

Universidad Nacional de Mar del Plata - Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

Repositorio Kimelü

<http://kimelu.mdp.edu.ar/>

Licenciatura en Enfermería

Tesis de Enfermería

2014

Cuando se enferman los que ciudan...

Coronel, Rocío Celeste Luján

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/1098>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

Universidad Nacional de Mar del Plata

Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social

Licenciatura en Enfermería

Taller de trabajo final

Docentes: Lic. Esp. Laura Celaya

Dra. Mónica Barg

Director: Mg. Miguel Leyva Ramos

“Cuando se enferman los que cuidan...”

Autores: Coronel, Rocío Celeste Luján

Mailharro, Celina

Promé, Tatiana Luján

Mar del Plata, 2014

Índice

Capítulo I. Introducción al problema.....	3 – 14
Capítulo II Marco referencial.....	15 - 45
Estrés laboral y Burnout	
La construcción social de la realidad	
La imaginación sociológica	
La institucionalización	
Fenomenología e intersubjetividad: aproximaciones conceptuales	
La Etnometodología	
El capital cultural y la reproducción social	
Cultura de la mortificación	
Insatisfacción y ansiedad	
Organizaciones paranoigénicas	
Capítulo III Diseño metodológico.....	46 – 51
Capítulo IV Tratamiento y presentación de los datos.....	52 - 74
Introducción	
La labor y el espacio enfermero: un campo en pugna	
La organización paranoigénica y la cultura de la mortificación	
Impacto psicofísico de la tarea en los profesionales de enfermería	
Conclusión	
Bibliografía.....	75 - 79
Anexos.....	80- 167
Nº I <i>Focus group</i> 1	
Nº II <i>Focus group</i> 2	
Nº III Ley Nº 24.004	
Nº IV Ley Nº 12.245	
Nº V Ley Nº 10471	
Nº VI Perfil y alcances del Licenciado de Enfermería. UNMDP.	

Capítulo I. Introducción al problema

El siguiente trabajo final constituye un ejercicio profesional conducente a la obtención del título de Licenciatura en Enfermería, para el desarrollo del mismo se ha elegido como núcleo problemático determinar cuáles son las derivaciones psicofísicas que se producen en el profesional de enfermería, resultantes de la atención y el cuidado de sujetos que se encuentran internados en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) y Neonatología (Neo) de dos instituciones privadas de la Ciudad de Mar del Plata,¹ en el bienio 2013-2014.

El rol y la intervención del profesional de enfermería implica mucha responsabilidad -entendida esta como un valor consciente que le permite a los sujetos reflexionar, administrar, orientar y valorar las consecuencias de sus actos desde el plano moral- suponiendo que el mismo define y contiene la esencia del trabajo enfermero ya que implica la necesidad no sólo del contacto con los enfermos críticos y sus familiares, sino también con la aplicación de los conocimientos adquiridos en la formación profesional, tanto a nivel teórico como práctico.

A lo expresado con anterioridad, se une la necesidad de una constante capacitación y actualización científico-tecnológica y el mantenimiento del nivel de salud de dichos profesionales para que no comprometan su capacidad de cuidar; debiendo respetarse además los derechos humanos, las costumbres, los valores y las creencias de los “sujetos de atención”.² En igual sentido, se deben tener en cuenta que dentro del desempeño profesional enfermero existen actividades tales como: el registro escrito de las actividades diarias, proporcionar información para la preservación de la salud en la internación y luego del alta, así como también enfrentar las dificultades en la estructura organizativa del lugar de trabajo. Semejante sobrecarga laboral del profesional enfermero contribuyen a que esta práctica sea considerada altamente estresante,³ al respecto parafraseando a Turcotte (1986)

¹ No se hace referencia a los nombres de las instituciones atendiendo al pacto de confidencialidad.

² Se considera necesario aclarar que dentro de las múltiples denominaciones que se le otorgan a los destinatarios de la atención profesional enfermera, se ha elegido este término, atendiendo a razones posteriormente explicitadas.

³ Existen numerosas fuentes bibliográficas que confirman la relación que se establece entre la práctica enfermera y el estrés laboral, a saber: Popp, Maricel S. (2008) “Estudio preliminar sobre el síndrome de Burnout y estrategias de afrontamiento en enfermeras de unidades de terapia intensiva. *Revista Interdisciplinaria*, volumen 25, N°. 1, enero-junio, pp. 5-27; Juárez García, Arturo (2008) “Efectos psicológicos del trabajo: su concepción y hallazgos en algunos centros ocupacionales en

se podría afirmar que el estrés es el resultado de las transacciones o interacciones entre la persona y su entorno, considerando que el origen del mismo -sea positivo (oportunidad) o negativo (obligación)- provoca una ruptura de la homeostasis⁴ psicológica o fisiológica, desencadenando emociones y movilizandolas energías del organismo.

En este sentido, se considera necesario especificar la relación que se produce entre el síndrome de Burnout y el estrés laboral, ya que este síndrome puede ser considerado como una situación estresante crónica, integrada por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja (actitudes de despersonalización) y hacia el propio rol profesional (falta de realización profesional en el trabajo), así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado (Maslach y Jackson, 1981). A pesar de que puede experimentarse por cualquier tipo de profesión, su índice de prevalencia es mayor en aquellos profesionales que trabajan con personas (Leiter *et al.*, 1991). De acuerdo con Maslach, Jackson y Leiter (1996) el burnout es una respuesta prolongada a factores estresantes crónicos emocionales e interpersonales en el trabajo, que se definen por tres dimensiones: el agotamiento emocional, la despersonalización y una baja realización personal.

El agotamiento emocional se caracteriza por la falta de recursos emocionales propios y el sentimiento de que nada se puede ofrecer a otra persona (sujeto de atención), que no se puede dar más de uno mismo a nivel afectivo. Se trata de una experiencia de malestar emocional y agotamiento físico debido al contacto diario y mantenido con las personas que son objeto de trabajo (Hernández-Vargas *et al.*).

Mientras que con la despersonalización se desarrollan sentimientos y actitudes negativas, cínicas e insensibles hacia los destinatarios de los servicios que se prestan, los

México. *Revista Salud Pública y Nutrición*. Volumen 9, N°. 3. julio-septiembre; Ortiz, Susana O. (2009) "Programa destinado al cuidado de los trabajadores de la salud", en www.coldmed2.org.ar/images/pupl09.pdf; Mamami Encalada, A.; Obando Zegarra, R.; Uribe Malca, A.; Vivanco Tello, N. (2007). "Factores que desencadenan el estrés y sus consecuencias en el desempeño laboral en Emergencia". *Revista peruana de Obstetricia y Enfermería*. Volumen 3. N°. 1. Julio, en revista.concytec.gob.pe/scielo.php, entre otras.

⁴ Propiedad de los organismos vivos consistente en su capacidad de mantener una condición interna estable (en la que su estado permanece casi invariante en el tiempo) compensando los cambios que se producen en su entorno mediante el intercambio regulado de materia y energía con el exterior (metabolismo). La homeostasis es una forma de equilibrio dinámico posible gracias a una red de sistemas de control realimentados que constituyen los mecanismos de autorregulación de los seres vivos.

cuales son vistos por los profesionales de forma deshumanizada debido a un endurecimiento afectivo.

Por último, la falta de realización personal se define como la percepción de que las posibilidades de logro personal en el trabajo han desaparecido, lo que hace que disminuyan las expectativas personales.

Existen otros estresores que afectan la labor enfermera, a saber: la presencia excesiva de ruidos, la iluminación defectuosa, los espacios inadecuados e insuficientes para realizar la labor, el exceso de calor, la ausencia de personal médico en situaciones de urgencia, la falta de personal para atender adecuadamente el servicio, la falta de comunicación entre los compañeros de trabajo sobre los problemas del servicio, la rotación permanente por las diferentes áreas; todos estos factores se ven exacerbados en las Unidades de Terapia Intensiva⁵ y Neonatología,⁶ que son servicios con personas internadas que demandan un grado de atención muy especializado, donde los profesionales están expuestos a situaciones extremas como la muerte, pues tienen contacto continuo con sujetos de atención que se encuentran en estado crítico o terminal, además, en dichas unidades el enfermero se convierte en el personal más próximo y en contacto continuo con el sujeto de atención, teniendo que resolver problemas inesperados dentro de un ambiente de alta emotividad. A lo anterior debemos agregar el hecho de que las referidas unidades se encuentran en sectores aislados del resto de las áreas de internación debido al estado crítico de los sujetos internados, que les hace muy susceptible a infecciones y a los estímulos externos.

Si se tiene en cuenta que a través de esta investigación se procura elucidar los efectos psicofísicos que se producen en el profesional de enfermería, derivados de la

⁵ Área de internación para personas (adultos o niños) con posibilidad de recuperación parcial o total que requieran para su supervivencia de atención médica y de enfermería en forma constante. Esto incluye sujetos de atención en estado crítico, con riesgo potencial de muerte y/o la necesidad de efectuar procedimientos especiales de diagnóstico y/o terapéuticos que preserven la vida. Cf. "Normas de categorización de unidades de cuidados intensivos. SATI".

⁶ La unidad de terapia intensiva que se ocupa del cuidado de los niños se llama Neonatología y es una rama de la pediatría dedicada al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del ser humano durante los primeros 28 días de vida, desde la atención médica del recién nacido en la sala de partos, el período hebdomadario (los primeros 7 días postparto), hasta los 28 días de vida del niño, posterior a los cuales se le considera como "lactante" entrando ya al campo de la pediatría propiamente dicha. Los principales sujetos de atención son los recién nacidos que están enfermos o requieren un cuidado especial debido a que son prematuros, tienen bajo peso o sufren malformaciones. En <http://neo-pediatria.blogspot.com.ar/2010/04/definicion-de-neonatologia.html>.

intervención sobre sujetos de atención en salud, se considera también necesario realizar una búsqueda y relevamiento bibliográfico atendiendo a los antecedentes que sobre el tema existen tanto en formato papel como en digital. Respecto de la búsqueda de referencias bibliográficas en formato papel se ha consultado en los archivos y existencias en una primera instancia en la Biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social, en la Biblioteca Central de la Universidad Nacional de Mar del Plata, en la Biblioteca del Colegio Médico IX de Mar del Plata y la Biblioteca Municipal; mientras que para la búsqueda digital usamos el buscador Google. Las búsquedas realizadas tanto en un formato como en otro, dieron una gran variedad de resultados, de los cuales se priorizó aquellos que más se acercaran a la temática abordada por esta investigación y aquellos trabajos realizados en la Argentina, esencialmente los relativos a la provincia de Buenos Aires y en particular los que tratan la problemática en Mar del Plata.

Otro elemento a considerar para una ostensible aproximación al tema, es la naturaleza profesional e institucional del trabajo enfermero, para lo cual precisamos conocer las características principales del perfil de Enfermero y las incumbencias profesionales del Licenciado en enfermería, según lo establece el plan de Estudio de la mencionada carrera, perteneciente a la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Desde lo cual se espera que los licenciados en Enfermería, una vez que hayan cumplido con las exigencias de la formación profesional, al concluir sus estudios de enfermera/o hayan logrado:

- “Una visión totalizadora del hombre y reconocimiento de la salud como hecho social que le permita enfatizar las acciones preventivas sobre las curativas.
- Una formación académica pluralista, actualizada e integrada, que le permita abordar con aceptable nivel de idoneidad el proceso de atención de enfermería.
- Posibilidad de interactuar en grupos de trabajo con otros profesionales del área de la salud e identificar su papel dentro de la política sanitaria general.
- Reconocer la articulación docencia-servicio como una de las estrategias fundamentales para orientar y educar para la salud de la comunidad.
- Adoptar una actitud de compromiso con su actividad profesional que le permita asumir responsablemente su propia capacitación permanente, como condición para la actualización, el crecimiento personal y la adecuación de principios científicos de la enfermería a los progresos de las ciencias sociales, biológicas y educativas.
- La formación de un pensamiento científico que posibilite una visión problematizadora, tanto de la realidad como de las formulaciones científicas existentes.
- Es un profesional que ha adquirido competencia científica y técnica en el área de enfermería, para dar cuidado y ayuda al individuo, familia y comunidad, mediante una firme actitud humanística, ética y de responsabilidad legal, adecuados conocimientos en las

áreas profesional, biológica, psicosocial y humanística y entrenada en las técnicas específicas en el arco de desarrollo científico.

- Tendrá conocimientos sobre el proceso de enseñanza aprendizaje en la educación continua de individuo, familia y grupos comunitarios.
- Tendrá conocimientos sobre la administración de los servicios de enfermería hospitalarios y comunitarios en los distintos niveles de complejidad, tomando decisiones en cualquiera de las áreas de su desempeño profesional, basadas en su capacidad de observación, análisis reflexivo y juicio crítico.
- Tendrá conocimiento sobre el método de investigación aplicándolo y divulgando sus resultados a fin de contribuir a mejorar la atención de salud, la atención de enfermería y el desarrollo profesional”.

Otro aspecto que se considera pertinente aclarar, es el calificativo que se emplea para designar a los sujetos de la atención profesional enfermera, ya que tal denominación contiene en sí misma no sólo la concepción y la naturaleza de semejantes prácticas profesionales, sino también un posicionamiento político e ideológico por parte de los profesionales enfermeros. No es casual que entre los múltiples nombres que se le asignan, tales como: clientes,⁷ usuarios,⁸ pacientes,⁹ beneficiario,¹⁰ se ha optado por el término “sujeto de atención”, entendido este último como aquel sujeto portador de un saber acerca de su dolencia (signos y síntomas) que demanda y que por lo tanto guía el proceso de atención en tanto comunica su padecer y su malestar o la eficacia de la terapéutica.

Si bien se conoce que términos tales como cliente, paciente, usuario, beneficiario, entre otros, tienen un fuerte arraigo en el uso cotidiano en las instituciones de salud, principalmente en las privadas, a pesar de que este trabajo trata sobre las mismas, se ha elegido el término “sujeto de atención en salud” ya que contrarresta la fuerte connotación economicista de las referidas denominaciones, las cuales tienen una vinculación con las formas de mercado (compra-venta de servicio), típico del modo de producción capitalista,

⁷ Es un concepto procedente de la economía que permite referirse a la persona que accede a un producto o servicio a partir de un pago. En el contexto de este trabajo final, el término es utilizado como sinónimo de comprador (persona que compra un producto), usuario (persona que usa el servicio) o consumidor (quien consume un producto o servicio).

⁸ Hace referencia a las personas que utilizan los servicios sanitarios de educación y promoción de la salud, de prevención de enfermedades y de información sanitaria.

⁹ Se refiere a la persona que requiere asistencia sanitaria y está sometido a cuidados profesionales para el mantenimiento o recuperación de su salud. Se suele asociar al paternalismo médico, con los principios bioéticos de beneficencia, donde el médico es quien toma las decisiones, considerando siempre la mejor opción, pero prescindiendo de la opinión del paciente, resultando así limitado o suprimido, convirtiéndose en una relación vertical.

¹⁰ Referido a una persona física o jurídica que tiene derecho a percibir ciertas prestaciones económicas o al reconocimiento de ciertos derechos en función de un contrato suscrito (en el que el sujeto beneficiario puede tomar parte o ser ajeno).

en el cual se tiende a satisfacer más el confort que al ser humano en su totalidad, sometiendo a un trato prescripto por los profesionales de la salud, donde no se tiene muy en cuenta la participación del sujeto de atención, dando por sentado que la persona es un ser pasivo que recibe sin cuestionamientos los tratamientos decididos por el equipo de salud, en estrecha consonancia con el concepto de “*sick role*” desarrollado por el sociólogo norteamericano Talcott Parsons en los años cincuenta del pasado siglo.¹¹

El mencionado concepto autorregulador parsoniano ha sido superado por una visión más coincidente con los principios éticos y la autonomía de los sujetos de atención, los cuales adquieren decisión y dominio sobre las actuaciones que se harán sobre su cuerpo y su salud, abandonando el supuesto de que la persona sea un ser pasivo, que recibe sin cuestionamientos los tratamientos decididos por el médico (o equipo de salud) y por lo tanto, abandona su condición de paciente. Este cambio de accionar por parte de la persona en la cual se interviene trae consigo una historia de vida, un entorno (familia y comunidad), con aspectos físicos y psicológicos, que hacen que la realidad de cada persona sea particular y se deba trabajar sobre ésta como un ser holístico, dispuesto a los cambios y a su rol activo sobre éstos y sobre el tratamiento propuesto por el equipo de salud. Por lo tanto, ante este rol activo, la persona deja de ser un paciente que acata el tratamiento a ser un sujeto participativo en el mismo. Por lo cual, como se ha expresado con anterioridad, en esta investigación se utilizará el concepto “sujeto de atención en salud”, por considerar que las anteriores concepciones limitan la comprensión de la relación sujeto-enfermero.

Para hacer un acercamiento a los sujetos de atención, es factible realizar una definición de los distintos componentes que conforman el proceso de salud-atención-enfermedad,¹² proceso que tiene como centro y protagonista a la persona, entendida esta

¹¹ El *sick role* (papel del enfermo) es un concepto que se refiere a los aspectos sociales de enfermar y de los privilegios y obligaciones que vienen con él, semejante teoría sociológica percibe a la enfermedad como una forma de desviación que obstruye y perturba el funcionamiento de la sociedad y los sujetos sociales que la integran.

¹² Proceso definido como una construcción individual y social mediante la cual el sujeto elabora su padecimiento, que condiciona los tipos de ayuda a buscar. La percepción de este complejo proceso es personal y subjetiva y sólo puede comprenderse contextualizada en el universo de creencias, valores y comportamiento del medio sociocultural de cada persona, así como las condiciones materiales de vida. Sacchi, M., Hausberger, M., Pereyra, A. (2007). “Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud, en familias pobres de la ciudad de Salta”. *Revista Salud colectiva*, vol. 3, n. 3, pp. 271-283. Disponible en <http://www.scielo.org.ar>.

como ser humano. Al respecto, Hildegard Peplau define al sujeto como un ser bio-psico-socio-espiritual que está en desarrollo constante, mientras que Callista Roy afirma que la persona es un ser biopsicosocial en interacción constante con un entorno cambiante.

Tanto las ideas de Peplau como las de Roy, servirán como base teórica conceptual y como línea metodológica que no sólo coadyuve a tomar posición y como referencia respecto de la naturaleza del sujeto de atención sino también la relación holística que se establecen entre los mismos y el personal de enfermería.

En igual sentido, se precisa definir el proceso de salud, entendido como un estado de salud-enfermedad dinámico, variable, individual y colectivo, producto, también dinámico y variable de todos los determinantes sociales y genéticos-biológicos-ecológicos que se originan en la sociedad, se distribuyen socialmente y se expresan en nuestra biología (San Martín y Pastor, 1988).

Convendría también delimitar los aspectos psicofísicos, los cuales pueden ser entendidos más desde sus manifestaciones que desde su definición en sí misma. De ahí que sería conveniente enumerar sus manifestaciones psicosomáticas tales como: úlceras gástricas, aumento del colesterol, hipertensión arterial, comportamientos agresivos, enfermedades de la piel, migrañas, depresión, disfunciones digestivas y coronarias, así como una disminución inmunológica, entre otras.¹³

A continuación se describirán las características de los servicios donde se realizara la investigación, la elección de los mismos surge debido a que las internaciones en áreas críticas representan una doble internación, en donde los sujetos de atención se encuentran alejados de sus familiares, los cuales deben respetar horarios de visitas preestablecidos, siendo los mismos muy acotados, lo cual demuestra que el profesional de enfermería es quien está más próximo y durante más tiempo junto al enfermo.

En párrafos anteriores se hizo referencia a la búsqueda bibliográfica tanto en formato papel como en formato digital donde se llevó a cabo una revisión, análisis y lectura de diversos textos relacionados con la temática en cuestión, lo cual ha hecho factible el ajuste de dicho objeto de estudio. De lo recopilado se han elegido estudios realizados en

¹³ Hernández-Mendoza, E., Cerezo-Reséndiz, S., López-Sandoval, M. (2007) "Estrategias de afrontamiento ante el estrés laboral en enfermeras". *Revista de enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*. Volumen 15, N°. 3, pp. 161-166. Disponible en www.medigrafiph.com.

países latinoamericanos, como Venezuela,¹⁴ Colombia¹⁵ y México,¹⁶ por su cercanía geográfica y cultural e investigaciones efectuadas en nuestro país (Buenos Aires,¹⁷ Córdoba¹⁸ y Entre Ríos¹⁹) el cual brinda un marco sociohistórico y político.

Formulación del problema

“¿Cuáles son las derivaciones psicofísicas que se manifiestan en el profesional de enfermería como resultado del cuidado que ejerce sobre los sujetos internados en las Unidades de Cuidados Intensivos y Neonatología de dos instituciones privadas de la ciudad de Mar del Plata, en el periodo comprendido entre 2013-2014?”

Objetivos

General:

- Determinar cuáles son las derivaciones psicofísicas, que se manifiestan en el profesional de enfermería, luego del cuidado de sujetos que se encuentran internados en las unidades de cuidados intensivos y neonatología en comparación con los profesionales que ejercen en el área de internación Clínica médica de dos instituciones privadas de la ciudad de Mar del Plata, en el bienio 2013-2014.

Específicos:

¹⁴ Barrios Lamar, H.; Carbajal, D.; (2010) “Estrés en el personal de enfermería del área emergencias en adultos en el Hospital Ruíz y Páez”, Ciudad de Bolívar-Estado Bolívar. En: ri.biblioteca.udo.edu.ve

¹⁵ Gómez-Londoño, Elizabeth (2009) “El cuidado de enfermería del paciente en estado crítico, una perspectiva bioética” *Revista persona y bioética, Norteamérica*. Volumen 12, N° 2. En: personaybioetica.unisabana.edu.co

¹⁶ Hernández -Mendoza, E., Cerezo- Reséndiz, S., López- Sandoval, M. (2007). *Óp. Cit.*

¹⁷ Espinosa, C.; Menoret, V.; Puchulu, M.; Selios, M. (2009) “Bioética en la relación equipo de salud-paciente” *Diaeta*, Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Vol. 27, N°128, pp. 31-36. En <http://www.scielo.org.ar>

¹⁸ Gómez, Hugo (2009) “Proyecto de investigación: relación enfermero-paciente en las unidades de Terapia Intensiva”. Universidad Nacional de Córdoba. En: www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar

¹⁹ Popp, Maricel (2008) *Óp. Cit.*

- Indagar cuales son las derivaciones psicofísicas que se producen en el profesional de enfermería durante su intervención profesional en UCI y Neo de dos instituciones privadas de la ciudad de Mar del Plata.
- Comparar la incidencia de las derivaciones psicofísicas de los profesionales de enfermería durante su atención y cuidado profesional en el área de internación Clínica médica, respecto a las enunciadas áreas críticas de dos instituciones privadas de la ciudad de Mar del Plata.

Justificación teórica del tema

Como se ha planteado con anterioridad, una aproximación a la praxis enfermera favorece la elucidación de los efectos psicofísicos resultantes de la realización de sus tareas en las áreas críticas correspondientes a Neonatología (Neo) y la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de dos instituciones de salud de la ciudad de Mar del Plata.

Al respecto, conviene aclarar que ambas son de carácter privado lo que refleja un determinado nivel socioeconómico de los sujetos de atención ya que un gran porcentaje de ellos poseen obra social o medicina prepaga, hay casos de sujetos que se atienden en forma particular pero son la minoría debido a los costos que conlleva la internación y el tratamiento en las unidades a las que se refiere esta investigación. Teniendo en cuenta que de las mencionadas instituciones una es una clínica y la otra un hospital escuela.

Por otra parte, al momento de pensar en el objeto de estudio de este trabajo si bien no se desconoce las riquezas que podrían aportar las instituciones públicas, se decidió llevarla a cabo en instituciones privadas porque ha sido más factibles acceder a los profesionales que trabajan allí; en particular las mencionadas por presentar un mayor número de camas y por consiguiente un mayor número de profesionales.

El interés por conocer qué le sucede al colectivo enfermero deviene de la escasa producción acerca del impacto que tiene la labor profesional de los mismos y su naturaleza, la cual está basada esencialmente en la interacción con otros sujetos, cuya condición crítica genera un estado de dependencia en el cual el profesional enfermero brinda atención tanto física como contención emocional y acompañamiento psicológico, entre otras cuestiones, pero no sólo los internados necesitan de esta contención, también lo requiere la familia que

se encuentra limitada en el acceso a las áreas críticas, por lo que el personal de enfermería debe contenerlos y acompañarlos.

Para poder realizar el referido trabajo se pidió autorización verbal a la jefatura de las instituciones en cuestión, a pesar de la negativa por parte de estas pudiendo obtener importante información acerca del estrés que genera el trabajo enfermero en los profesionales así también como establecer una relación con cada uno de estos debido a la cercanía laboral con la institución y descubrir preocupaciones tanto individuales como grupales que afectan la tarea diaria y la vida personal.

El interés por conocer qué le sucede al colectivo enfermero deviene de la escasa producción acerca del impacto que tiene la tarea profesional de los mismos y su naturaleza la cual está basada esencialmente en la interacción con otros sujetos, cuya condición crítica genera un estado de dependencia en el cual el profesional brinda atención tanto física como contención emocional y acompañamiento psicológico, entre otras cuestiones, pero no sólo los internados necesitan de esta contención, también lo requiere la familia que se encuentra limitada en el acceso a las áreas críticas, por lo que el personal de enfermería debe contenerlos y acompañarlos.

Si bien en la bibliografía consultada, puede constatarse ciertas referencias al estrés laboral y al síndrome de Burnout, en los textos consultados no se abordan desde el enfoque que plantea esta investigación. Como se ha dicho con anterioridad los profesionales de enfermería están expuestos a una gran sobrecarga laboral, ahora bien, se sugiere como algo fundamental la creación de una terapia grupal y contención psicológica para dichos profesionales, los cuales les brindará nuevas herramientas de afrontamiento que derivará en una mejor atención.

Si bien se ha realizado una búsqueda en los trabajos finales que tengan relación directa a la temática planteada en esta investigación, sí se ha tratado sobre el estrés y el síndrome de Burnout, pero no solo sobre la praxis enfermera o sobre qué le afecta psicofísicamente a los profesionales de enfermería, por lo que la visión que aporta el presente trabajo es novedoso en cuanto a las áreas que abarca y el contacto con la fuente primaria de información, lo que permite un análisis del lenguaje verbal y corporal que enriquece el argumento de la experiencia.

Además dicha investigación aborda el análisis del impacto de las medidas neoliberales dentro del mercado capitalista en relación a la flexibilización laboral y a las condiciones del trabajo y los trabajadores.

Si bien en la bibliografía consultada puede constatarse ciertas referencias al estrés laboral y al síndrome de *Burnout*, los textos consultados no abordan estas problemáticas desde la perspectiva en la que sitúa ésta investigación. Como se ha expresado con anterioridad, los profesionales de enfermería están expuestos a una gran sobrecarga laboral, ahora bien, se sugiere como algo fundamental la creación de una terapia grupal y contención psicológica para dichos profesionales, lo que podría ofrecer nuevas herramientas de afrontamiento que derivaría en una mejor atención.

Desde el punto de vista bibliográfico, se ha realizado una búsqueda exhaustiva en los trabajos finales que hacen referencia a la temática planteada por esta investigación, trabajos que abordan el estrés y el síndrome de *Burnout*, pero no se ha encontrado ninguno referido a profesionales enfermeros y sus derivaciones psicofísicas, por lo que la visión que aporta el presente trabajo es novedosa en cuanto a las áreas que aborda y la lectura crítica que realiza de las fuentes primarias de información, lo que permite un análisis del lenguaje verbal y corporal que enriquece los argumentos de esta experiencia.

Además, dicha investigación analiza la manera en que la crisis estructural del sistema y las medidas neoliberales establecen ciertos presupuestos y reglas dentro del mercado capitalista, lo que conlleva a la reificación de los sujetos dentro de un mercado laboral cada vez más flexible y excluyente y, por ende, contribuye a conformar las condiciones de trabajo, las dinámicas de trabajo de los profesionales en cuestión y sus derivas.

Se puede observar que no se hace referencia a los nombres de las instituciones, porque a pesar de haber solicitado autorización para realizar la investigación, no se ha conseguido; lo que dificulta el acceso a las mismas ya que los sujetos inquiridos tienen temor a sanciones o a la pérdida de la fuente laboral, ya que las autoridades hacen caso omiso al prestigio y a la riqueza que puede aportar el conocer el punto de vista del personal de enfermería que se desarrolla profesionalmente en la institución.

Convendría realizar una última observación, si bien en un principio se pensó realizar el abordaje a los enfermeros de seis instituciones, se optó por realizarlo en las dos

que presentan mayor cantidad de camas en general y por lo tanto en UCI y Neo, debido a que estas son un porcentaje de las generales. Así mismo, si bien estas instituciones son las de mayor capacidad de internación, no se puede hacer referencia a generalidades ya que quedan por fuera muchas instituciones del municipio de General Pueyrredón.

Capítulo II Marco referencial

En este capítulo se pretende, atendiendo al núcleo problemático de esta investigación, desarrollar su marco referencial, entendido como aquellos conocimientos previamente contruidos, pues forman parte de una estructura teórica ya existente, dentro de la cual se describen elementos teóricos planteados por los diferentes autores que abordan la temática en cuestión. En ese sentido, se considera necesario reseñar conceptos tales como el síndrome de Burnout y el estrés laboral, por considerarles una herramienta útil para determinar y/o establecer la posible relación que se establece entre la práctica profesional enfermera y su impacto psicofísico sobre sus profesionales.

Desde otra perspectiva, se ha considerado necesario visitar teorías sociológicas tales como: la fenomenología de Berger y Luckman y sus aportes respecto de la realidad como constructo social, la internalización de la realidad, la imaginación sociológica desarrollada por Wright Mills, la institucionalización, aproximaciones conceptuales a la fenomenología e intersubjetividad de Husserl y Schütz, la etnometodología pollneriana, así como los conceptos bourdieanos relativos a los espacios y las prácticas sociales: campo y *habitus*, y por ende referirnos a conceptos como capital cultural y reproducción social.

La naturaleza psicosociológica de esta investigación exige también el abordaje de la teoría de Dejours sobre la insatisfacción y la ansiedad, el trabajo y la ansiedad, los conceptos desarrollados por Elliott Jaques respecto de las organizaciones paranoigénicas, así como el síndrome institucional de violencia (SIV) de Fernando Ulloa.

Por último, y no de menor importancia, la referencia obligada a las teorías sobre el cuidado de Hildegard Peplau y el modelo de adaptación de Calista Roy, respectivamente.

Estrés laboral y Burnout

El Síndrome de Burnout (desgaste profesional o síndrome del “profesional quemado”) es un claro exponente de las fases avanzadas del estrés profesional. Este clima de insatisfacción, recoge consideraciones negativas respecto a la falta de apoyo de pares, jefes inmediatos e incluso de la propia administración, el número de bajas entre los profesionales por enfermedades mentales (depresión, ansiedad, etc.), determinadas rutinas perniciosas que se establecen y que no permiten el desarrollo óptimo de la actividad profesional. Todo lo anterior hace que la vivencia de su profesión no se haga de manera

positiva, lo que les llevará a engrosar las filas de aquellos profesionales que sufren el día a día de su trabajo, llegando poco a poco a mayores cotas de insatisfacción y “malestar profesional”, típico de las personas que se dedican a trabajar dentro de lo que se ha denominado “profesiones asistenciales”, es decir, de servicio público, los cuales pueden encontrarse fuertemente afectadas por este síndrome y verse sometidas a un gran desgaste profesional.

A nadie se le escapa que estas profesiones exigen entrega, implicación, ciertos niveles de idealismo y un indudable servicio a los demás y si todo esto se asienta sobre una personalidad “perfeccionista” con un alto grado de auto exigencia y con una gran tendencia a implicarse en el trabajo, podemos finalmente obtener un desequilibrio entre las expectativas individuales del profesional y la realidad del trabajo diario. Este síndrome de Burnout, de desgaste, se puede considerar un trastorno adaptativo crónico y puede manifestarse tanto por un excesivo grado de exigencia como por escasez de recursos.

En definitiva, en el síndrome del “profesional desgastado / quemado” o Burnout, puede afectar a profesionales que se enfrentan a una carga afectiva importante y acaban perdiendo el interés. Ofrecen un trato deshumanizado a sus pacientes, clientes o alumnado, a los que ven como enemigos porque están desmotivados y emocionalmente exhaustos por su trabajo.

No obstante la evidente relación entre el estrés laboral y el mencionado síndrome, se ha tomado la decisión de solamente desarrollar el marco teórico conceptual referido al estrés, en particular aquellos que pretendan elucidar sus principales características, sus manifestaciones más generales y sus derivaciones.

Estrés Laboral

El término estrés se emplea generalmente refiriéndose a tensión nerviosa, emocional o bien como agente causal de dicha tensión. Las distintas aproximaciones al concepto de estrés, han definido a este como respuesta general inespecífica (Selye, 1936), como acontecimiento estimular (Holmes y Rahe, 1967) o como transacción cognitiva persona-ambiente (Lazarus y Folkman, 1986).

El estrés, sus causas, su afrontamiento y consecuencias, están determinados por la propia personalidad y circunstancias ambientales (Cross y Kelly, 1984), la estructura

cognitiva individual (Steptoe y Vögele, 1986) y la capacidad de resistencia (“*hardiness*”) (Mc. Craine, Lambert y Lambert, 1987).

El término estrés (*stress*), proviene de la física y de la arquitectura, ambas disciplinas se han ocupado de la tensión que se produce en los elementos sólidos como respuesta a los empujes ejercidos desde el exterior que, pueden llegar a deformarlos o romperlos. Fue Walter Cannon en el año 1911, quien por primera vez empleó el término a todo estímulo susceptible de provocar una reacción de lucha o huida y, posteriormente, este término también se utilizó para designar los factores del medio cuya influencia exigen un esfuerzo no habitual de los mecanismos de regulación del individuo.

Hans Selye (1936), investigó y llegó a definir el estrés como la respuesta fisiológica, no específica, de un organismo ante toda exigencia que se le haga. Selye consideró que cualquier estímulo podría derivar en un estresor siempre que provocase en el organismo su correspondiente respuesta biológica de reajuste, no obstante no incluía los estímulos psicológicos como agentes causales. Según este autor, cuando nos enfrentamos a una nueva situación, el cerebro recibe información que se transmite y analiza a través de los sentidos, si la evaluación es negativa, envía una señal que libera las hormonas de adrenalina, poniendo al organismo en un estado de alerta o de resistencia dando lugar a la aparición de síntomas de cansancio y fatiga. En la mayor parte de los casos, una vez que dejamos de sentirnos amenazados, el cuerpo se recupera, pero si la situación se prolonga, se puede llegar a un “estado de extenuación”. Nos encontraríamos entonces con que el nivel de resistencia bajaría, apareciendo nuevas señales de alarma y comenzando un sufrimiento físico y mental. Si este estado continúa, la persona empezará a tener problemas, llegando incluso a enfermar.

Como se puede apreciar, las definiciones de ambos autores difieren en que, para el primero, estrés significa estímulo y para el segundo respuesta. A partir de aquí, es frecuente encontrar en la literatura ese primer uso indistinto del término, que incluso se emplea, para designar la relación entre ambos. (González de Rivera y cols. 1980).

Engel (1962), se refiere al término de una manera más amplia y, frente a la posición biológica de Selye, basa su interpretación en los mecanismos psicológicos de defensa, previos a la activación de cualquier sistema ante todo proceso interno o externo, que implique una demanda del organismo. Sin embargo, en esos años sesenta e incluso en los

setenta, los acontecimientos que fueron más estudiados como situaciones estresantes se refieren a situaciones de origen externo y no se atiende a la interpretación o valoración subjetiva, que pueda hacer el sujeto de las mismas. Se hace hincapié en las circunstancias o sucesos importantes que producían cambios fundamentales en la vida de una persona y exigían un reajuste. En esa línea, se encuadran los trabajos de Holmes y Rahe (1967) sobre la cuantificación del potencial estresante de diversos acontecimientos vitales y en los que tratan de relacionar la aparición de enfermedades con el estrés.

En los trabajos del Dr. Harold Wolf, puede verse un nexo de unión entre los postulados de Engel (1962) y Holmes y Rahe (1967). Para Wolf, el estrés vital es una respuesta específicamente humana a distintos tipos de agentes nocivos y amenazantes. Este autor considera que las enfermedades causadas por el estrés, se producen cuando repetidas e intensas apreciaciones de amenazas, llevadas a cabo por una persona, provocan unos patrones estereotipados de respuesta fisiológica, respuesta adecuada y eficaz para hacer frente a amenazas interpersonales o simbólicas.

En la década de los ochenta se han investigado hechos de poca consideración que surgen a diario y que hasta ese momento no se habían apreciado, así como estresores de poca importancia que permanecen estables en el medio ambiente con una menor intensidad pero mayor duración, ejemplos de estos pueden ser el ruido, el hacinamiento, la polución, etc. (Merín, Cano y Tobal, 1995).

Podemos observar entonces que el estrés ha sido estudiado y conceptualizado de diferentes maneras. Siguiendo a Scotland (Cox, 1992) y Gaillard (1993), se pueden intentar refundir sus aproximaciones en las siguientes:

1. Como variable de entrada: una primera aproximación centra el estudio del estrés en las demandas ambientales. Se distingue entre estresores independientes de la tarea (ruido, temperatura, etc.) y factores relacionados con las demandas de dicha tarea (ritmo de trabajo, temporalización, etc.). A continuación, se presentan cuatro tipos de estresantes que difieren primariamente en su duración:
 - a) Estresantes agudos, limitados en el tiempo.
 - b) Secuencias estresantes, o series de acontecimientos, que ocurren durante un período prolongado de tiempo como resultado de un

acontecimiento inicial desencadenante: tal como el fallecimiento de un familiar.

c) Estresantes crónicos intermitentes: tales como problemas sexuales.

d) Estresantes crónicos: tal como estrés de origen laboral, que pueden haberse iniciado, o no, por un acontecimiento discreto que persiste durante mucho tiempo.

2. Una segunda aproximación se centra en el resultado o respuesta, refiriéndose a las reacciones subjetivas, fisiológicas y conductuales que se producen en situaciones de tensión. Nos encontramos con dos componentes interrelacionados:

a) El componente psicológico, que incluye conductas, patrones de pensamiento y emociones, caracterizados por un estado de inquietud.

b) El componente fisiológico, que incluye una elevación del grado de activación corporal: aumento de la tasa cardíaca o una respiración agitada. A la respuesta de dos componentes (psicológico y fisiológico) se le denomina tensión.

3. Como estado: el sujeto se siente tenso y amenazado sobre la base de la evaluación subjetiva de la situación.

4. Como proceso: los síntomas del estrés van apareciendo lentamente con el paso del tiempo, lo que incluye estresores y tensiones, es un proceso difícil de parar incluso cuando el factor desencadenante ya ha desaparecido. Este proceso implica ajustes e interacciones continuas (transacciones) entre la persona y el medio. El estrés se produce como consecuencia de un desequilibrio entre las demandas del ambiente (estresores internos o externos) y los recursos disponibles del sujeto (Lazarus y Folkman, 1986).

Tomando esta cuarta definición, los elementos a considerar en la interacción potencialmente estresante son las variables contextuales propias del ámbito del individuo; las variables personales del sujeto que se enfrenta a la situación y las propias consecuencias del estrés:

- Estrés es la fuerza o el estímulo que actúa sobre el individuo y que da lugar a una respuesta.
- Estrés es la respuesta fisiológica o psicológica del individuo ante un estresor ambiental.

- Estrés es una consecuencia de la interacción de los estímulos ambientales y la respuesta idiosincrásica del individuo.

Debemos insistir en que no todo el estrés es negativo. Se vive inmerso en el estrés porque los sujetos se encuentran en un proceso constante de adaptación al mundo que les rodea y, a la vez, de propio desarrollo personal, lo que “provoca” realizar constantes esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar adecuadamente las situaciones que se presentan (Merín, Cano y Tobal, 1995).

En ese sentido, conceptos como carga mental y estrés han añadido nuevos matices terminológicos que en ocasiones pueden añadir confusión. En principio la sobrecarga mental produciría estrés; es decir, el estrés sería la respuesta ante un enfrentamiento con tareas que implicasen alto grado de procesamiento cognitivo, susceptible este de ser medido mediante procedimientos objetivos como las medidas del rendimiento en la tarea. Sin embargo, hay autores como Hart y Staveland, Orozco y García, que sitúan el estrés como un “ingrediente” más de carga mental (cit. en Rubio, 1992 y Rubio, Martín y Díaz, 1995).

En realidad, ambos conceptos, estrés y carga mental, provienen de diferentes esquemas teóricos, mientras que las teorías sobre el estrés proceden de la psicología laboral y la medicina, la carga mental se engloba dentro de los estudios del rendimiento humano y se basan en las teorías cognitivo-energéticas.

Podemos circunscribir el concepto de estrés al ámbito de trabajo de los individuos, de tal modo que su definición podría ser el desequilibrio percibido entre las demandas profesionales y la capacidad de la persona para llevarlas a cabo.

Es precisamente el concepto de subjetividad individual, de percepción acorde con la personalidad, lo que genera las mayores discusiones entre los especialistas en cuanto a las repercusiones jurídico-laborales del estrés como enfermedad profesional o laboral.

El mecanismo de respuesta por antonomasia, previa valoración de un estresor, es la lucha o huida. Si estas situaciones de estrés se dan en el plano laboral (algunos ejemplos pueden ser la inseguridad, la competencia, la búsqueda de eficacia, etc.), nos encontramos con que no podemos luchar con el gasto energético correspondiente, ni tampoco, teóricamente responder con la huida (escapar del distrés). Es claro que la huida en el ámbito laboral es el absentismo, que junto con las enfermedades laborales son índices elocuentes de la repercusión del estrés organizacional sobre los trabajadores.

El desarrollo tecnológico ha provocado que el trabajo manual, artesanal, creador, fuente de buen estrés, sea reemplazado, a veces, por un trabajo mecanizado, automatizado, en cadena, a veces eficaz, pero demasiado veloz, quizás menos fatigoso físicamente, pero causante de distrés por mayor estímulo psicológico e intelectual.

También estaremos de acuerdo en que nuestra sociedad “organizada” pide a sus miembros una calma “aparente” y que soporten presiones sin protestar, lo que potencia los factores causantes de estrés. Esta situación de imposibilidad de modificar el estresor, estando sometido al mismo tiempo a importantes presiones psicológicas, conlleva a salidas como, por ejemplo, el cigarrillo, el alcohol, los psicofármacos, las drogas en general e incluso obesidad... que termina agravando el distrés y sumando factores de riesgo.

Hemos comprobado que estudiar el estrés organizacional no es tarea fácil, se hace del todo necesario estudiar los factores individuales y ambientales. El modelo de investigación que se utilice deberá contar con la contemplación de los factores como, las características ambientales, organizacionales, grupales, familiares, personales y estimulantes de la capacidad del individuo, la creatividad y el pensamiento independiente.

La construcción de la realidad social

Berger y Luckmann nos instruyen cómo se dan los procesos para personalizar la formación y reconstruir la propia identidad, por tanto el aprendizaje no es meramente cognitivo: cada uno llega a comprender y asumir como propio el mundo de los otros. No es simple este proceso, origina sorpresa la complejidad del conocimiento propio de lo multicultural: siempre hay distintas versiones sobre la misma cosa. Y frente a tal pluralidad surge el dilema sobre ¿cómo desafiar la formación si existe ya un “yo formado” con anterioridad, todo un mundo de significados y comportamientos que tienden a persistir?

Contemplando que toda actividad humana está sujeto a la “habitución”, es decir, que se restringen diversos actos repetidos con frecuencia a uno sólo. Esto produce un alivio psicológico porque establece un rumbo a las acciones de los hombres. De esta manera, la “institucionalización” aparece cada vez que se da una tipificación de acciones “habitualizadas”. Las instituciones, a su vez, implican historicidad y control. La historicidad está dada porque la tipificación es un proceso lento y, el control surge al establecerse pautas definidas de antemano en oposición a otras muchas que podrían darse.

Asimismo, este control requiere de otros adicionales cuando los procesos de institucionalización no llegan a cumplirse cabalmente. De la colección de acciones tipificadas, los individuos se adecuan a ciertos roles y se produce la división del trabajo. Al establecerse esta rutina se da paso a la innovación, por lo cual la institucionalización se expande.

Para profundizar en la interrelación que se establece entre la realidad objetiva y subjetiva, consideramos necesario tomar los conceptos de Berger y Luckmann, “el otro significativo” y “el otro generalizado”. Ambos conceptos son parte del proceso de socialización. Los otros significantes son aquellos individuos que presentan definiciones que son tomadas por el individuo como realidad objetiva. Estas definiciones son seleccionadas según la situación que ocupan dentro de la estructura social y también en virtud de sus idiosincrasias individuales.

El individuo al cual se le transmiten estas definiciones va internalizando los roles y las actitudes de otros y va generando una abstracción progresiva de roles que se denomina el otro generalizado. Así, el mundo de los otros significantes es el único que existe en la conciencia del individuo socializado.

La imaginación sociológica

En la actualidad los individuos, generalmente, tienen la sensación de estar atrapados por cambios supuestamente impersonales de la estructura social -uno de ellos es la velocidad y el caudal de información con que se dispone- que lejos de ser una ventaja rebasa la capacidad de los hombres para asimilarla. Según, Wright Mills se necesita “imaginación sociológica”²⁰ -similar al pensamiento crítico que elucida cómo se construyen las relaciones de poder- que permite pasar de las transformaciones más impersonales a las características más íntimas del individuo y, de ver las relaciones entre ambas cosas. Para esto es necesario entender la relación entre el hombre y la historia que se puede expresar a través de la configuración de una pequeña parte de la historia del hombre como si fuera una biografía. Teniendo presente esta relación, para hacer frente de modo eficaz a las

²⁰ Una cualidad mental que ayude a utilizar la razón para conseguir recapitulaciones lúcidas de lo que ocurre en el mundo y dentro de cada uno.

inquietudes personales del individuo, es preciso entender o interpretar los problemas públicos de la estructura social, es decir, aquellos problemas que trascienden al ámbito personal inmediato.

Los sujetos de hoy parecieran no sentir estimación por ningún valor ni distinguen ninguna amenaza. Esto configura la “indiferencia”, la cual si afecta a todos los valores se convierte en “apatía”. Sin embargo, una amenaza que se distingue como “malestar y ansiedad” concibe tiempos de “malestar e indiferencia”, es decir, no se puede establecer cabalmente cuáles son los valores amenazados ni qué es lo que los amenaza. En este contexto, la “imaginación sociológica” -como cualidad mental- tiene como tarea descubrir y poner en claro los elementos de malestar e indiferencia.

De la interpretación de los autores citados con anterioridad, podemos establecer una analogía de conceptos: la noción de historia de Wright Mills es asimilable al concepto de mundo institucional de Berger y Luckman. Éstos últimos, en sus primeros trabajos, entienden que el mundo institucional, considerado como realidad objetiva, se presenta en forma coactiva porque es difícil interpretar la historia actual, ya que esta se presenta como algo externo y coercitivo al individuo. No obstante, en su última obra evidencian su preocupación por el multiculturalismo actual que a su criterio va desdibujando la legitimidad de las normas instituidas para sólo legalizarlas. En última instancia, la avalancha de cambios constituiría una amenaza para el sujeto común, ya que la vertiginosidad del cambio tiende a producir en éstos una vivencia de inseguridad permanente que va de la vilencia a la apatía y, por ende, a la desesperanza.

De esta manera, se puede inferir, que si el mundo institucional deja de ser tan coactivo, se daría paso a la posibilidad de establecer cambios que permitan esgrimir nuevas tipificaciones para dar seguridad al entorno social. Desde otro punto de vista, la interpretación se refuerza si se considera que al hacerse menos *espesa* la realidad objetiva se da protagonismo a la realidad subjetiva propia de cada uno.

Por otro lado, es responsabilidad de los sujetos sociales generar nuevas tipificaciones que con el tiempo adquieran historicidad y, consecuentemente, objetividad con el fin último de brindar nuevamente un mundo institucional.

Si percibimos que el mundo de la vida cotidiana es aquel que se da por establecido como realidad, el sentido común que lo constituye se presenta como la “realidad por

excelencia", logrando de esta manera imponerse sobre la conciencia de los individuos, en tanto que se presenta a estos como una realidad ordenada, objetivada y ontogenizada.

La realidad de la vida cotidiana es una "construcción ínter subjetiva", un mundo compartido, lo que presupone procesos de interacción y comunicación mediante los cuales se comparte con los otros y se experimenta a los otros. Es una realidad que se expresa como mundo dado, naturalizado, por referirse a un mundo que es común a muchos hombres.

Se aprehende al otro, a los sucesos, acontecimientos y objetos por medio de "Esquemas Tipificadores", que se vuelven progresivamente anónimos en la medida que se alejan del aquí y del ahora, de la situación cara a cara; es decir, que el conocimiento se construye y reconstruye no sólo con y mediante los semejantes, con quienes se establece interacción directa, sino con los contemporáneos y no sólo con ellos sino con los antecesores y sucesores.

El conocimiento circula como evidencia anónima, independiente de los hombres y las situaciones que lo crearon, es conocimiento o más bien realidad dada y, por tanto, posibilidad de existencia y reproducción de la vida cotidiana. Existe en tanto la expresividad humana logra concretarse, cristalizarse u objetivarse, en signos, símbolos o significaciones agrupados en sistemas, los cuales son accesibles objetivamente.

El lenguaje constituye el sistema de signos por excelencia en la sociedad humana, gracias a éste se posibilita la acumulación o acopio social del conocimiento y "... se transmite de generación en generación y está al alcance del individuo en la vida cotidiana" (Berger, Luckman, 1991:40). Este acopio social abarca el conocimiento de su situación en el mundo con sus límites y posibilidades y en él ocupa un lugar especial el denominado "conocimiento receta", en tanto es el tipo de conocimiento que se limita a la competencia pragmática, un conocimiento que se refiere a lo que se debe saber para los propósitos pragmáticos del presente y posiblemente del futuro. El hombre, a diferencia de otras especies, establece una relación de apertura con su ambiente natural y humano, lo que hace que el ser humano, después de su nacimiento, continúe su proceso de desarrollo biológico en interrelaciones no sólo con un ambiente natural, sino también con un orden cultural y social específico.

Pero ese orden social es una construcción constante del hombre; no se da el ambiente natural, ni deriva de datos biológicos, no forma parte de la naturaleza de las

cosas; existe solamente como producto de la actividad humana y el ser humano se considera siempre en una esfera de “externalidad activa”.

La institucionalización

La “institucionalización”, por su parte, está precedida por la habituación, en tanto que un acto sea repetido con frecuencia, “... crea una pauta que luego puede reproducirse con economía de esfuerzos y que *ipso - facto* es aprehendida como pauta para el que la ejecuta”. (Berger y Luckman, 1991: 64). La habituación posibilita que un acto se instaure como rutina y que, por tanto, permita restringir opciones (seleccionar) y torna innecesario definir cada situación de nuevo. Así “... la institucionalización aparece cada vez que se da una tipificación recíproca de acciones habitualizadas por tipos de actores” (Berger y Luckman, 1991: 76).

Las instituciones con objetivaciones que cumplen el papel de regular y orientar los comportamientos humanos “... [establecen] de antemano pautas que canalizan a éstos en una dirección determinada. Así, las instituciones se convierten en ordenadoras del mundo social, tienen fuerza normativa en tanto [...] se experimentan como existentes por encima y más allá de los individuos a quienes acaece encarnarlas en ese momento [...] se experimentan ahora como si poseyeran una realidad propia, que se presenta al individuo como un hecho externo y coercitivo” (Berger y Luckman, 1991: 80).

