la capacidad de sobreponerse y encontrar soluciones a la organización prescrita del trabajo, supone esfuerzos de inteligencia y de elaboración, para construir opiniones sobre la mejor manera de sacar adelante el trabajo, para involucrarse en el debate de opiniones necesarias, para la deliberación y la toma de decisiones, para la organización del trabajo, etcétera.

Según Cristophe Dejours (2015), para sobreponerse a las restricciones de la organización prescrita del trabajo, el uso de la inteligencia práctica singular no es suficiente, sino que hace falta la coordinación de las inteligencias singulares, es decir, el uso de la sabiduría práctica, la inteligencia referida a la deliberación y discusión que rodean una decisión conjunta. Dejours (2015) distingue coordinación de cooperación. La coordinación es lo prescrito, pero lo que hacen los/as trabajadores/as



JOZEMARA FRIORILI LEMES ▶ Enfermera atiende un parto. Buenos Aires, 12 de agosto de 2019.

es cooperar. La cooperación se basa en la confrontación de los modos de operar y de las inteligencias y los ingenios personales para encontrar un acuerdo, un consenso sobre los modos de llevar a cabo una actividad. Cuando esta confrontación de modos de hacer se lleva a cabo de buena forma, es posible encontrar un acuerdo que adquiera carácter prescriptivo, pero es una prescripción distinta, ya que no se trata de una norma impuesta de forma externa, sino de una regla elaborada por el propio colectivo.

Para Dejours (2015), no hay colectivo si no hay reglas establecidas bajo un común acuerdo. Las reglas no sólo organizan la eficacia del trabajo, sino también la convivencia. Llegar a esta instancia requiere que las personas tengan la voluntad de trabajar en forma conjunta para superar de manera colectiva las restricciones que impone la organización teórica del

trabajo; y la cooperación no es algo que pueda definirse *a priori*, ya que tiene que ver con un espacio de libertad de los sujetos, con inconvenientes, imprevistos o incoherencias que no es posible prever de antemano. El problema de la cooperación se vuelve significativo en el sector salud, porque éste se caracteriza por un proceso de trabajo que supone el encuentro de voluntades diferentes que actúan de acuerdo con intereses diversos.

Conflicto: negociación del esfuerzo y frontera de control

A continuación, me interesa abordar el microconflicto, es decir, las tensiones que pueden generarse en las relaciones intersubjetivas. El conflicto

y la cooperación son dos dinámicas que conviven dentro de los espacios laborales y no pueden comprenderse de manera aislada e independiente uno de otra. En este apartado me centraré en delinear, mediante los marcos teóricos del neomarxismo y la regulación social, los aportes más significativos que me permitan pensar en las tensiones y conflictos que ocurren entre el personal de enfermería de la terapia neonatal.

Para los autores neomarxistas (Burawoy, 1989; Edwards, 1983; Edwards y Scullion, 1987), el conflicto se origina en el control sobre el proceso de trabajo, entendido como el espacio y el tiempo social en el que los/as empresarios/as deben extraer trabajo efectivo de la mano de obra asalariada. De acuerdo con Paul K. Edwards y Hugh Scullion (1987), se trata de extraer el esfuerzo, proveniente de personas libres, necesario para la producción de la fuerza de trabajo. Por esto, es menester establecer mecanismos de control en un ámbito de conflicto, debido al antagonismo estructural entre trabajadores/as y empresarios/as. En el proceso de trabajo, el comportamiento de los/as trabajadores/as ocurre en medio de relaciones sociales que giran alrededor de la negociación del esfuerzo, una negociación continua sobre cuánto y de qué calidad debe ser este trabajo, a cambio de determinada remuneración. Esto no refiere a las prácticas formales, como la negociación colectiva, sino a prácticas informales que inciden en las condiciones de negociación del esfuerzo. El resultado de esta negociación es un conjunto de acuerdos informales sobre qué trabajo se hace y cómo.

El concepto de negociación del esfuerzo fue propuesto por Hermann Baldamus (citado en Edwards, 1990) para identificar el conflicto cuando no hay manifestaciones explícitas. Para Juan Sebastián Montes Cato (2007), la importancia de este concepto es que evidencia que por más detalladas que sean las reglas, normas e instrucciones, ningún empleador puede especificar de manera exacta lo que hay que hacer en el trabajo concreto, pues esto se resuelve en la

interacción cotidiana. Ésta es la diferencia entre el trabajo prescrito y real de la que habla la psicodinámica del trabajo.

