

Si soy productivx me enfermo y sino también: un análisis de las relaciones entre enfermerxs y residentes en un hospital de Lomas de Zamora, Gran Buenos Aires.

Resumen

Las teóricas feministas de la Economía del Cuidado entienden que el sistema económico funciona como un iceberg donde hay trabajos, esferas y sujetos que deben ser invisibilizados para que la estructura se mantenga a flote. Las instituciones socioeconómicas no solo portan sino que reproducen los roles genéricos, contribuyendo a la construcción subjetiva del hombre a través de la adherencia a una ética productivista y a la construcción subjetiva de la mujer a través de la adherencia a una ética reaccionaria del cuidado. Creemos que esta tensión entre ambas construcciones subjetivas delinea y permite explicar, en parte, los conflictos y tensiones en las relaciones interpersonales entre el equipo de residentes y enfermeros que se desempeñan en el servicio de neonatología del Hospital Luisa de Gandulfo de Lomas de Zamora. Dichas relaciones interpersonales como una dimensión propia de la organización del trabajo también repercuten e inciden en la salud de dichos trabajadores. El objetivo de esta ponencia será indagar en los conflictos y tensiones entre enfermeros y residentes a través de una perspectiva de género, ahondando a su vez en las consecuencias a la salud que podrían tener dichas relaciones interpersonales. La metodología utilizada es la cualitativa, utilizando las entrevistas y la observación no participante. Los principales resultados muestran que el equipo de residentes, mayoritariamente femenino, adscribe a una lógica productivista y significa su trabajo a través de valores asociados a la masculinidad hegemónica presente en el mercado de trabajo; mientras que el trabajo de las enfermeras es desvalorizado y puesto constantemente en cuestionamiento. El estudio concluye que es necesario revisar que valores y sentidos se construyen en torno a dichos trabajos para poder comprender las subjetividades y las intersubjetividades que despliegan los trabajadores y las consecuencias que traen en su salud.

Palabras claves:

género-salud laboral- trabajo en salud

1. Introducción

La división sexuada del trabajo, y la desvalorización que tiene el trabajo de las mujeres por la desvalorización que tiene a su vez el cuidado, repercute en las relaciones interpersonales de los diferentes grupos ocupacionales al interior de la organización hospitalaria. Tomaremos la distinción que realiza Amaia Pérez Orozco (2014) entre ética productivista y ética reaccionaria del cuidado, y entre trabajos visibles e invisibles, para analizar las relaciones interpersonales entre el equipo de residentes y enfermerxs que se desempeñan en el servicio de neonatología del Hospital Luisa de Gandulfo de Lomas de Zamora. A su vez profundizaremos en las implicancias que tienen estas construcciones subjetivas para la salud de dichos trabajadorxs.

2. Marco teórico

2.1 La acumulación originaria y el conflicto capital- vida

A través de una lectura feminista del marxismo Pérez Orozco (2014) redefine la idea del conflicto capital-trabajo afirmando la existencia del conflicto capital- vida, donde la lógica de acumulación del capital choca inherentemente con la sostenibilidad de la vida. Para el marxismo el conflicto es entre el capital y el trabajo asalariado, que en sus propios términos es el único que crea valor; mientras que para el feminismo el conflicto es con todos los trabajados incluyendo los no asalariados y por supuesto el trabajo no remunerado de reproducción al interior de los hogares. El trabajo no remunerado, sea considerado como productivo o no, participa del ciclo del capital a través de la reproducción de la mano de obra realizada en forma gratuita de modo que el capital se apropia de la misma. Es esto mismo lo que afirma Federici (2015) en su ya célebre libro *Calibán y la bruja* al poner de manifiesto que el marxismo ignora el papel desempeñado por las mujeres durante la acumulación originaria que permitió el surgimiento del sistema capitalista tal como lo conocemos. El proceso por el cual las mujeres fueron paulatinamente relegadas de la esfera laboral pública hacia el espacio doméstico, confinadas a la labor de reproducción de la mano de obra fue algo que tendió a naturalizarse: “la importancia económica de la reproducción de la mano de obra llevada a cabo en el hogar, y su función en la acumulación del capital, se hicieron invisibles, confundiéndose con una vocación natural y designándose como «trabajo de mujeres»” (Federici, 2015: 130) No solo su trabajo en el espacio doméstico fue invisibilizado, sino que se las excluyeron las ocupaciones asalariadas, o en el caso en que se permitió su permanencia se les

pagaba una miseria para que no pudieran subsistir por su propia cuenta. El proceso de degradación social que vivieron las mujeres fue, en términos de Federici (2015) fundamental para la acumulación del capital.

Al mismo tiempo el marxismo piensa la vida en un sentido reducido solo como mano de obra o input del proceso productivo, mercancía fuerza de trabajo. La sostenibilidad de la vida, siguiendo a Pérez Orozco (2014) va mucho más allá de la obtención de un salario con el que comprar productos en el mercado. La acumulación del capital no se reproduce a partir del sostenimiento de la vida sino a través de la negación de la misma, satisfacer desesidades puede no necesariamente ser un medio para ese fin. El proceso de acumulación construye una noción hegemónica de la vida que niega la interdependencia y plantea un sujeto autosuficiente.

