

Mónica Inés Cesana Bernasconi y Julio César Neffa

(COMPILADORES)

● CIENCIA Y TÉCNICA

Los riesgos psicosociales en el trabajo

Teoría, metodología y estudios de casos



Los riesgos psicosociales en el trabajo : teoría, metodología y estudios de casos / Julio César Neffa ... [et al.] ; coordinación general de Julio César Neffa ; Mónica Inés Cesana Bernasconi. - 1a edición para el profesor - Corrientes : Editorial de la Universidad Nacional del Nordeste EUDENE, 2022.
Libro digital, PDF - (Ciencia y técnica)

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-950-656-202-1

1. Psicología del Trabajo. 2. Derecho al Trabajo. 3. Salud Mental. I. Neffa, Julio César, coord. II. Cesana Bernasconi, Mónica Inés, coord.

CDD 158.7

Corrección: Facundo Alarcón

Diseño y diagramación: Iván Varisco



EUDENE. Secretaría General de Ciencia y Técnica, Universidad Nacional del Nordeste, Corrientes, Argentina, 2021.

Queda hecho el depósito que marca la ley 11.723. Reservados todos los derechos.

25 de Mayo 868 (CP 3400) Corrientes, Argentina.

Teléfono: (0379) 4425006

eudene@unne.edu.ar / www.eudene.unne.edu.ar

Los riesgos psicosociales en el trabajo

Teoría, metodología y estudios de casos

Mónica Inés Cesana Bernasconi y Julio César Neffa
(COMPILADORES)

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	8
--------------------	---

PRIMERA PARTE. Enfoques teóricos y metodológicos

CAPÍTULO I

Acerca del origen y las causas de los riesgos psicosociales en el trabajo	14
--	----

Julio César Neffa

1. Las características esenciales del modo de producción capitalista	16
2. Los procesos de trabajo predominantes y sus cambios en la actualidad	18
3. Demandas y exigencias de los trabajadores y creación de la OIT	20
4. La segunda postguerra y el modelo de desarrollo «keynesiano-fordista»	21
5. La renovación de la reflexión sobre los procesos de trabajo	22
6. La irrupción de la ciencia, la tecnología y la innovación productiva	24
7. Crisis del modelo «keynesiano-fordista» y emergencia del modelo neoliberal	27
8. Las respuestas empresariales a la crisis	30
9. Las teorías <i>manageriales</i> evolucionan e influyen las gerencias	38
10. Procesos de trabajo, salud y enfermedad de los trabajadores	55
11. Las causas de los riesgos en el trabajo	56
12. Todos los trabajadores no son iguales frente a la muerte	60

13. Las reflexiones que precedieron la emergencia del modelo RPST	61
14. El concepto y las definiciones sobre los riesgos psicosociales en el trabajo	71
15. ¿Cómo reaccionó el Gobierno francés ante los problemas generados por el nuevo paradigma?	72
16. Los seis ejes del modelo de riesgos psicosociales en el trabajo	74
17. Impactos de las CyMAT y de los RPST sobre la salud de los trabajadores	82
Reflexiones y perspectivas	87

CAPÍTULO II

Acerca de la intensificación del trabajo y sus impactos sobre los RPST	89
Julio César Neffa	

1. La intensidad del trabajo puede adoptar diversas modalidades	91
2. Las dimensiones objetivas de la intensidad	92
3. Las dimensiones subjetivas de la intensidad	97
4. La intensificación del trabajo en el sector terciario privado de la economía mercantil y el sector público	99
Conclusiones	102
Anexo estadístico	104

CAPÍTULO III

Reflexiones epistemológicas y metodológicas sobre el estudio de los factores de riesgos psicosociales en el trabajo	107
Mónica Inés Cesana Bernasconi	

1. Antecedentes de nuestro trabajo de investigación	107
2. Reflexiones sobre la expansión cognitiva del enfoque de los RPST en nuestro país	110
3. La encuesta argentina sobre los riesgos psicosociales en el trabajo	113
Reflexiones finales	116

SEGUNDA PARTE. Estudios de casos

CAPÍTULO IV

El tiempo y la intensidad del trabajo como factores de riesgo psicosocial. Un estudio de caso	119
María Laura Henry	

1. El tiempo de trabajo y su organización: un análisis desde el enfoque de los Riesgos Psicosociales en el Trabajo	120
2. Método y fuentes de información	121
3. Historia de la Cooperativa Papelera y configuración de su proceso de trabajo	123
4. El tiempo de trabajo: turnos rotativos y trabajo nocturno	126
5. La intensidad del trabajo	129
6. El estado de salud de los trabajadores de la Cooperativa Papelera	132
Conclusiones	133

CAPÍTULO V

Factores de riesgos psicosociales en el sector salud del hospital pediátrico de la Ciudad de Corrientes y de una institución geriátrica de Resistencia, Chaco	135
Mercedes Alejandra Herr, Mercedes de los Milagros Romero	

1. Trabajo en salud y en asistencia geriátrica	135
2. Objetivos, metodología y dificultades del estudio	137
3. Contextualización de las instituciones de la salud	137
4. Resultados del estudio	139
Conclusiones	146

CAPÍTULO VI

Riesgos psicosociales del trabajo en enfermería. Aportes para la construcción de un estado del arte	149
Anabel Beliera, Sofia Malleville	

1. Teoría de RPST y dimensiones de análisis	151
2. La teoría de RPST para el análisis del trabajo de enfermería	154
Reflexiones finales	168

CAPÍTULO VII

La demanda psicológica y el esfuerzo requerido en puestos de atención al cliente de una empresa financiera de la Ciudad de Corrientes	169
Mariana Sabas , Paola Costantini	

1.Contextualización	169
2.Presentación y análisis de los resultados	172
3.Contenido del trabajo	174
Conclusiones	191

CAPÍTULO VIII

Las relaciones sociales en el trabajo del personal no docente en puestos de atención al público. Una mirada sobre los riesgos psicosociales del trabajo en una universidad pública nacional 193
Sofía Mendoza Fernández, Claudia M. Gatti

1.Contexto de estudio y aspectos metodológicos	193
2.El trabajo «no docente»	194
3.Las relaciones sociales en el trabajo	195
4.Hacia una «nueva normalidad»	198
Reflexiones finales	199

CAPÍTULO IX

Cambios en el mundo del trabajo y la salud de los trabajadores.
El caso de docentes de escuelas primarias 202
Ana María Pérez Rubio

1.Acerca de la profesión docente: malestar y sufrimiento	203
2.De los cambios en el mundo laboral y los riesgos psicosociales del trabajo	205
3.Metodología y contextualización	207
4.Los Riesgos Psicosociales del Trabajo en la profesión docente	207
Conclusiones	215

CAPÍTULO X

Riesgos psicosociales en el trabajo de inspectores de tránsito de Puerto Tirol y Ciudad de Corrientes 217
Cinthia Pruyas

1.Municipio de Puerto Tirol y Municipalidad Corrientes Capital: breve caracterización	217
2.El empleo público municipal	218
3.Metodología y marco teórico	219
4.Resultados	222
Recapitulación final	239

CONCLUSIONES GENERALES 243

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 248

CAPÍTULO VI

Riesgos psicosociales del trabajo en enfermería. Aportes para la construcción de un estado del arte

Anabel Beliera
Sofía Malleville

INTRODUCCIÓN

En este capítulo realizaremos una presentación conceptual sobre la posible utilización de la teoría de Riesgos Psicosociales del Trabajo (RPST) para analizar las labores de enfermería. En general, en este campo de estudios sobre enfermería se han elaborado textos que analizan una dimensión específica del trabajo, pero se carece de una perspectiva teórica unificada que permita articular el análisis de estas dimensiones en un único cuerpo conceptual.