Otro concepto valioso para el análisis del conflicto laboral es el de frontera de control. La frontera indica dónde se encuentra el control de un aspecto puntual del proceso de trabajo y resume las condiciones en las que cada día se hace determinada cantidad de trabajo. Esta frontera es posible porque los/as trabajadores/as tienen capacidad para influir sobre las condiciones en las que se despliega su fuerza de trabajo, así como también pueden tener un papel importante en la elaboración de las reglas que rigen el proceso de trabajo (Edwards y Scullion, 1987). La frontera de control abarca todas las influencias sobre la organización concreta del trabajo y determina los límites dentro de los cuales se puede mover la negociación del esfuerzo.

Los conceptos de frontera de control y negociación del esfuerzo (Edwards y Scullion, 1987) resultan interesantes para reflexionar sobre el desarrollo del conflicto en la dimensión intersubjetiva del proceso de producción del cuidado. Si bien los autores neomarxistas los utilizan para caracterizar la relación entre trabajadores/as y empleadores/as, sostengo que puede ser útil para pensar en las relaciones intersubjetivas entre trabajadores/as que forman parte de un mismo equipo de trabajo: cómo negocian el esfuerzo que dan y cómo sitúan la frontera de control en relación con sus intereses, por un lado, y cómo es la interdependencia que los liga a los/as demás, por el otro.

Para Michel Crozier y Erhard Friedberg (1990), una organización es el reino de las relaciones de poder, de regateo y de cálculo. El poder enfrenta a dos o más actores, dependientes entre sí, en el cumplimiento de un objetivo común que condiciona sus objetivos personales. Al considerar que los actores tienen intereses y despliegan estrategias, resulta conveniente retomar los conceptos de frontera de control y negociación del esfuerzo, a fin de hacer

comprensible el hecho de que las organizaciones sanitarias están conformadas por trabajadores/as que buscan negociar y pactar entre sí. En este contexto, el conflicto puede emerger, puesto que toda relación de poder es una relación de intercambio que supone una negociación.

El conflicto en las organizaciones se puede producir en torno a cuatro fuentes de poder: la competencia o especialización funcional; la relación entre la organización y su medio; la comunicación y los flujos de información, y las reglas organizativas (Crozier y Friedberg, 1990). Para los fines de este artículo, me detendré en la última fuente de poder. Si bien las reglas se crean para restringir al mínimo las fuentes de incertidumbre, no sólo no lo logran por completo, sino que crean otras incertidumbres que pueden ser aprovechadas por aquellos miembros a los que las reglas, en principio, deberían limitar. Esto sucede cuando la regla se convierte en un medio de protección para los/as subalternos/as. Como ya se mencionó, para que una organización funcione y el trabajo se realice, es preciso ir más allá de lo que la regla prescribe, razón por la cual, en determinados contextos, los/as subalternos/as pueden tomar la regla al pie de la letra para generar una situación de negociación y chantaje (Crozier y Friedberg, 1990).

Abordaje metodológico

El diseño metodológico se construyó para llevar a cabo un estudio de caso con finalidad descriptivo-explicativa, con un abordaje de tipo cualitativo. El trabajo de campo se realizó entre julio y agosto de 2021. La población de estudio estuvo constituida por las enfermeras del turno de la mañana, que trabajan entre seis y 12 horas en total, y de la tarde, que cumplen con una ronda de 12 a 18 horas. Estas enfermeras desempeñan sus tareas en el área de terapia del servicio de neonatología.¹ De acuerdo con lo

informado por la coordinadora, en cada uno de los dos turnos trabajaban seis enfermeras. La entrevista se aplicó a cuatro enfermeras de cada turno, es decir, a un total de ocho.

El hospital, ubicado en el sur del conurbano bonaerense, es público y de gestión provincial, y corresponde a la Región Sanitaria VI, que atiende a una población de 3 650 198 personas, aproximadamente, correspondiente a los habitantes de los partidos del primero y segundo cordón de la Provincia de Buenos Aires (Zacarías Soto, 2012). Dicho hospital fue seleccionado por ser interzonal. Por su complejidad, está clasificado como de segundo nivel de atención y tiene una alta demanda por parte de la población.

La decisión de enfocarse en el servicio de neonatología fue una sugerencia de una de las informantes clave, sustentada en la complejidad que presenta dicho servicio. Esta complejidad está dada por la necesidad de practicar intervenciones urgentes, la responsabilidad de controlar el estado de salud de recién nacidos en estado de riesgo y la asistencia en partos que no pueden preverse con anticipación (Justich, 2012). A este contexto de incertidumbre se suma el ritmo rápido de trabajo, que repercute en la realización de las tareas diarias que recaen sobre el personal de enfermería, el cual se encuentra en la primera línea de atención.

