

La construcción de la autonomía ocupacional en el personal de enfermería. Un estudio de caso con trabajadoras enfermeras en un hospital público de Lomas de Zamora, 2021

Luciana Cecilia Reif

Resumen

Los/as trabajadores/as de la salud son producto del sistema de relaciones en el que están sumergidos/as, siendo a la vez productores/as de aquel. Es importante comprender el patrón de subjetivación que predomina en la práctica sanitaria. Estos modos de subjetivación, al mismo tiempo que imprimen determinados valores y modos de actuar en dicha práctica, impactan también en las relaciones intersubjetivas entre los diferentes grupos ocupacionales, y por ende en la producción del cuidado. La profesionalización de enfermería se fue construyendo de manera conflictiva con la profesión médica, teniendo presente la desigualdad en las relaciones de poder entre ambos grupos profesionales. Dichos grupos se encuentran siempre en tensión por la polaridad entre el control y la autonomía, disputando en el cotidiano, a través de sus intereses diversos, las normas y reglas instituidas. El objetivo del presente artículo es caracterizar y analizar la construcción de la autonomía ocupacional de un equipo de enfermeras que trabajan en la terapia neonatal de un hospital público de Lomas de Zamora. Para ello nos valdremos de un estudio cualitativo, a través de la realización de entrevistas semiestructuradas a las enfermeras del turno mañana y turno tarde que se desempeñan en la terapia neonatal. El trabajo de campo fue realizado entre julio y agosto de 2021. Entre los resultados encontramos que la mayoría de las enfermeras entrevistadas expresan en sus relatos la percepción de una autonomía ocupacional que no solo prescinde de las indicaciones de las médicas para realizar su trabajo, sino que valora positivamente habilidades propias y específicas de la enfermería, como la habilidad manual y la observación, a partir de las cuales pueden construir y sostener un criterio propio para la atención del paciente que guía y organiza sus tareas y las lleva a tomar decisiones. Esta autonomía ocupacional se construye a través de la experiencia, de forma independiente del saber formal alojado en las instituciones educativas.

Palabras clave: autonomía, personal de enfermería, trabajadores de la salud, Argentina.

The construction of occupational autonomy in the nursing staff. A case study with nursing workers of a public hospital in Lomas de Zamora, 2021

Luciana Cecilia Reif

Abstract

Health workers are the product of the system of relationships in which they are immersed, being at the same time producers of it. It is important to understand the pattern of subjectivation that predominates in health practice, since it has an impact on the intersubjective relationships between

the different occupational groups, and therefore on the production of care. These modes of subjectivation print certain values and ways of acting in the production of care. The professionalization of nursing and the search for the legitimacy and autonomy of its own field of knowledge and exercise, was built in a conflictive way with the medical profession, understanding the unequal power relations in the relationship between both professions. Both professional groups, mediated by their own subjectivations, dispute in daily life through their diverse interests the established norms and rules and are always under tension due to the polarity between control and autonomy. The objective of this article is to characterize and analyze the construction of the occupational autonomy of a team of nurses who work in neonatal therapy at a public hospital in Lomas de Zamora. For this article we will use a qualitative study, through semi-structured interviews with nurses on the morning shift and afternoon shift who work in neonatal therapy. The field work was carried out between July and August 2021. Among the results, we found that most of the interviewed nurses express in their reports the perception of occupational autonomy, which not only dispenses with the indications of the doctors to carry out their work, but also positively values their own and specific nursing skills, such as be manual skill and observation, skills from which they can build and sustain their own criteria for patient care that guides and organizes their task and leads them to make decisions. This occupational autonomy is built through the experience of nurses working in neonatal therapy, independently of the formal knowledge housed in educational institutions.

Keywords: Autonomy, Nursing staff, Health workers, Argentina.

La construcción de la autonomía ocupacional en el personal de enfermería. Un estudio de caso con trabajadoras enfermeras en un hospital público de Lomas de Zamora, 2021

Luciana Cecilia Reif ¹

Introducción

El proceso productivo en los hospitales tiene por objeto central la producción del cuidado (Merhy, 2006). Es a partir de la producción del cuidado que los diferentes procesos de trabajo confluyen con sus tareas en este objetivo final. Podemos decir que todos/as los/as trabajadores/as participan y contribuyen desde diferentes lógicas y saberes al cuidado de los/as usuarios/as. La manera como se vinculen esos procesos para alcanzar el objetivo del cuidado dependerá de las relaciones intersubjetivas entre los/as trabajadores/as. Es por esta razón que decimos que la dimensión intersubjetiva es intrínseca y sustancial al

¹ Doctora en Ciencias Sociales (Universidad de Buenos Aires), becaria posdoctoral CEIL-CONICET y docente en la Universidad Nacional de Avellaneda. E-mail de contacto: lreif@undav.edu.ar.

proceso de producción del cuidado, ya que ella misma representa la propia ejecución del proceso de trabajo.

