

La formación de enfermería y la percepción de su reconocimiento por parte del personal médico

LUCIANA CECILIA REIF* pp. 93-114

Resumen

El presente artículo es el resultado de un estudio de caso que caracteriza la movilización de la subjetividad que las enfermeras realizan con base en su formación, su habilidad de observación y la manual, y su alerta temprana, así como la percepción que tienen respecto al reconocimiento de su labor por parte de las médicas internas. Se dará cuenta de cómo dicho reconocimiento permea el proceso de trabajo de las enfermeras y se manifiesta en las relaciones intersubjetivas con las médicas internas del servicio, teniendo implicaciones en la producción del cuidado. Se lleva a cabo un estudio cualitativo, a través de la realización de entrevistas semi-estructuradas a las enfermeras del turno de la mañana y de la tarde que se desempeñan en la terapia neonatal de un hospital público de Buenos Aires. El trabajo de campo fue realizado entre julio y agosto del 2021.

Palabras clave

Personal de enfermería / Reconocimiento / Argentina / Producción del cuidado / Hospitales

Abstract

In this article we will characterize the mobilization of subjectivity that nurses working in the neonatal therapy of a public hospital in Argentina, practice based on their training. Specifically on their observation and manual skills, and their early warning. Then, we will demonstrate the perception they have regarding the recognition of their work by the internal physicians. We will show how this recognition permeates the nurses' work process and how is it manifested in the intersubjective relationships with the internal physicians of the service, having implications in the production of care. We will use a qualitative study, through semi-structured interviews with nurses from the morning and afternoon shifts working in the neonatal therapy of a public hospital in Buenos Aires. The fieldwork was conducted between July and August 2021.

Keywords

Nursing Staff / Recognition / Argentina / Production of Health Care / Hospitals

* Doctora en Ciencias Sociales (UBA). Becaria posdoctoral CEIL-Conicet. Docente en la Universidad Nacional de Avellaneda.
Correo-e: lc.reif@gmail.com

Introducción

Para la psicodinámica del trabajo la movilización de la subjetividad de las trabajadoras y los trabajadores¹ y la utilización de su inteligencia práctica para sobreponerse a la organización prescripta del trabajo es lo más natural y espontáneo. Esta corriente sostiene que la pereza o el vagabundeo con la que determinadas perspectivas caracterizan a los trabajadores es más bien el resultado de los efectos nocivos del intento de aplicar la utopía taylorista en éstos y en las relaciones sociales en el trabajo (Dejours, 1998). La sociología del trabajo francesa también puso en cuestionamiento el orden impuesto por la organización científica del trabajo de la mano de Taylor. El énfasis puesto por la corriente francesa en la autonomía del sujeto trabajador, permite cuestionar la noción de trabajo como algo totalmente regulado por instrucciones emanadas de las líneas jerárquicas, que no considera las iniciativas y la toma de decisiones que suceden de hecho en el transcurso de la misma actividad por parte de quienes laboran (Terssac, 2005).

La construcción de la enfermería como profesión estuvo vinculada, desde temprano, a una concepción que la ligaba a un aprendizaje basado en la aplicación exacta de las indicaciones del médico (Martin, 2017). Dicha concepción del trabajo de enfermería como de mera ejecución todavía tiñe las relaciones intersubjetivas en su relación con el personal médico en la producción del cuidado. Bajo esta visión, las iniciativas y contribuciones que realizan las enfermeras en la ejecución de su trabajo son escasamente valoradas y reconocidas. Esta falta de reconocimiento por parte del personal médico a la labor del personal de enfermería tiene repercusiones negativas en la producción del cuidado.

En el área de la salud, la dimensión relacional es central, ya que son las conexiones intersubjetivas entre los diferentes grupos ocupacionales las que permiten la coordinación de los diferentes procesos de trabajo para alcanzar la producción del cuidado como objetivo final. Estos procesos de trabajo son interdependientes y se organizan para alcanzar dicha producción (Merhy, 2006). De esta manera, el tipo de vínculo que el personal de la salud de ambos sexos establezca con su trabajo, sus compañeros, sus superiores, los usuarios o con la organización en general, son dimensiones a analizar

¹ Para evitar la sobrecarga del texto y el cansancio en la lectura, de aquí en adelante se utilizará la fórmula clásica que supone, a menos que se especifique otra cosa, que en el uso del masculino están incluidas todas las identidades de género (N. de la E.).

para comprender la manera en que se produce la salud en las organizaciones hospitalarias (Campos, 2009). La calidad de estos vínculos establecerá los límites y posibilidades del trabajo en equipo, cooperación, ayuda y solidaridad, pudiendo ser generadores de compromiso y pertenencia, pero también de sentimientos de competencia, discriminación y maltrato (Spinelli *et al.*, 2013). Es por ello que, retomando el aporte de la psicodinámica, el reconocimiento que las personas trabajadoras esperan por la movilización de su subjetividad es central para sobreponerse a la organización prescrita del trabajo, sobreposición necesaria para que el trabajo se realice y el cuidado se produzca.

En este artículo analizaremos la falta de reconocimiento por parte del personal médico hacia la labor de las enfermeras que se desempeñan en la terapia neonatal de un hospital público de Argentina. Caracterizaremos la movilización de la subjetividad que las mismas realizan a partir de su formación, específicamente a partir de su capacidad de observación, su habilidad manual y su alerta temprana, para luego dar cuenta de la percepción que tienen respecto al reconocimiento de su labor por parte de las médicas internas. Finalmente se pondrá en evidencia cómo este reconocimiento permea el proceso de trabajo de las enfermeras y se manifiesta en las relaciones intersubjetivas con las médicas internas del servicio, teniendo implicaciones en la producción del cuidado.

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

La enfermería como profesión

De acuerdo a un informe realizado por la OMS (2020), la enfermería incluye la prestación de atención, tanto de forma autónoma como en colaboración con otras profesiones, a personas enfermas o sanas de cualquier edad, familias, grupos y comunidades. Abarca la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y los cuidados a personas enfermas, discapacitadas y moribundas. La enfermería también participa de la gestión de los servicios de salud y los pacientes, así como de la elaboración de políticas sanitarias, la educación y la investigación.

