



Los espacios de deliberación en el personal de enfermería. Un estudio de caso en trabajadoras enfermeras de un hospital público de Lomas de Zamora, 2021

Spaces for deliberation in nursing staff. A study case in nurse workers at a public hospital in Lomas de Zamora, 2021

Recibido
19|10|2022

Aceptado
17|01|2023

Publicado
30|06|2023

Luciana Reif | lc.reif@gmail.com

CEIL - Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. Argentina

RESUMEN

En el presente artículo analizaremos la importancia de los espacios de deliberación entre las trabajadoras enfermeras del servicio de neonatología de un hospital público. Para ello nos valdremos de un estudio cualitativo, a través de la realización de entrevistas semi-estructuradas a las enfermeras del turno mañana y turno tarde que se desempeñan en la terapia neonatal de un hospital público de Lomas de Zamora. El trabajo de campo fue realizado entre julio y agosto del 2021. Entre los principales resultados encontramos la ausencia de los espacios formales de deliberación en el personal de enfermería, espacios no previstos por parte del servicio del hospital; trayendo como consecuencia el empobrecimiento de la dimensión cuidadora del proceso productor de cuidados. Si bien las enfermeras logran intercambiar sus pareceres y darle lugar a la palabra en espacios de deliberación informales, esto implica una voluntad de parte de las mismas para movilizar su subjetividad e ir más allá de lo prescripto. Dicha movilización subjetiva no es reconocida por el servicio, lo que redundo en un desinvolucramiento por parte del personal y la imposibilidad de conformar un colectivo de trabajo que se responsabilice en forma conjunta. Una de las consecuencias que trae aparejado este desinvolucramiento es la fragmentación del proceso de trabajo, dejando la producción del cuidado en manos de las tecnologías duras blandas, anulando el encuentro intersubjetivo y replegándose los saberes se repliegan a la esfera privada.

Palabras clave: Personal de enfermería; Espacios de deliberación; Argentina; Producción del cuidado; Hospitales.

ABSTRACT

In this article we will analyze the importance of spaces for deliberation among nurses working in the neonatology service of a public hospital. For this purpose, we will use a qualitative study, through semi-structured interviews with nurses from the morning and afternoon shifts working in the neonatal therapy of a public hospital in Lomas de Zamora. The fieldwork was conducted between July and August 2021. Among the main results we found the absence of formal spaces for deliberation in the nursing staff, spaces not provided for by the hospital service; bringing as a consequence the impoverishment of the caregiving dimension of the care-producing process. Although nurses are able to exchange their opinions and give a voice in informal deliberation spaces, this implies a willingness on their part to mobilize their subjectivity and go beyond what is prescribed. This subjective mobilization is not recognized by the service, which results in a disinvolvement on the part of the staff, and the impossibility of forming a work group that takes joint responsibility. One of the consequences of this disinvolvement is the fragmentation of the work process, leaving the production of care in the hands of the hard and soft technologies, annulling the intersubjective encounter and withdrawing

knowledge into the private sphere.

Key words: Nursing Staff; Debating spaces; Argentina; Production of health care; Hospitals.

INTRODUCCIÓN

En el presente artículo analizaremos la importancia de los espacios de deliberación en trabajadoras enfermeras del servicio de neonatología de un hospital público de Lomas de Zamora.

Desde nuestros abordajes teóricos consideramos que la dimensión relacional en el proceso de trabajo en salud es central, ya que es a través de las relaciones intersubjetivas entre los/as trabajadores/as que los diferentes procesos de trabajo se vinculan para la producción del cuidado. La calidad de estos vínculos establecerá los límites y posibilidades del trabajo en equipo, cooperación, ayuda y solidaridad, pudiendo ser generadores de compromiso y pertenencia, pero también de sentimientos de competencia, discriminación y maltrato (Spinelli et al. 2013). La dimensión relacional da cuenta del aspecto vincular y comunicativo que está implicado en la producción del cuidado, que no se limita a la aplicación y coordinación de saberes técnicos y/o disciplinares. De allí la limitación de comprender y gestionar al trabajo en salud en función de las tecnologías duras-blandas y duras que producen formas de trabajo estandarizadas que anulan las relaciones intersubjetivas (Campos 2006). La ampliación de la dimensión cuidadora, al decir de Merhy (2006), implica poner el foco en la conformación de procesos grupales de publicización de los saberes. Desde un abordaje teórico coincidente, la psicodinámica del trabajo también ha puesto la mirada en la importancia de los espacios de deliberación, donde a través de la cooperación y la confianza, los/as trabajadores/as se animan a mostrarse la forma en la que trabajan para llegar a acuerdos comunes (Dejours 2015).

En el presente artículo analizaremos la ausencia de espacios formales de deliberación entre las trabajadoras enfermeras del servicio de neonatología de un hospital público de Lomas de Zamora. Dicha ausencia se evidencia a su vez en que el pase de guardia previsto entre los diferentes turnos no se realiza, ni está contemplada su importancia por parte del servicio de neonatología del hospital. En este punto, retomaremos la distinción realizada por la psicodinámica del trabajo entre trabajo prescripto y real, para dar cuenta de que ante la falta de reconocimiento por parte del servicio del aporte que realizan las enfermeras a la producción del cuidado, las mismas se ciñen a lo prescripto y no realizan el pase de guardia. Sin embargo, esto no significa que las trabajadoras no encuentren otros espacios o instancias comunicativas para intercambiar pareceres sobre el tratamiento de los neonatos, estos espacios informales de deliberación son centrales para la producción del cuidado y para el trabajo de enfermería, ya que les



permite escapar de la fragmentación del trabajo y la repetición inercial, posibilitando la reapropiación del sentido del trabajo y la responsabilización conjunta. La existencia de estos espacios de deliberación supone y a la vez permite la construcción de relaciones de confianza entre las enfermeras. Sin embargo no todas valoran dicho espacio, y la movilización subjetiva en pos del mismo no es igual en todas las enfermeras. Por último, también analizaremos las rivalidades que surgen en torno al saber entre las enfermeras, lo que limita la construcción de espacios públicos de discusión, ya que los saberes se repliegan al orden de lo privado estableciéndose jerarquías al interior de los equipos.

Para el presente artículo nos valdremos de un estudio cualitativo, a través de la realización de entrevistas semi-estructuradas a las enfermeras del turno mañana y turno tarde que se desempeñan en la terapia neonatal de un hospital público de Lomas de Zamora. El trabajo de campo fue realizado entre julio y agosto del 2021.