Las formaciones sociales requieren de procesos de objetivación a fin de ser transmitidas a una nueva generación y éste es el lugar que ocupan las instituciones en tanto se experimentan como realidad objetiva. Tres momentos constituyen el proceso dialéctico entre el hombre productor y el mundo social su producto, a saber:

1. La externalización: Proceso por el cual las instituciones aparecen fuera del individuo, persistente en su realidad está ahí, existen como realidad externa “... el individuo no puede comprenderla por introspección: debe salir a conocerlas, así como debe aprender a conocer la naturaleza [...] el mundo se experimenta como algo distinto a un producto humano”. (Berger y Luckman, 1991: 83).
2. La objetivación: Los productos externalizados de la actividad humana alcanzan el carácter de objetividad. Los significados se materializan

permitiendo que el sujeto se vuelva accesible los conocimientos de su entorno a las experiencias de su práctica cotidiana.

3. La internalización: Es el proceso "... por el cual el mundo social objetivado vuelve a proyectarse en la conciencia durante la socialización", la internalización se define como: "... Aprehensión o interpretación inmediata de un acontecimiento objetivo en cuanto expresa significado, o sea, en cuanto es una manifestación de los procesos subjetivos de otros que en consecuencia se vuelven subjetivamente significativos para mí" (Berger y Luckman: 165).

El proceso dialéctico de construcción social de la realidad es resumido por Berger y Luckman así "La sociedad es producto humano, la sociedad es una realidad objetiva, el hombre es un producto social". (Berger y Luckman, 1991: 165).

La integración del orden institucional "... puede entenderse sólo desde el punto de vista del 'conocimiento' que sus miembros tienen de él". Dicho conocimiento es sólo es una pequeña parte conocimiento teórico, también existe conocimiento primario situado en el plano pre teórico definido como "... la suma total de lo que todos saben sobre un mundo social, un conjunto de máximas, moralejas, granitos de sabiduría, proverbial, valores, creencias, mitos, etc.". El llamado conocimiento preteórico aporta las reglas de comportamiento institucionalmente apropiadas. (Berger y Luckman, 1991: 168).

En resumen, el estudio de estos autores nos permite ver como las representaciones sociales se construyen, se reconstruyen y se transmiten de generación en generación; encontramos de común en ellos, aunque no lo hagan explícito, que estas representaciones son las que, por una parte permiten la comunicación al interior de los grupos y por otra, determinan su identidad.

Al ser poseedoras de ciertas características, por estar internalizadas en los grupos, las prácticas sociales que se desarrollan responden desprevénidamente a esas características, adquiriendo el sentido común, lo que en otras palabras sería dar sentido a lo inesperado.

Fenomenología e Intersubjetividad: aproximaciones conceptuales

Una de las claves de la realidad social se encuentra en el problema filosófico de la "intersubjetividad". Para entender este concepto hay que estar al tanto de la noción de

“subjetividad”, entendida como la conciencia que se tiene de todas las cosas desde el punto de vista propio, que se comparte colectivamente en la vida cotidiana. La intersubjetividad sería, por tanto, el proceso en el que compartimos nuestros conocimientos con otros en el mundo de la vida.

En la “sociología fenomenológica”, basada en la filosofía de Edmund Husserl (1954) y en el método de comprensión (*verstehen*) de Max Weber (1978), el debate general gira en torno a cómo se puede lograr el conocimiento, y la manera en que su aparición debe sustentarse en la comprensión de la “fenomenología” como instancia de aproximación metodológica a lo cotidiano. Desde el punto de vista epistemológico, la fenomenología implica una ruptura con las formas de pensamiento de la sociología tradicional, ya que enfatiza la necesidad de comprender, más que de explicar, la realidad, sugiriendo que es en el durante, el aquí y el ahora, donde es posible identificar elementos de significación que describen y construyen lo real. En este sentido, el objetivo general de la mencionada corriente sociológica es describir al hombre en el mundo, no analizarlo o explicarlo. Y para ello, se pregunta por las formas y procesos que constituyen objetivamente -e instituyen intersubjetivamente- a las estructuras de la realidad, como una construcción y reconstrucción permanente de la vida social.

El énfasis, por tanto, no se encuentra ni en el sistema social ni en las relaciones funcionales que se dan en la vida en sociedad, sino en la interpretación de los significados del mundo y las acciones e interacciones de los sujetos sociales. Del mundo conocido y de las experiencias intersubjetivas compartidas por los sujetos, se obtienen las señales, las indicaciones para interpretar la diversidad de símbolos. Por ello, se dice que el método fenomenológico no parte de una teoría fundada, sino de la observación y descripción del mundo empírico, misma que le provee de elementos para su interpretación y teorización.

Alfred Schütz es el máximo representante de la vertiente sociológica de la fenomenología, y su interrogante básica es la siguiente: ¿dónde y cómo se forman los significados de la acción social? Esta pregunta deja entrever que el precedente inmediato de la fenomenología con orientación social lo encontramos en la Escuela de Chicago, concretamente en su interés por conocer y explicar los marcos de referencia de los actores sociales. Esta preocupación básica parte de varias ideas importantes: el estudio de la vida

social no puede excluir al sujeto; éste está implicado en la construcción de la realidad objetiva que estudia la ciencia social y el elemento central es el fenómeno-sujeto.

La “fenomenología del mundo social” está más cercana a la sociología que a la filosofía husserliana que inauguró el pensamiento fenomenológico. De alguna manera, Alfred Schütz retoma las ideas básicas de la propuesta de Husserl y las aplica al análisis de la realidad social. El enfoque de Schütz parte de la necesidad de analizar las relaciones intersubjetivas a partir de las redes de interacción social. En *La fenomenología del mundo social*, Schütz toma como punto de partida para su análisis de la estructura significativa del mundo tanto a la fenomenología de Husserl como a la metodología de Weber (sociología comprensiva).

Schütz coincide con Weber en el reconocimiento de la importancia de la comprensión del sentido de la acción humana para la explicación de los procesos sociales. Para ambos, la sociedad es un conjunto de personas que actúan en el mundo y cuyas acciones tienen sentido; y es relevante tratar de comprender este sentido para poder explicar los resultados del accionar de los sujetos. Sin embargo, mientras que para Weber la comprensión es el método específico que la sociología utiliza para rastrear los motivos de los actores y así poder asignar sentido a sus acciones, el primero le otorga a la comprensión un papel mucho más importante: considera que el mundo en el cual vivimos es un mundo de significados, un mundo cuyo sentido y significación es construido por nosotros mismos y los seres humanos que nos precedieron. Por tanto, para Schütz, a diferencia de Weber, la comprensión de dichos significados es nuestra manera de vivir en el mundo; la comprensión es ontológica, no sólo metodológica.

Estos autores, por tanto, incorporan la subjetividad como dato pertinente para el análisis de la vida cotidiana. La subjetividad se comprende como un fenómeno que pone de manifiesto el universo de significaciones construido colectivamente a partir de la interacción. Esta propuesta combina teoría y análisis empírico: “El análisis constitucional fenomenológico y la reconstrucción empírica de las construcciones humanas de la realidad se complementan mutuamente” (Berger y Luckmann, 1993: 21). Teniendo como eje básico el concepto de intersubjetividad y percibiéndola como el encuentro, por parte del sujeto, de otra conciencia que va constituyendo el mundo en su propia perspectiva. En tal caso, la

intersubjetividad no se reduce al encuentro cara a cara, sino que se amplía a todas las dimensiones de la vida social.

La Etnometodología

Todo lo descrito en los apartados anteriores deja entrever que el centro de atención básico de la propuesta socio-fenomenológica es la construcción cotidiana y colectiva del mundo. Para ello, además de la intersubjetividad se parte del concepto de la “reflexividad”. Ambos son el eje básico de la propuesta metodológica de la etnometodología.²¹ Esta propuesta comprende a la intersubjetividad-reflexividad como la capacidad de comprender de los sujetos.

En este sentido, “reserva para las actividades más comunes de la vida cotidiana la atención normalmente concedida a los sucesos extraordinarios”,²² trata los hechos sociales como realizaciones; en aquello que normalmente se ve como cosas, datos o hechos, para Pollner²³ el etnometodólogo ve, y trata de ver, los procesos mediante los cuales se crean y sostienen de manera constante las características de escenarios socialmente organizados; estudia las prácticas, los métodos con los que planteamos la normalidad, continuidad y estabilidad de la realidad social en la vida cotidiana.

En definitiva, percibimos la importancia de la etnometodología en nuestro análisis, pues estudia los modos de dotar de sentido a la realidad por parte de los sujetos. No se pregunta si existe el mundo, sino “¿cómo puedo saber que existe un mundo social compartido con y por los demás?”²⁴ “La moraleja que nos ofrece la etnometodología es la

²¹ La Etnometodología se define como el estudio de los modos en que se organiza el conocimiento que los individuos tienen de los cursos de acción normales, de sus asuntos habituales, de los escenarios acostumbrados. Dicho de otra forma, es el estudio de los conocimientos de sentido común (dados por descontado) que los sujetos usan en las prácticas cotidianas. La Etnometodología se centra en estudiar los métodos o estrategias empleadas por las personas para construir, dar sentido y significado a sus prácticas sociales cotidianas. Gidlow, B. (1972) “Ethnomethodology. A new name for old practices”, en *The British Journal of Sociology*, Núm. 4, pp. 295-406.

²² Garfinkel, Harold (1967) *Studies in Ethnomethodology*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

²³ Pollner, M. (1974) “Mundane Reasoning”, *Philosophy of Social Sciences*, Vol. 4, Núm. 1, pp. 35-54.

²⁴ Skidmore, W. (1975) *Theoretical Thinking in Sociology*. Cambridge: Cambridge University Press.

de volver a la tierra y alcanzar una más completa comprensión del ‘mundo dado por descontado’, evitando así la tendencia a erigir vastos edificios sociológicos²⁵”.

El capital cultural y la reproducción social

La comprensión de algunos conceptos centrales del pensamiento de Pierre Bourdieu nos permite explicar, desde su perspectiva, cuál es la dinámica y estructura de los procesos de reproducción social. Los cuales son un elemento básico para reflexionar acerca de la potencialidad de los hechos sociales y las instituciones.

Desde la perspectiva de este autor, lo social (prácticas y procesos sociales) está multideterminado, es decir, que sólo puede ser explicado a partir de un análisis que vincule elementos económicos y culturales simultáneamente.

Bourdieu toma del marxismo la idea de una sociedad estructurada en clases sociales en permanente lucha por la imposición de sus intereses específicos, entendiendo que las diferencias económicas y materiales no alcanzan para explicar la dinámica social y que el poder económico sólo puede reproducirse y perpetuarse si, al mismo tiempo, logra hegemonizar el poder cultural y ejercer el poder simbólico. Por tanto, la dominación de una clase social sobre otra se asienta en el ejercicio de este poder.

Para el sociólogo francés lo social presenta una doble existencia: se expresa tanto en las estructuras objetivas (estructuras independientes de la conciencia y de la voluntad de los agentes individuales, grupales, clases o sectores) como en las subjetividades (esquemas de percepción, de pensamiento, de acción que constituyen socialmente nuestra subjetividad). Reconociendo en las primeras la capacidad de orientar y coaccionar las prácticas sociales y las representaciones que de las mismas se hacen los individuos o agentes sociales.

Los conceptos de “campo y *habitus*” permiten captar estos dos modos de existencia de lo social: el “campo” como lo social hecho cosa (lo objetivo) y el “*habitus*” como lo social inscripto en el cuerpo (lo subjetivo). Las prácticas sociales que realizan los agentes se explican a partir de la relación dialéctica que existe entre ambos.

Para analizar la dinámica social es necesario comprender el campo como el lugar en el cual se juegan las posiciones relativas que ocupan los distintos grupos o clases y las

²⁵ Gidlow, B. (1972) “Ethnomethodology. A new name for old practices”, en *The British Journal of Sociology*, Núm. 4, (pp. 295-406), p. 396.

relaciones que entre los mismos se establece y, al mismo tiempo, comprender las formas de conformación de la subjetividad, es decir, la constitución del *habitus*. Una primera aproximación a este concepto nos permite definirlo como un conjunto de disposiciones duraderas que determinan nuestra forma de actuar, sentir o pensar.

El *habitus*²⁶, o esquema de percepciones y categorizaciones con que aprehendemos la realidad, es el producto de la coacción que ejercen las estructuras objetivas sobre la subjetividad. La constitución de los *habitus* está ligada a la posición ocupada por el agente en el espacio social o en los distintos campos en los que participa. El *habitus* es un conjunto de relaciones incorporadas a los agentes, el cual a su vez configura un sistema de relaciones con el campo. Por otro lado, el campo está constituido por una estructura de relaciones, es una construcción histórica y social. Las posiciones ocupadas por los distintos agentes en los campos tienen una dimensión histórica, es decir, son el producto de luchas históricas, que a su vez se hallan inscriptas en los cuerpos y son parte constitutiva del *habitus* de los agentes.

El “campo” o lo social hecho cosa

Bourdieu define los “campos sociales” como espacios de juego históricamente constituidos, con sus instituciones específicas y sus leyes de funcionamiento propias; son espacios estructurados de posiciones, las cuales son producto de la distribución inequitativa de ciertos bienes (capital) capaces de conferir poder a quien los posee.

Cada campo específico se define a partir del capital que en él está en juego. El capital puede definirse como un conjunto de bienes acumulados que se producen, se distribuyen, se consumen, se invierten, se pierden. Un campo puede ser económico, cultural, social o simbólico.

La distribución inequitativa del capital, cualquiera que sea, es la que define la posición relativa que cada agente va a ocupar en un campo, de allí que los intereses y las estrategias de estos agentes van a estar orientados por la posición que ocupan en el mismo y

²⁶ El concepto de *habitus* (Bourdieu; 1983; 1997) subyacente en este trabajo de investigación, permite considerar la dimensión simbólica como mediación entre los elementos materiales y los elementos ideales de la vida social. El análisis de este proceso complejo de constitución de la subjetividad requiere, por un lado, reconocer la necesidad de una síntesis global que explique a la sociedad humana como una totalidad estructurada y, por otro, considerar que las causas no pueden reducirse a un problema de motivos ya que toda causa está acompañada de un conjunto que hace a las condiciones en las que ocurre un fenómeno.

a la configuración de sus *habitus*. Así como en el comportamiento económico, la búsqueda de ganancias va a ser el principal objetivo de los otros campos (cultural, social y simbólico)

Bourdieu define la relación entre el *habitus* y el campo como una relación de condicionamiento: el campo estructura el *habitus*, que es el producto de la incorporación de la necesidad inmanente de ese campo o de un conjunto de campos más o menos concordantes. Pero es también una relación de conocimiento o de construcción cognitiva: el *habitus* contribuye a constituir el campo como mundo significativo, dotado de sentido y de valor y en el cual vale la pena invertir su energía. La relación de conocimiento depende de la relación de condicionamiento que la precede y que da forma a las estructuras del *habitus*.

La realidad social se verifica entonces en las cosas y en los cerebros, en los campos y en los *habitus*, en el exterior y en el interior de los agentes; el *habitus* contribuye a naturalizar y legitimar el mundo social del que es producto.

El *habitus* o lo social hecho cuerpo

“*Habitus*” es el concepto que permite articular lo individual y lo social, las estructuras internas de la subjetividad y las estructuras objetivas que constituyen el ambiente, esto es, las llamadas condiciones materiales de la existencia. Al mismo tiempo, este concepto permite comprender que estas estructuras subjetivas y objetivas, lejos de ser extrañas por naturaleza, son dos estados de la misma realidad, de la misma historia colectiva que se deposita o inscribe a la vez en los cuerpos y en las cosas.

Entre las estructuras objetivas y las prácticas que realizan los agentes se encuentran los *habitus*, que son al mismo tiempo productos y productores de las estructuras. Los *habitus* se definen como sistemas de disposiciones duraderas, estructuras estructuradas predispuestas para funcionar como estructuras estructurantes, es decir, en tanto que principio de generación y estructuración de prácticas y representaciones que pueden estar objetivamente reguladas y ser regulares sin constituir el producto de la obediencia a reglas.

La práctica es el producto de la relación dialéctica entre una situación y un *habitus*, que como sistema de disposiciones durables y transferibles, funciona como matriz de percepciones, apreciaciones y acciones y hace posible el cumplimiento de tareas infinitamente diferenciadas. La práctica, entonces, tiene que ver con las condiciones

objetivas que precedieron la constitución del *habitus* y con las condiciones presentes que definen la situación donde la práctica tiene lugar.

El *habitus* está constituido por un conjunto de principios simples y parcialmente sustituibles, a partir de los cuales pueden inventarse una infinidad de soluciones que no se deducen directamente de sus condiciones de producción. Esto permite adjudicar a toda práctica dos dimensiones que están siempre presentes: una dimensión ritual (mecánica, previsible, regular y regulada) y una dimensión estratégica (consciente, libre, improvisada, original). La coexistencia de ambas permite tanto la reproducción de los esquemas previos como el enfrenamiento de estrategias que posibilita la resolución original de la situación.

Desde el punto de vista dinámico, la génesis y el proceso de conformación de los *habitus*, los constituyen como una serie cronológicamente ordenada de estructuras. Esto es por lo que los *habitus* constituidos en un momento determinado, se erigen en factores estructurantes de experiencias estructurantes posteriores, de manera que, por ejemplo, los *habitus* desarrollados en el seno de la familia presiden la estructuración de las experiencias escolares posteriores. A su vez, los *habitus* resultantes del paso por la escuela funcionan como matriz para la estructuración de las experiencias profesionales, y así sucesivamente.

El *habitus* de clase

El concepto de *habitus* permite explicar los procesos de reproducción social de las estructuras objetivas y analizar cómo mediante el trabajo de inculcación y de apropiación, estos niveles estructurales penetran en los agentes individuales y toman la forma de disposiciones duraderas. Por esta razón, todos los individuos sometidos a condiciones objetivas de existencia similares, tienen en consecuencia sistemas de disposiciones análogos. Esto permite definir al *habitus* de clase como aquel sistema de disposiciones común a todos los productos de las mismas estructuras.

El elemento de homogeneidad que define a una clase o a un grupo como tal, es el resultado de los condicionamientos estructurales idénticos a los que han estado sometidos los individuos que la constituyen. El trabajo específicamente pedagógico, racionalmente orientado a la producción de *habitus*, contribuye a la integración de los grupos y clases sociales.

El *habitus* es el principio de producción y organización de las prácticas pero opiniones y estilos diferentes pueden ser generados a partir de esquemas genéticos

idénticos. Sin embargo, detrás de la multiplicidad se esconden los principios generadores integradores de las clases sociales ya que el *habitus* de clase funciona como la forma incorporada de la condición de clase y de los condicionamientos que ella impone.

El capital cultural

Bourdieu también analiza las formas típicas del “capital cultural”, distinguiendo para cada forma o estado, una modalidad de adquisición y de transmisión.

El capital cultural puede existir en estado incorporado, es decir, bajo la forma de disposiciones duraderas del organismo; en estado objetivado, bajo la forma de bienes culturales, cuadros, libros, diccionarios, instrumentos, máquinas, etc. y en estado institucionalizado, forma de objetivación que es necesario poner por separado porque, como se observa con el título escolar, confiere ciertas propiedades totalmente originales al capital cultural que supuestamente debe garantizar.

El estado incorporado (*habitus*) es la forma fundamental de capital cultural, está ligado al cuerpo, se realiza personalmente y supone su incorporación mediante la pedagogía familiar. No puede ser delegado y su transmisión no puede hacerse por donación, compra o intercambio sino que debe ser adquirido; queda marcada por sus condiciones primitivas de adquisición, no puede ser acumulado más allá de las capacidades de apropiación de un agente singular y muere con las capacidades biológicas de su portador. Esta forma de capital cultural se destaca en lo esencial por su modo disimulado de adquisición que lo hace aparecer como adquisición y propiedad innata.

El capital cultural objetivado tiene su propia lógica de transmisión. Puede ser transmitido en su materialidad, desde el punto de vista jurídico, en forma instantánea (herencia, donación, etc.) o puede ser apropiado por capital económico. Lo particular de este “capital” es que su apropiación material no implica la apropiación de las predisposiciones que actúan como condiciones de su apropiación específica. Es decir, que no se transmiten de la misma manera una máquina y las habilidades y reglas que es necesario disponer para operarla. Los bienes culturales suponen el “capital económico” para su apropiación material y el capital cultural incorporado para su apropiación simbólica.

El capital cultural institucionalizado confiere a su portador un valor convencional, constante y garantizado jurídicamente; tiene una autonomía relativa con relación a su

portador y aún con relación al capital cultural que efectivamente posee en un momento determinado.

Es preciso, además, encontrar los mecanismos que permitan analizar los procesos mediante los cuales dichas estructuras se convierten en la raíz de toda representación, de todo simbolismo y de todo el sentido de una época. Epistemológicamente es necesario considerar que la realidad sólo puede ser reconstruida idealmente por el concepto y será tarea del pensamiento atravesar las relaciones visibles para alcanzar las relaciones más profundas que constituyen la realidad concreta. En este sentido, se entiende el conocimiento no como contemplación sino como una actividad práctica que crea la realidad, que somete la cosa a la propia práctica y se apropia del mundo a través del conocimiento.

El pensamiento dialéctico distingue entre representación y concepto de las cosas como dos formas y grados de conocimiento de la realidad, como dos cualidades de la praxis humana. La realidad se presenta así como el campo en el que se ejerce la actividad práctico-sensible y sobre cuya base surge la intuición práctica inmediata de la misma. Es por ello necesario diferenciar la representación de la cosa, que crea la apariencia ideológica sin constituirse en un atributo natural de la cosa y de la realidad, del concepto que permite la posibilidad ideal de reconstruir la estructura como un real abstracto. (Kosik; 1963)

Cultura de la mortificación

Abordar una institución²⁷ promueve, entre otras cosas, el análisis de la configuración de los lazos sociales que la conforman y que aluden a lo específico de la misma (ya sea un hospital, una fábrica o una escuela). La exploración institucional realizada por Ulloa le acredita a revelar un problema paradójico, arraigado en su naturaleza misma, que la institución debe enfrentar. Mientras procura levantar las represiones, consecuentemente limita el fin último pulsional. A esta contradicción se suma la singularidad del deseo personal, antagónico de la situación consensual que requiere la institución. La construcción institucional, además de consenso, incita a la utopía, a la dispersión, al desconcierto y a la anarquía de sus miembros. De la institución misma

²⁷ Se insiste en usar el término institución a pesar de conocer que, desde hace algún tiempo, Fernando Ulloa ha dejado de hablar de instituciones, definiéndolas como comunidades que están recortadas institucionalmente, o directamente *numerosidad social*.

emanaran tantos discursos e intenciones como sujetos la habiten, llegando incluso a producir la dispersión y el cisma de su gente.

A semejante situación el psicólogo argentino denomina “cultura de la mortificación”, negación del devenir o de la metáfora del devenir en términos deleuzeiano. Este concepto nos remite a las condiciones en que se desempeñan conjunto de trabajadores en un ámbito donde el territorio institucional no está determinado por lo físico sino también por lo que no se dice, por lo que se dice afuera, y el asunto es tratar de que lo que está en los laberintos de cada sujeto pueda ser expuesto. Entonces, según Ulloa, va creándose una producción de subjetividad muy diferente, es decir, con situaciones multiplicadoras, que tienen efectos de multiplicación.

La cultura de la mortificación, signo de estos tiempos, se relaciona directamente con el ser profesional enfermero y lo que esto implica. De hecho se deduce que las representaciones históricas, las posturas corporales y la realidad explícita acentúan esta cultura de la mortificación que estamos atravesando, dando por resultado una mayor pasividad, una menor capacidad de creación y una imposibilidad de pensamiento crítico que es absolutamente necesario intentar revertir. Provocando resignación, falta de pensamiento crítico, inmovilidad, pasividad, imposibilidad de valorar las ideas propias y de los compañeros, la imposibilidad de otorgarle valor a la palabra del par, que no es más que la desvalorización de la propia palabra puesta en el otro. Esto genera, además de la descalificación del par, la dificultad de pensar y generar cosas grupalmente.

El concepto cultura de la mortificación es una valiosa herramienta epistémica para el estudio de las articulaciones entre trabajo y sufrimiento de los trabajadores, sufraga la investigación de los múltiples mecanismos por los cuales se naturalizan (quedando ocultos, invisibles) los soportes subjetivos y sociales del proceso de trabajo, haciéndolo posible pero, al mismo tiempo, constituyéndose en fuente de padecimiento extremo para el trabajador.

El acostumbramiento, la naturalización del sufrimiento, el reduccionismo, la posición acrítica o hipercrítica, según la circunstancia, y la neutralidad son parte de las manifestaciones visibles en los procesos de trabajo. De su indagación, algunos infieren que forman parte de la alienación del trabajador constituyendo, además, importantes sistemas defensivos cuyo objetivo principal es enmascarar, contener y ocultar una ansiedad grave y

proteger a los trabajadores de la locura. Estos sistemas defensivos requieren ser compartidas por el conjunto de trabajadores, son defensas colectivas.

En este sentido, el extrañamiento, la neutralidad, la posición acrítica y cientificista, se engloban como parte de la alienación del técnico, resultan ser parte de un sistema defensivo colectivo -compartido- que protege de la posibilidad de enfermedad, de enloquecer. No obstante, la caracterización de las defensas debe tomar en cuenta las consecuencias, los costos de su utilización.

En la medida en que estas relaciones permanecen veladas es posible, precisamente, el proceso de trabajo, pero a costa de la alienación -y todo lo que ella implica en sistemas defensivos-. El tomar conciencia de esta “encerrona trágica”²⁸ como la denomina Ulloa implicaría poner al descubierto todo el sufrimiento que se encontraba embotado y velado. El padecimiento instaura un vínculo doloroso, el sufrimiento de los sujetos resulta homólogo y complementario en la medida en que la subjetividad mortificada instituye el dispositivo educacional. Su lógica deviene en una organización del trabajo en la cual alienación y violencia se entrecruzan, ocultando y naturalizando la trama de los procesos sociales que la sustentan. Los rasgos estudiados de la producción de lo social en el proceso de trabajo hablan de una organización sustentada en la propia subjetividad del trabajador, a través de sistemas defensivos, estructuras enajenantes, tramitación de la violencia como discurso.

El desgaste subjetivo, la aceptación o resignación silenciosas, conllevan una “desilusión”, la pérdida de motivación para la actividad y, en un extremo, de los principios éticos que en un principio la guiaron; el sufrimiento se convierte en encierro.

En el contexto de la cultura de la mortificación el concepto de “resiliencia”²⁹ asume un lugar esencial ya que esta capacidad sometida a prueba, se activa, promoviendo una

²⁸ La situación que describe Ulloa como “encerrona trágica” está estructurada en dos lugares: dominado y dominador. No existe tercer mediador a quien apelar. La encerrona trágica implica que lo instituido asuma una rigidez, propia de la mortificación, en la cual los sujetos se ven coartados, encerrados asumiendo un acostumbamiento a esa situación. En el centro de esta naturalización se sitúa la “renegación” un negarse a aceptar aquello que se niega, que se encubre, las causas más arbitrarias de los sufrimientos individuales y colectivos. Esta renegación (negar que se niega) conduce a una situación de mortificación. Es así como la dinámica institucional (a través de los instrumentos que su ‘cultura’ interna ofrece) se juega entre las violentaciones que los individuos ejercen sobre la institución y la que ésta vuelve legítima sobre los individuos.

²⁹ El concepto de resiliencia proviene de la metalurgia y se refiere a la capacidad de los metales de resistir su impacto y recuperar su estructura. Para las ciencias sociales, la resiliencia correspondería

serie de actitudes que provocan mayor resistencia o vulnerabilidad. Es una capacidad dinámica por lo que se puede estar más que “ser resiliente” y obedece a un impulso vital innato en el ser humano (graficado en el mito de Sísifo) que lo lleva a negarse a renunciar y por otro lado a salir adelante en un espíritu porfiado de superación. Entre los factores de riesgo que atacan la resiliencia encontramos el maltrato físico y psicológico, el déficit de enseñanza educacional y las situaciones de extrema pobreza. Lo importante es que todas las personas poseen esta característica aún en un medio tan conflictivo como la pobreza y por ello debe abordarse con recursos personales y sociales. Su eje preventivo desde la infancia hasta la adultez es el ejercicio incondicional de la ternura.

Siempre, en una situación mortificada existe algún grado de represión. Entonces cuando la gente empieza a juntarse para discutir, a promover un verdadero debate de ideas, es posible que desde alguna instancia administrativa estos comportamientos sean calificados como delitos de asociación, por supuesto esta gente empieza a pensar y este pensamiento ya no tiene efectos canibalísticos, sino que son críticamente eficaces sobre el campo y sobre los propios discutidores, por lo que suelen merecer el tilde represivo de delito de opinión. Fácil es entender que cuando el cuerpo se recupera para la acción movilizadora, la condena será mayor aun, implicando la categorización de delito de movilización. Estas instancias represivas pueden serlo verdaderamente o quedar sólo en calificaciones administrativas; depende de qué tiempos corran.

Una “dinámica progresiva” se posibilita cuando el grupo aborda la tarea, los conflictos y los elabora a partir de la comunicación, elucidando los miedos implícitos que operan en todos los grupos (miedo al ataque, miedo a la pérdida), los cuales si no son elaborados a través de la palabra obturan la posibilidad del aprendizaje produciendo en esos casos una “dinámica regresiva”.

Explorar una institución suscita el análisis de los lazos sociales que la conforman, la exploración institucional implica un problema paradójico propio de la naturaleza institucional. A esta contradicción se le añade la singularidad de la aspiración particular, antagónica de la situación consensual que requiere la institución. La construcción institucional, además de consenso, estimula a la utopía, a la dispersión, al desconcierto y a

a la capacidad humana de hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y salir de ellas fortalecido o incluso transformado.

la anarquía de sus miembros. De la institución misma emanaran tantos discursos e intenciones como sujetos la habiten, llegando incluso a producir la dispersión y el cisma de su gente.

Ulloa, por su parte, define a cierta modalidad del sufrimiento social contemporáneo como “cultura de la mortificación”, advirtiéndole en ello una salida, aunque sea la de hacer inteligencia compartida de sobre esa realidad. No obstante, también asocia el término “mortificación” a lo mortecino, sin viveza, en relación al cuerpo agobiado por la astenia asociada a la neurastenia (cansancio, agotamiento, flojera, decaimiento, debilidad), así como al malhumor asociado a un sentimiento personal de dolor enojado e impotente. La mortificación aparece por momentos acompañada de distintos grados de fatiga crónica, un cansancio sostenido, neurosis (hipocondría), angustia, neurastenia y una vez instalado ahí, el sujeto se encuentra coartado, al borde de la supresión como individuo pensante. Y es que según este autor, existen indicadores de la mortificación tales como: la resignación acobardada, la merma de la inteligencia, el desconocimiento de lo que sucede pública o privadamente, alegría en la mortificación y resentimiento en la vida erótica, disminución y desaparición del accionar crítico y autocrítico, instalación de la queja que nunca asume la categoría de protesta y la infracción por sobre las transgresiones.

Ulloa nos advierte³⁰ que cada vez que arbitrariamente prevalece la ley del más fuerte se instaura la “encerrona trágica”. Los encierros de esta naturaleza ocurren en toda mortificación más o menos culturalizada. Nos propone un cuadro que denominó “síndrome de violentación institucional (SVI). En la medida en que estas relaciones permanecen veladas es posible, el proceso de trabajo, pero a costa de la alienación -y todo lo que ella implica en sistemas defensivos-. El tomar conciencia de esta “encerrona trágica” y por derivación del SVI implicaría revelar todo el sufrimiento embotado y velado.

Las personas que conviven con esta violentación (SVI) verán afectadas la modalidad y el sentido de su trabajo, éste empieza por perder funcionalidad vocacional a expensas de los automatismos sintomáticos que nada tienen que ver con la economía técnica para desarrollar una actividad conocida. Perderán eficacia, habilidad creativa y en

³⁰ Ulloa, F. (1995) *Novela Clínica Psicoanalítica. Historial de una Práctica*. Bs. As.: Paidós, pp. 236-254.

esas condiciones es difícil que pueda considerar la singularidad personal y la particular situación de quien lo demanda sufriente.

Esta violentación institucional, según Ulloa, implica la presencia de una intimidación, más o menos, sorda en función del acostumbramiento que conspira contra lo imprescindible intimidad para investir de interés personal la tarea que desarrolla. Frente a este desinterés por lo propio, mal puede alguien prestar atención considerada a la actividad y al decir de los otros. La gente no se escucha, se ve favorecida la aparición de “predicadores” frente a un auditorium de sordos, estado que puede corresponder a todo aquel que teniendo algo que decir, al no encontrar escucha degrada su discurso a vana repetición.

Insatisfacción y ansiedad

En *Trabajo y desgaste Mental*³¹, Dejours, sostiene que en la vivencia obrera, en el discurso de los trabajadores, se evidencian dos sufrimientos fundamentales organizados detrás de dos síntomas claves: la insatisfacción y la ansiedad, unidos fuertemente a la indignidad, la despersonalización, el sentimiento de inutilidad, la descalificación, entre otros.

La vivencia depresiva condensa alguno de estos sentimientos ampliándolos. Esa depresión, según Dejours, es dominada por la fatiga, que no se origina únicamente en los esfuerzos musculares o psicosensoriales, pero que resulta del estado de los trabajadores taylorizados y “... se alimenta por la sensación de embotamiento intelectual, de anquilosis mental, de parálisis de la imaginación y marca el triunfo del condicionamiento sobre el comportamiento productivo.”³²

Al trabajar, varios elementos entran en juego y cuentan en la formación de la imagen de sí mismo, es decir, del *narcisismo*. Éxito o fracaso de un trabajo requerido no tienen el mismo impacto. El contenido significativo del trabajo respecto al sujeto, entra la dificultad práctica de la tarea y el status social ligado implícitamente al puesto de trabajo afectado. Por su parte, el contenido significativo del trabajo respecto del objeto: al mismo tiempo que la actividad del trabajo lleva consigo un significado narcisista puede soportar

³¹ Dejours, Christophe (1990) *Trabajo y desgaste mental. Una contribución a la Sicopatología del Trabajo*. Buenos Aires: Editorial HVMANITAS.

³² Dejours, Ch. *Op. Cit.*, pp. 56-57.

inversiones simbólicas y materiales destinadas a otro, es decir, al Objeto. La tarea, entonces, puede transmitir un mensaje simbólico para alguien o contra alguien. De manera tal que la actividad de trabajo, por los gestos que implica, por las herramientas que activa, por el material procesado, por la atmósfera en la que actúa, transmite un cierto número de símbolos.

La producción como función social, económica y política, también, entra en juego en el contenido significativo del trabajo con respecto al Objeto. Esto es así incluso si el compromiso personal con el objetivo social de la producción no es posible, nunca hay una neutralidad de los trabajadores con respecto a lo que ellos producen. Esta relación es de placer o desagrado. La tarea nunca es neutra con respecto al entorno afectivo del trabajador.

La organización del trabajo concebida por un servicio especializado de la empresa, ajeno a los trabajadores, ataca de frente la vida mental y esencialmente la esfera de las aspiraciones, de las motivaciones y los deseos.

De ahí que no sea tanta la importancia de las exigencias mentales o psíquicas del trabajo las que hacen aparecer el sufrimiento sino más bien la imposibilidad de toda evolución para aliviarlo. La certeza de que el nivel alcanzado de insatisfacción ya no puede disminuir más marca la entrada al proceso de sufrimiento. De este análisis es necesario retener la antinomia entre satisfacción y organización del trabajo. En general, cuanto más rigurosa sea la organización del trabajo, mayor su división, menor el contenido significativo del trabajo y sobre todo menor son las posibilidades de rediseñarlo.

Según Dejours, el sufrimiento proveniente del mezquino contenido significativo del trabajo taylorizado no es un misterio, pero existe un segundo componente de insatisfacción del trabajo totalmente desconocido, resultante de la inadecuación de la relación entre el hombre y el contenido ergonómico del trabajo. La búsqueda de un indicador global del mejoramiento de las condiciones de trabajo sería de gran utilidad y en efecto, la intervención ergonómica funciona como paliativa contra los posibles malestares de los trabajadores. Sin embargo, en numerosos casos, el alivio aportado por la corrección ergonómica es recuperado por la organización del trabajo.

En la vivencia de los trabajadores, la inadaptación entre el contenido ergonómico de la tarea se traduce por una insatisfacción o por un sufrimiento, y hasta un estado de

ansiedad raramente traducido en palabras, raramente descrito, raramente explicitable por el mismo trabajador.

Del estudio sobre la insatisfacción en el trabajo, derivan dos conclusiones: que la insatisfacción en el trabajo no responde solamente al contenido significativo del trabajo ni a su contenido simbólico, sino que existe al mismo tiempo una satisfacción en relación con el ejercicio del cuerpo en el sentido físico y nervioso. El punto de impacto del sufrimiento, fruto de la inadecuación del contenido ergonómico de la tarea a las aptitudes y necesidades del trabajador, es en principio el cuerpo y no el aparato mental.

La insatisfacción en relación con el contenido significativo de la tarea engendra por su parte un sufrimiento cuyo punto de impacto es ante todo mental, contrariamente al sufrimiento resultante del contenido ergonómico de la tarea. Sin embargo, el sufrimiento mental proveniente de una frustración al nivel del contenido significativo de la tarea, puede igualmente conducir a afecciones somáticas.

La segunda conclusión se refiere a la introducción de la estructura de la personalidad en relación hombre-trabajo. Presente en todos los tipos de sufrimientos, aparece como particularmente importante en el caso de la insatisfacción en relación con el contenido ergonómico del trabajo. La misma no es más que una carga de trabajo psíquico. Los efectos de esta carga así como el sufrimiento están efectivamente en el registro mental y si ocasionan desórdenes en el cuerpo no son los equivalentes de enfermedades directamente provocadas por las condiciones de trabajo. La carga de trabajo psíquico representada por el sufrimiento proveniente de una falta de confort del cuerpo pone al obrero en su totalidad, y en un primer lugar a su personalidad, a prueba de una realidad material. El conflicto no es otro que aquel que opone el hombre a la organización del trabajo, en la medida en que el contenido ergonómico del trabajo resulte de la división social del trabajo.

Trabajo y ansiedad

La ansiedad, también, es una dimensión de la vivencia de los trabajadores que es prácticamente ignorada por los estudios de Psicopatología del trabajo a pesar de estar presente en todos los tipos de tareas profesionales.

La oposición entre la naturaleza colectiva y material del riesgo residual y la naturaleza individual y psicológica de la prevención surge a cada instante del trabajo el problema de la ansiedad en el mismo.

Al margen del riesgo real hay que mencionar el riesgo presumido, confirmado por accidentes cuyo carácter imprevisible es destacado por las investigaciones, es fuente de una ansiedad específica que está enteramente a cargo del trabajador.

Contra la ansiedad, impresión lamentable que se debe asumir, los obreros elaboran defensas particulares. Cuando dichas defensas son muy eficaces, prácticamente no encontramos más rastros de la ansiedad en el discurso obrero. Pero también para ponerla en evidencia, es necesario investigar sus signos indirectos que son precisamente estos sistemas defensivos.

Los signos directos de la ansiedad

La ansiedad relativa al riesgo puede ser notablemente agrandada por el desconocimiento de los límites exactos de este riesgo o por ignorancia respecto de los métodos de prevención eficaces. Coeficiente de multiplicación de la ansiedad, la ignorancia aumenta también el costo mental o psíquico del trabajo.

Muy raramente los obreros dan cuenta de este sufrimiento que sería la consecuencia de una sobrecarga psicoseniomotriz o de un saturamiento de trabajo; al contrario, con mayor frecuencia, y no es el aspecto menos paradójal de estas investigaciones, los obreros no dudan en precisar que en definitiva se encuentran poco ocupados por sus tareas y bien lejos de la sobrecarga.

Finalmente, todo demuestra que la extensión de la ansiedad que es la respuesta, a escala psicológica a todo lo que contiene el riesgo y no está controlado por la prevención colectiva.

Otra prueba sobre la intensidad de esta ansiedad está dada por los trastornos en el sueño y sobre todo por el uso de medicamentos psicotrópicos por casi todos los obreros: ansiolíticos durante el día, somníferos en la noche, psicoestimulantes en la mañana.

Existen también signos indirectos de la ansiedad como el fenómeno insólito conocido como “resistencia de los obreros a las consignas de seguridad”. Lo que es designado de este modo corresponde a una cierta realidad. Las actitudes con respecto al riesgo de accidentes son bien conocidas. El rechazo de ciertas consignas de seguridad también.

Esta actitud de desprecio del riesgo no puede ser analizada literalmente como ocurre a menudo. Desprecio, ignorancia e inconciencia frente al riesgo sólo son una ostentación.

Investigaciones demostraron en efecto que esta ostentación puede derrumbarse y dejar aparecer una ansiedad imprevista y dramática. Cuando estallan las revelaciones, la tonalidad de la expresión y la emoción no pueden dejar dudas. La vivencia de la ansiedad existe efectivamente, pero sólo aparece sobre la superficie en contadas ocasiones. Es que la ansiedad se encuentra contenida, tanto como se puede, por los sistemas defensivos. A pesar del riesgo de la crítica, afirmamos que si la ansiedad no era neutralizada de ese modo, si podía surgir en cualquier momento durante el trabajo, entonces, los obreros no habrían podido continuar mucho tiempo más con sus tareas.

Los obreros no quieren que les hagamos acordar de aquello que tan costosamente buscan conjurar. Es una de las razones por las cuales las campañas de seguridad encuentran tal resistencia entre los obreros. Saben muy bien que el peligro existe en la realidad, y al mismo tiempo torna la tarea más difícil, ya que se la encuentra más cargada de ansiedad.

Organizaciones paranoigénicas

Elliott Jacques distinguía dos tipos de organizaciones: organizaciones funcionales y organizaciones que generan un entorno paranoico. En las organizaciones funcionales responsabilidad y autoridad suelen ir parejas, las relaciones son de confianza, el trato directo y la desconfianza mutua suele ser menor, mientras que en las organizaciones que generan un ambiente paranoico la confianza mutua y la apertura resultan imposibles. Individuos y grupos se ven obligados a mantener un comportamiento de recelo, envidia, enemistad y cerrazón, esto es, a utilizar unos estilos de relación que tienen una característica regresiva. Estos estilos no son el resultado de la suma de las psicopatologías individuales.

¿Cómo surge en las organizaciones esta cultura basada en un entorno paranoico? Para poder comprender esta cultura que produce un entorno paranoico, hemos de tomar en cuenta tres tipos de factores:

- La organización en su conjunto.
- El funcionamiento de los grupos dentro de la organización.
- La tendencia personal a desarrollar estilos de comportamiento psicopáticos o depresivos.

Hay que considerar los tres niveles conjuntamente y analizar sus interrelaciones para comprender los siguientes factores:

- Escasez de recursos necesarios para lograr los objetivos. Si en una organización hay escasez de puestos de trabajo surge la competencia. El problema no reside en el reparto desequilibrado de los recursos, sino en la lucha que provoca la distribución de esos recursos escasos.
- Politización de la organización. En cuanto a procesos grupales, la politización de las organizaciones o de una institución, produce la relación y dependencia entre sus miembros. Pero la ausencia de interdependencia que se regule objetivamente y la inexistencia de estructuras de interacción de las relaciones, supone la aparición del funcionamiento de grandes grupos, es decir, la indefinición de las relaciones, el aumento de la sensación de amenaza e impotencia, la necesidad de producir alianzas y subgrupos para protegerse de los ataques otros grupos y para atacar a otros grupos.
- Estructura defectuosa de la organización: los administradores poderosos no explican claramente los límites y controles del poder (límites mal definidos o cambiantes). Se produce la diferenciación entre responsabilidad y autoridad. Una delegación de autoridad inadecuada, ambigua o impuesta. Hay una gran diferencia entre la amplitud de la responsabilidad delegada y el poder real. Aquí se mezclan factores de organización y factores individuales
- Líderes incapaces: en su intento por protegerse de sus subordinados, se vuelven defensivos, desconfiados y falsos. Devienen autoritarios con sus subordinados, y aduladores y serviles para con sus superiores. Los líderes de este tipo producen procesos regresivos de tipo paranoide y antisocial.
- Agresividad proyectada: se proyecta sobre las personas que se desea controlar. Cuando no se logra controlar a esas personas, se acrecienta tanto el miedo hacia los presuntos enemigos como la proyección difusa de la agresividad.
- Traición y delación: en esta situación, al incrementarse el temor a las represalias, todos los controles morales saltan en pedazos en esta lucha por la supervivencia.

Capítulo 3 Diseño metodológico

La naturaleza del objeto de estudio de este ejercicio profesional nos constriñe a elegir el tipo de diseño metodológico a ser implementado para la realización del mismo. En este sentido, se ha optado por la investigación cualitativa como abordaje metodológico, tomándose como referencia conceptual los criterios de autores como Vasilachis, Polit, y Hernández Sampieri.

El proceso de investigación se concibe de un modo totalmente diferente si se habla de investigación cualitativa o cuantitativa. En general parece predominar la idea de que dentro de la primera se siguen una serie de pasos de un modo lineal, mientras que en la segunda ocurre lo contrario, de manera tal que en las cuantitativas el proceso es lineal, y la recolección y el análisis de datos son actividades separadas y secuenciales, siendo ambos procesos dialecticos, que se retroalimentan permanentemente entre sí.

El enfoque cualitativo supone métodos más estandarizados para la recolección de datos, ya que se obtienen perspectivas de los participantes, aplicando técnicas de observación, entrevistas abiertas, discusiones de grupos, entre otras, lo que según Hernández Sampieri³³ constituye un proceso inductivo (explorar y describir, y luego generar perspectivas teóricas), que va de lo particular a lo general mediante la observación del mundo social, para la construcción y desarrollo de teorías. Para este autor, el proceso de indagación en la investigación cualitativa, es flexible y permite, mediante la observación de los actores de un sistema social, la reconstrucción de la realidad. Estudia a los objetos y seres vivos en sus contextos, dándole un enfoque naturalista, permitiendo interpretar los fenómenos en términos de significados que las personas les otorguen. De esta manera se genera un puente que vincula al investigador y a los participantes, ya que permite al primero adquirir un punto de vista interno (desde dentro del fenómeno), pero manteniendo una distancia como observador externo.

Por su parte, Polit³⁴ en su texto *Investigación científica en ciencias de la salud*, menciona como principales características de la investigación cualitativa el hecho de que se

³³ Hernández Sampieri, et al. *Metodología de la investigación*. Mc Graw Hill. Cuarta edición. Abril 2006. México. [en línea] Disponible en: <http://www.slideshare.net/albescas/metodologia-de-la-investigacin-hernandez-sampieri>.

³⁴ Polit - Hungler, (1997) *Investigación científica en las Ciencias de la Salud*. México: Quinta edición. Ed. Mc Graw – Hill Interamericana.

persigue comprender la totalidad de un fenómeno en lugar de enfocarse sobre conceptos específicos, la utilización de pocas ideas preconcebidas, subrayando en cambio la importancia de la interpretación que la gente hace de los fenómenos y las circunstancias, en lugar de anteponer la interpretación del investigador; por último, evidencia el hecho de que semejante elección metodológica, no intente controlar el contexto de la investigación, sino más bien captarlo en su totalidad, procurando capitalizar los factores subjetivos como medios para comprender e interpretar la experiencia humana.

Vasilachis³⁵, por su parte, en su texto *Estrategias de investigación cualitativa*, expone ciertas características y particularidades del referido análisis a partir de la conceptualización de diferentes autores (Masson, Marshal y Rossman, Maxwell, Flick, Creswell, Denzin y Lincoln, Silverman) ofreciendo un panorama que no solo favorece un mejor entendimiento de la problemática en cuestión sino que contribuye a hacer una buena investigación cualitativa de acuerdo con sus posibilidades y atendiendo a la situación de las personas y el contexto que analiza, considera que esta metodología es la más acorde para la realización de investigaciones sociales. Sostiene que la investigación cualitativa multimetódica, naturalista e interpretativa, ya que el investigador construye una imagen compleja y holística, analiza palabras, presenta las perspectivas de los informantes en forma detallada y conduce el estudio en una situación natural, intentando dar sentido o interpretar los fenómenos en los términos del significado que las personas les otorgan, mediante la utilización de herramientas como el estudio de caso, experiencia personal, historia de vida, entre otros, los cuales no sólo describen los momentos habituales y problemáticos y los significados en la vida de los individuos, sino que sirven para la recolección de materiales empíricos.

Dentro de los autores tomados por Vasilachis en su libro, se encuentra Flick, el cual describe cuatro rasgos de la investigación cualitativa, propone que el objetivo de la misma consiste en descubrir lo nuevo y desarrollar teorías fundamentadas empíricamente; considera que la investigación cualitativa analiza el conocimiento de los actores sociales y sus prácticas, teniendo en cuenta que, en el terreno, los puntos de vista y las prácticas son distintos debido a las diferentes perspectivas subjetivas y los distintos conocimientos

³⁵ Vasilachis de Gialdino, Irene (coord.) (2007) *Estrategias de investigación cualitativa*. Buenos Aires: Editorial Gedisa. Biblioteca de Educación.

sociales vinculados con ellas; unido además a que las subjetividades del investigador y de los participantes son partes del proceso de investigación. De esta manera, las acciones, las observaciones, sentimientos e impresiones del investigador se transforman en datos y son documentadas en diarios de investigación (bitácora³⁶) o protocolos. Por último, la investigación cualitativa no está basada en un concepto teórico y metodológico unificado; estas distintas aproximaciones son el resultado de diversas líneas de desarrollo, tanto secuencial como paralelo.

Si a todo lo anterior agregamos que la investigación cualitativa se funda en una posición filosófica e interpretativa, ya que se interesa en las formas en las que el mundo social es interpretado, comprendido y producido; esto conlleva el ingreso de la vida cotidiana en la situación seleccionada para el estudio, la valoración y el intento por descubrir la perspectiva de los participantes sobre sus propios mundos y considerar la investigación como un proceso interactivo entre el investigador y los participantes en donde, como hemos referido con anterioridad, las palabras de las personas y su comportamiento se consideran datos primarios.

Este tipo de investigación se utiliza cuando el contexto de investigación es comprendido de manera deficiente, cuando los límites del campo de acción están mal definidos, cuando el fenómeno no es cuantificable o cuando el investigador supone que la situación ha sido concebida de manera restrictiva y el tema requiere ser reexaminado, para lo cual se pueden utilizar diferentes métodos, entre los cuales podemos enunciar: el método descriptivo, el método histórico, el método comparativo, el método hermenéutico, el funcionalista, el fenomenológico, el etnometodológico y el interaccionismo simbólico. En la presente investigación se ha utilizado el método hermenéutico, el cual será descrito más adelante en este mismo capítulo.

³⁶ La bitácora es un cuaderno en el que se reportan los avances y resultados preliminares de un proyecto de investigación, se incluyen con detalle las observaciones, ideas, datos, de las acciones que se llevan a cabo para el desarrollo de un experimento o un trabajo de campo. Se puede ver como un instrumento cuya aplicación sigue un orden cronológico de acuerdo al avance del proyecto. Además en ella se pueden escribir ideas e hipótesis derivadas del desarrollo empírico. La bitácora es un texto que se modifica constantemente.

Para continuar la comprensión del fenómeno de la investigación cualitativa se debe desarrollar el concepto de “tradición”, el cual ha sido definido por Tojar Hurtado³⁷, en el libro *Investigación Científica en las Ciencias de la Salud*. En las tradiciones científicas el contenido de lo que se comunica está constituido por los conocimientos, los supuestos, los discursos, lenguajes, valores y convenciones creados alrededor de las prácticas de las comunidades dedicadas a esta tarea. Estas tradiciones influyen de algún modo en el pensamiento y la conducta del presente, sea porque se adoptan al ser consideradas legítimas, sea porque se reelaboran a la luz de nuevos problemas o nuevas ideas o bien porque se rechazan por inoperantes. Se puede llamar “tradición reflexiva” al tipo de tradición que marca a las comunidades dedicadas a la ciencia para diferenciarla de aquella que se conserva como repetición, a veces inconsciente, y que contribuye a la reproducción y no a la producción del conocimiento, de la cultura o de la sociedad. Las diversas tradiciones de investigación cualitativa comparten una forma parecida de concebir los fenómenos de investigación, pero cada una de ellas aporta diferencias metodológicas, precisamente a nivel del método de investigación, el cual es el camino que se utiliza para alcanzar los fines, se trata de un procedimiento más o menos flexible, explícito y racional por el que la investigación cualitativa puede comprender, e incluso transformar, los fenómenos que estudia.