“Lo que sí podemos afirmar es que la noción hegemónica de la vida que merece la pena ser vivida violenta las condiciones básicas de la existencia: al imponer un ideal antropocéntrico de autosuficiencia niega su vulnerabilidad, la interdependencia de las vidas humanas y su ecodependencia. (Pérez Orozco, 2014:114)

Sin embargo y al mismo tiempo siempre habrá dimensiones de la vida que excedan al proceso de acumulación y no puedan ser rentabilizadas. Quizás sean aquellas, de acuerdo a Pérez Orozco (2014), en donde más patentemente se expresan nuestras condiciones de vidas precarias. Otro aporte interesante de la autora es entender que no se trata de un conflicto de lógicas opuestas, ya que no es posible hablar de una lógica de cuidado. El riesgo de hacerlo es esencializar al cuidado como algo inherentemente bueno y femenino, cuando en realidad lo que sucede es que dicho cuidado se da en contextos de explotación y no existe un cuidado por fuera del capitalismo. A su vez la asociación cuidados-mujer-amor es un elemento característico del sistema heteropatriarcal y hablar de un conflicto de lógicas conlleva el riesgo de solidificarlo. El cuidado funciona bajo las condiciones extremadamente duras que impone el mercado en términos de opresión, explotación, subordinación y falta de libertad. La autora habla entonces de una ética reaccionaria del cuidado para hablar de la sostenibilidad de la vida sometida a la lógica perversa de la acumulación.

Pérez Orozco (2014) también da cuenta del proceso de feminización del trabajo al expandirse una realidad de precariedad laboral y de individualización de la relación salarial. En este sentido las condiciones de trabajo imperantes tras las políticas de ajustes neoliberales se condicen con las características precarias del trabajo asignado estructural e históricamente a las mujeres. Pérez Orozco (2014) afirma que la existencia de trabajos invisibilizados y feminizados es inherente al Estado de bienestar. El sistema económico es entendido como un iceberg ya que hay esferas invisibles que son

necesarias para mantener el sistema a flote. En este sentido en el capitalismo heteropatriarcal hay sujetxs trabajadores invisibilizados donde se subsume el conflicto capital-vida. A nivel simbólico la responsabilidad de sostener la vida se encuentra feminizada ya que está asociada a valores, históricamente y socialmente, femeninos; mientras que el trabajo de mercado y la lógica de la acumulación se encuentran asociados a las ideas imperantes de lo masculino. Las instituciones socioeconómicas no solo portan dichas ideas sino que las reproducen, contribuyendo a la construcción subjetiva del hombre a través de la adherencia a una ética productivista y a la construcción subjetiva de la mujer a través de la adherencia a una ética reaccionaria del cuidado. Las tareas del cuidado que realizan las mujeres, sean o no remuneradas, no son reconocidas como aporte a la reproducción de la sociedad en términos capitalistas (Federici, 2013). Es en este sentido que desde la economía feminista y del marxismo feminista se ha planteado cómo el trabajo reproductivo es constitutivo de la reproducción social.

2.2 Ética reaccionaria del cuidado

La masculinidad se construye en términos socioeconómicos como una identidad autocentrada a partir de la inserción en la esfera de la producción. Tener un empleo, detentar una profesión, ganar un salario le otorga sentido a esta identidad y reconocimiento colectivo. Es lo que Pérez Orozco (2014) llama una ética productivista. Mientras que la feminidad construye su identidad para los demás, a partir de los trabajos residuales. El reconocimiento social está dado en este caso a través de la realización de tareas que posibilitan la vida ajena, supeditando para esos fines la propia vida. Si bien Pérez Orozco (2014) sostiene que esta lógica opera prioritariamente en lo privado-doméstico, en este análisis nos valdremos de esta lógica para pensar lo que ocurre en el equipo de enfermería en un hospital público.

Estas esferas económicas cuya función es sostener la vida ajena, sobre todo la mercancía fuerza de trabajo, en los términos marxistas tradicionales; se encuentran subordinadas a las esferas económicas masculinizadas. Siguiendo a Pérez Orozco (2014) se asocia la feminidad a los trabajos que otorgan menor poder socioeconómico, los trabajos residuales, de cuidados y sostenimiento de la vida. Mientras que en los trabajos masculinizados el reconocimiento social depende del valor económico y productivo del trabajo realizado, se es más reconocido cuánto más importante sea el trabajo que se haga; en los trabajos feminizados el trabajo tiene más reconocimiento cuánto menor- o en nuestras propias palabras cuánto más oculto queda- el valor económico del mismo y cuánto más invisibilizada es su contribución a la lógica de acumulación y reproducción del capital.

2.3 Trabajos invisibles

Pérez Orozco (2014) abona por un concepto más complejo de los trabajos invisibles, yendo más allá de la referencia a aquellos trabajos que no se pagan y/o no se miden. La invisibilidad refiere a un conjunto amplio de carencias que se acumulan y conforman una intersección. Estos trabajos son invisibilizados, o bien porque no se pagan o no pueden ser mensurados como lo son los trabajos de la lógica masculina productivista. A su vez no son objeto de discusión pública y política, y son inexistentes las estructuras políticas a partir de las cuales definir reivindicaciones o las que existen son escasamente reconocidas como interlocutoras legítimas. La invisibilidad pasa también por la ausencia de un sistema de reconocimiento de los saberes. De acuerdo a la autora los trabajos feminizados tienen que ver con aprendizajes extra oficiales más que con un saber adquirido en instancias formales del sistema educativo, razón por la cual no se catalogan como saberes ni se traducen en mejores condiciones laborales. En este sentido la invisibilidad también está dada por la inexistencia de regulación de la limitación de tareas, tiempos de descanso, horarios, enfermedades profesionales, riesgos laborales (Pérez Orozco, 2014). Este conjunto amplio de dimensiones son las que terminan definiendo el lugar socioeconómico de los trabajos invisibilizados y de lxs sujetxs que lo realizan. Como sostiene la autora, y hacemos hincapié en ello, la articulación de dichas dimensiones es cambiante, y tampoco tienen que ser comprendidas como dimensiones cristalizadas. A los fines de nuestro análisis entenderemos que el trabajo realizado por el equipo de residentes se corresponde a una ética productivista, y al del equipo de enfermerxs asociado a una ética reaccionaria del cuidado.