Esta dimensión intersubjetiva es resultado del cruce entre los diferentes grupos profesionales, cada uno con sus procesos de subjetivación. Los/as trabajadores/as de la salud son producto de las instituciones sanitarias en las que están sumergidos/as, siendo a la vez productores/as de estas. Es importante comprender el patrón de subjetivación que predomina en la práctica sanitaria, ya que impacta en las relaciones intersubjetivas entre los diferentes grupos ocupacionales, y por ende en la producción del cuidado. Estos modos de subjetivación imprimen determinados valores y modos de actuar en la producción del cuidado, lo que implica que para analizar el proceso de trabajo en salud es necesario dilucidar cómo el/la trabajador/a (y también el usuario/a) se constituyen como sujetos morales y políticos (Merhy, 2006). La profesionalización de enfermería y la búsqueda de la legitimidad y autonomía de su propio campo de conocimiento y ejercicio se fueron construyendo de manera conflictiva con la profesión médica, entendiendo las relaciones desiguales de poder en la relación entre ambas profesiones. Ambos grupos profesionales, mediados por sus propias subjetivaciones, disputan en el cotidiano a través de sus intereses diversos las normas y reglas instituidas y se encuentran siempre bajo tensión por la polaridad entre el control y la autonomía (Campos, 2006).

El objetivo del presente artículo es caracterizar y analizar la construcción de la autonomía ocupacional de un equipo de enfermeras que trabajan en la terapia neonatal de un hospital público de Lomas de Zamora. Entendemos que dicha autonomía ocupacional se construye, por un lado, en el marco de las lógicas institucionales que se despliegan en el hospital en general y en el servicio de neonatología en particular, lógicas que las producen como enfermeras con intereses y objetivos particulares, dotadas de márgenes de autonomía y libertad; y, por el otro, se construye también en relación con las médicas residentes y las médicas internas con las que comparten equipo de trabajo en la terapia neonatal, ya que la construcción de la autonomía ocupacional del personal de enfermería es una experiencia relacional. Para el presente artículo nos valdremos de un estudio cualitativo, a través de la realización de entrevistas semiestructuradas a las enfermeras del turno mañana y turno tarde que se desempeñan en la terapia neonatal del hospital. El trabajo de campo fue realizado entre julio y agosto de 2021.

Marco teórico

La enfermería como profesión

De acuerdo a un informe realizado por la Organización Mundial de la Salud (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.

De acuerdo a Martin (2017), la enfermería ejercida por mujeres fue una asociación temprana, paralela al surgimiento mismo de la profesión, e históricamente naturalizada. Esta asociación permitió la exclusión de los varones de esta actividad y la casi absoluta feminización de la tarea. Si bien la presencia masculina no era total, tuvo un porcentaje amplio previo al siglo XIX; sin embargo, a partir de ese siglo, el proceso de feminización de la enfermería se fue consolidando de la mano del fortalecimiento de la asociación 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/as médicos/as 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 tarea 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 *ad honorem*, desvalorizando de esta manera 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/as médicos/as 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. El director del Instituto de Medicina Experimental Ángel Roffo llamó en este sentido 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 ya tiende a invadir el terreno del médico. A su vez, señalaba que lo que las enfermeras debían aprender bien era a saber aplicar con exactitud las indicaciones del/a médico/a (Martin, 2017). Como venimos sosteniendo, 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 postura, si bien se reconocía la importancia del personal de enfermería para asistir a la práctica médica, 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 recién en la década de 1990, con la sanción de la Ley Nacional N.º 24004, referente al ejercicio de la enfermería, que 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 del médico/a u odontólogo/a. Atendiendo a las heterogeneidad en la formación del personal de enfermería, la ley reconoce dos niveles para su ejercicio, determinando sus competencias específicas. Por un lado, el nivel profesional, que incluye a profesionales, licenciado/as y a especialistas,

a cargo de la aplicación de un cuerpo sistemático de conocimientos para la resolución de situaciones de salud-enfermedad. Por el otro, el nivel auxiliar, consistente en la aplicación de técnicas y procedimientos relacionados al cuidado de enfermería, ejecutados bajo la planificación y supervisión del nivel profesional. A su vez, en la misma ley se declararon determinadas tareas de la enfermería como insalubres: las realizadas en unidades de cuidados intensivos, unidades neuropsiquiátricas, las que acarrearán riesgos de contraer enfermedades infectocontagiosas, las realizadas en áreas afectadas por radiaciones, la atención de pacientes oncológicos y las realizadas en servicios de emergencia. Esto permitió, entre otras cuestiones, la reducción de la jornada laboral a seis horas, manteniendo el mismo salario. Sin embargo, debido a los bajos salarios de la profesión, los/as trabajadores/as de la enfermería continuaron realizando horas extras para incrementar los salarios, de manera tal que igual continuaban realizando jornadas largas y extenuantes (Faccia, 2015). 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).