Para abordar el problema de investigación decidí utilizar una metodología cualitativa basada principalmente en entrevistas, ya que la investigación cualitativa “se enfoca [en] comprender y profundizar los fenómenos, explorándolos desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación con el contexto” (Hernández Sampieri, 2008: 364).

1 En Argentina, las mujeres constituyen 70% del empleo en el sector de la salud (East, Laurence y López Mourelo, 2020). Dado que se trata de una actividad altamente feminizada, me refiero a este grupo ocupacional en femenino, sin desconocer que también está compuesto por varones.

Elegí la entrevista semiestructurada como técnica por considerarla más adecuada para los objetivos que me había planteado, pues ésta permite rescatar la experiencia cotidiana de los actores a partir de su propio relato. En la entrevista, mediante el intercambio de preguntas y respuestas, se logra una comunicación y construcción conjunta de significados respecto a un tema (Hernández Sampieri, 2008).

La voluntad como móvil: las tareas de mantenimiento del servicio

El servicio de neonatología se encarga de recibir y tratar a los recién nacidos, tanto a los sanos como a aquellos que se encuentran en riesgo. En lo que se refiere al personal, el servicio cuenta con una jefa de área, una coordinadora de sala, médicas de planta e internas, un equipo de residentes con su respectiva jefa e instructora, y un equipo de enfermeras con su respectiva coordinadora.

El trabajo del personal de enfermería de la terapia neonatal no cuenta con tantas estandarizaciones y prescripciones que regulen su jornada laboral diaria, en comparación con el trabajo realizado por las médicas internas y residentes. La jornada laboral del personal de enfermería comienza con el pase de guardia, cuando éstas se comunican el estado de cada paciente y las novedades que hayan ocurrido durante su guardia. Respecto a la atención de los neonatos, las enfermeras se dividen a los/as pacientes, y al hacerlo intentan conservarlos/as día tras día, para hacer un mejor seguimiento. El control de cada paciente y su seguimiento es responsabilidad y tarea de la enfermera que tiene asignado a ese bebé. Las TMS, referidas a la limpieza de los insumos y materiales con los que trabaja el personal de enfermería, eran realizadas por una persona a cargo de tareas livianas que al comienzo de la pandemia de covid-19 entró en licencia, y en junio de 2021, al momento de realizar el trabajo de campo, no se había reincorporado. Las TMS no

están prescritas como parte de las labores del personal de enfermería, sin embargo quedaron a su cargo.

El hecho de que el personal lleve a cabo tareas que no corresponden a su competencia revela una situación de precarización laboral en sus condiciones de trabajo.² Sobre este mismo punto, algo similar ocurre con el cargo de la coordinadora de enfermería, el cual no ha sido formalizado por la organización hospitalaria; en su lugar, el contrato de este puesto es el mismo que el de las enfermeras. Si bien la coordinadora cumple tareas relacionadas con la organización del servicio, no distribuye las TMS ni supervisa el trabajo del personal.

Debido a que las TMS no se encuentran prescritas, su organización y realización supone un despliegue de trabajo real (Dessors y Guhio-Bailly, 1998). Al respecto, las enfermeras entrevistadas refieren que las TMS están por fuera de su trabajo prescrito y de lo que les corresponde como personal de enfermería:

Hay algunos que dicen: “yo no estudié para esto y no tengo que ser yo la que lava”, el que quiere lo hace, el que no, no. Pero eso está en uno (entrevista con enfermera 4 del turno de la mañana, Buenos Aires, 2021).

Por ejemplo, la incubadora es una unidad de paciente; vos, en adulto, no lavás la cama, lo hace la mucama, y acá básicamente tendría que ser lo mismo, y no es (entrevista con enfermera 3 del turno de la tarde, Buenos Aires, 2021).

Es importante evidenciar las repercusiones que tuvo la pandemia de covid-19 en la sobrecarga de tareas de los/as trabajadores/as de la salud. Tal como sostiene Sofía Malleville (2022), la pandemia trajo aparejada una modificación sustancial en el cotidiano

2 Para profundizar en la precariedad del trabajo de enfermería, véanse Aspiazú (2017); Beliera y Malleville (2021).

laboral del personal sanitario. Tanto los ritmos de trabajo como las exigencias emocionales se vieron incrementadas. Malleville, al focalizarse en clínicas privadas, señala que las enfermeras experimentaron situaciones de sobrecarga laboral porque las organizaciones sanitarias no contrataron la cantidad de trabajadoras necesarias para reforzar el incremento de tareas que supuso la pandemia. En mi caso de estudio, por ejemplo, aquellas trabajadoras que se tomaron licencia por formar parte de los grupos de riesgo ante el covid-19 no fueron reemplazadas.