La heterogeneidad de aspectos teorizados se vincula en parte con la pluralidad de disciplinas académicas de las que provienen dichas investigaciones, siendo la historia, la antropología y la sociología las más prolíferas. Estableciendo una clasificación a grandes rasgos, se puede afirmar que las investigaciones históricas se centraron en la reconstrucción del proceso de profesionalización de la enfermería en nuestro país y las luchas por reconocimiento (Billorou, 2018; Faccia, 2015; Ramacciotti, 2020; Ramacciotti & Valobra, 2010), el proceso de feminización de la enfermería (Martin, 2015; Martín & Ramacciotti, 2016; Ramacciotti & Valobra, 2015, 2017; Wainerman & Binstock, 1992; Wainerman & Geldstein, 1991), y la influencia de los programas internacionales en los currículums formativos a nivel local (Ramacciotti, 2009, 2014, 2014; Ramacciotti et al., 2015). Las investigaciones antropológicas se han orientado al análisis de los aspectos de género vinculados al trabajo de enfermería, así como al análisis de las características de este trabajo de cuidado permeado por las cuestiones afectivas (Balzano, 2012; Pozzio, 2011). Las investigaciones sociológicas se centraron en el estudio de las condiciones de trabajo en el sector de enfermería (Aspiazu, 2017, 2017; Lusnich, 2011; Malleville & Beliera, 2020; Pereyra et al., 2016), procesos de sindicalización y conflicto laboral (Aspiazu, 2008, 2011; Beliera, 2019) y desigualdades de género en los procesos laborales (Aspiazu, 2014, 2016; Ortega, 2019).

Las múltiples preguntas de investigaciones que orientaron las indagaciones han recuperado dimensiones sustantivas del trabajo de enfermería en sus variaciones históricas y geográficas, a la vez que han identificado elementos comunes de la forma en que se

desarrollan los cuidados enfermeros a nivel nacional. Sin embargo, el rastreo de estas dimensiones se encuentra fragmentado en diversas investigaciones y artículos, y no se han producido textos sistemáticos que articulen los distintos hallazgos. Consideramos entonces que la teoría de los Riesgos Psicosociales del Trabajo ofrece herramientas conceptuales que permiten integrar y teorizar sobre el trabajo de enfermería, articulando los resultados analíticos producidos por las investigaciones en ciencias sociales.

Debe mencionarse que esta teoría ya ha sido aplicada al análisis de instituciones sanitarias en nuestro país (Neffa & Henry, 2017; Neffa & Henry, 2019); sin embargo, dichas investigaciones abordaron instituciones del subsistema de salud privado, y se incluyeron a todos los trabajadores del sector (no solo específicamente de enfermería). En esta misma línea, debemos mencionar que existen investigaciones que han analizado los RPST del personal de enfermería a partir de la aplicación de la Encuesta Argentina sobre los Riesgos Psicosociales en el Trabajo (EnArRPST), pero se han enfocado en un espacio laboral delimitado (Neffa et Al. 2016; Ayala, 2017; Ramírez Fava, 2020). Otros estudios también han hecho uso de algunas dimensiones de la teoría de Riesgos Psicosociales del Trabajo para el análisis específico de la enfermería y su relación con aspectos de género y de precarización laboral (Ortega, 2019b) o bien se han concentrado en problemáticas específicas como el síndrome de desgaste en el trabajo (Díaz Echenique et Al., 2010; Balzano, 2011) y la violencia laboral experimentada por trabajadoras de enfermería en algunas organizaciones de salud (Wlosko, 2013), sin embargo en estas investigaciones no se abordaron de manera sistemática todas las dimensiones incluidas en el cuerpo teórico de los RPST.

Dadas las particularidades que presenta el colectivo de enfermería, que le ha otorgado especial importancia como objeto de estudio en ciencias sociales, en el presente texto nos proponemos puntualizar sobre dicho grupo. Sostenemos que el trabajo de enfermería puede ser abordado a la luz de la teoría de los Riesgos Psicosociales del Trabajo con el objetivo de articular las dimensiones identificadas en las investigaciones diversas y heterogéneas disciplinariamente. No nos proponemos aquí hacer una aplicación empírica de esta teoría a partir de los instrumentos de producción de datos que se desprenden de ella (encuesta sobre RPST, talleres de visualización, entrevistas en profundidad, etc.) sino utilizar cada una de las dimensiones propuestas por la teoría de los RPST para sistematizar el estado del arte de las investigaciones locales sobre el trabajo de enfermería.

A su vez, cabe señalar que la pandemia por el Covid-19 puso a las trabajadoras de enfermería en el centro de la escena. Este grupo representa buena parte del personal que integra los equipos de salud y se caracteriza por realizar tareas de cuidado que implican un gran contacto y tiempo con los pacientes. De esta forma, la prolongación de la emergencia sanitaria, los cambios en las formas de organizar el trabajo, la intensificación de los ritmos, la suspensión de vacaciones y licencias, el incremento de la presión sobre sus labores y responsabilidades y la necesidad de extremar medidas de protección devinieron en un aumento de la carga laboral e impulsieron modificaciones en la vida cotidiana y familiar de una ocupación que históricamente experimentó situaciones de precariedad. La pandemia visibilizó problemas estructurales del sector, especialmente aquellos relativos a la escasez de personal –sobre todo en algunas regiones del país– y

a la necesidad de formar enfermeras profesionales y especializadas en cuidados intensivos.

El capítulo se organizará en dos grandes apartados. En el primer apartado se realizará una presentación general del marco de discusiones sobre la Teoría de RPST y la explicitación de las seis dimensiones o factores propuestos. En el segundo apartado, se organizarán las dimensiones identificadas con las producciones bibliográficas que indagan sobre el trabajo de enfermería, hilando el análisis conceptual con las investigaciones empíricas de este campo de estudios. Argumentamos entonces que la teoría de RPST puede ser una buena propuesta para sistematizar estas dimensiones de una manera articulada.

1. TEORÍA DE RPST Y DIMENSIONES DE ANÁLISIS

El enfoque de los RPST constituye una perspectiva innovadora sobre la salud y los riesgos del trabajo que se propone superar los abordajes tradicionales en materia de condiciones y salud laboral, a partir de una visión ampliada y multidisciplinar. Desde esta perspectiva, no sólo se deben analizar los riesgos para la salud generados por los agentes físicos, químicos y/o biológicos presentes en el medio ambiente laboral sino también las condiciones resultantes de factores históricos, socio-técnicos y organizacionales (Neffa, 1989). En el trabajo, las personas movilizan dimensiones físicas pero también cognitivas, psíquicas, mentales, emocionales, afectivas y relacionales. Estas dimensiones están íntimamente relacionadas y deben funcionar de manera coherente y articulada para preservar la salud. Si durante la actividad laboral alguna de ellas es vulnerada, el daño repercute sobre las otras, generando sufrimiento además de dolor físico (Neffa, 2015; 2019).

Partiendo de una concepción integral del trabajo y su relación con la salud, los RPST pueden ser definidos como aquellos riesgos para la salud generados por los determinantes socioeconómicos y, esencialmente, las condiciones que asume el contenido y la organización del proceso de trabajo susceptibles de interactuar con el funcionamiento psíquico y mental del trabajador/a, con impacto sobre la organización o empresa donde éstos/as se desempeñan (Gollac, 2011; Neffa, 2015). Si la jornada laboral se extiende y/o intensifica más allá de los límites soportables, si se aceleran los ritmos y tiempos de trabajo o se multiplican las tareas, si es necesario movilizar competencias emocionales por encima de las capacidades personales, si no se recibe una retribución acorde al esfuerzo realizado, el trabajo puede ser fuente de padecimiento y, por ende, causar sufrimiento a quienes lo ejecutan (Dejours, 1992; 2013).

En primer lugar, para comprender la naturaleza de los RPST debemos tener en cuenta que las transformaciones macroeconómicas suscitadas a partir de la crisis capitalista de los años setenta trajeron aparejados cambios en la estructura de las empresas y las organizaciones. En este contexto, los trabajadores y las trabajadoras, además de experimentar el desgaste físico provocado por las deficientes condiciones de trabajo comenzaron a advertir otras problemáticas vinculadas al sufrimiento y el desgaste psicoemocional (estrés, *burnout*, fatiga crónica, trastornos del sueño, depresión, adicciones) y a la emergencia

de situaciones de acoso y violencia laboral (Neffa, 2015; 2019). En este sentido, la perspectiva de los RPST permite abordar problemáticas vinculadas a la salud mental y a las relaciones interpersonales desde una mirada global y colectiva, que no individualiza y/o responsabiliza a los trabajadores/as sino que busca conocer e intervenir sobre las fuentes últimas del problema. A su vez, no se concibe al trabajo como una actividad patógena en sí misma, sino que enfoca la mirada en las condiciones bajo las cuales se ejecuta.