La autonomía en la sociología del trabajo francesa

El trabajo, tal como fue analizado por la sociología del trabajo francesa, aparece como una categoría en la que se cristalizan todas las dimensiones de la vida social. Durante los años cincuenta, para algunos sociólogos el trabajo era el motor de la dinámica social, lo que convertía a la sociología del trabajo en una de las ramas principales de esta disciplina. El trabajo como criterio de integración por su contribución a la construcción de vínculos sociales, y el trabajo en su dimensión ética por su capacidad de autorrealización de los individuos, también fueron aspectos abordados por la sociología del trabajo, disciplina que enalteció a su objeto caracterizándolo como un valor dominante y actividad creadora de identidad y cultura (Terssac, 2005). En este sentido es dable destacar que la sociología del trabajo francesa también se construyó poniendo en cuestionamiento el orden impuesto

por la organización científica del trabajo de la mano de Taylor. Para esta corriente las clases no son grupos que se definan por su posición en el trabajo, sino que son grupos con intereses, capacidades e iniciativas que pueden afirmar su autonomía y cuestionar el orden imperante. Si los autores neomarxistas (Burawoy, 1989; Edwards, 1990; Friedman, 1977) le cuestionaron a Harry Braverman la forma monopólica y universal que él creía que asumía el control impuesto por la organización científica del trabajo, poniendo sobre la mesa otras formas de control del proceso de trabajo que contemplan las resistencias de los/as trabajadores/as, el eje de la sociología del trabajo francesa, y de la teoría de la regulación social que veremos a continuación, pone el foco más en la autonomía de la persona trabajadora que en el control como algo que emana de la dirección empresarial (control que, por lo tanto, puede ser resistido).

Para adentrarnos en este abordaje de la autonomía del/a trabajador/a nos centraremos en primer lugar en dos aspectos o dimensiones del trabajo que propone Terssac (2005): el trabajo como actividad de realización y el trabajo como organización.

El trabajo como actividad de realización permite pensar, por una parte, al “trabajo objeto” y por el otro al “trabajo sujeto”. Lo que se pone en juego en el primero es la producción de un objeto, bien o servicio, un logro destinado al exterior mientras que en el segundo lo que se pone de manifiesto es la realización del/a trabajador/a como sujeto por medio de la actividad laboral. El “trabajo sujeto” se refiere al sentido que la propia persona trabajadora le da a su actividad, la forma en que se valoriza y desarrolla personalmente a través de ella. Cuando la concepción del “trabajo sujeto” queda subsumida al “trabajo objeto”, el desarrollo personal queda condicionado al aumento de la productividad, lo que se traduce en una forma de pensar la gestión de la organización del trabajo reduciendo al sujeto a una concepción cartesiana (Spinelli, 2015). Lo que se cuestiona desde la sociología francesa es el trabajo pensado como pura ejecución, tal como fue concebido por Taylor. La incorporación de la autonomía del sujeto trabajador también permite cuestionar la noción de trabajo como algo totalmente regulado por instrucciones emanadas por las líneas jerárquicas, sin considerar las iniciativas y toma de decisiones que suceden de hecho en el transcurso de la misma actividad laboral por las mismas personas trabajadoras. Como veremos más adelante, esto alude a la distinción entre trabajo prescripto y real que propuso la psicodinámica del trabajo a partir de los aportes tomados de la ergonomía (Dejours, 1998a, 2015). Siguiendo a Terssac (2005), el

trabajo es: actividad física de movilización corporal, actividad cognitiva de procesamiento de informaciones que preparan para la acción, actividad de comunicación e intercambio, actividad de cooperación, actividad reflexiva de construcción de conocimientos sobre la acción y actividad de internalización sobre los objetivos del trabajo y de la representación del lugar del/a trabajador/a en la empresa. El trabajo de realización, entonces, se aleja del simple respeto de las instrucciones y puede entenderse como una creación colectiva de formas de trabajar y de construcción de identidad, en el marco de interacciones cuyo resultado es incierto.