En los últimos años diferentes autoras argentinas han puesto la mirada en el trabajo de cuidado de la enfermería. Desde diferentes enfoques teóricos-conceptuales, como la economía del cuidado, los riesgos psicosociales del trabajo o la psicodinámica del trabajo, se han abordado diversidad de temas: la precariedad de las condiciones de empleo de la enfermería (Micha, 2015; Malleville y Noguera, 2021; Aspiazu, 2017), la falta de reconocimiento de sus labores (Malleville y Beliera, 2020), la asociación del trabajo de enfermería con habilidades y saberes supuestamente naturales en las mujeres (Pereyra y Micha, 2016), las situaciones de violencia laboral (Wlosko y Ros, 2019). A su vez la pandemia de Covid-19 ha impulsado aún más este interés, por el lugar central que ha tenido el trabajo del personal de enfermería en la atención y cuidado a las personas expuestas a este virus, y se han desarrollado estudios que han problematizado el impacto de la pandemia en las condiciones de trabajo de este grupo ocupacional (Aspiazu y Cutuli, 2022; Malleville, 2022).

Existe consenso general en la comunidad científica acerca del trabajo de enfermería de poner el acento en el complejo proceso de profesionalización por el que ha pasado dicha ocupación. Para el presente artículo es importante rescatar que la profesionalización de enfermería se fue construyendo de manera conflictiva con la profesión médica (Ramacciotti y Valobra, 2015).

Según Martin (2017), la enfermería ejercida por mujeres fue una asociación temprana, paralela al surgimiento mismo de la profesión, e históricamente naturalizada; esta asociación habría permitido la feminización de la tarea. No obstante, la presencia masculina tuvo un porcentaje amplio previo al siglo XIX, pero fue a partir de entonces que el proceso de feminización de la enfermería se fue consolidando de la mano del fortalecimiento de la vinculación entre las dotes naturales de las mujeres y el cuidado hacia el otro (Ramacciotti y Valobra, 2017). La enfermería fue considerada una extensión de lo doméstico y maternal, y en palabras de Martin (2017) se convirtió en una profesión que sirvió de atajo para conciliar el mundo femenino y el laboral. Esta división se trasladó al campo sanitario, de manera que los médicos se manejaban en el campo científico y las enfermeras, en cambio, en el empírico. Desde la cuestión práctica, la enfermería parecía más ligada al conocimiento natural que las mujeres tenían sobre las tareas domésticas que a una labor basada en procedimientos, conocimientos y técnicas que era necesario aprender. De esta manera, el rol reservado para las enfermeras en un primer momento estuvo ligado a cuidados que no requerían calificación. Esta caracterización de las actividades de la enfermería ligadas al sacrificio

fue funcional al mantenimiento de sueldos bajos o incluso tareas *ad honorem*, desvalorizando así sus tareas y menospreciando sus capacidades y derechos laborales (Ramacciotti y Valobra, 2017).

En los años posteriores, la enfermería se empezó a dictar en hospitales escuelas con el sistema de hogar escuela, en donde la dirección de las instituciones estaba a cargo de directoras enfermeras. Si bien los médicos recibieron bien la posibilidad de disponer de estudiantes enfermeras sin mayores costes económicos durante las 24 horas del día, muy pronto empezaron a reconocer conflictos latentes y de competencias entre la práctica médica y la de enfermería. A comienzos del siglo XIX, el director del Instituto de Medicina Experimental, Ángel Roffo llamó a promover la separación de las esferas de intervención y afirmó que no había que formar eruditas, ya que cuando la enfermera sabe más de lo que necesita es un peligro, pues tiende a invadir el terreno médico. A su vez, señalaba que lo que las enfermeras debían aprender era a aplicar con exactitud las indicaciones del personal médico (Martin, 2017). En este sentido, la profesionalización de enfermería se fue construyendo de manera conflictiva con la profesión médica.

Tal como señalan Ramacciotti y Valobra (2017), dentro de la sociología de las profesiones permanece la discusión respecto a si la enfermería es una profesión autónoma o debe catalogarse como una ocupación «paramédica». De acuerdo con estas autoras: «quienes sostienen la segunda postura consideran que la enfermería no pudo acumular y usar sus conocimientos bajo sus propios estándares y tampoco puede estar sin el control de actores externos ya que actúa bajo la tutela y la supervisión del médico» (Ramacciotti y Valobra, 2017: 297). Dentro de esta idea, si bien se reconocía la importancia del personal de enfermería para asistir a los médicos, no había mucha claridad sobre cómo ceder responsabilidades y atribuciones sin perder el terreno propio de la práctica médica. Para las autoras, el análisis de la profesionalización de ocupaciones feminizadas como la enfermería es una manera de estudiar cómo la dominación sexual estructura los lugares de trabajo, en relación también con el establecimiento del control y la autonomía de los propios campos profesionales. Este análisis permitiría librar, a las profesiones ligadas al cuidado, de la pesada carga de subalternidad y analizarlas como actividades que demandan energía, tiempo y recursos para la realización de tareas que son específicas y requieren de saberes y tecnologías acordes.

Fue en la década de 1990, con la sanción de la Ley Nacional N°24.004, referente al ejercicio de la enfermería, cuando se reconoció a la profesión como autónoma, poniendo por escrito algo que en la práctica sería más

difícil de revertir: que la enfermería dejara de ser considerada como una ocupación colaboradora de la medicina o la odontología. Desde la sociología de las profesiones, Freidson (1978), en los años setenta, dejó de lado la centralidad dada hasta entonces al rol de las profesiones y empezó a estudiar la problemática del conflicto y del poder en los procesos de profesionalización de las distintas ocupaciones. A su vez, se definió a las profesiones como ocupaciones específicas cuya posición dominante en la división del trabajo les permite controlar las condiciones de su actividad, de manera autónoma, y dominar una práctica sustentada en el conocimiento científico y en principios éticos (Faccia, 2015).

Reconocimiento desde la psicodinámica del trabajo

La psicodinámica del trabajo ha hecho una contribución para comprender el funcionamiento de la organización del trabajo, a través de la confrontación con la subjetividad del sector laboral. Dicha disciplina, que tiene a Dejours y Dessors como principales referentes, surge en diálogo e intentando superar las limitaciones propias de la psicopatología del trabajo (Dessors y Guhio-Bailly, 1998). Esta última intentaba dar cuenta de las afecciones psicopatológicas derivadas del conflicto entre el funcionamiento psíquico y una organización del trabajo que era considerada como un dato preexistente al encuentro entre trabajadores y trabajo, siendo un conjunto de restricciones masivas, monolíticas e inquebrantables.