La dimensión relacional en el proceso productor de cuidados

El proceso productivo en los hospitales tiene por objeto central la producción del cuidado (Merhy 2006). A partir de este punto los diferentes procesos de trabajo confluyen con sus tareas en este objetivo final. Son las relaciones intersubjetivas entre los/as trabajadores/as las que ponen de manifiesto el modo el que se vinculan estos diferentes procesos, que son interdependientes y se organizan para alcanzar la producción del cuidado. De ahí la centralidad de la dimensión relacional en el trabajo en salud. La dimensión relacional del proceso de trabajo en salud implica que el producto del trabajo existe solamente durante su misma producción y para las personas directamente involucradas en el proceso. Esto trae aparejado la necesidad de elaborar reglas y acuerdos durante la misma ejecución del proceso de trabajo para intentar alcanzar el objetivo final. Es por esta razón que decimos que la dimensión intersubjetiva, es intrínseca y sustancial al proceso de producción del cuidado ya que ella misma representa la propia ejecución del proceso de trabajo.

El trabajo en salud, por su carácter interactivo, encuentra en lo vincular y en la comunicación tanto verbal como no verbales aspectos centrales del proceso de trabajo (Campos 2006; Merhy 2006; Spinelli 2010). Esto supone, en palabras de Campos (2006), un cruce en el que la subjetividad del otro está siempre implicada en el acto de producir salud. De esta manera, el tipo de vínculo que el/la trabajador/a de la salud establezca con su trabajo, sus compañeros/as, sus superiores, con los/as usuarios/as o con la organización en general, son dimensiones a analizar para comprender la manera en que se produce salud en las organizaciones hospitalarias (Campos 2009). La calidad de estos vínculos



establecerá los límites y posibilidades del trabajo en equipo, cooperación, ayuda y solidaridad, pudiendo ser generadores de compromiso y pertenencia, pero también de sentimientos de competencia, discriminación y maltrato (Spinelli et al. 2013). Para Campos (2006), ubicar al trabajo en la centralidad de cada equipo, llenar de sentido y significados los actos se vuelve fundamental para evitar la alienación del trabajo en salud. La ausencia de estas redes que den sentido y significado al trabajo, que generen sentimientos de pertenencia e identidad pueden producir lógicas alienadas, que impacten en el proceso de trabajo y en la salud de los/as trabajadores/as; lógica que provoca en el trabajo cotidiano un grado cada vez mayor de alejamiento, desinterés de sus trabajadores/as, así como la fragmentación en los procesos de trabajo (Campos 2006).

LOS APORTES DE LA PSICODINÁMICA DEL TRABAJO: TRABAJO PRESCRIPTO Y REAL, COORDINACIÓN Y COOPERACIÓN

La psicodinámica del trabajo ha hecho una contribución para comprender el funcionamiento de la organización del trabajo, a través de la confrontación con la subjetividad del/a trabajador/a. Dicha disciplina, que tiene a Dejours y Dessors como principales referentes, surge en diálogo e intentando superar las limitaciones propias de la psicopatología del trabajo (Dessors y Guhio-Bailly 1998). Esta última intentaba dar cuenta de las afecciones psicopatológicas derivadas del conflicto entre el funcionamiento psíquico y una organización del trabajo que era considerada como un dato preexistente al encuentro entre los/as trabajadores/as y el trabajo, siendo un conjunto de restricciones masivas, monolíticas e inquebrantables. La psicodinámica del trabajo en cambio se empezó a preguntar porque mientras determinados sujetos enfermaban, había otros que no desarrollaban patologías pese a estar bajo las mismas condiciones de trabajo. La normalidad emergió entonces como interrogante. Y la psicodinámica del trabajo comprendió que los/as trabajadores/as no eran pasivos frente a las restricciones que impone la organización del trabajo. A través de diferentes mecanismos de defensa, tanto individuales como colectivos, los mismos luchan contra la desestabilización producida por las restricciones del trabajo. La normalidad entonces resulta de un equilibrio inestable y precario, producto de la confrontación de los sujetos contra lo real del trabajo. Normalidad que tenía a las relaciones intersubjetivas ocupando un lugar central (Dessors y Guhio-Bailly 1998).



La distinción entre trabajo prescripto y trabajo real es otro de los grandes aportes de esta corriente. La finalidad prescrita es lo que la organización espera como resultado del procedimiento de trabajo; es decir, “la tarea como aquello que se desea obtener o lo que se debería hacer” (Dejours 1998: 39). En el plano colectivo lo que esta prescripto es la coordinación, las ordenes que dicen cómo se deben interconectar las tareas de los/as diferentes trabajadores/as. Pero los/as trabajadores/as nunca hacen estrictamente lo que se encuentra prescripto, y esto tal como plantea Dejours (2015) es algo que ha relevado la ergonomía. Existe un desfase irreductible entre lo prescripto y lo real, esto último es lo que los/as trabajadores/as efectivamente hacen, y lo que es necesario para que el trabajo se haga, para que la tarea se realice efectivamente. La misma dimensión técnica del proceso de trabajo está plagada de contradicciones. Lo contrario es comprender el trabajo tal cual lo hacía la organización científica del trabajo, quien pensaba el trabajo humano como adherido sin fisuras a la automatización y lo maquinal. Incluso la psicodinámica del trabajo refuta la división entre trabajo de concepción y ejecución, para esta disciplina todo trabajo es de concepción. El trabajo es por definición humano ya que se convoca ahí donde el orden tecnológico-maquinal es insuficiente. Lo interesante de la psicodinámica del trabajo es que pone de manifiesto que la propia organización del trabajo está plagada de contradicciones, que las reglas, normas, ordenes se reelaboran constantemente para que la propia tarea pueda ser llevada a cabo. La organización real del trabajo no es entonces la prescrita. Pero la brecha entre lo prescripto y lo real no es siempre autoevidente: o bien es aceptada ofreciendo a los/as trabajadores/as márgenes de libertad, o bien es perseguida y los/as trabajadores/as temen ser atrapados en falta por no cumplir con lo que se prescribe (Dejours 1998).

De modo que es imposible trabajar si se busca respetar todas las consignas, y no habría producción posible si todos los/as obreros/as trabajaran a reglamento, si obedecieran estrictamente las reglas (Dejours 2015, Dessors y Guhio-Bailly 1998). Es en este sentido que se redefine la noción de trabajo, entendiendo que es la actividad desplegada por las personas trabajadoras para enfrentar lo que no está dado por la organización prescrita del trabajo (Dessors y Guhio-Bailly 1998).

