

7° Congreso Nacional de Estudios del Trabajo – ASET
Grupo 6: Estructura ocupacional y mercados de trabajo

“la estructura de una ocupación urbana: el discurso del personal de enfermería en un hospital de resistencia, chaco.”

Carolina Buttice •
Centro de Estudios Sociales - UNNE

En este artículo pretendemos la descripción de la situación presente de la ocupación enfermera. Mediante el análisis del discurso de los enfermeros y enfermeras de una institución hospitalaria de la Ciudad de Resistencia, capital de la Provincia del Chaco, se intentará dar cuenta de las prácticas que se definen como propias de la enfermería según el perfil ocupacional, en tanto nivel de calificación logrado, que los posiciona de manera diferenciada en el campo profesional.

Este campo -tal como lo destaca la literatura especializada- se encuentra envuelto en un proceso de cambio, debido fundamentalmente a la profesionalización de la ocupación y el incremento de la participación de varones en ella¹.

A los fines de esta presentación nos centraremos en el primer aspecto. En general, todo proceso de profesionalización se asocia al desplazamiento del saber empírico al saber científico; en el caso de la enfermería, esta tendencia viene impulsada, además de la adquisición de rango universitario², por las nuevas necesidades en relación al desempeño del personal, que incluye actividades de valoración, diagnóstico, planificación, tratamiento y evaluación de las respuestas humanas tanto en las personas enfermas como sanas. Esto genera, una nueva forma de participación de los enfermeros, y como respuesta a esto, un intento por parte de los mismos de delimitar su campo de acción, reconociendo como una debilidad interna el realizar actividades bajo la dependencia médica. Es decir, al enfatizar el rol desde la perspectiva científica, se consolida un perfil

• Becaria de pre-grado de SGCyT-UNNE. carolinabuttice@hotmail.com / CES-UNNE Plácido Martínez 1383 (3400) Corrientes - ces@unne.edu.ar

¹ Estas dos cuestiones son las que proponen Wainerman y Binstock (1993:3) para la comprensión de la dinámica de la enfermería.

² En el medio en el que se realiza esta investigación, la carrera de Enfermería dependiente de la Facultad de Medicina de la UNNE comienza sus actividades académicas en el mes de agosto de 1971. En la actualidad, la oferta académica es de tres años, para lograr el título de Enfermero y de 5 años de Licenciatura en Enfermería.

ocupacional que incluye autonomía profesional y una gestión de cuidados basada en este saber científico.

En este sentido, podemos decir que la enfermería atraviesa una importante transición paradigmática, mientras continúan vigentes los distintos modelos sobre los cuales esta ocupación ha apoyado su accionar a lo largo de su historia, proporcionando distintas perspectivas para el ejercicio, la administración y gestión, la enseñanza y la investigación de la enfermería, de modo que es posible encontrar prácticas diferenciadas entre los trabajadores de esta ocupación, según el perfil de calificación que posean. Junto con los profesionales que desean “otra enfermería”, es decir una profesión autónoma, científica y reconocida socialmente, coexiste otro grupo que parece mantener el paradigma que prevaleció durante la primera etapa -de esta ocupación-, basado en la rígida adhesión a métodos, teorías y/o paradigmas, que limitan su ejercicio y el alcance de reconocimiento profesional. De este modo, la enfermería se constituye en un grupo profesional con diversas expectativas y opiniones respecto a lo que deben ser sus funciones, responsabilidades y campos de acción. Esa diversidad parece provenir del enfoque y contenido de los cursos académicos y de los modelos de práctica sanitaria equivalente a 3 tipos de calificaciones³ ocupacionales: auxiliar de enfermería, enfermero y licenciado en enfermería. La posesión de uno y otro título escolar es determinante de la posición jerárquica que logre el trabajador en la estructura organizativa donde se desarrolle laboralmente.