La psicodinámica del trabajo, en cambio, se empezó a preguntar por qué, mientras determinados sujetos enfermaban, había otros que no desarrollaban patologías pese a estar bajo las mismas condiciones laborales. La normalidad emergió entonces como interrogante. Y la psicodinámica del trabajo comprendió que los trabajadores no eran pasivos frente a las restricciones que impone la organización del trabajo. A través de diferentes mecanismos de defensa, tanto individuales como colectivos, los mismos luchan contra la desestabilización producida por las restricciones del trabajo. La normalidad entonces resulta de un equilibrio inestable y precario, producto de la confrontación de los sujetos contra lo real del trabajo. Normalidad que tenía a las relaciones intersubjetivas (constructoras de estrategias defensivas u ofensivas contra el sufrimiento) ocupando un lugar central (Dessors y Guhio-Bailly 1998).

Trabajo prescripto y trabajo real

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

De modo que es imposible trabajar si se busca respetar todas las consignas y no habría producción posible si todo el personal obrero trabajara según el reglamento, si obedecieran estrictamente las reglas (Dejours, 2015; Dessors y Guhio-Bailly, 1998). Es en este sentido que se redefine la noción de trabajo, entendiendo que es la actividad desplegada por las personas trabajadoras para enfrentar lo que no está dado por la organización prescrita del trabajo (Dessors y Guhio-Bailly, 1998). El trabajo real implica un compromiso por conciliar las distintas interpretaciones que los actores pueden darle al trabajo prescripto, es así que la organización real del trabajo es producto de las relaciones sociales. El trabajo real entonces implica un compromiso, implica poner en juego la iniciativa, la inteligencia, la voluntad, la

creatividad. La inteligencia en el trabajo es comprometer toda la subjetividad para encontrar una solución. La movilización subjetiva que implica y se define como la capacidad de sobreponerse y encontrar soluciones a la organización prescripta del trabajo supone: esfuerzos de inteligencia, esfuerzos de elaboración para construir opiniones sobre la mejor manera de sacar adelante el trabajo, esfuerzos para involucrarse en el debate de opiniones necesarias para la deliberación existente sobre la toma de decisiones para la organización del trabajo. Al mismo tiempo, esta movilización debe considerarse como una contribución específica e irremplazable de la mano de obra para ajustar la organización prescripta del trabajo. Para la psicodinámica del trabajo, lo más natural y espontáneo es la movilización de la inteligencia práctica; la pereza o el vagabundeo que desde ciertas corrientes caracterizan a determinados trabajadores son más bien el resultado de un proceso ligado a los efectos nocivos de la utopía taylorista cuando se quiere aplicar a las relaciones sociales en el trabajo.

La transformación del sufrimiento en placer

La movilización subjetiva por más espontánea que sea es sumamente frágil y supone un equilibrio entre contribución y retribución (Dessors y Guhio-Bailly 1998). Esta retribución que se espera, de acuerdo a las investigaciones de la psicodinámica, es esencialmente simbólica y se denomina reconocimiento. El reconocimiento pasa por la construcción rigurosa de juicios respecto al trabajo realizado. La psicodinámica del trabajo distingue dos tipos: el juicio de utilidad, que emana específicamente de los mandos superiores y refiere a la utilidad económica, social o técnica de la contribución del trabajador a la organización del trabajo; y, por otro lado, el juicio de belleza (es un lindo trabajo, una bella obra, una demostración elegante) expresado sobre todo por los pares y colegas, es el más célebre y apreciado, porque implica que, reconocido por sus pares, el individuo accede a la pertenencia (Dejours 2015, Dessors y Guhio-Bailly 1998). El juicio de belleza tiene un aspecto doble: por un lado, consiste en reconocer que el sujeto trabaja correctamente de acuerdo a las reglas del arte/oficio y, por el otro, consiste en atribuir al sujeto cualidades que lo distinguen de otros, por las que sobresale; ya sea por su originalidad, ingenio o astucia.

Si bien los juicios realizados son sobre el trabajo, sobre el hacer y no sobre la persona, el reconocimiento realizado puede inscribirse como ganancia en el registro de la identidad. La misma se obtiene por los efectos

del reconocimiento en el registro del hacer que luego el sujeto inscribe en el registro del ser. Y es esta retribución sobre el hacer, que se inscribe en el plano de la identidad, la que posibilita en la dinámica del trabajo la transformación del sufrimiento en placer. Es la conquista de la identidad a través de la dinámica intersubjetiva del reconocimiento la que permite la realización de sí mismo y la transformación de ese sufrimiento en placer (Dessors y Guhio-Bailly, 1998). Detrás de la expectativa de contribuir a la organización del trabajo existe una búsqueda de identidad, lo que moviliza al sujeto es un beneficio en términos de sentido para sí mismo.

Como sostienen Dessors y Guhio-Bailly (1998), la existencia del colectivo es un eslabón fundamental y el punto sensible de la dinámica intersubjetiva de la identidad en el trabajo. De ahí la importancia en la psicodinámica del triángulo explicativo entre el sujeto, sus tareas y el colectivo (otros u otras, hombres o mujeres compañeros o jefes), ya que para superar el sufrimiento que es consustancial al trabajo, a partir del enfrentamiento del sujeto con sus tareas, la existencia del colectivo es central. Y es dicho colectivo el que es capaz de proveer el reconocimiento que las personas trabajadoras esperan por la movilización de su subjetividad para sobreponerse a la organización prescripta del trabajo.

Abordaje metodológico

El diseño metodológico se orientó a un estudio de caso con finalidad descriptiva explicativa, con un abordaje de tipo cualitativo, mediante entrevistas. El trabajo de campo se realizó entre julio y agosto de 2021. La población de estudio son las enfermeras del turno de la mañana (6 horas a 12 horas) y de la tarde (12 horas a 18 horas) que desempeñan sus tareas en el área de terapia del servicio de Neonatología de un hospital público de Lomas de Zamora, provincia de Buenos Aires. De acuerdo con lo informado por la coordinadora, se encontraban trabajando 6 enfermeras en el turno mañana y 6 en el turno tarde. Debido a la predisposición a responder la entrevista, se pudieron entrevistar a 4 de cada turno, es decir 8 enfermeras en total. Respecto a la formación de éstas, 5 son licenciadas, 1 es enfermera profesional y 2 son técnicas en enfermería. El hospital fue seleccionado por ser un hospital interzonal caracterizado como de segundo nivel de atención por su nivel de complejidad y con una alta demanda por parte de la población. La decisión de enfocarse en el servicio de Neonatología fue una sugerencia de

uno de los informantes claves, sustentada en la complejidad que presentaba dicho servicio.

