

El lugar del reconocimiento en el trabajo de enfermería.

Repensando el concepto de precarización laboral.

Anabel Beliera (LESET -IdIHCS) anabeliera@gmail.com

Sofía Maleville (CIC/LESET -IdIHCS) malleillesofia@gmail.com

La enfermería ocupa una posición subordinada dentro del ámbito hospitalario y en ocasiones sufre procesos de precarización laboral: contratos eventuales, extensión de la jornada laboral, pluriempleo, subordinación frente a otros grupos de trabajadores, bajos salarios, falta de reconocimiento, etc. (Micha, 2015; Micha y Pereyra, 2016; Esquivel y Pereyra, 2017; Aspiazu, 2017; Neffa y Henry, 2017).

Si bien el trabajo de enfermería resulta fundamental en cualquier institución de salud, las labores de este grupo siguen sufriendo una falta de reconocimiento al punto de que aparece invisibilizado (Balzano, 2012).

En primer lugar, esto se debe a razones históricas, relativas a la propia conformación de la enfermería como una práctica subordinada a la medicina, primero como un oficio de empírico y luego profesionalizado (Faccia, 2015). En segundo lugar, deben considerarse también las construcciones sociales sobre los roles de género. Dado que la enfermería es un trabajo desarrollado principalmente por mujeres (Martin, 2015; Ramaciotti & Valobra, 2010; Wainerman & Binstock, 1992), es usual que se naturalicen las labores de cuidado como una “extensión” de cualidades supuestamente femeninas, cuestión que invisibiliza la formación y capacitación requerida para ejercer esas tareas. Finalmente, otros elementos que cooperaron en la falta de reconocimiento de las labores de enfermería se vinculan con las características de las prácticas de cuidado en sí mismas. Se trabaja con situaciones que socialmente son consideradas tabú y que hay que aprender a disimular: la limpieza de secreciones y de las partes genitales del cuerpo, la asistencia para ir al baño, el retiro de deyecciones, entre otras. Tal como ha sido señalado por Molinier (2012) y Borgeaud-Garciandia (2009), la invisibilidad aparece como la condición para que su actividad se realice exitosamente, exige el desempeño de habilidades discretas que deben permanecer ocultas y que sólo se hacen visibles cuando falla.

Asimismo, consideramos que para evaluar los procesos de precarización laboral es fundamental tener en cuenta no sólo las dimensiones contractuales del empleo en el sector, sino también como advierte Paugam (2015) los aspectos subjetivos que están implicados en la tarea (reconocimiento, satisfacción, identificación, etc.).

Puntualmente, en este trabajo, compararemos los resultados de dos investigaciones doctorales en las que se analiza el trabajo de cuidado realizado por personal de enfermería: la primera estudia la articulación de los aspectos laborales y políticos en la experiencia sindical de distintos grupos de trabajadores del Hospital de la Provincia de Neuquén; la segunda analiza las características del proceso de trabajo en establecimientos de salud de carácter privado ubicadas en la ciudad de La Plata y su vinculación con el proceso salud-enfermedad de los trabajadores/as de enfermería. Ambas adoptan una perspectiva metodológica cualitativa, basada en la realización de observaciones participantes y entrevistas en profundidad.

La noción de precariedad se ha caracterizado por una gran polisemia y ciertas ambigüedades. En un primer momento sirvió para conceptualizar el empeoramiento de las condiciones laborales por el crecimiento de la inestabilidad y la imprevisibilidad (horarios flexibles, rotación de puestos, falta de previsibilidad, etc.). Es decir, aquí se orientaba al análisis al empleo en sentido estricto: las condiciones jurídicas de contratación de la mano de obra asalariada en el modo de producción capitalista (Busso & Bouffartigue, 2010; Neffa, 2016).

Posteriormente, diversos autores ampliaron esta concepción. Desde una perspectiva sociológica neo-durkheimiana, Castel (1997) y Paugam (2015) afirmaron que la desestabilización de la sociedad salarial no sólo tenía impacto en las formas de contratación del trabajo asalariado -en el empleo-, sino también en el trabajo en un sentido amplio -como dimensión de la actividad humana, donde tienen lugar lazos de integración social-. Además de los aspectos contractuales, Paugam (2015) resaltó la necesidad de analizar otras dimensiones que conforman la integración laboral: la retribución material y simbólica de las tareas, el interés que provoca en el/la trabajador/a que las realiza. Cuando el asalariado no tiene un debido reconocimiento por su actividad, no encuentra satisfacción y debe considerarse un trabajo precario.

En relación los aspectos colectivos implicados en los procesos de precariedad laboral, nos interesa señalar también que diversos teóricos neomarxistas analizaron los aspectos políticos del fenómeno (Cingolani; 2009; Bérout y Bouffartigue, 2009). La inestabilidad en las formas de contratación no solo tiene efectos subjetivos relativos al reconocimiento simbólico implicado en el trabajo y su vínculo con la integración social, sino que también tiene efectos sobre cómo se organizan colectivamente los trabajadores: se crean nuevas modalidades de sometimiento y control de las clases populares al generarse un colectivo de trabajadores sujetos, "maniatados", con trabajos inestables que le provocan miedo e inseguridad (Busso & Bouffartigue, 2010). Por ende, la precarización significa una mayor subordinación y dependencia.