En segundo lugar, debemos tener en cuenta que el proceso salud-enfermedad es un proceso biopsicosocial que excede a las dimensiones biológicas y físicas del cuerpo individual, puesto que posee un carácter multidimensional, colectivo y eminentemente histórico, en donde el proceso de trabajo reviste un lugar de análisis preponderante (Laurell, 1978). Poner el acento en la organización y el contenido del proceso de trabajo nos aleja de aquellos enfoques parciales que limitan la salud y los riesgos a una serie de agentes y/o factores externos presentes en el medio ambiente laboral.

Con el objetivo de estudiar los RPST en ámbitos concretos, Michell Gollac (2011) ordena los diversos factores de RPST en seis grandes ejes o dimensiones de análisis:

1. **Intensidad y tiempo de trabajo:** implica analizar la duración y configuración de la jornada laboral, así como el volumen y/o cantidad de tareas prescritas y la complejidad de las mismas. La intensificación de los ritmos y la carga de trabajo, la reducción de los tiempos y momentos de descanso, el aumento de controles y la vigilancia sobre el personal ejemplifican algunas de las estrategias utilizadas para aumentar la productividad laboral. El vínculo entre productividad y rendimiento de la fuerza de trabajo expresa la búsqueda por incrementar la producción y/o la prestación de un servicio sin que varíe la dotación de personas empleadas para hacerlo. Además, en este eje se analizan los riesgos laborales clásicos asociados a los agentes físicos, químicos y biológicos del medio ambiente de trabajo.
2. **Exigencias y control de las emociones:** en este eje se analizan los requerimientos sobre la dimensión emocional del trabajador/a, especialmente aquellos que se orientan a lograr una mayor gestión de las expresiones y habilidades emocionales con el objetivo de mejorar la interacción con los usuarios (estar de buen humor, ser amable y servicial, orientarse hacia el cliente, entre otras). Además, en algunas ocupaciones específicas, las personas no sólo deben adaptar o controlar su propia emocionalidad, sino que también deben manejar las reacciones y sentimientos de los usuarios con los cuales interactúan habitualmente. En el sector servicios las exigencias y el control de las emociones se presentan como condición necesaria en la interacción con los usuarios e incluso constituyen un punto central que permite organizar el proceso laboral. En la actualidad, el empleador suele exigir a los/as trabajadores/as que desplieguen emociones consideradas adecuadas para el cumplimiento de los fines organizacionales.
3. **Grado y tipo de autonomía:** consiste en la posibilidad o imposibilidad que posee el trabajador/a para participar y/o influir en las decisiones que conciernen a la distribución y la forma de ejecución de sus tareas: intervenir en los objetivos y metas que le

son propuestos; participar en las decisiones de la organización; ejercer control sobre los ritmos de trabajo y tiempos de descanso; desplegar sus conocimientos y competencias profesionales para mejorar su trabajo y generar espacios de aprendizaje; intervenir en la evaluación de su actividad; ser informado y/o consultado en caso de que se produzcan cambios en la organización del trabajo, entre otras decisiones que se vinculan con la previsibilidad y la posibilidad de anticipar sus tareas y demandas cotidianas.

4. Relaciones sociales y relaciones de trabajo: los vínculos interpersonales y las relaciones que se establecen en el marco del trabajo pueden crear condiciones para que los/as trabajadores/as se sientan parte de un equipo en el que se reconozcan los esfuerzos realizados, se valoren los conocimientos y experiencias profesionales, sean tratados de manera justa y/o se perciba la realización de un trabajo de utilidad para los demás. Si por el contrario los/as trabajadores/as no se sienten integrados al colectivo de trabajo, no son reconocidos por la organización, perciben situaciones que catalogan como injustas, o son víctima de situaciones de abuso y/o violencia laboral, dichas relaciones pueden transformarse en un factor de sufrimiento. Este eje engloba las relaciones de tipo horizontal, es decir entre compañeros/as y colegas; las relaciones verticales, con jefes directos y superiores jerárquicos, y el vínculo con la organización empleadora en general.
5. Conflictos éticos y de valores: este tipo de conflictos son producto del desfase entre los valores individuales, los del colectivo de trabajo y/o de la organización empleadora. En primer lugar, podemos mencionar las tensiones que surgen cuando la persona considera que no puede realizar un trabajo con calidad porque los medios de producción y/o elementos de trabajo son deficientes o porque no posee el tiempo o la ayuda suficiente. En segundo lugar, pueden registrarse situaciones de sufrimiento cuando existe discrepancia entre aquello que los/as trabajadores/as consideran correcto y/o acertado -según las creencias, valores y principios que conforman su visión del mundo- y las exigencias u objetivos que le son demandados. Este tipo de contradicciones están sujetas a una doble lógica, por un lado aquellos conflictos asociados a cuestiones profesionales y/o técnicas, es decir a discrepancias en torno a la forma de ejecutar correctamente sus tareas y, por otro lado, se vincula con aspectos morales y éticos, atravesados por representaciones y valores (por ejemplo cuando un trabajador/a debe realizar actividades que desaprueba como mentir o esconder información sobre la calidad del producto).
6. Grado de seguridad y estabilidad en el empleo y en la situación de trabajo: este eje se vincula con los procesos de reestructuración productiva y organizacional suscitados en las últimas décadas y su impacto en la dinámica del mercado de trabajo. El aumento del desempleo, la presencia de un gran porcentaje de trabajadores/as no registrados y la proliferación de contratos por tiempo determinado, ejemplifican los cambios en el mundo laboral. Específicamente para analizar este eje podemos mencionar la estabilidad y la certidumbre que el trabajador/a posee sobre la duración

de su empleo; la posibilidad de estar registrado ante las instituciones de seguridad social, con salario y condiciones de trabajo regulados por convenio colectivo; y el efectivo cumplimiento de derechos laborales (aportes jubilatorios, vacaciones, licencias, etc.). Además de los aspectos referidos al empleo, en este eje también pueden analizarse aspectos vinculados a la perspectiva del/la trabajador/a y sus experiencias subjetivas en torno al deseo de continuar en ese empleo y el sentimiento de poder ascender y/o realizar una carrera profesional.

2. LA TEORÍA DE RPST PARA EL ANÁLISIS DEL TRABAJO DE ENFERMERÍA

A continuación sistematizamos el estado del arte sobre el trabajo de enfermería a la luz de las seis dimensiones propuestas por el enfoque de los RPST, que hemos expuesto.

2.1. Intensidad y carga de trabajo

Las investigaciones locales sobre el trabajo de enfermería permiten afirmar que las enfermeras¹ desarrollan sus tareas en un ritmo intenso y condicionado por factores externos.

En la bibliografía local existe consenso en afirmar que el trabajo de enfermería se encuentra caracterizado por las extensas jornadas laborales (que incluyen trabajo nocturno) y el multiempleo. La extensión de la jornada laboral mediante «recargos», realización de horas extras y el trabajo durante fines de semanas y días no laborales no constituyen estrategias esporádicas o coyunturales, sino que caracterizan el trabajo cotidiano. Se ha estudiado que muchas enfermeras recurren al multiempleo para complementar ingresos, duplicando su jornada laboral mediante la realización de doble turno (Ortega, 2019a; Lusnich, 2011). De esta forma, muchas enfermeras trabajan más de doce horas diarias, descansando unas pocas horas e incluso pasando semanas enteras sin tener un franco que les permita reponerse. Esto hace que la intensidad y ritmo de trabajo sean altos, no sólo por la demanda que implican las tareas en sí, sino también por la extensión de la jornada laboral en desmedro del descanso y el ocio.

Pero además de la extensión horaria de la jornada laboral, las enfermeras suelen estar recargadas de pacientes debido a la falta de recursos humanos (ya sea por la escasez de profesionales o por la decisión de los empleadores de reducir su planta estable). En nuestro país se registra un déficit cuantitativo respecto de la relación médico/enfermeras y enfermeras/población total, así como una subclasificación para las tareas realizadas, debido a la gran proporción de enfermeras auxiliares en relación a las enfermeras profesionales. En los últimos años diversos actores se han pronunciado en torno al enorme desgaste físico y emocional derivado de las elevadas exigencias y la extensión de la jornada que en muchos casos impacta en el ausentismo, riesgos psicosociales y/o padecimientos mentales como el estrés o el *burnout* (Neffa y Henry, 2017; OPS, 2012).