Para la sociología del trabajo francesa, el trabajo requiere una teoría del sujeto. Es interesante evidenciar cómo este abordaje se acopla con la forma en que la salud colectiva concibe al trabajo en salud. Para esta corriente, el trabajo en salud implica una producción subjetiva del cuidado, en donde el/la trabajador/a se realiza en el mismo acto en el que produce salud (Merhy, 2006). Si bien esta caracterización del trabajo por parte de esta sociología alude a todos los trabajos, resulta un abordaje teórico particularmente útil y rico para pensar un proceso de trabajo que —como ya mencionamos se caracteriza por su dimensión relacional, y por el hecho de que son las relaciones intersubjetivas entre los/as trabajadores/as las que permiten vincular los diversos procesos de trabajo para la realización del objetivo final.

La segunda dimensión que aborda Terssac (2005) refiere al trabajo como organización, aludiendo tanto a la necesidad de fijar el orden previo a las acciones como a la necesidad de redefinirlo durante la actividad laboral. Al darle importancia a este segundo aspecto lo que se cuestiona es una forma de concebir la gestión y la organización del trabajo como un conjunto de principios rígidos y eficaces que comandan el accionar de los/as trabajadores/as. Tal como sostiene Spinelli (2017) refiriéndose a las organizaciones de salud, gestionar implica escapar de los viejos modelos mecanicistas y racionalistas, de los enfoques normativos que piensan la relación entre los mandos gerenciales y los/as trabajadores/as comandadas por la lógica cartesiana de sujeto-objeto. Fue Friedmann (1963) quien sostuvo que, más allá de las limitaciones impuestas por la división del trabajo, el/la trabajador/a siempre conserva un margen de autonomía, en términos de competencia, conciencia y estrategia.

El trabajo prescripto y el trabajo real en la psicodinámica del trabajo

La psicodinámica del trabajo también ha hecho una contribución para comprender el funcionamiento de la organización del trabajo a través de la confrontación con la subjetividad del/a trabajador/a. Dicha disciplina, que tiene a Dejours y Dessors como principales referentes, surge en diálogo e intentando superar las limitaciones propias de la psicopatología del trabajo (Dessors y Guhio-Bailly, 1998). Esta última intentaba dar cuenta de las afecciones psicopatológicas derivadas del conflicto entre el funcionamiento psíquico y una organización del trabajo que era considerada como un dato preexistente al encuentro entre los/as trabajadores/as y el trabajo, como 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 de trabajo. La normalidad emergió entonces como interrogante. Y la psicodinámica del trabajo comprendió que los/as trabajadores/as no eran pasivos frente a las restricciones que impone la organización del trabajo.

La distinción entre trabajo prescripto y trabajo real es uno de los grandes aportes de esta corriente. La finalidad prescripta 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, 1998a: 39). En el plano colectivo lo que esta prescripto es la coordinación, las órdenes que dicen cómo se deben interconectar las tareas de los/as diferentes trabajadores/as. Pero los/as trabajadores/as nunca hacen estrictamente lo que se encuentra prescripto, y esto tal como plantea Dejours (2015) es algo que ha relevado la ergonomía. Existe un desfasaje irreductible entre lo prescripto y lo real; esto último es lo que los/as trabajadores/as efectivamente hacen, y lo que es necesario para que el trabajo se haga, para que la tarea se realice efectivamente. Lo contrario es comprender el trabajo tal cual lo hacía la organización científica del trabajo, quien pensaba el trabajo humano como adherido sin fisuras a la automatización y lo maquinal. Incluso la psicodinámica del trabajo refuta la división entre trabajo de concepción y ejecución, proponiendo que 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 prescripta. Pero la brecha entre lo prescripto y lo real no es siempre autoevidente: o bien es aceptada, lo que ofrece a los/as trabajadores/as márgenes de libertad, o bien es perseguida y los/as trabajadores/as temen ser atrapados en falta por no cumplir con lo que se prescribe (Dejours, 1998a). De modo que es imposible trabajar si se busca respetar todas las consignas, y no habría producción posible si todos los/as obreros/as trabajaran a reglamento, si obedecieran estrictamente las reglas (Dejours, 2015; Dessors y Guhio-Bailly, 1998). Es en este sentido que se redefine la noción de trabajo, entendiendo que es la actividad desplegada por las personas trabajadoras para enfrentar lo que no está dado por la organización prescripta 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 como la organización real del trabajo es producto de las relaciones sociales. Implica poner en juego la iniciativa, la inteligencia, la voluntad, la creatividad. La inteligencia en el trabajo es comprometer toda la subjetividad para encontrar una solución. La movilización subjetiva que implica y se define como la capacidad de sobreponerse y encontrar soluciones a la organización prescripta del trabajo supone: esfuerzos de inteligencia, esfuerzos de elaboración para construir opiniones sobre la mejor manera de sacar adelante el trabajo, esfuerzos para involucrarse en el debate de opiniones necesarias para la deliberación existente sobre la toma de decisiones para la organización del trabajo. Al mismo tiempo, esta movilización debe considerarse como una contribución específica e irremplazable de los/as trabajadores/as para ajustar la organización prescripta del trabajo. Para la psicodinámica del trabajo, lo más natural y espontáneo es la movilización de la inteligencia práctica; la pereza o el vagabundeo que desde ciertas corrientes caracterizan a determinados/as trabajadores/as 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.