Al consultarle a las enfermeras acerca de los cambios producidos en la organización laboral como consecuencia de la pandemia, si bien la mayoría refiere una disminución considerable del número de pacientes debido al descenso de cuadros respiratorios como la bronquiolitis, en la práctica la ausencia del personal a cargo de las tareas livianas implicó que las TMS tuvieran que ser realizadas por el personal de enfermería a la par que sus tareas habituales de atención de sus pacientes. Más allá de que la falta de personal no constituye una novedad en el sector salud, durante la pandemia se produjo una agudización debido a la intensificación de las tareas y ritmos laborales, que incidió en el aumento del cansancio y la reducción de los tiempos de recuperación (Malleville, 2022).

En palabras de las propias entrevistadas:

Limpiar una incubadora es un proceso largo [...]. Es un tiempo que te lleva eso, porque no es que vos vas a lavar la incubadora y vas a dejar de atender a tus pacientes, vos vas a lavar la incubadora y tenés que atender a tus pacientes (entrevista con enfermera 1 del turno de la tarde, Buenos Aires, 2021).

Es un tema, porque a veces estamos tan llenas de trabajo que no nos alcanza el tiempo para también lavar la incubadora, y por ahí queda para el turno siguiente, y el turno siguiente rezonga (entrevista con enfermera 4 del turno de la tarde, Buenos Aires, 2021).

Refugiarse en lo prescrito

Ante la falta de prescripción de las TMS y la necesidad de hacerlas para que el servicio funcione, las enfermeras entrevistadas pueden, o bien colaborar en su realización, o bien resistirse y rehusarse, lo que provoca tensiones y conflictos por esta problemática, los cuales se evidencian en el servicio de enfermería:

Porque por lo general quedan todas para este turno, las cosas para hacer. “Cualquier cosa, que lo haga este turno” [...]. Recae todo en este turno, y hay veces que una se queda medio estresada por el hecho de que somos varios turnos en el día, pero hay gente, colegas, que no comparten el hecho de hacer las tareas porque hay una coordinación para eso (entrevista con enfermera 1 del turno de la mañana, Buenos Aires, 2021).

Las tensiones en torno a quién debe realizar las TMS y la sobrecarga que determinadas enfermeras experimentan ponen de manifiesto una frontera de control. En este caso, lo que se negocia está por fuera del trabajo prescrito y enfrenta a las enfermeras a sobreponerse a las limitaciones propias del servicio: “si me dicen: ‘¿por qué no hiciste?’, ‘porque no me corresponde, yo lo hago para ayudar, pero no lo voy a hacer de ahora en más’” (entrevista con enfermera 1 del turno de la tarde, Buenos Aires, 2021). Esta enfermera es consciente de que las TMS no corresponden a su ámbito de competencia y que las hace porque brinda una ayuda extra.

En este sentido, la negociación del esfuerzo y el establecimiento de una frontera de control son posibles porque la regla se convierte en un medio de protección para las trabajadoras. Si las enfermeras toman al pie de la letra lo que la regla indica, pueden rehusarse a colaborar, de este modo generan una situación de tensión.



ANNA SHVETS ▶ Instrumentos de trabajo en un quirófano. Ciudad de México, 14 de diciembre de 2020.

El comportamiento de las enfermeras se vuelve imprevisible cuando realizan o dejan de realizar las TMS a merced de su voluntad. Se vuelve difícil, entonces, sobre todo en determinados turnos, lograr acuerdos, ya que no se trata de una voluntad pautada y puesta en función del colectivo de trabajo, sino de una actitud discrecional a partir de la cual no es posible establecer ningún compromiso: “depende de las ganas que tenga cada una. No hay: ‘hoy yo lavo mangueras, mañana lavás vos’, no” (entrevista con enfermera 2 del turno de la tarde, Buenos Aires, 2021).

La falta de consensos repercute en la producción del cuidado y trae como consecuencia la escasez de insumos cuando son necesarios en una urgencia: “y después queda hasta el otro día, y después vos tenés una emergencia y el material está abajo, o directamente no se llevó [...]. Qué cagada que sea así, porque nos llamaron para un prematuro y no tenemos

vías, hay que lavar corriendo” (entrevista con enfermera 1 del turno de la mañana, Buenos Aires, 2021).

La urgencia es uno de los principales exponentes de que en las organizaciones sanitarias el acto de producción y el acto de consumo ocurren al mismo tiempo (Merhy, 2006); manifiesta, además, las consecuencias que tiene para la producción del cuidado y la ausencia de relaciones de cooperación.