La formación del personal de enfermería y su alerta temprana

De acuerdo con las entrevistas realizadas, la tarea del personal de enfermería es brindar confort, higiene, administrar la medicación al paciente y estar atento a las necesidades del bebé y la familia.

Vamos a dar cuenta ahora de cuáles son las habilidades que despliegan las enfermeras en su tarea, según su propio relato:

Todos dependemos de la mano y demás, colocar una vía o algo en un bebito chiquitito y si no lo sabés agarrar, no sabés hacer algo, no podés estar acá. Colocar una vía y que te tiemble la mano o lo que sea, no podés (Enfermera).

Todo lo que es observación, obvio, tenés que saber, para colocar una vía central o una percutánea² no voy a pinchar por pinchar y a ver si viene, no, tenés que mirar al paciente, buscar una vena, tenés que ver dónde pinchar y tenés que saber hacer el procedimiento (Enfermera).

La teoría es fundamental para ciertas cosas que, bueno, te indican parámetros, pero también la observación porque a veces los aparatos fallan y tu visión, que lo tenés ahí, estás viendo otra cosa, entonces, bueno... (Enfermera).

Nosotros valoramos y vemos, si un bebé está bien, cómo está y las expresiones del bebé las tomamos, como, por ejemplo, si tiene cara de dolor. La clínica, el ojo clínico de la enfermera tiene mucho que ver, el color del bebé, si está irritable, o no (Enfermera).

De acuerdo con los relatos es posible observar cómo la formación del personal de enfermería se encuentra íntimamente ligada a la habilidad de observación y a la manual. El trabajo de enfermería supone pasar una gran parte de la jornada al lado de los neonatos, trabajando de manera continua sobre el paciente en comparación a las médicas que lo revisan y observan solo una vez por día; es por ello que las enfermeras desarrollan con mayor profundidad la habilidad manual y observacional. Dichas habilidades, como veremos a continuación, se adquieren a través de la práctica y son las que conforman la *expertise* de las enfermeras y las diferencian de las habilidades

² Una vía percutánea es un catéter que inserta con una aguja a través de la piel en una vena, mientras que una vía central es un catéter que llega hasta una vena ubicada cerca del corazón o hasta dentro del corazón.

o conocimientos que tiene la medicina. Es lo que Wood (1987) llama cualificaciones tácitas, aquellas que se adquieren a través de la experiencia y no necesariamente a través de un entrenamiento formal (Finkel, 1996). Wood (1987) destaca tres dimensiones centrales de las cualificaciones tácitas: la primera es el proceso de aprendizaje implicado en la ejecución de tareas rutinarias, donde las capacidades se adquieren a través de la experiencia; la segunda es la capacidad de adquirir percepciones elevadas, como lo son los «trucos de oficio»; y la tercera dimensión se relaciona con la naturaleza colectiva del proceso laboral en donde se destacan capacidades tácitas como la afinidad, la camaradería, el cumplimiento de horarios, obediencia y la apreciación y el conocimiento de los trabajadores de la relación que tiene su trabajo con el proceso productivo.

Tal como sostiene la psicodinámica del trabajo, las habilidades del servicio de enfermería tienen que ver con la inteligencia práctica, enraizada en el cuerpo a través de un ruido, un olor o algo visual que funcionan como señales de alerta. Esta dimensión corporal se distingue del razonamiento lógico, porque actúa y construye la técnica solo a partir de los datos perceptivos y no a la inversa. La siguiente entrevistada lo expresa de esta manera:

Y sí, sabemos. Es lo que aprendimos. Y sí, eso lo aplicamos con los bebés, por ejemplo, lo que es procedimientos invasivos de colocación de vía, colocación de sonda, darle de comer, la valoración desde la cabeza te lo pide el bebé. Son todas cosas que es difícil explicarlas a veces... (Enfermera).

La misma enfermera encuentra cierta dificultad en expresar ese conocimiento. Tal como plantea Dejourns (2015), quien trabaja no siempre tienen conciencia de este despliegue de capacidades y habilidades, porque ese conocimiento se encuentra enraizado en el cuerpo y no necesariamente las trabajadoras tienen conciencia de él.

La alerta temprana de enfermería

Esta conciencia práctica es la que construye la percepción en las enfermeras de que son ellas las que están alertas y pendientes de los pacientes, quienes están al lado de ellos durante todo el día. Vamos a ver algunos de los relatos de las entrevistadas en este sentido:

A veces pasa que enfermería es la que alerta. Porque ¿quién conoce al paciente?, ¿quién sabe, si yo estoy seis días con todos estos pacientes?

Ya conocés cómo llora, ya conocés cuando está irritable, ya los conocés y si vos ves algo que no es normal para ese bebé que tuviste toda la semana, directamente vas y hablás con la médica [...] Porque es estar constantemente seis horas al lado del paciente yendo y viniendo y ellos por ahí están en el office, no es que están ahí con el paciente (Enfermera). Entonces vos tenés que escuchar, porque ¿quién está con el paciente? El enfermero. Entonces el enfermero conoce más al paciente que vos, que lo venís a revisar, capaz que revisás un poco y después te vas, te sentás ahí, estás ahí sentado. Como dicen: el enfermero son los ojos del médico. Eso que vos ves es lo que ellos van a... Si yo le digo: «lo veo muy pálido» o «lo veo mal a este bebé», entonces ahí, de acuerdo a eso, van a decir: «Bueno, vamos a sacarle un laboratorio» (Enfermera).