No podríamos hacer, sin embargo, encasillamientos rotundos ya que ambos grupos ocupacionales comparten precariedades en lo que respecta a sus condiciones laborales, por ejemplo la necesidad de tener un segundo empleo para tener un salario digno; y al mismo tiempo siguiendo a Pereyra y Micha (2016) a partir del año 2013 las tareas de lxs enfermerxs de la Provincia de Buenos Aires se han declarado insalubres reduciendo el régimen horario de 8 a 6 horas diarias, y a partir del 2014 se le suma la posibilidad de jubilación anticipada a los 50 años de edad con 25 años de servicio. Esto ha implicado, al menos en este plano, el reconocimiento de las exigencias psíquicas, físicas y emocionales de dichas tareas. Habiendo realizado estas aclaraciones, creemos que es al nivel de los discursos y las prácticas de dichxs trabajadores donde se producen y reproducen estas éticas y subjetivaciones asociadas a la ética productivista por un lado, y a la ética reaccionaria del cuidado por el otro.

3. Abordaje Metodológico

La metodología utilizada fue cualitativa. El trabajo de campo se desarrolló entre septiembre del 2019 y marzo del 2020, momento en que fue suspendido por la actual pandemia mundial y el aislamiento

social obligatorio que estamos transitando en la Argentina, en el Área Metropolitana de Buenos Aires, específicamente. Por un lado se realizaron una serie de entrevistas en profundidad a las jefaturas y mandos superiores del servicio de neonatología para poder caracterizar el mismo; y dos entrevistas en profundidad al equipo de residentes, una a la jefa y otra a una residente de tercer año. Por otro lado se realizaron observaciones no participantes de la jornada laboral de los residentes, desde el comienzo de la misma a las 8 de la mañana hasta su finalización, a las 17hs aproximadamente. Si bien en esta instancia no fue posible entrevistar en profundidad a los enfermerxs del servicio, pudimos observar por la estrechez de la realización de sus tareas con la del equipo de residentes, sus mutuas relaciones. A su vez tomamos como materia prima fundamental lo expresado sobre lxs enfermerxs en gran cantidad de ocasiones por parte lxs residentes, ya que nos permite aproximarnos también a la construcción diferencial de la subjetividad de cada grupo ocupacional. Queda pendiente la profundización a través de entrevistas y observaciones al equipo de enfermerxs.

4. La división sexual del trabajo en el sector salud

La incorporación masiva de las mujeres en el mercado laboral tras la caída de los Estados de Bienestar, se produjo fundamentalmente en los sectores de servicios y bajo modalidades precarias de contratación laboral. La incorporación de las mismas se dio en el sector servicios (educación, salud, servicio doméstico y administrativo), en empleos asociados tradicionalmente a tareas femeninas de cuidado. Como sostienen Duré, Cosacov y Dursi (2009), la feminización del empleo se genera a través de la segregación horizontal, ya que dicha inserción se da a través de la división sexual del trabajo, incorporando a las mujeres a sectores y tareas históricamente femeninos. Por un lado, las mujeres ingresan a carreras tradicionalmente masculinas -medicina, odontología, bioquímica, farmacia- y al mismo tiempo se incorporaron, en el ámbito de la Universidad, carreras tradicionalmente femeninas que hasta ese momento se impartían en institutos terciarios (Rovere, 2006). Si bien en las últimas décadas las mujeres se han incorporado a puestos profesionales, el sector salud concentra, en su mayoría, trabajadoras mujeres que se encuentran aglutinadas en tareas semicalificadas, ocupando, los hombres, las posiciones profesionales. El sector de enfermería por ejemplo, mayoritariamente femenino, concentra en el nivel técnico el 30% de la fuerza de trabajo de la ocupación a nivel nacional, los licenciados el 7% y los auxiliares el 63% restante (Maceira y Cejas, 2010: 6; OPS, 2011: 11). Las mujeres son mayoría en el sector salud: según Aspiazu (2016) representan el 71% de los trabajadores registrados del sector, muy por encima del resto de la economía, donde las mujeres representan un 40%. Sumado a esto, las trabajadoras de la salud representan el 8% del empleo femenino en la Argentina, mientras que los trabajadores de la salud representan el 3% -según datos de 2013 del Sistema Integrado Previsional Argentino de la Dirección General de Estudios y Estadísticas Laborales

(DGEyEL), Subsecretaría de Políticas, Estadísticas y Estudios Laborales (SSPTyEL) del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social (MTEySS). Esta presencia mayoritaria de las mujeres es comprensible, debido a su asociación con el trabajo reproductivo, de cuidado y atención (Duré, Cosacov y Dursi 2009). En un estudio realizado en la Ciudad de Buenos Aires, se pone de manifiesto que dentro del sector salud las mujeres suelen ocupar las profesiones asociadas a dicho cuidado como ser obstetricia, fonoaudiología, psicopedagogía, entre otras (Duré, Cosacov y Dursi 2009). De esta manera, el sistema de salud funciona como reproductor de las desigualdades: al sostener y reformar la construcción diferencial de roles de género, “opera como un marco normativo estructurador de prácticas y discursos que han construido en el nivel simbólico, subjetivo e institucional las desigualdades entre mujeres y varones en el ámbito de actuación médica” (Duré, Cosacov y Dursi, 2009: 4-5). Frente a estas desigualdades, es importante diferenciar feminización de equidad de género, ya que la primera no implica necesariamente la segunda. El fenómeno de la inequidad de género en salud, siguiendo a Rovere (2006), no se resuelve igualando la cantidad de hombres y mujeres en cargos directivos o profesionales. La perspectiva de género, en su carácter radical, no se limitaría entonces a igualar los espacios dentro de la estructura de poder, sino a ser fundamentalmente crítica respecto a esta misma estructura. Que las mujeres se incorporen en condiciones de igualdad al sistema de salud para seguir reproduciendo la estructura hegemónica del patriarcado no es la solución (Rovere, 2006):