Estas tensiones y conflictos entre los diferentes turnos impiden que las trabajadoras generen la conciencia de un colectivo que trabaja en forma conjunta. La competencia, rivalidades, sentimientos de desprecio y el maltrato se vuelven la constante que marca las relaciones intersubjetivas entre los diferentes turnos, lo que repercute en el desempeño diario:

Sí, hay mucha competitividad. Compiten mucho entre ellas (entrevista con enfermera 3 del turno de la tarde, Buenos Aires, 2021).

Pero [en] la mayoría de los otros turnos hay muchas rivalidades. El ego: “yo sé más que vos”, ¡y bueno! (entrevista con enfermera 4 del turno de la tarde, Buenos Aires, 2021).

De acuerdo con los relatos de las propias trabajadoras, la falta de voluntad para la realización de las TMS responde a diversos motivos, como pueden ser la falta de una organización y división justa de las labores por parte de la coordinación, o la percepción de que las TMS no corresponden a las competencias de enfermería. En ambos casos, lo que se visibiliza es cómo la precarización de las condiciones de empleo —la falta de designación formal de la coordinadora y la ausencia de reemplazo del personal de tareas livianas— produce una sobrecarga laboral en el personal de enfermería.

Por último, si bien ahondar en la dinámica de reconocimiento de dicho personal no es objeto de este artículo, cabe mencionar que las enfermeras no sienten el suficiente reconocimiento de su labor por parte del servicio de neonatología: “el enfermero siempre va a ser el enfermero, y el que siempre se lleva los laureles es el médico” (entrevista con enfermera 1 del turno de la tarde, Buenos Aires, 2021). La falta de movilización subjetiva para realizar las TMS no es ajena a esta ausencia de reconocimiento hacia las trabajadoras, tanto por parte del servicio de neonatología como del hospital.

La construcción de un colectivo de trabajo

Ahora bien, es necesario plantearse por qué, ante las mismas condiciones laborales, entre las trabajadoras de uno de los turnos hay relaciones de colaboración y consenso para la realización de las TMS. Una enfermera de ese turno sostiene:

Sí, la mayoría de este turno, no sé el resto cómo es, nosotros, la mayoría [...]. Justamente ahora una de

las chicas está sacando material del área sucia, que es el material que yo lavé el sábado pasado, que quedó ahí. Cuántos turnos pasaron y los materiales siguen ahí, sin secarse, sin nada, fijate, por ejemplo. Y ellas estaban haciendo eso, Jimena estaba acá, y yo, por ejemplo, me fui y sequé todas las maderas, bajé a esterilización, traje materiales (entrevista con enfermera 1 del turno de la mañana, Buenos Aires, 2021).

La mayoría de las entrevistadas del turno matutino sostiene que, pese a las diferencias que pueda haber, sienten que hay un equipo de trabajo y que la prioridad es atender a los/as pacientes:

Tenemos algunas diferencias en general, la mayoría, entre todas; pero sobre el trabajo general, creo que la mayoría, las de este turno, sí, trabajamos en equipo (entrevista con enfermera 3 del turno de la mañana, Buenos Aires, 2021).

Equipo hay, si no, no estaríamos acá, porque acá no es uno solo: “yo me la sé y lo hago solo con el paciente”. Si no lo hacés, bueno, ayudame vos, ayudame vos, asistirme también a hacer un procedimiento, lo que sea (entrevista con enfermera 4 del turno de la mañana, Buenos Aires, 2021).

En el personal de este turno aparecen relaciones de cooperación: las enfermeras comparten la jornada laboral junto con la coordinadora, quien realiza la suya diaria de seis horas. Sobre su experiencia con la coordinadora, la mayoría de las trabajadoras expresa palabras de confianza y respeto. Dicen que se sienten reconocidas por ella. Esto puede ser un factor que explique su mayor disposición a movilizarse subjetivamente para realizar las TMS: “la coordinadora es la que tiene más experiencia en todo, entonces uno recurre a quien más experiencia tiene por la calidad de paciente que tiene” (entrevista con enfermera 2 del turno mañana, Buenos Aires, 2021).

La experiencia es una de las principales distinciones que operan entre el colectivo de enfermeras. Por lo tanto, la formación y las habilidades adquiridas en la práctica son más valoradas, y esto se traduce en que las enfermeras que cuentan con mayor antigüedad en la terapia neonatal obtengan mayor reconocimiento. Esta confianza en la labor de la coordinadora, así como la posibilidad de contar con su colaboración, motivan una mayor disposición en las trabajadoras, quienes hacen un esfuerzo extra y contribuyen a la producción del cuidado.