1. Dado que se trata de un colectivo de trabajo fuertemente feminizado (Micha, 2015; Pereyra y Micha, 2016; Aspiazu, 2017), nos referiremos a este grupo laboral en femenino (las trabajadoras, las enfermeras), aunque no desconocemos que también está compuesto por varones.

A su vez, las propias características del trabajo hacen que haya un gran condicionamiento externo de los tiempos e intensidad del trabajo. Dada la primacía de las tareas asistenciales frente a otras (de gestión, investigación, docencia hospitalaria, etc.), la organización del tiempo el trabajo de enfermería está fuertemente condicionado y regulado por las necesidades de los pacientes (Malleville & Beliera, 2020). A diferencia de otros grupos laborales implicados en el cuidado de la salud, el trabajo de enfermería se caracteriza por una permanencia temporal prolongada frente a los pacientes, en el que realizan distintas intervenciones relativas al suministro de medicación, tratamientos y tareas de higiene y confort. En divergencia a lo que sucede con otros profesionales, que trabajan con esquemas de guardias y/o visitas de corta duración, las labores de cuidado en enfermería se realizan las 24 horas del día, por lo que las tareas competen a todos los turnos, incluyendo a quienes trabajan durante la noche.

Estas características del proceso de trabajo hacen que esté caracterizado por su *continuidad, contingencia e incertidumbre*, en tanto las necesidades del paciente no pueden encontrar puntos de interrupción ni de espera (Lusnich, 2011) y si bien existen un conjunto de prácticas estandarizadas que deben efectuar en determinados momentos del día (aseo asistido, suministro de medicación, control de signos vitales, etc.), el trabajo en estrecho vínculo con otra persona implica también estar preparado para la imprevisibilidad y la eventualidad.

La teoría de los Riesgos Psicosociales del Trabajo resulta de utilidad para el análisis de esta dimensión, al teorizar sobre las implicancias de la intensidad y ritmo de trabajo en el marco del análisis de otros indicadores.

2.2. Exigencias y control de las emociones

Diversas investigaciones mostraron las grandes exigencias emocionales que implica el trabajo de enfermería en relación al vínculo cotidiano y permanente con los pacientes (Balzano, 2012; Malleville & Beliera, 2020; Mallimaci Barral, 2016; Salerno, 2020). La centralidad del cuidado del 'otro' en la concepción de la enfermería hace que sus tareas impliquen siempre una relación intersubjetiva. La enfermería supone entonces prácticas de cuidado que se vinculan con lo que la literatura internacional ha denominado *care*, comprendiendo por ello actividades cuya naturaleza son esencialmente relacionales e interdependientes, donde la dimensión emocional cobra un rol central (Mallimaci Barral, 2016; Wlosko y Ros, 2018), sin negar otros conocimientos del orden científico-técnico que también se movilizan en la práctica de cuidado de la salud de los pacientes.

En las investigaciones empíricas se registra que las enfermeras hablan de los pacientes como una forma de ilustrar la complejidad de las labores que desarrollan, señalando distintas prácticas laborales que implican una exigencia emocional: el cuidado de los aspectos subjetivos y afectivos de los enfermos que atienden, la atención a los aspectos relacionales de la vida de los pacientes, y el resguardo de su privacidad.

En primer lugar, las enfermeras afirman que los pacientes que «les llegan», en el sentido de que las conmueven y también suelen enfrentarse a situaciones difíciles emocionalmente (Malleville & Beliera, 2020). Los pacientes no son el objeto de sus intervenciones laborales como un mero cuerpo biológico, sino que atienden las dimensiones

subjetivas (sus esperanzas, sus decisiones, sus miedos). Allí se articulan saberes técnicos como conocimientos prácticos, afectivos y emocionales: saber escuchar, dar ánimos en momentos difíciles, conversar con los allegados, dar consejos para afrontar algún obstáculo familiar, etc. Esto no implica una labor despersonalizada o estandarizada, sino un vínculo con los sentimientos y vivencias de los sujetos que cuidan. Aunque estos aspectos no son fácilmente observables y/o cuantificables, constituyen un punto central de su trabajo, en el que las enfermeras tienen que establecer un equilibrio entre la estandarización y el reconocimiento de la particularidad de cada uno de los pacientes (Malleville & Beliera, 2020).

En su investigación sobre personal de enfermería en una clínica neuropsiquiátrica, Balzano (2012) reconstruye qué implica para las enfermeras estudiadas «el arte de cuidar», encontrando que a las tareas técnicas se suman los aspectos psicosociales y afectivos. Las enfermeras referencian diversas prácticas en este sentido: el resguardo de la dignidad del paciente, el cuidado de la privacidad del cuerpo, el disimulo de las «las cosas fuera de lugar». A su vez, la autora resalta que el hecho de estar en escena durante todo el día implica que las enfermeras están para integrar los diferentes aspectos dentro del hospital, lo que hace que un gran conjunto de tareas indiferenciadas y no establecidas formalmente sean asumidas como parte de la labor cotidiana y se acepten como una forma de cuidado integral del paciente (Balzano, 2012). Es imposible que las enfermeras cuiden de sus pacientes y los ayuden sin cierto grado de compromiso personal, cuestión que ellas mismas manifiestan en sus propios términos: el trabajo de enfermería implica para ellas tener «empatía» y «meterse en la piel del otro» (Balzano, 2012).

En este compromiso personal, fundado en el afecto, hace que las enfermeras no sólo trabajen sobre las emociones de los pacientes sino también sobre las propias. El trabajo de cuidado implica, por parte de quien lo provee, una intensa y constante labor realizada no solo hacia y para el otro sino también orientado a sus propios afectos ya que se deben gestionar las emociones personales para así poder brindar un servicio que supone lograr el bienestar ajeno, muchas veces en detrimento del propio (Borgeaud-Garciandía, 2016). Estudios que adoptan la perspectiva de la psicodinámica del trabajo (Wlosko & Ros, 2018) señalan que la permanente confrontación con la enfermedad y el dolor ajeno constituyen una fuente de sufrimiento específico que para ser sobrellevarlo supone que las enfermeras, en el transcurso de su socialización profesional, desarrollen una suerte de disposición psicológica denominada *identificación compasiva* que deviene en la construcción de mecanismos defensivos para no sobre implicarse emocionalmente y dañar su salud. A su vez, también advierten sobre la importancia que reviste el colectivo de trabajo, en tanto ámbito grupal y de contención que permite lidiar con el sufrimiento y la angustia de trabajar con la vulnerabilidad de «otro».

En segundo lugar, el involucramiento afectivo no se da sólo con los pacientes internados, sino también con sus acompañantes y familiares. En las investigaciones empíricas, se muestra que el trabajo cotidiano implica el reconocimiento de las redes sociales en las que están inmersos los pacientes: se involucra a las familias en las tareas de cuidado, se conversa sobre las dificultades que tienen sus hijos/as, se establece un vínculo con sus parejas, se favorece la permanencia de estos en la sala de internación (Malleville & Beliera, 2020), se presta el teléfono de la institución a «escondidas» para que las personas

internadas puedan comunicarse con sus familiares (Wlosko & Ros, 2018), entre otras acciones.

En tercer lugar, el trabajo de enfermería implica un contacto con el mundo privado de los pacientes y su resguardo (los limpian e higienizan, los asisten en situaciones que pueden ser avergonzantes, etc.). Tal como señaló Balzano (2012), las sustancias corporales, al traspasar los límites del propio cuerpo, disturban el orden; y gran parte del trabajo de las enfermeras consiste en saber disimular «las cosas fuera de lugar», en reorientar lo público hacia lo privado. En nuestras investigaciones hemos argumentado que las labores de enfermería se sitúan en una tensión: si por un lado encuentran un lugar legítimo de intervención a partir de visibilizar los aspectos no-biológicos que están implicados en las tareas de cuidado de los pacientes –resaltando los aspectos psicológicos, afectivos y emocionales que están implicados en sus trabajos–; por otro lado, deben aprender a ocultar aspectos privados de los pacientes que se vinculan profundamente con sus trabajos (Malleville & Beliera, 2020).