De esta manera, podemos imaginar una perspectiva de género que suponga una mirada diferente respecto de los problemas de salud, vividos desde otra subjetividad, que impacte sobre la calidad y la calidez de los servicios, que contribuya a modificar las condiciones de inequidad, que estructure nuevas formas de trabajo y que, a su vez, proteja la salud de las trabajadoras y trabajadores de esta área (Rovere, 2006: 155).

Es desde esta perspectiva que plantea Rovere (2006) que vamos a pensar la ética productivista y la ética reaccionaria del cuidado de Pérez Orozco (2014). Es por ello que lejos de los esencialismos o de los encasillamientos a priori, y a pesar de ser mayoritariamente mujeres, entendemos a las prácticas y discursos del equipo de residentes como productor y reproductor de una ética productivista en comparación a las prácticas y discursos del equipo de enfermería, productoras y reproductoras de una ética reaccionaria del cuidado. Las mutuas relaciones de ambos grupos ocupacionales estarán permeadas por estas valoraciones y sentidos que se atribuyen a cada uno de sus trabajos. Sin embargo tal como sostiene Pérez Orozco (2014) las fronteras de la (in)visibilidad son porosas y dinámicas. Ambos trabajos, a pesar de su estabilidad contractual, tienen condiciones precarias, bajos salarios, sobrecarga laboral, exigencias físicas, emocionales y psíquicas; y se desarrollan en la misma organización del trabajo atravesada por determinados valores y normas institucionales. Es interesante ver cómo desde determinadas similitudes y continuidades, cada grupo ocupacional construye una

subjetividad diferencial, y hasta opuesta, al otro grupo, lo que como dijimos anteriormente permea sus relaciones interpersonales; por ende la calidad de atención y la propia salud de lxs trabajadores.

5. Resultados

5.1 Caracterización del servicio de neonatología del Hospital Gandulfo

El servicio de neonatología del Hospital Luisa C. de Gandulfo se encarga de recepcionar y tratar a los recién nacidos tanto los sanos como aquellos que se encuentren en estado de riesgo. El servicio se encuentra dividido en tres sectores: sala de partos, internación conjunta y terapia neonatal, esta última se encuentra a su vez dividida en bajo riesgo y unidad de cuidados intensivos o alto riesgo. El servicio de neonatología originalmente era una subespecialidad de pediatría, hasta que se conformó como un sector separado.

Lxs residentes que trabajan en el sector son residentes de primero a quinto año y se dividen en el sector de terapia neonatal, donde trabajan la mayoría, y en el sector de Internación Conjunta donde hay de 2 a 4 residentes que trabajan hasta el mediodía y después pasan a terapia neonatal. Lxs residentes tienen a cargo pacientes específicos, cuya distribución y organización coordinan entre ellos. El modo de funcionamiento de la residencia supone que los mismos roten cada tres meses, tanto dentro del mismo hospital como fuera del mismo. El equipo de residentes cuenta a su vez con una jefa y una instructora. La jefa de residentes tiene como objetivo organizar las actividades de cada uno de lxs residentes y el instructor se encarga de la formación del residente, de los cronogramas y horarios y de las rotaciones. Por su parte la tarea de la enfermería es el cuidado y la asistencia del recién nacido, sea crítico o no. La enfermería tiene que brindar higiene, confort, cuidar el neurodesarrollo, administrar la medicación, anotar todo lo que se hace y estar atento a las necesidades del bebé y la familia. La jefa de enfermería es la que organiza el trabajo diario del día y divide la cantidad de pacientes entre lxs enfermerxs de cada turno. El sector cuenta con 10 residentes y 35 enfermeros. En este trabajo nos ocuparemos específicamente de las prácticas y discursos del equipo de residentes y del de enfermerxs y de sus mutuas interrelaciones.

Para el análisis tomaremos dos dimensiones de la (in)visibilidad que plantea Pérez Orozco (2014): la disponibilidad o carencia de datos y su mensuración; y el reconocimiento o ausencia de saberes.

5.2 Disponibilidad o carencia de datos- Lxs residentes hacen todo

El trabajo diario de lxs residentes en la terapia neonatal comienza con un pase caminado donde todos lxs residentes se traspasan la información sobre el estado de cada bebe. Luego de dicho pase cada residente revisa el chasis de su paciente, donde se encuentra lo anotado por enfermería, posteriormente se lavan las manos y revisan a los bebes asignados por la jefa de residentes a cada unx de ellxs. Alrededor de las diez se realiza el pase diario junto con la jefa o coordinadora de área y la médica de guardia del día, lxs residentes informan el estado del bebe y se toman las decisiones más importantes para el tratamiento de los mismos. Son lxs residentes, lxs que informan la situación de cada bebe, y los que sugieren conductas que después serán finalmente tomadas por los mandos superiores. El pase diario a su vez funciona como un espacio de formación para lxs residentes, en donde las médicas de guardia, la jefa o coordinadora de área les realizan preguntas para constatar su conocimiento. Luego de finalizado el pase diario lxs residentes deben completar determinados planillas, como ser la historia clínica de cada bebe con la información pertinente, y también el chasis de lxs enfermerxs donde se indica las medicaciones que se deben administrar y las conductas a tomar para el tratamiento de los mismos. Esas hojas son selladas por la jefa de residentes, o en su defecto el residente de cuarto año que se encuentre a cargo. El chasis luego lo dejan en el sector de enfermería.