Esta cooperación permite reconstruir la dimensión colectiva del proceso de trabajo. Si bien un/a paciente es responsabilidad de una enfermera en particular y corresponde a sus tareas inmediatas como trabajadora, las TMS implican a todas y la colaboración en su realización, o su contrario, repercute en todas las trabajadoras por igual. La cooperación que surge entre la mayoría de las trabajadoras de uno de los turnos termina por constituir un colectivo de trabajo y la efectivización de reglas informales para llevar adelante estas tareas. Como sostiene Gilbert de Terssac (2005), el trabajo de realización se aleja del simple respeto por las instrucciones, más bien puede entenderse como una creación colectiva de formas de trabajar y de construcción de identidad.

Reflexiones finales

Uno de los desafíos que se les plantea a las organizaciones del trabajo es comprender que no basta con liberar la espontaneidad y la creatividad de las rigideces burocráticas para resolver los problemas de producción y organización. Tanto la falta de voluntad para colaborar en las TMS, como el hecho de sobreponerse a las restricciones de lo prescrito y cooperar, son formas del ejercicio de la autonomía de los/as trabajadores/as, y la autonomía no es algo bueno *per se*. La distancia entre el trabajo prescrito y el trabajo real, en lo relativo a las TMS, pone de

manifiesto que las relaciones intersubjetivas dentro del equipo de enfermería no pueden analizarse como un conjunto transparente o como el simple resultado de las normas que se tienen que cumplir (Crozier y Friedberg, 1990). Por ello, sería interesante explorar cuáles son las condiciones que permiten que un colectivo de trabajo emerja y pueda sobreponerse a las limitaciones de lo prescrito.

En este sentido, para que la existencia de un colectivo de trabajo sea posible, habría que detenerse en la falta de reconocimiento por parte de la organización hospitalaria y en la sobrecarga laboral que experimentó el personal de enfermería por la pandemia de covid-19. Respecto a la falta de reconocimiento, son significativas las palabras de una de las enfermeras: “todo lo que no hace alguien más lo hacemos nosotros” (entrevista con enfermera 3 del turno de la tarde, Buenos Aires, 2021). Este fragmento pone de manifiesto cómo percibe ella la valoración de su labor por parte del servicio de neonatología y del hospital.

Como dijimos en un principio, la falta de compromiso no es ajena al patrón de subjetivación de la práctica sanitaria (Campos (2009). Para la psicodinámica del trabajo, la movilización de la subjetividad de los/as trabajadores/as es lo más natural y espontáneo. Esta corriente sostiene que la pereza con la que determinadas perspectivas caracterizan a los/as trabajadores/as es más bien el resultado de los efectos nocivos del intento de aplicar la utopía taylorista en los/as trabajadores/as y en las relaciones sociales en el trabajo (Dejours, 1998). La gestión en salud, históricamente, ha conminado al personal de enfermería a ser un mero ejecutor de las indicaciones médicas.

Si se tiene en consideración la sobrecarga laboral y la falta de reconocimiento hospitalaria respecto a la labor de enfermería, es posible comprender que el trabajo prescrito se convierta en un refugio para dichas trabajadoras. La producción del cuidado no es ajena a esto, ya que, como tuvimos oportunidad de ver, en situaciones de urgencia se visibilizan las

tensiones y conflictos por la falta de acuerdos. Sin embargo, la construcción de un colectivo de trabajo por parte del personal de enfermería en uno de los turnos investigados puso de manifiesto la importancia de reconstruir la dimensión colectiva del trabajo y la estrechez de concebir la enfermería como una tarea de pura ejecución en la gestión sanitaria.

Con la aportación del presente estudio ha sido posible señalar, una vez más, las limitaciones de la utopía taylorista, cuyo debate puede considerarse saldado en las ciencias sociales pero no en la gestión y las prácticas en salud. También ha sido posible subrayar la importancia de la dimensión intersubjetiva en el proceso de producción de cuidados. **D**