Nuevamente la construcción de la *expertise* propia («enfermería es la que alerta») se construye de forma diferencial y para distinguirse del trabajo que realizan las médicas. Este proceso de subjetivación profesional realza las capacidades y responsabilidades de enfermería, y su contribución al proceso de cuidado de los pacientes, significando positivamente el estar al lado de ellos, en detrimento de las médicas que no realizan esta función. Es importante destacar cómo a través del despliegue de la observación como competencia específica del servicio de enfermería se reconstruye positivamente el valor de las tareas realizadas, competencia sin la cual la atención médica por sí sola no podría funcionar.

Como sostienen las enfermeras, la valoración del paciente y estar pendientes de él, también es importante, ya que los aparatos que utilizan pueden fallar:

A veces el saturómetro³ te está marcando una cosa y vos ves el bebé y decís: «No, esto no está pasando, no es real», porque uno conoce el color, cómo respiran, todo del bebé (Enfermera).

Observándolos, porque los monitores son los monitores; si bien es una manera de control que nos re ayuda, también nos ayuda el observar a nosotros, el ver que algo pasa, alguna coloración, la actitud, porque a veces esas cosas no se registran, muchas veces no se registra la actitud del chico, la manera de respirar, porque puede estar saturando a 97, pero el pibe está [jadea] agitadísimo, haciendo un esfuerzo respiratorio, pero tu monitor está marcando que está saturando bien y en realidad vos estás viendo al pibe que está esforzándose para poder saturar eso (Enfermera).

³ El saturómetro es un dispositivo digital, que permite medir la cantidad de oxígeno que posee la sangre.

Como ya mencionamos, para la psicodinámica del trabajo, el trabajo se convoca allí donde las tecnologías duras resultan insuficientes (Dejours, 1998).

La mayoría de las enfermeras sostiene que la formación para trabajar en el servicio de neonatología te lo da la experiencia que se adquiere a través de los años. La formación universitaria o la tecnicatura, tal como relatan, las forma para trabajar con el adulto, pero no con un neonato. De tal manera que la experiencia adquirida es central para la realización de sus tareas diarias. Veamos el relato de algunas entrevistadas:

Todo te lo da la experiencia, cuando tenés al paciente ahí, aparte cada paciente es diferente, vos podés tener mucha experiencia, pero tenés que ver en cada uno. La medicina es así porque el libro te dice una cosa y después al paciente vos le diste tal antibiótico y reacciona cada paciente diferente al tratamiento, a todo (Enfermera).

Mirá, yo entré acá sin saber nada de «neo», aprendí a los ponchazos. Y después, cuando fui haciendo los cursos, todo lo que me explicaban ya lo había visto, ya lo había vivido, ya lo sabía, pero está bueno igual actualizarse porque hay cosas nuevas, siempre hay cosas nuevas, siempre te traen un equipo nuevo, siempre hay que ir aprendiendo. Pero, por lo general, te lo da todo la experiencia (Enfermera).

La experiencia te da un conocimiento extra que no lo tenés en los libros (Enfermera).

Puigrós y Gómez Sollano (2009), quienes analizan las interrelaciones entre la educación y el trabajo, indagan en aquellos saberes que son generados por los sujetos en el marco de la misma práctica laboral, denominándolos saberes socialmente productivos. La experiencia puede considerarse como uno de ellos. Se entiende por experiencias aquellas situaciones por las cuales los sujetos pasan y se ven transformados en su identidad. La experiencia en este sentido puede considerarse como una frontera en la cual hay una posibilidad de producción de algo diferente. La experiencia de las enfermeras es un aspecto central. Es el mismo personal de enfermería el que valora a las enfermeras más experimentadas y confía especialmente en ellas. Esta valoración y reconocimiento se expresa por ejemplo en pedirles ayuda para la realización de las tareas, en consultarles cuando se tiene alguna duda. Tal como sostiene una enfermera del turno mañana:

[...] La coordinadora es la que tiene más experiencia en todo, entonces uno recurre al que más experiencia tiene por la calidad de paciente que tiene, porque si no en uno que está más o menos, uno se manda, lo pincha, le pone la percutánea y listo, pero en un chico muy delicado, yo la llamo a la coordinadora que es la que más experiencia tiene (Enfermera).

La experiencia es una de las principales distinciones que operan entre el colectivo de enfermeras. Por lo tanto, la formación y las habilidades adquiridas en la práctica son más valoradas y reconocidas en las enfermeras que cuentan con mayor antigüedad en la terapia neonatal en relación con las enfermeras que recién empiezan o tienen menos años. La experiencia lo que les termina dando es un mayor margen de autonomía para tomar decisiones sobre su tarea. Como manifiesta una enfermera:

Hay veces que tomamos decisiones, pero por viejas, por experiencia y porque sabemos que lo que hacemos está bien (Enfermera).

O como lo expresa otra del mismo turno al consultarle si su formación la ayuda en la realización de sus tareas diarias:

Porque primero tu cabeza se abre más, tenés más capacidad de observación del campo, el conocimiento te hace menos temeroso, vos vas y actúas directamente porque tenés fundamentos, porque conocés (Enfermera).

Como señalan las enfermeras, la formación a través de la experiencia lo que permite es ampliar el margen de autonomía, lo cual repercute en la toma de decisiones. Lo que consolida es la percepción de autonomía ocupacional y el distanciamiento de la idea del trabajo de enfermería como simple ejecución.

Reconocimiento de la labor de enfermería por parte del equipo médico

Si bien dentro del equipo de enfermeras, las mismas reconocen entre sí a aquellas más experimentadas y con mayor formación, no sucede lo mismo respecto al reconocimiento que las mismas perciben de parte del personal médico. Pasaremos ahora a dar cuenta de las percepciones que las enfermeras entrevistadas tienen respecto al reconocimiento de su labor por parte del equipo médico.

En primer lugar, trataremos las percepciones de la falta de reconocimiento en torno a la formación:

Estamos en el hospital, el hospital es el dedo: yo te nombro a vos sin saber, lo que sea y nada. La mayoría acá son licenciados y la coordinación la

tiene una enfermera, entonces de qué sirve que me haya capacitado, haya estudiado, haya hecho la licenciatura, cursos, lo que sea, si después soy igual que todos. Y viene una nueva o lo que sea y ya es coordinadora. (Enfermera).