Para Dejours (2015) la confrontación del sujeto con lo real del trabajo implica necesariamente sufrimiento. Trabajar es en primer lugar vivenciar la experiencia del fracaso, y en segundo lugar trabajar es sufrir. En este sentido para la psicodinámica el sufrimiento es consustancial al trabajo. Las fuentes principales de sufrimiento se encuentran en: la obstaculización del ejercicio de la inteligencia creadora, la renegación

generalizada por parte de los mandos gerenciales del uso de esta inteligencia y la falta de reconocimiento de los esfuerzos implicados en la movilización subjetiva (Dejours 1998).

A su vez, el trabajo real implica un compromiso por conciliar las distintas interpretaciones que los actores pueden darle al trabajo prescripto, es así que la organización real del trabajo es producto de las relaciones sociales. El trabajo real entonces implica un compromiso, implica poner en juego la iniciativa, la inteligencia, la voluntad, la creatividad. La inteligencia en el trabajo es comprometer toda la subjetividad para encontrar una solución. La movilización subjetiva que implica y se define como la capacidad de sobreponerse y encontrar soluciones a la organización prescripta del trabajo supone: esfuerzos de inteligencia, esfuerzos de elaboración para construir opiniones sobre la mejor manera de sacar adelante el trabajo, esfuerzos para involucrarse en el debate de opiniones necesarias para la deliberación existente sobre la toma de decisiones para la organización del trabajo. Al mismo tiempo esta movilización debe considerarse como una contribución específica e irremplazable de los/as trabajadores/as para ajustar la organización prescripta del trabajo. Para la psicodinámica del trabajo lo más natural y espontáneo es la movilización de la inteligencia práctica; la pereza o el vagabundeo que desde ciertas corrientes caracterizan a determinados trabajadores son más bien el resultado de un proceso ligado a los efectos nocivos de la utopía taylorista cuando se quiere aplicar a las relaciones sociales en el trabajo.

Sin embargo, para sobreponerse a las restricciones de la organización prescripta del trabajo no alcanza solamente con el uso de la inteligencia práctica que se conjuga en singular. El problema planteado es el de la coordinación de las inteligencias astutas singulares, esto implica el uso de la sabiduría práctica, inteligencia referida a la deliberación y discusión que rodean a una decisión, en este caso la de estabilizar ciertos hallazgos o descubrimientos de la inteligencia práctica y rechazar otros. El uso de esta sabiduría práctica es necesario para integrar los descubrimientos de la inteligencia astuta en las reglas de trabajo. Con esta condición las reglas de trabajo pueden evolucionar y más aún, la organización del trabajo puede transformarse racionalmente. Son las reglas de trabajo las que organizan todas las relaciones entre los/as trabajadores/as de un equipo. La construcción de estas reglas implica la efectivización de una dimensión colectiva del trabajo y de un espacio específico de discusión. Como sostienen Dessors y Guhio-Bailly (1998), la existencia del colectivo es un eslabón fundamental y el punto sensible de la dinámica intersubjetiva de la identidad en el trabajo. De ahí la importancia en la psicodinámica del triángulo explicativo entre el sujeto, sus tareas y el colectivo (los/as

otros/as, compañeros/as o jefes/as), ya que para superar el sufrimiento que es consustancial al trabajo, a partir del enfrentamiento del sujeto con sus tareas, la existencia del colectivo es central. Y es dicho colectivo el que es capaz de proveer el reconocimiento que los/as trabajadores/as esperan por la movilización de su subjetividad para sobreponerse a la organización prescripta del trabajo.

Por último, es necesario traer a colación la distinción que realiza Dejours (2015) entre coordinación y cooperación. La coordinación son las órdenes de arriba hacia abajo, la coordinación es lo prescripto, pero lo que hacen los/as trabajadores/as no es coordinación sino cooperación. La cooperación se basa fundamentalmente en la confrontación de los modos personales de operar, de las inteligencias y los ingenios personales, para encontrar un acuerdo, un consenso sobre los modos de llevar a cabo la actividad. Esta instancia de producción de reglas, a través de dichas instancias de debate y deliberación, es lo que Dejours (1998) llama actividad deóntica: es una actividad que existe previo a la deontología que es cuando estas reglas pasan a ser ley. En dicha actividad lo que se logra es hacer visible lo que no se ve, mostrándole a los demás trabajadores los modos de hacer trampa. Cuando esta confrontación de modos de hacer se lleva a cabo de buenas maneras es posible encontrar un acuerdo que adquiera carácter prescriptivo, pero es una prescripción distinta ya que no es una regla impuesta externamente, sino que fue elaborada por el propio colectivo. Para Dejours (2015) no hay colectivo si no hay reglas establecidas bajo un común acuerdo. Las reglas no solo organizan la eficacia del trabajo, sino también el vivir común, la convivencia. Llegar a esta instancia requiere de la voluntad de las personas de trabajar en forma conjunta, de superar en forma 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, de inconvenientes, imprevistos o incoherencias que no es posible prever de antemano. Y como esbozamos anteriormente, el problema de la cooperación se vuelve doblemente significativo en el trabajo en salud caracterizado por su dimensión relacional y por ser trabajo vivo en acto.

ABORDAJE METODOLÓGICO

El diseño metodológico se orientó a un estudio de caso con finalidad descriptiva explicativa, con un abordaje de tipo cualitativo. El trabajo de campo se realizó entre julio



y agosto de 2021. La población de estudio son las enfermeras del turno mañana (6 horas a 12 horas) y tarde (12 horas a 18 horas) que desempeñan sus tareas en el área de terapia del servicio de Neonatología de un hospital público de Lomas de Zamora, provincia de Buenos Aires. De acuerdo con lo informado por la coordinadora, se encontraban trabajando 6 enfermeras en el turno mañana y 6 en el turno tarde. Debido a la predisposición a responder la entrevista se pudieron entrevistar a 4 de cada turno, es decir 8 enfermeras en total. Respecto a la selección del caso, el hospital ubicado en Lomas de Zamora en la Provincia de Buenos Aires, fue seleccionado por ser un hospital interzonal, que por su complejidad es caracterizado 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 uno de los informantes claves, sustentada en la complejidad que presentaba dicho servicio.

Para abordar el problema de investigación elegimos una metodología cualitativa a través de la realización de entrevistas. Si bien hubiera sido deseable también acompañar la investigación con la herramienta metodológica de la observación participante, la segunda ola del Covid-19 que se produjo en la Argentina hacia fines de abril del 2021 y la incertidumbre permanente respecto a las posibles aperturas y cierres, hicieron que se priorizara la herramienta metodológica de la entrevista, ya que dicha herramienta permitiría realizar entrevistas en forma remota si la situación epidemiológica no hubiese llegado a permitir el ingreso al hospital.