Es importante detenernos en las características que Dejours (1998a) le atribuye a la inteligencia práctica, porque serán retomadas a la luz de nuestros resultados de investigación. La inteligencia práctica tiene como primera característica el estar enraizada fundamentalmente en el cuerpo. Un ruido, un olor, una vibración, una señal visual alertan

sobre cambios y predisponen a la búsqueda de una explicación y de una solución. La segunda característica refiere a la importancia dada más a los resultados de la actividad que al camino tomado para llegar a ellos. Lo que domina la inteligencia práctica es la astucia. Esta astucia se maneja también a través del ahorro del esfuerzo, obtener lo mayor y lo mejor con el menor esfuerzo y gasto energético posible; poniéndose en juego la relación entre el cuerpo y el sufrimiento. La tercera característica es el hecho de que esta inteligencia está presente en todas las actividades del trabajo, no corresponde solamente a las manuales. La cuarta característica es el poder creador y la última característica refiere a que la inteligencia práctica está ampliamente distribuida entre todas las personas trabajadoras. La contracara del uso de la inteligencia práctica es su subutilización, una fuente fundamental de sufrimiento y desestabilización de la economía psicosomática (Dejours, 1998a). De manera contraria, el placer se encuentra presente cuando se reconoce el uso de la inteligencia práctica para contribuir al funcionamiento de la organización del trabajo.

Abordaje metodológico

El diseño metodológico se orientó a un estudio de caso con finalidad descriptiva explicativa, con un abordaje de tipo cualitativo. El trabajo de campo se realizó entre julio y agosto de 2021. La población de estudio son las enfermeras del turno mañana (6 horas a 12 horas) y tarde (12 horas a 18 horas) que desempeñan sus tareas en el área de terapia del servicio de Neonatología de un hospital público de Lomas de Zamora, provincia de Buenos Aires. De acuerdo con lo informado por la coordinadora, se encontraban trabajando 6 enfermeras en el turno mañana y 6 en el turno tarde. Debido a la predisposición a responder la entrevista se pudieron entrevistar a 4 de cada turno, es decir 8 enfermeras en total. Respecto a la formación de las 8 enfermeras entrevistadas, 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.

Para abordar el problema de investigación elegimos una metodología cualitativa a través de la realización de entrevistas. La investigación cualitativa “se enfoca a

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

La construcción de la autonomía ocupacional en el personal de enfermería

Como mencionamos anteriormente la enfermería se construyó como profesión en un lugar subordinado a la práctica médica, concibiendo que la tarea de las enfermeras era aplicar con exactitud las indicaciones del personal médico (Martin, 2017). De esta manera su trabajo era percibido como un trabajo de pura ejecución, con nula autonomía. Como desarrollamos anteriormente, tanto desde la psicodinámica del trabajo como desde la sociología francesa se cuestiona la idea de que el trabajo sea pensado como pura ejecución, e incluso la psicodinámica sostiene que hasta los trabajos más automáticos y rutinarios implican una concepción.

En el presente apartado veremos cómo a través del relato de las enfermeras se construye una percepción muy sólida de su autonomía ocupacional, haciendo una distinción entre las competencias de ellas como enfermeras y las de la medicina. Esta percepción de su autonomía ocupacional es lo que les permite tomar decisiones autónomas en lo que refiere a sus tareas y discutir, a partir de la elaboración de su propio criterio, algunas decisiones que les son transmitidas por las médicas residentes.