Algunas investigaciones locales han mostrado que estos aspectos del trabajo de enfermería permiten entender la invisibilidad de su labor (Balzano, 2012; Salerno, 2020). Las tareas de cuidado son usualmente desvalorizadas porque no se reconoce la relación fundamental entre las funciones reproductivas del cuidado y la posibilidad de una vida autónoma –cuestión que ha sido señalada por las teorías del *care*– (Salerno, 2020). Sin embargo, en nuestras investigaciones hemos registrado que no siempre la invisibilidad va en desmedro de la satisfacción y el reconocimiento laboral en el trabajo de enfermería (Malleville & Beliera, 2020). El vínculo y gestión de los sentimientos de los pacientes puede transformarse en una fuente de reconocimiento laboral. En ocasiones las enfermeras encuentran un lugar para sí a partir de reconocer a los pacientes no sólo en los aspectos biológicos vinculados a su estado de salud-enfermedad, sino también dando lugar a los aspectos subjetivos y afectivos que están implicados (Malleville & Beliera, 2020).

Si es que estos aspectos constituyen un riesgo laboral –en la medida que implican sufrimiento y/o padecimiento– o bien son una fuente de placer y/o identificación es una cuestión que tiene que ser analizada empíricamente, a partir del análisis situado de cada colectivo de trabajo enfermero. En este sentido, la teoría de los Riesgos Psicosociales del Trabajo da herramientas para analizar cómo en cada espacio de trabajo la emocionalidad –ajena y propia– y el control sobre la misma es fuente de padecimiento o, por el contrario, de satisfacción y reconocimiento laboral.

2.3. Grado y tipo de autonomía.

Los márgenes de autonomía del trabajo de cuidado enfermero han variado históricamente, por lo que debe tenerse en cuenta el surgimiento de la enfermería y su devenir a escala local. Se trata de un oficio que surgió como una práctica de personal formado empíricamente en los hospitales para dar asistencia a los médicos en la atención de pacientes. Muchas de las primeras enfermeras eran mucamas que realizaban tareas de limpieza en los hospitales y fueron capacitadas en los propios servicios (por eso se las llama «idóneas» o «empíricas»). La enfermería surgió pues como una práctica subordinada a la medicina –primero como un oficio empírico y luego profesionalizado–.

El proceso de profesionalización de la enfermería no fue lineal ni armónico, e implicó luchas por el reconocimiento del estatus profesional (Faccia, 2015) que generó resistencias de otros grupos de trabajadores, fundamentalmente de los médicos (Ramacciotti & Valobra, 2015; Wainerman & Binstock, 1992). Este proceso fue registrado por diversas investigaciones históricas (Faccia, 2015; Martin, 2015; Ramacciotti, 2020; Ramacciotti & Valobra, 2017; Wainerman & Geldstein, 1991) y también en investigaciones antropológicas y sociológicas de análisis de espacios laborales particulares (Balzano, 2012; Ortega, 2019b; Mallimaci Barral, 2016).

Retomando la investigación realizada por Balzano (2012:10) hallamos que registra cómo el personal de enfermería de la clínica psiquiátrica donde ella desarrolla su trabajo de campo tenía un «claro rol de colaboración/subordinación a la autoridad médica y a la organización hospitalaria, siguiendo la vieja tradición de Florence Nightingale de ser la mano derecha al servicio de la estructura médica». Esta subordinación de la enfermería a la medicina no muestra únicamente una división técnica entre las labores hospitalarias, sino que está cargada de sentidos socialmente construidos sobre estas profesiones.

Un aspecto importante está vinculado a la dimensión de género. En los orígenes «se visibilizaba una relación de poder asimétrica entre varones y mujeres: la medicina estaba reservada exclusivamente al género masculino, quienes ganaban más y tomaban las decisiones unilateralmente sobre el tratamiento de los pacientes» (Ortega, 2019b, pp. 57) mientras que las enfermeras eran mayoritariamente mujeres, tenían una menor remuneración económica y se restringieron a llevar a cabo las prescripciones médicas. La segmentación horizontal y las brechas salariales son un modo en que se expresa la desigualdad estructural de género en el ámbito laboral.

Otro aspecto importante está vinculado a la estratificación social asociado a estas profesiones. La enfermería no sólo se construyó como una profesión feminizada, sino también como un trabajo destinado a mujeres provenientes de sectores populares, para quienes implicó la posibilidad de una trayectoria laboral ascendente. La investigación desarrollada por Mallimaci Barral (2016) sobre mujeres migrantes muestra que las tareas desvalorizadas en un contexto médico hegemónico se convierten en la posibilidad de un empleo formal y valorado en los contextos sociales de sociabilidad de estas mujeres.

Diversas investigaciones resaltaron que el proceso de profesionalización de la enfermería implicó tanto una reorganización técnica de sus tareas como una demanda de reconocimiento simbólico de su estatus profesional. Rodríguez y Soprano (2018) afirman que el análisis de la enfermería permite analizar el proceso de delimitación de un perfil profesional emergente desde una ocupación subalterna del subsistema de salud pública argentino contemporáneo, dando cuenta de sus luchas por el reconocimiento a partir de la institucionalización de saberes y prácticas atribuidas históricamente a otras profesiones. En Argentina, a partir de las décadas del 40 y el 50 se promovieron procesos de formación a cargo del Estado para el personal auxiliar de enfermería (Ramacciotti & Valobra, 2015). Pero la pretendida profesionalización se combinó con bajas remuneraciones, sobreocupación horaria, informalidad y precarización (Ramacciotti & Valobra, 2010). El ingreso al sistema universitario, acontecido en los 60, constituyó un salto cualitativo en la formación de enfermería, puesto que se crearon tres niveles de ejercicio (auxiliar, técnico, profesional). A partir de la década del noventa se impulsó un

plan nacional de profesionalización en la búsqueda por reconvertir al personal «empírico» y también auxiliar en profesional, y en 1991 se sancionó la Ley Nacional N° 24.004 de Ejercicio de la Enfermería donde se reconoció a la profesión como autónoma y se definieron dos niveles: el auxiliar y el profesional. De esta forma se prohibió el ejercicio a quienes no estuvieran comprendidas en dichas categorías.

Sin embargo, a pesar del proceso de profesionalización, las investigaciones registran que en los espacios laborales se sigue asociando la enfermería a una disciplina auxiliar orientada a la asistencia y colaboración con el quehacer del médico (Ortega, 2019b). Las enfermeras combaten estos sentidos, y han establecido distintas estrategias para profundizar su autonomía profesional. Dentro de las estrategias desplegadas en este sentido, debe mencionarse la importancia de la colegiatura y la sindicalización (Beliera, 2018, 2019a, 2019b, 2020).

Tal como hemos mostrado en otros textos (Beliera, 2018), vemos que en este proceso de profesionalización, la enfermería osciló entre *la autonomía y la heteronomía* respecto de otros grupos profesionales. Las características de la profesión médica operaron como un ‘canon de comportamiento’ en la atención de la salud que fue tomada como referencia. A partir del análisis empírico, hemos argumentado que las enfermeras tomaban como modelo la medicina y apelaban a atributos históricamente asignados a esta profesión (como la idea de vocación, la evaluación racional de los pacientes en momentos de urgencia y la construcción de un conocimiento científico sobre la salud y enfermedad), pero simultáneamente se diferenciaban de las profesiones hospitalarias hegemónicas apelando a sentidos tradicionalmente asociados a esta labor, como la empatía con los enfermos, el cuidado prolongado, el afecto (Beliera, 2018). Si bien el llamado *modelo médico hegemónico* impone restricciones a las enfermeras, ellas hacen uso de diversos márgenes de autonomía en los procesos de construcción de su perfil profesional (Beliera, 2018). Al apelar a los atributos históricamente asignados a las profesiones consolidadas, la enfermería se presenta como una *profesión heterónoma*; pero simultáneamente al buscar diferenciarse, muestra sus márgenes de *autonomía* en los procesos de elaboración de criterios de evaluación profesional (Beliera, 2018).