La investigación cualitativa “se enfoca a comprender y profundizar los fenómenos, explorándolos desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación con el contexto” (Hernández Sampieri et al. 2010: 364). La técnica escogida por ser considerada la más adecuada de acuerdo con los objetivos planteados fue la entrevista semiestructurada, construida con una serie de núcleos temáticos planificados previamente, y al mismo tiempo dando lugar a preguntas espontáneas. Consideramos que la entrevista, que se define como un encuentro para conversar e intercambiar información entre una persona (el/la entrevistador/a) y otra u otras (los/as entrevistados/as), es una herramienta metodológica que permite rescatar la experiencia cotidiana de los actores a partir de su propio relato, puesto que a través del intercambio entre preguntas y respuestas se logra una comunicación y la construcción conjunta de significados respecto a un tema (Hernández Sampieri et al. 2010).



LOS ESPACIOS DE DELIBERACIÓN EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

Para la psicodinámica del trabajo la cooperación se encuentra ligada a la construcción de relaciones de confianza entre los/as trabajadores/as, confianza cimentada en la existencia de espacios de deliberación y discusión. La confianza es condición necesaria para que los/as trabajadores/as se atrevan a mostrar a los demás la forma en la que trabajan -más allá de lo prescripto- sus trucos, sus ingenios; para a partir de allí generar los acuerdos que antes mencionamos. Dejours (1998) aclara que la confianza no tiene que ver con el orden de lo psico-afectivo, sino con la deóntica, con la construcción de acuerdos, normas y reglas para llevar a cabo el trabajo. Comprender cómo se construye y de qué depende esa confianza, permite dilucidar en qué consisten y cómo se estabilizan las “reglas de trabajo” o las “reglas de oficio”. Como dijimos unas oraciones atrás, la construcción de la confianza exige la existencia de espacios de deliberación. Es en estos espacios donde cada trabajador/a del equipo da testimonio ante los/as demás de la forma en la que trabaja, la manera en la que hace trampa. Esto supone relaciones de confianza y de lealtad, referidas a la aceptación de este espacio y la demostración de la trampa. En estos espacios también se vuelve necesaria la equidad entre la palabra y la escucha, esta escucha implica la capacidad de abrirse y tomar el riesgo de entender al/a otro/a. Para Dejours (2015) la cooperación exige un renunciamiento, el/la trabajador/a debe renunciar al placer obtenido por su propia inteligencia, en pos de una obra en común. Por lo tanto, la cooperación no trata de la suma de las inteligencias individuales, sino de la capacidad de renuncia a la inteligencia propia, de contener el talento, en beneficio de una obra en común. Y la compensación de dicha renuncia viene de hecho por la implicación en esta obra colectiva.

En el presente apartado analizaremos la cooperación presente en el personal de enfermería del turno mañana y tarde de la terapia neonatal, a la luz de la ausencia de espacios formales, y la existencia de espacios informales, de deliberación. Para terminar dando cuenta y reflexionando sobre las repercusiones que dicha situación genera en la producción del cuidado. En primer lugar hablaremos del ceñimiento de las enfermeras a la tarea prescripta, y por ende la no realización habitual del pase de guardia entre la enfermera saliente y la entrante, lo cual genera una sobrevaloración del chasis como tecnología dura blanda, anulando el valor del encuentro intersubjetivo. En segundo lugar analizaremos la existencia de espacios informales de deliberación, y su importancia para la reapropiación del sentido del trabajo y la responsabilización conjunta del equipo de



enfermería. En último lugar daremos cuenta de las limitaciones que tiene la construcción de relaciones de confianza cuando existen rivalidades en torno a los saberes, que a contramano de publicizar el conocimiento, se encierran en el ámbito privado generando jerarquías al interior del equipo de trabajadoras enfermeras.

EL PASE DE GUARDIA NO SE REALIZA

A diferencia de las médicas residentes y jefaturas superiores que tienen un espacio llamado “el pase diario” donde debaten y generan acuerdos prescriptivos sobre el tratamiento de los pacientes, el personal de enfermería no cuenta con un espacio específico para dialogar y consensuar acerca de sus tareas. Lo más similar a este espacio es el momento de realización del pase de guardia que se realiza al inicio y finalización de cada turno. En dicho pase las enfermeras se comunican el estado de cada paciente y las novedades que hayan ocurrido durante su guardia. Este espacio no es colectivo, sino que el pase se realiza entre la enfermera entrante y la saliente en función del paciente que tengan en común. Sin embargo, en la práctica, este pase usualmente no se realiza. Veamos lo que comentan algunas entrevistadas:

Claro, apenas llegamos tenemos el pase de guardia. Para contarte la realidad: llega una temprano, la que primero llega va tomando a todos los pacientes, te van contando. Porque la verdad es que no siempre llegamos temprano todas. Una llega y toma todos porque después las otras vamos cayendo, entonces la que llega escucha el pase (...) (Enfermera Turno Mañana).

Es costumbre ya del hospital, el hospital no quiere hacerlo, no hay un régimen como en los privados, que te andan atrás: “menos cuarto vos entrás a la guardia”, sino viene la supervisora, el coordinador, te caga a pedos o te llama la atención: “¿qué pasó?, ¿qué paciente tiene?” y decís: “no sé”, “bueno, entonces tenés que venir temprano”. Acá no. Pasa, qué se yo, viene 12:05: “ahí tenés el paciente” y te vas. O no te pasan directamente, hay algunas que si no venís menos cuarto, ponele que llego menos diez: “no te lo voy a pasar porque tenés que venir menos cuarto”, “está bien, ¿pero dónde dice que yo tengo que venir menos cuarto?, si mi entrada es a las 6”, si quiero puedo fichar a las 6 (Enfermera Turno Mañana).



Claro, no está todo el turno, la verdad que no logramos nunca hacer eso porque nunca vienen temprano. O sea, llega la primera y ya tratamos de cumplir el horario (Enfermera Turno Mañana).