La formación como valoración: la habilidad de la observación y la manual

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, de acuerdo a 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 percutánea 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)

Es mucha observación y mucho manejo de las manos y más en este lugar. En este lugar vos agarrás a una cosita así, chiquitita, tenés que buscarle una venita a ese paciente y manejarte, tenés que tener mucho cuidado, tiene que ver mucho con eso, con el manejo de las manos. (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)

En los relatos es posible observar cómo la formación del personal de enfermería se encuentra íntimamente ligada a la habilidad manual y a la observación. El trabajo de enfermería supone pasar una gran parte de la jornada laboral al lado de los neonatos, trabajando de manera continua sobre el paciente en comparación a las médicas residentes,

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, que — como veremos a continuación— se adquieren a través de la experiencia, son las que conforman la *expertise* de las enfermeras y las diferencian de las habilidades o conocimientos que tiene la medicina. De allí que Wood (1987) las llame 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/as trabajadores/as 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. Tal como lo expresa una entrevistada:

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 siempre es difícil explicarlo a veces... (Enfermera)

La misma enfermera encuentra cierta dificultad en expresar ese conocimiento. Tal como plantea Dejours (2015), los/as trabajadores/as 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 reflexionaron sobre él.

La alerta temprana de enfermería

Esta consciencia 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/as pacientes, significando positivamente el estar al lado de los/as pacientes, 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 importancia de la valoración del paciente, y estar pendientes de él, también es importante, ya que los aparatos que utilizan pueden fallar:

A veces el saturómetro 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 registran, 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 lo estás viendo al pibe que está esforzándose para poder saturar eso. (Enfermera)

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

La independencia del trabajo de enfermería

Otros de los aspectos importantes para recalcar de la construcción de la autonomía ocupacional de las enfermeras es su percepción de que su trabajo es autónomo e independiente de la tarea que realizan las médicas internas y médicas residentes. Si bien en las entrevistas afirman que necesitan las indicaciones que les traen las médicas residentes para realizar determinados procedimientos, como extraer una muestra para un laboratorio, al preguntarles específicamente si para realizar sus tareas dependen de las indicaciones de las residentes, la mayoría sostiene que no. Veamos algunos ejemplos:

Pero eso es un trabajo autónomo de nosotros, de nuestra práctica, del cuidar que no solamente es cambiar pañales, es complejo, es un poco de todo, pero la mayoría de las cosas que pasan acá, a veces pasa que enfermería es la que alerta. (Enfermera)

No. Porque la tarea de enfermería es independiente. Uno ya sabe que llegás y que tenés una rutina de trabajo autónoma, no es que el médico te tiene que decir: “Che, ¿le tomás la temperatura?, ¿le das de comer?, ¿te fijás qué coloración tiene y cuánto

satura?, ¿te fijás esa medicación si está bien?”. Eso es un trabajo ya de enfermería automático. (Enfermera)

Y aparte yo sé, yo soy autónoma y sé lo que tengo que hacer sin indicación médica. Tengo las indicaciones médicas que me dicen: “Hay que hacer esto, que lo otro, que sé yo”, todos los cambios del bebé, y hay cosas que yo hago, que yo sé que tengo que hacer sin que el médico me las diga. (Enfermera)

Igual hay procedimientos que nosotros hacemos por nuestros propios medios, por ejemplo, si ves al bebé que está vomitando, avisás, pero ya directamente una como enfermera... esto es de experiencia... directamente... esa sería una valoración. Cuidados que sean monótonos de enfermería, capaz que el dolor manejamos nosotros, el dolor del bebé, si lo vemos medio molesto, eso es más de enfermería. No necesitamos indicaciones, acá muchos se basan en la experiencia. (Enfermería Turno Tarde)

La percepción de que para determinados procedimientos, como aplicar una medicación, necesitan la indicación médica convive con la percepción de la autonomía ocupacional, de que su trabajo es autónomo. Si bien no es objeto del presente artículo, es dable aclarar que pudo evidenciarse en el trabajo de campo realizado que la autonomía ocupacional que construyen las enfermeras es susceptible de entrar en tensión o conflicto con la tarea de las médicas residentes. Estas últimas son instadas por las jefaturas superiores a velar por el cumplimiento de las indicaciones que le son solicitadas al personal de enfermería. En esta pretensión por parte de las médicas residentes de que la tarea de enfermería se limite a la pura ejecución, el margen de autonomía del personal de enfermería se ve limitado.

Comprendemos al trabajo en salud como relacional, en donde son las relaciones intersubjetivas entre los/as trabajadores/as las que permiten o dificultan la realización de la producción del cuidado. Creemos que la insistencia institucional que durante años ha subjetivado a la práctica de enfermería como un trabajo de pura ejecución, transformando a los/as trabajadores/as en puros objetos o máquinas, desvalorizando y no reconociendo el aporte específico de su contribución para sobreponerse a la organización prescripta del

trabajo, termina redundando en la afirmación de una independencia por parte de las enfermeras que busca distinguirse y separarse de la medicina.