Se ha expresado con anterioridad, los métodos de investigación cualitativa presentan heterodoxia metodológica, en donde se pueden encontrar métodos provenientes de tradiciones filosóficas (fenomenología, hermenéutica, o interaccionismo simbólico), otros emanados de disciplinas científicas (etnografía, pragmática, semiótica), otros derivados de tendencias disciplinares (sociología cualitativa o micro sociología, psicología ecológica, psicología humanista, entre otros), e incluso otros constituidos como estrategias metodológicas o técnicas (historias de vida, análisis narrativos, entre otros).

No obstante semejante heterogeneidad, se ha considerado que el método más apropiado para abordar el objeto de estudio de esta tesina, y por ende el elegido, es el

³⁷ Tojar Hurtado, Juan Carlos. (2006) Investigación cualitativa: comprender y actuar. Editorial La Muralla. Pág. 123-124. [en línea] Disponible en: books.google.com.ar/books?id=IXcdV7aLbWcC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbg_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

método hermenéutico³⁸ pues el mismo consiste en un proceso por medio del cual nos aproximamos a conocer la vida psíquica con la ayuda de signos sensibles que son su manifestación, la hermenéutica tendrá como misión descubrir los significados de las cosas, interpretar lo mejor posible las palabras, los escritos, los textos y los gestos, así como también cualquier acto u obra pero conservando su singularidad en el contexto del cual forma parte. Es decir, que la hermenéutica ya no es sólo la interpretación de los textos escritos sino de toda expresión humana y que la misma también implica su comprensión. La elección de éste método para la interpretación de la información obtenida, es que una parte importante de la investigación está brindada por el relato de los profesionales que trabajan en las áreas mencionadas y la hermenéutica es un método que valora la riqueza discursiva de los participantes y permite la revalorización de las teorías.

Para la obtención de la muestra con la cual se trabajó, se tomó como punto de partida una población total de ciento sesenta enfermeros de dos instituciones privadas de la ciudad de Mar del Plata, las cuales han sido seleccionadas por presentar mayor números de camas y una mayor relevancia, entendido ésta como capital simbólico. Se trabajó con una muestra no probabilística accidental, por medio de la cual se tiende a generar muestras menos precisas y representativas. Existen tres métodos de este tipo de muestreo, uno es el muestreo por conveniencia, otro es el muestreo por cuotas y el tercero es el muestreo intencional; para ésta investigación se utiliza el muestreo por conveniencia ya que en ésta se toma una muestra integrada por las personas u objetos cuya disposición para ser incorporados como sujetos de estudio es más conveniente. Las muestras por conveniencia no constan necesariamente de individuos que el investigador conozca. En esta oportunidad estuvo compuesta por enfermeros profesionales, auxiliares y Licenciados en enfermería, participando cuarenta enfermeros que ejercen en áreas cerradas tales como las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) y Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), más conocida coloquialmente como Neo, y veinte de internación Clínica Médica (CM), haciendo un total de sesenta encuestados, los cuales fueron convocados a participar atendiendo los siguientes aspectos: que trabajaran en las referidas áreas, que posean títulos y matriculas habilitantes para el ejercicio de la profesión y que tengan más de dos años de

³⁸ *Idem.* pp. 90-91.

experiencia, teniendo en cuenta el consentimiento de los mismos y respetando los códigos de confidencialidad aplicados a éstos protocolos.

En segunda instancia y de manera aleatoria se convocaron a veinte profesionales para la realización de *focus groups*, debido a la riqueza de los discursos. No se pudo acceder a la totalidad de los convocados por cuestiones familiares, además del horario laboral, entre otras, teniendo un total de diez profesionales participantes. La técnica de los grupos focales³⁹ se enmarca dentro de la investigación socio-cualitativa; esta técnica es un proceso de producción de significados que apunta a la indagación e interpretación de fenómenos ocultos a la observación de sentido común. Se caracteriza por trabajar con instrumentos de análisis que no buscan informar sobre la extensión de los fenómenos sino de interpretar su profundidad, los comportamientos sociales y prácticas cotidianas. Los grupos focales constituyen una técnica cualitativa de recolección de datos basada en entrevistas colectivas y semiestructuradas realizadas a grupos homogéneos. El mismo también se denomina entrevista exploratoria grupal donde un grupo reducido (de 5 a 12 personas) y con la guía de un moderador, se expresa de manera libre y espontánea sobre una temática.

³⁹ Fontas, Carina; Conçalves, Fabiana; et al. La técnica de los grupos focales en el marco de la investigación socio – cualitativa. [en línea] disponible en: <http://www.fhumyar.unr.edu.ar/escuelas/3/materiales%20de%20catedras/trabajo%20de%20campo/profesoras.htm>.

Capítulo IV Tratamiento y presentación de los datos

Introducción

Mucho se ha escrito sobre el estrés laboral y sus derivaciones e impacto en la tarea del trabajador. No obstante, al hacer un relevamiento bibliográfico sobre el tema en profesionales de enfermería, se ha podido constatar que el mismo ha sido objeto de múltiples artículos e informes analizados desde diferentes perspectivas, como se ha referido en la Introducción, sin embargo, no se ha encontrado ninguno cuya temática sea coincidente con el objeto de estudio de este trabajo, ya que el abordaje del mismo se realiza desde una perspectiva psicosociológica y, por ende, desde sus respectivos marcos referenciales.

Con el fin de obtener información primaria y poder comparar la visión sobre los puntos a investigar se han realizado sendas reuniones donde se aplicó la modalidad *focus groups* (ver Anexo I y II) a enfermeros de las mencionadas áreas críticas e internación en clínica médica. En este capítulo se realiza un diálogo entre las experiencias personales de los profesionales y el marco referencial, lo que permite darle una visión de la realidad desde donde se desprenden tres ejes principales: sobrecarga laboral, impacto psicofísico de la tarea y organización inadecuada (paranoigénica), con autores que se enfocan en la perspectiva que se da a este trabajo, como por ejemplo Ulloa, con “violencia institucional”, Dejours, “trabajo y desgaste mental” o Jacques, con “organización inadecuada”, entre otros.

Amplio, complejo y heterogéneo son los espacios institucionales y los organigramas que establecen su funcionamiento y control, atendiendo a semejante complejidad, y conscientes de que hay diversos modos de abordaje del núcleo problemático, se ha decidido, en un primer momento, analizar el perfil y los alcances del profesional de enfermería por considerar que los mismos establecen *a posteriori* un correlato con el desarrollo de la praxis profesional enfermera. En una segunda instancia, se consideró necesario referir a las principales características o perfiles de las instituciones paranoigénicas y el impacto que ejercen las mismas sobre los profesionales en cuestión, atendiendo a las características de su ejercicio profesional, y, en última instancia, establecer el impacto que producen dichas organizaciones al profesional de enfermería, precisando el impacto psicofísico que ejercen sobre los mismos.

La labor y el espacio del profesional enfermero: ¿un campo en pugna?

El ejercicio de la profesión enfermera tiene su marco de regulación en leyes provinciales y nacionales, tanto para su nivel de pregrado, profesional y auxiliar, como para su título de grado, la licenciatura en enfermería. Dentro de estas normas se describen derechos, obligaciones y el marco donde tienen validez las mismas. La Ley Nacional N° 24.004 (ver Anexo III) describe las funciones del ejercicio de enfermería desde los niveles para el ejercicio de la misma: el profesional y el auxiliar, determinando las competencias para cada uno de éstos, así como los derechos, las obligaciones y las prohibiciones.

Interpretando lo que aparece de manera extensiva en el cuerpo de la mencionada se puede derivar que las medidas disciplinarias se aplicarán graduándolas en proporción a la gravedad de la falta o el incumplimiento en que hubiere incurrido el matriculado, teniendo como atenuante que el personal será inimputable en los casos de accidentes o prestaciones insuficientes que resultasen de la falta de personal (en cantidad y calidad), la falta de elementos indispensables, o inadecuadas condiciones del establecimiento. Entre los testimonios recabados, queda expuesto que la falta de personal, y la capacitación insuficiente es una realidad diaria en dicho ámbito laboral. Al respecto (F) comenta:

“...igual lo que nos está pasando a nosotras, en nuestro sector, es mucha falta de personal... mucha falta de personal... no solamente en mi turno me dejan sola con un auxiliar... a la mañana a veces dejan solamente dos enfermeras con lo que es el piso a la mañana que tenés el pase de guardia de traumatología, de cirugía... [cuenta con los dedos] de clínica eh... todos los familiares que todos quieren escuchar al médico y los médicos no aparecen...”

En uno de sus artículos, enumera las áreas críticas, entre las que se encuentra la de cuidados intensivos, a las cuales la ley considera insalubres y sugiere para el resguardo de la salud física y psíquica de los enfermeros la reducción horaria, licencias, jubilación, condiciones de trabajo y/o provisión de elementos de protección. Si bien la ley lo contempla, en las instituciones analizadas no se observa su aplicación y cumplimiento de manera generalizada.

Por su parte, la ley provincial N° 12.245 (ver Anexo IV) Del ejercicio de la enfermería, coincide en su mayoría con lo regulado por la ley nacional, sólo hay algunas modificaciones menores en cuanto a las obligaciones, donde se agrega “la promoción de la donación de órganos mediante la correcta información y el incentivo de la solidaridad social”.

Para el título de grado de Licenciatura en Enfermería a nivel provincial, como marco regulatorio está vigente la Ley N° 10.471(ver Anexo V) que instituye el régimen para la carrera profesional hospitalaria, y como derivación de la misma, regula y enmarca los contenidos curriculares presentes en el plan de estudio de la carrera de Licenciatura en enfermería, de la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata, desde donde se constituyen no sólo los contenidos mínimos sino además, el perfil y los alcances profesionales de los licenciados en enfermería (ver Anexo VI); los cuales establecen ciertos parámetros que necesariamente deberían impactar y constituir el ejercicio de la profesión enfermera, a pesar de que no deja de ser en sí misma una construcción tipológica, es decir, modélica, y por lo tanto dista mucho de lo que realmente se logra.

El ejercer la profesión enfermera dentro de una institución trae consigo derechos y obligaciones, que si bien están contemplados en las leyes y el perfil ya mencionados, en la realidad no es cabalmente llevado a cabo por la sobrecarga de trabajo y las políticas institucionales, esto ha sido expresado ampliamente por los profesionales entrevistados. Enriquez⁴⁰, en su texto *La institución y las organizaciones en la educación y la formación* plantea que “hay institución cuando tenemos grupos que tienen leyes de funcionamiento, sistemas de reglas, modo de transmisión y cierta influencia sobre el funcionamiento de una sociedad”. Sin embargo, existe la evidencia de que las instituciones se fundan, se basan sobre un saber, un sistema de valores y de acciones que tienen fuerza de ley y que por lo menos, en un primer momento, se presentan como verdaderos. En cuanto a esta afirmación (E) manifiesta: “claro, eso planteaba a lo que estábamos hablando de la institución privada, hasta qué punto se hace lo que se tiene que hacer, o porque bueno, ya pasa por una cuestión de dinero...”, (ME) adhiere a esta afirmación y agrega: “...quizás la diferencia en la parte privada es por plata y en la parte pública es porque los que están estudiando tienen que aprender...”. De lo que puede inferirse que la cohesión de una institución reside en un saber teorizado y teóricamente indiscutible. Saber que tiene fuerza de ley y debe ser internalizado en comportamientos concretos, es decir, no debe ser simplemente un modo de instaurar las cosas sino que debe penetrar en lo más profundo de nuestro ser. De esta manera, quienes

⁴⁰ Enriquez, Eugène (2002) *La institución y las organizaciones en la educación y la formación*. Buenos Aires: Facultad de Filosofía y Letras. UBA. Editorial Novedades Educativas.

ostentan el poder pueden sancionar aquellos comportamientos que no les parezcan adecuados. Intuyéndose la existencia de una violencia enmascarada en la institución que reaparece cada vez que hay una tentativa de trasgresión, porque en ese momento la institución se defiende contra la posibilidad de quiebre, en cuanto a esta situación (A) cuenta: "...entonces es como que las locas nos meten en los famosos sucuchos y nos dejan ahí a todas juntas, pero bueno todas juntas tenemos más fuerza...".

Apreciar la institución como una norma, como lo que regula y normaliza, como lo "normal", permite establecer un orden de lo social, que marca lo permitido y lo prohibido que regula el comportamiento social. Pero para enunciar la "norma o la ley" debe existir una autoridad vivenciada como legítima, autoridad que enuncia, marca y regula lo posible, estableciendo el poder y la línea, dando algunas pautas. Esta autoridad en la institución la representa el departamento de enfermería, sin embargo (F) refiere: "...veo que lo que es el departamento de enfermería no apoya al plantel de enfermería, están más del lado de los médicos que de nuestro lado y eso se nota mucho...", en coincidencia a lo expuesto otros entrevistados hacen referencia a que sienten más reconocimiento por parte del plantel médico o de los familiares de los sujetos de atención que por parte de los colegas o el departamento de enfermería.

El primer mecanismo fuente de la construcción de una institución es lo que podría denominarse rechazo y canalización de las "pulsiones agresivas y amorosas", tomado este comportamiento como un campo donde se pugna por el poder (Bourdieu)⁴¹. Las primeras podrían causar autodestrucción, de ahí que haya que tratar de canalizarlas en trabajo productivo, en competencia con los demás, en la creación inventiva, en formas que permitan conservar el potencial de la "pulsión agresiva", garantizando al mismo tiempo la aceptación de todos. También hay que rechazar y canalizar las "pulsiones amorosas", es imposible que exista una institución sin que haya un mínimo de libido, por lo menos elementos de simpatía, camaradería, ternura, es decir, todo lo que Freud denominó "libido sublimada". Si hay una corriente amorosa muy fuerte entre los integrantes, esto puede introducir rivalidades violentas, celos, envidia y resentimiento. Por eso, es necesario que el amor sea atemperado, ya que pueden protegernos de una excesiva invasión de unos por los otros.

⁴¹ Bourdieu, Pierre (1997) *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*. Barcelona: Anagrama.

Por otro lado, Esteves⁴² en ese sentido plantea que la institución nos ama y nosotros la amamos también, pero hay gente que sabe amar haciendo su propia ganancia. Normalmente se debe recompensar a todo el mundo, pero los mejores son más recompensados que los demás y, por lo tanto, todos tratan de ser el mejor, siendo el más competente, pero también manipulando gente, teniendo relaciones personales con gente del poder, teniendo relaciones obedientes con el jefe porque, supuestamente, mientras más sumiso soy más me va queriendo, hasta el día en que pueda matarlo.

La institución se toma como elemento de regulación social, espacio donde los que participan socializan dentro de un marco que deja claro lo permitido y lo prohibido, que a su vez hace un marco de regulación que favorece la prolongación de un estado de situación determinado. Esto establece tres aspectos; por un lado los conjuntos culturales donde se cristaliza una cultura y se establecen roles, dando lugar a valores y normas de pensamiento y acción que modelan la conducta de los sujetos. Por otra parte, un sistema simbólico, con mitos unificadores, estableciendo la relación entre “héroes y villanos” y legitimando la acción de los sujetos, dando sentido a sus prácticas. Por último, un sistema imaginario que sustituye la imaginación de los sujetos, no pudiendo imaginar por sí mismos, ya que por una parte obtura el pensamiento crítico, y por la otra evita desunión.

La conjunción de estos tres aspectos da lugar a un proyecto de existencia (historia y fundación) y permite la vinculación de sus miembros en dos tipos de organizaciones: por un lado una organización positiva, que favorece la cohesión, contribuye a la homogeneización, tiende a la fusión, a la comunidad de ideas acorde al mito fundador, y donde cada sujeto ocupa un lugar en la institución que a su vez le incluye; mientras que por otro, se percibe una organización negativa que rechaza la creatividad, aumenta la entropía, para evitar tensiones reprime, inhibe el pensamiento crítico, llevando al renunciamiento, a la lucha, al aumento de la apatía y a una profunda acriticidad.

Como se definió en el Capítulo II, Elliott Jaques⁴³ ha distinguido dos tipos de organizaciones, por un lado las organizaciones funcionales y por otro, las que generan un entorno paranoide. Una de las características más sobresalientes es la diferencia entre los

⁴² Esteves, J. (1994) *El malestar docente*. Barcelona: Paidós.

⁴³ Jaques, E. [1955] (1965) “Los sistemas sociales como defensa contra las ansiedades persecutoria y depresiva”. En: *Nuevas direcciones en psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.

tipos de autoridad de cada una; en las organizaciones paranoigénicas, la autoridad imprime en los individuos y grupos conductas de envidia, recelo y escases de recursos para trabajar, entre los que se encuentra el recurso humano. Lo que se percibe en el relato de (G):

“...es el mal manejo de la gente...de los enfermeros por supervisión... a mí me paso el mes pasado... a supervisión le digo... somos cinco en el servicio, de los cinco le dieron vacaciones a los cuatro juntos [caras de sorprendidos y risa irónica] y quede yo solo en el servicio... de los que están siempre...o sea estuve casi una semana con chicos de piso y por ahí alguno de la tarde que se quedaba a darme una mano...”.

Dentro de las organizaciones paranoigénicas, la ausencia de interdependencia (Durkheim) permite la aparición de grandes grupos, generando la indefinición de las relaciones y los vínculos, un aumento de la sensación de amenazas e impotencia, la necesidad de producir alianzas y subgrupos para protegerse de los ataques y para atacar a otros grupos. En relación a lo antedicho (A) diferencia la relación entre los hombres y las mujeres en el ámbito laboral: “...es que el hombre no participa tanto, y es inevitable que en una institución llena de mujeres, generalmente el chusmerío, la competencia, ese tipo de peleas siempre va a haber...”

En otro sentido, la interrelación entre la estructura de la organización ineficaz y el tipo de relación que se produce entre sus miembros, dan lugar al surgimiento de líderes incapaces, que evidencian rasgos y conductas autoritarias en su relación con sus subordinados, pero que se muestran aduladores serviles con sus superiores, retroalimentando el círculo vicioso, típico de las organizaciones paranoigénicas. Esto se observa en el siguiente diálogo (A): “...el liderazgo ahí adentro es piramidal [gesticula con las manos]...”. Y (G) adhiere a esto diciendo que: “...es más, creo que a vos si tenés algún tipo de problema, no te lo resuelven... o sea si tenés algo complicado, ponete si yo tengo algún problema grave o eh... resolver algo, a supervisión sería el último lugar que llamaría...”. Sumado a lo anterior (ME) y (G) ponen de manifiesto las falencias de departamento de enfermería en cuanto al manejo y capacitación de personal:

(ME): “...en teoría un supervisor, a una persona que recién acaba de entrar es el que la tiene que instruir, porque vos te haces cargo de tus pacientes no te podes hacer cargo de un enfermero nuevo...”, (G) continúa: “...El supervisor para mí no está capacitado para manejo de personal... por qué? Porque es un enfermero más como yo y porque más allá de todo...para llegar a ser supervisor, me parece que la persona tendría que estar formada en recursos humanos... es decir, vos estas trabajando con personas que trabajan con personas...”; (ME): “...yo creo que en realidad a veces uno cree que las metas de los supervisores es que el personal trabaje en un lugar que no le gusta... porque vos decís bueno, a mí me gusta maternidad... bueno, te mando a pediatría

ponele... si vos, en maternidad, fuiste, te gusta, tenés intención de aprender, con la gente que trabajas, trabajas bien... no es preferible trabajar cómodo en un lugar en que ese lugar saca tu mejor potencial? a que te manden a pediatría a trabajar ocho horas... eh... a disgusto o que saques carpeta porque eso es otra...”

Por último, (F) relata una situación en la que demuestra una actitud pasiva, en la cual se refleja la sumisión ante la autoridad:

“...tomé la guardia, preparé la medicación, di la medicación... me mandaron a las nueve de la mañana a abrir otro sector... abrir el tercero, le ingresé pacientes ahí... habían entrado tres pacientes, para las once los había mandado al piso porque habían hecho lugar en las camas... y me mandaron a las doce del mediodía a cerrar balances a otro sector... yo le dije: “yo esto nomás... porque no conozco el paciente”... porque en una mañana no sé cuántas personas vi... yo tenía un matete en la cabeza terrible... aparte de renegar con los clínicos que no te hacen las indicaciones... que al tercero no sube nunca nadie... no hay nada, nada, nada...”.

Se puede concluir que en las organizaciones adecuadas, la autoridad y responsabilidad son compartidas y que posee personal adecuado en número y formación (capacitación) para la tarea. En las organizaciones inadecuadas, por su parte, existen obstáculos que evitan una buena organización de la tarea, como por ejemplo dirigentes y personal incompetente, escasez de recursos, desacuerdo entre decisiones y objetivos institucionales y un desacuerdo entre el fin declarado y el fin real, lo que genera una disfunción que produce regresión en los individuos y los grupos, la tarea se vuelve agobiante e inadecuada, todo esto genera ruptura del apoyo y la confianza.

Para Bourdieu la relación existente entre el campo (como lo objetivo) y habitus (como lo subjetivo), da lugar a una producción de la realidad, de ahí que para el sociólogo francés las prácticas sociales son el producto de la relación dialéctica entre una situación y un “*habitus*”, que como sistema de disposiciones durables y transferibles, funciona como matriz de percepciones, apreciaciones y acciones y hace posible el cumplimiento de tareas infinitamente diferenciadas. La práctica, entonces, tiene que ver con las condiciones objetivas que precedieron la constitución del “*habitus*” y con las condiciones presentes que definen la situación donde la práctica tiene lugar. En base a la teoría descripta, (A) hace referencia a la formación profesional de la escuela de enfermería, que pertenece a la institución donde trabaja:

“...esto yo lo aprendí en el transcurso de mi carrera profesional y no en el momento cuando yo entre a trabajar... cuando yo entre a trabajar, ya la educación es un poco subordinada en la escuela de enfermería proveniente del hospital... o sea te enseñan a... enfermería... pero para trabajar en la institución, sí? O sea para trabajar en

instituciones privadas, o sea ya empezás con las practicas ahí y ya empezás con las políticas del hospital... sos la mano de obra barata del hospital... porque vos empezaste a estudiar en primer año y ya a la mitad de tu primer año, o sea en junio empezás con las practicas... el primer año te lo pintan color de rosas... si, empezás con lo básico, tenés el trato con el paciente, ya en segundo año se hace una grilla con lugares donde tenés que empezar pero no, es como dice él [señala a (G)] llegas a la institución y te dicen a ver... donde falta gente? Bueno, mándame los alumnos acá y acá así me sacan trabajo porque tienen gente que falta... y así es generalmente con todo... hay que ver el programa que tiene cada institución... o sea de acuerdo al paciente que te den es de acuerdo al programa de materias que tenés en cada año... no te van a poner en primer año a ver a un paciente holístico, hacerle cosas holísticas cuando están enseñando algo muy básico... porque todavía, supongo, en el programa no vas a tener materias que te formen como por ejemplo... o sea si en primer año es todo muy básico no vas a ver medicación vas a poder ver un montón de cosas holísticas en el paciente pero no te van a autorizar a medicarlo si todavía no haces las practicas..."

La organización paranoigénica y la cultura de la mortificación.

En relación a lo antedicho, toda actividad humana está sujeta a la "habituación" (Berger y Luckman), es decir, que se restringen diversos actos repetidos con frecuencia a uno sólo, semejante repetición deriva en la generación de rutinas que permiten no sólo la incorporación de innovaciones tecnológicas, sino que ocasiona cierta expansión en la institución y en sus formas de trabajar. En este sentido, la práctica de enfermería se ve atravesada por la utilización de nuevas tecnologías, aparatología, y nuevos sistemas informáticos aplicados de diferentes formas, una de las cuales es descripta en el siguiente diálogo entre (Mo), (F) y (J):

- (Mo): "...encima ahora que les incorporaron todo el sistema informatizado...";
(F): "...ah... que es muy lento...";
(Mo): "...se hace todo eh... evolucionas, las indicaciones están informatizadas, tenés que rotular uno por uno...";
(J): "...por un lado... por un lado está bueno... más allá... porque es muy nuevo, al ser muy nuevo es muy lento y la mayoría no conoce cómo manejarlo...";
(F): "...sí, creo que hasta que le tomas la mano... pero por otro lado...";
(J): "...incluso tomándole la mano es lento...";
(F): "...es lento... se tilda... no es que vos marcas y queda marcado... sino que marcas y tenés que esperar un rato para que quede marcado..."

Las instituciones, según Berger y Luckmann, cumplen un papel regulador y orientador de los comportamientos humanos, convirtiéndose así en ordenadores del mundo social, normativizando la conducta. Estas normativas se experimentan como realidad objetivada y se producen en tres etapas, la primera es la externalización, en donde la institución aparece como realidad externa al individuo, la segunda instancia es la

objetivación, en donde los productos externos se objetivizan; y por último, la internalización, que es el proceso mediante el cual esas objetivaciones se vuelven significativas para el individuo, dando lugar a la subjetivación. De esta manera, las representaciones sociales se construyen, reconstruyen y transmiten de generación en generación; estas representaciones son las que, por una parte, permiten la comunicación al interior de los grupos y por otra, determinan su identidad. Esto se ve aplicado en la siguiente experiencia que cuenta (G):

“...encima el grupo que tenemos nosotros nos conocemos hace ya bastante tiempo, entonces cuando hay un paro uno ya sabe que hacer sin hablar...uno va al carro, otro va al respirador, otro va con el médico a masajear y cuando hay una persona nueva no sabe dónde meterse también [se rasca la cabeza]... pero bueno delegas...”

La relación que se presenta dentro de los grupos de trabajo, está atravesada por la intersubjetividad, debido a que se comparten diariamente experiencias, tanto laborales como personales, que tienen consecuencias en su relación con el otro. En la convivencia, la visión del mundo que tiene cada integrante, genera un intercambio que modifica la conducta personal y grupal, a que las experiencias vividas por los demás no pasan desapercibidas percepciones del mundo de cada uno. Por lo tanto, obviamente, la relación con el sujeto de atención no es ajena a la mencionada intersubjetividad, situación que es evidenciada en la experiencia que relata (F):

(F): “...tenemos una paciente que le diagnosticaron un sarcoma, entro por una fractura esta hace dos meses y ya dijeron que no hay un tratamiento... o sea le dijeron a la señora que se iba a morir... pero la siguen teniendo ahí internada... haciéndole cosas... yo hable, hablamos con ella, estamos todos mal porque obviamente ya todo el servicio le tomo cariño, hace dos meses que esta, y... fuimos nosotros los que le dijimos, o sea que ya no había más remedio porque los médicos no querían dar la cara... no querían enfrentar a los familiares, eso nos genera un sobre estrés porque aparte nunca se acercaron... aparte ya con los médicos no quiere hablar porque obviamente los médicos se borran, le dicen que está todo bien y ella sabe que no está todo bien, porque es terrible como le sangra la pierna, creo que toman la gente como que entienden...”; (ME): “...aparte que el otro problema es que lo que no sabe lo busca por internet...”; (F): “...decí que la señora es grande y no... pero...”; (ME): “...no, no, no, pero la familia digo, no digo ella...”; (F): “...ah... si, si, la familia si...”; (J): “...o sea, el simple hecho de ver un paciente añoso se supone que no va a entender lo que le está pasando...”; (F): “...claro, pero esta re lucida y ella sabe que se está muriendo... y no le dan una solución, ella dice: no sé, yo prefiero estar en mi casa que seguir estando acá... ella se da cuenta de que nos genera a nosotros más trabajo, cuando ella misma dice que por ella ya no podemos hacer más nada, pero los médicos no le quieren dar el alta...”; (E): “...una internación domiciliaria...”; (F): “...no, no quieren...”

La propuesta de la “sociología fenomenológica” implica una apuesta por el estudio y explicación del *verstehen*, es decir, de la experiencia de sentido común del mundo intersubjetivo de la vida cotidiana. Pero la teoría social fenomenológica de Schütz es una “ciencia de los fenómenos de la intersubjetividad mundana, por lo que un análisis de las estructuras del mundo de la vida puede interpretarse como una sociología general de la vida cotidiana”⁴⁴. Berger y Luckmann reconocen que la vida cotidiana implica un mundo ordenado mediante significados compartidos por la comunidad. Su propuesta fenomenológica tiene como objetivo principal la reconstrucción de las construcciones sociales de la realidad, aunque se basen, igual que Schütz, en la teoría de la comprensión o *verstehen* desarrollada previamente por Max Weber.

Tanto Berger y Luckmann (1993) como Schütz (1977) abandonan la concepción de la intersubjetividad como flujo de conciencia interior, y la comprenden como un vivir humano en una comunidad social e histórica. Sus propuestas socio-fenomenológicas implican el tránsito de lo individual a lo social, de lo natural a lo histórico y de lo originario a lo cotidiano.

A las condiciones en que se desempeñan un conjunto de trabajadores en un ámbito donde el territorio institucional no está, Ulloa la denomina “cultura de la mortificación”, y el asunto es tratar de que lo que está en los laberintos de cada sujeto pueda ser expuesto. Entonces, según Ulloa, va creándose una producción de subjetividad muy diferente, es decir, con situaciones multiplicadoras, que tienen efectos de multiplicación. Existen algunos indicadores más o menos típicos de esta situación, tales como desaparición de la valentía, que da lugar a la resignación acobardada; la merma de la inteligencia. En estas condiciones disminuye y aún desaparece el accionar crítico y mucho más el de la autocrítica. En su lugar se instala una queja que nunca asume la categoría de protesta.⁴⁵ En base a esto, (R) plantea una problemática diaria:

“...claro, pero no debería ser así... vos tendrías que tener una persona referente que decís mira: tengo este problema con esta persona... bueno, lo hablamos, que se yo... vemos lo resolvemos... pero no está eso...”, (A) agrega: “...pero volvemos a lo mismo... sino tenemos un jefe, un supervisor que nos ayude con problemas con

44 Grathoff, Richard (1989) *Milieu und Lebenswelt. Einführung in die phänomenologische Soziologie und die sozialphänomenologische Forschung*. Francfort del Main: Suhrkamp Verlag. La traducción es de J. Estrada.

45 Ulloa, F. (1995) *Novela Clínica Psicoanalítica - Historial de una práctica*. Buenos Aires: Paidós, pp. 239, 240.

familiares o demás, menos va a tener uno que te ayude con problemas con tus compañeros... va a intentar puterío...”.

Ante esta “cultura de la mortificación”, el trabajador tiene varias consecuencias que repercuten en su labor profesional, por ejemplo, una mayor pasividad, menos capacidad de creación, resignación, falta de pensamiento crítico, imposibilidad de valorar las ideas propias y de los compañeros, generando la descalificación del par, convirtiéndose en un obstáculo para el pensamiento y el accionar grupal; derivando en sufrimiento que afecta a los trabajadores. En este sentido, (E) comenta: “...nada, nos resignamos...es lo peor [asiente con la cabeza]...”.

Fernando Ulloa asevera que es obvio que la civilización ha ido sofisticando al mismo tiempo, los dispositivos socioculturales necesarios para el despliegue de la crueldad y en que la crueldad siempre implica un dispositivo sociocultural. Hay una diferencia sustancial con la agresión, esta llegaría a ser, si configura una situación típica del dispositivo de la crueldad, que se ha denominado "encerrona trágica", y que resulta el núcleo central de este dispositivo. Esta encerrona cruel, como ya hemos referido es una situación de dos lugares sin tercero de apelación -tercero de la ley- sólo la víctima y el victimario. Desde el punto de vista del psicoanálisis lo que predomina en esta situación no es la angustia sino algo más terrible aún que la angustia: el dolor psíquico.

La angustia puede tener puntos culminantes pero también momentos de alivio, en cambio el dolor psíquico se mantiene constante en el tiempo. La salida parece identificarse con la muerte. Es que la crueldad siempre aparece estrechamente amarrada a la muerte, ya sea porque éste es su desenlace o porque la muerte ya está instalada en el mismo sujeto de la crueldad.

Impacto psicofísico de la tarea en los profesionales de enfermería

Al analizar el sufrimiento de los trabajadores, Dejours distingue dos tipos, por un lado la insatisfacción y por el otro la ansiedad. Pero ambos se relacionan en cuanto a la despersonalización, la descalificación por nombrar alguno de ellos. Esto deriva en una vivencia depresiva que es dominada por la fatiga, que no se origina solamente en los esfuerzos musculares o psicosensores, pero existe una relación por parte del trabajador y su objeto de producción que puede ser objeto de placer o desagrado, pero nunca es neutral. Si la reacción es de desagrado impide la posibilidad de aliviar el sufrimiento a nivel físico

mental. Este nivel de insatisfacción alcanzado, que sería el más bajo, indica el ingreso al proceso de sufrimiento. En base a esto (Y) comenta una situación angustiante en el trabajo diario: "...el mismo precio económico pero no a nivel salud... porque uno se siente más presionado y tenés la vista de todos, tenés que salvar a este y pendiente del otro porque al fin de cuentas es como que te haces responsable de ese enfermero (nuevo)... porque decís sí, es un enfermero, tiene su matrícula y todo pero si hace algo mal... caes vos también... [voz angustiada]".

De la insatisfacción laboral, derivan dos conclusiones: la primera es que la insatisfacción en el trabajo genera un sufrimiento cuyo punto de impacto es ante todo mental, derivado de la frustración por el contenido significativo de la tarea engendra por su parte un sufrimiento cuyo punto de impacto es ante todo mental, contrariamente al sufrimiento resultante del contenido ergonómico de la tarea, llegando a producir afecciones somáticas. La segunda conclusión se refiere a la introducción de la estructura de la personalidad en relación hombre-trabajo, presente en todos los tipos de sufrimientos, aparece como particularmente importante en el caso de la insatisfacción en relación con el contenido ergonómico del trabajo. La misma no es más que una carga de trabajo psíquico. Los efectos de esta carga así como el sufrimiento están efectivamente en el registro mental y si ocasionan desórdenes en el cuerpo no son los equivalentes de enfermedades directamente provocadas por las condiciones de trabajo. La carga de trabajo psíquico representada por el sufrimiento proveniente de una falta de confort del cuerpo pone al obrero en su totalidad, y en un primer lugar a su personalidad, a prueba de una realidad material. El conflicto no es otro que aquel que opone el hombre a la organización del trabajo, en la medida en que el contenido ergonómico del trabajo resulte de la división social del trabajo. Lo descripto por Dejours, se expresa en los siguientes testimonios:

(J): "...para mí lo que más te cansa de la rutina de enfermería, no sé si a todos igual, yo no comparto tanto tiempo con los chicos que estamos acá... pero lo que sí, que se acentúa bastante en UCI es el paciente con cuidados paliativos, que no se va a hacer nada... porque cuando digo no se va a hacer nada, en muy grandes, en el sentido de que mientras el paciente esté conectado, vos vas a seguir cuidándolo, vas a seguir higienizándolo, vas a seguir curándolo... vas a seguir respondiendo por su salud, pero hay pacientes que están meses... [gesticula con las manos como haciendo referencia al paso del tiempo] en la misma condición y... vos sabes que van a seguir estando meses, se infectan y siguen estando meses..."

(Mo): "...que te genera desgaste eso?..."

(J): "...desgaste... [asiente con la cabeza] porque en realidad lo que a mí me fascina de enfermería es la recuperación del paciente, desde el punto de vista... lo que a mí me

cansa, desde el punto de vista, es la rutina...y lo que me cansa y me hace trabajar de más a veces porque tengo que hacer el doble de esfuerzo es ver al paciente deteriorarse sin que uno pueda hacer mucho por él... vos lo seguís viendo deteriorarse porque no tiene con que recuperarse, pero sabes que hasta el momento que el corazón no deje de latir, eh... se va a seguir haciendo de todo... se lo va a dializar, se van a tomar las medidas que se tengan que tomar, pero hasta que el paciente pare..." [gesticula con las manos como lavándose las manos]

Siguiendo el análisis de lo desarrollado por Dejours, se puede hacer referencia a la ansiedad, presente en casi todos los tipos de tareas, situación ante la cual los obreros elaboran defensas particulares, que si son eficaces, prácticamente no hay rastros de ansiedad en el discurso obrero. Aunque si se investigan sus signos indirectos que son precisamente estos sistemas defensivos, puede tal vez encontrarse rastro de ella. La ansiedad relativa al riesgo puede ser notablemente agrandada por el desconocimiento de los límites exactos de este riesgo o por ignorancia respecto de los métodos de prevención eficaces. La ignorancia funciona como coeficiente de multiplicación de la ansiedad, aumentando también el costo mental o psíquico del trabajo. Muy raramente los obreros dan cuenta de este sufrimiento que sería la consecuencia de una sobrecarga psicosenomotriz o de un saturamiento de trabajo; al contrario, con mayor frecuencia los obreros no dudan en precisar que en definitiva se encuentran poco ocupados por sus tareas y bien lejos de la sobrecarga. Otra prueba sobre la intensidad de esta ansiedad está dada por los trastornos en el sueño y sobre todo por el uso de medicamentos psicotrópicos por casi todos los obreros: ansiolíticos durante el día, somníferos en la noche, psicoestimulantes en la mañana.

Existen también signos indirectos de la ansiedad como el fenómeno insólito conocido como "resistencia de los obreros a las consignas de seguridad". Lo que es designado de este modo corresponde a una cierta realidad. Las actitudes con respecto al riesgo de accidentes son bien conocidas, el rechazo de ciertas consignas de seguridad también. Esta actitud de desprecio del riesgo no puede ser analizada literalmente como ocurre a menudo. (E) cuenta su experiencia en cuanto a accidentes laborales vividos y como los solucionó:

"...yo si tuve, en el pase de un paciente de la camilla a la cama tuve un tirón en la cintura y estuve... si... Salí con ART estuve...quince o veinte días, me mandaron a kinesio y después bueno, analgésicos, kinesio y después anduve bien... después una segunda vez tuve también un desgarro en un anillo discal, pero bueno ahí no la pase, la verdad no la pase por ART, me fui de franco con dolor y estaba de franco en mi casa y ya no daba más, vine a hacerme ver a la guardia y... la verdad lo debería haber denunciado porque fue... no, no lo hice... ahí me costó tres meses de estar parada,

igualmente no tuve problemas en la clínica, al contrario, ni tanto con la licencia ni con nada, no tuve ningún tipo de problema, la jefa me dijo para venir a trabajar tenés que estar bien... sino estas recuperada, primero que no nos servís a nosotros y no te va a servir a vos tampoco... asique yo prefiero que te tomes lo que te tengas que tomar, y bueno incluso, que yo me atendía en el HPC, el médico me dijo: “te va a llevar tres o cuatro meses esto de estar parada...” y todavía yo dije: “uy... tres o cuatro meses viste...” porque digo, tenía miedo de... me van a echar, que se yo, igual hacía muchos años que estaba, que se yo, pero igual, lo primero que pensás es que te van a echar... tres meses parada, viste... no, no, la verdad que no tuve problema, me dijeron: “volvé cuando estés realmente bien... y cuando puedas hacer las cosas...” incluso el médico me decía: “yo no sé, un mes antes te hubiese dado el alta, pero el trabajo que hacemos nosotros... si vos me decís sos administrativa y estas sentada, bueno...” así que bueno, ahí si estuve tres meses parada...”

Los diferentes componentes de la ansiedad se pueden reagrupar esquemáticamente en tres rubros. En una primera instancia, la ansiedad relativa a la degradación del funcionamiento mental y del equilibrio psicoafectivo. Del mismo pueden extraerse dos tipos de ansiedad. La primera resulta de la “desestructuración” de las relaciones psicoafectivas espontáneas con los compañeros de trabajo; o de su intoxicación por la discriminación y la sospecha; o de la implicación forzada en las relaciones de violencia y de agresividad con la jerarquía. La perturbación de las inversiones afectivas provocadas por la organización del trabajo puede poner en peligro el equilibrio mental de los trabajadores. Generalmente son conscientes de este riesgo. La necesidad de descargar la agresividad conduce a la contaminación de las relaciones fuera del ámbito laboral y en particular de las relaciones familiares. Recurrir a las bebidas alcohólicas es a veces una forma de atenuar la tensión interior. Finalmente, el consumo de psicotrópicos destinados a una mejor contención de la agresividad y de la tensión interior, es una solución. El segundo tipo de ansiedad se refiere a la desorganización del funcionamiento mental. La insatisfacción en el trabajo puede derivar en presiones que conducen a una auto represión del funcionamiento mental y al esfuerzo para mantener los comportamientos condicionados, dando como resultado, en algunos casos, la despersonalización.

En segundo lugar, la ansiedad relativa a la degradación del organismo, ésta resulta del riesgo que pesa sobre la salud física. Las malas condiciones de trabajo ponen en peligro al cuerpo de dos maneras: riesgo de accidente de carácter repentino y grave de entrada (quemaduras, heridas, fracturas, muerte), riesgo de enfermedades profesionales o de carácter profesional, aumento del índice de la morbilidad, acortamiento de la esperanza de vida, enfermedades “psicosomáticas”. Las condiciones de trabajo impactan sobre el cuerpo

mientras que la organización del trabajo tiene como objetivo el aparato mental. Las malas condiciones de trabajo no sólo son nocivas para el cuerpo, sino también para el espíritu. La ansiedad resultante de las amenazas contra la integridad del organismo es claramente de naturaleza mental. La ansiedad es el brote psíquico del riesgo que hace correr al cuerpo la nocividad de las condiciones de trabajo.

Por último, la ansiedad engendrada por la “disciplina del hambre”, a pesar de un sufrimiento mental, del cual ya no se puede decir que se lo ignoraba, los trabajadores permanecen en sus puestos donde exponen su equilibrio y funcionamiento mental a la amenaza que contiene el trabajo para sobrevivir. Ansiedad de la muerte. Algunos autores denominan a esta ansiedad como la “disciplina del hambre”. Pero en todos los casos la disciplina del hambre no forma parte directamente de la relación hombre-organización del trabajo, es más bien su condición.

La falta de contención por parte de las instituciones genera un aumento de la sensación de angustia en el trabajador, que se destaca en varias oportunidades:

(E): “...los días que hay mucho trabajo o que por ejemplo, como me paso a mí, que te mandan a alguien que no tiene experiencia o ganas de aprender, yo sí eso más que la falta de experiencia... una vez me fui muy desbordada, muy nerviosa, me costaba hasta dormir cuando llegue a mi casa... más que nada me dio impotencia porque de mi parte recibió todo lo que podía dar, todo lo que le pude explicar y nada y no tenía ganas de aprender para nada ni de ayudarte, ni nada...porque ni en lo más básico...”

(J): “...en ese caso, a mí me pasa lo mismo, yo, con mi novia...nos descargamos el uno con el otro, pero al final...te descargas lo tuyo, y te cargas con lo del otro... y con mi vieja que también es enfermera, es lo mismo...hacemos catarsis los dos, descargamos cuando estamos cenando (risas) y empezamos a descargar y todo el mundo se va de la mesa...”

(E): “...claro...yo creo que uno se descarga, no se...o hablando...a mí, en mi caso, hablando con mis propios compañeros, que por ahí están en la misma situación, o en mi caso, con mi marido que se dedica a lo mismo...entonces como que...”

(ME): “...hay veces que sí, que salgo sacada y por ahí cuando llego y mi mama dice: “¿y, como te fue?”... (cara de frustración)...no bien, hubo mucho trabajo y me tiro a dormir eh...y si no, cuando está más o menos bien, si, le cuento, o por ahí...le cuento después cuando me despierto, que estoy un poco más tranquila, pero...que se yo...o por ejemplo, hay otros supervisores, con los cuales vos podes hablar y es como que te tranquilizan, es decir, te reconocen todo el sacrificio que vos haces, eh...no te resuelven nada, pero por lo menos te sentís un poco escuchada, en última instancia...”

El aumento de la angustia y la falta de contención en la institución laboral, puede derivar en un cuadro de estrés, que según la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁴⁶ es

⁴⁶ Houtman, Irene; Jettinghoff, Karin; Cedillo, Leonor. *Sensibilizando sobre el Estrés Laboral en los Países en Desarrollo. Un riesgo moderno en un ambiente tradicional de trabajo: Consejos para*

un patrón de reacciones que ocurren cuando los trabajadores confrontan exigencias ocupacionales que no corresponden a su conocimiento, destrezas o habilidades y que retan su habilidad para hacer frente a la situación. Cuando existe un desequilibrio entre las exigencias ocupacionales y los recursos del entorno o personales con los que cuenta el trabajador, entonces, se presentan una serie de reacciones, que pueden incluir: respuestas fisiológicas (por ejemplo, aumento del ritmo cardíaco o de la presión arterial, hiperventilación, así como secreción de las hormonas del “estrés” tales como adrenalina y cortisol), respuestas emocionales (por ejemplo, sentirse nervioso o irritado), respuestas cognitivas (por ejemplo, reducción o limitación en la atención y percepción, falta de memoria), y reacciones conductuales (por ejemplo, agresividad, conductas impulsivas, cometer errores).

En el libro *Cuando se enferman los que curan: estrés laboral y burnout en profesionales de la salud*⁴⁷, se clasifican los factores causales de estrés en el trabajo en las siguientes categorías: en primer lugar las fisiológicas, entre las cuales se encuentran los factores genéticos, congénitos y las enfermedades previas o actuales; en segundo lugar las psicológicas y psicosociales, en donde la personalidad, la vulnerabilidad emocional y cognitiva, las crisis vitales, las relaciones interpersonales conflictivas, las condiciones frustrantes de trabajo o el estudio desarrollan un papel fundamental; en siguiente orden los factores ambientales sociales, donde entran los cambios sociales y tecnológicos acelerados, la situación político-económica, el hacinamiento y el exceso de población; y en último lugar los factores ambientales físicos, entre los que se pueden encontrar microorganismos patógenos, tóxicos, la polución, las temperaturas extremas, y las catástrofes.

Además se hace referencia a los efectos causados por el estrés que pueden ser clasificados como inmediatos: psicológicos (cognitivos, emocionales), psicosomáticos y orgánicos, ambientales, y mediatos: enfermedades físicas, afecciones mentales, adicciones, accidentes, muerte, disminución del rendimiento y la productividad.

Un claro ejemplo de lo antedicho:

(F): “...yo me he ido al fin de año, he tenido palpitaciones del estrés que tenía...me fui a la guardia, me medicaron todo y...me dijeron que me pida las vacaciones, me fui a

empleadores y representantes de los trabajadores. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789243591650_spa.pdf

⁴⁷ Neira, María del Carmen (2004) *Cuando se enferman los que curan: estrés laboral y burnout en profesionales de la salud*. 1° ed.- Buenos Aires: Editorial del Autor.

pedir las vacaciones y me dijeron que...más adelante...y todavía no me dieron las vacaciones...recién ahora, en mayo, salgo de vacaciones...”

El burnout resulta de la combinación de variables personales del trabajador, ambientales y laborales de la organización y del trabajo en sí. Algunos autores, indican que el burnout es una consecuencia de la situación laboral más que de las variables personales del sujeto. Otros enfatizan en la personalidad, diciendo que a través de ella se realiza la evaluación cognitiva de los eventos laborales para ser considerados estresantes. Otros planteos, resaltan la importancia por igual de las variables individuales como de las organizacionales. Por su parte Maslach y Jackson sostienen que el burnout es una respuesta disfuncional en individuos que trabajan en profesiones de asistencia, debido a la relación con personas que requieren atención. Está compuesto por tres fases: agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en el trabajo. La primera fase se puede manifestar física y/o psíquicamente, implicando una disminución o pérdida de los recursos emocionales y personales, junto a la sensación de no tener más nada que ofrecer profesionalmente acompañada por desgaste, cansancio o fatiga. En la segunda fase se observan actitudes y respuestas negativas, deshumanizadas e insensibles hacia los que reciben la asistencia, junto con irritabilidad, falta de motivación, reacciones de acciones de distancia y hostilidad. La tercer fase es la baja realización personal en la tarea donde es común visualizar la tendencia a evaluar negativamente el propio trabajo, con baja estima profesional y autorreproches por no alcanzar los objetivos; además de respuestas negativas hacia sí mismo y su trabajo, bajo rendimiento, productividad e incapacidad para tolerar la presión.

La bibliografía reporta en las mujeres mayor vulnerabilidad al agotamiento y la baja realización personal, y en los hombres a la despersonalización. Es frecuente hallar mayor incidencia en sujetos jóvenes, en los primeros años de ejercicio profesional. En cuanto a los rasgos de personalidad, serían más proclives los sujetos empáticos, sensibles, e idealistas, con intensa dedicación profesional, obsesivos, que tienden a identificarse masivamente con los demás. Se ha encontrado correlación positiva en individuos que responden al denominado patrón de personalidad tipo A: alta competitividad, esfuerzo por conseguir éxito, agresividad, impaciencia, inquietud, etc. En base a esto, (G) explica cómo fue

modificando su postura profesional con el correr de los años en cuanto a la despersonalización y los sentimientos de negatividad y distancia hacia el sujeto de atención:

“...yo no me di cuenta de todo lo que perdí...porque yo entro al box...buenas noches... ¿le duele algo?...no... ¿sentías algo? No...empiezo a apretar botones...monitores...parar bombas... [gesticula con las manos como apagando las alarmas y las bombas] corregir, papeles, que se yo... ¿todo bien? Si...bueno, eh, en media hora vuelvo...por ahí en el piso yo me sentaba a hablar con el paciente, hablaba con la familia...todo eso lo perdí...y entonces hablaba con mi compañera que también en la charla se dio cuenta que... nosotros perdimos todo eso...y a veces muere un paciente y a mí me da lo mismo...” [gesticula con la mano tocándose el mentón]

Las variables laborales que facilitan el burnout son aquellas relacionadas con las condiciones adversas del ambiente físico de trabajo (ruido, mala iluminación, falta de higiene, etc.), con las relaciones interpersonales y con la tarea en sí misma: trabajo repetitivo y monótono, que provoca fatiga y mayor propensión a accidentes; ambigüedad del rol, entendida como la falta de claridad en las funciones que le corresponden; conflicto de rol, ya sea por disparidad entre lo que el trabajador espera de su desempeño y lo que esperan los demás, por resistencia a ser lo que se le pide si está en contra de sus valores, o por considerar que no le corresponde hacerlo; elevada responsabilidad; innovación tecnológica sin apoyo para su aprendizaje; sobrecarga cualitativa y cuantitativa de trabajo, con exigencias y apremio de tiempo; recursos e insumos inadecuados; remuneración insuficiente, entre otros.

Las consecuencias del burnout afectan tanto los aspectos personales del trabajador como el contexto laboral, y ambas implicancias guardan estrecha relación entre sí. A nivel individual, el sujeto presenta algunas manifestaciones propias del estrés, en distintos planos. Plano físico: alteraciones en el sistema inmunológico, disfunciones psicosomáticas, fatiga, agotamiento, hipertensión, contracturas musculares, cefalea, taquicardia, trastornos del apetito, del sueño, etc. Plano emocional: irritabilidad, agresividad, llanto, ansiedad, labilidad emocional, tristeza, desesperanza, aburrimiento, apatía, aislamiento, frustración, baja autoestima, etc. Plano intelectual: trastornos de la atención, percepción, memoria, juicio, concentración, etc. Plano conductual: mayor predisposición a accidentes, aumento en el consumo de alimentos, alcohol, café, tabaco, fármacos, drogas, conflictos interpersonales que deterioran los vínculos familiares y sociales. Entre las consecuencias laborales del burnout, se destacan: disminución de la satisfacción, del interés, de la motivación, del compromiso, del rendimiento, de la calidad de servicio y de la

productividad; aumento del ausentismo, de la rotación, de los accidentes y errores; clima laboral hostil con relaciones interpersonales pobres y conflictivas, falta de cooperación y apoyo; incumplimiento y retraso en el horario y las tareas; abandono real o manifiesto del puesto de trabajo; pedido anticipado de jubilación, etc.

En el siguiente diálogo, ME y G, describen su dificultad para separar su rol profesional, de su rol personal:

(ME): "...y vos decís: y no, acaba de parir, ¿Qué le va a pasar?...y en realidad, uno está mal, pero por ejemplo...en mi caso en particular yo pensaba (se toca la cabeza), tiene cinco chicos y estos cinco chicos se quedaron sin madre...ese día, yo no pude dormir..."