Algunas veces vienen y no toman la guardia y bueno, uno también, yo soy muy paciente, pero a veces me levanto más loca y me voy, pero te dejo todo escrito, cosa de que si vos agarrás el chasis tenés todo escrito. Me defiendo por ese lado porque es todo legal. (Enfermera Turno Tarde)

Como se puede evidenciar a través del relato de las entrevistadas el pase de guardia es algo que efectivamente no ocurre con asiduidad. Por un lado, la realización del mismo supone que las enfermeras lleguen por lo menos 15 minutos antes del horario que corresponde a su turno, sin embargo, el horario por el cual la enfermera ficha es a las 6 de la mañana en el turno mañana y a las 12 del mediodía en el de la tarde. Tal como señala una enfermera, en lo que exige el hospital no está considerada la existencia del pase, diferenciándolo del sanatorio privado en el cual trabaja. Esto supone nuevamente que las trabajadoras para realizar dicho pase deberán ir más allá de lo prescripto, poniendo su voluntad y su compromiso en juego. Como sostiene la psicodinámica el involucramiento y el compromiso que supone la cooperación entrañan un riesgo y un esfuerzo por parte del/a trabajador/a. La movilización subjetiva por más espontánea que sea es sumamente frágil y supone un equilibrio entre contribución y retribución (Dessors y Guhio-Bailly 1998). Esta retribución que se espera es esencialmente simbólica y se denomina reconocimiento. El reconocimiento pasa por la construcción rigurosa de juicios respecto al trabajo realizado. La psicodinámica del trabajo distingue dos tipos: el juicio de utilidad, que emana específicamente de los mandos superiores, y refiere a la utilidad económica, social o técnica de la contribución del/a trabajador/a la organización del trabajo; y por otro lado el juicio de belleza (es un lindo trabajo, una bella obra, una demostración elegante) proferido sobre todo por los pares, los/as colegas, es el más célebre y apreciado porque implica que reconocido por sus pares el/la trabajador/a accede a la pertenencia (Dejours 2015, Dessors y Guhio-Bailly 1998). En este sentido, podemos decir que las trabajadoras de enfermería del servicio de neonatología no sienten reconocimiento por parte del hospital ni por parte de la jefatura del servicio, y al mismo tiempo expresan que se trata igual a la que pone voluntad que a la que actúa con desidia y hace lo mínimo. En palabras de una enfermera:



No sé por qué son irresponsables con el horario. Porque en un lugar privado lo hacen, llegan a horario, todo. Pero acá no, como acá no hay límite para nadie. Acá no te descuentan si llegas tarde. Vos en un privado llegas tarde y te descontaron dos lucas y bueno, no llegas tarde por eso (Enfermera Turno Tarde).

Existe entre los diferentes turnos conflictos y rispideces que se generan en torno a si la enfermera entrante llega a horario para la realización del pase y la falta de voluntad de la enfermera saliente de quedarse después de hora. Esto no deja de ser otra cara de la negociación del esfuerzo y la frontera de control (Edwards y Scullion 1987). El comportamiento concreto de los/as trabajadores/as a nivel del proceso de trabajo supone relaciones sociales en torno a la negociación del esfuerzo, una negociación continua sobre cuánto esfuerzo y de qué calidad, debe realizarse a cambio de determinada remuneración. El resultado de esta negociación es un conjunto de prácticas y acuerdos informales sobre qué trabajo se hace y cómo (Edwards y Scullion 1987). Por otra parte la frontera de control indicara donde 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 ya que los/as trabajadores/as tienen capacidad para influir sobre las condiciones en las que se despliega su fuerza de trabajo, así como también pueden presentar un papel importante en la elaboración de reglas que rigen en el proceso de trabajo (Edwards y Scullion 1987). En este sentido, lo que se dirime entre los diferentes turnos de enfermería es que es lo que corresponde y nadie quiere esforzarse de más porque en definitiva las enfermeras perciben que no hay reconocimiento por ese esfuerzo, que no vale la pena. En palabras de una enfermera: “Ahora, como estoy llegando tarde y como estoy enojada, me chupa un huevo así que vengo, miro lo que tengo que hacer en el chasis y listo” (Enfermera Turno Tarde).

Todo esto configura un panorama que no predispone a las enfermeras a sobreponerse a la prescripción de la tarea, sino más bien a hacer lo justo. A esto se refieren las enfermeras cuando afirman que, si la enfermera entrante no llega a tiempo para el pase, “en el chasis está todo escrito” (sic). Ceñirse a lo que está escrito en el chasis puede ser comprendido de acuerdo a Merhy (2005), como dejar la producción del cuidado en manos de las tecnologías duras blandas, entendiendo al chasis como soporte de saberes estructurados, anulando de esta manera el encuentro intersubjetivo, el espacio de las tecnologías blandas como lugares de encuentro y escucha (Merhy 2005). Como sostiene Campos (2000) aquellos procesos de trabajo estructurados en función de tecnologías duras-blandas y duras producen formas de trabajo estandarizadas, estructuradas y rígidas sin dar margen a la creatividad. La creciente hipervalorización de técnicas de objetivación y de

uniformización en donde hay una exigua o nula relación intersubjetiva (Campos 2006), lleva también al desconocimiento de la importancia de las prácticas de salud de los/as otros/as profesionales (Franco y Merhy 2016). Este tipo de utilización tecnológica junto con el dominio impuesto del accionar médico, no solo anula otros núcleos específicos de intervención profesional, sino que al mismo tiempo empobrece o incluso anula la dimensión cuidadora que tiene cualquier profesión.

La escasa relevancia dada al aspecto comunicativo entre los equipos y las representaciones mutuas entre los/as trabajadores/as, pueden desencadenar conflictos que perjudican la realización de la tarea cotidiana. Las enfermeras, que perciben su formación y expertise ligada a la valoración del paciente, vinculada entre otras cuestiones a la observación, manifiestan que los monitores pueden fallar. En este sentido, se puede sostener que la información que provee el chasis es limitada, y si bien puede dar cuenta de información como ser los signos vitales, no expresa la valoración de la enfermera acerca del paciente. De esta manera, revisar el chasis no puede ser un sustituto del pase de guardia como espacio de comunicación intersubjetivo entre la enfermera entrante y la saliente. Esto mismo expresa una enfermera:

No, es re importante el pase de guardia, porque yo le voy a decir cómo lo vi toda mi guardia al paciente (Enfermera Turno Tarde).

Y, porque así vos ya sabés más o menos con qué te encontrás con ese paciente o no, o más allá de que tengamos las indicaciones y todo eso, tendríamos que nosotros decir: "mirá, ahora se lo hice así, pasó esto o no", porque por algo es importante el pase de guardia, porque si no lo hacemos tenemos que adivinar qué corno pasó dentro de las veinticuatro horas para yo saber si hubo o no un cambio, entonces si hubiera una charla o decís: "pasó esto o no" (Enfermera Turno Mañana).

Pese a que no se realiza, algunas enfermeras sostienen que el pase de guardia es importante ya que la información que se intercambia allí es valiosa y necesaria para la realización de la tarea. Información que evidentemente no es provista por el chasis, no porque la información se encuentre incompleta; sino porque hay algo del encuentro intersubjetivo, y del intercambio a través del dialogo que no es posible reponer a través de un instrumento que contiene saberes estructurados como trabajo muerto.