La construcción de criterios propios

La percepción de la autonomía ocupacional de enfermería también se construye a través de la elaboración de criterios propios para la atención de los pacientes, criterios que pueden entrar en disputa con los de la práctica médica. Uno de los criterios que se encuentra presente en la terapia neonatal, y que aparece muy presente en el relato de las enfermeras, es el protocolo de intervención mínima. Este protocolo indica que la incubadora se tiene que abrir una sola vez, para luego cerrarla y que el paciente vuelva al ambiente símil uterino, que es lo que se busca para que se siga desarrollando y mantener su neurodesarrollo. Este criterio organiza la práctica de enfermería, ya que como las enfermeras sostienen, a veces reacomodan el horario de los medicamentos, o determinados procedimientos en consonancia con la importancia de tocar solo una vez al paciente. Veamos lo que dicen dos de las entrevistadas:

Tratar de tocarlo una sola vez. En realidad, en el control, acomodar todo para tocarlo en el control. A estos pacientes grandes sí, dos veces. A los chiquitos lo mínimo, que sería ponerles un termómetro, a las 7, a las 10 y lo demás, sacarlo para ponerlo en la balanza y todo eso, con las médicas, mientras ellas los revisan y los tocamos una sola vez. (Enfermera)

Y después la medicación que en realidad varía porque hay algunas..., por ejemplo, tenemos cada doce horas, entonces esa la ponen a las 11 y a las 23, pero bueno, ahora me tocó una que tiene a las 7 y a las 19, así que se la doy a las 7, de acuerdo a lo que diga la indicación, más o menos tratamos de ordenarlo y, bueno, lo toco ahora, le adelanto la de las 8, se la doy a las 7 y la de las 11 así, tratando de no tocarlo demasiado. (Enfermera)

De esta manera, como podemos ver en ambos fragmentos, el criterio mencionado guía y organiza la tarea de enfermería, que deja de ser la tarea prescripta de aplicar la medicación a un determinado horario, y comienza a entrar en juego la iniciativa y la toma de

decisiones de enfermería de acuerdo con su propia valoración y criterio de lo que es bueno para el/la paciente. Otro de los criterios que guía la tarea de enfermería y que guarda relación con el anterior es el no pichar innecesariamente al paciente; a este se lo debe pinchar no más de una o dos veces por turno, de acuerdo con el relato de las entrevistadas.

La formación en relación a la experiencia

La mayoría de las enfermeras sostiene que la formación para trabajar en el servicio de neonatología lo brinda 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. Así, 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), que 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 proporcionando a las enfermeras es un mayor margen de autonomía para tomar decisiones sobre su tarea. Tal como lo expresa 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 enfermera 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 y el conocimiento te hace menos temeroso, vos vas y actúas directamente porque tenés fundamentos, porque conocés. (Enfermera)

Tal como expresan las enfermeras, la formación a través de la experiencia les permite ampliar el margen de autonomía, lo cual repercute en la toma de decisiones. Lo que se

consolida es la percepción de autonomía ocupacional y el distanciamiento del trabajo de enfermería como simple ejecución.

Reflexiones finales

A través del presente artículo hemos querido mostrar que, a contramano de la visión con la cual se ha construido la ocupación de enfermería como un trabajo de simple ejecución, asociado a seguir a rajatabla las indicaciones de los/as médicos/as, la mayoría de las enfermeras entrevistadas expresan en sus relatos la percepción de una autonomía ocupacional. Dicha autonomía no solo prescinde de las indicaciones de las médicas para realizar su trabajo —porque su tarea es independiente y ya saben qué tienen que hacer— sino que valora positivamente habilidades propias y específicas de la enfermería, como ser la habilidad manual y la observación; habilidades a partir de las cuales las enfermeras puede construir y sostener un criterio propio para la atención del paciente que guía y organiza su tarea y las lleva a tomar decisiones. A su vez, la habilidad de la observación y de la valoración del paciente, y los años de experiencia, son los que permiten que enfermería sea la que está alerta, generando una relación de dependencia por parte de las médicas residentes, ya que de acuerdo con el relato de las enfermeras las residentes toman decisiones sobre la base de lo que las enfermeras ven. Tal como las entrevistadas dicen: “somos la vigilia del médico”.