Es interesante evidenciar que la tarea de lxs residentes se centra en gran parte en completar planillas y formularios. Volcando la información estadística como ser el peso al nacer, el grupo sanguíneo, la presión arterial o la frecuencia cardíaca, entre otros. Es usual escucharlxs debatir entre ellxs y con los mandos superiores sobre los resultados de estudios o los indicadores de salud para justificar o no determinados procedimientos o estudios médicos. Se pudo observar durante las visitas realizadas lo extenuante que es para ellxs completar estas planillas al mismo tiempo que realizan otras tareas, o tienen que atender imprevistos como los partos. La información volcada a las planillas da una idea concreta y tangible de la materialización de su trabajo, le da visibilidad.

De acuerdo a Pérez Orozco (2014) la (in)visibilidad refiere a la disponibilidad o carencia de datos en general y de mediciones cuantitativas en particular. Por lo anteriormente expuesto podemos sostener que la visibilidad y el reconocimiento del trabajo de lxs residentes está en gran parte dado por la tarea de medir y registrar los indicadores de salud de los bebes. Es interesante resaltar que una de las frases más escuchadas a lo largo de las observaciones y las entrevistas, dichas por las médicas de planta y reapropiada también por lxs propios residentes a lo largo de la jornada laboral o en situación de entrevista es “los residentes hacen todo”.

A diferencia de lxs residentes, la tarea de lxs enfermerxs consiste en cuidar a los bebés, a nivel práctico esto significa observarlos, tomarle los signos vitales, estar atentos a sus necesidades, una tarea que cómo venimos viendo en relación a las tareas del cuidado es sobre todo invisible. Cómo sostiene Molinier (Wlosko y Ros, 2015), la tarea de cuidado tiene que ver con el estar atentos a la vulnerabilidad o sufrimiento de los demás. Todo el trabajo del cuidado está realizado en base a pequeños gestos que no son inmediatamente visibles y que requieren de una carga psíquica, física y emocional importante (Wlosko y Ros, 2015). Esto en alguna medida es señalado por la coordinadora de área, quién en una entrevista afirmó

“una enfermera que dice yo a este paciente no lo veo bien, te levantas y lo vas a mirar. El ojo del enfermero, a veces, yo le confío más que a lxs residentes y que a los médicos. El enfermero tiene, al tener tanto contacto, tanta cercanía, ya lo conoce al bebé”

Sin embargo esta apreciación de la coordinadora de área no es la que prima en el servicio de neonatología del hospital. La tarea invisible de lxs enfermerxs contrasta con la de lxs residentes que cómo dijimos anteriormente “hacen todo”. Esto es justificado, al interior del servicio, porque lxs mismxs están en formación, la formación es la justificación para determinada sobrecarga de trabajo como veremos en el siguiente apartado. Queda por plantear que, si en sus propios términos, los residentes hacen todo, qué es lo que hacen lxs enfermerxs ¿nada? o en otras palabras ¿cómo es valorado, o desvalorado, el aporte de enfermería en la medida en la que se significa al trabajo de los residentes como la totalidad? ¿Qué es lo que queda fuera de esa totalidad, en los márgenes de la misma y que no es significado auténticamente como trabajo?

5.3 Reconocimiento de saberes

Otro de los aspectos señalados por Pérez Orozco (2014) respecto a la (in)visibilidad es la relación con la existencia o ausencia de un sistema de reconocimiento de los saberes. Las tareas de cuidado y de sostenibilidad de la vida suelen guardar relación con conocimientos que no están sancionados por el sistema educativo, sino más bien con aprendizajes vitales extra oficiales que no se terminan de catalogar como saberes. En este punto es interesante realizar el contrapunto nuevamente entre residentes y enfermerxs.

La experiencia formativa de lxs residentes se presenta como un aspecto central de su experiencia como trabajadores, la que legitima y permite muchas veces la sobre exigencia desmedida como experiencia laboral. La sobrecarga laboral, el tener muchas tareas y actividades, la residente Luna lo ve como un “mal necesario” para su proceso de formación, en sus propias palabras: *“o sea mucha actividad, pero como mi objetivo es aprender y absorber la experiencia en el día a día de los pacientes”*, *“mi objetivo*

es formarme bien para el día de mañana salir afuera”. Del mismo modo es percibida la exigencia que se presenta en los pases diarios, respecto a las preguntas de examen que le realizan las jefas y las médicas de guardia *“haciéndote ahí sufrir para que vos vayas libre”*.

La relación de lxs residentes con lxs enfermerxs a partir de lo observado y lo comentado por los residentes, reviste momentos de conflicto. A diferencia de lo que sostiene la coordinadora de área, quien valora el ojo de lxs enfermerxs porque son los que están al lado del paciente hora a hora, no ocurre lo mismo con la valoración de lxs residentes hacia lxs enfermerxs. Tanto la residente Luna como la jefa de residentes ponen de manifiesto la falta de formación y capacitación de los mismos. Parafraseando a la residente Luna esto es problemático ya que al no poder observar todo el tiempo lo que hacen lxs enfermerxs, es decir no tener un control directo de los mismos, no pueden confiar en la información que los mismos vuelcan en el chasis; pudiendo por ejemplo anotar una frecuencia cardíaca baja como algo normal sin notificarlo.