Y vos hacés un curso, pero el curso siempre... excepto que vayas a hacer un curso presencial, está la residencia en «neo» que la puede hacer un enfermero con un médico, que la podés hacer en el Hospital Garrahan, hacés una residencia y estás a la par del médico porque aprendés lo mismo. Pero lo que pasa es que a un enfermero no se le va a pagar lo que le pagan al médico, entonces no tiene mucho sentido. Si vos lo hacés por tu conocimiento, porque a vos te hace bien, está bueno, porque vos querés saber, pero después no te lo valoran entonces a veces esas cosas te bajan un poco (Enfermera).

[Para ellos] el enfermero es el que limpia el culo y nada más, no saben todo el conocimiento que tiene que tener un enfermero para estar trabajando. No saben que un paciente sale adelante porque está un enfermero adelante. Puede estar el médico que va a dar algunas indicaciones, pero el paciente salió adelante porque está el enfermero encima. Si vos tenés un paciente que tiene escaras⁴ y no se las curás, el paciente no va a salir adelante y se va a profundizar más. Y eso se va a curar si vos estás encima, si no, no se va a curar (Enfermera).

Las enfermeras reconocen el aporte que realizan al cuidado del paciente, sin embargo, afirman también que esta contribución no es reconocida ni por el hospital ni por el servicio de neonatología. Esto se evidencia en que la realización de cursos o la formación de grado que puedan tener no repercuten en mejores salarios, condiciones de empleo o algún tipo de crecimiento dentro del servicio. Tal como lo expresan las enfermeras para el servicio y para el hospital es lo mismo si estas formada o si no lo estas.

Sí, ella obviamente, como cualquier jefa, quiere un equipo de profesionales capacitados. Pero no es un requisito para estar acá, no es una obligación, por eso te digo que no se exige. Yo, por ejemplo, ingresé y tenía dos meses de antigüedad en enfermera y cuando vine acá no era nada de lo que hoy realmente soy, que es otra mirada, pero nunca se me exigió: «para seguir acá, tenés que tener un curso por año», no (Enfermera).

Al consultarle a dicha enfermera si consideraba que sería necesario que haya más exigencia en la formación, la misma respondió lo siguiente:

⁴ La escara es una lesión de la piel que se caracteriza por la aparición de una costra como resultado de una quemadura, una gangrena o cualquier necrosis de origen infeccioso, químico o de otro tipo.

Yo creo que sí, no sé si exigencia, pero sí motivación capaz, por ejemplo, que anuncien por mes estos cursos, se pueden dar acá, si ella como jefa puede llegar a alcanzar lugares que nosotros no, por ejemplo, cupos (Enfermera).

Por el contrario, las entrevistadas sostienen que el reconocimiento todavía lo tienen los médicos:

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

Siento mucha decepción porque todavía es el modelo del médico manda y el médico sabe y enfermería hace muchísimo laburo, estamos todo el tiempo al lado del paciente, pero a veces esas cosas no se ven, el mérito es siempre del mismo: «ay, no, porque la doctora...» (Enfermera).

El enfermero siempre va a ser el enfermero y el que siempre se lleva los laureles es el médico (Enfermera).

Como sostiene Sainsaulieu (1985), el reconocimiento en el trabajo es una experiencia relacional que es desigual y cambiante en función de las relaciones de poder entre los distintos grupos de actores (Beliera, 2018), que se construye de manera conflictiva con la profesión médica, coincidente con los aportes de Ramacciotti y Valobra (2017).

La falta de reconocimiento experimentada por las enfermeras lo que genera es una falta de sentido del trabajo. Una enfermera lo manifiesta claramente al hablar de sus compañeras de turno:

Acá no te incentivan en nada, al contrario, yo calculo que mis compañeras son así también porque no hay incentivo de nada [...] No hay incentivo, no se sienten valorizadas... ni ahí. Entonces uno como que se desgasta y viene hace el laburo y se va (Enfermera).

Esa falta de reconocimiento lo que trae aparejado es el ceñirse a rajatabla a la tarea prescripta y no involucrarse más allá de eso, ya que la contribución que realiza la trabajadora para el funcionamiento de la organización del trabajo no es recompensada.

Si me dicen: «¿por qué no lo hiciste?», «porque no me corresponde, yo lo hago para ayudar, pero no lo voy a hacer de ahora en más» (Enfermera).

Para Spinelli (2010) la ausencia de redes que den sentido y significado al trabajo, que generen sentimientos de pertenencia e identidad pueden producir lógicas alienadas, que impacten en el proceso de trabajo y la salud del trabajador, lógica que provoca en el trabajo cotidiano un grado cada vez mayor de alejamiento, desinterés, así como la fragmentación de los procesos de trabajo (Campos, 2006). A través de las entrevistas realizadas es posible dar cuenta de cómo la percepción de la falta de reconocimiento por parte de la organización hospitalaria y del servicio se traduce en un desinterés y en una falta de voluntad para cooperar. Y como menciona la última enfermera, genera en algunas compañeras el desencanto que produce el ir al trabajo para cumplir con lo mínimo indispensable e irse.

La vinculación con las médicas internas a través de la sanción

De acuerdo al relato de las enfermeras otro de los significados que permea la relación con las médicas internas es que ante los problemas que pudiera haber en el servicio de neonatología «la culpa es de enfermería».

Es como que hay un abismo entre nosotros, porque cuando hay problemas nos lo tiran a nosotros: «ah, porque enfermería», entonces ya quedamos así, mal (Enfermera).

Y las médicas siempre: «pero qué mal trabajo que hacen en enfermería» (Enfermera).

Estas quejas hacia las médicas internas derivan en notas que tienen un efecto sancionador:

Siempre se quejaron de nosotras, pero bueno, ya una médica hizo notas, como que suenan las alarmas y no vamos a ver, o que un nene desaturaba y no lo vimos. Hubo un caso especial en donde pasó que una médica se quejó de todo nuestro turno (Enfermera).

La realización de notas por parte de las médicas de guardia al personal de enfermería, sigue manifestando la falta de reconocimiento a sus tareas, y la percepción de que si el servicio de neonatología no funciona correctamente es porque «la culpa es de enfermería». Sin embargo, frente a la realización de estas notas, las enfermeras movilizan a su favor la dificultad de conseguir una enfermera para el servicio de neonatología, por la especificidad de su formación y los años de experiencia. El personal de enfermería de la terapia neonatal tiene una formación muy específica para el cuidado de los pacientes,

muy diferente a la enfermería para adultos; lo que dificulta el control sobre su proceso de trabajo por parte del servicio de enfermería del hospital que no se encuentra capacitado para supervisar dichas tareas. Es por esta razón que las enfermeras son conscientes de que por más que las médicas de guardia les puedan realizar notas donde se quejen de las tareas que han realizado, la sanción no va más allá de eso y no las pueden despedir. En palabras de las propias entrevistadas:

Porque a lo sumo te vas a recibir una puteada, no más que eso (Enfermera).