La autonomía como categoría analítica de la sociología laboral se encuentra en relación con el sentido que la propia persona trabajadora le da a su actividad; a esto se refiere Terssac (2005) cuando habla del “trabajo sujeto” comprendiendo que a través de la actividad laboral la persona se realiza personalmente. La construcción de este sentido del trabajo 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 pasan las normas laborales por su propio tamiz, apropiándose y construyendo sus propias reglas. En el presente artículo pudimos evidenciar cómo las trabajadoras enfermeras le dan sentido a su trabajo a través de la construcción de reglas de oficio que otorgan un andamiaje muy sólido a su autonomía ocupacional. Esta construcción de reglas de oficio 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, mientras que a trabajar con neonatos se aprende en la propia terapia a través de la práctica. De modo que la construcción de las reglas de oficio se realiza en el propio 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 que guía la tarea de enfermería y ayuda a la conformación de la identidad de cada trabajadora, les permite a las enfermeras tener un margen de autonomía que les otorga confianza para la toma de decisiones. Este margen, sustentado en la experiencia adquirida a través de los años de práctica, pone de manifiesto la importancia de la inteligencia práctica (Dejours, 2015) o de las cualificaciones tácitas (Wood, 1987), y guía también las relaciones intersubjetivas entre las propias enfermeras, ya que la enfermera con experiencia es sinónimo de reconocimiento y confianza. Es importante marcar que la experiencia como un saber socialmente productivo construye un conjunto de reglas tácitas, códigos, pautas de trabajo que guían la tarea de enfermería, y no solo es constituyente de la identidad individual de cada trabajadora, sino que tiene impacto en la identidad colectiva de enfermería como grupo ocupacional (Sosa, 2010).

Referencias bibliográficas

- Burawoy, M. (1989). *El consentimiento en la producción*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- Campos, G. W. S. (2006). *Gestión en salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Dejours, C. (2015). *El sufrimiento en el trabajo*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Topía Editorial.
- Dejours, C. (1998a). De la psicopatología a la psicodinámica del trabajo. En D. Dessors y M. Guiho-Bailly, M. (comps.). *Organización del trabajo y salud. De la psicopatología a la psicodinámica del trabajo* (pp. 23-76). Buenos Aires: Lumen.
- (1998b). *El factor humano*. Asociación Trabajo y Sociedad. Argentina: Lumen.
- Dessors, D., y Guiho Bailly, M.P. (comps.) (1998) *Organización del trabajo y salud: De la psicopatología a la psicodinámica del trabajo*. Buenos Aires: Lumen.
- Edwards, P. K. (1990). *El conflicto en el trabajo. Un análisis materialista de las relaciones laborales en la empresa*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- 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 (Dir.). *La*

- salud pública y la enfermería en la Argentina*. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.
- Finkel, L. (1996). *La organización social del trabajo*. Madrid: Ediciones Pirámida.
- Freidson E. (1978). *La profesión médica: un estudio de la sociología del conocimiento aplicado*. Barcelona: Península.
- Friedman, A. (1977). *Industry and Labour: Class Struggle at Work and Monopoly Capitalism*. Londres: The Macmillan Press.
- Friedmann, G. (1963). *Où va le travail humain?* Paris: Gallimard (1a. ed., 1950).
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación* (5.º edición). México: McGraw-Hill/Interamericana Editores.
- Martin, A. (2017). Mujeres y enfermería: una asociación temprana y estable (1886-1940). En C. Biernat, J. M. Cerdá y K. Ramacciotti (Dirs.). *La salud pública y la enfermería en la Argentina*. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.
- Merhy, E.E. (2006). *Salud: cartografía del trabajo vivo*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Organización Mundial de la Salud (2020). *Situación de la enfermería en el mundo 2020: invertir en educación, empleo y liderazgo*. Ginebra: OMS.
- Puiggrós, A., & Gómez Sollano, M. (2009). “Saberes socialmente productivos. Educación, legado y cambio”. En Gómez Sollano, M. (coord.) *Saberes socialmente productivos y educación. Contribuciones al debate* (pp. 23-37). México: UNAM.
- Ramacciotti, K. y Valobra, A. (2017). Feminización y profesionalización de la enfermería (1940-1955). En C. Biernat, J. M. Cerdá y K. Ramacciotti (Dirs.). *La salud pública y la enfermería en la Argentina*. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.
- Sosa, R. E. (2010). Los saberes del trabajo: La opacidad de su validez social. *Question*, 1 (27).
- Spinelli, H. (2017). Gestión: prácticas, mitos e ideologías. *Salud Colectiva*, 13, 577-597.
- (2015). Work in the Healthcare Field: ¿Artisanal or Industrial Models? *Investigación y Educación en Enfermería*. 33(2), 194-205.
- Terssac, G. (2005). Trabajo y sociología y en Francia ¿Hacia una sociología de las actividades profesionales? *Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo* (RELET), 10(17), 101-132.
- Wood, S. (1987). The deskilling debate, new technology and work organization. *Acta Sociológica*, 30(1), 3-24.