(G): "...claro, ahí está, y yo creo que ese es el tema que no te desconecta con...de profesional que sos a lo que es una persona digamos, eh...ahí vos empezás a trabajar como persona...este...eh...y ahí es donde tampoco nosotros no podemos liberarnos de ser una cosa u otra, es decir...no podemos poner ese límite..."

(ME): "...claro, pero es decir en...por ahí al principio me pasaba mucho más, después de tres años tuve que aprender que los problemas los tengo que intentar dejar en el hospital...es así..."

(G): "...es decir, que vos te vayas a tu casa, y sigas siendo vos, este...y es difícil dejar colgado en el casillero...todos los problemas que hayas tenido esa noche, ese día, lo que fuera, este... yo tomo como que el único problema que me tengo que llevar a mi casa es el error que haya cometido yo para con algún, para algún procedimiento, o algo de eso, es decir, eso es lo único que yo me llevo como problema, es decir, si yo durante la noche deje pasar algo y me di cuenta y dije uy...pero la pu...bueno eso si me lo llevo, me lo llevo muy caliente... yo soy de no perdonarme las cosas que por ahí deje de hacer, este..."

A modo de revisión de conceptos, se puede establecer diferencias entre el burnout y la depresión. Mientras que el burnout es una construcción psicosocial, crónica, que surge a partir de ciertas condiciones de las relaciones interpersonales y organizacionales, que tiene como origen el estrés del ámbito laboral y en el que pueden aparecer síntomas depresivos, el sujeto no presenta humor depresivo pero sí falta de ilusión, motivación, y un estado de agotamiento físico y mental que no desaparece con el descanso. Sin embargo la depresión es un trastorno clínico, con síntomas afectivos, cognitivos, fisiológicos y comportamentales, que afecta todas las áreas de la vida del sujeto. También se puede diferenciar al burnout de la ansiedad (concepto ampliamente desarrollado con anterioridad) diciendo que el síndrome es un concepto más amplio del cual la ansiedad puede formar parte. El Burnout conlleva un estado de deterioro o agotamiento producido por una demanda excesiva de los recursos físicos y emocionales del sujeto por su tarea laboral, particularmente las que implican relaciones interpersonales intensas y continuas,

determinando que el trabajador se encuentre desbordado y sienta agotada su capacidad de reacción. El mismo es una experiencia subjetiva que agrupa sentimientos y actitudes negativas, tiene consecuencias nocivas para el individuo y para la organización en la que éste trabaja. En esto se diferencia del estrés que tiene tanto efectos positivos como negativos para el sujeto. Se lo puede definir desde una perspectiva clínica como el estado al que arriba el sujeto a consecuencia del estrés laboral y desde una perspectiva psicosocial como el proceso generado en la interacción entre entorno laboral y las características personales del sujeto.

Los profesionales de enfermería utilizan diversas herramientas para afrontar el estrés diario, y lo manifiestan de la siguiente manera:

(G): "...nosotros a veces nos vamos de franco y nos vamos matándonos de risa y a la noche tuvimos tres paros..."

(Mo): "...el humor negro es una gran herramienta..."

(J): "...es un mecanismo de defensa..."

(ME): "...obvio que sí, en el momento te cae mal porque es una situación que no esperas...por ahí en la terapia es gente que está grave y por ahí decís: sí, este sí se va a morir...y por ejemplo después de un mes, dos meses, con la compañera con la que estábamos...uy tenía la vía en el pliegue, no le pasaba el antibiótico, le dije que estire el brazo y estiro la pata (risas)...entonces ahí sí te empezás a reír, pero después de un tiempo, en el momento no..."

Por último, hay ciertas características de la personalidad del individuo, que sumadas a situaciones del ámbito laboral, lo predisponen a contraer estrés, entre las cuales se encuentran los indicadores de sufrimiento: comenzando por chivos expiatorios (dentro y fuera del grupo) que generan desconocimiento del sufrimiento del otro, conduciendo a una marcada rivalidad en donde se disipa el sentido de la tarea y hay una tendencia a centrarse en labores secundarias. Generalmente se ataca al pensamiento personal que sale de lo común y provoca la rutinización al no haber pensamiento crítico sobre la propia práctica. A la vez hay una confusión entre institución/ organización, fines/ medios, acto/palabra/pensamiento, derivando en inmovilización, incapacidad de crear y de ilusionarse que lleva a que los proyectos sean insignificante y/o irrealizables. Como consecuencia de tales accionares se niega el conflicto y hay falsos consensos para preservar el mito del funcionamiento. Al haber ausencia de placer y gratificación, la agresividad se vuelca sobre el sujeto de la tarea lo que provoca renunciadas repetitivas, estériles, que reaniman la paranoia.

Conclusión

En base a las teorías descritas en el marco referencial de este trabajo, a los datos empíricos analizados, reelaborados y contruidos, y atendiendo a su núcleo problemático, se puede concluir que una organización institucional que se desarrolle en forma inadecuada (instituciones paranoigénica) genera en los profesionales que desarrollan su labor profesional en la misma un impacto negativo que se manifiesta tanto desde lo físico, como a nivel psíquico y emocional.

En este sentido, se podrían mencionar ciertas derivaciones psicofísicas que son las manifestaciones más frecuentes en los profesionales enfermeros (desde una perspectiva holística) pertenecientes a las áreas críticas de las UCI y Neo y el área de Clínica médica que constituyen el objeto de estudio de este trabajo, a saber: contracturas, angustia, lesiones musculo esqueléticas, ansiedad y resignación, accidentes corto punzantes, entre otras afecciones, elementos que coadyuvan a exacerbar el malestar, generando un sentimiento de desborde por exceso de responsabilidad.

Si tenemos en cuenta que en la praxis profesional enfermera, la organización es gestionada por un departamento de enfermería, conformado por jefes de servicios y supervisores generales por turno, y que los testimonios emanados de las entrevistas realizadas a sus subordinados se pone de manifiesto ciertas falencias en cuanto a la distribución, orientación y capacitación del personal por parte de la jefatura, generando en dichos profesionales “sobrecarga laboral”, y por tanto, agotamiento psíquico y físico. En otro orden, los informantes también resaltan el hecho de que diariamente se ven recargados en sus tareas, tanto por el número de sujetos de atención a cargo como por el impacto psicológico que supone el atender a los mismos. La sobrecarga diaria de trabajo imprime en el profesional una sobrecarga mental que implica un estado de alerta constante que, sumado al cansancio y la fatiga, produce estrés, el cual si se prolonga en el tiempo conduce a la extenuación del trabajador y por ende al sufrimiento físico y mental que puede dar origen a diversas patologías a las que se ha hecho referencia con antelación. Sin embargo, paradójicamente, los profesionales refieren sentirse reconocidos, valorados y respetados, tanto por el equipo interdisciplinario como por los sujetos de atención y la familia.

En consonancia con lo anterior, otro aspecto relevante emergió de la comparación entre las áreas críticas, UCI y Neo, y el sector de Internación Clínica Médica, todas

presentan déficit en la asignación de personal, la salvedad es que en las primeras, los profesionales hacen hincapié en la falta de personal capacitado y entrenado en esas áreas; mientras que en internación el reclamo es de un número insuficiente de profesionales. Los enfermeros de área crítica manifiestan la falta de personal capacitado, la incorrecta formación a nivel académico (tanto teórico como práctico) de los ingresantes y la falta de compromiso por parte de los jefes y supervisores en la formación y capacitación de los nuevos profesionales en el servicio.

Desde otra perspectiva, del diálogo que se establece entre la teoría y la empírea se ha podido significar la tarea del enfermero, al implicar una actitud neutral en cuanto a sus emociones y sentimientos, ya que tiene la responsabilidad, ante momentos estresantes (como urgencias o la muerte), de contener al sujeto de atención y la familia. De esta manera, el trabajador debe mantener una actitud, que como ya se ha dicho con anterioridad, si no es canalizada y atenuada puede convertirse en también fuente de estrés. En varias oportunidades del *focus groups* se hizo referencia a que no tienen contención por parte de las instituciones, y que su “vía de descarga” es con los propios compañeros de trabajo y/o la familia, situación que puede, por un lado producir un círculo inagotable de sufrimiento y por el otro un desgaste en las relaciones interpersonales. Para esto proponen que sería importante y saludable la creación, por parte de las instituciones, de un gabinete psicológico, que permita al profesional plantear las situaciones que le causen estrés. Dichos espacios pueden ser de modalidad grupal o individual, pero implicaría un espacio supervisado por un profesional, el cual le brinde contención, donde los enfermeros puedan plantear los hechos a los que sus prácticas diarias los enfrentan y que en muchas ocasiones generan un sufrimiento psíquico que por acumulación se puede traducir en el cambio de la atención brindada.

Por último, hay ciertas características de la personalidad del individuo que sumadas a la “sobrecarga laboral”, al agotamiento psíquico y físico dado por las condiciones en que se realiza la tarea, lo predisponen a contraer estrés. Si a todo lo anterior, se suma el impacto negativo que produce en la tarea los indicadores de sufrimiento, y por derivación, los efectos adversos que los mismos producen en la praxis profesional, restándole efectividad. No es casual entonces que durante el proceso de intervención profesional enfermera que se desarrolla en las áreas críticas, objeto de estudio de este trabajo, se manifieste una evidente

y marcada “desunión” entre los referidos profesionales, dada por la presencia de “chivos expiatorios”, lo “no dicho”, la constitución de un “adentro” que pertenece y de un “afuera/otro” amenazante, dicotomía que establece relaciones vinculares basadas en los celos, la envidia, el odio, y que produce confusión, inmovilización e incapacidad de crear y de ilusionarse. Todos y cada uno de estos indicadores, junto a la falta de placer y gratificación de y por la tarea, hace que se genere cierta “violencia Institucional”, que a largo plazo provoca agresividad y se vuelca sobre el sujeto de la tarea lo que provoca ausencia, estrés, contracturas, así como renunciadas, denuncias repetitivas y estériles que no hacen más que reanimar la paranoia institucional e impactan negativamente en la tarea de los profesionales en cuestión.

Bibliografía

- Anzieu, D. (1993) *El grupo y el inconsciente. Lo imaginario grupal*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Aulagnier, Piera *La violencia de la interpretación*. México: ED. Amorrortu
- Baremblytt, Gregorio. (1991) *La concepción institucional de la transferencia. Cinco lecciones para la transferencia*. Buenos Aires: ED. Hucitec
- Barreiro, Telma (1995) *Trabajo en grupos*. Buenos Aires: Kapelusz
- Barrios Graziani, Leticia. (2006) Construcción de una tipología del control patronal mediante la aplicación del método LEST. *Salud de los Trabajadores* [en línea] vol.14, n.2. Disponible en http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-01382006000200005&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1315-0138.
- Barrios L. H.; Carbajal, D. *Estrés en el personal de enfermería del área emergencias en adultos en el Hospital Ruiz y Páez, ciudad de Bolívar-Estado Bolívar*. Agosto, 2010. ri.biblioteca.udo.edu.ve/bitstream/123456789/2223/1/20%20Tesis.%20WM9%20B275.pdf.
- Berger, P. y Luckman T. (1993). *La construcción social de la realidad*. Bs. As.: Amorrortu.
- Bion, W. R. (1991) *Experiencia en Grupo*. México: Paidós.
- Bourdieu y Passeron. (1972) *La reproducción. Elementos para una teoría del sistema de enseñanza*. ED. Laia, Barcelona.
- Bourdieu, Pierre (1997) *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*. Anagrama; Barcelona.
- Bourdieu, Pierre y LoïcWacquant (1995) *Respuestas, por una antropología reflexiva*. México: ED. Grijalbo.
- Cárcamo Vásquez, H. (2005). *Hermenéutica y Análisis Cualitativo*. Cinta de Moebio, (23) En: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10102306>
- Castells, Manuel (1999) *La era de la información. Economía, sociedad y cultura*. Vol. 3. Fin de milenio. Madrid: Editorial Alianza.
- Castoriadis, Cornelius (1975) *La Institución Imaginaria de la Sociedad*. Madrid: ED. Tusquets.
- Enfermería pediátrica y neonatología. (2010) *Definición de Neonatología*. Disponible en: <http://neo-pediatria.blogspot.com.ar/2010/04/definicion-de-neonatologia.html>

- Dejours, Christophe (1990) *Trabajo y desgaste mental. Una contribución a la Sicopatología del Trabajo*. Buenos Aires: Editorial HVMANITAS.
- Dellarossa, A. (1979) *Grupos de Reflexión*. Buenos Aires: Paidós.
- Elliot, Philip (1975) *Sociología de las profesiones*. Madrid: ED. Tecnos.
- Enriquez, Eugène (2002) *La institución y las organizaciones en la educación y la formación*. Buenos Aires: Facultad de Filosofía y Letras. UBA. Editorial Novedades Educativas.
- Espinosa, C; Menoret, V; Puchulu, M y Selios, M. *Bioética en la relación equipo de salud-paciente*. Diaeta`, ciudad autónoma de Buenos Aires. Vol. 27 N° 128, septiembre 2009. En http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttex&pid=s1852-73372009000300005&lng=es&nrm=iso.
- Fernández, Ana María y De Brassi, Juan Carlos. (comp.) (1993) *De lo imaginario social a lo imaginario grupal. Tiempo Histórico y Campo Grupal*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Fidalgo Vega, M. Pérez Bilbao, J. (2001) *Test de salud total de Langner-Amiel: su aplicación en el contexto laboral*. ED. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- Fischer, Michael, Marcus, George (2003) *La antropología como crítica cultural*. Madrid: Amorrortu.
- Fontas, Carina; Conçalves, Fabiana; et al. *La técnica de los grupos focales en el marco de la investigación socio – cualitativa*. [en línea] disponible en: <http://www.fhumyar.unr.edu.ar/escuelas/3/materiales%20de%20catedras/trabajo%20de%20campo/profesoras.htm>
- Freud, S. (1979) *La interpretación de los sueños*. Buenos Aires, A. E., 5.
- Garfinkel, Harold (1967) *Studies in Ethnomethodology*. EnglewoodCliffs: Perentice-Hall.
- Gidlow, B. (1972) “Ethnomethodology. A new name for old practices, en The British Journal of Sociology”, N°. 4, pp. 295-406.
- Gilabert, César. (1993) *El Hábito de la utopía. Análisis del imaginario sociopolítico en el movimiento estudiantil de México 1968*. México: Instituto Mora-Porrúa.
- Goffman, E. (1970). *Internados*. Bs. As.: Amorrortu.

Gómez, Hugo, A. "Relación enfermero-paciente en las Unidades de Terapia Intensiva". Universidad Nacional de Córdoba. Julio 2009 Proyecto de investigación. En www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/gomez_hugo_alberto.pdf.

Grathoff, Richard (1972) *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Gómez-Londoño, Elizabeth (2009) "El cuidado de enfermería del paciente en estado crítico una perspectiva bioética". *Persona y bioética, Norteamérica*, vol. 12, N°2. Julio 2009. En personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/966/1307.

Gutiérrez, Alicia. (1994) *Pierre Bourdieu: las prácticas sociales*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.

Helman, N. (1970) "Un enfoque sobre planificación de la psicoterapia grupal en instituciones". Trabajo leído en la A.A.P.P.G en noviembre 1970.

Hernández-Mendoza E., Cerezo-Reséndiz, S.; López-Sandoval, M. "Estrategias de afrontamiento ante el estrés laboral en enfermeras". *Revista de enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2007. Volumen 15 N°3. En: www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2007/eim073h.pdf

Hernández Sampieri, et al. Metodología de la investigación. Mc Graw Hill. Cuarta edición. Abril 2006. México. <http://www.slideshare.net/albescas/metodologia-de-la-investigacion-hernandez-sampieri>.

Houtman, Irene; Jettinghoff, Karin; Cedillo, Leonor (2008) "Sensibilizando sobre el Estrés Laboral en los Países en Desarrollo. Un riesgo moderno en un ambiente tradicional de trabajo: Consejos para empleadores y representantes de los trabajadores". Organización Mundial de la Salud. http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789243591650_spa.pdf

Hurtado León, Iván; Toro Garrido, Josefina. (2007) *Paradigmas y métodos de investigación e tiempos de cambio*. Editorial CEC S.A. Los libros de El Nacional. Colección Minerva. En http://books.google.com.ar/books?id=pTHLXXMa90sC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbg_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false.

Husserl, Edmund [1954] (1992) *Invitación a la fenomenología*. Barcelona: Paidós.

Jacques, E. [1955] (1965) "Los sistemas sociales como defensa contra las ansiedades persecutoria y depresiva". En *Nuevas direcciones en psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.

Juárez García, Arturo (2008) “Efectos psicológicos del trabajo: su concepción y hallazgos en algunos centros ocupacionales en México”. *Revista Salud Pública y Nutrición*. Volumen 9, N°. 3. julio-septiembre

Mamani Encalada, A.; Obando Zegarra, R.; Uribe Malca, A.; Vivanco Tello, N. (2007). “Factores que desencadenan el estrés y sus consecuencias en el desempeño laboral en Emergencia”. *Revista peruana de Obstetricia y Enfermería*. Volumen 3. N°. 1. Julio, en revista.concytec.gob.pe/scielo.php?pid:s1816771320070000100007&script=sci_artpex.

Maslach, C. Jackson, S. E. Leiter, M. P. Maslach (1996) *Burnout Inventory Manual*. Consulting Psychologists Press, Inc. Palo Alto, California: ED. TEA.

Maslach, C. Jackson, S. E. (1997) *MBI Inventario Burnout de Maslach. Síndrome del “quemado” por estrés laboral asistencial*. ED. TEA Ediciones. Publicaciones de psicología Aplicada, serie menor núm. 211. Madrid.

Mendes Diz A. y Kornblit A. “Percepción de las condiciones laborales en enfermeras de unidades de cuidados intensivos. Temas de enfermería actualizados”. Buenos Aires, Ed. TEA, *Mater Dei*, Año 5, N° 23, 1997.

Neira, María del Carmen. (2004) *Cuando se enferman los que curan: estrés laboral y burnout en profesionales de la salud*. 1° ed.- Buenos Aires. Editorial del Autor

Ortiz, Susana O. (2009) “Programa destinado al cuidado de los trabajadores de la salud”. [en línea] Disponible en: www.coldmed2.org.ar/images/pupl09.pdf

Polit, D y Hungler, B P. (1997) *Investigación Científica en las Ciencias de la Salud*. Quinta edición. Ed. Mc Graw – Hill Interamericana. México.

Popp, Maricel S. (2008) “Estudio preliminar sobre el síndrome de Burnout y estrategias de afrontamiento en enfermeras de unidades de terapia intensiva. *Revista Interdisciplinaria*, volumen 25, núm. 1, enero-junio.

Real Academia Española. *Diccionario*, edición N° 22. Año 2001. Disponible en: http://www.rae.es_

Sacchi, Mónica; Hausberger, Margarita y Pereyra, Adriana. “Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud, en familias pobres de la ciudad de Salta”. *Salud colectiva*. 2007, vol.3, n.3. En http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S185182652007000300005&lng=es&nrm=iso. ISSN 1851-8265.

Schütz, Alfred (1972) *Fenomenología del mundo social. Introducción a la sociología comprensiva*. Buenos Aires: Paidós.

Schütz, Alfred (1979) *El problema de la realidad social*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Schütz, Alfred; Luckmann, Thomas (1977) *La estructura del mundo de la vida*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Sociedad Argentina de Terapia Intensiva. "Normas de categorización de unidades de cuidados intensivos". Disponible en: <http://www.sati.org.ar/files/gestion/Normas-de-categorizacion-de-las-Unidades-de-Cuidados-Intensivos.pdf>.

Taylor, S. J., Bogdan, R. (1992) *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Madrid: Paidós.

Tojar Hurtado, Juan Carlos. (2006) *Investigación cualitativa: comprender y actuar*. Editorial La Muralla. books.google.com.ar/books?id=IXcdV7aLbWc&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false.

Tonon, G. (2003) *Calidad de vida y desgaste profesional. Una mirada del síndrome de burnout*. Buenos Aires: Espacio.

Ulloa, F. (1969) "Psicología de las instituciones". *Revista de A.A.P.A.* Buenos Aires.

Ulloa, F. (1995) *Novela Clínica Psicoanalítica – Historial de una práctica*. Buenos Aires: Paidós.

Vasilachis de Gialdino, Irene (coord.) (2007) *Estrategias de investigación cualitativa*. Buenos Aires: Editorial Gedisa. Biblioteca de Educación.

Weber, Max (1978) *Ensayos de metodología sociológica*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Anexos

Anexo I

Focus group 1 (18/03/2014)

Se dan las pautas del focus group, donde se explica el objetivo general y los específicos del trabajo. Cada integrante (5) tiene una hoja en blanco donde comienzan a escribir palabras claves e ideas que quieran resaltar.

Integrantes: Romina (R) Yesica (Y) Elisa (E), Analía (A), Germán (G) y (M) Moderadores.

Comienza la filmación

Moderadora (M) pregunta si alguien quiere empezar a contar qué escribió...[se ríen nerviosos]... Yesica?

(Y): yo anote un par de palabras...

(M): bueno

(Y): Este... primero a ellas no las conozco [señala a (E), (R), (A)], ¿dónde trabajan?

(M): trabajan en el ■■■ [se superpone con (E)]

(Y): ¿en qué servicio?

(R): yo en clínica médica [mira hacia arriba]

(A): nosotras en coronaria [señala a (E)]

(Y): ¿turno?

(A): noche...

(Y): estamos todos iguales

(G): ¿y ahí cómo es el laburo? [se suena los dedos] ¿muchos pacientes?

(E): entre dos y tres pacientes...

(G): ¿cada uno?

(E): sí...

(G): ¿cuántas camas tiene el servicio?

(E): eh... el servicio tiene...

(A): ocho camas [finaliza la frase de (E)]...

(A): donde al mismo tiempo que se atienden pacientes de cardiología, atendemos pacientes de terapia intensiva (UCI) o sea si se sobrecarga UCI los atendemos nosotras, o sea, hacemos una combinación de pacientes [gesticula con las manos y toca la hoja] [(E) asiente con la cabeza]

(A): lo que siempre generalmente es uno de los principales problemas que tenemos nosotras, es que cuando tenemos la sobrecarga de pacientes no nos mandan ayuda, o sea, generalmente las políticas que se usan en UCI no logramos que las implementes con nosotros, si bien somos un área cerrada...

(G) [se frota las manos]... crítica [dice junto con (A)]

(A): no nos consideran tan... críticas [entrecomilla con los dedos] como UCI por más que le atendemos los pacientes a ellos... por ejemplo, en UCI son un enfermero cada dos pacientes respirados y nada más... nosotros tendríamos que tener un enfermero cada cuatro pacientes, por ende, si te toca uno o dos pacientes respirados y listo, lo cual lleva sobrecarga de la otra compañera porque si una tiene dos pacientes respirados el

sector está lleno... cuando pasan estas situaciones la otra enfermera en vez de tener sus cuatro pacientes que es lo que corresponde, tiene seis. Es la lucha que nosotros tenemos generalmente es que nos manden ayuda o a otra enfermera o alguien que realmente no te mandan.

(E): yo de los dos años [gesticula haciendo un dos con los dedos] de noche, una sola vez nos mandaron ayuda cuando estabas vos... [señala a (A)]

(A): tal cual...

(G): para ayudar...

(A): y es depende... eh... digamos lo que gritas, lo que te quejas para que te manden ayuda... sino decís nada, ellos... ah listo, tanta cantidad de pacientes y...

(E): [habla sobre (A) y la corta] lo que obviamente deriva a la mala atención del paciente porque están mal atendidos...

(Y): es el que siempre lo sufre... en nuestra institución donde trabajamos [señala a (G)] pasa lo mismo, yo trabajo en NEO y también es... y también vos si pedís ayuda es como que te mandan a alguien y... que te ayuda a dar el biberón [se encoje de hombros]

(A): [se superpone a (Y)] claro... no con lo complicado...

(G): no es ayuda de calidad...

(Y): no con los complicados y que te vayan mandando alguien eh... para que vaya viendo justamente en NEO que tener que hacer cuentas para la medicación de todos... es... es el trato, la calidad de los cuidados siempre es el mismo pero a la vez es distinto porque es un ser humano de distinto tamaño tienen otras... necesidades...

(A): necesidades... [lo dice al mismo tiempo que (Y)]

(Y): que ya un ser humano formado y adulto y a veces por ahí vos también estas sobrecargado o estás solo eh... tenés ocho pacientes... eh no todos críticos pero también podes tener un ingreso y si te mandan alguien para ayudar pero también es lo mismo porque está mirándote a ver qué hago...

(A): claro... que no ayuda...

(Y): y si... entonces también se sobrecarga uno también, porque tenés que estar atendiendo a los ocho bebés y además estar pendiente de la otra persona... [gesticula con la cara y las manos]...

(A): si, claro...

(G): si, a mí me pasa lo mismo... eh... yo trabajo en UCI de noche... somos de tres a cuatro enfermeros... hay un enfermero que hace más de un año que no viene... siempre somos cuatro en el sector y son diez camas... eh hace más de un año que no viene y la mitad de la semana somos tres enfermeros, hay días que la terapia está vacía, que hay pocos pacientes críticos, pero cuando está lleno [se rasca la cabeza] y hay pacientes muy críticos... eh no nos mandan ayuda y cuando nos mandan ayuda [gesticula con las manos agrupando los dedos] nos mandan a una persona...

(E): inexperta....

(G): inexperta o a veces...

(Y): nueva...

(G): nueva... o a veces decimos mirá no nos mandes a tal, mandáenos a otra persona más capacitada... parece ser que a veces es adrede o no se... nos mandan a la misma persona... eh, a veces uno enseña veinte veces, no aprende y uno ahí no puede estar...

(Y): entorpece el trabajo... [(E) asiente con la cabeza]

(G): no puede estar veinte veces enseñándole lo mismo... o sea porque entorpece eh...en un paro entorpece o no sabe armar las cosas...

(R): no suma...

(G): el otro día nos pasó, que tuvimos un paro, y en vez de ayudar entorpece todo... armó mal, que se yo... algo básico que es el *set* de aspiración... lo armó mal, cuando fuimos a aspirar no aspiraba...

(A): claro, es como que tenés que ver lo que sabe hacer, para darle en la misma urgencia lo más leve... no sé... [se encoje de hombros]

(G): encima el grupo que tenemos nosotros nos conocemos hace ya bastante tiempo, entonces cuando hay un paro, uno ya sabe qué hacer sin hablar... uno va al carro, otro va al respirador, otro va con el médico a masajear y cuando hay una persona nueva no sabe dónde meterse también [se rasca la cabeza]... pero bueno, delegas...

(R) y (A) [superpuestas] (A): sí, lo mínimo...

(R): y pero por ahí no es culpa de la persona, sino que no se capacita tampoco para eso... viste entonces... también puede pasar por ahí...

(Y): no, no, por supuesto, sí, eso es un problema que ya viene de arriba...

(R): los que tienen que capacitarlos no les dan bolilla... y entonces es todo una cadena...

(Y): y sí son los jefes...

(E): para la persona también no es grato... no pasa un buen momento...

(R): y no, imagínate que vos no sabes nada...

(G): igual convengamos que uno de la facultad no sabe ni el cuarto de lo que debería saber o sea... [(E) asiente con la cabeza] cuando salí de la facultad había puesto una sola vía y cuando entre a trabajar en la clínica... ¿“sabes poner vías?” “Si... le dije yo, obvio...” y te encontrás con otra realidad también... con el chico que te están mandando hace dos meses trabaja, cuatro que se recibió o sea se encuentra con otra realidad...

(Y): que te cachetea... igual eso también va en cada uno [juega con la lapicera]... hay muchos que ya salen de la facultad y por lo que yo veo... y se llevan el mundo por delante, entonces van y se mandan... yo, este es mi primer empleo y de todos... por supuesto cuando comencé con todos los miedos... todo fue preguntar, cada vez antes de hacer algo y aun así si tenía mis dudas pregunto, esto se hace así, esto no y esta gente a veces se manda entonces vos tenés que estar a cargo de todos los pacientes que tenés y además de esta persona que por supuesto no tiene la culpa pero eso ya... primero de su parte puede preguntar... [(E) y (R) hablan superpuestas, no se entiende]

(A): pasa que a veces como vos dijiste, por ahí estas sola con ocho bebés no va a ser tu mejor día ni tu mejor noche para enseñarle a una persona...

(Y): por supuesto, por supuesto...

(A): es como que la predisposición se te va un poco porque estas muy básica a tu ocho pacientes...

(Y): eso también lo hemos planteado... en NEO en general están los tres servicios: *nursery*, neo y pediatría... solemos ser cuatro enfermeras, a veces somos tres, somos siempre los mismos....

(E): ¿para ocho?

(Y): no, la cantidad de pacientes es relativo... a veces podemos tener ocho que pueden estar para engorde... de los ocho podemos tener cuatro ventilados que son los respiradores que tenemos y...

(R): pero tienen un grupo de trabajo, se conocen también... claro...

(Y): pero nos conocemos, pero después no hay nadie más... sale uno de vacaciones y nos cubrimos entre nosotras... nos pasó el verano pasado...

(M): ¿se cubren entre ustedes trabajando francos?

(Y): eh si...

(M): ¿extras?

(Y): si... pero lo que nos sucedió el verano pasado fue que estando una de vacaciones, la otra se esguinzó y son personas puntuales porque los mismos francos están administrados de cierta forma para que si un día vos necesitás a alguien... se te mandan a alguien, suponte para dar los biberones y vos te quedas con los complicados pero siempre hay una persona como cabecera... una estaba de vacaciones, la otra se quebró la pata... ¿y ahora que hacemos? [se encoje de hombros] ¿El supervisor de que las vio? Y nosotras salvándole las papas... nos cambiaron los francos, a nosotras durante ese periodo de vacaciones y hasta que... y después volvimos a nuestros francos... y ahí, [REDACTED], es nuestro supervisor, [REDACTED] no te parece que tendrías que mandar a alguien para ir viendo el servicio, para ver qué se yo... ahí él a sí, sí, sí, si... porque yo sé que en el tercero que es el VIP a veces tenés cuatro pacientes y hay dos enfermeros, esa es la oportunidad para que esa persona baje y vaya aprendiendo, además uno tranquilo también le va...

(E): claro... [asiente con la cabeza]

(Y): pero también está el... así como también esta esa frase del “derecho de piso” esta esa frase de “haciendo se aprende mejor” de “se aprende a los ponchazos” y que no es así...

(M): ¿hubo alguna diferencia económica en ese momento? ¿O nada?

(Y): no...

(M): ¿todo por el mismo precio?

(Y) y (G): si...

(Y): el mismo precio económico pero no a nivel salud... porque uno se siente más presionado y tenés la vista de todos, tenés que salvar a este y pendiente del otro porque al fin de cuentas es como que te haces responsable de ese enfermero... porque decís sí, es un enfermero, tiene su matrícula y todo pero si hace algo mal... caes vos también... [voz angustiada]

(G): es el mal manejo de la gente... de los enfermeros por supervisión... a mí me paso el mes pasado... a supervisión le digo... somos cinco en el servicio, faltando este señor que esta de carpeta hace un año seríamos seis, de los cinco le dieron vacaciones a los cuatro juntos [caras de sorprendidos y risa irónica] y quede yo solo en el servicio... de los que están siempre... o sea estuve casi una semana con chicos de piso y por ahí alguno de la tarde que se quedaba a darme una mano...

(Y): cortando clavos...

(A): [se ríe...] ¿alguien organizó mal no?...

(G): si... hubo un paro y fue un desastre... yo estaba masajeando el paciente y miro para el costado, la chica de la tarde mandando mensajes al lado del electro... [todos se miran y se ríen irónicamente]

(A): estaba contando como iba la reanimación... [risas]

(G): por ahí es que no tiene ni idea, son personas muy “golpeables” [hace un gesto con el puño, los demás ríen]

(Y): a veces sí tienen las ganas de aprender pero... porque a mí me pasó que cuando yo entré era un día en maternidad, otro día a terapia, otro día a coronaria y hasta que yo se lo planteé, le digo déjame una semana en un lugar por lo menos para conocer a la persona y darle los cuidados por más que la persona vea la misma cara en el mismo turno durante seis días y para conocer también el servicio... como él dice [señala a (G)], en una urgencia, te mandan a uno nuevo, el hecho de saber dónde están las cosas, sino saben dónde están las cosas, las agujas y que se yo no están en el mismo lugar y ya ahí es pérdida de tiempo...

(R): a mí me pasó, yo estuve rotando mucho tiempo, rotando como dos años, que estuve de sector en sector... un día me tocaba ir a cubrir traumatología, otro día el primero que es cirugía... otro día clínica médica y no está bueno, no está bueno porque...

(Y): no, porque no terminas de aprender...

(R): porque vos decís, loco, déjame en un lugar... o sea, yo entiendo que falta personal y que tengo que cubrir porque hay que cubrir... bueno, vamos a cubrir pero no es justo ni para mí ni para el paciente porque el tipo ve todos los días una cara distinta...

(M): además, la sobrecarga, el hospital es un hospital escuela... porque son residentes...

(R): tal cual... no sólo eso, aparte también está la escuela de enfermería que te ponen a los chicos que están empezando...

(E): estudiantes...

(R): y que te los ponen a laburar a la par tuyo, ¿entendés? Son chicos que están en primer año, que no saben que es una aguja...

(Y): ¿tienen auxiliares ahí? ¿O ya no tienen más?

(R): y a la noche se ven mucho más que a la mañana y a la tarde...

(E): durante el día están como auxiliares los chicos que son estudiantes...

(R): son los que te sacan el laburo... porque vos decís tengo que hacer esto, lo otro... yo, por ejemplo, mi período más traumático fue a la tarde en el sector de clínica médica, que era yo sola de enfermera con dos auxiliares y veinte pacientes, entonces, había veces que estaba hasta acá [se toca la frente] que eran ingresos, era todo el tiempo hacer cosas, decí que dentro de todo tenían un buen equipo que sabía que si pasaba algo, enseguida las chicas me decían... pero vos imagínate como salía todos los días de ahí adentro... o sea salía loca, pero loca, loca...

(Y): ¿y tu jefa?

(R): y mis jefes a veces...

(Y): ¿te iban a ayudar?

(R): si yo creo que me sacaron del sector porque estaban cansados de que les vaya a gritar todos los días al departamento [risas] porque estaba cansada... yo ya no podía más... estuve como seis meses ahí... me volvieron loca...

(Y): y si...

(R): me agotaron... que va a ser...

(Y): ¿alguien tiene otro empleo?

(E): yo, pero porque tengo otro título más... trabajo como extraccionista en una clínica pero un día a la semana... tranqui... en una etapa estuve en el [REDACTED] y en la UCI de la clínica [REDACTED] pero estuve un mes nada más...

(Y): ¿porque no soportaste? ¿O por qué?

(E): una porque no me daba el cuerpo, lógico, trabajaba siete horas en [REDACTED] y ocho en [REDACTED] y no, no podía y otra que no me acostumbré al ritmo de trabajo de allá cuando me había acostumbrado al [REDACTED], es otra forma de trabajar y no me gustó, no sé, llegada la circunstancias si me hubiese faltado el trabajo pienso que me hubiera tratado de acostumbrar pero ahora no me falta y pude elegir...

(Y): encima dos empleos en dos turnos complicados...

(E): si, mañana y tarde primero y después tarde y noche...

(R): es una locura...

(M): ¿en cuanto a los dolores o efectos psicofísicos? ¿Lo emocional?

(E): los días que hay mucho trabajo o que por ejemplo, como me paso a mí, que te mandan a alguien que no tiene experiencia o ganas de aprender, yo si eso más que la falta de experiencia... una vez me fui muy desbordada, muy nerviosa, me costaba hasta dormir cuando llegué a mi casa... más que nada me dio impotencia porque de mi parte recibió todo lo que podía dar, todo lo que le pude explicar y nada, y no tenía ganas de aprender para nada, ni de ayudarte, ni nada...porque ni en lo más básico...

(M): claro, esa doble función de enfermero y...

(E): por ejemplo es día tenía cinco pacientes con otra persona que no me ayudo para nada...

(M): ¿ustedes chicos? ¿Alguna lesión en el trabajo?

(R): si, más que nada yo tuve carpeta por lumbalgia de mover pacientes, si por la rodilla y la lumbalgia por mover pacientes sola... hay veces que tenía un ayudante que se la pasaba paseando toda la mañana y tenía que pasar el paciente a la camilla porque tenía que ir a rayos, había un pase que lo cambiaban de sector entonces, sola con el camillero llegó un momento que no podía más...

(Y): más que nada yo contracturas... eh... por esto mismo de la presión y siempre como que todo te cae acá [se toca los hombros] la presión de tener todos los pacientes, el otro enfermero o estar sola, que te viene un ingreso, que es el horario que tiene que comer, que suena la otra alarma y a quien atendés primero...

(M): ¿y esas lesiones se las cubre la ART? ¿Se las cubrieron?

(Y): no, no, yo lo mío no...

(R): si, a mi si...

(A): si, yo también tuve esa lesión y me cubrió...

(Y): pero te cansa, es agotamiento mental, entre todo, este y entre las alarmas y todo, nosotros estamos un poco exentos que a veces también en el agotamiento mental que son los familiares... y a la noche... si bien en NEO tienen pase libre toda la noche, se les aconseja, sobre todo a las madres que se vayan a dormir para la producción de leche pero cada tanto se te queda alguno toda la noche o preguntando o... pero son los menos... de eso zafamos... [risas]

(R): si, pero yo por ejemplo trabajé mucho a la mañana...

(Y): te agotan... te exigen...

(R): me encanta la noche por eso... porque no tenés el estrés de tener una tipa que está al lado tuyo preguntándote cosas y que vos estas hasta las manos, no es mala voluntad ni mala predisposición sino que... no me rompás... estoy haciendo otra cosa... y a la noche no se da eso, por lo menos... se da pero muy poco, viste... no, no, no pasa... entre todo lo que vos tenés que hacer, encima tenés que lidiar...

(E): con los familiares...

(R): con gente que te está preguntando cosas que te hacen perder un tiempo valioso, porque estoy con el tiempo justo y encima me frenas para decirme... que querés que le traiga... ¿un jabón?

(A): está mal... porque el familiar necesita esa contención que la debemos brindar, pero que no la podemos brindar por exceso de trabajo... entonces nos lleva a esta posición...

(R): es que la gente tampoco tiene la culpa...

(A): entonces esto te lleva a esta posición de tomar... me estas molestando, me estas interfiriendo con mi trabajo cuando en realidad necesitan algo de contención pero no se lo podés dar y es molestia en vez de entender lo que le pasa...

(E): o vienen muy agresivos, ya ingresan agresivos por el hecho de que los hicieron esperar un montón y que no es culpa nuestra...

[(G), (R) y (A) hablan juntos, (A) impone su voz y continúa...]

(A): tal cual... también... no tenés la paciencia de atender esas molestias o lo que le trauma al familiar...

(G): para ellos es importante, cuantas veces te ha pasado que te vienen a molestar por la gota del suero que no cae y por ahí para ellos es importante y para nosotros es una pavada atómica... o te vienen con... mirá tiene un poquito de sangre [señalándose el brazo como si tuviera un suero] si, es una pavada, pero para ellos se está muriendo...

(R): si, tal cual...

(E): a veces se le explica...

(G): a veces la sobrecarga de trabajo...

(A): claro, a veces cuando estás con buena predisposición le podés explicar bien y a veces te quedás mirando como diciendo... andá porque se te acaba el horario de visitas [señalándose el reloj] en quince minutos...

(Y): si, uno trata de contener lo más que pueda...

(E): pero también que vos le explicás al paciente y al que está al lado y viene el otro familiar y te vino a decir otra vez lo mismo...

(Y): no... y sino el ya sabés que pregunto lo mismo en el turno anterior y en el anterior y a la enfermera que estuvo ayer...

(A): más fácil, se lo pregunto a tu compañera y como no le gustó lo que le contestó, te lo preguntó de nuevo a vos...

(R): o no le gustó y se fue al departamento a quejar... y uno tiene que lidiar con que el supervisor te cague a pedos a vos, en vez de decirte loco... no te das cuenta que me están... [cara de fastidio]

(A): [corta el relato de (R) y le pregunta a (Y)] a ustedes allá, ¿los apoya supervisión de enfermería?

(Y): no...

(G): no...

(A): estamos todos iguales...

(Y): a nosotros particularmente en el servicio de NEO y creo que ustedes [señalando a (G)] también... nos sentimos más reconocidos por los médicos que por los propios colegas enfermeros... y supervisión de enfermería, los médicos siempre son los que vienen y nada, nos traen boludeces pero son un buen equipo... nada, esas palabras de aliento que a uno lo hacen sentir bien, el hecho de decir por ahí... eh... como salimos adelante... eh... algunos a veces en las urgencias te tratan mal y todo, nos ha pasado, pero después vienen y dicen discúlpame... si, si, si, y saber que... sacaste un chico que estaba complicado... eh, este... pero de supervisión, [niega con la cabeza] ningún tipo de poyo...

(G): es más, creo que a vos si tenés algún tipo de problema, no te lo resuelven... o sea si tenés algo complicado, ponele si yo tengo algún problema grave o eh... resolver algo, a supervisión sería el último lugar que llamaría...

(A): creo que te entorpecería...

(A): bueno chicos empiecen a decir lo que sienten... [risas]

(G): ¿cómo van con el sueldo ustedes?

(E): ¿cómo?

(G): el sueldo...

(E): el sueldo... eh, todos el mismo básico y hay instituciones que pagan algunas cosas más, por ejemplo a nosotros el título, el título de enfermera sin ser licenciados nos pagan...

(G): a nosotros no... nosotros estamos lejos, creo que somos...

(R): [corta la frase de (G)] ¿no les pagan nada? Si son licenciados se, ¿les pagan?

(E): si, licenciados si, en el resto les pagan...

(R): ¿y cuánto les pagan por ser licenciados?

(Y): no tengo ni idea...

(E): creo que es un porcentaje del básico...

(Y): debe estar en una luca, hasta cuando me dijeron estaba en ochocientos...

(G): ahora un poquito más... a nosotros no nos están pagando nada, ahora están peleando por el tema del presentismo...

(E): ¿no tienen presentismo?

(A): pasa que eso ya va al convenio de cada institución privada y eso sería una lucha en cada institución... o sea, no sería una lucha en general que podríamos hacer todos...

(G): allá hablan de un presentismo de novecientos pesos, ¿no sé cuánto tienen ustedes?

(Y): el presentismo sí, pero el título se debería pagar en todos lados...

(A): a nosotros lo ponen como cuenta a futuros aumentos... como cualquier título en realidad... no te lo ponen como título profesional... el título de licenciada sí, pero el título de enfermero no... después un incentivo que marcaron la diferencia entre enfermeros y auxiliares...

(E): trescientos pesos más...

(A): en un momento cuando se hizo también una... no una huelga... pero una mini lucha por este reconocimiento de enfermería...

(E): [corta el relato de (A)] para atraer y...

(A): [corta el relato de (E)] ¿pero qué hicieron? Se lo aumentaron a enfermería, no a los auxiliares, entonces hicieron un...

(E): [corta el relato de (A)] una mini huelga los auxiliares... [risas]

(A): un mini conflicto entre sectores y ahí nos ganamos trescientos pesos más... y el odio de algunos auxiliares... pero no era lo que se quería lograr... [risas]

(M): que dicen que su tarea no es hacer electros, ¿no?

(A): claro, no, no, no... [sonríe]

(E): no, si vos cobrás trescientos pesos más... [sonríe]

(A): higiene y confort... pero bueno...

(G): igual creo que sigue siendo poco o mucho trescientos, cuatrocientos...

(A): no es el reconocimiento que uno buscaba... pero bueno, se logró después de varias luchas... con pocas personas como decía Ro [señala a la (M)] porque ahí se diferencia mucho en lo que son efectivos y los que son contratados... el que es contratado es nuevo, no quiere hacer ningún tipo de lucha, no importa por reconocimiento o lo que sea, por miedo a...

(E): que lo echen...

(A): que lo echen... por miedo porque como muchos son estudiantes de enfermería y de la misma escuela... haya algún tipo de...

(E): represalia...

(A): represalia... entonces no se puede lograr... insertarlos en la lucha en cuanto al profesionalismo... entonces es como que siempre tenés muchos baches en la institución es muy difícil pelear por algo... si en un momento se había hecho una huelga por un aumento de sueldo pero fue toda la institución y era un sueldo para todos los empleados... en ese momento sí, se hacía una guardia mínima y etcétera pero...

(G): igual no somos un gremio unido...

(A): no tenemos tampoco un buen sindicato que nos respalde, generalmente los sindicatos siempre... ahora se ha hecho un nuevo sindicato a la contrapartida de este, que muchos se fueron pero... y la gente tampoco confía en los sindicatos porque cada vez que se arma una huelga o algo tenés que pedirle permiso a ellos y ellos generalmente te dicen que no y entonces una de las huelgas que se ha hecho se ha hecho sin ayuda del sindicato entonces encima que tenías la represalia de la institución y como el sindicato que te dio vuelta la espalda porque no... no es cosa de ellos, ¿dónde tenés ahí el respaldo? No lo tenés...

(G): ¿tienen conflictos entre los compañeros?

(A): si, hemos tenido, si, si, si pero se arregla todo generalmente en el mismo sector, entre nosotros mismo...

(G): nosotros de noche, ahí en terapia, somos todos varones, bah... hay una chica, que es como uno más de nosotros, que putea, dice malas palabras, es media guarra...

(A): eso es culpa de ustedes... [sonríe]

(G): pero antes, cuando yo entré a terapia, que yo era el nuevito de terapia, era un grupo mixto y era casi imposible trabajar bien porque había conflicto entre ellas, se peleaban, chusmerío, bueno esas cosas no tenemos nosotros...

(A): siempre existe esa diferencia entre hombres y mujeres...

(Y): nosotras somos todas mujeres...

(G): a nosotros nos llega de afuera el chusmerío... cosas que nosotros hacemos entre nosotros...

(A): es que el hombre no participa tanto, y es inevitable que en una institución llena de mujeres, generalmente el chusmerío, la competencia, ese tipo de peleas siempre va a haber [se toca el rostro y las orejas]... pero no, no, entre nosotros, compañeros por ahí no fue tanto de chusmerío sino conflictos... por gente nueva que se acercaba al sector, acomodadas, sin experiencia, vos intentabas enseñar algo y no lo aprendía... que lo hacía a su manera, se manejaba mucho con la jefa que fue una de las personas que ya no está en el sector y esa chocaba con la mayoría de todos... trabajaba sin experiencia, no preguntaba, te dejaba muchísimas cosas pendientes, cosas importantes que no se hacían y estas con un paciente crítico y era la lucha constante con ella, que no le podías decir nada porque si no quedabas como la mala... porque encima te toman con esa postura a vos... y con la defensa atrás y el respaldo de la jefa, entonces era una lucha constante con la jefa... algo que tenemos nosotros, la mayoría es... podríamos estar medio catalogadas de locas por el hecho de que no nos callamos nada o sea si lo tenemos que hablar, lo hablamos entre nosotras, entre la jefa, entre los supervisores, no nos callamos...

(Y): ¿en serio? [risas]

(A): entonces es como que las locas nos meten en los famosos sucuchos y nos dejan ahí a todas juntas, pero bueno todas juntas tenemos más fuerza...

(Y): entre locas se entienden... [risas]

(A): tal cual, entre nosotras no nos agarramos, pero si cuando hay un conflicto o algo... si falta, por ejemplo gente, no nos van a poner gente, pero por lo menos me vas a escuchar, te lo voy a decir... eh y en cuanto a las lesiones y demás somos medio sarmientitos, vamos apestadas, con dolores, yo tengo tendinitis en el hombro...

(E): [asiente con la cabeza y corta el relato de (A)] nos ayudamos entre nosotras... mucho

(A): ... de muñeca

(E): algo que tampoco deberíamos...

(A): somos muy sarmientitos, o sea es como que, lo que decía [señalando a (M)] ¿qué es lo que sentimos? Creo que a pesar de todo lo malo que uno puede encontrar en la profesión, a mí me gusta lo que hago, me gusta donde estoy y priorizo mucho eso, entonces lo priorizo ante una lesión, ante una enfermedad, el

compañerismo... o sea si nosotras nos enfermamos eh... mira nos ponemos a pensar, pero, si yo faltó hoy la dejo sola a Ro, la dejo a Aya [señala a (M) y (E)], a la que sea sola... entonces no puedo...

(E): te quedás descompuesta, como sea pero te quedás... [sonríe]

(A): tratas, si estás enferma, o avisar con mucho tiempo antes cosa que le pongan a alguien y si estás en tu casa, que a mí me paso este verano que fue después de varios años que creo que nunca falte, que falte un par de días y... llamaba, che, ¿con quién estás hoy? ¿Te pusieron a alguien? O sea, te sentís hasta culpable por estar enferma y no ir... así que somos muy sarmientitos... aquella [señalando a (M)] también cayó apestada miles de veces y hacemos algo [dice "esto editalo", risas] generalmente nos automedicamos, uno llega descompuesta, llega con vómitos, yo antes de irme con gastroenteritis...

(E): [corta el relato de (A)] a trabajar o a la guardia, esa fue la respuesta de la supervisora...

(A): ¿y qué hicieron?... cuando se fue la supervisora me tiraron en la cama me encajaron un suero me recupere y volví a trabajar... o sea en vez de irme a la guardia y a mi casa, no, la mina siguió laburando... somos masocas...

(G): nosotros hacemos eso porque sabemos que el médico que está de guardia es un *fellow* o es un pibe que hace poquito que entró y preferimos autodiagnosticarnos entre nosotros o llamar al médico de terapia...

(A): claro... es que también está el médico que... el que me atendió es un copado... me dijo: gorda, pónganle la vía, pónganle lo otro... pero también como decís vos [señalando a (G)] tenés el, no sé si el *fellow* o el que no sabe tanto, sino el que sabe pero tampoco te da pelota, pero ¿qué tenés? ¿Qué te duele? Lo mismo pasa con la ART a vos te sacas una ART y parece que no se... te estuvieras pidiendo días... y en realidad no, vos estas con una lesión y si llegas a encima a decirlo porque en verdad te duele...

(E): [corta la frase de (A)] eso pasa en la ART de los privados, porque en los públicos, te buscan y te buscan hasta que no tenés lo mínimo, porque tengo una experiencia cercana, y te pagan cualquier guita aunque vos no sientas nada... mi mamá se fracturo el brazo no sentía dolor, después de la rehabilitación había quedado bárbara, la llamaron de la ART y le pagaron muy buena plata porque ellos le encuentran una discapacidad mínima... acá te mandan a laburar al quinto día que te sacaron el yeso...

(A): las ART si se hacen cargo de nuestra lesión, lo que no nos tratan bien son los médicos de nuestra propia institución que nos atienden, te tratan como que te estas pidiendo días, no que tenés una lesión, y pasa eso, como decía ella [señala a (R)], ¿qué tenés una lesión? bueno ¿una tendinitis? bueno, te doy como mucho una semana pero cada día por medio te hacen ir al hospital para que te hagas controles, hay a ver, ¿te duele? Te duele... a mí me han dado el alta con dolor...

(G): a nosotros no nos toman como válido que nos atienda un médico de ahí, que nos haga certificado, nos hacen ir a [REDACTED], a [REDACTED], si no, no sirve... no lo toman como válido...

(A): yo preferiría eso, porque, de hecho cada vez que tengo una lesión o algo me voy a otra institución porque en mi propia institución me siento así... ¿entendés? Que no te dan ni cinco de pelota sos un empleado que viene a pedir días, no que estás enfermo, que estás dolorido, lo que sea y así se siente la mayoría...

(Y): yo, particularmente, cuando empecé a trabajar que me mandaban de relevo me mandaban de un lado para otro, me sentía manoseada, ese es el termino, vas acá, vas allá, un numerito sin importancia, más allá de lo que hoy hablábamos de estar una semana por lo menos en un servicio para aprender algo... no sos nada...