A nosotras, que ya estamos hace rato, creo que no nos joden mucho, no hay enfermeros formados acá en el hospital y es difícil encontrar, entonces pueden hacer la nota a veces y va a pasar y vos vas a seguir estando acá (Enfermera).

Ante la consciencia de que las enfermeras difícilmente puedan ser echadas, las notas realizadas por las médicas en vez de funcionar para mejorar las tareas realizadas por enfermería, funciona como una demostración de poder, frente a la cual el personal de enfermería resiste no cooperando.

Reflexiones finales

En el presente artículo pudimos evidenciar como las trabajadoras enfermeras despliegan la habilidad de observación y la manual, y a través de ello su alerta temprana, siendo el aporte específico que dichas trabajadoras realizan a la producción del cuidado en la terapia neonatal. Esta *expertise* no proviene de un saber formal o de la relación de las enfermeras con el sistema educativo en el cual desarrollaron su formación; como tuvimos oportunidad de mencionar, las entrevistadas refirieron que en las instituciones educativas las forman para trabajar con adultos, pero a trabajar con neonatos lo aprenden en la propia terapia a través de la práctica. De modo que esta formación se realiza en el trabajo vivo, en acto de las enfermeras, a través de una experiencia que las va transformando y contribuye a la construcción de su identidad como enfermeras de neonatología. La experiencia como saber socialmente productivo, al mismo tiempo guía la tarea de enfermería y ayuda a la conformación de la identidad de cada trabajadora.

Sin embargo, de acuerdo con los resultados expuestos, la falta de reconocimiento por parte del personal médico hacia esta contribución específica que realizan las enfermeras trae aparejado una falta de sentido del trabajo en dichas trabajadoras, llevando a sentimientos de desidia y

desinterés. La construcción del sentido que la propia persona trabajadora le da a su actividad no puede estar dada por la aceptación a rajatabla de las prescripciones. El sentido del trabajo es posible en la medida en que las personas trabajadoras movilizan su subjetividad, poniendo en juego su inteligencia práctica, apropiándose y construyendo sus propias reglas. La concepción del trabajo de enfermería como un trabajo de mera ejecución por parte del personal médico y la falta de reconocimiento a su formación y a su aporte específico, repercuten negativamente en la labor de enfermería, y por ende en la producción del cuidado. Si bien entre el propio equipo de enfermeras hay un reconocimiento de su labor ya que entre ellas reconocen y confían en sus pares más experimentadas, resulta insuficiente para una producción del cuidado que se caracteriza por su dimensión relacional en las organizaciones sanitarias, la cual requiere de un reconocimiento entre los distintos grupos profesionales.

Un estudio realizado en personal de enfermería desde el abordaje de los riesgos psicosociales, llega a conclusiones similares al poner de manifiesto que a partir de las relaciones sociales en el trabajo se crean las condiciones para que los sujetos trabajadores puedan integrarse a grupos, ser tratados con justicia, y reconocidos en sus laborales, pudiendo desempeñar sus tareas con un margen de autonomía, necesario para desarrollar sus competencias y habilidades (Neffa, Prugent, Bernasconi y Pou, 2016). Es necesario preguntarse por el modo en que se integran los diferentes colectivos de trabajo con sus saberes disciplinarios específicos a una producción del cuidado, cuyo objetivo final depende de las relaciones intersubjetivas entre los diferentes procesos de trabajo. He aquí la principal crítica a Mintzberg (2001), quien plantea a las burocracias profesionales como colecciones de individuos aislados con estrategias individuales, en donde la unión pasa centralmente por los recursos compartidos. El sobreponerse a la tarea prescrita y movilizarse subjetivamente, a través de la habilidad manual y de la observación y la alerta temprana, es una contribución imprescindible por parte del personal de enfermería para el cuidado de los neonatos. La falta de reconocimiento hacia esta labor por parte del personal médico genera la adhesión a rajatabla a las prescripciones por parte de las enfermeras, repercutiendo negativamente en el objetivo final de la terapia neonatal. Dicho en otras palabras, la sensación de desidia y desinterés experimentada por las enfermeras no es inofensiva para el trabajo en la terapia neonatal, ni es una repercusión que afecte solamente a este colectivo de trabajo.

Se vuelve necesario visitar la forma en la que tradicionalmente se ha concebido el trabajo de enfermería, como una ocupación paramédica, ya que en la práctica y a través de los resultados expuestos, es posible evidenciar el aporte distintivo y diferencial que realiza dicho personal en el trabajo en salud; aporte que es parte de su saber y formación específica, diferente al que realiza el personal médico. En tanto y en cuanto la producción del cuidado tiene en las relaciones intersubjetivas entre los distintos equipos profesionales una dimensión central, el reconocimiento diferencial entre el personal médico y el personal de enfermería repercutirá negativamente en dicha producción y en la calidad de atención en la terapia neonatal.

Si bien no es el objeto del presente artículo, también es dable mencionar que esta falta de reconocimiento es susceptible de repercutir en la salud de las enfermeras. Al preguntarles por la salud autopercibida, las trabajadoras manifestaron en su mayoría una salud desfavorable vinculada a sentimientos de cansancio, sobre todo cansancio mental; primando el dolor de cabeza como uno de los síntomas más señalados. Es importante señalar, que el cansancio que experimentan las enfermeras puede impactar a su vez en las relaciones intersubjetivas con los otros grupos ocupacionales, y convertirse en una relación iterativa, entre falta de reconocimiento y cansancio. El malestar y el desinterés, junto con el cansancio, que también aparecieron en el relato de las entrevistadas, dan cuenta de la fragmentación del colectivo de trabajo, que remita a los sujetos a la falta de sentido de sus esfuerzos y a una sensación de absurdo.