Pero además del vínculo con los otros grupos profesionales (como los/as médicos/as), para evaluar el grado de dependencia o subordinación de la enfermería es necesario considerar a otros dos actores que forman parte de la trama laboral: los pacientes y los empleadores. Los mismos plantean distintos grados de *dependencia o subordinación*: frente a su empleador (que puede tratarse del sector público o privado, con condiciones laborales heterogéneas) y frente a las exigencias de los pacientes (o sus familiares). Esta doble, y hasta triple, dependencia se registra principalmente en el subsector privado de salud, en donde muchas veces a las exigencias de los empleadores se suman las exigencias de los pacientes y sus familias en relación a las prestaciones por las que pagan. Se ha registrado que en este subsector los pacientes y familiares en ocasiones se posicionan como *clientes*, y exigen determinadas condiciones para el *servicio* que contratan (Neffa & Henry, 2017; Malleville & Beliera, 2020), dichas exigencias pueden derivar en situaciones tensión o violencia sobre las trabajadoras.

En suma, podemos afirmar que la enfermería se encuentra caracterizada por una triple dependencia o subordinación (frente al empleador, a los pacientes, a otros grupos

profesionales). Los márgenes de autonomía o heteronomía que caractericen las labores concretas de cada grupo de enfermeras, debe ser evaluado por las investigaciones empíricamente, dado que dependen de las tensiones, conflictos y conquistas que se hayan establecido local y situacionalmente.

En el análisis de estos aspectos del trabajo de enfermería, la teoría de Riesgos Psicosociales del Trabajo permite analizar el binomio *autonomía/heteronomía* en el marco del análisis de otras características que permean el trabajo de enfermería (como las vinculadas a las condiciones laborales, la existencia de conflictos de valores, las relaciones sociales y de trabajo, las exigencias emocionales y la inseguridad en el empleo). En este sentido, aspectos históricos y estructurales de la conformación de la enfermería como grupo específico también operan en la dinámica de trabajo cotidiana, en la posibilidad e imposibilidad de tomar decisiones y elevar el margen de maniobra respecto a otras profesiones que poseen una posición jerárquica al interior de las instituciones de salud.

2.4. Las relaciones sociales y relaciones de trabajo

Tal como afirma Hughes (1996), se debe investigar tanto el trabajo de las enfermeras en sí mismo como la relación que establecen con otros grupos que se desempeñan en el hospital. La especialización creciente de las labores hospitalarias produce una reorganización de la división del trabajo y una nueva delimitación de las competencias entre diversos grupos de trabajadores. Estos procesos no hablan únicamente de la organización técnica del trabajo sino también en los roles sociales y relaciones que acompañan la dinámica laboral.

Hemos visto que la enfermería surgió como un oficio empírico subordinado a la medicina, y que su profesionalización implicó tensiones con otros grupos dentro de las instituciones de atención de la salud. Sin embargo, este no es el único elemento que permite comprender la subordinación de la enfermería en los espacios laborales. Quisiéramos señalar aquí otros dos aspectos relativos a las relaciones sociales y relaciones de trabajo: los aspectos de género vinculados a que se trata de una profesión feminizada y algunas características propias de las tareas de cuidado que hacen que el trabajo de enfermería usualmente aparezca invisibilizado.

La enfermería es una profesión fuertemente feminizada y, dadas las construcciones sociales sobre los roles de género, es usual que se naturalicen las labores de cuidado como una «extensión» de cualidades supuestamente femeninas. Esto tiene por consecuencia la invisibilización de la formación, capacitación requerida para ejercer esas tareas y suele traducirse en un escaso reconocimiento social por los esfuerzos realizados.

Desde una perspectiva histórica, Wainerman y Binstock (1992) reconstruyeron el proceso de nacimiento de la enfermería y su constitución como una ocupación esencialmente femenina. Las autoras nos recuerdan que hasta 1880 los varones conformaban más de la mitad del personal de la época y se feminizó a partir de 1921 debido a las acciones conjuntas de las escuelas de formación y el Estado, pues se estableció la restricción del ingreso de varones en esta carrera. Este cambio de dirección se sostenía en una valoración positiva de las cualidades supuestamente femeninas para el cuidado de los enfermos (Wainerman y Binstock, 1992). Ramacciotti y Valobra (2010) afirman que la feminización de la enfermería en Argentina conllevó a una paradoja en el proce-

so de profesionalización: mientras se reclamaban más mujeres para la enfermería y se desplazaba a los varones, aquellas no recibían el reconocimiento profesional ni salarial adecuado, lo que dificultó la profesionalización de esta ocupación. El aparente carácter vocacional y los roles asignados a los estereotipos de género hizo que el trabajo de las enfermeras sea escasamente reconocido, débilmente retribuido en términos económicos y realizado en condiciones sumamente precarias (Aspiazu, 2017).

Estos aspectos también tuvieron impacto en términos identitarios, y persisten en las presentaciones que las enfermeras hacen de sí mismas y de sus trabajos. Balzano (2012:13) registró que las enfermeras de la clínica neuropsiquiátrica donde realizaba trabajo de campo mantenían «un cuidadoso balance entre el desarrollo de los aspectos estrictamente técnicos y el ethos maternal en la construcción de su identidad». Las enfermeras se definen como «grandes madres» y «humanitarias», inscribiendo sus labores en el modelo de la familia y el afecto (Mallimaci Barral, 2016). También en nuestras investigaciones hemos podido registrar la persistencia de este tipo de identificaciones. Durante el trabajo de campo, llamó nuestra atención que las dirigentes del Sindicato de Enfermería de Neuquén «se construyeran a sí mismas como *sindicalistas mujeres*, y que establecieran diversas analogías entre sus prácticas gremiales y la vida doméstica o familiar», como por ejemplo, afirmar que cuidaban la economía del sindicato como lo harían con sus economías domésticas (Beliera, 2019:195). Como afirma Pozzio (2010), es importante analizar los procesos de construcción cultural que asignan los procesos de cuidado a las mujeres estableciendo analogías con las tareas domésticas.

Otros elementos que cooperaron en la falta de reconocimiento de las labores de enfermería se vinculan con las características de las propias prácticas de cuidado. En estos casos, se trabaja con situaciones que socialmente son consideradas tabú y que hay que aprender a disimular: la limpieza de secreciones y de las partes genitales del cuerpo, la asistencia para ir al baño, el retiro de deyecciones, entre otras. Tal como ha sido señalado por Molinier (2012) y Borgeaud-Garciandía (2009), la invisibilidad aparece como la condición para que su actividad se realice exitosamente, exige el desempeño de habilidades discretas que deben permanecer ocultas y que sólo se hacen visibles cuando fallan. Si bien en los hospitales muchas labores se vinculan con la suciedad de los pacientes (también las labores de los médicos, bioquímicos, camilleros, mucamos, etc.), la enfermería no necesariamente goza del mismo prestigio que aquellas. Esto se debe a los aspectos relacionales y políticos vinculados a las labores y el prestigio asociado a las tareas.

Algunas investigaciones registraron diversos procesos colectivos por medio de los cuales las enfermeras buscaban revertir la subordinación laboral y lograr el reconocimiento de su status profesional. Estos aspectos ponen de manifiesto las relaciones sociales que las enfermeras establecen en su trabajo cotidiano.

Lusnich (2011) mostró que los procesos de enseñanza-aprendizaje en el espacio laboral, la transmisión del *saber-hacer*, ponen de manifiesto el carácter colectivo del trabajo y las relaciones sociales de lo cotidiano. En los espacios de trabajo se tejen diversos procesos de aprendizaje informales, mediante los cuales las enfermeras más antiguas enseñan de manera situada formas de ser y de hacer a los recién llegados. En tanto que proceso colectivo, habla del papel que juegan las redes sociales del trabajo en la elaboración de estrategias, códigos, lenguajes, destrezas, habilidades, formas de acción, etc.

(Lusnich, 2011). Se trata de verdaderos procesos de socialización ocupacional, a partir de los cuales las enfermeras construyen y legitiman sus prácticas laborales y su lugar como trabajadores en la red que integran con otros. «Ser enfermero» remite tanto a sus saberes profesionales como a su pertenencia a un grupo (hacerse enfermero en tanto que miembro «de») (Lusnich, 2011).