Por su parte la jefa de residentes distingue al equipo de residentes con una cohesión clara, con una jefatura que permite que vayan todos para el mismo lado y hablen el mismo idioma, no sería el caso de lxs enfermerxs. Para la jefa de residentes si bien el sector de enfermería tiene una jefatura, la misma esta solo al comienzo de la jornada laboral, durante el primer turno, lo que no produciría una cohesión de grupo y lineamientos más claros. Sumado a esto destaca que no todos lxs enfermerxs tienen buena predisposición, existen quienes están más informados y quienes no, pero la falta de predisposición y cierta idea de *“que me vas a venir a enseñar a mí”* imposibilitan la comunicación y entendimiento fluido entre ambas categorías ocupacionales de acuerdo al relato de la jefa de residentes. Retomamos esto último en relación al concepto planteado por Pérez Orozco (2014) de ética reaccionaria del cuidado, no se trata de un puro e inocente altruismo que se opone a un malvado egoísmo masculino en el mercado. Las mujeres sacrificadas a las tareas del cuidado no son solo inocentes víctimas que nunca hacen daño, los cuidados pueden usarse como un perverso mecanismo de control (Pérez Orozco, 2014). Nos parece importante entender en este sentido al equipo de enfermería, si bien no ahondamos en sus propias representaciones, de lo dicho por lxs residentes y de lo observado se puede ver como lxs enfermerxs oponen resistencia a lo solicitado por el equipo de residentes y tal como sostiene la jefa de residentes esto se observa en la falta de predisposición de lxs mismxs.

La imposibilidad del control total de lxs enfermerxs, se liga entonces a la desconfianza hacia los mismos vinculada a la percepción de la falta de formación de los mismos. En los pases diarios, en los diálogos entre residentes y médicxs, pueden escucharse frases como: *“para mi ayer lo pesaron mal”*, de parte de una médica de guardia *“yo pediría que a la noche lo vean estos salvajes y que le saquen*

todo los cables” así como también *“no sé qué hacen los enfermeros para que queden así”* [refiriéndose a los bebés]; y por último, es significativa la siguiente charla que se da entre la residente de cuarto año, que es la responsable de sellar las planillas completadas por los residentes de años inferiores, y dos residentes que completan dichas planillas:

- *Residente cuarto año: está prohibido pintar las indicaciones, porque es tratar de boludos a lxs enfermerxs.*

- *Residente: lxs enfermerxs no son boludos, conocen bien a los pacientes*

- *Residente: depende quién.*

La desconfianza hacia la labor de enfermería y la concepción sobre su falta de formación están estrechamente ligadas, al mismo tiempo que la formación de lxs residentes y la concepción de que “hacen todo”, les devuelve a ellxs mismxs una imagen sumamente valorizada de su trabajo. Es interesante marcar que las valoraciones respecto a las tareas de lxs enfermerxs no son unívocas para todxs lxs residentes, o para los mandos superiores. La coordinadora de área como mencionamos con anterioridad, tiene una buena concepción de los mismos. Esto se evidenció en un pase diario donde a la hora de transmitir determinada información sobre un paciente, la coordinadora dijo *“les comento lo que me dijo Angelito”*, acto seguido me aclaró a mí que estaba tomando anotaciones del pase, *“Angelito es el enfermero”*. En relación a lo que se observó de manera predominante es llamativo que se tome la información del enfermerx como constatación del estado de salud de un bebé, que se le reconozca su voz y su saber, y que se lo menciona a través de su nombre.

Molinier (2013) sostiene que el trabajo del cuidado se evidencia, especialmente, cuando desaparece o deja de hacerse. A contra mano de la concepción de que lxs residentes hacen todo, y de la crítica realizada a las decisiones o conductas tomadas por enfermería, lxs residentes reconocen la necesidad de lxs enfermerxs ante la falta de los mismos. Dos entrevistadxs afirmaron que cuándo un paciente no responde en sala de partos, y es necesario practicar una reanimación, implica una tarea que no es posible realizarla con una sola persona, y es necesaria la presencia de al menos unx enfermerx. Sin embargo habitualmente ante la falta de los mismos se encuentran solos. Si bien se representan haciendo prácticamente todo, la crítica de la ausencia y falta de enfermeros como una necesidad importante, pone de manifiesto la importancia de los mismos. Es interesante señalar que en el discurso de lxs residentes la tarea de enfermería no tiene necesariamente valor en sí, sino que aparece más ligada a su ausencia o falta, o a la necesidad de control cuándo el residente no está en condiciones de hacerlo