Bibliografía

- Amable, Marcelo y Yaima Morales Castellón, 2014, *Desgaste profesional en trabajadores/as de la salud. Caracterización de las exigencias del proceso de trabajo y valoración de las exposiciones laborales*, Grupo de Estudios en Salud Ambiental y Laboral de la Universidad de Avellaneda/Instituto de Formación, Capacitación e Investigación de la Federación Sindical de Profesionales de la Salud de la República Argentina, Buenos Aires.
- Aspiazu, Eliana, 2017, "Las condiciones laborales de las y los enfermeros en Argentina: entre la profesionalización y la precariedad del cuidado en la salud", en *Trabajo y Sociedad*, núm. 28, pp. 11-35.
- Aspiazu, Eliana y Romina Cutuli, 2022, "Condiciones de trabajo de la enfermería: percepciones, prácticas y riesgos psicosociales durante la pandemia covid-19, Mar del Plata, Argentina", en *Ejes de Economía y Sociedad*, vol. 6, núm. 11, pp. 462-495.
- Beliera, Anabel y Sofía Malleville, 2021, "La enfermería y sus tareas invisibles: revisitando el concepto de precarización laboral", en Mariana Busso y Pablo Ernesto Pérez (coords.), *El trabajo degradado: heterogeneidad ocupacional, precarización y nuevas inserciones laborales durante el gobierno de Cambiemos*, Universidad Nacional de La Plata, La Plata, pp. 191-221.
- Burawoy, Michael, 1989, *El consentimiento en la producción. Los cambios del proceso productivo en el capitalismo monopolista*, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Madrid.
- Campos, Gastão Wagner de Sousa, 2001, *Gestión en salud. En defensa de la vida*, Lugar Editorial, Buenos Aires.
- , 2009, *Método paideia: análisis y co-gestión de colectivos*, Lugar Editorial, Buenos Aires.
- Crozier, Michel y Erhard Friedberg, 1990, *El actor y el sistema: las restricciones de la acción colectiva*, Alianza, México.
- Dejours, Christophe, 1998, "De la psicopatología a la psicodinámica del trabajo", en Dominique Dessors y Marie-Pierre Guiho-Bailly (comps.), *Organización del trabajo y salud. De la psicopatología a la psicodinámica del trabajo*, Lumen-Hvmanitas, Buenos Aires, pp. 23-76
- , 2015, *El sufrimiento en el trabajo*, Topía, Buenos Aires.
- Dessors, Dominique y Marie-Pierre Guiho-Bailly (comps.), 1998, *Organización del trabajo y salud. De la psicopatología a la psicodinámica del trabajo*, Lumen-Hvmanitas, Buenos Aires.
- East, Sol, Tim Laurence y Elva López Mourelo, 2020, "Covid-19 y la situación de las trabajadoras de la salud en Argentina", informe técnico, Organización Internacional del Trabajo Argentina/Organización de las Naciones Unidas Mujeres Argentina/Fondo de Población de las Naciones Unidas Argentina, Buenos Aires. Disponible en línea : <https://www.ilo.org/buenosaires/publicaciones/WCMS_754614/lang-es/index.htm>.
- Edwards, Paul K., 1990, *El conflicto en el trabajo. Un análisis materialista de las relaciones laborales en la empresa*, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Madrid.
- Edwards, Paul K. y Hugh Scullion, 1987, *La organización social del conflicto laboral: control y resistencia en la fábrica*, Centro de Publicaciones- Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Madrid.
- Edwards, Richard, 1983, *Conflicto y control en el lugar de trabajo. El mercado de trabajo: teorías y aplicaciones*, Alianza, Madrid.
- Faccia, Karina A., 2009, "Estudio cualitativo y cuantitativo de la profesionalización de la enfermería desde una perspectiva antropológica", en *Revista Argentina de Salud Pública*, vol. 1, núm. 1, pp. 12-17.
- Hernández Sampieri, Roberto, Carlos Fernández Collado y Pilar Baptista, 2008, *Metodología de la investigación*, McGraw-Hill, México.
- Justich, Pablo R., 2012, "Falta de neonatólogos: ¿crisis vocacional o políticas erradas?", en *Archivos Argentinos de Pediatría*, vol. 110, núm. 5, pp. 411-415.