(A): sos un número, en nuestro hospital te lo dicen cuando entras, no sos un empleado, sos un número de legajo... si, si, tenés gente que te lo hace saber [risas]

(G): bueno, creo que a todos nos pasó cuando entramos, siempre pasar por todos los servicios, ser el comodín... un día me llaman tipo una y media o dos el supervisor... [redacted] se puede acercar a la clínica que tengo un lugar que tengo vacío dice y me falta gente a la tarde, bueno, me visto y voy, me levante, comí y fui a las tres de la tarde... ¿sí, qué servicio tomo? No, me faltó camillero... [risas] y yo como era nuevo, bueno, pero yo no sé dónde están los servicios... de noche...

(A): [corta el relato de (G)] pero tuviste buena predisposición porque te quedaste...

(G): yo empecé trabajando en un geriátrico con cincuenta abuelos... yo de noche... yo solo... tenía treinta postrados, los treinta los cambiaba dos veces de noche... terminaba matado de ese laburo... pero estaba contento yo... tuve una discusión con el jefe del geriátrico porque no nos daba guantes, nos daba un solo par de guantes para trabajar por turno... me los sacaba, los lavaba, le ponía talco, los colgaba... [risas]

(A): yo he trabajado en geriátricos y he trabajado sin guantes con eso te digo todo...

(G): enfermerito de universidad que usa guantes, me decía y ella se mandaba las manos llenas de mierda... yo ni en pedo...

(E): no... ni loca...

(G): enfermerito de universidad me decía... [risas]

(A): es también depende de la edad que uno empiece a trabajar... generalmente empezás a trabajar cuando sos muy chico y recién estas empezando la carrera, después es como que te sale tu defensa como profesional y persona pero al principio es como que te bancas todo...

(G): a veces es muy estúpido uno... lo reconozco [se rasca la cabeza]...

(A): si, si, si somos muy estúpidos...

(R): si, pero es tu primer trabajo y uno dice... le pone onda... te pasa eso también, que decís bueno, me callo la boca porque es mi primer laburo, necesito experiencia...

(A): también lo necesitas... necesitas la experiencia y necesitas el trabajo...

(M): la pregunta sería, respecto, en qué lugar colocan la responsabilidad de nosotros, los docentes, una institución que te está formando como futuro profesional, pero que no te da el lugar para que tú tengas los elementos necesarios... ponte que seas chico... tú tienes diecisiete años, pero hay un docente que te da enfermería básica... que te debe decir si ustedes se enfrentan a determinadas circunstancias no lo acepten porque esto es anticonstitucional, es anti ético...

(Y): [corta la frase de (M)] es peligroso para su salud...

(M): es peligroso para tu salud... pero además es simplemente eh... flexibilización laboral a grado casi de esclavitud, si el chabón te molesta no solamente fuera de tu horario y no te va a enaltecer en el llamado, que no te convoque o que llame un camillero o que llame a alguien que está sin empleo... porque encima está usando mano de obra especializada en un nivel de empleo inferior y además eso se agrega el ninguneo que te está haciendo por derivación...

(G): sí, sí, yo creo que la universidad no te capacita sobre eso... te capacita si eh, el paciente es un elemento biopsicosocial... que después llegas a trabajar y no es nada de eso... la privacidad del paciente...

(M): o si es... pero uno no tiene tiempo eso sería en el monte Sinaí, en el hospital de Cambridge... [(E), (R),

(G) y (Y) asienten con la cabeza]

(A): no, está bien, te enseñan lo básico, lo que uno... vas a aprender como profesión... cada institución es diferente... cada institución tiene sus políticas... tiene sus convenios... a vos te pusieron de camillero [señala a (G)] y hasta hace un tiempo, antes de que yo entre a trabajar, no existía el camillero en mi institución y lo hacia la enfermera o lo hacía el médico, o sea que es una multifunción que cumplís...

(A): de que te dás cuenta realmente lo que te compete o no... lo que uno es como profesional, porque estudiaste y porque lo haces, ahí empezás... a ver...

(M): y no estaría bueno, que en la propia charla de ingreso se diga ya desde el inicio, ustedes no tienen por qué hacer funciones que no les corresponde y no hacernos las Florence Nightingale de todo el mundo que es mentira además, porque la Florence dormía en su casa...

(A): esto yo lo aprendí en el transcurso de mi carrera profesional y no en el momento cuando yo entré a trabajar... cuando yo entré a trabajar... eh... ya la educación es un poco subordinada en la escuela de enfermería proveniente del hospital... o sea te enseñan a... enfermería... pero para trabajar en la institución, ¿sí? O sea, para trabajar en instituciones privadas, o sea, ya empezás con las prácticas ahí y ya empezás con las políticas del hospital... por eso cuando llegan chicos y yo también hice unas materias allá, en la facultad de Funes te das cuenta, claro, que allá la política es totalmente diferente, en la facultad te enseñan más que nada atención primaria, atender más que nada en unidades sanitarias, entonces, es como que cuando vas ahí todo lo que vos tenés como base, en una institución privada no te sirve para nada o no te sabes manejar en una institución pública...

(M): lo que pasa es que la escuela de enfermería tiene desde primer año prácticas en el hospital, no sé cuántas horas...

(A): tal cual... sos la mano de obra barata del hospital... porque vos empezaste a estudiar en primer año y ya a la mitad de tu primer año, o sea en junio empezás con las practicas... el primer año te lo pintan color de rosas... si, empezás con lo básico, tenés el trato con el paciente, ya en segundo año se hace una grilla con lugares donde tenés que empezar pero no, es como dice él [señala a (G)] llegás a la institución y te dicen a ver... ¿dónde falta gente? Bueno, mándame los alumnos acá y acá así me sacan trabajo, porque tienen gente que falta... y así es generalmente con todo...

(M): ¿sabés que la carrera de ustedes depende de la UBA? ¿No?

(A): si...

(M): ¿y cuántas cartas quejándose de ese maltrato, de esa irregularidad, han mandado a...?

(A): no sé, pero se de muchos alumnos que dejaron de estudiar...

(M): no hay centro de estudiantes ahí...esa es la gran diferencia...

(A): si, tal cual, es muy pequeña la escuela...

(M): pero si lo hay en la UBA...

(A): por eso todos se someten a terminar aceptando, terminas de aceptar y terminas la carrera y te recibís y trabajas ahí o te vas o como muchos que dejan la carrera y te vas a otro lado...

(G): que, ¿tienen que pagar ahí? ¿La carrera?

(A): no...

(M): no, si la UBA es gratis, pero la pagan con creces...

(A): es gratis, lamentablemente más allá de que uno se queje del exceso de mano de obra barata, como práctica te sirve un montón porque, como vos decías [señala a (G)] que no sabías poner una vía y nosotros lo sabemos desde primer año...

(E): aprendés un montón...

(R): hay muchas diferencias entre ustedes y nosotros en cuanto a las prácticas, vos ves que los chicos están así... [chasquea con los dedos] y vos no sabes qué carajo hacer con el pañal, con la vía, con esto... se nota muchísimo...

(A): si, tal cual, lo integral te lo enseñan a partir de segundo año, que te dicen tomate tantos pacientes a cargo y ya lo sabés hacer... sí, te mata por ahí como decía ella [señala a (R)] estás sola en un piso con treinta pacientes y yo también lo he hecho pero bueno, ahí aprendes a delegar, ya cuando te ponen integral y bueno, empezás cada uno con su función, pero, o sea, en ese sentido esta bueno...

(R): no sólo aprendés a delegar sino que tenés que hacerte, o hacerte, o hacerte y no te queda otra...

(M): y ese sujeto sobre el que uno interviene, que lo ven de una manera integral y holística o se ve un sujeto como si fuera un pedazo de carne con...

(A): en mi caso no, es un ser holístico, tenés de todo, tenés todo tipo de estudiantes...

(M): no, no, digo la tendencia... porque digamos... en segundo año tenés la responsabilidad ya de un sujeto para el cual se supone no estás habilitado... mi pregunta es mal intencionada y no voy a ocultar la mala intención, digo ¿cómo es factible eso?... me parece, que la única manera es de hacer creer que simplemente eh... con el hecho de atender bien y hacer bien tu praxis profesional hablo *in situ* a nivel físico, a nivel corporal, a nivel biológico, ahora, la diferencia... ¿no estamos intentando? Pregunto en voz alta... yo me quedo espantado, yo la verdad soy un privilegiado de la vida, pero digo, pregunto, ¿no es que queremos profesionalizarnos? ¿Distinguimos de los auxiliares? La pregunta es, eh... si uno ve al sujeto como un ente biológico, no será reductivo lo mismo, ¿reducir a lo mismo de lo que uno se está tratando de desprender? Porque en realidad, si algo tienen las auxiliares de enfermería es que son muy duchas en cuanto a la intervención por años de experiencia... ahora, les falta toda una mirada crítica de qué debo hacer, cuál es mi *métier* (ocupación), cuáles son los principios con los que me baso, que no lo tienen, que lo tienen por pura empiria pero eso los hace efectivos mecánicamente al respecto, entonces le van a hacer esta intervención pero en ellas no va a haber crítica, va a haber un sometimiento excesivo, no va a haber conciencia en sí para sí, desde una mirada como profesional porque de hecho no lo es... ahora si tú estás formando... me parece que es paradójal lo que estoy planteando... tú estás formando un ente que supuestamente lo vas a hacer integral para que tenga una mirada abarcativa desde las diferentes aristas y no lo estás formando para que en un segundo año, cuando en el tercero ya le dan un título que lo habilita como enfermero profesional, algo está faltando ahí que el propio, habría que ver el programa... pero el propio programa...

(A): [corta a (M)] eso te iba a decir, hay que ver el programa que tiene cada institución... o sea, de acuerdo al paciente que te den es de acuerdo al programa de materias que tenés en cada año... no te van a poner en primer año a ver a un paciente holístico, hacerle cosas holísticas cuando están enseñando algo muy básico...

(M): ¿y por qué no?

(A): y porque si te dan solamente materias...

(M): no, no, no, hablo dentro de enfermería básica, porque no ver un sujeto que piense, interactúe y verlo...

(A): o sea, lo podés ver en forma holística, pero no lo vas a tratar en forma holística...

(M): ¿por qué no?

(A): porque todavía, supongo, en el programa no vas a tener materias que te formen como por ejemplo... o sea, si en primer año es todo muy básico no vas a ver medicación, vas a poder ver un montón de cosas holísticas en el paciente, pero no te van a autorizar a medicarlo si todavía no haces las prácticas...

(M): no, no, es que no hace falta, yo hablo simplemente de tener en cuenta la mirada, la tristeza, el abandono, la cercanía, el exceso de regulación, la falta de integración social...

(Y): yo creo que eso va un poco con los que a vos te llevo a estudiar y a meterte ahí...

(M): ¿y por qué no te lo dan? Es paradójal, porque te están diciendo que es una enfermedad [risas], no es casual... es una enfermedad lo que ustedes tienen [risas] es esa profesión enferma que ustedes terminan teniendo, podría ser la profesión y de hecho lo es... más maravillosa del mundo... si ustedes tuvieran conciencia en sí para sí, respecto a la profesión y la importancia de su profesión, yo noto que hay falta de teoría, falta de enunciado, falta de ésto [señala el grupo], ésto no se hace, es una cosa que incluso la pasás bien, fijate cuantas cosas están puestas acá que nadie te las pregunta, obviamente no te lo va a preguntar la institución que te está currando, porque a ella le viene bien ese correo para que tú le labures por dos mangos... ahora, la pregunta es: ustedes, por eso insisto... a mí me pasa, los que han cursado mi materia, en mi materia hago un ejercicio profesional, con vistas a rendir la materia, y tengo que aclarar que no tiene que ver con embarazo, del lactante... la enfermera todo el tiempo pone su problemática en el afuera, nunca la problemática es de ella, nunca se miran sus propios problemas, entonces ahí habría que ver y en ese punto insisto... ¿qué sienten ustedes? No qué le produce el otro, qué sienten, dónde están sus sentimientos tan caros y tan fundamentales para ejercer el trabajo que realizan, porque si tú me dices bueno soy filetero [gesticula con las manos como si estuviera fileteando un pescado] ahí es pura mecánica, ahora, en el caso de ustedes, lo dijeron al pasar... familia, interacción entre familiares y pacientes o sujetos de atención, porque ya desde el punto de vista que tú lo mencionas como paciente es dar por entendido que es un sujeto pasivo de cualquier intervención tuya, con un aspecto acrítico esa es la definición de paciente... dos si tú lo ves como un sujeto de atención es un sujeto que te va a contestar, va a interactuar, va a pedirte explicaciones y esta valido... en el caso de ustedes quizás no porque están en una zona crítica, quizás hayan perdido eso, ahora por otra parte si es un cliente hay una mirada ideológica, tú le estas cobrando, entonces vas a tener que bancarte pesadeces, malas crianzas... [todos asienten con la cabeza] si está en el sector VIP el chabón la gatilla... [gesticula con las manos] ahora qué se siente, porque nunca vi un artículo de una enfermera poniendo ésto, además como las teóricas son del norte y son americanas y la mayoría son solteronas o las que no son solteronas son mujeres de tipos con mucho poder que han instituido escuelas de pensamientos... ahora la pregunta es ¿de verdad lo de

Lenninger o lo de Orem o lo del resto de las teóricas o de Peplau o de cualquiera de ellas es escribible en nuestras realidades? ¿En nuestras carencias? ¿En nuestras periferia? Ahora, dónde está la construcción desde el acá de nuestras problemáticas, no las hay, y ¿por qué no las hay? Porque no les queda tiempo, porque sería terrible que llegues a tu casa, incluso y te pongas a hacer un artículo de cómo te maltrataron durante el día, porque lo que estás es recordando todo el maltrato que has tenido durante el día, entonces, pareciese que no hay posibilidades de que se obture esa falta de acritica que tienen ustedes de poner todo el tiempo en el afuera, yo te atiendo, yo soy prolijo, yo soy buena, salve al paciente, hay como una cuestión incluso quijotesca: lo saqué, lo salvé, mira las palabras, tiene mucho que ver con una redención con el origen cristiano que tiene esa intervención profesional... ahora la pregunta es no existe en la historia de las profesiones una profesión que pretenda ser una profesión hegemónica o tener cierta hegemonía sobre sus áreas si no se reivindica a si mismo... porque mira el carrerón que hicieron los médicos, salir de barberos, ser barberos y terminar siendo doctores que además no son doctores porque son médicos... porque doctor soy yo que hice un doctorado... entonces no es el otro, ni los abogados...

(Y): a mí me paso, que cuando empecé a trabajar, en todo ese tiempo de la rotación... eh... en un momento que la NEO la estaban arreglando, entonces estaba dividida, entonces tenías en primer piso la parte crítica y en la parte de arriba los que no están tan críticos, los que están para engorde o fiebre, cuestiones no tan críticas... eh... llego a trabajar, pregunto ¿dónde voy?, que eso ya también es cansador... que es llegar preguntas qué servicio tenés que tomar... la parte crítica, suena el teléfono, lo atiendo: que vaya arriba... no, primero estaba arriba y después que vaya abajo... vuelvo a atender el teléfono: el B, le corté y me fui al B, que es internación, viene y me dice “me cortaste el teléfono”, podría haber agachado la cabeza, pero dije “sí, te corté el teléfono porque me parece una falta de respeto que me hagas tomar tres guardias distintas en una misma noche...”

(M): bien...

(Y): pero a vos se te contrató para rotar... a mí [REDACTED] me dijo que me contrataba para la noche para el B, bueno, a partir de ahora vas a rotar... bueno, está bien... y se fué... [risas] y ahí nos quedamos... después, como soy yo, fui a las cinco de la mañana, le pedí disculpas porque tal vez no era la forma de haberlo hablado o sea yo me re calenté y en otro momento tendría que haber hablado... mirá, [REDACTED], no me parece que me hagas ésto pero bueno... [risas] tuve ese exabrupto... a partir de ese momento es como que me empezó a dejar más para el lado de Neo, *nursery*, pediatría... pero le dije es una falta de respeto...

(R): sí, a veces hay que gritarlo...

(Y): o sea, yo te voy a tomar la guardia pero mándame acá de una, tres guardias distintas en una misma noche no, eso es un manoseo...

(R): pero no te quedás con esa sensación de decir puta... tengo que andar gritando para que me respeten...

(A): tengo que quedar como una loca psiquiátrica... [risas]

(M): y sí, y sí...

(R): ¿es necesario que uno tome esa actitud?...

(E): yo tuve que discutir también y después...

(A): y después quedás como la loca psiquiátrica que te meten en un sucucho [risas]... con todas las locas...

(E): a mí me pasaba que yo era relevo de dos servicios... eh... cardiología y de neuro... cuando entré, estaba nombrada y todo pero cuando había que ir a cubrir otro servicio siempre tenía que ir yo... porque era el relevo... un día le dije a mi jefa que yo no iba a salir más... que saliéramos una vez cada una como en los otros servicios... y no, que yo era el relevo... bueno, lo vamos a hacer así porque vos sos la jefa pero yo no lo comparto...

(M): perfecto...

(E): y yo no lo comparto, y yo no lo comparto... y ya está, y ya está, y por allá... me dice no me digas ya está como una borrega... yo no te faltó el respeto... yo te digo lo que pienso...

(M): yo te digo lo que pienso y nada más...

(E): me costó mucho llegar a ésto... porque yo no era así, pero bueno...

(M): te van haciendo...

(E): te van haciendo, lógico, no se me cayó una lágrima no sé cómo... porque justamente siempre lloraba... pero...

(Y): no, yo después, nosotras en nuestro grupo somos contadas, somos seis más o menos, las fijas, después una que entra o que sale pero más o menos somos las mismas... dentro de todo somos [suspira] bastante compañeras... siempre en lo que es laboral... eh, siempre estamos predispuestas... eh, a ayudarnos en todo momento... este eh... pero hay dos compañeras, una tiene una hija y que además trabaja a la mañana en un centro de salud...

(E): viene cansada...

(Y): llega a la noche que está agotada, duerme, la mayor parte de la noche... que a mí no me molesta... eh, mientras lo tenga que hacer, no hay muchos chicos... yo sé que me pasa algo y digo [redacted]...se levanta y me ayuda... eh, pero también, la ves y de por sí tiene los dedos cortos... se le duermen las manos... tiene que poner una vía... y en un momento se le duermen y tiene que estar ahí moviendo las manos... nunca sacó carpeta, nunca nada... ahora amenaza con que va a sacar una... no sé, siento que la amenaza es hacia nosotras... te vas a quedar sola... hacé lo que quieras, lo que tengás que hacer... hay un poco de pica o algo... pero... y también un poco desde que entré yo porque ellas también fueron como muy liberales en su trabajo y que sé yo... y yo llego y si yo sé que tengo que... el chico come a las diez y media... yo llego, le voy a tomar la temperatura porque es un prematuro y no la regula y le voy a dar de comer... y hasta a veces, hasta que les molesta eso también... porque yo, que soy más relajada... eh, es un servicio dentro de todo, si bien tiene sus horarios para la medicación y todo... son como bastante relajadas y... así todo... y otra de las chicas este... está hace catorce años también... el otro día tuvimos un cruce de palabras... en realidad ella lo tuvo conmigo, por eso también de que vos querés hacer todo...

(A): pasa que eso va en la conducta de cada uno también... o sea si uno es responsable y sabe lo que tenés que hacer y la otra es relajada y no hace nada... bueno, son diferentes... más allá del profesionalismo de cada una...

(Y): sí, sí, sí, yo tomo como que ella viene y descarga un poco sus problemas este... personales...

(A): ¿con vos? [risas]

(Y): sí, en mí o en nosotras...

(R): claro, pero tampoco tenés un lugar para decir lo que te pasa...

(Y): por supuesto que es una situación que te incomoda, a mí me incomoda... yo en ese momento viste... nunca discutí con ninguna eh... y en este momento particular también yo la escuche... sí, por ahí me preguntaba algo y yo le respondía o algo que me decía... por supuesto que el nerviosismo de todo, yo estaba con un bebé, eh... me puse nerviosa... empecé a temblar, pero no se lo demostré, obvio... [risas]

(R): cara de *pocker*... [risas]

(Y): si... y hasta que se fué y después me relajé pero no sé si era lo que intentaba era... eh, discutir o qué sé yo... conmigo no lo logro...

(R): y no tenés un jefe a quien decirle, decir tu jefe de sector, mirá, tengo un problema con esta persona, no lo podemos hablar...

(Y): no, eh... ella fué, ella fué, porque me dijo: "porque yo fuí a hablar con [REDACTED], porque le dije que vos querés hacer todo... que sos autosuficiente, que te podés manejar sola... y que se yo...

(A): generalmente hay personas... tenés que tratar de resolver con tu compañera... creo que ir al supervisor... al supervisor le gusta el puterío...

(E): exactamente, es la función de él...

(R): claro, pero no debería ser así, no debería ser así... vos tendrías que tener una persona referente que decís mira: tengo este problema con ésta persona... bueno, lo hablamos, que sé yo... vemos lo resolvemos... pero no está eso

(A): pero volvemos a lo mismo... sino tenemos un jefe, un supervisor que nos ayude con problemas con familiares o demás, menos va a tener uno que te ayude con problemas con tus compañeros... va a intentar puterío...

(R): no, mira, yo una vuelta tuve un problema con un grupo de médicos...

(A): unidos no les servimos...

(Y): déjame terminar la idea... igual yo ya la conozco y tiene estos problemas que sube y baja, sube y baja [gesticula con la mano derecha]... emocionalmente, entonces la trato como eso... por más de que a mí a veces me pone incomoda, eh... me molesta la situación y todo, eh... yo como lo tomo es... es gente de paso... gente de paso que tengo en este momento de mi vida y que ya está, por eso no le doy lugar en la discusión, eh... y nada, me apoyo en el otro resto de mis compañeras que es ahí donde nos descargamos lo que nos pasó... que me mandaron a éste lado... allá, que sé yo... ahí es donde nosotras tenemos este... nuestro momento de contención y de desahogo para cuando... con las otras o con lo que nos pasa dentro de la institución... a mi casa lo único que me llevo es por ahí... y con mi familia no... particular no, no mucho, ahora estoy en pareja hace un par de años y a él por ahí le cuento... no, anoche me paso esto, me paso lo otro, punto, se lo cuento porque como que lo necesito descargar y después ya nada más porque tampoco estar... ir a tu casa y seguir [gesticula con la mano, como enroscando algo]... pensando...

(M): ¿qué ibas a contar vos? [señala a (R)]

(R): no, que una vuelta me había pasado un conflicto así, que había tenido un problema con los médicos clínicos, que son una manga de pelotudos... [risas] pero estaban jugando con el dolor de un paciente, viste... una persona que se estaba muriendo de cáncer, que ya no había nada para hacer y jugaban a que si le pongo el

plan con morfina y midazolan o no se lo pongo... o se lo pongo viste, una pelotudez así, que vos decís flaco, para un poquito, me parece que estás mandando cualquiera... me queje, no me dieron pelota... hasta que me re calenté y salté como una loca y me fui al departamento a gritarles a todo el mundo... llegué, pero vos no sabés la bronca que yo tenía porque... ponéte un minuto o sea, yo lo que le quería hacer entender es que se pongan un minuto en el lugar de la familia de ese paciente que estaba llorando al lado.

(E): asiente con la cabeza.

(R): de una mujer que se estaba muriendo de dolor... flaco si es tu abuelo o tu mamá... o no sé, no dudas ni un minuto, le ponés el plan y se acabó y que no tenga más dolor... nada, si no podes hacer más nada... eso es lo que yo quería que entiendan... o sea desde supervisión digamos que más o menos o sea se me escucho o sea entendieron cuál era mi punto, elevaron notas a los medico responsables del hecho... y bla, bla, bla...pero yo me quedé con una sensación horrible [se toca el pecho]... porque tengo que llegar a esto...

(M): y en ese caso, ¿alguien te dió contención a vos?

(R): nadie [voz angustiada]... fui a mi casa re loca... me puse mal, me acuerdo que a mi novio le conté lo que me pasaba y que sé yo... y digo puta, no tengo que llenarle la cabeza a alguien con todos estos problemas porque no da... entendés porque y bueno, y él que me puede decir... y bueno, cálmate, son cosas que pasan... es trabajo... pero no tenés que llegar a ese punto...

(M): lo que no tiene él son los elementos, ni el de (Y), ni el de nadie, las herramientas necesarias para contenerte... están hablando que se están conteniendo entre colegas que están con el mismo sufrimiento, están regodeándose o sea están viviendo la segunda tragedia del maltrato que es la narrativa del maltrato... no, necesitan un ayudante terapéutico que le va a dar herramientas para que eso no ocurra más para que tú agarres y digas yo me voy directamente a la primera fiscalía que hay y voy a hacer una denuncia y van a recibir ustedes... nombre y apellido, cada uno una carta a documento... y después que me echen, yo te denuncio en la ley... el día que hagan eso... una vez nada más, va a decir, van a quedar como la loca del juicio pero no se van a meter más contigo... y nunca más van a dejar de poner un plan si lo tienen que poner... porque hasta que la gente no toman drásticas resoluciones... entonces ustedes, el que calla otorga, la sensación que yo tengo, es que todo el tiempo, por no ponerse ahí estas cuestiones a dirimirse y además porque no hay un andamiaje y en eso insisto... y por eso les decía a las chicas yo me siento cómodo con mi materia a pesar de lo que puedan decir de ella y lo que puedan decir de mí incluso, en que yo pongo en palabras, quejas, porque la queja no se gradúa de protesta, hay que quejarse menos y protestar más... ustedes se quejan, no protestan formalmente pero también porque no hay una institución universitaria que te prepara discursivamente para hacer que tu reclamo sea serio con estructuras metodológicas, conceptuales y epistemológicas que tú le estés diciendo al chabón no que eras un forro ni nada sino diciéndole ¿sabes qué? Hay un código de ética que tú estás incumpliendo macho... no es porque yo soy loquita... [se corta la filmación]

(A): Lo hablamos entre nosotras... en el momento que sucedió el problema y...

(R): porque no tenemos espacio...

(A): tal cual... y el espacio que tenés en el hospital es una persona incompetente que no te va a ayudar...

(M): ¿el supervisor?

(A): no, tenés una psicóloga...

(M): ah, ¿hay una psicóloga?

(A): pero no te sirve... o sea es un ente...

(E): otra con la camiseta del hospital...

(A): tal cual, es todos con camiseta del [REDACTED]...

(E): no te va a ayudar nunca...

(M): que en realidad la función de ella es... eh, hacer el psicológico para los que ingresan... en caso de que vos necesites es lo único a lo que podes acceder... no es que su función es contener a los enfermeros... es la psicóloga de la institución la que hace los test psicológicos para los ingresantes y nada más... yo he tenido personalmente un problema cuando iba a presentar la renuncia en donde eh... hablé con ella...empezó a anotar, anotar, anotar... y yo le dije anota ahí que yo no estoy en crisis con enfermería... estoy en crisis con la institución...

(M): estoy en crisis con la institución, claro...

(M): mi problema es el sistema de la institución, yo no tengo ningún problema con la enfermería...

(M): ¿te lo escribió?

(M): y de todas las cosas que escribió ahí... si...

(M): ahora la pregunta es ¿Cuántas de ustedes hacen terapia?

(E): yo ahora he dejado pero hacia...

(M): cuanto te... ¿notas diferencias entre hacerlo y no?

(E): sí, si...

(M): y porque no se lo plantean como un presupuesto...

(E): si, está buenísimo, no es un presupuesto...

(M): no, no, como un presupuesto teórico de...

(E): del hospital...

(M): y del sindicato... y del sindicato... ¿no pagan cuota sindical?

(E): y si...

(M): te descuentan no por elección...

(A): claro te descuentan igual...

(M): no importa, ya sé, somos todos rehenes pero a lo que voy es que si yo quiero hacer terapia en SUMA tengo psicólogo... bueno, está bien... en el caso nuestro es más cómodo porque agarran cualquiera recién graduado de psicología y te llevan... ahora la pregunta es: ¿Por qué dar por hecho a sabiendas de que lo que están haciendo está mal?, ¿Por qué repartir la mierda entre los mismos que consumen la mierda?, ¿Por qué no otra cosa?, ¿Por qué no hay un salto... de la queja a la protesta? No entiendo... ¿Qué piensan?...

(G): el otro día pasó algo puntual en terapia... que entró un paciente de piso... se puso mal, había que ventilarlo y justo vino una chica de piso... nosotros estábamos ahí preparando el carro de paro...

(M): ¿de piso significa que no está en el área cerrada?...

(E): en internación...

(M): si, si está bien...

(G): la chica vino a ver a su paciente... cuando entró al box, lo abrazó, lo besó, le dijo ¿Cómo estás? Te voy a extrañar allá... a mí me pareció algo... eh...

(M): particular, peculiar digamos...

(G): si, ponele, antes yo lo hacía en el piso eh... de saludar al paciente...

(M): en tener un vínculo afectivo...

(G): ¿Cómo estás? [apoya su mano en el hombro de (A) como señal de contacto con el otro] entonces a mí me pareció muy raro... pero bueno... el paciente terminó ventilado... con un montón de aparatos... normal para nosotros... un paciente ahí...

(M): lo cotidiano...

(G): entonces me senté a hablar con mi compañera... eh... le digo ¿no te pareció raro? Mi compañera me dijo, me pareció asqueroso... darle un beso al paciente... [risas] nosotros en terapia...

(M): hay como una distancia...

(G): es una barrera...

(M): está bien, es un recurso psicológico también para no sufrir la pérdida eh...

(G): sí, si...

(M): porque si no te llevás todo para tu casa...

(G): yo no me di cuenta de todo lo que perdí... porque yo entro al box... buenas noches... ¿le duele algo?... no...

(M): listo...

(G): ¿sentías algo? No... empiezo a apretar botones... monitores... parar bombas... [gesticula con las manos como apagando las alarmas y las bombas] corregir, papeles, que se yo... ¿todo bien? Si... bueno, eh, en media hora vuelvo... por ahí en el piso yo me sentaba a hablar con el paciente, hablaba con la familia... todo eso lo perdí... y entonces hablaba con mi compañera que también en la charla se dió cuenta que...

(M): eso se perdía...

(G): se perdió todo eso...

(M): eso es importantísimo vez, para el trabajo de ustedes...

(M): si...

(G): nosotros perdimos todo eso... y a veces muere un paciente y a mí me da lo mismo [gesticula con la mano tocándose el mentón]

(M): y está bien... está bárbaro...

(R): claro pero... a nosotros...

(G): me da lo mismo que se muera o no... se murió, bueno, vamos a llamar al camillero que venga a sacar el cuerpo...

(R): se murió, mala suerte...

(M): claro, pero está bien por la profesión de ustedes está bien... sino estarías muerto...

(G): si, si, si...

(M): te hubieras suicidado...

(G): y hacemos chistes...

(M): no hay cabeza que resista... obviamente... [hablan todos juntos (Y) asiente con la cabeza]

(A): obviamente a veces hacer un equilibrio... [gesticula con las manos haciendo balanza] a veces lo haces tan automático que decís que pasa que cuando otro o le contás una anécdota a otro te toma como... [se aleja de (R)] y si, te defendés con esto... obviamente, tengo que hacer una coraza... [gesticula con las manos como poniendo una barrera] pero uno mismo también se...

(M): yo no sé si vieron un video de un nene brasilero que le dice a la madre que no va a comer pulpo...

(A): si, es muy tierno....

(M): no solamente es tierno, es de una racionalidad aplastante... como los humanos adultos, naturalizamos cosas que son aberrantes... esto es una aberración porque es un prójimo, un prójimo que además tu diste hasta el último momento de su vida, lo mejor de ti como profesional para salvarlo, pero no puedes seguir con el duelo porque ya el duelo no te corresponde... ahora lo que tú dices esta bueno... ese punto de vista, y ustedes sobre todo para tenerlo en cuenta...

(A): tampoco es que te vas depresiva a tu casa...

(M): ahí voy...

(A): pero te llega eso [se toca el pecho]

(M): pero te tiene que tocar...

(A): lo sentiste...

(M): si quieres ser un buen profesional...

(A): a veces jodemos con ellas... uh... tenemos corazón, somos humanas...

(M): en un momento decir, hey, ¿Qué perdí? Retomar algo... decir por lo menos... uh, se me fue este...no por la tarea cumplida, mal o bien... sino por el afecto de la pérdida de alguien...es más, yo diría, que incluso es una de las cosas que yo quería hacer, que era saltar ciertos espacios...esto parece una pelotudes, dicho de mí y hacia ustedes...incluso hasta irrespetuoso pero fíjate como se cambian las cosas...hay lugares que con una cosita como esta [señala el cartel de los objetivos] se me ocurre un fragmento de John Donne que dice eh...nadie es una isla en sí misma, la gente son como continentes, como promontorios, como islas...por eso no me pregunten por quién doblan las campanas...la muerte de cada hombre me disminuye, por eso no me pregunten por quién doblan las campanas...las campanas doblan por ti...aun cuando haya alguien en el mundo que muera y tú no lo conozcas, debes sentir cierta conmiseración...por la pérdida de la vida que es lo que más apreciamos nosotros con respecto a un congénere (de la misma especie)...y hay gente que llora más y sufre más por un perro, una mascota privada, que por el nene que se le muere a la vecina y le dice bueno, son cosas de la vida...además el nene nació con problemas, o sea, como que uno justifica...está bien son mecanismos de escape de esta postmodernidad que es muy agresiva y que si uno se pone a sufrir por todo terminas muerto a los dos días de un paro cardiorrespiratorio...en el caso de ustedes, creo que está entre la delgada línea entre, siempre en la delgada línea...la profesión de ustedes, si a mí me la definen, ustedes son equilibristas, pero equilibristas sin malla de contención y tratando de cruzar Los Andes...o sea porque la probabilidad de que te hagas bolsa es enorme...¿Por qué? Porque tienen una falta de reconocimiento propio de cuál es su intervención profesional real...o sea, esta cosa que hasta que no llego no me lo dicen, y si logro tener cierta estabilidad como es el caso de ustedes, porque me lo he ganado con el tiempo y por ser eficiente

con respecto a la institución...una institución que además no te respeta porque está diciendo que no tiene en cuenta quien se va a quedar...no toma en cuenta a quien te ponen ni la idoneidad de los mismos...además es peligrosísimo...ahora, la pregunta es la siguiente: ¿Qué hacen con eso, donde está el reclamo, donde está el cambio?...

(E): nada, nos resignamos...

(M): la resignación es tremenda...

(E): es lo peor [asiente con la cabeza]

(M): es lo peor porque además habla muy mal de ti mismo...además encima te hace sentir mal porque aunque no lo expresen sienten que no están siendo reconocidos...yo lo que siento con todo lo que ustedes hablan, primero espanto, espanto y además yo...con la facilidad que me sale pelearme y armar quilombo...siento que sería un asesino serial si hubiese sido de la profesión de ustedes...que es terrible, pero no me sale nada bueno para decir...o la agarraría a [REDACTED] del cogote y la pondría morada, del color de la pintura del labio pero del resto del cuerpo, por sorete [risas], por no entender que eso...el mañana puedes tú estar ahí y ella en otro lugar y va a tener una actitud obsecuente, chupa medias...ver que el que progresa no es el que más sabe, ni el que mejor lo hace, sino el que más tranza...el que más chupa las medias, el que más se arrastra, el que acepta cualquier cosa y calla y silenciosamente...el que venga fulana porque curte...es la novia del primo, del hermano de no sé quién y te la pasan por delante y te la ponen en un cargo jerárquico que no tiene la más puta idea...y una pregunta que a mí me interesaba es ustedes en qué sentido, ustedes perciben que hay rasgo de liderazgo para los coordinadores o supervisores de ustedes...porque hasta ahora esa palabra que sería clave a la hora de conducir un grupo no la he escuchado en ninguno de ustedes [silencio]...ni siquiera entendieron lo que acabo de decir [risas]...

(E): la mayoría de los jefes...no, no...

(M): ¿no son idóneos?

(E): no, no la mayoría...pero todos tienen algo pero no lo completan

(M): no son líderes...

(M): el que sabe, sabe y el que no, es jefe...

(E): exactamente...

(M): pero es tremendamente feo...

(A): el liderazgo ahí adentro es piramidal [gesticula con las manos]

(M): claro, pero no lo es, es instituido o no instituyente o sea se establece porque le dieron el cargo, no porque se lo haya ganado, porque todos ustedes...

(E): porque saben gritar...porque...

(M): eso...

(G): ponele, nuestro jefe entra a terapia y entra [agacha la cabeza] hola chicos como están, está todo bien...

(M): no tiene ni idea lo que es...

(G): no, no, no nos habla con miedo, o sea en caso de que...

(M): a porque ustedes significan un grupo que ya lo han puesto en su lugar...

(G): si, es un grupo medio complicado el nuestro eh, pero...

(M): ¿Por qué? Cuéntame...

(G): eh...

(A): en nuestra institución es mitad y mitad...hay gente que si se lo gana y gente que...ya son supervisores mejor que no sabes eh...por ejemplo, [REDACTED] o [REDACTED], supervisores del turno noche, si te guías a gente vieja que trabajan en el hospital, ellos si fueron enfermeros y se lo ganaron y trabajan en el piso...

(M): si, y te cuentan de su época

(A): o sea, más allá de que sean jefes y que sean locos lo que sea y están en la postura de jefes...eh...

(M): pero ¿están en la postura de jefes y lo hacen bien o sea ejercen bien la justicia?, ¿escuchan a todos?, ¿toman decisiones correctas?, porque eso es ser líder...

(A): si...

(E): si...

(R): no, no tenés una postura real.

(M): quizás llegaron ahí porque no había nadie y quizás eran los que más tiempo llevaban ahí...

(R): pero ojo, porque, por ejemplo lo que planteaban de [REDACTED], es una persona que...

(M): capaz...

(R): claro, es una tipa muy resolutiva...y no podes decir que no...

(M): eso hace falta...

(R): porque es alguien que le planteas un problema y te lo resuelve, quieras o no...después...

(M): ese es un buen rasgo de liderazgo...

(M): perdóname pero tiene la otra que te escribe las notas en vez venir a decirte las cosas en la cara...porque a mí me puso en un cuaderno no tenés criterio...

(M): es lo que tienes que hacer, claro...

(M): porque me re calenté, a mí no me podes decir que no tengo criterio, entendes y me lo puso así, con esa letra de psiquiátrica que tiene ella así [gesticula con la mano haciendo tamaño grande] entonces yo se la conteste igual...

(A): ¿pero la nota donde te la hizo, en un cuaderno interno?...

(M): en el cuaderno interno de la coronaria

(A): ¿no fue públicamente como las otras en el libro general e departamento de enfermería?...

(G): el otro día tuvimos de estos chicos que vinieron nuevos...es un chico que no le pone voluntad, bueno, diferentes cuestiones, entonces llamo al supervisor, entre todo el grupo de terapia...lo sentamos, mira...

(M): decisión del grupo...

(G): del grupo...mira [REDACTED], nosotros no queremos que venga este chico...

(M): por estas características...

(G): tantas cosas...prefiero que mandes a otro que no tenga tanto...

(M): experiencia, pero que tenga ganas de aprender...

(G): pero que tenga ganas...

(M): que le ponga onda, lo que decía (Y)...

(G): entonces le dijimos: espero [REDACTED] que quede dentro de este círculo...

(M): de nosotros [risas]

(G): y que no le vaya después con el cuento al chico que nosotros no lo queremos...nosotros queremos que se forme como profesional y después de acá a dos años que venga...listo.

(M): que le ponga voluntad...

(G): le falta en montón de cuestiones, al otro día vino...

(M): ¿el pibe?...

(G): no, no, no x persona de otro servicio...che, así que se reunieron con [REDACTED] para decirle que [REDACTED] no venga más...

(M): qué tipo de miércoles...bueno, ya está entonces eso no es un líder...

(E): lo que pasa acá pasa en todos lados...

(G): pero tratas de hacer las cosas bien...

(A): yo adoro a [REDACTED] el supervisor de la tarde...ese es un líder...

(M): que diferencia tú notas, si es que la notas, entre el trato que se le dispensa a un enfermero varón o a una enfermera mujer...

(G): no, totalmente diferente...así mismo de los médicos, supervisores...

(M): eso no me cabe la menor duda...

(G): ponete nos hemos enterado de doctores... a la tarde son todos grupos de chicas...vienen y gritan y tiran cosas...a la noche, buenas noches chicos...me alcanzarían por favor una pinza...allá está en el cajón, anda a agarrarla...va el médico, agarra el cajón...a la tarde no, olvídate...

(M): que hacen ustedes, cuando ven que eso es marcadamente percibible digamos...

(A): va en la personalidad de cada uno, si a mí me dicen así, no...búscate.

(R): tal cual...

(A): o sea, va en el respeto, yo hoy en día me hago respetar...

(M): y te respetan...

(A): siempre me hice respetar...

(E): ¿Qué querés primero?, acá no vengas a los gritos...

(R): claro, depende de la actitud también...

(M): estamos hablando de que cuando trasgreden las relaciones vinculares...costo, o sea, ni siquiera estoy hablando de una hegemonía ganada o compartida habla...sobre todo por ustedes...hablo de ustedes tres...que lo vean como una arista más...que lo habíamos pensado en algún momento respecto de...porque además también hay cuestiones que aunque parezcan tontas...se me ocurren a mí...eh, por ejemplo una cosa tan elemental como el período menstrual [risas] que nosotros no lo tenemos, que puede ser que la gente lo pase por alto...

(Y): en el materno tienen el día...

(M): ah sí...

(E): a nosotras nos hacen trabajar el doble [risas]

(M): parece como una estigmatización y no lo es...es cierto que tenemos biológicamente estructuras distintas desde el punto de vista de los órganos y quizás para...

(M): el varón también tiene el día en el materno...

(M): ¿Cómo?, ¿un día tenemos nosotros?...

(C): o sea internamente es la clave sesenta y dos...como la tenemos las chicas, la tiene el varón [risas]
igualmente es una clave que te pones...

(M): eso es una ridiculez...

(C): será por si tiene la mujer

(M): claro capaz que la mujer se indispone...

(A): no mires así, [risas] hay que ver que le pasa...

(M): no, porque nosotros todos los meses no tenemos...no soltamos sangre...no ovulamos, o sea...digo, hay una situación, hay mujeres que no sufren eso pero hay mujeres que si lo sufren...que al menos una vez al mes, es feo, cuando más pérdida tienen o irritación o cistitis o millones de cosas...

(E): o dolor...

(M): o dolor, entiendes entonces bueno, es otra cosa porque si tú vas a hacer fuerza...

(M): y el dolor te cambia el humor...

(M): más vale, no solamente el cambio de humor, estoy hablando porque ahí dice [señala el cartel de los objetivos] efectos psicofísicos...y si hay algo que genere cambios psicofísicos en un ser humano es eso, igual que, qué pasa y qué tratamiento se le da a las personas que tienen inicio de menopausia, ahí sí, los varones tendríamos que tener el día porque somos andropáusicos...por más que, nos entra el machismo y no nos damos cuenta pero a determinada edad el varón también empieza a sufrir ciertos trastornos de ciertos trastornos que son menos evidentes porque culturalmente se le pone más énfasis en el caso de las mujeres, que además no es casual, fíjate que la mayoría de las civilizaciones antiguas piensan que en la sangre de la mujer post-menstrual o post-ovulación significa un castigo, Dios las castigó a que sangrara una vez por año para que recordaran el pecado original...

(A): una vez por mes...

(M): lo jodido es que el hombre fue el que se morfo la manzana, está bien excitado e influido por ella pero...

(A): no, si son unos manipulables porque le echan la culpa a las mujeres...

(M): claro, el hombre...bueno, pero ahí voy, esta cuestión porque no verla también desde el punto de vista de este capital que tiene que ver atravesado por una sociedad heterosexual, machista o incluso hasta hilando fino, si llegase a venir alguien que sea de una minoría sexual digamos como una lesbiana o un homosexual masculino estaría bueno que se le presentase...

Anexo II Focus group 2 (08/04/2014)

Se dan las pautas del focus group, donde se explica el objetivo general y los específicos del trabajo. Cada integrante (5) tiene una hoja en blanco donde comienzan a escribir palabras claves e ideas que quieren resaltar.

Integrantes: Florencia (F), Evangelina (E), María Eugenia (ME), José Luis (J) y Gustavo (G), Moderadora (Mo).

Comienza la filmación.

(G): esto va encarado a lo propio o a lo que uno ve [gesticula con las manos] así digamos en el grupo...

(Mo): lo que vos quieras, de las dos maneras estaría perfecto para ver los puntos de vista... [(F) se toca el pelo y observa]

(G): claro...

[el grupo escribe y mira los objetivos que están escritos en un cartel en la pared]

(J): bueno, nada más...

(G): ah... era con referencia a eso lo que hay que hacer... [señala el cartel con los objetivos...risas...]

(Mo): lo que vos quieras Gustavo, lo que vos quieras... es más o menos como para que tengan una guía...

(G): si, si...

(Mo): de lo que quieran hablar ustedes...

(ME): es tu momento de desahogo... [gesticula con las manos]

(Mo): claro... [risas]

(G): si puedo... puedo hablar...

(Mo): contale al grupo... claro es como un grupo de autoayuda...

(J): soy José y quiero declarar que hace tres años que soy enfermero...

(Mo): si se quieren ir presentando cada uno...

(G): bueno...

(Mo): bueno... son todos enfermeros salvo ella que es Licenciada... [señala a (E)] vos Gustavo sos Licenciado?

(G): no, no yo pasaba por ahí y me metí... [risas]...no, enfermero...

(Mo): son todos enfermeros... alguien quiere empezar a contar algo, a hablar...

(J): para mí lo que más te cansa de la rutina de enfermería, no sé si a todos igual, yo no comparto tanto tiempo con los chicos que estamos acá... pero lo que sí, que se acentúa bastante en UCI es el paciente con cuidados paliativos, que no se va a hacer nada... porque cuando digo no se va a hacer nada, en muy grandes, en el sentido de que mientras el paciente esté conectado, vos vas a seguir cuidándolo, vas a seguir higienizándolo, vas a seguir curándolo...

(F): la atención va a ser la misma...

(J): vas a seguir respondiendo por su salud, pero hay pacientes que están meses... [gesticula con las manos como haciendo referencia al paso del tiempo] en la misma condición y... vos sabes que van a seguir estando meses, se infectan y siguen estando meses...

(Mo): que te genera desgaste eso?

(J): desgaste... [asiente con la cabeza] porque en realidad lo que a mí me fascina de enfermería es la recuperación del paciente, desde el punto de vista...

(ME): claro...

(J): lo que a mí me cansa, desde el punto de vista, es la rutina...y lo que me cansa y me hace trabajar de más a veces porque tengo que hacer el doble de esfuerzo es ver al paciente deteriorarse sin que uno pueda hacer mucho por él....

(Mo): claro, el deterioro...

(J): vos lo seguís viendo deteriorarse porque no tiene con que recuperarse, pero sabes que hasta el momento que el corazón no deje de latir, eh... se va a seguir haciendo de todo... se lo va a dializar, se van a tomar las medidas que se tengan que tomar, pero hasta que el paciente pare... [gesticula con las manos como lavándose las manos]

(Mo): si, es algo que no está en tus manos...

(J): exactamente

(G): eh... con respecto a eso... eh... está bien... eh... más allá... lo que yo veo no... hace poco que estoy en esto también... yo soy enfermero desde hace tres años, no, no más que eso eh... pero bueno, tuve la suerte de estar únicamente un mes y medio en el piso y de ahí pasar a la terapia este... pase a la terapia más que nada porque me encanta la urgencia, este... y bueno me encontré con una terapia que no es una terapia como otra que se puede llegar a ver, digamos... no es una terapia intensiva, verdaderamente intensiva... es una terapia intensiva que es de una clínica privada, donde muchas veces los pacientes no tienen...

(E): criterio...

(G): criterio de internación en la terapia... no digo algunos pacientes, eh... digo muchos pacientes, muchos pacientes...

(ME): de diez camas... ocho...

(G): claro... una bariátrica por ejemplo...

(Mo): diez camas tiene la terapia?

(G): tenemos diez camas, sí... una bariátrica o así mismo un flemón... es decir, pacientes que se los llevan ahí, quizás que no deberían estar, más allá de la incomodidad del paciente, porque al paciente le decís: "vas a terapia", lo mataste al paciente, mataste a la familia, a todos los conocidos... [todos asienten con la cabeza y dicen si...] del porque...

(F): genera un estrés...

(E): el rotulo de la terapia asusta...

(G): y ese paciente te va a estar encima todo el tiempo... "qué hago en terapia, por qué estoy en terapia..." por más que sea amigo de un médico o porque tenga la mejor obra social... este... bueno... y estos pacientes a su vez, los están tirando a un nido de bichos... nosotros sabemos en la terapia, tenemos la contaminación máxima que puede haber en todos los lugares no? [asienten todos con la cabeza] bueno... más allá de eso... ese paciente por ahí te desgasta un poco más de lo que te va a desgastar un paciente verdaderamente de terapia, en el que vos sabes que tenés que estar jugando toda la noche con el inotrópico, que tenés que estar jugándole con la medicación, cambiándole el tratamiento diez veces en una guardia, este... haciéndole placa,

haciendo lo que tengas que hacer, haciendo el tratamiento que tengas que hacer, este... y más allá de eso, el paciente que verdaderamente siente, es decir, tiene un criterio de internación en terapia hasta dónde es que la empresa como tal, porque no deja de ser una empresa, este... quiere mantenerlo vivo, y hasta donde se lleva a ese paciente no? Eh... a veces uno dice ya está... basta... y dice bueno, no... mañana lo vamos a encontrar con una traqueo... y mañana lo encontrás con una traqueo... y le hacen la traqueo y dentro de dos horas se muere...y es así, lamentablemente vemos eso, están esperando para dializarlo y vemos eso, entonces por ahí...a mí lo que me cansa es eso...

(Mo): el ensañamiento terapéutico...

(G): ese ensañamiento...

(E): eso en lo privado se ve, no sé si en lo público, pero en lo privado se ve mucho...

(G): es tratar de hacerle algo más, ponerle algo más como para facturar, este... a mí lo que me cansa es eso... en si más que nada... eh... en lo que es ver cómo se maneja al paciente no? Eh...se hace con respeto, se hace con el respeto que corresponde, desde el lado nuestro, desde el lado médico y todo pero bueno... son cosas que a veces son innecesarias, que se yo...

(J): uno los ve y dice... [niega con la cabeza]

(Mo): hace tres años que estas en terapia?

(G): si...

(Mo): y tenés ese problema que la mayoría de los enfermeros que trabajan en terapia están desacostumbrados a que los pacientes les hablen?

(G): eh...no...

(Mo): o no tienen tantos pacientes en respirador?

(G): no, este... ya te digo, lo que pasa que nosotros ya te digo, nosotros tenemos muchos pacientes...

(F): que no tienen criterio de estar ahí...

(G): que están permanentemente hablando con nosotros y todo...

(ME): en realidad el inconveniente con respecto a esa terapia, es que la mala utilización del espacio, de que vos de diez camas, ocho estén mal ocupadas, cuando viene una urgencia tenés que estar pasando gente al piso, cuando uno en teoría [entrecomilla con los dedos] le enseñan que de diez camas una siempre tiene que quedar libre para una futura urgencia... en la teoría, en la práctica no siempre pasa... entonces con qué necesidad tenés de mover, porque por ahí son las dos menos cuarto que vos querés irte, pasar la guardia... dicen: "no, no, no, viene una urgencia, hay que pasar el paciente al piso..." cuando en realidad si vos dejas una cama libre, ese paciente puede entrar y el pase se puede hacer mucho más tarde, ese es el mayor...

(Mo) y (ME): es la mala organización...

(G): o ponele el caso de que te bajaron un paciente que viene ventilado de quirófano y... te lo tiraron ahí... [gesticula con las manos] es decir te lo tiraron, no es que, te lo dejaron puesto, lo dejaron tirado ahí, y dijeron: bueno, desocupen una cama y hagan este...

(Mo): acomódenlo...