A través de nuestra investigación empírica (Beliera, 2018, 2019a, 2019b, 2020), hemos mostrado que las enfermeras no sólo se construyen a sí mismas como un grupo laboral legítimo sino también como un colectivo político a partir de la creación de organizaciones colectivas. La falta de reconocimiento aparece así compensada por la organización colectiva (sindical o colegiada). El sindicato aparecía en este caso como un espacio donde «revalorizar la profesión» por medio de prácticas que pusieran en cuestión el lugar tradicional de la enfermería asociado a un trabajo de «idóneos» (Beliera, 2019b). Las acciones sindicales formaban parte de una lucha más amplia por la re-configuración de las posiciones de las enfermeras en la ordenación jerárquica de las relaciones laborales hospitalarias. Vemos entonces que *lo sindical*, que suele analizarse en relación al conflicto entre empleadores y empleados, aparecía aquí como un momento de construcción del propio grupo. Allí se articulaban diversas experiencias para construir nuevas narrativas de lo que implicaba «ser enfermero» (Beliera, 2019b).

Sin embargo, debe decirse que, a pesar de que los procesos de sindicalización o colegiatura buscan revertir la falta de reconocimiento, lo cierto es que se trata de experiencias parciales y fragmentarias. En Argentina se registran diversas organizaciones sindicales que actúan en distintas jurisdicciones y subsistemas de salud. En el ámbito privado, las enfermeras están representadas a nivel nacional (junto con el personal administrativo, técnico y de maestranza) por la Federación de Asociaciones de Trabajadores de la Sanidad (FATSA) conformada por las numerosas Asociaciones de Trabajadores de la Sanidad (ATSA) divididas por distritos. Si bien los convenios colectivos de trabajo se firman separadamente según el grupo de instituciones en cuestión, en todos interviene FATSA como representante sindical a nivel nacional. En el ámbito público, las enfermeras pueden estar representadas por grandes sindicatos estatales a nivel nacional como Asociación Trabajadores del Estado (ATE) o Unión del Personal Civil de la Nación (UPCN), sindicatos más pequeños que nuclean trabajadores/as municipales o provinciales e incluso asociaciones de profesionales también a nivel local, compartidas o no con otros trabajadores/as de la salud pública. La representación puede variar según el ámbito de trabajo y el nivel de calificación.

En este sentido, el análisis de este factor de riesgo psicosocial, especialmente anclado en los debates sobre el reconocimiento, resulta de suma importancia en un colectivo que ha luchado históricamente por la valorización social de su profesión.

2.5. Conflictos éticos y de valores

El análisis de los conflictos éticos y de valores se encuentra menos presente en los estudios sobre enfermería realizados en nuestro país. Sin embargo, puede mencionarse la investigación de Lusnich (2011), en la que a partir del análisis de los sentidos que las enfermeras le asignan a su trabajo, retoma la categoría nativa de «desgaste» para referirse a los propios procesos de salud-enfermedad tanto en su dimensión física como

psicológica. Con esta palabra, las enfermeras mostraban distintos desajustes entre sus expectativas y las exigencias que implicaba el trabajo, incluyendo el sentimiento de frustración, estrés, desmotivación, impotencia, desesperanza, etc. En su investigación pudo registrar que las enfermeras manifestaban que tenían que «aguantar sea cual sea el costo», haciendo explícito el sufrimiento y el padecimiento subjetivo.

También podemos mencionar los hallazgos de la investigación realizada en un Hospital Pediátrico de la ciudad de Corrientes (Ayala, 2017) en donde el personal de enfermería, expresa que, cotidianamente, debe hacer frente a problemas en el mantenimiento y el cuidado de la infraestructura del hospital sumado a la escasez de insumos, medicamentos y equipos médicos acordes para poder brindarle a los pacientes una atención que ellos consideran «eficiente y de calidad».

Por otra parte, investigaciones empíricas que adoptan la perspectiva de la psicodinámica del trabajo (Dejours, 1998), han señalado que la brecha entre trabajo prescripto y trabajo real es una de las características del trabajo enfermero en las instituciones de salud. Esta situación hace que los sujetos, a fin de lograr realizar su trabajo, se vean llevados a transgredir normas y procedimientos prescritos por la organización y/o por las jefaturas (Wlosko & Ros, 2018). En los espacios en salud es frecuente que se pongan en práctica modalidades de gestión que colocan a los sujetos «entre la espada y la pared», es decir en situaciones donde las enfermeras deben tomar decisiones que muchas veces las obligan a incumplir normas legales, acelerar los tiempos que requiere un procedimiento «bien realizado» o bien, transgredir órdenes, ritmos y procedimientos prescritos con el fin de sobrellevar problemas vinculados a la organización del trabajo y así poder brindar un mejor cuidado a los pacientes. El sufrimiento que genera la brecha entre el trabajo prescripto y el trabajo real muchas veces es tramitado a través de *estrategias defensivas* tanto individuales como colectivas, no obstante en otras oportunidades dichas falencias derivan en situaciones de conflictividad y violencia laboral. Wlosko y Ros (2018) utilizan la noción de *sufrimiento ético* para referirse al sentimiento que emerge entre las enfermeras cuando se enfrentan ante situaciones de trabajo en las que deben colaborar con conductas que se reprueban moral o éticamente. Por ejemplo, la sobrecarga de pacientes y la falta de personal hacen que en muchas ocasiones las enfermeras sientan que no pueden cuidar a los pacientes de una forma «correcta», es decir de una manera que concuerde con lo aprendido en su formación y con los valores que le asignan a su profesión. En este sentido, las directivas respecto al modo de cuidar a los pacientes que imparten superiores y/o compañeras se encuentran a contramano de las enseñanzas relativas al cuidado humanizado que sostienen las enfermeras entrevistadas (Wlosko & Ros, 2018).

La teoría de los RPST resulta de suma utilidad para analizar aspectos del trabajo que, en un primer momento, podrían situarse en un plano individual y difícil de abordar desde las ciencias sociales. Adentrarnos en los conflictos éticos o de valores que puede experimentar el sujeto ante la falta o la falencia de elementos de trabajo y/o de condiciones apropiadas para realizarlo sumado a las tensiones que pueden registrarse cuando existe discrepancia entre aquello que consideran correcto y/o acertado –según las creencias, valores y principios que conforman su visión del mundo– y las acciones que le son demandadas constituye un aspecto relevante para analizar un trabajo que se organiza esencialmente en torno al cuidado de un «otro».

2.6. Inseguridad en el empleo y en la situación de trabajo

Diversas investigaciones señalaron que el trabajo de enfermería se caracteriza por el pluriempleo, la precariedad laboral, los desbalances regionales en la condición de ocupación y salarial, y el desprestigio simbólico de la profesión (Aspiazu, 2017; Lusnich, 2011; Micha, 2015; Ortega, 2019; Pereyra & Micha, 2016).

Dadas las características del sistema de salud en nuestro país, las condiciones de contratación de los trabajadores son altamente heterogéneas geográficamente y en relación al subsistema de salud del que se trate. Como se sabe, el sistema de salud argentino se caracteriza por una desarticulación y segmentación en términos político-institucionales, territoriales y financieros. El sector de salud está conformado por tres subsectores que atienden a diferentes poblaciones, prestan diversos servicios y difieren en el origen de sus recursos: el subsector público, el de obras sociales y el sector privado (Acuña & Chudnovsky, 2002; Belló & Becerril-Montekio, 2011; OPS, 2012). Los mismos se encuentran escasamente articulados entre sí y hacia el interior de cada uno de ellos. El subsector público tiene una organización administrativa y financiera territorial dependiente de los estados nacionales, provinciales o municipales; y tiene pretensión de atención universal. El subsector de seguridad social obligatorio está estrechamente vinculado con el mercado laboral formal, pues se encuentra conformado por las obras sociales nacionales (que cubren a los asalariados registrados y que están administradas mayormente por organizaciones sindicales), las obras sociales provinciales que protegen a los empleados públicos de su jurisdicción y, en el caso de los pasivos, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI). El subsector privado incluye a los establecimientos con y sin internación, diversos entre sí en términos de tamaño y objetivos, intensivos en recursos humanos, a los que accede la población con capacidad de pago o que tiene obra social o seguros privados. También encontramos a las aseguradoras o empresas de medicina prepaga y a los profesionales que prestan servicios independientes a particulares. La desarticulación del sistema de salud hace que las condiciones de empleo en el sector dependan en gran parte del segmento del que estemos hablando, pero son usuales los problemas de flexibilización y contratación precarias, intensidad laboral, tercerización de servicios, bajas remuneraciones, multiempleo, turnos rotativos, entre otras.