LA IMPORTANCIA DE LOS ESPACIOS DE DELIBERACIÓN INFORMALES

Tal como relató una de las enfermeras del turno mañana, lo que suele suceder es que la primera enfermera que llega es la que recoge la información de todos los pacientes, y luego se los va comentando a las compañeras a medida que llegan. De alguna manera, aunque sea anulando el encuentro intersubjetivo entre la enfermera entrante y la saliente de cada paciente, ese intercambio de información se termina realizando. Durante la jornada laboral hay momentos en que las enfermeras de cada turno charlan e intercambian entre sí información valiosa para la producción del cuidado, es lo que podemos llamar los “espacios de deliberación informales”. Los espacios de deliberación no siempre ocurren de manera formal o en un marco institucionalizado, sino que también se da en ocasiones informales, como pausas, recreos, momentos de ocio o distensión. Para Molinier (Wlosko y Ros 2015) la existencia de espacios donde circule la palabra es fundamental, sobre todo en el trabajo del cuidado y en el ámbito hospitalario. La autora cree que se vuelve necesario privilegiar la posibilidad de que los/as trabajadores/as del cuidado pueden hablar en el trabajo, entendiendo que la palabra es una herramienta crucial. Es necesario darle validez e importancia a la palabra dentro de los equipos, sin que esta sea necesariamente evaluada o suceda en la presencia de alguna jefatura.

Veamos como describen este espacio las entrevistadas:

Sí, siempre. Cuando estamos trabajando, o estamos por hacer algún procedimiento, o cuando llegamos y tomamos la guardia (Enfermera Turno Tarde).

Sí, acá en el pasillo, cuando estamos ya terminando la guardia o si pasó algo muy relativo durante la guardia, lo hablamos ahí. Pero no es que tenemos un estar y tampoco una hora adecuada para eso (Enfermera Turno Tarde).

La hora que nos sentamos a desayunar. “Che, fulano, tengo tal duda, este paciente con tal tratamiento, ¿vos decís?, ¿no era de esta manera?, ¿no era que se había actualizado?, ¿por qué le pusieron ese tratamiento cuando hay otro?”, ¿te enteraste de alguna modificación de cómo se coloca la percutánea?”, o el último curso que dieron de reanimación cardiopulmonar en neonatal (Enfermera Turno Mañana).

Sí, todo el tiempo. Nosotras nos sentamos a desayunar y decimos: “che, mirá, estas 'percus' que trajeron no funcionan, fijate que esto va así”, o: “sabés qué podríamos hacer”, todo el tiempo estamos viendo para hacer mejoras (Enfermera Turno Mañana).

Los espacios de deliberación informales se convierten en espacios de diálogo, escucha, intercambio, debates, consensos, que permiten escapar a la tarea inmediata y a



la fijación parcial a una determinada etapa del proyecto terapéutico, que según Campos (2009) es lo que genera alienación. La construcción de estos espacios de deliberación a la par que construyen el colectivo de trabajo, permite a ese colectivo responsabilizarse en forma conjunta del objetivo final de la producción del cuidado. Y como dice la entrevistada en el último fragmento expuesto, es un espacio que existe para poder mejorar el trabajo realizado. Cuando se les consulta a las enfermeras si les parece importante la existencia de este espacio informal de dialogo, responden lo siguiente:

Sí, porque no todos tenemos todo fresco en la cabeza a veces y la práctica te hace autómatas (...). A veces, te hace autómatas porque vos vas repetitivamente haciendo, haciendo, haciendo y por ahí el detalle y ahí, cuando te sentás a charlar, decís: “ah, no, pero yo lo hacía así y no me fijaba eso”, esos detalles. Y en la charla surge. Te reconecta con lo que por ahí venías pasándote de largo. Algún detalle mínimo, no estamos hablando de algo que tenga que ver con la vida del paciente (Enfermera Turno Mañana).

Este fragmento es sumamente significativo porque da cuenta justamente de que el espacio de deliberación lo que permite es la reapropiación del sentido del trabajo. O, de otro modo, el espacio de trabajo sin dialogo convierte al trabajo en una práctica burocratizada. Para Campos (2006) la fijación parcial del/a profesional a una determinada etapa del proyecto terapéutico produce alienación, en la medida en la cual el/la profesional no se siente sujeto activo en el proceso de rehabilitación del/a usuario/a. La fragmentación del proceso terapéutico y por ende de los equipos de trabajo, provoca en definitiva la no responsabilización del objetivo final de la propia intervención. Los espacios de deliberación informales para las enfermeras que se involucran en los mismos permiten una relación no fragmentada con la producción del cuidado y la construcción de una responsabilización conjunta. En palabras de la entrevistada el dialogo con sus compañeras de trabajo la reconecta con el sentido final del trabajo, y por ende con su dimensión colectiva. Es muy interesante que la enfermera reconozca en el encuentro intersubjetivo, y en la dimensión relacional del proceso productor de cuidados aquella ancla que la rescata de la automatización y la repetición mecánica.

Otra enfermera del turno sostiene que estaría bueno que existieran estos espacios de dialogo entre los diferentes turnos: “Estaría bueno que haya charlas así formales, pero es imposible que estemos todos. Porque ahí se evitarían un montón de problemas que a veces te cuentan que pasan, sobre la continuidad de los turnos y que no se cumplen porque por ahí no lo sabían las chicas” (Enfermera Turno Mañana).



La falta de claridad respecto a las tareas a realizar en cada turno, y el conflicto que trae en torno a la frontera de control y negociación del esfuerzo, es inseparable de la falta de espacios de deliberación y establecimiento de acuerdos mutuos. Es difícil, no obstante, que todas las trabajadoras se involucren en estos espacios, que implican un compromiso de movilización de la subjetividad en trabajadoras que encuentran su práctica alienada.

No todas las enfermeras reconocen o dan cuenta de la existencia de este espacio. Tal como se puede evidenciar en los siguientes extractos: “A veces, sí, pero no es que nuestra charla diaria son los pacientes” (Enfermera Turno Tarde). “La hora de nuestro desayuno es nuestra, no dedicamos al paciente” (Enfermera Turno Mañana).

Incluso la mayoría de las enfermeras de uno de los turnos sienten que no hay un espacio de diálogo dentro del turno. Una de las enfermeras cree que la existencia de este espacio de diálogo sería beneficioso: “Y porque el diálogo entre nosotras nos ayuda a trabajar mejor en equipo con los bebés, y organizarnos mejor en el trabajo, y que todas trabajemos de la misma manera. Yo trabajo muy diferente a las chicas” (Enfermera Turno Tarde).