(G): y bueno, a darle con el ambú... [gesticula con las manos] este... pero bueno no, no es lo que corresponde, eh... y más allá de eso, [señala a Mo] lo que vos me decías el tema del paciente que te habla eh... yo no sé si es tanto el paciente que te habla, eh... o si es el familiar que te habla por el paciente...

(E): si, también...

(G): porque por ahí a nosotros, nosotros tenemos muchos pacientes, que hablan y todo, y te hacen preguntas y todo, y uno se lo explica... y a veces nos juntamos los tres o cuatro que estamos en esa noche, nos ponemos a charlar con el paciente, este... bueno... y el paciente comprende, digamos normalmente... entiende pero qué pasa cuando tenés a alguien más, que es ese que tenés en el piso que se dedica a abrir el suero, este... a decirte a cuantas gotas va por minuto, a cronometrártelo...

(ME): no gotea... [risas y gesticula mirándose el brazo como teniendo un suero]

(G): eh... a tocarte esto, a tocarte el otro... a mi sinceramente, yo cuando voy, cuando me mandan al sector B, que la internación general, y por ahí pienso más en eso... es decir, voy más a controlar al familiar que al paciente... eh, porque el paciente yo se...

(Mo): claro... esa es la diferencia en la terapia...

(G): que lo miro, y digo acá lo tengo, ya está, ya lo fije como lo tengo y agarro al paciente y le digo "mira, no me toques esto... [señala puntos en el aire], no me hagas esto", al familiar, "no hagas esto, no hagas lo otro", es decir, tengo que preocuparme más en el otro que en el paciente...

(Mo): claro, eso es el área cerrada, ahí no están los familiares, el horario de visita es muy acotado...

(E): si igual a veces el horario de visitas...

(ME): igualmente en esa media hora creo que te hinchán por las otras ocho que no entran...

(G): si, si, si...

(E): si te hinchán, si, si, si, totalmente...

(ME): y lo peor cuando... "y el medico?" "No, el medico ya va a dar los informes", y hay veces que los médicos van a tres lugares y después vos te quedas... no va a dar el informe, y el médico no sale y vos no podes dar... le podes dar información, sabes cuál es el tratamiento pero a futuro no sabes que es lo que va a pasar...

(Mo): si, si, no podes dar el parte...

(E): si, tampoco corresponde que nosotros... no podemos decir...

(ME): eh... y no dan la cara... ese es el peor inconveniente...

(J): es peor incluso si es algún conocido, o que estudio con vos, que esto o que aquello... y qué le van a hacer... y qué es esto...

(G): si y que no tenga la misma profesión... [risas]

(J): y qué le están poniendo en el goteo... y cuándo se va a ir de alta...

(ME): es que en realidad tanta luz, tanto aparato, tanta chicharra, en realidad... como que asusta, o se evalúa la mejoría en base a qué bueno... estaba con tres bombas hoy a la tarde, ahora tiene dos, bueno entonces esta mejor...

(J) y (E): ahora tiene dos... [hablan superpuestos y se ríen]

(J): está mejor...

(ME): está mejor, si esta mejor...

(G): si...

(F): yo estoy en el piso, de lo de los familiares, por más de que estoy en el turno de la noche, siempre hay algún familiar que a las tres de la mañana se le ocurre que tiene que hablar con el medico...

(Mo): bueno ella esta [señala a F] en internación, pero cuantas camas tienen ahí?

(F): veinte camas...

(Mo): dejan una enfermera como...

(F): generalmente dejan dos enfermeras y un auxiliar... con suerte somos cuatro... así como que se ilumina el jefe [gesticula con las manos como signo de grande] y dijo bueno, vamos a poner, pero a veces nos dejan una enfermera y una auxiliar y... si, tenemos pacientes que realmente están complicados...

(E): pero por más que sea de noche...

(F): es servicio de traumatología y cirugía general, mucha gente geronte digamos... que se desubica mucho a la noche... y... lo que decía a él... [mira a J] tenemos una paciente que le diagnosticaron un sarcoma, entro por una fractura esta hace dos meses y ya dijeron que no hay un tratamiento... o sea le dijeron a la señora que se iba a morir... pero la siguen teniendo ahí internada... haciéndole cosas... yo hable, hablamos con ella, estamos todos mal porque obviamente ya todo el servicio le tomo cariño, hace dos meses que esta, y... fuimos nosotros los que le dijimos, o sea que ya no había más remedio porque los médicos no querían dar la cara... no querían enfrentar a los familiares, eso nos genera un sobre estrés porque aparte nunca se acercaron...

(Mo): claro, la carga de vos tener que informar esto...

(F): si, si... aparte ya con los médicos no quiere hablar porque obviamente los médicos se borran, le dicen que está todo bien y ella sabe que no está todo bien, porque es terrible como le sangra la pierna, creo que toman la gente como que entienden...

(ME): aparte que el otro problema es que lo que no sabe lo busca por internet...

(F): decí que la señora es grande y no... pero...

(J): por el simple hecho... [hablan superpuestos]

(ME): no, no, no, pero la familia digo, no digo ella...

(F): ah... si, si, la familia si...

(J): o sea, el simple hecho de ver un paciente añoso se supone que no va a entender lo que le está pasando...

(F): claro, pero esta re lucida y ella sabe que se está muriendo... y no le dan una solución, ella dice: no sé, yo prefiero estar en mi casa que seguir estando acá... ella se da cuenta de que nos genera a nosotros más trabajo, cuando ella misma dice que por ella ya no podemos hacer más nada, pero los médicos no le quieren dar el alta...

(E): una internación domiciliaria...

(F): no, no quieren...

(ME): es más plata... [todos asienten con la cabeza]

(E): claro, eso planteaba a lo que estábamos hablando de la institución privada, hasta qué punto se hace lo que se tiene que hacer, o porque bueno, ya pasa por una cuestión de dinero...

(F): si, si... pasa me parece más por eso...

(E): no se... nunca estuve en la parte publica... pero en lo privado uno lo ve mucho a eso... [todos asienten con la cabeza]

(ME): quizás la diferencia en la parte privada es por plata y en la parte pública es porque los que están estudiando tienen que aprender...

(E): también...

(J): si, igual depende, creo que también depende mucho de la institución, me parece... a lo privado seguramente cobran más la parte lucrativa de la salud, pero también, eh... en los dos campos tenés mucho eh... más cantidad de información, entonces...

(ME): si, pero en la parte publica por ejemplo, tenés, tres médicos de planta, tenés cinco médicos residentes... en cambio en la parte privada se equipara de otra manera, no hay en todas las especialidades tanto eh... por ahí en el [] si, en la [] no hay... directamente...

(Mo): claro, pero el [] es un hospital escuela, el resto no...

(ME): claro... por eso... [se hace un silencio]

(Mo): Evange?

(E): eh... otro tema que bueno nosotros con el grupo también lo estamos viendo con el grupo de mis compañeros, eh... también el tema de cómo se maneja la terapia en cuanto a si hay un jefe, me refiero a un jefe médico en la terapia o son dueños, acá en Mar del Plata que son dueños...

(Mo): si, directamente...

(E): eh... en el lugar que hay jefes que por ahí no son los médicos, a veces también el tema de como querer de tener que complacerlo y hacer lo que ellos quieren, o sea... muchas veces nos pasa a nosotros que no estamos de acuerdo en un montón de decisiones como ha pasado y entonces ahí que haces... y bueno, y qué pasa con la parte de enfermería? Porque, qué pasa con la jefatura de enfermería? Te apoya a vos? O por no quedar mal apoya al médico?... claro, eso también es un tema que también estresa. Yo hace 10 años que estoy en terapia, estuve un año yendo a los pisos y después ya pase a la terapia, y eso se ve mucho, es bastante estresante...

(Mo): claro, porque ahí en las clínicas tienen porcentajes, no?

(E): en algunas si, algunas si, otras no...

(G): [se superpone a E] si, algunas si...

(E): otra es de la clínica misma y no tiene un dueño específico... y a veces el tema de los jefes de la terapia cuando no son médicos, eh... plantea mucho en ese sentido, a ver hasta donde uno puede hacer y no...

(Mo): si podes o no estar de acuerdo... lucha de egos?

(E): claro, totalmente... eso, eso a nosotros por ahí nos está pasando y lo estamos viendo a eso... si, y genera bastante estrés y muchas veces también, eh... como el querer, como que entre nosotros haya, entre los mismos compañeros, como para que nos peleemos... ah sí porque... esto también lo estamos viendo últimamente bastante... por ahí si tenés un grupo consolidado no pasa nada...

(Mo): si, nada te afecta pero...

(E): hace varios años que estamos juntos ya sabemos cómo dice el dicho con qué bueyes aramos...pero a veces cuando entra alguien nuevo, viste...el querer decir, mira... es un desgaste también...

(Mo): y si, te desequilibra el equipo...

(E): claro, si vos estas hace muchos años, como la gran mayoría de ustedes, hace varios años, entonces ya nos conocemos como trabajamos, pero por ahí cuando entra alguien nuevo, viste... como que por ahí lo hace tambalear... y ver... pensar en un montón de cosas, decir, en donde me metí? O sea... era esto lo que yo quería... es un tema muy...

(G): y ver también, después está el otro tema no? Más allá de eso... eh... nosotros, eh... tenemos bueno, este... el que es el dueño de la terapia, el jefe, eh...

(ME): doctor [REDACTED]...

(G): eh... doctor [REDACTED]... [sonríe] este... Bueno el hace una guardia por semana, que es el único contacto que tenemos con él no... este...

(F): una guardia por semana?

(G): una guardia por semana hace si, que en si no... la hace por hacerla digamos, no?

(F): como por obligación...

(J): por amor al deporte...

(G): y en ese, en esa guardia, hacemos un pase de guardia entre nosotros, que con el único que lo hacemos, no? Es el único con el que hacemos ese pase de guardia, eh... que más allá de todo es el único contacto que nosotros tenemos con él en ese momento y... también donde verdaderamente nos llegan las cosas y nosotros también le hacemos llegar las cosas a él, porque muchas veces nosotros nos quedamos con el report... si mira, decile tal cosa a tal, que falta tal esto... [simula escribir con la mano] bueno la jefatura de enfermería nuestra no está definida, existe así virtualmente pero nadie sabe quién es tampoco...

(Mo): del servicio?...

(G): del servicio, de lo que es terapia, si... y... bueno, el resto de los supervisores bueno, están... pasan por ahí, bueno, quedamos así... [levanta dedos pulgares] chau, listo, se fueron... este... pero en si a nosotros nos dicen no, eh... este tipo no quiso tal cosa, no quiso tal otra, cuando nosotros vamos y lo hablamos, nos dice no, yo no me entere nada... puede ser que se haya enterado como puede ser que no, pero nosotros tenemos por ahí ese día como para poder decírselo directamente y... y en las cosas que les hemos dicho directamente han llegado, entonces ahí nos damos cuenta que la falencia no es tanto, eh... el hecho de que él no quiere hacer sino que hay alguien [marca un círculo con el dedo índice] que no lo permite...

(F): la parte de supervisión...

(Mo): el mensajero no...

(G): alguien mato un mensajero en el camino viste... entonces, las cosas llegan cuando las decimos directamente eh... por ahí también, lo que hablamos a veces con los otros turnos, es el maltrato por parte de él hacia ellos, pero... por ahí con nosotros por ejemplo, hemos tenido ciertas situaciones en las que tampoco hemos visto ese tipo de maltrato o donde haya levantado un poco la voz, después uno lo charla y el flaco [para la palma de la mano] se tranquiliza, se aplaca y bueno... no, bueno está bien, disculpen, fue por tal y tal motivo que se yo, es decir, acomodar los tantos, que el tipo sepa que nosotros estamos laburando con él y él está laburando con nosotros, que estamos laburando juntos es decir, no para él directamente [asienten con la cabeza], este... por ahí hay cierta molestia con ese tema, digamos, de esta persona, eh... y por ahí con los

tratamientos que el lleva a cabo, que en el caso nuestro al tener ese pase de guardia nosotros discutimos los tratamientos con él, y... es otra cosa, porque por ahí...

(Mo): los escucha?

(G): si, si, si, si eso es lo bueno...

(Mo): mira que bueno...

(G): y cuando, cuando él te dice no, no te dice no porque no, ese es el tema, es decir...

(ME): le encanta enseñar...

(Mo): lo argumenta...

(G): le gusta, se va de tema... este...

(ME): si, si, si, aparte le encanta explicar para que vos sepas porque toma cada una de las decisiones...

(G): entonces viste por ahí, eh... lo que uno ve que durante el día quizás, la gente que trabaja durante el día, son distintos los tiempos, los de la mañana y la tarde son distintos los tiempos, quizás no tenga tiempo para esas charlas... [gesticula con los índices] y eso también lo calienta mucho al tipo, porque al tipo le gusta que lo escuchen, este... en cambio nosotros tenemos más tiempo, nos sentamos un rato más, hacemos un poco más, eh..., si nos tenemos que levantar vamos, miramos el respirador, nos muestra el respirador, es otra cosa digamos, este... nos pasa también a veces, eso causa, el hecho de si porque si y no tengo tiempo para explicártelo, causa esa repulsión no? En cambio en el caso nuestro, ahí tenés más tiempo y lo haces más tranqui...

(Mo): hay más armonía...

(G): claro, es otra cosa, eh... después con el resto del grupo se trabaja todo bien, son toda gente que va viniendo del regional, son todos chicos que están saliendo de allá, uno es hijo de otro, digamos, es decir, todos se conocen su forma de trabajo, y con todos discutimos la forma de trabajo, viste... tenemos total autonomía en algunos casos, este, eh, bueno... las consultas son mínimas... y es hacia los dos lados no? [gesticula con las manos] es reciproco, este... asique bueno, no sé yo...

(Mo): que tienen un médico siempre ustedes?

(F): pero vos sentís que ustedes trabajan en equipo junto con los médicos? O sentís que los médicos no toman muy en cuenta lo que tenga que decir enfermería?

(G): nosotros, en el caso nuestro, en el tema nuestro nos manejamos muy bien...

(F): muy bien? Nosotros no...

(G): eh... ya te digo...

(E): lo que pasa que el turno de la noche es...

(G): hay casos en que nosotros trabajamos y el medico se enteró al otro día a las ocho de la mañana de lo que paso...

(E): pasa que el turno de la noche es diferente...

(G): es totalmente diferente... [todos asienten con la cabeza]

(E): y vos durante el día... tanto mañana o tarde, yo que trabajo de mañana... el medico anda levantado, andan más médicos...anda como más movimiento... por ahí a la noche es cierto que tienen que tomar más decisiones que las toma enfermería...

(J): a tu criterio...

(E): y que los médicos lo saben, o sea creo que también tienen la confianza como para decir...

(G): si, si, si, no, claro y de hecho te lo dicen directamente... bueno manéjense...

(E): aparte vos sabes hasta qué punto podés hacer y decir bueno... ya no...

(G): claro, si, si, aparte ellos saben digamos con la gente que están trabajando, es decir, de todos los que estamos ahí yo soy el más nuevo... después el resto, todos tienen sus muchos años ahí adentro, es decir, tienen un criterio y tienen el criterio de decir, no che...llamémoslo, despertémoslo porque hasta acá llegamos...

(E): totalmente...

(Mo): bueno, en el piso? Diferente?

(F): no, muy diferente... yo creo que enfermería sigo siendo la enfermera que tiene que estar sirviendo al médico...tienen ese concepto y los chicos que entran como residentes siguen con ese concepto pero porque lo están imponiendo desde arriba...

(E): se forman también...

(F): y los forman ahí adentro...

(E): claro, totalmente...

(F): veo que lo que es el departamento de enfermería no apoya al plantel de enfermería, están más del lado de los médicos que de nuestro lado y eso se nota mucho... no a la noche, porque es como dicen a la noche tomamos más decisiones nosotras que los médicos, a veces los llamas y no te atienden, te cansas de llamar y tenés que hacer vos porque...

(E): que tienen médicos residentes ahí?

(F): si, pero creo que son tres...

(E): y es un estrés... vos tenés un paro en el piso...

(F): si, van a venir pero por ahí tarda... tenés que arrancar vos... tenés que arrancar sola....

(E): claro, y tenés que comerte el garrón...

(J): o a veces ser sutil y decir y si hacemos así... [sonríe]

(E): porque hasta que vienen y todo...

(F): no, el paciente se te fue...

(G): bueno, esa es la diferencia que por ejemplo en la [REDACTED] no la tienen... eh, es decir, tienen totalmente prohibido hacer algo directamente los del piso, los que están en internación general...

(E): y que hacen si hay un paro?

(G): los chicos que están en el B lo único que pueden hacer es llamar a la guardia y decirle al médico que suba...

(E) y (F): y mientras tanto??

(G): eh... [se cruza de brazos y mira como si tuviera un paciente adelante]

(F): nooo...

(ME): no, si podes...

(F): pero vos... pero igual...

(G): si, si podes, pero sabes cuál es el tema? Que si fuiste y reanimas y...

(Mo): rompiste una costilla?...

(G): lo que fuera...eh, no, no te quieren cubrir en nada... y de hecho hay médicos que directamente los llamas y...

(ME): o sea que vos tenés que lidiar con el muerto...

(G): claro, lo llamas, eh, venite que se yo y el medico no viene nunca o está durmiendo...eh, no se quiere levantar o está atendiendo...

(ME): en la terapia a la tarde... si no necesitan nada hasta las cuatro voy a dormir la siesta no me llamen...

(G): claro, sí, sí, si...este...y a veces nosotros, yo por ejemplo... yo, cuando he estado en el piso y se complicado o algo y el médico de la guardia no sube... este...agarraba e iba y le golpeaba la puerta de terapia, che flaco vení a darme una mano porque el flaco este no sube... bueno, venia, pero porque, porque me conocían a mí, es decir, pero sino no, no les dan bolilla... eh...están totalmente desprotegidos los chicos y a su vez tenés otra... eh...un familiar llama "mira, no lo veo bien, no está respirando bien, podes llamar al médico?" ya te lo llamo, va la enfermera, enfermero y llama "si, mira, necesito que vengas a ver un paciente...eh...no mira ahora no puedo... bueno, listo [gesticula con las manos una conversación telefónica]... el familiar te va a volver a reclamar...

(E): si, ya le avise...

(G): mira, ya le avise... este... le voy a avisar de nuevo... llamas de nuevo...este... no, mira, no puedo, no puedo... este, bueno, bien, claro, yo en mi caso...track, se llama al médico en dos oportunidades... [gesticula con las manos como si estuviera escribiendo la evolución de enfermería] pero, que pasa, vos escribís eso, de ahí a que el familiar lo entienda... y yo creo que no lo va a entender...

(E): por supuesto, porque si el familiar se le muere no lo va a entender...

(G): porque el familiar lo que quiere es que lo atienda...

(J): sos la cara visible...

(E): el problema va a ser el enfermero que es la cara visible que llama al médico o no...

(G): que pasa? Cuando se le da por subir al médico, en algunos casos, algunos médicos... de muy mala leche...

(ME): recién me acaban de llamar... [risas]

(G): mira, yo me la cruce en un pasillo y recién me entero de que estaba pasando esto...este...con su mejor cara de gil, entendés? Entonces, este... quien quedo ahí en el medio? Quedo la enfermera, este...la enfermera, enfermero, quien estuviera ahí, no? Y quien le hace entender eso al familiar?...

(F): no, yo generalmente llamo adelante del familiar para que vean que...

(G): siempre es el enfermero que se rasca...es el enfermero que se fue a tomar mate, se rasco y se olvidó de llamar al médico... entonces, por ahí, yo a veces les digo a los chicos en el piso, cuando estoy ahí, agarra la

carpeta, baja y anda a buscar al médico directamente... no, no lo llames por teléfono, anda y búscalo directamente o llama al supervisor que lo traiga ya...

(E): si otra opción es delegar al supervisor...

(G): que por supuesto el supervisor...

(Mo): pero responde el supervisor?

(G): si lo encontrás si... [risas]

(E): claro...

(F): depende cual este de guardia...

(E): tiene que cuadrarse todo, los planetas tienen que alinearse para...

(G): es decir, capaz que está ocupado, capaz que no está eh... no sé, capaz que... cualquier cosa, lo que fuera, entonces hay que ver, la alineación de los planetas es imprescindible... [risas]

(E): eso en los pisos, lo que ella dice [señala a (F)]... el poco tiempo que estuve en los pisos...eh, el estrés ahí de no sé, se te para un paciente y el medico no viene... y tenés todos que gritan... y el familiar... y que sacar a la gente... no, eso es un garrón...

(F): si, yo con los traumatólogos reniego muchísimo porque son los que más se lavan las manos...

(E): es terrible... porque no podes actuar...

(F): yo llega un punto que me canso y le digo al familiar te vas a la guardia, a la parte de yesería y lo vas a buscar al médico tal y tal, anda y golpéales la puerta...

(E): es como que estas atado...

(F): suben... que hierven... [risas]

(E): a vos te pasa algo... eso es también lo que estresa y por eso no me gusta el piso... en el área cerrada uno tiene otra forma de actuar...

(G): vos sabes que golpeas la puerta y está ahí...

(E): no, y que vos se te para un paciente y sabes que vas a reanimar... o sea hay un montón de cosas...

(G): y nadie vio nada... vos hiciste los procedimientos que tenías que haber hecho y si salieron, salieron... y si no salieron... bueno, es parte de eso...

(E): o sea, vos en una terapia no te vas a quedar mirando... esperando que venga el médico...

(G): no, más vale, no...

(E): eso por ahí es la libertad que por ahí tenés en el área cerrada que obviamente no tenés en un piso...

(G): si, si...

(Mo): y lo que tiene allá internación es que el cirujano se ocupa de esto... el traumatólogo del hueso... no le pidas más nada...

(G): si, si, si...

(F): no, no, no, el traumatólogo, la parte clínica no la tiene en cuenta y así... se pasan la pelota...

(Mo): le decís: el paciente es diabético... bueno, que tome la medicación como siempre...

(E): claro, totalmente...

(G): si, o el simple hecho de... bueno ha pasado situaciones acá en que...este... óbito un paciente... uno va lo ve, si, efectivamente, es decir, a la experiencia... si obitó... llamo al médico... la familia qué? Que, qué

hacemos? Eh... déjame un cachito que llamo al médico... hasta ese momento, nosotros teóricamente no podemos decir nada... este... bueno, llamo al médico, llamo al médico y el médico nunca vino, eh... en el momento que uno se comunica dice: pero si ya está muerto, para que querés que suba? Este... porque todavía la familia está viva... este, entonces entendete eso y cuando sube la familia que lo quiere matar a golpes... eh, porque no los paraste? Y no flaco, ponete las pilas vos... vos sos el que tiene que estar ahí... el que tenés que dar la cara en ese momento... si sabes que hace una hora que esta el fiambre ahí... este, no podes...y bueno y esa es otra... yo creo que esa es otra de las actitudes que ellos también tienen por ahí que vos decís pucha... estuve acá, parando la familia una hora... que vos no tenés ese solo paciente en el piso... tenés ese y otros tantos más... este... y lo que te causa el hecho de que te venga a preguntar cada dos minutos el familiar...

(E): eso es terrible...

(G): está muerto, no? Está muerto... y vos no podes decir nada...

(E): es terrible...

(G): es decir, eh... para que ya va a venir el medico... aguanta un poquito... pero se murió o no se murió? Eh... para un cachito... y que no sabes si le podes apagar una bomba... que sí, si le tenés que sacar el oxígeno... este, es decir, son cosas con las que se encuentran en el piso que por ahí y no pueden decidir en ese momento porque... si yo le corte el oxígeno capaz que cuando viene el medico el familiar le dice: ah, pero lo mato él porque le saco el oxígeno...

(E): el enfermero...

(G): entonces, este...que se yo...

(E): si, hay ciertas cosas que en área cerrada difieren de lo que es la internación...

(G): claro, si, si, seguro...

(E): ponele, en un área cerrada se te murió un paciente... se llama al familiar... después viene, es otra la actitud...

(G): cuando vino, ya está listo...

(E): ya está listo... si para que entre ah...

(G): si, si, si... ni hablar...

(J): un poco de actuación en el piso... [risas] un poco de actuación...

(F): depende... yo, una vez que se cortó le saco todo y... después viene a constatar el óbito y el médico te dice: a qué hora fue? Y nada más...

(E): depende mucho de la institución... de cómo se manejen... que se yo...

(F): eso, nosotros a la noche tenemos mucha libertad... mucha... como no hay nadie... nos manejamos nosotras en el piso... pero por otro lado no está bueno... porque se lavan las manos...

(Mo): es que los mal acostumbras también...

(F): también...

(Mo): también, la realidad es que tienen una sobrecarga... son tres residentes... uno de segundo y dos de primer año para todo el monstruo que es ese hospital...

(G): sí, sí, claro...

(Mo): es entendible y no... porque si uno lo llama porque tenés criterio, porque vos estudiaste y sabes por qué lo llamas tienen que responder... lo que pasa es que están sobrecargados...

(F): no vienen o se quedan dormidos de vuelta... el otro día tenía un paciente de cirugía que estaba con dolor precordial... y llame al cirujano... y me dijo: si ya voy... eran las tres y media de la mañana... apareció a las cinco y media...

(E): y vos por ejemplo: le podes hacer un electro?

(F): antes de llamarlo ya le estábamos haciendo el electro...

(E): ah, no porque viste que en algunos lugares se manejan distinto...

(F): no, nosotros le habíamos hecho el electro, todo... era tres y media... él apareció cinco y media, seis menos cuarto cuando yo estaba por entregar la guardia... y así... y en todo momento estaba ahí con el paciente y con el familiar, si tiene familiar... sino con el paciente sólo...

(G): ahí está el otro tema también... eh, hacer ciertos procedimientos como es un electro para el cual uno no sale formado de la escuela... es decir, uno egresa como profesional y todo... pero no llega tampoco a una clínica o a un hospital sabiendo hacer un electro y... bueno, vos te encontras a veces... eh, te encontras gente que dice. Si, si, hagámosle un electro... y bueno, salió con el carrito y yo creo que va pensando...

(E): como hago el electro?

(G): durante todo ese trayecto dónde va colocada cada una de las cosas... [risas] y claro, y llegar y tener que encontrarse con esa situación de que tenés los familiares que está bien... me puede esperar afuera? Listo... y capaz que los tres que están ahí ninguna nunca hizo un electro...

(F): bueno, el otro día uno de los cirujanos me pedía que le haga un electro y me decía estas poniendo mal las derivaciones... yo le decía no... si estas poniendo mal... le digo: vos sabes hacer un electro?... hice una vez en la residencia...

(G): entonces cállate... [risas]

(F): bueno, entonces no sabes hacer un electro... déjame hacer el electro... [risas]

(Mo): mira que tema interesante el de las diferentes formaciones que hay...

(G): ni hablar la simple administración de oxígeno... nosotros tenemos muchísimos... muchísimos dramas... y muchos pacientes que nos vienen a terapia por la mala administración del oxígeno... es decir, un EPOC que lo vieron que respira mal... y que hicieron? Le abrieron el oxígeno y como vieron que no respiraba bien, le pusieron una máscara con reservorio y le subieron al máximo...

(F): claro, por ahí está reteniendo...

(G): y cuando lo trajeron lo trajeron parado... entonces cual es el tema? Son malos manejos o malos conocimientos que quizás uno... uno va a ir adquiriendo...

(E): o el tema de los líquidos... que a veces le abren el suerito porque no orina... le aumentaron el suerito... y lo tenés con un edema agudo de pulmón...

(G): claro, si, si, si... o que te dijo alguien no, lo que pasa es que tenía sed asique le pase a chorro mil de fisio...

(E): claro, claro...

(G): y después te lo encontras que esta pasado de líquidos... este... bueno...

(E): con edema agudo de pulmón... [risas]

(G): con edema agudo de pulmón [risas]... este... y bueno, eh, cosas sencillas que digamos que son malos manejos digamos no?...

(E): claro...

(G): este... a veces por falta de experiencia a veces...

(Mo): hay mucha gente nueva en la [REDACTED]?

(G): y hay, si, si... hay gente nueva...

(Mo): enfermeros me refiero... porque en el hospital hay mucha gente nueva...

(J): muchísima...

(Mo): y mucho estudiante...

(G): el tema en si es cuando queda toda esa gente nueva trabajando... es decir, cuando no tenés dos o tres... que sea más o menos...

(Mo): si, un referente que lleve al rebaño...

(G): o cuando esos nuevos se manejan solos...

(E): si, porque esa es otra realidad que yo lo estoy viendo...

(ME): igualmente hay muchos nuevos porque no duran mucho, la gente...

(G): no, no, no, seguro... si, si...

(J): lo que pasa es que también...

(E): es que por ahí es de manejarse mucho solo...

(G): si, si creo que si...

(J): es eso, a veces creo que muchas de esas malas experiencias... de no hacer un electro, le pase mucho líquido porque no estaba orinando... [gesticula con las manos] le administre oxígeno y es un EPOC y todas esas malas experiencias a los chicos los van formando, hay algunos que los sobrellevan y aprenden de la experiencia y otros que te dicen yo no sirvo para esto... te lo dejo a vos...

(G): no, y hay otros que también niegan y te dicen eh... escúchame, yo hace años que estoy acá vos me vas a decir cómo tengo que pasar oxígeno... [risas y todos asienten con la cabeza]

(J): ese es el otro extremo...

(G): y bueno eh... y llegar después a la terapia y decirle a los chicos: chicos dentro de un rato va a venir uno... [gesticula con la cara y las manos como diciendo mal] y si, dentro de un rato lo fuimos a buscar eh... pero era un hecho este... pero bueno... cosas que por ahí no se aprenden, hábitos que se dejan... [gesticula con las manos como diciendo mucho tiempo]

(Mo): mañas que se adquieren...

(J): o hábitos malos...

(G): malos... malos

(F): que pasan de generación en generación...

(G): y pase la guardia... [gesticula con las manos como diciendo listo]

(J): por ejemplo... quien no vio la típica curación rotulada, la típica curación rotulada o marcada...

(Mo): con fibrón verde fosforescente

(J): algunos la escriben... [gesticula con las manos como si escribiera] otros solamente lo marcan... [hacen silencio y asienten con la cabeza] es un ser humano, no es una vaca... [risas]

(F): en el piso se usa mucho eso pero porque...

(ME): porque la gente no...

(F): para tener una referencia de si en los otros turnos hicieron la curación... muchas veces te encontras hasta con el mismo pañal que pusimos la noche anterior... entonces lo marcas...

(ME): nosotros lo hacemos con las sabanas...

(F): mi auxiliar las marca para... después viene y me dice: Florencia mira lo que está pasando acá... [gesticula señalando con el dedo] a esta señora no la tocaron en todos los turnos... queda ahí... porque te vas y le decís a la supervisora... [gesticula con la cara] y no pasa nada...

(Mo): si, y que le decís a la supervisora? Y no te lo soluciona porque lo que arma es puterío...

(F): [asiente con la cabeza] si, puterío...

(Mo): enfrenta turno contra turno...

(G): si...

(F): si...

(Mo): y nada más... no es que va a solucionar el problema...

(F): igual lo que nos está pasando a nosotras, en nuestro sector, es mucha falta de personal... mucha falta de personal... no solamente en mi turno me dejan sola con un auxiliar... a la mañana a veces dejan solamente dos enfermeras con lo que es el piso a la mañana que tenés el pase de guardia de traumatología, de cirugía... [cuenta con los dedos] de clínica eh... todos los familiares que todos quieren escuchar al médico y los médicos no aparecen...

(J): los cambios de indicaciones constantes...

(F): que tenés que hacer todas las higienes... [gesticula con las manos] todo lo que conlleva el turno de la mañana...

(Mo): encima ahora que les incorporaron todo el sistema informatizado...

(F): ah... que es muy lento...

(Mo): se hace todo eh... evolucionas, las indicaciones están informatizadas, tenés que rotular uno por uno...

(J): por un lado... por un lado está bueno... más allá... porque es muy nuevo, al ser muy nuevo es muy lento y la mayoría no conoce cómo manejarlo...

(E): sí, creo que hasta que le tomas la mano... pero por otro lado...

(J): incluso tomándole la mano es lento...

(F): es lento... se tilda... no es que vos marcas y queda marcado... sino que marcas y tenés que esperar un rato para que quede marcado...

(E): que por ahí vos, la verdad, escribiendo haces más rápido...

(J): y no todas las máquinas están equipadas... además de que no tienen un plan B en caso de que se nos corte la luz... [entrecomilla con los dedos]

(F): ah, si... se te corto luz y no se...

(J): el plan tenía...

(F): perdiste indicaciones médicas, perdiste evoluciones... perdiste todo...

(J): era un plan... [risas]

(G): ah...bien...

(F): y no tenés un referente...

(Mo): si es bueno... o más o menos bueno en un área cerrada que tenés cuatro pacientes, dos pacientes, tres pacientes... ella te está hablando de veinte pacientes... [señala a F] veinticuatro pacientes... es una locura...

(F): viene un familiar a decirte “tal paciente tiene algo de analgesia?” y vos no te acordás que tienen los veinte pacientes... tenés que ir, esperar que se abra el programa que tarda un montón, buscar al paciente, ver si tiene... antes agarrabas la carpeta y si, ahí le hacemos algo... no, te lleva mucho tiempo...

(G): por supuesto que para el familiar: “y no se la enfermera se fue a jugar con la computadora... le preguntamos y se fue a tocar la compu...”

(F): aparte hemos tenido quejas de familiares que dicen: “no, la enfermera esta todo el día sentada en la computadora...” y vos por ahí estas tres horas renegando porque el sistema no te abre...

(J): te ven escribiendo y piensan que...

(F): claro, y piensan que estas en el Facebook... que estas chateando... sí, sí, eso nos pasa siempre... siempre, que te dicen: “podes dejar de estar en la computadora? y ves que mi papa esta...”

(J): o les molesta el sencillo hecho de que estés sentado...

(F): si, que estés sentado...

(J): “podrías venir a ver a mi papá que me parece que el suero no cae...” ahí voy señora....

(F): claro, si, eso es verdad...

(E): si, o te pasa en la compu o a veces cuando estas escribiendo-evolucionando... “fui a avisarle a la enfermera y no vino...” y viste... y si... pero bueno, eso es muy de piso...

(F): igual favorece a los médicos...

(Mo): muy de privado... de institución privada...

(E): y de piso porque estas evolucionando o algo... y viste... es diferente...

(Mo): bueno, área cerrada no...

(G): si eh... que... más allá de todo si de privado también porque yo te digo la verdad, todos preferimos manotear una carpeta y ver lo que está escrito y directamente agarrar y decir, si tiene tal cosa y salís, armas y chau...

(Mo): me refiero al reclamo del familiar... porque en el público olvidate... o sea una enfermera cada cuarenta pacientes... de pedo si la ves una vez a la enfermera en todo el turno...

(G): ah no... si, si...

(E): no, no, aparte en la parte pública quien te va a decir algo... y si te vienen a decir algo... maneja... es así... eh... no voy, no voy, voy cuando termine y quien te va a decir algo... [risas] y si, es así...

(ME): lo que pasa es que te lo dice una vez... a la segunda te pega un bollo... vos no sabes con quien te vas a encontrar... eh... también, o sino fuiste en tiempo prudente...

(G): te filetean...

(E): sufrirás las consecuencias...

(ME): tenés que poner adelante o yo pongo alguien adelante para que no me pegue en los dientes... [risas]

(E): eso es importante porque son muy caros... [le señala los braquets]

(ME): lo que pasa es que en la institución privada en realidad el paciente es un cliente... él siempre tiene la razón por más de que vos le des un montón de explicaciones... a mí me había pasado en el piso... que el medico había cambiado la indicación, a mí no me había dicho nada y yo iba a dar una medicación, cuando se subleva la familiar de la paciente... “no porque ya hablamos con el medico...” el boludo aparece atrás, porque otra cosa no... “hay si... lo que pasa es que me olvide de avisarte...” encima era media loqui la familiar de la paciente... y yo me lo quede mirando... como diciendo “que pelotudo que sos...”

(J): ponele un PIP... [risas]

(ME): no, perdón...

(Mo): si, pueden decir malas palabras... [risas]

(ME): pero realmente después me decía... “si, lo que pasa es que no te había visto porque estabas con otros pacientes y no te pude avisar...” pero si vos sabes que a las ocho nosotros damos la medicación... date cuenta porque aparte la que se iba a mandar el moco era yo... era una pastilla para hacerlo dormir encima, que le hacía falta, pero...

(F): a nosotros con la informatizada nos pasa siempre, que cambian la medicación eh... y le avisan al paciente y a nosotros no nos avisan... porque como ellos pueden hacer la indicación desde punto del hospital, desde cualquier computadora... ellos hacen la indicación pensando que nosotras no sé, todo el tiempo estamos sentadas en la computadora... esperando a ver... hicieron una indicación nueva... no...

(E): que tenga alguna luz en rojo que cuando ponen una indicación nueva te prenda entonces vos te das cuenta...

(F): claro...

(J): bueno, para eso también hicieron un programa de alerta... pero se abre la ventana nomas... no es que hace ruido ni nada... vos estas en las habitaciones con los pacientes o estas preparando el carro o estas preparando la medicación y no ves que salta la ventanita...

(E): claro, no estas todo el tiempo mirando la computadora...

(J): y con el protector de pantalla se borró y vos estas ahí... y decís que raro no me indicaron nada... [risas]

(F): antes se supone que te tenían que llamar y decirte: “mira que hicimos una indicación nueva...” nadie te llama...

(Mo): o dejaste la tirita dentro de la carpeta de “indicación nueva”...

(F): claro, también eso...

(Mo): como un señalador...

(F): no, no pasa...

(J): pero por ejemplo tenía un paciente el otro día que... eh... lo fue a ver la neumóloga... todo bien, lo fue a evaluar... si, si, si listo, ya está... ah bueno... ¿lo vino a ver el neumólogo? Si, si... [gesticula con la mano haciendo gesto de no se]

(E): nadie escribió nada...

(J): no, no, me entere a la noche... ¿sabías que tenía antibiótico? [risas] ¿Cómo?

(F): hay tratamientos que empiezan con Meropenem o esputo para Baar o esas cosas que pasan olímpicamente... a veces tres días que están pedidos para hacerlos y el paciente sigue ahí internado y queda ahí... porque nadie lo ve... igual hay mucha gente que lo ve y se hace la que no lo ve... o sea... así como los enemas de Murphy... pasan, pasan, pasan...

(J): se hacen los sotas... [risas]

(F): nadie los ve, todos te dicen: "hoy no lo vi..." con el tema que no te avisan, entonces: "no lo vi, no lo vi..." pasan los turnos... [gesticula con las manos]

(ME): si no lo hacen a las nueve de la noche y te caga durante toda la noche... [risas]

(E): en el otro horario...

(F): si, también... lo vi a última hora...

(E): yo tenía hace mucho un jefe que decía: "sacale la sonda vesical, pero no se la saquen en el ascensor..." viste los pacientes que se están yendo porque si no van a empezar... "en el ascensor no, se la sacan ahora" cuando los pacientes se van a piso... es igual...

(Mo): y los supervisores? Bien gracias...no?

(J): mira...

(F): es como yo te decía... no están del lado de enfermería...

(Mo): vamos a tirar bombas... [risas]

(F): por lo menos en el hospital no están del lado de enfermería...

(Mo): a la noche o todo el día?

(F): yo estuve a la mañana y a la noche... a la mañana es el médico [gesticula con la mano como si fuera lo más grande]... y el medico se la sabe todas y tiene razón por más que vos estés ahí... con el paciente... y vos veas que el paciente hace tres días que viene vomitando y viene el cirujano y dice "el paciente no vomito... el paciente no vomito..." por más que vos hayas visto que si vomito... y lo avala enfermería... el departamento de enfermería... no importa lo que vos le digas...

(Mo): ah... no te cubren...

(F): no, a la mañana no... menos las más de arriba... la [REDACTED]... la [REDACTED] y la otra, [REDACTED]... esa tampoco, al contrario... bueno... [REDACTED]... está muy del lado... a parte como quiere quedarse en el lugar de [REDACTED]... entonces esta como más insoportable que nunca... se sentó a leer todas las evoluciones... no sé si los llamaron a ustedes?

(Mo): no...

(F): ah...si, se sentó a leer todas las evoluciones de todos... pasa a hacer recorridas por las habitaciones... el otro día la encontraron lavándole los pies a un paciente... asique esta... así, con los médicos... se le va a gastar la lengua antes de llegar a ser jefa de departamento... esta terrible... terrible... y en vez de cubrir a enfermería o de apoyar... al contrario... se pone en contra... así que... no, después no, la jefa de la noche se preocupa bastante...

(Mo): los supervisores?

(F): si, el supervisor de la noche... los dos, se preocupan bastante por nosotros... o sea siempre que hay discusiones con familiares o con médicos se ponen del lado de enfermería... más que... eso sí, hay mucha diferencia...

(Mo): y vos José que estas a la tarde, cómo se vive?

(J): eh... yo... desde mi punto de vista... hay supervisores? [risas]

(F): si, a la tarde es verdad... yo estuve un par de veces a la tarde, y no vi ningún supervisor...

(J): no, o sea... esta bueno para sentarse a charlar de filosofía... de prácticas de enfermería, o si es una vía muy complicada que no pueda poner yo... pero por la parte de terapia no, o sea... me dicen: “está despejado?” es a tu criterio “si está despejado andate una hora antes si querés...”, bueno... en lo que es piso... si me han ayudado a armar camas, a bañar pacientes y ese tipo de cosas cuando lo he necesitado y administrativo... vacaciones, o algo de eso, pero fuera de eso... nada más... bueno, en realidad nunca he necesitado nada muy...

(F): lo que sea, si no están conformes con vos te mandan de última al D, es como el castigo el D, a todos les paso...

(E): que hay en el D?

(F): el D es clínica médica, pero es PAMI...

(J): PAMI... [se superpone a F]

(E): castigo importante...

(F): y... no sé cuántas camas hay en el D...

(Mo): más de treinta...

(F): más o menos si... generalmente, obviamente con poco personal...

(E): si, si ni hablar...

(J): son dieciséis, dieciocho...

(Mo): dieciocho, treinta y seis camas...

(J): treinta y seis camas, más las cuatro anexadas, que después te anexan en invierno...

(E): treinta y seis camas y dos enfermeras... [se ríe] es un castigo total...

(F): si, si, si tenés una enfermera atrás y una enfermera adelante y con suerte tenés dos auxiliares para atrás y dos para adelante... hemos trabajado con...

(E): pero si es castigo no te van a mandar auxiliares...

(F): no, hemos trabajado con una enfermera y un auxiliar atrás y un enfermero y un auxiliar adelante...

(Mo): si, generalmente dejan tres auxiliares, uno en el medio...

(F): con suerte... [se ríe]

(J): pero fue esa única vez, en realidad yo no sufrí mucho porque me hice cargo de la macana que me mande...

(ME): pero no hay seguridad como para que el paciente...

(F): si, pero no sirven de nada...

(Mo): no, no hay seguridad, hay orientación y control... [risas]

(J): en realidad fue una escapada a media extraña [entrecomilla con los dedos] como si hubiera tenido un arreglo con alguien adentro, pero no voy a entrar e detalles...

(Mo): no sé de qué estás hablando...

(J): el que la ligo fui yo, no importa...

(E): claro... siempre...

(J): pero como era nuevito... y sos nuevo, no pasa nada, cosa de nuevo, además que al tipo lo habían agarrado asique me salve... [se toca la frente y todos ríen]

(G): está bien...

(J): vamos... [exclamando] vamos...

(E): y pero por eso te digo, pero ahí el que se escapa, se escapa vestido?

(J): y... generalmente... si...

(E): ah... claro... pero en el piso se pueden vestir...

(J): generalmente cuando tenés eso generalmente puede llegar a pasar en el D que tenés muchísimos pacientes y no podes estar en todas las habitaciones al mismo tiempo, entonces si tenés un paciente que tiene cosas personales se va...

(E): por supuesto, si pero mientras vos estas en una habitación, es imposible...

(J): no... es raro que pase, porque generalmente, en el D no hay muchos pacientes que se mueven, exceptos los desorientados que sacan fuerzas de algún lado... [risas]

(F): si, no sé de dónde pero se arrancan las contenciones, todo... y se levantan, no sé cómo hacen...

(J): yo tuve al padre de este ex intendente, eh... lo ate, lo tuve que contener... doble faja [se señala el abdomen] de cuerpo, lo ate de piernas, de brazos, le puse la vía acá [se señala el brazo derecho] no, y le ate...

(F): [interrumpe a J] cabeza... [tocándose la misma]

(J): la cabeza también... [se señala la cabeza]

(F): como Hannibal... así... [se toca la cara]

(J): y... rompió todas las contenciones y se arrancó la vía... y lleno de sangre toda la pared... y yo todavía sigo sin entender como hizo ese hombre de casi ochenta años para romper todas las ataduras, yo la verdad que no entiendo... le pregunte "cómo hiciste?" y se sacó el tapón [se señala la nariz] nasal posterior que tenía, se lo arranco, asique más sangre todavía... [risas] le tuvieron que ir a quemarle la arteria que estaba sangrando, pero era impresionante, yo más que preocuparme por, o asustarme, me quede sorprendido...

(ME): claro...

(J): persona casi de ochenta años...

(E): pásame la receta...

(J): ochenta y se rompió todo eso...

(F): vos hablabas de los de seguridad... [mira a ME] no... es como ella [señala a Mo] no hay seguridad... tuve un paciente de psiquiatría, lo teníamos en una habitación, estaba re agresivo mal... se levanta, se quería ir, llamamos a orientación y control y ahí nos dejaron y se fueron... tuvimos que quedarnos cinco enfermeras, vino el supervisor de la noche y entre nosotras arreglarnos porque los de control se fueron... nos dejaron totalmente solas, y el psiquiatra obviamente no vino...

(Mo): a mí una vez me paso, que un paciente me pego una patada acá [se señala el mentón] no, no, mal... llamaron a estos chicos de orientación y control y vinieron dos grandotes eh... osos, grandotes importantes... “no, yo no puedo, tengo hernia de disco...”, “hay yo no puedo, tengo una lesión en la rodilla...” o sea, para que venís, no vengas...o sea... andate...

(J): solo para que sepas...

(ME): solo para que sepas que son unos inútiles...

(J): si, si, si...o la famosa noche de los chinos, que las chicas desgraciadamente...

(Mo): yo no estaba...

(J): ese día ella no estaba [señala a Mo], pero estaban otras, sus dos compañeras de la noche en ese momento y hacía meses que estaba en los pisos de arriba [señala el techo], en internación normal, un chino, que parece que era mafioso, estaba en trasplante renal de urgencia... te acordás? [mira a F, ella asiente con la cabeza]

(F): si...

(J): y no le entendíamos ni jota lo que nos decía toda la familia, que era un millón, no sabíamos si era familia, amigos, amigos de los amigos...

(F): aparte se metían todos juntos, no te entendían...

(J): y la noche que se re descompensó porque era... falla sistémica, lo llevaron a la UCO y...

(Mo): si, si, que cae en la coronaria porque en la terapia no había cama, o sea cayó de peludo de regalo en la coronaria y la ligaron...

(J): y aparecieron... él quedó adentro, pero todos los chinos estaban afuera y empezaron a golpear las puertas...

(Mo): querían romper todo...

(J): y falleció, se lo querían llevar...

(F): se querían llevar el muerto...

(Mo): se lo llevaron, lo velaron en la casa...

(F): porque al final como se pusieron a pegarse entre todos y se lo dieron al muerto...

(G): llevatelo... [risas]

(J): no, no, era terrible, golpeando las mesas.... Fue un desastre... pero era la noche de los chinos...

(F): si, no, fue terrible...

(Mo): y bueno, y ahí estaban los de orientación y control una vez más...

(ME): no tenían supermercado? [risas]

(J): y no se... bueno ojo, a uno lo cagaron a carterazos... [risas] no, pero nos reíamos porque pobres chicas, la noche que tuvieron que pasar...

(Mo): y en cuanto a lesiones... han tenido lesiones? Y les ha cubierto la ART? O no?

(G): no, yo no... una patada nomas, una patada pero todo bien... [se ríe]

(E): yo si tuve, en el pase de un paciente de la camilla a la cama tuve un tirón en la cintura y estuve... si... Salí con ART estuve...

(Mo): que fue lumbalgia?

(E): si, estuve, no sé, habré estado quince o veinte días, me mandaron a kinesio y después bueno, analgésicos, kinesio y después anduve bien... después una segunda vez tuve también un desgarró en un anillo discal, pero bueno ahí no la pase, la verdad no la pase por ART, me fui de franco con dolor y estaba de franco en mi casa y ya no daba más, vine a hacerme ver a la guardia y... la verdad lo debería haber denunciado porque fue... no, no lo hice... ahí me costó tres meses de estar parada, igualmente no tuve problemas en la clínica, al contrario, ni tanto con la licencia ni con nada, no tuve ningún tipo de problema, la jefa me dijo para venir a trabajar tenés que estar bien... sino estas recuperada, primero que no nos servís a nosotros y no te va a servir a vos tampoco... asique yo prefiero que te tomes lo que te tengas que tomar, y bueno incluso, que yo me atendía en el [REDACTED], el médico me dijo: “te va a llevar tres o cuatro meses esto de estar parada...” y todavía yo dije: “uy... tres o cuatro meses viste...” porque digo, tenía miedo de... me van a echar, que se yo, igual hacía muchos años que estaba, que se yo, pero igual, lo primero que pensás es que te van a echar... tres meses parada, viste... no, no, la verdad que no tuve problema, me dijeron: “volvó cuando estés realmente bien... y cuando puedas hacer las cosas...” incluso el médico me decía: “yo no sé, un mes antes te hubiese dado el alta, pero el trabajo que hacemos nosotros... si vos me decís sos administrativa y estas sentada, bueno...” asique bueno, ahí si estuve tres meses parada...

(Mo): y en ese caso te pagan el sueldo?

(E): si, si, si...

(Mo): ah... te mantienen el sueldo...

(E): si aparte... bueno en ese caso me descontaban...

(Mo): no lo pasaste por ART por eso te pregunto...

(E): el sueldo te lo pagan igual, lo que te descuentan es el presentismo [todos asienten] y cuando estas con ART cobras todo, porque estas con ART... pero bueno esa vez estuve tres meses parada... sin hacer absolutamente nada y bueno con kinesio...

(J): yo lo único que he hecho, toco madera, no me he lesionado la espalda todavía, eh... lo que si arañazos o mordidas sin dientes... [risas] me mordió una vez una señora desorientada...

(E): yo también pero no salí con ART, a mí me mordió un paciente con HIV, pero bueno, me hicieron todo el tema, pero...

(J): le estaba cambiando el plancito, y yo no me di cuenta que la señora estaba haciendo [abre la boca], porque no tenía dientes, ninguno... [simula una mordida y todos ríen] pero apreta eh... ojo... perro sin dientes muerde.

(E): a mí me mordió un paciente trasplantado con HIV, me mordió el brazo, pero bueno, haces la denuncia, te sacan sangre, después en ese mismo día, al mes que me había mordido ese paciente con HIV, me pinche con un paciente que tenía hepatitis asique estaba con dos ART a la vez porque justo había cambiado de ART, asique estaba con dos ART a la vez, asique... ya me dieron el alta no... pero estaba con dos ART, pero por eso no deje de trabajar...

(Mo): a mí, hacia poquito que estaba trabajando y “cuidado...cuidado...paciente con hepatitis”, viste, con hepatitis... cuando le dan el alta voy a sacarle la vía con guantes, porque viste te dicen cuidado...

(G): si, si, si, si...

(Mo): con guantes, se me pega la cinta en el guante, al ojo [gesticula con las manos], toda la sangre al ojo, al pedo los guantes, pero bueno ahí me llevaron...

(E): aparte te hacen hacer la denuncia enseguida, o sea, nosotros llamamos a la jefa, y hace la denuncia... por ahí no es nada...

(Mo): si, bueno, pero te cubrís...

(E): también la otra vez me golpee con una cama y me hicieron... o sea... no tenía nada, pero bueno... se me había puesto colorada la rodilla... y me hicieron salir, me hicieron hacer la denuncia, eh... que me vieron en la clínica de fracturas, me vieron... te dan veinticuatro o cuarenta y ocho horas igual y nada... después volví, no tenía nada, pero la dorilla no tenía nada y enseguida me mandaron, en ese sentido la verdad que sí, sí, en ese sentido...