Referencias bibliográficas

Aspiazu, Eliana y Romina Cutuli (2022). «Condiciones de trabajo de la enfermería: percepciones, prácticas y riesgos psicosociales durante la pandemia COVID-19. Mar del Plata, Argentina» en *EJES de Economía y Sociedad*, 6.11, pp. 462-495. Paraná.

Aspiazu, Eliana (2017). «Las condiciones laborales de las y los enfermeros en Argentina: entre la profesionalización y la precariedad del cuidado en la salud» en *Trabajo y sociedad* (28), 11-35. Santiago del Estero.

Beliera, Anabel (2018). «Ser profesional en el hospital: identificación, estratificación y conflicto sindical» en *Revista Mexicana de Sociología*, vol. 1, n° 80, pp. 7-33. Ciudad de México.

Campos, Gastão Wagner (2006). *Gestión en salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Campos, Gastão Wagner (2009). *Método paideia: análisis y co-gestión de colectivos*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Dejours, Christophe (1998). «De la psicopatología a la psicodinámica del trabajo» en Dominique Dessors y Marie-Pierre Guiho Bailly, comps., *Organización del trabajo y salud: De la psicopatología a la psicodinámica del trabajo*. Buenos Aires: Lumen.

Dejours, Christophe (2015). *El sufrimiento en el trabajo*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Topía Editorial.

Dessors, Dominique y **Marie-Pierre Guiho Bailly**, comps. (1998). *Organización del trabajo y salud: de la psicopatología a la psicodinámica del trabajo*. Buenos Aires: Lumen.

Faccia, Karina (2015). «Continuidades y rupturas del proceso de profesionalización de la enfermería (1955-2011)» en Carolina Biernat, Juan Manuel Cerdá y Karina Inés Ramacciotti, dirs., *La salud pública y la enfermería en la Argentina*. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.

Finkel, Lucila (1996). *La organización social del trabajo*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Fredson, Eliot (1978). *La profesión médica*. Barcelona: Península.

Malleville, Sofía (2022). «El trabajo de cuidado de la salud en tiempos de pandemia: Transformaciones en el proceso laboral y estrategias de afrontamiento en enfermeras del subsector privado de La Plata» en *Ejes de Economía y Sociedad*, 6.11, pp. 359-383. Paraná.

Malleville, Sofía y **Anabel Beliera** (2020). «El lugar del reconocimiento en el trabajo de enfermería. Repensando el concepto de precarización laboral» en *Estudios del trabajo* 59, pp. 49-51. Buenos Aires.

Malleville, Sofía y **Deborah Noguera** (2021). «¿Situación de emergencia o problemática histórica? Salarios, pluriempleo y organización cotidiana en el trabajo de cuidado de enfermería» en Ministerio de Economía, Biblioteca Nacional, Manuel Belgrano, ed., pp. 151-194. Buenos Aires.

Martin, Ana Laura (2015). «Mujeres y enfermería: una asociación temprana y estable (1886-1940)» en Biernat, Carolina, Juan Manuel Cerdá y Karina Inés Ramacciotti, comps., *La salud pública y la enfermería en la Argentina*. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.

Merhy, Emerson Elías (2006). *Salud: cartografía del trabajo vivo*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Micha, Ariela (2015). «Las condiciones de trabajo de la enfermería en Argentina: algunos determinantes político-institucionales» en *Estudios del Trabajo. Revista de la Asociación Argentina de Especialistas en Estudios del Trabajo (ASET)*, (49). Buenos Aires.

Mintzberg, Henry (2001). *La burocracia profesional. Diseño de organizaciones eficientes*. Buenos Aires: El Ateneo.

Neffa, Julio César, Nora Lac Prugent, Mónica Cesana, Inés Bernasconi y José Luis Pou (2016). «La encuesta argentina sobre riesgos psicosociales en el trabajo. Su aplicación en la Subdirección de Enfermería de un hospital de la ciudad de Corrientes, Argentina» en *Revista de estudios regionales y mercado de trabajo*, (12), pp. 43-71. La Plata.

OMS (Organización Mundial de la Salud) (2020). *Situación de la enfermería en el mundo 2020: invertir en educación, empleo y liderazgo*. Ginebra: OMS.

Pereyra, Francisca y Ariela Micha (2016). «La configuración de las condiciones laborales de la enfermería en el Área Metropolitana de Buenos Aires: un análisis en el cruce del orden de género y la organización del sistema de salud» en *Salud colectiva*, 12, pp. 221-238. Buenos Aires.

Puiggrós, Adriana y Marcela Gómez Sollano (2009). «Saberes socialmente productivos. Educación, legado y cambio» en Marcela Gómez Sollano, ed. *Saberes socialmente productivos y educación. Contribuciones al debate*. Ciudad de México: UNAM-Facultad de Filosofía y Letras.

Ramacciotti, Karina y Adriana Valobra (2015). «Feminización y profesionalización de la enfermería (1940-1955)» en Carolina Biernat, Juan Manuel Cerdá y Karina Ramacciotti, dirs., *La salud pública y la enfermería en la Argentina*. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.

Sainsaulieu, Renaud (2019). *L'identité au travail*. París: Presses de Sciences Po.

Spinelli, Hugo, Andrés Trotta, Carlos Guevel, Adrián Santoro, Sebastián Martínez, Gisela Negrín y Yaima Morales Castellón (2013). *La salud de los trabajadores de la salud. Trabajo, empleo, organización y vida institucional en hospitales públicos del aglomerado Gran Buenos Aires, Argentina, 2010-2012*. Buenos Aires: OPS.

Spinelli, Hugo (2010). «Las dimensiones del campo de la salud en Argentina», en *Salud Colectiva*, vol. 3, n° 6, pp. 275-293. Buenos Aires.

Terresac, Gilbert (2005). «Trabajo y sociología y en Francia ¿Hacia una sociología de las actividades profesionales?» en *Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo (Relet)*, 10(17), pp. 101-132. Buenos Aires

Wlosko, Miriam y Cecilia Ros (2019). «Aportes de la Psicodinámica del Trabajo al análisis de la violencia laboral: análisis del caso de enfermería» en Miriam Wlosko y Cecilia Ros, comp., *El trabajo: entre el placer y el sufrimiento*. Lanús: Ediciones de la UNLa.

Wood, Stephen (1987). «The deskilling debate, new technology and work organization», en *Acta sociológica*, vol. 1, n° 30, pp. 3-24. Ciudad de México.