Estas perspectivas no son opuestas, sino que pueden complementarse al resaltar dimensiones diferentes e importantes de los procesos de precarización laboral. A su vez, tienen elementos compartidos al analizar la precariedad en forma relacional y concebirla como un proceso -y no como un estado- (Busso & Bouffartigue, 2010).

Puntualmente, en el caso de enfermería encontramos que el reconocimiento laboral no siempre se vincula a la visibilidad de las tareas laborales por parte de Otros significativos, sino que en ocasiones la invisibilidad u opacidad de sus tareas se vuelven aspectos valorables del trabajo. Al ser un caso en el que la invisibilización de las labores no va necesariamente en desmedro de la construcción de respetabilidad y poder colectivo frente a otros, se torna interesante para repensar la relación entre reconocimiento, visibilidad y precarización laboral. En base a los resultados analizados, vemos la necesidad de evaluar de manera situada y a partir de métodos de análisis cualitativos cómo se dan los procesos de reconocimiento laboral en cada grupo.

Las enfermeras encuentran un lugar para sí a partir de reconocer a los pacientes no sólo en los aspectos biológicos vinculados a su estado de salud-enfermedad, sino también dando lugar a los aspectos subjetivos y afectivos que están implicados en el vínculo de cuidado. Movilizan saberes técnicos vinculados al cuidado de los cuerpos, así como conocimientos prácticos, afectivos y emocionales: saber escuchar, hacer chistes para modificar el humor de los pacientes, dar ánimos en momentos difíciles, conversar con los allegados, dar consejos para poder afrontar algún obstáculo familiar, etc. Aunque estos aspectos, esenciales en la práctica de cuidado, no son fácilmente observables y/o cuantificables como otro tipo de tareas materiales que realizan las enfermeras, constituyen un punto central. A partir de diferenciarse de las labores médicas -basadas en la generalización de diagnósticos y la estandarización de procesos-, las labores de enfermería se mantienen en un equilibrio entre la estandarización y el reconocimiento de la particularidad de cada uno de los pacientes.

El involucramiento con los pacientes en las tareas de cuidado no implica pues una labor des-personalizada o estandarizada, sino un vínculo con los sentimientos de los pacientes. Al reconocer a las personas internadas en sus múltiples dimensiones, le habilitan un nuevo estatus: muestran que no los consideran únicamente objeto de sus intervenciones laborales ni un cuerpo meramente biológico, sino que atienden también a dimensiones subjetivas (sus esperanzas, sus relaciones familiares, sus luchas). Además, las enfermeras manifiestan establecer un vínculo con el mundo privado de las personas bajo cuidado, que incluso les habilita una posición activa frente a su

propia internación: no solo esperan las intervenciones del equipo de salud, sino que realizan indicaciones sobre cómo mejorar algunos procesos, manifiestan sus preocupaciones, piden consejos respecto a cómo afrontar dificultades con sus hijos/as. Además, en estos relatos encontramos también un reconocimiento de las redes sociales en las que están inmersos los pacientes: se involucra a las familias en las tareas de cuidado, se conversa sobre las dificultades que tienen sus hijos/as, se establece un vínculo con sus parejas, se favorece su permanencia en la sala de internación.

Si, como señalamos anteriormente, la conformación del status profesional de la enfermería respecto a otros grupos en el campo de la salud se sustenta en el reconocimiento de la persona en su totalidad, que implica el reconocimiento de sus aspectos biológicos pero también emocionales y afectivos, el contacto extendido en el tiempo permite establecer un vínculo más personal con los usuarios, reconociendo sus particularidades y necesidades específicas, además de la realización de ciertos procesos estandarizados necesarios para el devenir cotidiano de la vida en la clínica. Como afirma Balzano, citando a Chambliss, “el estar en escena durante todo el día implica que las enfermeras están para integrar diferentes aspectos del hospital. Ya que no hay un consenso general de la labor de la enfermera, tampoco hay límites para su trabajo” (Chambliss, 1996, citado por Balzano, 2012:112).

Ese contacto cotidiano y prolongado permite forjar un conocimiento mutuo, un vínculo que se diferencia del que sostienen otros grupos laborales -como los profesionales médicos- que interactúan durante cortos y esporádicos momentos del día. Las enfermeras realizan acciones comunes para todos los internados, pero también pueden reconocer la particularidad de cada persona, conocen “sus mañás”. Las estrategias de cuidado desplegadas se basan entonces en dicha experiencia adquirida en ese contacto sostenido en el tiempo.