(G): es decir que ustedes más que nada la ART es una estadía en otro sector?

(F): si, es una penitencia, si tenés ART, te lesionaste, te ponen en penitencia

(E): nosotros eso por suerte... como el tema igual si sacas licencia por algo, no... no sé, te digo en el caso... he tenido una compañera que tuvo que sacar tres meses sin goce de sueldo porque tenía un problema personal con su mama que estaba enferma y bueno, pidió tres meses sin goce de sueldo y se lo dieron, no tuvo ningún tipo de problema, al contrario...

(Mo): si igual eso es legal, tenés hasta un año...

(E): y no es que después volvió y le hicieron así... no le hicieron nada... bueno, pero vos sabes que eso del puesto, no se ahora porque viste que hicieron un cambio de ley, hicieron todo un cambio, también bueno la ART y había habido un cambio... me parece que ya no se puede hacer más lo de que un año te guarden el puesto...

(Mo): no?

(E): no, no sé bien como esta ese tema ahora lo mismo que las ART, viste que modificaron un montón de cosas... como por ejemplo lo de la hernia de disco...

(Mo): allá cada seis meses, ocho meses, cambia la ART, no sé qué ART hay ahora, la cambian siempre... no se...

(E): si, algo hay ahí... allá la han cambiado, no tan seguido, cada seis u ocho meses per yo en diez años que estoy, y si... cuatro ART he tenido...

(G): si, nosotros tenemos un carnet, pero en la pared hay otro teléfono... [gesticula con las manos haciendo un cuadrado], asique no se... viste que van cambiando...

(E): no, nosotros nos van cambiando, nos van dando los carnecitos, pero igual...

(G): si, si, asique... ni idea...

(Mo): es lo que decía ella del castigo, a ese servicio, el sistema del hospital es muy...

(E): es Hitler...

(Mo): es muy militar, es muy militar... eso lo hablamos la charla anterior con los otros chicos, de que si... viste que hay una escuela, y lo forman para eso...

(G): si, si...

(E): si, totalmente...

(Mo): los forman para ese sistema, viste... y si, tienen la cancha, la práctica, tienen todo pero... sometimiento...

(E): igual ahora lo siguen tomando ahí? Porque yo había escuchado que no los tomaban más...

(Mo): si, si ahora están... serian como los auxiliares porque trabajan cinco, se toman cuatro... estudiantes son...

(E): pasa que a ellos les sirve que los tomen de alguna u otra manera...

(F): y si les pagan... creo que están ganando... tres mil doscientos...

(E): como quien diría mano de obra barata, que a ellos les sirve... ojo, por ahí a los chicos que están estudiando también les sirve... pero hasta qué punto...

(Mo): si, pero es una explotación...

(E): claro, es una explotación por un lado...

(J): el límite de contrato son tres años, pueden mantenerte contratados tres años tranquilamente...

(E): pero así en esas condiciones?

(J): si...

(F): pero escuchame, yo desde que he estado, cuando estaba como contratada he estado más de seis meses sin firmar contrato...

(J): y después te los hacen firmar todos juntos...

(F): todos juntos, y después aparecen contratos así, de la nada, y yo... es más, me dejaron efectiva en febrero y el de ahí, el de personal me dice: "... tenés que firmar estos contratos..." claro, desde mayo del año pasado yo no firmaba ningún contrato... o sea, me estas cargando? Sí, pero para regularizar todo tenés que firmar...yo le digo, mira: "yo te lo firmo pero es una mentira..." vos y yo sabemos que esto es una mentira, le digo: "esto de los contratos es una mentira...y en cualquier lado estando más de seis meses sin firmar un contrato quedas efectivo directamente..."

(J): si, a mí también...

(G): como que siempre estuviste...

(E): si, totalmente...

(J): [simula escribir en una hoja] cubre las vacaciones de... por ejemplo, [] [señala a Mo]

(F): aparte gente de cocina, yo cubría gente de cocina, te juro, tengo los contratos que dicen que cubro gente de la cocina y yo estaba como enfermera...

(Mo): cuánto tiempo estuviste así contratada?

(F): un año y pico, pero te juro, hay contratos que dicen que cubro gente de cocina, gente de lavadero, eh...si... y lo peor de todo es que estuve mucho tiempo, me siguen pagando como auxiliar y yo hace más de un año y algo que soy enfermera...

(E): el título de enfermera lo siguen pagando ahí? O a los que entran ahora no? Porque yo entendía que los que habían entrado...

(F): si, si, si lo siguen pagando...

(E): ah... pero es el único lugar que pagan el de enfermero... el de enfermero...

(Mo): no, es el único lugar...

(E): es el único lugar...

(Mo): si, son seiscientos pesos que pagan y el de licenciado es aparte, si fue... en realidad te pagan trescientos y como incentivo porque se les iba mucha gente, pusieron trescientos más...

(E): claro, el de licenciado es por ley, el de licenciado salió la ley en el 2008...

(Mo): es un porcentaje...

(G): y que hay muchos auxiliares igual todavía?

(F): si, los quieren sacar pero no pueden sacarlos, porque no tienen... o sea... quieren brindar una enfermería integral, pero para que la enfermería sea integral, mínimo tenés que tener seis pacientes como mucho... y para hacer... unir todo, no puede, porque no tienen enfermeros y porque todos los enfermeros que tienen se les van, porque no cuidan e personal...

(J): ahí volvemos a la experiencia, que ha tenido, a los hábitos...

(G): lo que pasa es que acá también, en Mar del Plata, eh... tiene mucha oferta laboral, digamos dentro de todo...

(F): si de lo que enfermería si...

(G): este... tenés muchas clínicas, muchos lugares municipales también sanitarios, provinciales y...

(Mo): bueno, allá en el hospital, mucha gente se fue a la Muni...

(G): no te gusto... te vas a otro...

(F): es que yo estoy esperando, que me salga el título para irme a la Municipalidad...

(E): lo que pasa que hoy por hoy, hay mucha gente que por ahí, está bien... sale de la parte privada, por ahí en la parte publica tenés otros beneficios, por ahí ganas menos, porque si...

(F): pero ganas más en salud mental...

(E): por eso es que te digo, tenés muchos más beneficios... [risas] hay gente que ya viene de base así... y bueno... no tiene arreglo...

(G): segura? [Mira a ME] pero ésta ya está de antes? [risas] ya era de antes, asique ya está...

(E): pero hoy por hoy se ve mucho eso... y que por ahí la gente que recién se recibe, eh... por ahí elige irse a la parte publica... y no a la parte privada... [G asiente con la cabeza]

(F): lo que está bueno de trabajar primero en una clínica o un hospital, es la experiencia que adquirís ahí, que en una salita no la vas ver nunca...

(E): y... depende de lo que a vos te guste hacer...

(F): si, pero siempre está bueno tenerlo y saberlo y aplicar todo lo que viste en la teoría, aplicarlo ahí en la práctica... porque obviamente en lo que es la salita, no vas a hacer un montón de cosas...

(E): claro, te tiene que gustar... por ejemplo la atención primaria, yo en mi caso que hace tantos años que estoy en la terapia... y es como que... no me veo, capaz que en algún momento de mi vida o más adelante, digo... si, me canse de hacer esto, quiero hacer algo más... no lo sé, no... creo que no me vería, que se yo... por ahí viste...

(F): como que no es enfermera?

(J): no, es circulante...

(G): bueno, ahora hablen... ahora hablen... [risas]

(F): a mí me dijeron que era una instrumentadora quirúrgica y por eso... y que llegó ahí porque tuvo algo con un cirujano...

(ME): bueno, perdón... la jefa general de la [REDACTED] se recibió en Pinos de Anchorena... [risas]

(G): mira, yo no tengo nada que decir de mis supervisores... son todos perfectos... [risas] eso quiero que quede registrado... [mira a la cámara y sonríe]

(E): todos instruidos... todos bien formados... [risas]

(F): recalca eso... ante todo eso...

(ME): en teoría un supervisor, a una persona que recién acaba de entrar es el que la tiene que instruir, porque vos te haces cargo de tus pacientes no te podes hacer cargo de un enfermero nuevo... no puede ser, que había una paciente que tenía una indicación del médico que decía que la parenteral la tenía que colocar el supervisor... y el día que estaba la supervisora general [gesticula con la mano como diciendo "lo máximo"], es decir, que manda a los supervisores y al resto de los enfermeros, diciendo: "no... pero como puede ser..." y digo "mira acá la indicación dice colocar por supervisión..." y dice "y no... y bueno o hacemos ir a un enfermero de terapia o habla con la paciente" yo tenía fe que la paciente iba a decir que no porque era una paciente muy especial... y no como le había caído en gracia a la paciente le tuve que colocar la parenteral yo... pero ella hizo tanto lío porque no lo sabe hacer...

(G): es decir, era cambiarle la alimentación?

(ME): era colocarle la alimentación... viste que es todo con técnica estéril...

(G): sí, sí, sí...

(ME): y pero como... aparte la boludez que dijo: "y ella como sabe que se lo pone el supervisor?" hasta que otra supervisora la mira y le dice: "no te das cuenta de que nosotros tenemos uniforme diferente que el de las chicas..." [risas]

(G): eh... también hay que ver hasta qué punto el supervisor está instruido...

(ME): es como dice el dicho: el que sabe, sabe... y el que no es jefe...

(G): claro, claro, sí, sí, hay muchos casos en que el merecimiento del puesto que tenés... es decir, está ganado justamente por eso...

(F): por qué?

(G): por los conocimientos... [risas]

(F): no pasa, te puedo asegurar que en el [REDACTED] no pasa... las que saben, no llegan a donde tienen que estar... mira [REDACTED] que era la jefa de nuestro sector, que es una mina que sabe muchísimo... estaba en la escuela de enfermería del hospital y ahora se la sacaron de encima y la mandaron de jefa a consultorios externos...

(G): ahora, el que sabe...

(F): porque pesaba... porque les rompía las pelotas... porque decía "yo quiero camas nuevas... yo quiero camas nuevas" y hasta que no le daban las camas nuevas no se la sacaban de encima...

(G): normalmente la persona que sabe hacer de todo... técnicas y está instruido en todas esas cosas, eh... normalmente yo lo que veo, no? En el ámbito nuestro... es porque vos te calentaste... vos hiciste cursos y

porque vos fuiste y te arremangaste para hacer todo, es decir, nadie te dijo: “mira, anda a hacer tal curso, mañana andate a tal otro...” este...

(F): al contrario, no se fomenta el tema en el [REDACTED]...

(G): normalmente, ya te digo, sinceramente, yo todo lo que aprendo lo aprendo para mí y si tengo alguno al lado que me pregunta se lo doy, no? Es decir...

(Mo): cuando vienen chicos nuevos, perdóname que te corte...eh... ustedes son los encargados de enseñarles?

(G): [REDACTED]... [enfermero de UTI]

(Mo): no los supervisores? No los jefes?

(G): no, no, por eso salen así también los chicos... [risas] este... no, no, lo agarramos entre todos, es decir, yo cuando llegue a terapia... bueno, a mí me ayudaron todos los que están ahí, no? Un poquito cada uno... eh... y cada uno se fue arriesgando de darme algo nuevo también para hacer... digamos, a decirme bueno, hoy agarras un respirador y bueno, cualquier cosa me pegas el grito, y bueno, así fue... este... pero más allá de eso... si yo aprendo todas esas técnicas y a mí me gusta trabajar con todas esas técnicas y lo hago por una preocupación personal de saber todo eso... yo sinceramente... eh... yo tengo veintitrés años de manejo de personal... que es lo que te decía... eh... los que es este... recursos humanos y todas esas cosas... si, fui milico, si... [risas] este... estuve veintitrés años manejando personal... este... y sinceramente hoy lo que menos quiero es manejar personal... quiero dedicarme a hacer el trabajo para el que me estoy capacitando permanentemente, no? Este... y uno se fija en el supervisor, no? El supervisor para mí no está capacitado para manejo de personal... por qué? Porque es un enfermero más como yo y porque más allá de todo... y dentro de lo que vemos en lo que es este... la enseñanza que nos da la enfermería... en las escuelas... en lo que es la profesión en si en la, en la facultad... el manejo de personal... y te lo dan así... digamos como para saber que algún día vas a tener personal abajo... es decir, pero nunca te van a decir que es lo que vos verdaderamente tenés que ver del recurso humano... es decir, que... te lo dejan como librado a algo que vos tenés que suponer lo digamos.... Vos tenés que pensar en que bueno... puede ser así... eh... nosotros te decimos esto es así, así y así y bueno, vos maneja... este... para mí ahí también en la falencia grande que nosotros tenemos desde un principio... y más allá de esos... para llegar a ser supervisor, me parece que la persona tendría que estar formada en recursos humanos... primero, primero lo primero, es decir, vos estas trabajando con personas que trabajan con personas... este...

(ME): yo creo que en realidad a veces uno cree que las metas de los supervisores es que el personal trabaje en un lugar que no le gusta... porque vos decís bueno, a mí me gusta maternidad... bueno, te mando a pediatría ponele... si vos, en maternidad, fuiste, te gusta, tenés intención de aprender, con la gente que trabajas, trabajas bien... no es preferible trabajar cómodo en un lugar en que ese lugar saca tu mejor potencial? a que te manden a pediatría a trabajar ocho horas... eh... a disgusto o que saques carpeta porque eso es otra... no me gusta...

(G): hay veces que uno ve que, eh... vos estas desempeñándote bien en un cierto servicio y por ahí viene otra persona que le cayó bien... por simpatía, la cara o una sonrisita... y bueno, esa persona es la que gana el puesto que quiere... y mañana dice: “hoy no quiero estar en tal lado... quiero estar en tal otro...” y se lo ve... se lo ve muchísimo... nosotros en la clínica lo vemos muchísimo....

(F): mucho acomodo... si, si...

(ME): sí, obvio...

(G): y vos decís: “que hace este inútil...” porque verdaderamente hay gente inútil... este... es decir...

(ME): yo conozco uno... y se cae en el mar... [risas]

(G): claro, vos tenés gente que por ahí no sabe pero no es un inútil... porque trata de aprender... ahora el que es inútil y no quiere aprender... y hace su vida y ve que se está mandando las macanas y no quiere aprender... sigue siendo inútil toda su vida... es decir...

(ME): y vos en el supuesto caso de un supervisor... vos que medidas tomas?

(G): eh...

(E): que ponga una verdulería sino quiere aprender...

(ME): porque yo, por ejemplo, me pasa con esto que estoy diciendo de que... había que hacer la medicación y yo dije bueno, o nos dividimos los pacientes o un día hago la medicación yo y firmo yo... otro día la haces vos y firmas vos porque yo no me voy a hacer cargo de lo que vos pones... cuando va a poner las tarjetas de medicación... era una genta 240 y pone una genta y dos ampollas de dexta... que pasa por desatención... cuando yo voy y se lo planteo al supervisor digo: “mira, vamos a hacer esto porque si no yo no voy a firmar”... “y bueno, por lo menos sabe que la genta 240 son tres ampollas...” yo no lo podía creer lo que estaba escuchando porque a ver... era la supervisora que está diciendo “bueno, por lo menos sabe que son tres ampollas...”

(G): yo te lo digo desde un punto neutro, es decir, para lidiar con vos ni con la otra persona... te la hago fácil, te digo: “desde la escuela vos sabes que lo que vos preparas y das es responsabilidad tuya...” listo, cada uno hace lo suyo... así de sencillo, listo... te querés dividir los pacientes? Dividanselo...

(ME): no, no, no, ya lo sé pero a lo que vamos... el modo de trabajar...

(Mo): igual con la respuesta de la supervisora...

(F): sí, ni a la supervisora le importa que estés dando mal la medicación...

(ME): nada, o que esa misma enfermera te pase a un paciente a la terapia que tenía que tener aislamiento respiratorio... que la indicación decía: aislamiento respiratorio... que se lo pasee de un servicio a otro sin un barbijo y que la paciente que tosió durante todo el trayecto... cuando vas a fijarte en las indicaciones dice aislamiento respiratorio... de nuevo, vas a supervisión y le decís: “por mí que me anduvo tosiendo la paciente... por él, por ella misma... porque paseo todos los bichos por todo el pasillo...” “y qué querés? Qué le parta un palo en la cabeza?”

(F): pero anda, sentate, hablale y explicale...

(ME): sentate, habla y explica... porque yo no tengo porque hacerme cargo de un personal suyo...

(G): ahí tenés lo que te digo... el manejo del personal tiene que ser... [gesticula con las manos como si fuera recto]

(ME): bueno, pero yo siempre dije para mí esa persona en el lugar equivocado... o era conocido por esta otra... yo no lo podía creer...

(Mo): pero como llegan a supervisión? Por concurso o por acomodo? Por dedo?

(G): y... yo creo por una simpatía y porque saben que es una persona fácil de manejar...

(F): son fáciles de arrodillar... son fáciles de arrodillar me parece... [risas]

(G): si vos sos una persona que normalmente vienen y te plantean estupideces para hacer y vos decís “no, no lo voy a hacer” y lo fundamentas porque de una forma obvia y bien fundamentada... y sos un problema para la institución, es decir, nunca te van a tomar como supervisor porque van a decir: “esta persona piensa...” este... cuál es el tema? Eh... ahora está el otro que piensa y que se agacha... entonces eso me sirve más...

(ME): ese es el más inteligente...

(G): claro... [risas] es decir... este va al choque... este va al choque, no me sirve... por mas que maneje bien al personal que tiene en su sector... por más que se desempeñe bien... por más que, eh... que trabaje bien en lo que le corresponde hacer, pero si no es una persona que baje la cabeza en el momento que vos le decís: “esto se hace así, porque es así...” no te sirve... es decir, a la institución no le sirve...

(Mo): claro...

(G): este... a ellos les sirve que vos les digas eh... que ellos te digan: “esto se hace así” y vos digas “bueno... listo”, fui yo lo hice y chau... es decir, eso yo creo que es lo que más te sirve... eh... vos fijate lo que hablábamos del tema de la rotación del personal... eh... a vos te rotan de un servicio al otro... te rotan de un servicio al otro... y a veces llegado el caso de que... por ejemplo, a nosotros nos pasa tener la terapia llena... seis respiradores y que nos saquen a una persona para mandarla a la guardia... es decir, dejar tres personas únicamente o que te digan este... no, vos andate a la guardia que yo te mando uno del piso... ahora, no es mejor mandar al del piso a la guardia y dejarme a mí que estoy capacitado en manejar un respirador...

(J): como... un poco de falta de estrategia... eh... es decir, lo que pasa que el de la guardia no sabe dónde están las cosas...

(Mo): tácticas y estrategias...

(E): lo que pasa es que es cierto, no tienen un entrenamiento de recursos humanos...

(Mo): hacen... tengo entendido, que un curso que dura seis meses creo de liderazgo...

(E): claro, pero lo hace el que lo quiere hacer...

(Mo): no, allá se lo... cada vez que sube una persona se lo hacen hacer...

(E): yo creo que... no se cambiarse o concursos cada cierta cantidad de años... no sé, ponele, cada seis años o cuatro años se concursan... o queda el mismo, no se verlo por ahí de otra forma...

(Mo): claro, demostrar que tiene la capacidad para el puesto...

(E): totalmente... porque así como que se va renovando porque así es como que quedo... quedo y quedo y hace cincuenta millones de años que está la misma persona... y con el tiempo adquiere más experiencia y bueno, por eso queda... eh... no se me parece que deberían plantearse de otra forma el tema de los cargos... que sea por concurso y que se vayan renovando...

(G): si, si porque también este...

(E): así también le dan la oportunidad, porque hay gente que por ahí realmente esta preparada...

(G): uno tiene su acostumbramiento en el cargo también...

(E): totalmente...

(G): es decir, vos llegas al cargo y decís bueno... ya está, listo...

(E): que más de esto voy a hacer...

(G): si llegue a este cargo de esta forma, me manejo así... si siempre me maneje así y nunca nadie me dijo nada... este... yo creo que más allá de que el supervisor sea un ente que te trae la medicación que te hace falta... y tiene que ser una persona que trabaje con personas....

(E): que sepa negociar con el personal...

(G): claro, que sepa manejar a la gente que viene por ahí... porque son la cara visible, ponle en este caso de la clínica... eh... muchas veces uno dice: “si, el paciente tiene tal problema...” “y bueno, manéjalo...” este... y desapareció... y el familiar te quiere matar a vos eh... y vos no estas para matarte con el familiar... vos estas con otros seis, siete pacientes más... este... él es la cara de la [REDACTED] en ese momento y quien tiene que saber manejar esa situación y supuestamente por el cargo que tiene... debería saber hacerlo... tanto a un familiar, al personal o a los mismos médicos... es decir, él tendría que ser el que sepa regular ahí como manejar esas situaciones...

(Mo): si, ser el nexa...

(J): el solucionador de problemas... “en teoría” [entrecomilla con los dedos] debería ser el solucionador de problemas, no solo de material o de mover gente de acá para allá para cubrir los servicios... debería solucionar los problemas...

(E): si, el tema de cubrir los servicios se ve en muchos lugares... te sacan de acá... te ponen allá...

(F): yo en una mañana estuve en tres servicios diferentes...

(E): o que vos tomaste la guardia en un lugar... no se... tenés treinta pacientes, tomaste la guardia, todo, empezaste con los controles... todo y te dicen, hay no se... porque no bajas...

(F): tome la guardia, prepare la medicación, di la medicación... me mandaron a las nueve de la mañana a abrir otro sector... abrir el tercero, le ingrese pacientes ahí... habían entrado tres pacientes, para las once los había mandado al piso porque habían hecho lugar en las camas... y me mandaron a las doce del mediodía a cerrar balances a otro sector... yo le dije: “yo esto no más... porque no conozco el paciente”

(E): aparte es una falta de respeto...

(F): porque en una mañana no sé cuántas personas vi... yo tenía un matete e la cabeza terrible... aparte de renegás con los clínicos que no te hacen las indicaciones... que al tercero no sube nunca nadie... no hay nada, nada, nada...

(Mo): claro, ya de por si es de difícil acceso el tercero... tiene una sola escalera...

(F): si, difícil acceso...

(J): agarras derecho por este pasillo... a la izquierda...

(F): subí, subí, subí... [risas]

(J): a mí izquierda, no a tu izquierda por el ascensor de carga oxidado... [risas]

(F): por ahí subís...

(J): si sentís que se para salta un poquito... vuelve a arrancar... [risas]

(G): bueno, a nosotros nos pasa una situación, hace un par de semanas... viene una supervisora y nos dice: “si, estuve en el B y los chicos están haciendo masajes, se estaban haciendo el pelo, se estaban haciendo esto, que lo otro...” ah, qué bien... y si, total tenían dos pacientes cada uno... habían seis enfermeros en el piso... está bien, fin de semana... ah, bueno, este... entonces yo la agarro, la llamo al día siguiente y le digo: “eh,

mira tené en cuenta que nosotros somos tres... tenemos seis respiradores y tenemos la terapia llena y coronaria está llena, asique si te sobra gente tené en cuenta para mandarnos a coronaria o a nosotros, porque si te falta gente, es decir, si te sobra gente en los pisos es porque hay pocos pacientes que seguramente están en coronaria o terapia...”

(Mo): dos más dos: cuatro...

(G): a los cinco minutos estaba en la terapia dando explicaciones de por qué no mandaba gente... este, me hizo una explicación que a mí no me la tiene que dar... es decir, no tiene por qué venir a darme una explicación de...

(ME): mujer u hombre?

(G): mujer... una tal [REDACTED]... este, pero bueno, ahí te habla también del manejo del personal...

(ME): con esa cara de nada mira que lejos llevo... [risas]

(G): te das cuenta?... te das cuenta?... entonces con ésta cara sabes donde puedo llegar... [risas]

(F): cuando pasan esas cosas sería bueno de que los jefes aprovechen, que no hay tanto trabajo en el piso y que manden al personal de enfermería que esté interesado en aprender de área cerrada y lo empiecen a capacitar...

(G): bueno, a nosotros nos mandan la gente que no está... es decir, la gente que menos le interesa... no mandan a nosotros...

(J): fue sutil... dijo al que menos le interesa... [risas]

(F): porque yo la otra vez hable con la supervisora y le dije que a mí me interesaba pasar a área cerrada pero que yo no me sentía capacitada para pasar... y me gustaría que me capaciten...

(G): la otra vez tuvimos un pibe que estuvo así toda la noche [mira fijo el celular], estuvo así toda la noche... amigo de [REDACTED]... este... toda la noche así... y eran las cinco de la mañana y “cerraste los balances? Si, a si... balance si...”

(ME): uno pelado?

(G): no, el pelado duerme, el pelado duerme... no, no, no, el hace la suya pero llega... este otro es un pibe de piso que bueno, viene, le das un paciente, va la misma y dice chicos hay que cambiar una vía y tiene difícil acceso... “bueno flaco, cambiala vos...”

(E): no es que se fijó... [se palpa las venas]

(G): no, no, no, te prepara la bandeja y viste, cambiala... pero bueno, así, un paciente que le das... y después tenés un montón de gente que si quiere venir a terapia... gente que ha estado en terapia en otros lugares y no te las mandan... vos lo hablas con el supervisor y el supervisor te dice: “no, lo que pasa que esa persona no quiere ir... no se siente cómoda, no quiere ir...” ahora vos vas y hablas con la persona y te dicen: “sí, si yo quiero ir... quien dice que no quiero ir?...” entonces, ahí tenés, no?... este...

(J): como manipulan la situación...

(G): claro, que en si vos te vas con la otra persona y la otra persona te va a decir: “sí, me lo ofrecieron, no, no me lo ofrecieron...” es decir, que necesidad de manejar esa información así... de hacer esa discordia... aparte sabiendo que vos tenés gente que quiere... que mejor que eso?...

(Mo): si, que bueno sería tener en el piso gente preparada en caso de que a vos...

(F): por eso, que aprovechen en los momentos que no estás tan atareada en el piso que mande a alguien que realmente tenga ganas de aprender...

(G): nosotros tenemos... [REDACTED], amiga tuya quizás... bueno, ha venido a terapia, eh... bueno, mira... "y por qué está a catorce gotas por minuto y no esta..." "no, perdón, por qué está a veintiún mililitros hora y no a siete gotas por minutos?" Entonces otro le empieza a explicar... "porque vos tenés que tener en cuenta que acá te vas a manejar con las bombas", que esto, que aquello... "bueno, bueno, yo no vengo acá para que me enseñen..."

(F): ah... bueno... entonces para que preguntaste?...[risas]

(G): entonces... y de repente que te diga: "claro, eh... yo no quiero estar en terapia..." y al otro día te la mandan de nuevo... y al otro día, no, pero ella quiere estar... no, no quiere estar...

(Mo): si, genera un malestar en ella y e vos porque sabes que no quiere aprender...

(G): claro, no querés, no querés, chau, se acabó...

(Mo): Bueno, y en cuanto a los efectos psicofísicos... ¿que pueden contarnos?, o si tienen algún problema, o sea...si pasa algo con los pacientes, ustedes... ¿están angustiados?, ¿tienen a alguien con quien hablar?, ¿pueden desahogarse con alguien?...

(J): no...

(F): no...con la familia cuando llegas a tu casa...

(Mo): con tu familia...

(F): va, yo que estoy sola en realidad con nadie...con mis amigas, con tus propias compañeras del [REDACTED], con mi pareja...que ahora estamos distanciados pero...sino las quejas eran a él...

(ME): pero se cansó de escucharte... (risas)

(F): claro, llegaba un punto que decía: "bueno basta, deja de hablar del [REDACTED]"...

(E): yo creo que, bueno...lo que estaría bueno que por ahí las instituciones tuviesen, así... como por así decirlo...un comité o algo que...no sé, de psicólogos o algo...me parece a mí, donde uno... se puedan charlar ciertos temas, ciertas situaciones, que creo que no sé si acá en Mar del Plata habrá algún lugar que lo tiene...no sé, no he escuchado...

(J): no...

(F): creo que no...

(Mo): ¿para hacer terapia grupal decís vos?...

(E): claro...yo creo que uno se descarga, no se...o hablando...a mí, en mi caso, hablando con mis propios compañeros, que por ahí están en la misma situación, o en mi caso, con mi marido que se dedica a lo mismo...entonces como que...

(Mo): peor...

(E): si, te entiende y también es todo un tema...

(J): en ese caso, a mí me pasa lo mismo, yo, con mi novia...nos descargamos el uno con el otro, pero al final...te descargas lo tuyo, y te cargas con lo del otro...

(F): claro, se te sobrecarga en realidad...

(J): y con mi vieja que también es enfermera, es lo mismo...hacemos catarsis los dos, descargamos cuando estamos cenando (risas) y empezamos a descargar y todo el mundo se va de la mesa...

(Mo): la comida te queda acá (se señala la garganta)...

(E): pero eso estaría bueno, que las instituciones, de alguna forma plantearan un lugar así...como un lugar de encuentro, donde cada uno pueda charlar de lo que pasa...creo que no existe, no se...

(J): enfermeros anónimos... (risas)

(E): claro...

(F): claro...

(Mo): un lugar de contención donde uno pueda expresar...

(G): o las mismas asociaciones, que por ahí pudieran entregar también un servicio así, digamos ¿no?, este...que se yo, las asociaciones, o el mismo sindicato, este... (ME, realiza montoncito con la mano)

(F): el sindicato no existe...

(Mo): el sindicato...que lindo eso eh...

(G): por eso, no existe, para mí no existe...

(E): ¿tenemos sindicato?...

(F): no... (risas)

(G): yo me represento solo, eh...

(E): partamos de la base...

(J): yo sé que me descuentan del sueldo, pero...

(G): hay cosas que están impuestas, porque han existido históricamente, pero no asumen los roles que deberían asumir, ¿no?...y entre ellos...este sería uno también, el tema de la contención a la gente, a quienes representan, eh...yo sinceramente, eh...las cosas que me pasan en la [REDACTED], yo las dejo en la [REDACTED], es decir...yo me acostumbre que mi trabajo termina cuando salgo a la puerta...quizás yo...quizá e mi mente no, es decir, no se...todavía no he reaccionado de ninguna forma (levanta el tono y pone cara de enojado...todos ríen), eh...por ahora creo que lo manejo, yo también estoy solo y como mucho, si tengo algo que charlar, lo charlo con mis perros...pero bueno, este...ellos no me dicen nada (risas) así que bueno...

(F): te escuchan...

(G): si, si, si, el que se levanta de la mesa, se pudre todo... (risas)

(J): el aullido es una señal de lamento...

(G): si, si, si, este...así que bueno, no se... ¿usted que dice [REDACTED]? (mira a ME)...

(ME): si...que a veces yo también intento, digo bueno, a las 6 salgo y no...como que...

(E): usas el Facebook para descargarte... (risas)

(ME): a veces sí, porque a veces como que...

(G): si, a veces si...

(ME): como que te calentas, en realidad...las situaciones que en realidad a mí me hacen calentar en el trabajo, es que, considero, que hay grupos de trabajo que son eh...mediocres...que si hacer las cosas bien, y hacer las cosas mal, cuesta lo mismo, las vamos a hacer mal, porque entonces...te recargan el trabajo a vos...cuando

vos vas a quejarte con quien corresponda, ese quien corresponda, es amigo del que te tomaba la guardia a vos y en realidad lo único que hizo, es armar quilombo, pero no resolvió nada...

(Mo): ese quien corresponda, ¿no podes ir directamente con esa persona?...

(ME): no, no, no, es que vas al que corresponda y el que corresponde no resuelve nada, sino que genera...

(Mo): pero no te hablo del supervisor, sino la persona que te dejó la guardia de mierda... ¿lo enfrentas?...

(ME): y si, se lo decís, eh...pero...

(G): y así como le...

(ME): y tenés mas o menos un mes, de que intentan hacer las cosas medianamente bien...porque el problema es que no todos tienen el mismo criterio de trabajo, ni todos los supervisores...que en la [REDACTED] pasa, ni todos los supervisores exigen lo mismo...yo trabajando a la tarde, la supervisora es una rompe huevos, pero ella quiere que todos sus enfermeros trabajen bien y que a los pacientes vos los dejes impecables...y vos tenés que hacerte cargo de que...laboratorio, radiografía, eh..."ay no porque llame, llame y me dio ocupado"...y vos a la primera que intentas ya te atienden, entonces eh...no, es como que vos te seguís cargando con el trabajo de lo que no hacen los otros y así, como que intentas que los melones se vayan acomodando, en las horas de guardia pero no se puede...

(Mo): y como salís... ¿acelerada, sacada, desquiciada, angustiada?, ¿querés romper todo?, eso estaría bueno que digan...

(ME): no, hay veces que...no, no, no, hay veces que sí, que salgo sacada y por ahí cuando llego y mi mamá dice: "¿y, cómo te fue?"... (cara de frustración)

(J): uno, dos, tres... (respira profundo)

(F): y ahí explotas...

(ME): no y el cómo te fue, decir, cuando estoy...no bien, hubo mucho trabajo y me tiro a dormir eh...y sino, cuando está más o menos bien, si, le cuento, o por ahí...le cuento después cuando me despierto, que estoy un poco más tranquila, pero...que se yo...o por ejemplo, hay otros supervisores, con los cuales vos podes hablar y es como que te tranquilizan, es decir, te reconocen todo el sacrificio que vos haces, eh...no te resuelven nada, pero por lo menos te sentís un poco escuchada, en última instancia...

(Mo): pero bueno, son dos oídos que te escucharán...

(ME): claro, pero es decir en...por ahí al principio me pasaba mucho más, después de tres años tuve que aprender que los problemas los tengo que intentar dejar en el [REDACTED]...es así...

(G): lo que pasa es que, es obvio, eh...lo normal es que vos sigas siendo la misma persona que estuvo trabajando...

(ME): obvio...

(G): es decir, que vos te vayas a tu casa, y sigas siendo vos, este...y es difícil dejar colgado en el casillero...todos los problemas que hayas tenido esa noche, ese día, lo que fuera, este...

(Mo): con el ambo...

(G): yo tomo como que el único problema que me tengo que llevar a mi casa es el error que haya cometido yo para con algún, para algún procedimiento, o algo de eso, es decir, eso es lo único que yo me llevo como

problema, es decir, si yo durante la noche deje pasar algo y me di cuenta y dije uy...pero la pu...bueno eso si me lo llevo, me lo llevo muy caliente, me lo llevo muy caliente, porque no...

(Mo): como una falta tuya...

(G): yo soy de no perdonarme las cosas que por ahí deje de hacer, este...

(Mo): sos autoexigente...

(G): claro...ahora, el resto, lo que es el tratamiento...el paciente que se murió porque se tenía que morir, porque todos sabemos que se va a morir y se murió...la guardia mal pasada que me dejaron de la tarde, este...todas esas cosas...por ejemplo, la guardia mal pasada, yo la hago fácil, al día siguiente, vengo temprano, tomo la guardia de nuevo, como lo hago todos los días y se lo digo con sutileza y a veces denigrándolo un poquito...porque soy así, este...es decir, las cosas que quedaron mal hechas por un error común de cualquier persona, lo puedo entender, las cosas que quedaron con una carga de mala leche, yo no las entiendo...y no las dejo pasar directamente, este...esas cosas si las hago ver, este...y como vos decís, eh...el tema del supervisor, la supervisora de la tarde es muy hincha pelota, pero dentro de la terapia no existe...

(ME): no...

(G): y vos lo ves dentro de la terapia...y hay cosas que son simples, sencillas...un paciente que te entró con una deshidratación y que dijeron: "bueno, pasale una carga de mil de fisio", y resulta que un enfermero que está en terapia, le haya pasado una carga de mil de manitol, es decir, cosas así, que vos no podés considerar como algo que, bueno...una equivocación, no...me equivoque porque es el mismo color de etiqueta, no...olvídate, vos tenés que leer... esas cosas te calientan...

(ME): bueno, pero paso también, de un...en el piso...una paciente que tenía manitol para tomar vía oral, y se lo habían puesto en el suero...

(G): endovenoso...

(ME): endovenoso...

(G): si, ni hablar del que le pusieron, le dieron las gotitas, ¿Cómo es?, este... ¿te acordas? (risas), las gotitas en los ojos, este era...eh...

(F): ¿era para los ojos y se lo dieron vía oral?...

(G): no, no, era para...pucha, no me voy a acordar de las gotitas cual son...

(Mo): ¿reliverán?...

(G): no, era para ir al baño...

(J): ¿rapilax?...

(G): rapilax en los ojos...

(F): noooo... (J se agarra la cabeza)

(G): así entre paréntesis (simula un paréntesis con las manos) y con el PIP, se cago llorando... (risas) este...pero bueno, le metieron cinco gotitas en cada ojo y bueno...son cosas que por ahí te calientan y bueno...a veces hay que decírselo al otro (gesticula con las manos) día ¿no?, pero...eh, después el resto yo creo que...está bien, te vas a ir a tu casa, te vas a ir re caliente, pero tenés que ir caliente con lo tuyo...digamos por ahí...

(ME): no obvio también, lo que pasa es que a veces también, eh...por ejemplo el planteo que me hago yo, eh...la carga de trabajo...

(G): ah sí...

(ME): porque a veces son, que se yo...treinta pacientes, dos enfermeras...vos haces lo mejor que podes y no es suficiente...vos decís: si se puede...se puede estar mejor

(Mo): no rendís al cien...porque no te da...

(ME): no...

(F): yo me he ido al fin de año, he tenido palpitaciones del estrés que tenía...me fui a la guardia, me medicaron todo y...me dijeron que me pida las vacaciones, me fui a pedir las vacaciones y me dijeron que...más adelante...

(Mo): estamos en abril y todavía... ¿no han llegado?...

(F): y todavía no me dieron las vacaciones...recién ahora, en mayo, salgo de vacaciones...

(E): seguí participando...

(Mo): ¿mayo?, cinco meses después...

(F): si...

(Mo): y cuando hay urgencias por ejemplo, esa adrenalina que te corre ¿no?...

(J): la amo, me encanta...

(Mo): salís diez minutos, media hora...

(E): es hermoso...

(J): es lo más hermoso que hay...

(Mo): pero media hora antes de salir, pasa una urgencia, acá bueno...salís a las diez, a las seis, a la hora que salgas de tu guardia... ¿Qué hacemos con esa adrenalina?...

(E): yo siento, cuando me descargo... siento como que me pegaron una paliza...

(Mo): ¿se fuman un pucho, se toman un whisky?...

(G): no, yo tomo cada uno de los momentos de mi vida con gracias, que quieres que te diga...sinceramente, sino que te lo digan los chicos, yo me cago de risa en todo, este...y también la otra vez nos tocó cagarnos de risa en el ascensor, con un pibe, con este pibe que justamente estábamos hablando...que pobrecito no tiene idea del universo, este...iba en el ascensor, iba temblando y nosotros lo mirábamos y le decíamos: ya está, loco ya fue, se acabó...es decir, yo creo que como dicen a veces, la gente que estamos en una UCI o en una Neo, eh...debemos tener algo distinto, porque de hecho hay gente que va y no se banca sinceramente, el sonido de una alarma, si...

(ME): igualmente, convengamos que, es decir, pero...porque el ambiente también está preparado...

(E): muchas veces vos estas...

(ME): uno trabajando en dos lugares...que te pase eso en el hospital y que vos no tengas elementos, hace que vos te vayas enojada, porque me paso...

(G): si, si, si, guarda que a nosotros nos han faltado muchos insumos, muchas veces y te da la calentura de decir, como no puede haber tal cosa...

(Mo): y en una terapia...

(G): como no está tal cosa, como no está tal otra...

(ME): pero bueno, una terapia a veces que es raro que te pase...pero está en una cosa y vos decís: y no, acaba de parir, ¿Qué le va a pasar?...

(G): claro...

(ME): y en realidad, uno está mal, pero por ejemplo...en mi caso en particular yo pensaba (se toca la cabeza), tiene cinco chicos y estos cinco chicos se quedaron sin madre...ese día, yo no pude dormir...

(G): claro, ahí está, y yo creo que ese es el tema que no te desconecta con...de profesional que sos a lo que es una persona digamos, eh...ahí vos empezás a trabajar como persona...

(ME): y si...

(G): este...eh...y ahí es donde tampoco nosotros no podemos liberarnos de ser una cosa u otra, es decir...no podemos poner ese límite...

(E): pero existen esas cosas que por ahí vos decís (lo señala a G), la gente que lo ve de afuera te dice: no podes hacer un chiste con tal cosa...por ahí es el ambiente...

(G): nosotros a veces nos vamos de franco y nos vamos matándonos de risa y a la noche tuvimos tres paros...

(Mo): el humor negro es una gran herramienta...

(E): totalmente...

(J): es un mecanismo de defensa...

(ME): obvio que sí, en el momento te cae mal porque es una situación que no esperas...por ahí en la terapia es gente que está grave y por ahí decís: si, este si se va a morir...

(G): pero por eso yo te decía...

(ME): y por ejemplo después de un mes, dos meses, con la compañera con la que estábamos...uy tenía la vía en el pliegue, no le pasaba el antibiótico, le dije que estire el brazo y estiro la pata (risas)...entonces ahí si te empezás a reír, pero después de un tiempo, en el momento no...

(Mo): no interpreto el mensaje... (risas)

(G): estiró de mas, este...eh...por ejemplo eso lo que yo te digo, eh...nosotros una noche tuvimos tres paros...y bueno, salimos dos a uno...

(J): epaaa, bien (risas)...

(Mo): bien...buen promedio...

(G): no, no, perdimos dos a uno...

(J): ah... (risas)

(Mo): ah... (risas)

(G): pero bueno, eh...cual es el tema...

(ME): que gimnasio ni gimnasio... (risas)

(G): esos dos que se murieron...no, el otro día...esos dos que se fueron...vos sabias que se fueron y le diste todo...metiste fierro como loco, y ese otro que salió, también sabes que le metiste fierro, pero capaz que no te dio tanta satisfacción como los otros dos que la luchaste más... ¿entendes?...ahora, si vos no la hubieras peleado, por los tres o por uno, este...capaz que salís caliente, yo por ejemplo salgo caliente...si yo veo que por ahí me dicen: no ya está (realiza chasquido), déjalo, este...y vos ves que es un paciente joven, que tiene

sus posibilidades, que tiene, es decir...y vos que te mandaste alguna macana, o el medico se mandó alguna macana, en ese momento del procedimiento...ahí si me quedo caliente...ahora, si lo sacamos todo joya...o si se murió porque se tenía que morir...

(Mo): claro, estás tranquilo con el laburo hecho...

(G): claro, si, si, si...como que vos hiciste el laburo...convengamos que también el hecho de dejar ir o que se quede también, es un consenso entre el grupo ¿no?, es decir...este...nosotros por lo menos, cuando trabajamos en esos casos, es entre todos...listo, listo...chau, ya está...

(Mo): ¿Quién pone el agua?...

(G): claro.

Fin de la grabación.

Anexo III Ley N° 24.004

Régimen legal del ejercicio de la enfermería

Concepto y Alcances. Personas comprendidas. Derechos y obligaciones. Registro y matriculación. Autoridad de aplicación. Régimen disciplinario. Disposiciones Transitorias y Varias.

Sancionada: Setiembre 26 de 1991.

Promulgada: Octubre 23 de 1991.

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc. Sancionan con fuerza de Ley:

Ley de ejercicio de la enfermería

Capítulo I: Concepto y alcances

ARTICULO 1° — En la Capital Federal y en el ámbito sometido a la jurisdicción nacional el ejercicio de la enfermería, libre o en relación de dependencia, queda sujeto a las disposiciones de la presente ley y de la reglamentación que en su consecuencia se dicte.

ARTICULO 2° — El ejercicio de la enfermería comprende las funciones de promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, así como la de prevención de enfermedades, realizadas en forma autónoma dentro de los límites de competencia que deriva de las incumbencias de los respectivos títulos habilitantes.

Asimismo será considerado ejercicio de la enfermería la docencia, investigación y asesoramiento sobre temas de su incumbencia y la administración de servicios, cuando sean realizados por las personas autorizadas por la presente a ejercer la enfermería.

ARTICULO 3° — Reconócese dos niveles para el ejercicio de la enfermería:

a) Profesional: consistente en la aplicación de un cuerpo sistemático de conocimientos para la identificación y resolución de las situaciones de salud-enfermedad sometidas al ámbito de su competencia;

b) Auxiliar: consistente en la práctica de técnicas y conocimientos que contribuyen al cuidado de enfermería, planificados y dispuestos por el nivel profesional y ejecutados bajo su supervisión.

Por vía reglamentaria se determinará la competencia específica de cada uno de los dos niveles, sin perjuicio de la que se comparta con otros profesionales del ámbito de la salud. A esos efectos la autoridad de aplicación tendrá en cuenta que corresponde al nivel profesional el ejercicio de funciones jerárquicas y de dirección, asesoramiento, docencia e investigación. Asimismo corresponde al nivel profesional presidir o integrar tribunales que entiendan en concursos para la cobertura de cargos del personal de enfermería.

ARTICULO 4° — Queda prohibido a toda persona que no esté comprendida en la presente ley participar en las actividades o realizar las acciones propias de la enfermería. Los que actuaren fuera de cada uno de los niveles a que se refiere el artículo 3° de la presente ley serán pasibles de las sanciones impuestas por esta ley, sin perjuicio de las que correspondieren por aplicación de las disposiciones del Código Penal.

Asimismo las instituciones y los responsables de la dirección, administración, o conducción de las mismas, que contrataren para realizar las tareas propias de la enfermería a personas que no reúnan los requisitos exigidos por la presente ley, o que directa o indirectamente las obligaren a realizar tareas fuera de los límites de cada uno de los niveles antes mencionados, serán pasibles de las sanciones previstas en la ley 17.132, sin

perjuicio de la responsabilidad civil, penal o administrativa que pudiere imputarse a las mencionadas instituciones y responsables.

Capítulo II: De las personas comprendidas

ARTICULO 5° — El ejercicio de la enfermería en el nivel profesional está reservado sólo a aquellas personas que posean:

- a) Título habilitante otorgado por universidades nacionales, provinciales o privadas reconocidas por autoridad competente;
- b) Título de enfermero otorgado por centros de formación de nivel terciario no universitario, dependientes de organismos nacionales, provinciales o municipales, o instituciones privadas reconocidos por autoridad competente;
- c) Título, diploma o certificado equivalente expedido por países extranjeros, el que deberá ser revalidado de conformidad con la legislación vigente en la materia o los respectivos convenios de reciprocidad.

ARTICULO 6° — El ejercicio de la enfermería en el nivel auxiliar está reservado a aquellas personas que posean el certificado de Auxiliar de Enfermería otorgado por instituciones nacionales, provinciales, municipales o privadas reconocidas a tal efecto por autoridad competente. Asimismo podrán ejercer como Auxiliares de Enfermería quienes tengan certificado equivalente otorgado por países extranjeros, el que deberá ser reconocido o revalidado de conformidad con la Legislación vigente en la materia.

ARTICULO 7° — Para emplear el título de especialistas o anunciarse como tales, los enfermeros profesionales deberán acreditar capacitación especializada de conformidad con lo que se determine por vía reglamentaria.

ARTICULO 8° — Los enfermeros profesionales de tránsito por el país contratados por instituciones públicas o privadas, con finalidades de investigación, asesoramiento o docencia, durante la vigencia de sus contratos estarán habilitados para el ejercicio de la profesión a tales fines, sin necesidad de realizar la inscripción a que se refiere el ARTICULO 12 de la presente.

Capítulo III: De los derechos y obligaciones

ARTICULO 9° — Son derechos de los profesionales y auxiliares de la enfermería.

- a) Ejercer su profesión o actividad de conformidad con lo establecido por la presente ley y su reglamentación;
- b) Asumir responsabilidades acordes con la capacitación recibida, en las condiciones que determine la reglamentación;
- c) Negarse a realizar o colaborar en la ejecución de prácticas que entren en conflicto con sus convicciones religiosas, morales o éticas, siempre que de ello no resulte un daño inmediato o mediato en el paciente sometido a esa práctica;
- d) Contar, cuando ejerzan su profesión bajo relación de dependencia laboral o en la función pública, con adecuadas garantías que aseguren y faciliten el cabal cumplimiento de la obligación de actualización permanente a que se refiere el inc. e) del artículo siguiente.

ARTICULO 10. — Son obligaciones de los profesionales o auxiliares de la enfermería:

- a) Respetar en todas sus acciones la dignidad de la persona humana, sin distinción de ninguna naturaleza;

- b) Respetar en las personas el derecho a la vida y a su integridad desde la concepción hasta la muerte;
- c) Prestar la colaboración que le sea requerida por las autoridades sanitarias en caso de epidemias, desastres u otras emergencias;
- d) Ejercer las actividades de la enfermería dentro de los límites de competencia determinados por esta ley y su reglamentación;
- e) Mantener la idoneidad profesional mediante la actualización permanente, de conformidad con lo que al respecto determine la reglamentación;
- f) Mantener el secreto profesional con sujeción a lo establecido por la Legislación vigente en la materia.

ARTICULO 11. — Les está prohibido a los profesionales y auxiliares de la enfermería:

- a) Someter a las personas a procedimientos o técnicas que entrañen peligro para la salud;
- b) Realizar, propiciar, inducir o colaborar directa o indirectamente en prácticas que signifiquen menoscabo de la dignidad humana;
- c) Delegar en personal no habilitado facultades, funciones o atribuciones privativas de su profesión o actividad;
- d) Ejercer su profesión o actividad mientras padezcan enfermedades infectocontagiosas o cualquier otra enfermedad inhabilitante, de conformidad con la legislación vigente, situación que deberá ser fehacientemente comprobada por la autoridad sanitaria;
- e) Publicar anuncios que induzcan a engaño del público.

Particularmente les está prohibido a los profesionales enfermeros actuar bajo relación de dependencia técnica o profesional de quienes sólo estén habilitados para ejercer la enfermería en el nivel auxiliar.

Capítulo IV: Del registro y matriculación

ARTICULO 12. — Para el ejercicio de la enfermería, tanto en el nivel profesional como en el auxiliar, se deberán inscribir previamente los títulos, diplomas o certificados habilitantes en la Subsecretaría de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social, la que autorizará el ejercicio de la respectiva actividad, otorgando la matrícula y extendiendo la correspondiente credencial.

ARTICULO 13. — La matriculación en la Subsecretaría de Salud implicará para la misma el ejercicio del poder disciplinario sobre el matriculado y el acatamiento de éste al cumplimiento de los deberes y obligaciones fijados por esta ley.

ARTICULO 14. — Son causa de la suspensión de la matrícula:

- a) Petición del interesado;
- b) Sanción de la Subsecretaría de Salud que implique inhabilitación transitoria.

ARTICULO 15. — Son causa de cancelación de la matrícula:

- a) Petición del interesado;
- b) Anulación del título, diploma o certificado habilitante;

c) Sanción de la Subsecretaría de Salud que inhabilite definitivamente para el ejercicio de la profesión o actividad;

d) Fallecimiento.

Capítulo V: De la autoridad de aplicación

ARTICULO 16. — La Subsecretaría de Salud, será la autoridad de aplicación de la presente ley, y en tal carácter deberá:

a) Llevar la matrícula de los profesionales y auxiliares de la enfermería comprendidos en la presente ley;

b) Ejercer el poder disciplinario sobre los matriculados;

c) Vigilar y controlar que la enfermería, tanto en su nivel profesional como en el auxiliar, no sea ejercida por personas carentes de títulos, diplomas o certificados habilitantes, o no se encuentren matriculados;

d) Ejercer todas las demás funciones y atribuciones que la presente ley le otorga.

ARTICULO 17. — La Subsecretaría de Salud, en su calidad de autoridad de aplicación de la presente, podrá ser asistida por una comisión permanente de asesoramiento y colaboración sobre el ejercicio de la enfermería, de carácter honorario, la que se integrará con los matriculados que designen los centros de formación y las asociaciones gremiales y profesionales que los representan, de conformidad con lo que se establezca por vía reglamentaria.

Capítulo VI: Régimen disciplinario

ARTICULO 18. — La Subsecretaría de Salud ejercerá el poder disciplinario a que se refiere el inciso b) del artículo 16 con independencia de la responsabilidad civil, penal o administrativa que pueda imputarse a los matriculados.