No obstante, otras enfermeras del mismo turno no sostienen la importancia de este espacio:

Me parece que no modificaría nada. Esto va a seguir siendo lo que es (Enfermera Turno Tarde).

No sé, nosotros tenemos seis horas, es un momento muy corto; si tenés que debatir, no se debate... esas seis horas es corto (Enfermera Turno Tarde).

Es posible relacionar lo que sostiene la entrevistada del primer fragmento con una sensación de desidia, vinculada a la falta de reconocimiento institucional y por parte del servicio. Esta percepción de que las cosas no van a cambiar se vincula con la alienación expresada a través de la pérdida de vínculos con la organización (la falta del sentido de pertenencia), con el trabajo (la pérdida del significado o sentido) y con los equipos (falta de identidad) (Spinelli 2010).

Es dable decir que la enfermería como profesión se construyó históricamente como una práctica subordinada a la medicina (Ramacciotti y Valobra 2015), y su proceso de profesionalización implicó una lucha por el reconocimiento del estatus profesional. La invisibilidad de las tareas de enfermería se inscribe en la invisibilidad general de las tareas de cuidados, que han sido históricamente ejercidas por mujeres, naturalizando dichas

labores como una extensión de cualidades supuestamente femeninas (Wainerman y Binstock 1992). En palabras de una entrevistada:

Enfermería está muy... imagínate, un paciente que se va de alta muy rara vez le dice gracias a la enfermera, "gracias, doctor", dicen siempre. Pero no es acá, es en todos lados, todas las instituciones tienen eso, el reconocimiento lo tiene el médico (Enfermera Turno Mañana).

Para Sainsaulieu (1985), la necesidad del reconocimiento en el espacio laboral es una experiencia relacional, desigual y cambiante en función de las relaciones de poder entre los distintos grupos de actores (Beliera 2018). Se vuelve necesario seguir profundizando y analizando la falta de reconocimiento que dicha profesión tiene, en relación al impacto que genera en la producción del cuidado.¹

LA RIVALIDAD EN TORNO AL SABER

Merhy (2016) llama a pensar y reflexionar sobre el modo de ampliar la dimensión cuidadora, no solo para mejorar la eficacia y la adecuación de procesos de cuidado orientados al/a usuario/a, sino también para desencadenar procesos más grupales y compartidos al interior del equipo que permitan espacios de acción en común y cooperación entre profesionales. Para este autor el término "publicizar" tiene justamente este sentido, el de la construcción de espacios públicos para la expresión colectiva de los intereses, encerrados como privados. Esta publicización del equipo profesional, y de forma multidisciplinar, tiene el objetivo de producir un enriquecimiento del conjunto de las intervenciones en salud, siendo al mismo tiempo más transparentes para procesos de evaluación colectivos. En un sentido similar y desde la perspectiva de la psicodinámica del trabajo, Molinier (Wlosko y Ros 2015) define a las instituciones de salud como los vínculos que la crean, por lo cual la construcción de espacios de diálogo y escucha son fundamentales para el desarrollo de los vínculos intersubjetivos constitutivos de la producción del cuidado. La publicización de los saberes entonces, es otro requisito para la construcción de las relaciones de confianza entre las enfermeras. En este sentido,

¹ Si bien en el presente artículo la noción de reconocimiento se ciñe a la propuesta por la psicodinámica del trabajo, también es importante para este colectivo de trabajadoras tener en cuenta el reconocimiento como una dimensión de las condiciones precarias de empleo. Para una lectura del reconocimiento en este sentido se sugiere ver: Aspiazú y Cutulí, 2022 y Malleville y Beliera, 2020.



sostenemos que la existencia de espacios de deliberación entre turnos o al interior de cada turno no es posible, si se sostienen vínculos intersubjetivos de competencia en torno al saber. Otro aspecto que pudimos relevar a través de las entrevistas es la existencia de competencia o rivalidad entre las enfermeras de uno de los turnos.

Y no sé bien esa competencia, como diciendo: “yo soy la que pone más percutáneas”, “yo soy la que pone más vías”, en ese sentido. Yo veo que los médicos o los residentes se festejan cuando el otro puede hacer un procedimiento y en enfermería es como diciendo: “qué guacha, puso cinco percutáneas” en vez de decir: “qué bien”, siempre está esa competencia. No todas son así, pero existe esa competencia (Enfermera Turno Tarde).

A la larga terminan siendo amigas todas, pero a veces hay alguna que sabe un poquito más, la otra que no sabe nada, o vos no querés hacerlo, vos estás tomando mate, ese tipo de cosas. Nosotras no lo tenemos a eso en nuestro turno, pero hay turnos que sí (Enfermera Turno Mañana).

Y, el problema de las percutáneas, “yo pongo la percutánea”, si es tu paciente te lo arrebatan y te quieren poner la percutánea, y así sucesivamente (Enfermera Turno Tarde).

La competencia respecto al saber no construye relaciones de confianza entre las enfermeras, la confianza es necesaria para que las trabajadoras se atrevan a mostrar a las otras como trabajan y compartan sus trucos e ingenios, para a partir de allí lograr acuerdos y consensos (Dejours 1998). Cuando la relación con el saber se torna como una posesión que me diferencia de la otra trabajadora y me otorga poder, el saber en lugar de volverse público se convierte en algo del orden de lo privado generando jerarquías al interior de los equipos de trabajo. Sostenemos que para la producción del cuidado los espacios de deliberación donde el conocimiento es puesto en juego en un espacio público, son más importantes que la posesión de saberes específicos relegados al ámbito privado.

REFLEXIONES FINALES

En el presente artículo pudimos evidenciar la importancia de los espacios informales de deliberación para el trabajo de enfermería. Por una parte es importante dar cuenta de la limitación que tiene el trabajo en salud cuando pensamos al trabajo de enfermería como la pura aplicación de procedimientos técnicos, o de tecnologías duras



(Merhy 2006). La existencia de dichos espacios al mismo tiempo que amplía la dimensión cuidadora, permite llenar de sentido y significado al proceso de trabajo conectando el quehacer de la trabajadora con la producción del cuidado, escapando a la fragmentación del proceso de trabajo.