6. Salud y trabajo. Si soy productivx me enfermo y sino también.

La relación entre trabajo y salud tiene un amplio recorrido dentro de las Ciencias Sociales, en este apartado nos gustaría introducir un breve aporte a partir de paradigmas como la psicodinámica del trabajo y la antropología de la salud que han permitido construir una mirada a partir de la perspectiva de los actores. A través de una crítica a la noción de riesgo laboral (que no desarrollaremos en este trabajo) Grimberg (1991) afirma la importancia de tomar en cuenta el aspecto relacional en términos sociales y políticos que implica el proceso de trabajo; y junto a ello las relaciones de poder intrínsecas al proceso productivo, las estrategias históricas de producción- acumulación de capital, así como las formas predominantes que adquieren las relaciones sociales en el trabajo en cada situación concreta dada. Grimberg (1991) da cuenta de la necesidad de construir categorías de análisis que contengan al trabajo y la salud como relación social, en otros términos que permitan dar cuenta de cómo las condiciones históricas concretas del trabajo se traducen en procesos de salud-enfermedad. En este punto nos detenemos para decir, de manera enfática, que no es posible comprender la salud de manera individual, tampoco la de los grupos ocupacionales de manera aislada; las relaciones entre residentes y enfermerxs, alojadas en gran parte en las éticas anteriormente mencionadas, permean sus construcciones subjetivas y por ende repercuten en su salud. Siguiendo el mismo punto y cómo esbozamos en los apartados anteriores, dichas éticas – la productivista y la reaccionaria del cuidado- dan cuenta del proceso de acumulación del capital, y del conflicto capital- vida tal como es redefinido por Pérez Orozco (2014). La ética productivista, construye en términos socioeconómicos una identidad autocentrada a partir de la inserción en la esfera de la producción, mientras que la ética reaccionaria del cuidado construye una identidad para los demás (Pérez Orozco, 2014). La lógica que organiza el trabajo en el capitalismo responde a una racionalidad de producción validada por criterios de productividad y eficacia, lo que la hace contradictoria con la necesidad de encontrar en el trabajo objetivos subjetivos, es decir de realización de sí mismo. En términos de Dejours (1998), de esta contradicción surgen sentimientos de sufrimiento Este proceso de reapropiación no es individual, se logra a partir del reconocimiento y gratitud que recibimos por nuestro trabajo de parte de nuestros compañeros/as de labor. Es el reconocimiento lo que hace que nuestro trabajo pueda ser una actividad que nos permita la reapropiación de la situación de trabajo o por el contrario, genere más alienación (Dejours, 1988).

Dentro del equipo de residentxs se puede observar la naturalización de las exigencias de los ritmos acelerados, la multiplicidad de tareas, la falta de tiempos de descansos, entre otras cuestiones. Dichas exigencias se naturalizan en harás del proceso de aprendizaje de los residentes, el mismo tiene que ser arduo y costar. Esta misma significación es reproducida en los diferentes años de la residencia, donde son los residentes de los primeros años los que más hacen, y a los que se les exige más, como menciona

una residente de tercer año: *“Vos lo haces, yo te tengo el paciente, y así, como que nos vamos dividiendo entre nosotros y tratamos de no ser tan verticalistas, si bien hay que ser un poco como para que el residente primero aprenda más”* En este fragmento de la entrevista se ponen de manifiesto dos dimensiones, en primer lugar como venimos viendo se reproduce la concepción del aprendizaje como una experiencia ardua y desgastante – tal y como una residente a las exigencias de las jefaturas durante el pase diario *“haciéndote ahí sufrir para que vos vayas libro”* - pero por otro lado vemos un segundo aspecto, el de la cooperación, que de acuerdo a lo observado creemos que es uno de los principales factores que mitiga el sufrimiento en el trabajo. En pocas, o nulas, ocasiones pudimos observar a lxs residentes realizar en forma solitaria sus tarea. Aunque cada unx tenga un número determinado de bebés a cargo, lo usual es que los revisen de manera conjunta. Por lo general las residentes de primer año o segundo año los revisan con la ayuda de las residentes de tercero o cuarto que son las que tienen más experiencia. Los sufrimientos que podrían resultar de realizar mal el trabajo son evitados a través de la cooperación entre los residentes de todo el equipo.

Sin embargo los problemas de salud aparecen y son, nuevamente, naturalizados. Los residentxs entrevistados dan cuenta de una serie de problemáticas en su salud relacionadas directamente con su trabajo: dolor de cabeza, cervicales, gastritis, diarrea, mareos. Si bien lo relacionan con las jornadas intensas de trabajo, con trabajar mucho y dormir poco, con no poder parar y tener que seguir trabajando, lxs entrevistadxs reconocen que es parte del normal funcionamiento del servicio. Si bien reconocen las implicancias que el trabajo tiene en su salud, al mismo tiempo aparecen afirmaciones que lo naturalizan, tal como sostiene una residente de tercer año *“yo creo que eso le pasa a todo el mundo en todos los ámbitos laborales”*

Paradójicamente y aunque no hayamos ahondado en este aspecto, lxs residentxs sienten que tienen que ganar su lugar y hacerse valer frente a las exigencias de las jefaturas superiores, que son las que constantemente ponen a prueba su trabajo bajo la lógica productiva. Podríamos hipotetizar que el reconocimiento que logran al ceñirse a un trabajo cuya racionalidad de producción es validada por criterios de productividad y eficacia, lo pierden en términos de salud física y mental, desplazando a su vez las exigencias que ellxs sufren a su relación con lxs enfermerxs. Este proceso de construcción de reconocimiento es diferencial entre residentxs y enfermeros, la concepción del trabajo como necesariamente formativo y la percepción de la escasa formación de los enfermeros terminan redundando en relaciones desiguales entre ambos colectivos. Los residentes desvalorizan el trabajo de los enfermerxs por no ser lo suficientemente profesional y por la falta de capacitación que le atribuyen a los mismos. No tenemos elementos suficientes, en esta instancia del trabajo de campo, para ahondar en las percepciones del proceso de salud- enfermedad de los enfermerxs, pero podemos pensar que el

modo de enfermar de los mismos va a estar claramente condicionado por el escaso reconocimiento de su labor, no solo por parte de los residentxs sino también por las médicas de guardia. Volvemos a hacer énfasis en este punto, porque la calidad de los vínculos entre ambos grupos ocupacionales es la que establecerá los límites y posibilidades del trabajo en equipo, cooperación, ayuda y solidaridad. Como afirma Spinelli et al. (2013) los vínculos pueden generar compromiso y sentido de pertenencia, tal como vemos al interior del equipo de residentes, pero también sentimientos de competencia, discriminación y maltrato, como podemos ver en las mutuas vinculaciones entre residentes y enfermerxs. El trabajo sin embargo es uno, y no es posible escindir que el objetivo, o la producción del cuidado, viene dada por la coordinación entre ambos grupos ocupacionales y por ende a través de sus relaciones interpersonales. La cooperación entre ambos grupos está bloqueada, y es en este sentido, tal como sostiene Campos (2006), que la ausencia de redes que generen sentimientos de pertenencia e identidad pueden producir lógicas alienadas, que impactan en el proceso de trabajo y la salud de los trabajadores/as.