En lo que concierne al trabajo de enfermería, se registran condiciones laborales deficitarias y muy heterogéneas (Aspiazu, 2017; Esquivel & Pereyra, 2017; Micha, 2015; Pereyra & Micha, 2016). Las normativas que regulan las tareas difieren según jurisdicción y escalafón en el cual se incluye a los trabajadores/as de enfermería, y las remuneraciones varían según el subsector de referencia. En el caso del subsector público, hay fuertes diferencias por jurisdicción; en el caso del sector privado, si bien poseen condiciones salariales similares por la estructura gremial que los representa, pueden existir diferencias respecto a la institución empleadora con la cual se negocian remuneraciones «extra» paritarias. Además, podemos encontrar establecimientos que se retrasan en los pagos, especialmente en el caso de instituciones pequeñas, e instituciones que no garantizan la continuidad contractual de sus empleadas. En su trabajo de campo, Balzano (2012) mostró que las enfermeras manifiestan tener temor de perder la fuente de trabajo frente a cambios institucionales.

Distintas investigaciones señalaron que las bajas remuneraciones en el sector de enfermería están vinculadas a la feminización de este colectivo laboral (Ramacciotti & Valobra, 2010; Ortega, 2019a). La feminización es un elemento fundamental para comprender la desvalorización social y económica de la enfermería, pues sus labores suelen naturalizarse como supuestas habilidades vinculadas al género y se menosprecia su capacitación y sus derechos laborales (Ortega, 2019a). Los imaginarios en torno al trabajo de las mujeres como complementario al presupuesto familiar sostenido por los varones también reforzaron el mantenimiento de salarios inferiores (Ramacciotti y Valobra, 2015).

La incertidumbre que acompaña las labores no remite únicamente a la falta de garantías sobre la continuidad contractual, sino también a la ausencia de una rutina prefijada de tareas programadas. Suelen darse desajustes en las tareas cotidianas que ponen en cuestión las normas consensuadas, los lugares de cada actor, las definiciones que pueden hacerse de una situación en base a la experiencia cotidiana (Lusnich, 2011).

Respecto de la imprevisibilidad de las tareas, debemos mencionar el quiebre en lo cotidiano que implicó la actual pandemia de COVID-19. Esta situación de gran excepcionalidad puso a las enfermeras en el centro de la escena debido a la cantidad de tiempo que pasan frente a los pacientes, cuestión que las coloca en una posición de mucha vulnerabilidad. La pandemia impuso modificaciones de la vida cotidiana y familiar particularmente de quienes trabajan en el sistema de salud, que tuvieron que extremar tanto las medidas de protección (Malleville y Busso, 2020). El lugar de centralidad que tuvieron las enfermeras en la atención sanitaria en este contexto no llevó necesariamente a una revalorización de sus laborales ni a un mejoramiento de sus condiciones laborales. Por el contrario, en muchas situaciones se tendió a naturalizar y a reproducir las desigualdades sociales a las que estas trabajadoras se vieron y se ven sometidas desde hace años (Salerno, 2020). Las metáforas bélicas que predominaron durante la pandemia de COVID-19, los valores del coraje y el sacrificio fueron centrales en la presentación de las enfermeras como personal de salud heroicas y abocadas a la moral del sacrificio (Salerno, 2020). Los sentidos construidos públicamente apelando al heroísmo no permitieron profundizar en las condiciones de precariedad, tanto de empleo como de trabajo, en las cuales se desempeñan históricamente las enfermeras y cómo dichas condiciones se profundizaron con la emergencia sanitaria producto de la pandemia (Malleville y Busso, 2020).

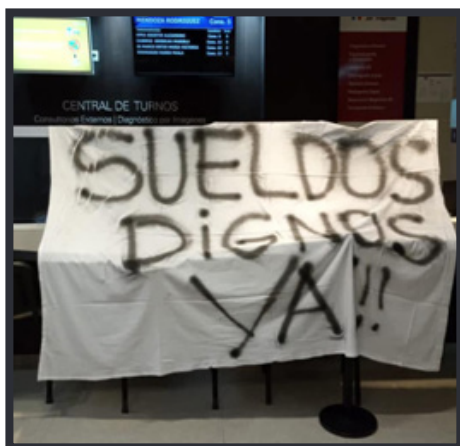
Frente a este contexto de intensificación del ritmo y las exigencias del trabajo, algunas investigaciones incipientes han mostrado factores protectores frente a los riesgos psicosociales del trabajo de enfermería, que podrían ser estudiados en el contexto propio de la pandemia. Ramírez Fava (2020) identificó que la existencia de un buen clima de trabajo, la jerarquización del trabajo y el acceso al sistema de formación formal tenía impacto positivo en el desarrollo cotidiano de las labores de las enfermeras de urgencias del Hospital Vidal de Corrientes. La existencia de vínculos profesionales positivos entre los trabajadores de la salud favorecía el desarrollo para un óptimo desempeño del proceso de trabajo en enfermería. Sentirse parte de un equipo (no solo entre pares sino también con quienes ocupan cargos jerárquicos) resultaba esencial para el cuidado de la salud de la población que asistían.

Seguramente los/as investigadores/as de ciencias sociales tendremos mucho para indagar y analizar respecto a los RPST y factores protectores tomando la pandemia como

experiencia de análisis, al tratarse de un momento crítico que puede ser tomado como caso típico ideal de un contexto de gran exigencia laboral y cambios en las formas de organizar los procesos laborales.



Fuente: Diario El Litoral, Santa Fe, septiembre de 2020².



Fuente: Facebook personal de la delega gremial ATSA-La Plata, abril 2021

2. https://www.ellitoral.com/index.php/id_um/259649-pandemia-el-sector-de-la-enfermeria-padece-un-gran-cansancio-emocional-fisico-y-mental-reclamo-por-sus-condiciones-de-trabajo-area-metropolitana.html



Fuente: Facebook ATSA, La Plata, abril 2021.



Fuente: Facebook Espacio Sindical de Base Mar del Plata, Boletín N°7, abril 2021

REFLEXIONES FINALES

En este capítulo hemos sistematizado el estado del arte de las investigaciones realizadas sobre el trabajo de enfermería en nuestro país, estableciendo diálogos y organizándolas a partir de las dimensiones propuestas por la teoría de los Riesgos Psicosociales del Trabajo (intensidad y tiempo de trabajo; exigencias emocionales; grado y tipo de autonomía; relaciones sociales y de trabajo; conflictos éticos y/o de valores; grado de seguridad y estabilidad en el empleo y en la situación de trabajo). Argumentamos respecto de la utilidad de esta teoría para la articulación de distintas dimensiones identificadas por investigaciones heterogéneas en términos disciplinares (provenientes principalmente de la historia, la sociología y la antropología).

El interés de la propuesta teórico-metodológica de los RPST radica en la posibilidad de organizar un amplio espectro de bibliografía que involucra diversas experiencias y problemáticas a partir del análisis específico de cada uno de los factores de riesgos psicosociales y de las relaciones que se originan entre ellos. Esta teoría permite analizar de manera simultánea el contexto socioeconómico, la especificidad del sector bajo análisis y las vivencias de los trabajadores y las trabajadoras.

De esta forma, sostenemos que la teoría de los RPST posee gran relevancia para comprender la especificidad y las implicancias que revisten las labores de enfermería puesto que permite articular aspectos estructurales ligados a la situación del sector salud y de sus trabajadores/as, dimensiones socio-históricas vinculadas al género y el proceso de profesionalización de la enfermería, el análisis de las condiciones en las cuales se ejerce este trabajo, y las particularidades de las tareas de cuidado de la salud en diversos espacios laborales. La mirada integral que propone el enfoque sobre la relación trabajo y la salud nos permite analizar la naturaleza de una práctica cargada de emociones, afectos y vínculos interpersonales como es el trabajo de cuidado en enfermería. A su vez, nos permite registrar y sistematizar una serie de estudios que han indagado en las condiciones bajo las cuales se ejerce la enfermería y dar cuenta del impacto que dichas situaciones tiene en la salud de las trabajadoras y otros aspectos de sus vidas cotidianas.