- Malleville, Sofía, 2022, "El trabajo de cuidado de la salud en tiempos de pandemia: transformaciones en el proceso laboral y estrategias de afrontamiento en enfermeras del subsector privado de La Plata", en *Ejes de Economía y Sociedad*, vol. 6, núm. 11, pp. 359-383.
- Malleville, Sofía y Anabel Beliera, 2020, "El lugar del reconocimiento en el trabajo de enfermería. Repensando el concepto de precarización laboral", en *Estudios del Trabajo*, núm. 59, pp. 49-51.
- Malleville, Sofía y Deborah Noguera, 2021, "¿Situación de emergencia o problemática histórica? Salarios, pluriempleo y organización cotidiana en el trabajo de cuidado de enfermería", en Biblioteca Nacional Mariano Moreno, *Ensayos sobre economía y género*, Ministerio de Economía-Manuel Belgrano Ediciones, Buenos Aires, pp. 151-194.
- Martin, Ana Laura, 2017, "Mujeres y enfermería: una asociación temprana y estable (1886-1940)", en Carolina Biernat, Juan Manuel Cerdá y Karina Inés Ramacciotti (dirs.), *La salud pública y la enfermería en la Argentina*, Universidad Nacional de Quilmes, Bernal, pp. 257-287.
- Merhy, Emerson Elias, 2006, *Salud: cartografía del trabajo vivo*, Lugar Editorial, Buenos Aires.
- Micha, Ariela, 2015, "Las condiciones de trabajo de la enfermería en Argentina: algunos determinantes político-institucionales", en *Estudios del Trabajo*, núms. 49-50, pp. 61-90.
- Montes Cató, Juan Sebastián, 2007, "Reflexiones teóricas en torno al estudio del conflicto laboral. Los procesos de construcción social de la resistencia", en *Trabajo y Sociedad*, vol. 8, núm. 9, pp. 1-25.
- Pereyra, Francisca y Ariela Micha, 2016, "La configuración de las condiciones laborales de la enfermería en el Área Metropolitana de Buenos Aires: un análisis en el cruce del orden de género y la organización del sistema de salud", en *Salud Colectiva*, vol. 12, núm. 2, pp. 221-238.
- Ramacciotti, Karina Inés y Adriana Valobra, 2015, "Feminización y profesionalización de la enfermería (1940-1955)", en Carolina Biernat, Juan Manuel Cerdá y Karina Inés Ramacciotti (dirs.), *La salud pública y la enfermería en la Argentina*, Universidad Nacional de Quilmes, Bernal, pp. 287-314.
- Reif, Luciana, 2022, "La construcción de la autonomía ocupacional en el personal de enfermería. Un estudio de caso con trabajadoras enfermeras en un hospital público de Lomas de Zamora, 2021", en *Estudios del Trabajo*, vol. 63, pp. 26-48.
- Spinelli, Hugo, Andrés Trotta, Carlos Guevel, Adrián Santoro, Sebastián García Martínez, Gisela Negrín y Yaima Morales Castellón, 2013, *La salud de los trabajadores de la salud. Trabajo, empleo, organización y vida institucional en hospitales públicos del aglomerado Gran Buenos Aires, Argentina, 2010-2012*, Organización Panamericana de la Salud, Buenos Aires.
- Terssac, Gilbert de, 2005, "Trabajo y sociología en Francia. ¿Hacia una sociología de las actividades profesionales?", en *Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo*, núm. 17, pp. 101-132.
- Wlosko, Miriam y Cecilia Ros, 2019, "Aportes de la psicodinámica del trabajo al análisis de la violencia laboral: análisis del caso de enfermería", en Miriam Wlosko y Cecilia Ros (comps.), *El trabajo: entre el placer y el sufrimiento. Aportes desde la psicodinámica del trabajo*, Ediciones de la Universidad Nacional de Lanús, Buenos Aires, pp. 71-116.
- Zacarías Soto, Elvira Adela, 2012, *Intervenciones por violencias en el Hospital Interzonal de General de Agudos (HIGA) "Luisa Cravenna de Gandulfo" del partido de Lomas de Zamora, provincia de Buenos Aires. Año 2009 y 2010*, tesis de maestría en epidemiología, gestión y políticas de salud, Universidad Nacional de Lanús, Lanús.

Entrevistas

Enfermera 1 del turno de la mañana, Buenos Aires, 2021.
 Enfermera 1 del turno de la tarde, Buenos Aires, 2021.
 Enfermera 2 del turno de la mañana, Buenos Aires, 2021.
 Enfermera 2 del turno de la tarde, Buenos Aires, 2021.

Enfermera 3 del turno de la mañana, Buenos Aires, 2021.
 Enfermera 3 del turno de la tarde, Buenos Aires, 2021.
 Enfermera 4 del turno de la mañana, Buenos Aires, 2021.
 Enfermera 4 del turno de la tarde, Buenos Aires, 2021.

Sobre la autora

LUCIANA REIF es licenciada en sociología por la Universidad de Buenos Aires (UBA), candidata a magíster en epidemiología, gestión y políticas en salud por la Universidad Nacional de Lanús y candidata a doctora por la Facultad de Ciencias Sociales de la UBA. Actualmente es becaria doctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas y de la Universidad Nacional de Avellaneda (Undav). Forma parte del Grupo de Estudios en Salud Ambiental y Laboral, y se desempeña como docente universitaria de psicología de las instituciones en la Undav.