Esto a su vez contribuye a la conformación de un colectivo de trabajo, a contramano de pensar a los saberes como algo del orden de lo privado. El sentido que cada trabajador/a le da a su trabajo a nivel individual es insuficiente para una producción del cuidado que se caracteriza por su dimensión relacional en las organizaciones sanitarias. Al decir de Dejours (1998), de lo que se trata es de la coordinación de las inteligencias astutas singulares. Esto implica integrar los descubrimientos y las contribuciones de todos/as los/as trabajadores, estabilizándolos a través de reglas de trabajo que son las que organizan las relaciones entre los/as trabajadores/as de un equipo. La construcción de estas reglas implica la efectivización de una dimensión colectiva del trabajo. Es interesante en este sentido evidenciar, tal como sostuvo una entrevistada, que la reapropiación del sentido del trabajo, salir del automatismo, es posible a través de la palabra que circula en el encuentro intersubjetivo, en donde el saber se publiciza y comparte.

La construcción de un colectivo de trabajo por parte del personal de enfermería, se encuentra obstaculizada y no está contemplada por el servicio de neonatología del hospital, que no prevé la existencia de espacios formales de deliberación ni entre las propias enfermeras, ni de manera interdisciplinar con los/as profesionales de la salud que integran el servicio. La crítica apunta en este sentido a la forma en la que se gestionan las organizaciones sanitarias, a la creciente hipervalorización de técnicas de objetivación y de uniformización en donde se anulan las relaciones intersubjetivas. Especialmente en trabajadoras como las enfermeras, cuya profesión tradicionalmente se ha concebido como una asistencia de la práctica médica, concibiendo que las enfermeras solamente lo que debían aprender bien era a saber aplicar con exactitud las indicaciones del médico (Martin 2017). Concebido de esta manera, como un trabajo de pura ejecución, se comprende porque la gestión hospitalaria no contempla ni promueve la existencia de espacios de deliberación en dicho grupo profesional.

Sin embargo, es dable destacar que la inexistencia de estos espacios no solo afecta a las trabajadoras enfermeras, sino que tiene impactos en la producción del cuidado, a través del empobrecimiento de la dimensión cuidadora. Tal como sostiene Dejours (1988), ante la falta de espacios colectivos de debate, consensos y toma de decisiones, puede



generarse una pérdida de sentido en relación al trabajo y los actores pueden desinvolucrarse de las responsabilidades colectivas y aislarse en su espacio privado (Dejours 1998). Como tuvimos oportunidad de observar en el presente artículo ante de la falta de dichos espacios y la falta de reconocimiento hacia la tarea de enfermería, la consecuencia es que dichas trabajadoras se ciñen a la tarea prescripta, obstaculizándose su movilización subjetiva. Dejar la producción del cuidado en manos de lo que está escrito en el chasis es un claro exponente de este desinvolucramiento.

REFERENCIAS

1. **Aspiazu, Eliana, y Romina Cutuli.** "Condiciones de trabajo de la enfermería: percepciones, prácticas y riesgos psicosociales durante la pandemia COVID-19. Mar del Plata, Argentina." *EJES de Economía y Sociedad*: 2022, 6.11: 462-495.
2. **Beliera, Anabel Angélica.** "Ser profesional en el hospital: identificación, estratificación y conflicto sindical." *Revista mexicana de sociología*, 2018, 80: 7-33.
3. **Crozier, Michel y Erhard Friedberg.** *El actor y el sistema: las restricciones de la acción colectiva*. México: Alianza. 1990.
4. **Dejours, Christophe.** *El sufrimiento en el trabajo*. Vol. 42. Buenos Aires: Editorial Topia. 2020.
5. **Dejours, Christophe.** *El factor humano. Asociación Trabajo y Sociedad*. Buenos Aires: Lumen. 1998.
6. **Dessors, Dominique y Marie-Pierre Guiho Bailly (Comps.)** *Organización del trabajo y salud: De la psicopatología a la psicodinámica del trabajo*. Buenos Aires: Lumen. 1998.
7. **Edwards, Paul y Hugh Scullion.** *La organización social del conflicto laboral: control y resistencia en la fábrica*. Vol. 15. Madrid: Centro de Publicaciones, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. 1987.
8. **Hernández Sampieri, Roberto, Carlos Fernández Collado y Pilar Baptista Lucio.** *Metodología de la investigación. 5ta edición*. México: McGraw-Hill Interamericana. 2008.
9. **Malleville, Sofia, y Anabel Beliera.** "El lugar del reconocimiento en el trabajo de enfermería. Repensando el concepto de precarización laboral." *Estudios del trabajo*: 2020, 59: 49-51.
10. **Martin, Ana Laura.** "Mujeres y enfermería: una asociación temprana y estable (1886-1940)". Carolina Biernat, Juan Manuel Cerdá y Karina Inés Ramacciotti. (Comps.) *La salud pública y la enfermería en la Argentina*. Buenos Aires: UNQ Editorial. 2015
11. **Merhy, Emerson y Túlio Franco.** *Trabajo, producción del cuidado y subjetividad en salud. Textos seleccionados*. Buenos Aires: Lugar Editorial. 2016.
12. **Onocko Campos, Rosana.** "Humano, demasiado humano: un abordaje del mal-estar en la institución hospitalaria". Hugo Spinelli (Comp). *Salud Colectiva: Cultura; Instituciones; Subjetividad. Epidemiología, Gestión y Políticas*. Buenos Aires: Lugar Editorial. 2004.
13. **Ramacciotti, Karina Inés y Adriana Valobra.** "Feminización y profesionalización de la enfermería, 1940-1955." *XIX y XX Seminario Reflexiones sobre la historia de la profesionalización y especialización sanitaria en América Latina 27 al 28 de agosto del 2014 Santiago de Chile, Chile*. Universidad Alberto Hurtado. Facultad de Filosofía y Humanidades. Departamento de Historia, 2014.
14. **Sainsaulieu, Renaud.** *L'identité au travail: Les effets culturels de l'organisation*. París: Presses de Sciences Po. 2019.
15. **Sousa Campos, Gastão Wagner.** *Método Paideia: análisis y co-gestión de colectivos*. Buenos Aires: Lugar Editorial. 2009.
16. **Sousa Campos, Gastão Wagner.** *Gestión en salud: En defensa de la vida*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2006.
17. **Spinelli, Hugo.** "Las dimensiones del campo de la salud en Argentina." *Salud Colectiva* 2010, 6.3: 275-293.
18. **Spinelli, Hugo, et al.** *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*. Buenos Aires: OPS. 2013.
19. **Wainerman, Catalina H., y Georgina Binstock.** "El nacimiento de una ocupación femenina: la enfermería en Buenos Aires." *Desarrollo Económico*, 1992: 271-284.



20. Wlosko, Miriam y Cecilia Ros. "El trabajo del cuidado en el sector salud desde la psicodinámica del trabajo y la perspectiva del care: Entrevista a Pascale Molinier." *Salud Colectiva*: 2015, 11.3: 445-454.