Pero en estos procesos, consideramos importante registrar también las cosas que se mantienen ocultas o invisibles. Parte del saber-hacer que las enfermeras resaltan como propias de su trabajo es lidiar con la distinción y “respeto” entre los aspectos privados de los pacientes. En tanto enfermeras, tienen contacto directo con el mundo privado de los enfermos (los limpian e higienizan, los asisten en situaciones que pueden ser avergonzantes, a menudo conocen sus problemas familiares, etc.), y parte importante de sus labores es saber mantener en el orden de lo privado cuestiones que los pacientes no quieren que sean visibles. Sin embargo, tal como afirma Balzano (2012), en este resguardo de la intimidad y dignidad de la persona en situación de vulnerabilidad, preservando la privacidad del propio cuerpo, se encuentra otra de las razones para entender la invisibilidad de su labor. Pero esta invisibilidad no

va en desmedro necesariamente del reconocimiento, sino que puede presentarse incluso como un aspecto para mostrar la importancia de las labores de enfermería y construir un lazo de cohesión en el grupo.

En este sentido, las labores de enfermería se sitúan en una tensión: si por un lado encuentran un lugar legítimo de intervención (diferente al de la medicina) afirmado que consideran los aspectos no-biológicos que están implicados en las tareas de cuidado; por otro lado, deben aprender a ocultar aspectos privados de los pacientes que se vinculan profundamente con sus trabajos.

Concluimos entonces, que es necesario analizar los sentidos que tiene la *invisibilidad* de las tareas para el propio colectivo de trabajadores/as -en este caso, las enfermeras-, en función de evaluar si es un aspecto que abona a un proceso de *precarización laboral* o si favorece el reconocimiento mutuo. Consideramos que atender a los sentidos nativos que los propios trabajadores ponen en juego en relación con la visibilidad de sus labores, permite profundizar la reflexión en torno al reconocimiento y la precarización laboral.

Referencias bibliográficas

- Balzano, S. (2012). Visibilidad e invisibilidad de los cuidados en enfermería en una colonia neuropsiquiátrica argentina: una mirada etnográfica. Cuadernos de Antropología Social, (35), 99-120.
- Bérout, S., & Bouffartigue, P. (2009). Quand le travail se précarise, quelles résistances collectives. Paris, La Dispute, 53, 7-34.
- Borgeaud-Garciandía, N. (2009). Aproximaciones a las teorías del care. Debates pasados. Propuestas recientes en torno al care como trabajo. RELET - Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo, 14(22), 137-156.
- Busso, M., & Bouffartigue, P. (2010). ¿Más allá de la "precariedad" y la "informalidad"? Aportes para el debate desde una perspectiva comparada. En A. Del Bono & G. Quaranta, Convivir con la incertidumbre: aproximaciones a la flexibilización y precarización del trabajo en Argentina (pp. 201-220). CICUS.
- Castel, R. (1997). Las metamorfosis de la cuestión social: una crónica del salariado. Paidós.
- Cingolani, P. (2009). "Ce qu'il y a de nouveau dans le travail précaire entre réflexion savante et questionnement politique". En Bérout, S., & Bouffartigue, P. (2009). Quand le travail se précarise, quelles résistances collectives. Paris, La Dispute.
- Esquivel, V. y Pereyra, F. (2017). Las condiciones laborales de las y los trabajadores del cuidado en Argentina. Reflexiones en base al análisis de tres ocupaciones

- seleccionadas. En Trabajo y Sociedad Sociología del trabajo; Santiago del Estero; vol. 28, 55 – 8.
- Faccia, K.A. (2015). Continuidades y rupturas del proceso de profesionalización de la enfermería (1955-2011). En: C. Biernat, J.M. Cerdá y K. Ramacciotti, La salud pública y la enfermería en la Argentina. Universidad Nacional de Quilmes.
- Martin, A. (2015). "Mujeres y enfermería: una asociación temprana y estable (1886-1940)". En: Biernat, C. Cerdá, JM. y Ramacciotti. K. (Dir.). La salud pública y la enfermería en la Argentina. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.
- Micha, A. (2015). "Las condiciones de trabajo de la enfermería en Argentina: algunos determinantes político-institucionales". Revista Estudios del Trabajo N°49/50, 61-90.
- Molinier, P. (2012). El trabajo de cuidado y la subalternidad. Disponible en: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01075702>
- Neffa, J.C. y Henry, M.L (2017). ¿Quién cuida a los que cuidan? Los riesgos psicosociales en el trabajo en los establecimientos privados de salud. Serie Documentos de Trabajo Edición anual / Año 1 - N° 1, Facultad de Ciencias Económicas Universidad Nacional de La Plata, Instituto de Investigaciones Administrativas.
- Paugam, S. (2015). El trabajador de la precariedad: las nuevas formas de precariedad laboral. Buenos Aires: Fundación de Educación y Capacitación para los Trabajadores de la Construcción.
- Pereyra, F. y 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. Rev. De Salud Colectiva. 12(2), 221-238
- Ramacciotti, K., & Valobra, A. (2010). La profesionalización de la enfermería en Argentina: disputas políticas e institucionales durante el peronismo. Asclepio, 62(2), 353-374. <https://doi.org/10.3989/asclepio.2010.v62.i2.471>
- Wainerman C. H., & Binstock, G. (1992). El nacimiento de una ocupación femenina: La enfermería en Buenos Aires. Desarrollo Económico, 32(126), 271-284. <https://doi.org/10.2307/3467331>