7. Aportes finales

Nos hubiera gustado detenernos en dicotomía profesional/no profesional, en la construcción diferencial que supone a nivel identitario y de procesos de subjetivación; para tratar de entender o aportar algún tipo de luz a los disimiles sentidos y valores atribuidos al trabajo de lxs residentes y lxs enfermeros. Es interesante pensar que el servicio de neonatología, y específicamente la terapia neonatal, está constituida en su mayoría por mujeres y que tanto el trabajo del neonatologx como el del enfermerx revisten fuertes asociaciones con los valores femeninos del cuidado. Sin embargo como pudimos evidenciar, a través de las prácticas y discursos de dichos grupos ocupacionales (con más ahínco en el de lxs residentes), la subjetividad de los residentxs parece estar más emparentada con la ética productivista mientras que la de lxs enfermerxs con la ética reaccionaria del cuidado y los trabajos invisibilizados. Creemos cómo hipótesis a explorar en otro momento, que esto puede tener que ver con el marcado contraste entre sectores profesionales y no profesionales dentro de la organización hospitalaria, y con los diferentes procesos de formación de ambos grupos. En una gran cantidad de estudios y artículos (Pereyra y Micha, 2016; Micha, 2016; Esquivel y Pereyra, 2016), se propugna y concluye sobre la importancia de los recientes procesos de profesionalización de la enfermería, de la mano de la creación – y el incentivo- de carreras de licenciatura para dicha ocupación. Si bien no niego que este proceso reviste de importancia, me pregunto al mismo tiempo si es la formación en sí lo que se busca incentivar, o tal vez seguimos propugnando que la enfermería se adscriba a una noción hegemónica de la vida (Pérez Orozco, 2014) a través de procesos formales en donde lo que ocurre en la mayoría de los casos es la reproducción de lógicas que buscan medir y estandarizar los

conocimientos, haciéndolos más cuantificables y científicos renegando de los gestos íntimos y de los cuidados invisibles que tienen las tareas en enfermería. Retomando a Rovere (2006) y a través de Pérez Orozco (2014) creemos no se trata de igualar las posiciones de poder, sino de ser radicalmente críticos respecto a esas estructuras. El desafío no es que entremos todos en una lógica de mercado como esclavxs del salario, en la que cada vez entran menos y en condiciones mucho más precarias, el desafío es romper con esas estructuraciones, reconocer y valorar aquellas tareas que no son medibles ni cuantificables. Tomando las palabras de la coordinadora de área “yo confío más que nada en el ojo de los enfermeros”.

Bibliografía

- Aspiazu, E. L. (2016) “Heterogeneidad y desigualdades de género en el sector Salud: entre las estadísticas y las percepciones sobre las condiciones de trabajo”. En *Revista Pilquen*, 19(1), 55-66.
- Campos, G. W. (2001). Gestión en salud: en defensa de la vida. Lugar. Editorial
- Dejours, C. 1988. “Trastornos mentales relacionados con el trabajo” en Los factores psicosociales en el trabajo y su relación con la salud. Comp. Kalimo R., El-Batawi M. A., Cooper C. L. Cap. 7. Ginebra. OMS.
- Duré, M. I., Cosacov, N. y Dursi, C. (2009). “La situación de las trabajadoras del sistema público de salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Una aproximación cuantitativa. En *Revista de la Maestría en Salud Pública*, 7(13)
- Federici, S. (2015). Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria. Buenos Aires: Tinta Limón
- Grimberg, M. (1991). La salud de los trabajadores: en la búsqueda de una mirada antropológica. Cuadernos de antropología social, (5), 9-32.
- Maceira, D., & Cejas, C. (2010). Recursos humanos en salud: una agenda para el gobierno nacional. *Boletín CIPPEC*, 82, 1.
- Pérez Orozco, Amaia (2014) *Subversión feminista de la economía. Aportes para un debate sobre el conflicto capital-vida*. Madrid, Traficantes de sueños.
- Pereyra, F., & Micha, A. (2016). La configuración de las condiciones laborales de la enfermería en el Área Metropolitana de Buenos Aires: un análisis en el cruce del orden de género y la organización del sistema de salud. *Salud colectiva*, 12, 221-238.
- Rovere, M. (2006) “Los nuevos y renovados debates en torno de los recursos humanos en salud”. En Marco, F. y M. N. Rico (coord.) *Mujer y empleo: la reforma de la salud y la salud de la reforma en Argentina*. Bs. As.: Siglo Veintiuno
- Spinelli, H., Trotta, A., Guevel, C., Santoro, A., García Martínez, S., Negrín, G., & Morales, Y. (2013). La salud de los trabajadores de la salud: Trabajo, empleo, organización y vida institucional en hospitales públicos del aglomerado Gran Buenos Aires, Argentina, 2010-2012 [Internet]. Buenos Aires: OPS; 201
- Wlosko, M. y Ros, C. (2015) “El trabajo del cuidado en el sector salud desde la psicodinámica del trabajo y la perspectiva del care: entrevista a Pascale Molinier”. En *Salud colectiva*, 11(3), 445-454.