ARTICULO 19. — Las sanciones serán:

a) Llamado de atención;

b) Apercibimiento;

c) Suspensión de la matrícula;

d) Cancelación de la matrícula.

ARTICULO 20. — Los profesionales y auxiliares de enfermería quedarán sujetos a las sanciones disciplinarias previstas en esta ley por las siguientes causas:

a) Condena judicial que comporte la inhabilitación profesional;

b) Contravención a las disposiciones de esta ley y su reglamentación;

c) Negligencia frecuente, o ineptitud manifiesta, u omisiones graves en el cumplimiento de sus deberes profesionales.

ARTICULO 21. — Las medidas disciplinarias contempladas en la presente ley se aplicarán graduándolas en proporción a la gravedad de la falta o incumplimiento en que hubiere incurrido el matriculado. El procedimiento aplicable será el establecido en el título X —artículos 131 y siguientes— de la ley 17.132.

ARTICULO 22. — En ningún caso será imputable al profesional o auxiliar de enfermería que trabaje en relación de dependencia el daño o perjuicio que pudieren provocar los accidentes o prestaciones insuficientes que reconozcan como causa la falta de elementos indispensables para la atención de pacientes, o la falta de personal adecuado en cantidad y/o calidad o inadecuadas condiciones de los establecimientos.

Capítulo VII: Disposiciones transitorias

ARTICULO 23. — Las personas que, a la fecha de entrada en vigencia de la presente, estuvieren ejerciendo funciones propias de la enfermería, tanto en el nivel profesional como en el auxiliar, contratadas o designadas en instituciones públicas o privadas, sin poseer el título, diploma o certificado habilitante que en cada caso corresponda, de conformidad con lo establecido en los artículos 5° y 6°, podrán continuar con el ejercicio de esas funciones con sujeción a las siguientes disposiciones:

- a) Deberán inscribirse dentro de los noventa (90) días de la entrada en vigencia de la presente en un registro especial que, a tal efecto, abrirá la Subsecretaría de Salud.
- b) Tendrán un plazo de hasta dos (2) años para obtener el certificado de auxiliar de enfermería, y de hasta seis (6) años para obtener el título profesional habilitante, según sea el caso. Para la realización de los estudios respectivos tendrán derecho al uso de licencias y franquicias horarias con un régimen similar al que, por razones de estudio o para rendir exámenes, prevé el decreto 3413/79, salvo que otras normas estatutarias o convencionales aplicables a cada ámbito fueren más favorables;
- c) Estarán sometidas a especial supervisión y control de la Subsecretaría de Salud, la que estará facultada, en cada caso, para limitar y reglamentar sus funciones, si fuere necesario, en resguardo de la salud de los pacientes;
- d) Estarán sujetas a las demás obligaciones y régimen disciplinario de la presente;
- e) Se les respetarán sus remuneraciones y situación de revista y escalafonaria, aun cuando la autoridad de aplicación les limite sus funciones de conformidad con lo establecido en el inciso c).

Capítulo VIII: Disposiciones Varias

ARTICULO 24. — A los efectos de la aplicación de normas vigentes que, para resguardo de la salud física o psíquica, establecen especiales regímenes de reducción horaria, licencias, jubilación, condiciones de trabajo y/o provisión de elementos de protección, considéranse insalubres las siguientes tareas de la enfermería:

- a) Las que se realizan en unidades de cuidados intensivos;
- b) Las que se realizan en unidades neuropsiquiátricas;
- c) Las que conllevan riesgo de contraer enfermedades infectocontagiosas;
- d) Las que se realizan en áreas afectadas por radiaciones, sean éstas ionizantes o no;
- e) La atención de pacientes oncológicos;
- f) Las que se realizan en servicios de emergencia.

La autoridad de aplicación queda facultada para solicitar, de oficio o a pedido de parte interesada, ante el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, la ampliación de este listado.

ARTICULO 25. — La autoridad de aplicación, al determinar la competencia específica de cada uno de los niveles a que se refiere el artículo 3º, podrá también autorizar para el nivel profesional la ejecución excepcional de determinadas prácticas, cuando especiales condiciones de trabajo o de emergencia así lo hagan aconsejable, estableciendo al mismo tiempo las correspondientes condiciones de habilitación especial.

ARTICULO 26. — El Poder Ejecutivo reglamentará la presente ley en un plazo de ciento ochenta (180) días corridos, contados a partir de su promulgación.

ARTICULO 27. — Derógase el Capítulo IV, del Título VII, —artículos 58 a 61— de la ley 17.132 y su reglamentación, así como toda otra norma legal, reglamentaria o dispositiva que se oponga a la presente.

ARTICULO 28. — Invítase a las provincias que lo estimen adecuado a adherir al régimen establecido por la presente.

ARTICULO 29. — Comuníquese al Poder Ejecutivo. — ALBERTO R. PIERRI. — EDUARDO MENEM.
— Esther H. Pereyra Arandía de Pérez Pardo. — Hugo R. Flombaum.

DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES A LOS
VEINTISEIS DIAS DEL MES DE SETIEMBRE DEL AÑO MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y UNO

Anexo IV LEY 12245

Del Ejercicio de la Enfermería

El Senado y Cámara de Diputados de la Provincia de Buenos Aires, sancionan con Fuerza de Ley

CAPITULO I: CONCEPTO Y ALCANCES

ARTÍCULO 1.- En la Provincia de Buenos Aires, el ejercicio de la enfermería, libre o en relación de dependencia, queda sujeto a las disposiciones de la presente Ley y de la reglamentación que en su consecuencia se dicte.

ARTÍCULO 2.- El ejercicio de la enfermería comprende las funciones de promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, así como la prevención de enfermedades, realizadas en forma autónoma dentro de los límites de competencia que deriva de las incumbencias de los respectivos títulos habilitantes.

Asimismo, será considerado ejercicio de la enfermería, la docencia, investigación y asesoramiento sobre los temas de su incumbencia y la administración de servicios, cuando sean realizados por las personas autorizadas por la presente a ejercer la enfermería.

ARTÍCULO 3.- Reconócese dos niveles para el ejercicio de la enfermería:

a) Profesional: consistente en la aplicación de un cuerpo sistemático de conocimientos para la identificación y resolución de las situaciones de salud-enfermedad, sometidas al ámbito de su competencia.

b) Auxiliar: consistente en la práctica de técnicas y conocimientos que contribuyan al cuidado de enfermería, planificados y dispuestos por el nivel profesional y ejecutados bajo su supervisión.

Por vía reglamentaria se determinará la competencia específica de cada uno de los dos niveles, sin perjuicio de la que se comparta con otros profesionales del ámbito de la salud. A esos efectos se tendrá en cuenta que corresponde al nivel profesional presidir o integrar tribunales que entiendan en concursos para la cobertura de cargos del personal de enfermería.

ARTÍCULO 4.- Queda prohibido a toda persona que no esté comprendida en la presente Ley, participar de actividades o realizar las acciones propias de la enfermería.

Los que actúen fuera de cada uno de los niveles a que se refiere el artículo 3° de la presente Ley serán pasibles de las sanciones que correspondan, sin perjuicio de las que surgieren por aplicación de las disposiciones legales vigentes.

Asimismo, las Instituciones y los responsables de la dirección, administración o conducción de las mismas, que contrataren para realizar las tareas propias de la enfermería a personas que no reúnan los requisitos exigidos por la presente Ley, o que directa o indirectamente los obligaren a realizar tareas fuera de los límites de cada uno de los niveles antes mencionados, será pasibles de las sanciones que correspondan, sin perjuicio de la responsabilidad civil, penal o administrativa que pudiera imputarse a las mencionadas instituciones y responsables.

CAPITULO II: DE LAS PERSONAS COMPRENDIDAS

ARTÍCULO 5.- El ejercicio de la enfermería en el nivel profesional está reservado a aquellas personas que posean:

- a) Título habilitante otorgado por Universidades Nacionales, Provinciales o Privadas, reconocidas por autoridad competente.
- b) Título de Enfermero otorgado por Centros de Formación de nivel terciario no universitario, dependientes de organismos nacionales, provinciales o municipales, e instituciones privadas reconocidas por autoridad competente.
- c) Título, diploma o certificado equivalente expedido por países extranjeros, el que deberá ser revalidado de conformidad con la legislación vigente en la materia o los respectivos convenios de reciprocidad.

ARTÍCULO 6.- El ejercicio de la enfermería en el nivel auxiliar está reservado a aquellas personas que poseen el certificado de Auxiliar de Enfermería otorgado por Instituciones nacionales, provinciales, municipales o privadas reconocidas a tal efecto por autoridad competente. Asimismo podrán ejercer como Auxiliares de Enfermería quienes tengan certificado equivalente otorgado por países extranjeros el que deberá ser reconocido o revalidado de conformidad con la legislación vigente en la materia.

ARTÍCULO 7.- Para emplear el título de especialista o anunciarse como tales, los enfermeros profesionales deberán acreditar capacitación especializada de conformidad con lo que se determine por vía reglamentaria.

ARTÍCULO 8.- Los enfermeros profesionales de tránsito por el país contratados por Instituciones públicas o privadas, con finalidades de investigación, asesoramiento o docencia, durante la vigencia de sus contratos estarán habilitados para el ejercicio de la profesión a tales fines, sin necesidad de realizar la inscripción a que se refiere el artículo 12 de la presente.

CAPITULO III: DE LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES

ARTÍCULO 9.- Son derechos de los profesionales y auxiliares de la enfermería:

- a) Ejercer su profesión o actividad de conformidad con lo establecido por la presente Ley y su reglamentación.
- b) Asumir responsabilidades acordes con la capacitación recibida, en las condiciones que determine la reglamentación.
- c) Negarse a realizar o colaborar en la ejecución de prácticas que entren en conflicto con sus convicciones religiosas, morales o éticas, en las condiciones que determine la reglamentación, y siempre que de ello no resulte un daño inmediato o mediato en el paciente sometido a esa práctica.
- d) Contar, cuando ejerzan su profesión bajo relación de dependencia laboral o en la función pública, con adecuadas garantías que aseguren y faciliten el cabal cumplimiento de la obligación de actualización permanente a que se refiere el inciso e) del artículo siguiente.

ARTÍCULO 10.- Son obligaciones de los profesionales o auxiliares de la enfermería:

- a) Respetar en todas sus acciones la dignidad de la persona humana sin distinción de ninguna naturaleza.
- b) Respetar en las personas el derecho a la vida y a su integridad desde la concepción hasta la muerte.
- c) Prestar la colaboración que le sea requerida por las autoridades sanitarias en caso de epidemias, desastres u otras emergencias.
- d) Ejercer las actividades de la enfermería dentro de los límites de competencia determinados por esta Ley y su reglamentación.

- e) Mantener la idoneidad profesional mediante la actualización permanente, de conformidad con lo que al respecto determine la reglamentación.
- f) Mantener el secreto profesional con sujeción a lo establecido por la legislación vigente en la materia.
- g) Promover la donación de órganos mediante la correcta información y el incentivo de la solidaridad social.

ARTÍCULO 11.- Les está prohibido a los profesionales y auxiliares de la enfermería:

- a) Someter a las personas a procedimientos o técnicas que se aparten de las prácticas autorizadas y que entrañen peligro para la salud.
- b) Realizar, propiciar, inducir o colaborar directa o indirectamente en prácticas que signifiquen menoscabo de la dignidad humana.
- c) Delegar en personal no habilitado facultades, funciones o atribuciones privativas de su profesión o actividad.
- d) Ejercer su profesión o actividad mientras padezcan enfermedades infecto-contagiosas o cualquier otra enfermedad inhabilitante, de conformidad con la legislación vigente, situación que deberá ser fehacientemente comprobada por la autoridad sanitaria.
- e) Publicar anuncios que induzcan a engaños del público.

Particularmente, les está prohibido a los profesionales enfermeros actuar bajo relación de dependencia técnica o profesional de quienes sólo estén habilitados para ejercer la enfermería en el nivel auxiliar.

CAPITULO IV: DEL REGISTRO Y MATRICULACION

ARTÍCULO 12.- Para el ejercicio de la enfermería, tanto en el nivel profesional como en el auxiliar, se deberán inscribir previamente los títulos, diplomas o certificados habilitantes en el Ministerio de Salud, el que autoriza el ejercicio de la respectiva actividad, otorgando la matrícula y extendiendo la correspondiente credencial.

ARTÍCULO 13.- La matriculación en el Ministerio de Salud implicará para el mismo el ejercicio del poder disciplinario sobre el matriculado y el acatamiento de éste al cumplimiento de los deberes y obligaciones fijados por esta Ley y su reglamentación.

ARTÍCULO 14.- Son causas de la suspensión de la matrícula:

- a) Petición del interesado.
- b) Sanción del Ministerio de Salud que implique inhabilitación transitoria.

ARTÍCULO 15.- Son causas de cancelación de la matrícula:

- a) Petición del interesado.
- b) Anulación del título, diploma o certificación habilitante.
- c) Sanción del Ministerio de Salud que inhabilite definitivamente para el ejercicio de la profesión o actividad.
- d) Fallecimiento.

CAPITULO V: DE LA AUTORIDAD DE APLICACION

ARTÍCULO 16.- El Ministerio de Salud será la autoridad de aplicación de la presente Ley, y en tal carácter deberá:

- a) Llevar la matrícula de los profesionales y auxiliares de la enfermería comprendidos en la presente Ley.
- b) Ejercer el poder disciplinario sobre los matriculados.
- c) Vigilar y controlar que la enfermería, tanto en su nivel profesional como en el auxiliar, no sea ejercida por personas que no se encontraren matriculados.
- d) Ejercer todas las demás funciones y atribuciones que la presente Ley le otorga.

ARTÍCULO 17.- El Ministerio de Salud, en su calidad de autoridad de aplicación de la presente, podrá ser asistido por una comisión permanente de asesoramiento y colaboración sobre el ejercicio de la enfermería, de carácter honorario, la que se integrará con los matriculados que designen los centros de formación y las asociaciones gremiales y profesionales que los representan, de conformidad con lo que se establezca por vía reglamentaria.

CAPITULO VI: REGIMEN DISCIPLINARIO

ARTÍCULO 18.- El Ministro de Salud ejercerá el poder disciplinario a que se refiere el inciso b) del artículo 16 con independencia de la responsabilidad civil, penal o administrativa que pueda imputarse a los matriculados.

ARTÍCULO 19.- Las sanciones serán:

- a) Llamado de atención.
- b) Apercibimiento
- c) Suspensión de la matrícula.
- d) Cancelación de la matrícula.

ARTÍCULO 20.- Los profesionales y auxiliares de enfermería quedarán sujetos a las sanciones disciplinarias que correspondan, por las siguientes causas:

- a) Condena Judicial que comporte la inhabilitación profesional.
- b) Contravención a las disposiciones de esta Ley y su reglamentación.
- c) Negligencia frecuente o ineptitud manifiesta, u omisiones graves en el cumplimiento de sus deberes profesionales.

ARTÍCULO 21.- Las medidas disciplinarias de que habla la presente Ley se aplicarán graduándolas en proporción a la gravedad de la falta o incumplimiento en que hubiere incurrido el matriculado. El procedimiento aplicable será el que establezca la reglamentación de la presente.

ARTÍCULO 22.- En ningún caso será imputable al profesional o auxiliar de enfermería que trabaje en relación de dependencia el daño o perjuicio que pudieren provocar los accidentes o prestaciones insuficientes que reconozcan como causa la falta de elementos indispensables para la atención de pacientes, o la falta de

personal adecuado en cantidad y/o calidad o inadecuadas condiciones de los establecimientos (*) Lo subrayado esta observado por decreto de promulgación 18/99 de la presente Ley.

CAPITULO VII: DISPOSICIONES TRANSITORIAS

ARTÍCULO 23.- Las personas que, a la fecha de entrada en vigencia de la presente, estuvieren ejerciendo funciones propias de la enfermería, acreditando tal circunstancia conforme lo establezca la reglamentación de la presente, tanto en el nivel profesional como en el auxiliar, contratadas o designadas en instituciones públicas o privadas sin poseer título, diploma o certificado habilitante que en cada caso corresponda, de conformidad con lo establecido en los artículos 5° y 6°, podrán continuar con el ejercicio de esas funciones con sujeción a las siguientes disposiciones:

- a) Deberán inscribirse dentro de los trescientos sesenta (360) días de la entrada en vigencia de la presente, en un registro especial que, a tal efecto, abrirá el Ministerio de Salud.
- b) Tendrán un plazo de hasta dos (2) años para obtener el certificado de auxiliar de enfermería, y de hasta seis (6) años para obtener el título profesional habilitante, según sea el caso, contados a partir del vencimiento del plazo establecido en el inciso anterior. Para la realización de los estudios respectivos tendrán derecho al uso de licencia y franquicias horarias, de acuerdo con lo que estipule la reglamentación correspondiente.
- c) Estarán sometidas a especial supervisión y control del Ministerio de Salud, el que estará facultado, en cada caso, para limitar y reglamentar sus funciones, si fuere necesario, en resguardo de la salud de los pacientes.
- d) Estarán sujetas a las demás obligaciones y régimen disciplinario de la presente.
- e) Se les respetarán sus remuneraciones y situaciones de revista y escalafonaria, aun cuando la autoridad de aplicación les limite sus funciones de conformidad con lo establecido en el inciso c).
- f) Estarán eximidas de la obligación de cumplimentar lo exigido en el inciso b) del presente artículo, por única vez, aquellas personas mayores de cincuenta (50) años de edad que acrediten mediante la certificación de autoridad competente de un establecimiento de la órbita provincial o municipal, la práctica de la enfermería o de auxiliar de enfermería, según sea el caso, durante un mínimo de diez (10) años anteriores a la fecha de entrada en vigencia de la presente.

CAPITULO VIII: DISPOSICIONES VARIAS

ARTÍCULO 24.- A los efectos de la aplicación de normas vigentes que, para resguardo de la salud física o psíquica, establecen especiales regímenes de reducción horaria, licencias, jubilación, condiciones de trabajo y/o provisión de elementos de protección, considéranse insalubres las siguientes tareas de enfermería:

- a) Las que se realizan en Unidades de Cuidados Intensivos.
- b) Las que se realizan en Unidades Neurosiquiátricas.
- c) Las que conllevan riesgo permanente de contraer enfermedades infecto-contagiosas.
- d) Las que se realizan en áreas afectadas por radiaciones, sean estas ionizantes o no.
- e) La atención de pacientes quemados.

La autoridad de aplicación queda facultada para solicitar, de oficio o a pedido de parte interesada, ante la Subsecretaría de Trabajo de la Provincia de Buenos Aires, la ampliación de este listado.

ARTÍCULO 25.- La autoridad de Aplicación , al determinar la competencia específica de cada uno de los niveles a que se refiere el artículo 3º, podrá también autorizar para el nivel profesional la ejecución excepcional de determinadas prácticas, cuando especiales condiciones de trabajo o de emergencia así lo hagan aconsejable, estableciendo al mismo tiempo las correspondientes condiciones de habilitación especial.

ARTÍCULO 26.- El Poder Ejecutivo reglamentará la presente Ley en un plazo de ciento ochenta (180) días, contados a partir de su promulgación.

ARTÍCULO 27.- Derógase toda otra norma legal, reglamentaria o dispositiva, que se oponga a la presente.

ARTÍCULO 28.- Comuníquese al Poder Ejecutivo.

DECRETO 18/99

La Plata, 14 de enero de 1999.

Anexo V Ley 10471

Estableciendo nuevo régimen para la Carrera Profesional Hospitalaria.

**EL SENADO Y CÁMARA DE DIPUTADOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES SANCIONAN
CON FUERZA DE LEY**

TÍTULO I: DISPOSICIONES PRELIMINARES DE LA CARRERA PROFESIONAL HOSPITALARIA

ARTÍCULO 1.- Establécese la Carrera Profesional Hospitalaria para los profesionales que prestan servicios en los establecimientos asistenciales correspondientes al Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

CAPÍTULO I: DE LOS ALCANCES

ARTÍCULO 2.- La Carrera establecida por la presente ley abarcará las actividades destinadas a la atención médica integral del individuo por medio de la práctica de los profesionales de la salud, ejercidas a través de las acciones de fomento, prevención, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de la población, y a programar, dirigir, controlar y evaluar las mismas.

ARTÍCULO 3.- (Texto según Ley 11159) La Carrera establecida por la presente ley, abarcará las actividades profesionales de: médicos, odontólogos, químicos, bioquímicos, bacteriológicos, farmacéuticos, psicólogos, obstetras, kinesiólogos, nutricionistas, dietistas, fonoaudiólogos, terapistas ocupacionales, psicopedagogos, y asistentes sociales ó equivalentes con títulos universitarios. Quedan comprendidos también los fonoaudiólogos con títulos de nivel terciario no universitario, expedidos por Institutos Superiores dependientes de la Dirección General de Escuelas y Cultura de la Provincia de Buenos Aires y los Asistentes Sociales, trabajadores sociales, licenciados en Servicios Social ó equivalentes con título de nivel terciario no universitario. Queda facultado el Poder Ejecutivo por intermedio del Ministerio de Salud, para incluir otras actividades profesionales con título universitario, cuyo concurso se estime indispensable para ejecutar las acciones correspondientes a las funciones sanitarias de la presente Carrera.

CAPÍTULO II: DE LA ADMISIBILIDAD E INGRESO

ARTÍCULO 4.- Son requisitos para la admisibilidad en el presente régimen:

a) (Texto según Ley 11159) Poseer título profesional habilitante expedido por Universidades del país autorizadas al efecto y/o reconocidas por la legislación vigente.

Para el caso de los fonoaudiólogos, se admitirá también título terciario no universitario expedido por Institutos Superiores de la Dirección General de Escuelas y Cultura de la Provincia de Buenos Aires y para el de los Asistentes Sociales, Trabajadores Sociales, Licenciados en Servicio Social, ó equivalentes, título terciario no universitario expedido por Instituciones Oficiales ó privadas que se encuentren oficialmente reconocidas.

b) Ser argentino, nativo por opción o naturalizado.

c) No ser infractor a las disposiciones vigentes sobre enrolamiento y servicio militar.

d) Haber dado total cumplimiento a las normas legales y reglamentaciones vigentes en la Provincia que rigen al respectivo ejercicio profesional.

e) Acreditar aptitud psico-física adecuada.

ARTÍCULO 5.- El ingreso al régimen escalafonado de la Carrera se hará siempre por el nivel inferior. El acceso será mediante un concurso abierto de méritos, antecedentes y evaluación.

ARTÍCULO 6.- No podrán ingresar a la Carrera:

- a) El que hubiere sido exonerado o declarado cesante en el ámbito oficial nacional, provincial o municipal, por razones disciplinarias, mientras no esté rehabilitado.
- b) El que tenga proceso penal pendiente o haya sido condenado en causa criminal, por hecho doloso de naturaleza infamante, salvo rehabilitación.
- c) El que haya sido condenado por delito peculiar al personal de la Administración Pública.
- d) El fallido y/o concursado civilmente, mientras no tenga su rehabilitación judicial.
- e) El alcanzado por alguna inhabilitación dispuesta por el organismo que tenga a su cargo el manejo de la matrícula.
- f) El alcanzado por disposiciones que le creen incompatibilidad o inhabilidad.

TÍTULO II: CUADROS DE PERSONAL

ARTÍCULO 7.- (Texto según Ley 10.528) El personal comprendido en el presente régimen se clasifica en:

1. Planta Permanente, que comprende:

Personal escalafonado, en cargos y funciones.

2. Planta Temporaria, que comprende:

Personal interino.

Personal reemplazante.

Personal transitorio.

3. Régimen pre-escalafonario:

Concurrentes y residentes.

TÍTULO III: PLANTA PERMANENTE

CAPÍTULO I: DEL RÉGIMEN ESCALAFONARIO

ARTÍCULO 8.- (Texto según Ley 10528) El personal incorporado al régimen escalafonario tendrá un escalafón horizontal de cargos que constan de los siguientes grados: Asistente, Agregado, de Hospital C, de Hospital B, de Hospital A, Asistente Técnico de Administración Hospitalaria. El grado de Asistente se adquiere al ingreso. Cada cinco (5) años y en forma automática los profesionales escalafonados serán encasillados en los grados superiores descriptos en este artículo, hasta el del Hospital A inclusive.

A los profesionales que ingresen al escalafón se les computará la antigüedad concerniente a esta ley, para su encasillamiento en el grado escalafonario que corresponda.

Será requisito indispensable de admisibilidad para el cargo de Asistente Técnico de Administración Hospitalaria el haber efectuado cursos de Salud Pública o Administración Hospitalaria con no menos de quinientas (500) horas dictadas por organismos docentes reconocidos y acreditar como mínimo cinco (5) años de ejercicio profesional.

Asimismo el personal tendrá un escalafón vertical denominado funciones con jerarquía creciente cuya denominación es la siguiente:

Jefe de Unidad de Diagnóstico y Tratamiento.

Jefe de Unidad de Internación o de Consulta.

Jefe de Unidad Sanitaria.

Jefe de Sala o Subjefe de Servicio.

Jefe de Guardia.

Jefe de Servicio.

Director Asociado.

Director.

Las funciones de Director Asociado y de Director serán desempeñadas por profesionales universitarios de la Salud, que serán designados sin concurso. Asimismo, las personas que desempeñen tales funciones carecerán de estabilidad y el Poder Ejecutivo queda facultado para reglamentar los requisitos y condiciones para el acceso a las mismas.

ARTÍCULO 9.- Entiéndese por función de Unidad de Diagnóstico o Tratamiento aquella que resulta de organizar y administrar la actividad que se cumple en un agrupamiento físico o funcional con tareas específicas de su especialidad.

ARTÍCULO 10.- (Texto según Ley 10528) Entiéndese por función de Nivel de Unidad de Internación o de Consulta, aquella que resulta de organizar y administrar las actividades que se cumplen en un agrupamiento físico, con un régimen funcional de camas y consultorios destinados a la atención de pacientes internados o ambulatorios.

ARTÍCULO 11.- (Texto según Ley 10528) Entiéndese por función Nivel de Unidad Sanitaria aquella que resulta de organizar y administrar actividades integradas de atención médica para pacientes ambulatorios y eventualmente internados en organismos descentralizados del hospital.

ARTÍCULO 12.- (Texto según Ley 10528) Entiéndese por función de Nivel Sala aquella que resulta de organizar y administrar las actividades que se cumplen en el agrupamiento físico y/o funcional de Unidades de Internación. En aquellos establecimientos sanitarios que por su planta física y régimen de funcionamiento no admitiesen el Nivel Sala, la función Sub-Jefe de Servicio será equivalente a la de Jefe de Sala.

ARTÍCULO 13.- (Texto según Ley 10528) Entiéndese por función de Nivel Jefe de Guardia aquella que resulta de organizar y administrar las actividades que se cumplen en forma ininterrumpida para la atención de emergencia.

ARTÍCULO 14.- Entiéndese por función de Nivel de Servicio, aquella que resulta de organizar y administrar las actividades que se cumplen en el Agrupamiento de Salas, Consultorios y otras acciones profesionales que concurren al diagnóstico y tratamiento.

ARTÍCULO 15.- Entiéndese por función de Director aquella de cuya actividad depende la organización y administración del establecimiento. Constituye la máxima autoridad de éste último y depende del nivel central.

El Director Asociado, tiene por función asistir al Director en las actividades que éste expresamente le delegue, revistiendo el carácter de reemplazante natural de aquél en los casos de ausencia transitoria.

ARTÍCULO 16.- Los deberes y atribuciones correspondientes a las funciones establecidas en el artículo 8 de la presente ley, serán determinados por el Reglamento de Servicios de Salud para los establecimientos asistenciales.

ARTÍCULO 17.- (Texto según Ley 10528) Las únicas funciones con estabilidad serán las detalladas en los ítems 1 a 6 del artículo 8°. Serán cubiertas por concurso y ejercidas por un período de cuatro (4) años. Los agentes que cesaren en cualquiera de ellas, retomarán los cargos de planta que revistaren y podrán presentarse nuevamente a concurso para ésta u otras funciones.

ARTÍCULO 18.- Los agentes que se hallen desempeñando funciones podrán presentarse a concurso para otras funciones, siempre que reúnan la condiciones establecidas por la presente ley y en caso de ganarlo cesarán automáticamente en aquéllas al ser designadas en las concursadas.

ARTÍCULO 19.- Las funciones enunciadas en el artículo 8 de la presente ley serán desarrolladas en los Establecimientos Sanitarios, ya sean generales o especializados -conforme a la estructura que posean- de acuerdo a su nivel de complejidad que posibilite su clasificación, según las siguientes pautas: Unidad Sanitaria, Establecimiento Perfil A, Establecimiento Perfil B, Establecimiento Perfil C y Establecimiento Perfil D.

ARTÍCULO 20.- El Ministerio de Salud será el encargado de asignar las categorías de los establecimientos de atención médica y las estructuras orgánico-funcionales, como así también de la clasificación de los organismos especializados.

ARTÍCULO 21.- (Texto según Ley 10528) Establécense los siguientes concursos:

a) Concurso abierto de pases para cargos vacantes, para todos los profesionales escalafonados en el régimen que establece la presente ley. Sólo podrán inscribirse en el concurso de pases aquellos profesionales que tengan no menos de cinco (5) años de antigüedad en la Carrera Profesional Hospitalaria.

b) Concurso abierto para ingreso al escalafón.

c) Concurso cerrado de profesionales escalafonados en cada establecimiento para cobertura de las funciones hasta el nivel Jefe de Guardia inclusive.

d) Concurso abierto de profesionales escalafonados para cobertura de funciones de Jefatura de Servicios y Jefatura de Unidad Sanitaria. Se contemplará un puntaje adicional para los postulantes que pertenezcan al plantel del establecimiento en que se concursan dichas funciones.

ARTÍCULO 22.- (Texto según Ley 10528) Se entiende por concurso cerrado aquel que se realiza entre el personal profesional escalafonado de cada establecimiento. Se entiende por concurso abierto aquel que se

realiza entre el personal profesional escalafonado de la Provincia y otras jurisdicciones con convenios de reciprocidad con esta ley y el previsto en el inciso b) del artículo 21°.

ARTÍCULO 23.- (Texto según Ley 10528) Para los concursos del personal escalafonado se tendrán en cuenta los siguientes conceptos: antigüedad, antecedentes, examen de oposición y consenso. Se otorgará hasta treinta (30) puntos para cada uno de los tres (3) primeros conceptos y hasta (10) puntos al consenso. La Reglamentación determinará el procedimiento de los distintos concursos.

ARTÍCULO 24.- El Ministerio de Salud deberá llamar obligatoriamente a tres (3) concursos por año: uno (1) de ingreso y uno (1) de funciones. El concurso de pases se cumplirá en el primer cuatrimestre del año, el de ingreso en el segundo cuatrimestre y el de funciones en el tercer cuatrimestre.

CAPÍTULO III: REGIMEN DE TRABAJO

ARTÍCULO 25.- (Texto según Ley 10678) Los profesionales deberán cumplir una jornada de trabajo de cuatro (4) horas diarias o de veinticuatro (24) semanales. El Ministerio de Salud, podrá asignar regímenes de trabajo de seis (6) horas corridas diarias o de treinta y cuatro (34), treinta y seis (36), semanales, u ocho (8) horas diarias y dentro de un máximo de cuarenta y ocho (48) semanales para determinados cargos y/o funciones, debiendo establecerse esta circunstancia y fijar los honorarios -que serán inamovibles sin la anuencia del interesado-. Las funciones del Director y Director Asociado, se cumplirán en jornadas diarias de ocho (8) horas y hasta cuarenta y ocho (48) horas semanales.

ARTÍCULO 26.- Los profesionales que cumplan actividades de guardia cumplirán treinta y seis (36) horas semanales distribuidos en la siguiente forma: uno (1) o dos (2) períodos de doce (12) horas en la Guardia y las restantes horas en un servicio de su especialidad en jornadas no inferiores a cuatro (4) horas no coincidentes con el día de guardia, o veinticuatro (24) horas semanales corridas y las restantes doce (12) horas, tres (3) días, cuatro (4) horas diarias en un servicio de su especialidad. En caso de cumplir dos (2) períodos de doce (12) horas no podrán ser corridos.

ARTÍCULO 27.- El Ministerio de Salud está facultado a disponer con la participación de la Comisión Permanente de Carrera Hospitalaria, prestaciones de servicios profesionales con jornadas menores que las fijadas en el artículo 25 cuando las necesidades sanitarias de la localidad o zona fundamenten su implantación. La jornada de labor que en tales casos se fije nunca podrá ser menor de doce (12) horas semanales, a cumplir en no menos de tres (3) veces por semana.

ARTÍCULO 28.- Facúltase al Ministerio de Salud a integrar áreas programáticas de atención médica, de acuerdo a la planificación sanitaria de la Provincia. Dichas áreas podrán incluir a establecimientos de distintos niveles de complejidad con o sin internación, debiendo el Ministerio establecer la coordinación de los mismos para su desenvolvimiento.

CAPÍTULO IV: DEL RÉGIMEN DE SUELDOS

ARTÍCULO 29.- (Texto según Ley 10622) El sueldo básico mensual para los grados de Asistente, Agregado, Hospital C, Hospital B y Hospital A, resultará de multiplicar los módulos equivalentes al seis con setenta y cinco (6,75) por ciento, y siete con quince (7,15) por ciento, siete con sesenta (7,60) por ciento y ocho (8,0) por ciento y ocho con cuarenta y cinco (8,45) por ciento respectivamente, del salario básico del Agrupamiento del Personal Profesional fijado por el Escalafón General del Personal de la Administración Pública de la Provincia (Clase 4, grado 14 de la Ley 10.430), por el número de horas semanales de trabajo asignadas por la autoridad administrativa de acuerdo a lo previsto en los artículos 25° y 27° de la presente Ley. El Asistente Técnico de la Administración Hospitalaria percibirá al ingreso una remuneración equivalente al cargo de

Profesional Asistente adquiriendo luego los sueldos equivalentes a los restantes cargos consignados en este articulado, en forma automática cada cinco (5) años hasta el Grado de Hospital A.

ARTÍCULO 30.- (Texto según Ley 10678) Las bonificaciones por función a que alude el artículo 8° de la presente ley, se aplicarán sobre el sueldo que le corresponda al profesional por el cargo de revista, hasta el límite de Profesional de Hospital C. Las mismas tendrán las siguientes escalas:

Jefe de Unidad de Diagnóstico y Tratamiento, cinco (5) por ciento.

Jefe de Sala, Subjefe de Servicio y Jefe de Guardia de Establecimiento Perfil A, diez (10) por ciento.

Jefe de Sala, Subjefe de Servicio, Jefe de Guardia de Establecimiento Perfil B, y Jefe de Unidad de Internación de Establecimiento Perfil C, veinte (20) por ciento.

Jefe de Sala, Subjefe de Servicio, Jefe de Guardia Perfil C, y Jefe de Unidad de Internación de Establecimiento Perfil D, treinta (30) por ciento.

Jefe de Sala, Subjefe de Servicio, Jefe de Guardia Perfil D, Jefe de Establecimiento Perfil B y Jefe de Unidad Sanitaria, cuarenta (40) por ciento.

Jefe de Servicio de Establecimiento Perfil C, cincuenta (50) por ciento.

Jefe de Servicio de Establecimiento Perfil D, sesenta (60) por ciento.

a) Director Asociado de Establecimiento Perfil A, setenta y cinco (75) por ciento.

b) Director de Establecimiento Perfil A y Director Asociado Establecimiento Perfil B, setenta y siete (77) por ciento.

c) Director de Establecimiento Perfil B, setenta y nueve (79) por ciento.

d) Director Asociado de Establecimiento Perfil C, ochenta (80) por ciento.

e) Director de Establecimiento Perfil C y Director Asociado de Establecimiento Perfil D, ochenta y dos (82) por ciento.

f) Director de Establecimiento Perfil D, ochenta y cinco (85) por ciento.

La escala en los niveles directivos se prevé en base al régimen horario de hasta cuarenta y ocho (48) horas semanales.

ARTÍCULO 31.- (DEROGADO por Ley 10678) Las únicas remuneraciones que percibirán quienes desempeñen las funciones de Director o Director Asociado resultarán de multiplicar el sueldo asignado al cargo de Director General de la Ley 10.430 -Estatuto General para el Personal de la Administración Pública Provincial- por los coeficientes que para cada tipo de establecimiento se fijan a continuación:

COEFICIENTE

1.- ESTABLECIMIENTO PERFIL D.

DIRECTOR

1,0000

DIRECTOR ASOCIADO

0,9749

2.- ESTABLECIMIENTO PERFIL C.

DIRECTOR

0,9749

DIRECTOR ASOCIADO

0,9102

3.- ESTABLECIMIENTO PERFIL B.

DIRECTOR

0,6825

DIRECTOR ASOCIADO

0,6512

4.- ESTABLECIMIENTO PERFIL A.

DIRECTOR

0,6199

ARTÍCULO 32.- (Texto según Ley 10528) Establécese para el personal comprendido en la presente Ley, los siguientes adicionales:

a) Por antigüedad: por cada año de servicio desempeñado en la Administración Pública Provincial, Municipal y/o Nacional, salvo que por los mismos se perciba beneficio similar, Jubilación o retiro; el monto del adicional será determinado en base al dos y medio (2,5) por ciento sobre los sueldos asignados a cada cargo o función.

b) Por destino desfavorable: El Poder Ejecutivo determinará por Reglamentación, los establecimientos comprendidos en dichas zonas. Los profesionales que presten servicios en los mismos, recibirán una bonificación única del sueldo que perciban en su categoría.

c) Inhabilitación o bloqueo de título: el Ministerio de Salud podrá determinar "per se" o por opción del agente para el desempeño de algunos cargos o funciones, el bloqueo de título con inhabilitación total para ejercer fuera del ámbito de la carrera. En este caso, deberá bonificar al agente con un cien (100) por ciento, del sueldo que le corresponda a su categoría.

En el caso de establecer el Ministerio este requisito "per se", debe consignarlo en el respectivo llamado a "concurso" o contar con la autorización expresa del agente.

CAPÍTULO V: DERECHOS

ARTÍCULO 33.- (Texto según Ley 10528) Los derechos, obligaciones y atribuciones del personal escalafonado serán los establecidos para el personal de la Administración Pública Provincial por las leyes y

reglamentaciones vigentes, en tanto no se haya previsto una norma especial en la presente ley y su reglamentación.

ARTÍCULO 34.- Ningún agente podrá ser trasladado contra su voluntad excepto los casos que obedezcan a las siguientes razones:

- a) Cumplimiento de tareas en misiones oficiales, técnicas o de evidente necesidad pública siendo en todos los casos de carácter transitorio y por lapsos no mayores de sesenta (60) días corridos.
- b) Cuando sea consecuencia de una necesaria reestructuración administrativa dispuesta por Ley Especial, cuidando de no afectar el principio de unidad familiar.

Para cumplimiento de lo expresado en el inciso b) , deberá tenerse en cuenta a aquellos agentes de menor antigüedad.

ARTÍCULO 35.- (Texto según Ley 10528) El agente gozará de una licencia anual ordinaria de treinta (30) días corridos, la cual podrá fraccionarse en dos (2) períodos y de una licencia anual complementaria cuya extensión será del cuarenta (40) por ciento de los días de licencia anual ordinaria. La licencia anual complementaria deberá usufructuarse en días corridos, debiendo existir un lapso no inferior a tres (3) meses entre ésta y la ordinaria.

ARTÍCULO 36.- (Texto según Ley 10528) Los profesionales comprendidos en esta ley, podrán solicitar licencia de hasta un (1) año por motivos particulares, sin goce de sueldo, no computándose estos períodos para su antigüedad en el escalafón.

Es facultativo del organismo de aplicación el otorgamiento de estas licencias de acuerdo con las necesidades del Servicio.

Al agente que desee mejorar su preparación científica, profesional o técnica en actividades relacionadas con la especialidad que desempeñan en los establecimientos sanitarios se le podrá otorgar hasta un (1) año de licencia con goce de haberes. En este caso el agente se obligará previamente a continuar el servicio de la Provincia, en trabajos afines con los estudios realizados, por un período mínimo equivalente al triple de la licencia que gozare. Su incumplimiento hará exigible la devolución de los haberes percibidos.

Para tener derecho al goce de esta licencia, el agente deberá registrar una antigüedad mayor de tres (3) años en la Carrera Profesional Hospitalaria. En licencias por lapsos superiores a tres (3) meses deberá designarse reemplazante transitoriamente.

ARTÍCULO 37.- Por actividades colegiadas o gremiales avaladas por las entidades que integran la Comisión Permanente de Carrera Hospitalaria, los profesionales tendrán derecho a permisos especiales con goce de sueldo hasta un máximo de veinte (20) días por año calendario y de ciento ochenta (180) días más -sin goce de sueldo- también por año calendario, los que serán otorgados por el Ministerio de Salud, computándose dichos períodos para la antigüedad en el Escalafón.

CAPÍTULO VI: DE LA DISCIPLINA

ARTÍCULO 38.- El agente de la Carrera Profesional Hospitalaria no podrá ser privado de su empleo ni objeto de medidas disciplinarias, sino por las causas y procedimientos que se determinan en la presente Ley.

ARTÍCULO 39.- Salvo apercibimiento o suspensión de hasta (3) días, no podrá sancionarse disciplinariamente al agente, sin que previamente se haya instruido el pertinente sumario administrativo, ordenado por autoridad competente.

ARTÍCULO 40.- Todo responsable del personal comprendido en la presente Carrera que considere que el mismo no cumple con las funciones que le competen, y una vez agotadas las instancias propias de supervisión o conducción, elevará a la Dirección, siguiendo la vía jerárquica correspondiente, la solicitud de sanción fundamentada en la valorización de la eficacia en el trabajo, en el cumplimiento de tareas, conducta administrativa y ética profesional.

ARTÍCULO 41.- Las normas y procedimientos referentes a la disciplina del agente serán las establecidas por las disposiciones vigentes para el personal de la Administración Pública Provincial en lo que no se hallaren modificadas por la presente.

CAPÍTULO VII: DE LA SITUACIÓN DE REVISTA Y CÓMPUTO DE ANTIGÜEDAD

ARTÍCULO 42.- (Texto según Ley 10528) Cuando se den en el orden nacional, provincial o municipal condiciones similares a las que establece la presente ley para los Hospitales Oficiales de la Provincia de Buenos Aires, el Ministerio de Salud, con el dictamen de la Comisión Profesional Permanente, podrá firmar convenios de reciprocidad con ellos.

ARTÍCULO 43.- Los profesionales de establecimientos asistenciales ya transferidos o que transfiera la Nación a la Provincia o de los Municipios a la Provincia, gozarán de estos derechos desde el momento en que estén definitivamente transferidos e incorporados los cargos al Presupuesto Provincial.

ARTÍCULO 44.- La Comisión Profesional Permanente dictaminará en todos los casos de duda y/o de apelación que pudieran suscitarse.

ARTÍCULO 45.- (Texto según Ley 10528) El cese del agente en el cargo y en la función se producirá por:

- a) A los sesenta (60) años de edad automáticamente salvo que optare por terminar el lapso que faltare hasta cumplir los cuatro (4) años en la función que se encontrare desempeñando y siempre que se hallen en condiciones de obtener la jubilación ordinaria con el máximo del haber jubilatorio.
- b) Por otras causas y en la forma que establecen las normas vigentes para el personal de la Administración Pública, en tanto no hayan sido modificados por la presente ley.

ARTÍCULO 46.- Los agentes que cesen en sus actividades por la aplicación de los beneficios jubilatorios podrán ser autorizados por el Ministerio de Salud para seguir concurriendo a los servicios de su dependencia en funciones de profesionales, consultores con carácter "ad honorem", por un período de cinco (5) años el cual podrá ser renovado por otros cinco (5) años.

TÍTULO III: PLANTA TEMPORARIA

INTERINOS

ARTÍCULO 47.- (Texto según Ley 10528) Queda facultado el Poder Ejecutivo a cubrir en forma interina las vacantes de cargos y funciones del Plantel Permanente que se produzcan, hasta que se realice el pertinente concurso, con ajuste a la presente Ley.

El interinato no podrá exceder el plazo de un (1) año.

REEMPLAZANTES

ARTÍCULO 48.- Personal reemplazante es aquel que se desempeña para cubrir vacantes circunstanciales, producidas por ausencia de sus titulares, en uso de licencia.

TRANSITORIOS

ARTÍCULO 49.- Personal transitorio es aquel que se desempeña en tareas temporarias de emergencia o estacionales, que no pueden ser realizadas por personal permanente.

ARTÍCULO 50.- El personal comprendido en este Título carece de estabilidad, concluyendo su desempeño al extinguirse la causal de su designación, o se disponga su cese cuando razones de servicio así lo aconsejen.

Deberá satisfacer los deberes inherentes al cargo y estará sujeto a las obligaciones y prohibiciones previstas para el personal de Planta Permanente.

Gozará de similares derechos que los establecidos que para el personal temporario de la Administración Pública Provincial.

TÍTULO IV: REGIMEN PRE ESCALAFONARIO

CONCURRENCIAS

ARTÍCULO 51.- Personal concurrente es aquel que asiste a los establecimientos sanitarios con el fin de mejorar su capacitación. Su ingreso estará supeditado a las necesidades del Ministerio de Salud. Tendrán los mismos derechos y obligaciones que el personal escalafonado. La Reglamentación determinará los requisitos y particularidades de la concurrencia.

RESIDENCIAS

ARTÍCULO 52.- El régimen de residencia en los establecimientos sanitarios estará supeditado a la planificación de capacitación del recurso humano y a la política sanitaria del Ministerio de Salud. El ingreso a la residencia será por concurso abierto. La Reglamentación determinará las condiciones de este régimen.

TÍTULO V: PROFESIONALES AUTORIZADOS

ARTÍCULO 53.- Se consideran profesionales autorizados a aquellos que no perteneciendo al Plantel de Escalafonados, ni preescalafonados, reúnen requisitos técnicos, legales y éticos que le permiten concurrir al establecimiento y prestar servicios, bajo condiciones que serán reglamentadas para cada establecimiento, con la participación de la Comisión Permanente de Carrera Hospitalaria.

La incorporación del profesional autorizado no lo será en áreas de desarrollo tradicional en el hospital público. Tampoco será sustitutivo, directos o indirectos de los cargos y funciones previstos en el Plantel Básico de la Carrera de cada establecimiento. Asimismo este régimen es optativo para cada establecimiento de acuerdo a las características zonales o regionales.

TÍTULO VI: COMISION PERMANENTE DE CARRERA PROFESIONAL HOSPITALARIA

ARTÍCULO 54.- Créase la Comisión Permanente de Carrera Profesional Hospitalaria que será designada por el Ministerio de Salud y estará integrada por representantes de dicho Ministerio y de Entidades Profesionales que tengan el manejo de la matrícula y de Entidades Gremiales con personería jurídica de jurisdicción provincial.

La composición de esta Comisión será reglamentada.

Todos los integrantes de la Comisión deberán ser profesionales de la Salud. La Comisión tendrá las siguientes funciones:

- a) Asesorar al Ministro de Salud en toda cuestión que se suscite por motivo de la aplicación de la presente ley.
- b) Intervenir como Organismo de Apelación en los recursos que se interpongan a las decisiones de los Jurados de los concursos de acuerdo con lo previsto en la presente Ley.
- c) Estudiar y expedirse en las propuestas de convenios de reciprocidad con otras Carreras de jurisdicción, nacional, provincial o municipal.

TÍTULO VII: DISPOSICIONES TRANSITORIAS Y COMPLEMENTARIAS

ARTÍCULO 55.- (Texto según Ley 10528) Los agentes que a la fecha de sanción de la presente ley revistan en cargos ganados por concurso bajo el régimen del Decreto-Ley N° 7878 serán escalafonados automáticamente de acuerdo a lo previsto en el artículo 8° de la presente Ley. Los profesionales que revistan en funciones ganadas por concurso, bajo el régimen precitado y que no hayan vencido su período legal, completarán el mismo de acuerdo a lo estipulado en el Decreto-Ley 7.878/72, estén o no previstas dichas funciones en la presente Ley.

En igual situación se encontrarán los agentes citados en los artículos 42 y 43, cuando se den las condiciones fijadas en el mismo.

A los efectos previsionales las funciones de Jefe de Departamento, Secretario Técnico y Subdirector previstos en el Decreto-Ley 7878/72, se correlacionarán con la función de Director Asociado establecida en la presente ley”.

ARTÍCULO 56.- Los Municipios de la Provincia podrán adherirse al régimen de la presente ley y a su reglamentación disponiendo su aplicación al personal profesional y servicios correspondientes de su dependencia, conforme a la clasificación que a tal efecto efectúe el Ministerio de Salud.

ARTÍCULO 57.- Derógase expresamente el Decreto Ley 7878/72 y sus modificatorios, así como cualquier disposición contenida en las leyes que se opongan a la presente.

ARTÍCULO 58.- (Texto según Ley 10528) Facúltase al Poder Ejecutivo por esta única vez, a efectuar los llamados a concurso establecidos por el artículo 24°, dentro de los siguientes plazos, contados a partir de la promulgación de la presente Ley:

- a) Concurso de pases: plazo máximo seis (6) meses.
- b) Concursos de cargos: plazo máximo doce (12) meses.
- c) Concurso de funciones: plazo máximo dieciocho (18) meses.

Anexo VI

Características principales del perfil de Enfermero y las incumbencias profesionales del Licenciado en enfermería, según lo establece el plan de Estudio de la mencionada carrera, perteneciente a la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Desde lo cual se espera que los licenciados en Enfermería, una vez que hayan cumplido con las exigencias de la formación profesional, al concluir sus estudios de enfermera/o hayan logrado:

- “Una visión totalizadora del hombre y reconocimiento de la salud como hecho social que le permita enfatizar las acciones preventivas sobre las curativas.
- Una formación académica pluralista, actualizada e integrada, que le permita abordar con aceptable nivel de idoneidad el proceso de atención de enfermería.
- Posibilidad de interactuar en grupos de trabajo con otros profesionales del área de la salud e identificar su papel dentro de la política sanitaria general.
- Reconocer la articulación docencia-servicio como una de las estrategias fundamentales para orientar y educar para la salud de la comunidad.
- Adoptar una actitud de compromiso con su actividad profesional que le permita asumir responsablemente su propia capacitación permanente, como condición para la actualización, el crecimiento personal y la adecuación de principios científicos de la enfermería a los progresos de las ciencias sociales, biológicas y educativas.
- La formación de un pensamiento científico que posibilite una visión problematizadora, tanto de la realidad como de las formulaciones científicas existentes.
- Es un profesional que ha adquirido competencia científica y técnica en el área de enfermería, para dar cuidado y ayuda al individuo, familia y comunidad, mediante una firme actitud humanística, ética y de responsabilidad legal, adecuados conocimientos en las áreas profesional, biológica, psicosocial y humanística y entrenada en las técnicas específicas en el arco de desarrollo científico.
- Tendrá conocimientos sobre el proceso de enseñanza aprendizaje en la educación continua de individuo, familia y grupos comunitarios.
- Tendrá conocimientos sobre la administración de los servicios de enfermería hospitalarios y comunitarios en los distintos niveles de complejidad, tomando decisiones en cualquiera de las áreas de su desempeño profesional, basadas en su capacidad de observación, análisis reflexivo y juicio crítico.
- Tendrá conocimiento sobre el método de investigación aplicándolo y divulgando sus resultados a fin de contribuir a mejorar la atención de salud, la atención de enfermería y el desarrollo profesional”.

Alcances del Licenciado/a en Enfermería

- Planificar, organizar, dirigir y evaluar Servicios de Enfermería.
- Participar en la realización de estudios e investigaciones referidos a las formas de cuidado y control de los pacientes en los niveles de prevención, tratamiento y rehabilitación en el área de enfermería.
- Participar en programas de mejoramiento sanitario para la salud.
- Participar en el planeamiento de acciones interdisciplinarias e intersectoriales en el área de Salud.
- Asesorar sobre las acciones y condiciones del ejercicio profesional de enfermería al equipo interdisciplinario e intersectorial.
- Establecer políticas de atención, educación e investigación en Enfermería.