En palabras de Wainerman y Geldstein (1989:35) son “posiciones ocupacionales diferenciadas”, vinculadas con la posesión de aquellos requisitos exigibles para el correcto desempeño de su función. Es a partir de esta asimetría en las posiciones, derivadas de la posesión de cantidades disímiles de capital cultural -posesión o no de un título universitario- que se configuran subjetividades particulares.

Pero, al mismo tiempo, la ocupación se configura como un espacio social -laboral-, donde se establecen relaciones sociales que son al mismo tiempo relaciones de poder. En tal sentido, y habida cuenta que la enfermería se encuentra atravesada por un proceso de cambio -que implica al mismo tiempo el reposicionamiento de los agentes- puede ser analizada como un “campo de lucha” en el

³ El término calificación hace referencia a “los niveles de educación formal y de capacitación exigidos para el desempeño de las diversas ocupaciones existentes” (Geldstein, R. y Wainerman, C. 1989:21).

que se disputa el acceso a un capital específico. Es en este marco -y para esta presentación- que nos proponemos, mediante profundizar en la subjetividad de los actores entrevistados, indagar en dos aspectos:

- la práctica de la enfermería, es decir la definición de lo que hacen, saben y sienten, según sean auxiliares de enfermería o licenciados; y
- el entramado de relaciones sociales que se establecen en el campo social en el que se desenvuelven laboralmente.

Trabajamos con una muestra teórica de 24 enfermeras y enfermeros, que se desempeñan en un hospital público de la Ciudad de Resistencia, y presentan diferentes niveles de calificación y categoría en la función. La cantidad de unidades muestrales quedó determinada en función del criterio de saturación teórica, es decir que una vez que las respuestas comenzaron a repetirse, no apareciendo nuevos elementos para incorporar al análisis, se detuvo la recopilación de datos. El tratamiento de los datos se realizó recurriendo a algunos principios básicos del análisis del discurso, poniendo atención en las categorías centrales que emergían en el proceso de construcción de datos primarios.

- **La práctica de la enfermería**

Estudiar la enfermería como una práctica profesional, permite una visión de su ejercicio en términos de las relaciones que se establecen, tanto al interior del personal de enfermería, como entre ellos y los destinatarios de sus servicios, y también con los otros profesionales que integran al equipo de salud, especialmente los médicos. A los fines de análisis se entendió como practicas profesionales, a aquellas actividades destacadas por los entrevistados como significativas y constituidas a partir del tejido de relaciones sociales en sus cotidianidades laborales. También, fue necesaria la consideración del proceso histórico de la enfermería, reconociendo que los cambios que se vienen sucediendo inciden tanto en la definición de su función específica -el cuidado de los demás- como en la configuración de sus características. Presentamos a continuación un breve recorrido por la historia de esta ocupación, asumiendo que la misma nos permitirá entender cómo se desarrolla el proceso de cambio -que desvela a los enfermeros que se proponen “otra enfermería”-.

a. *el tiempo de Nightingale*. La enfermería moderna inicia su historia con el trabajo de Florence Nightingale, en el año 1859: sus escritos marcan el principio del desarrollo de los modelos teóricos en esta profesión. Sin embargo, es recién pasada la mitad del SXX cuando aparece la enfermería como ciencia; hasta esta fecha la profesión enfermera se fundamentaba en reglas, principios y tradiciones transmitidas a través del aprendizaje y en la sabiduría acumulada a lo largo de años de experiencia, es decir su ejercicio se basaba en la técnica empírica. En este sentido, se entiende que la idea de cuidado se traducían en la intervención mediante reglas aprendidas, proporcionando un entorno adecuado para que actúe la naturaleza y así, el paciente recupere la salud. Tuvo que pasar más de un siglo para que la enfermería se dispusiera para definir leyes de la profesión.

b. *los fundamentos científicos*. En este período, que en realidad constituye un característico momento de transición, se da un giro referencial importante. Se pueden observar dos etapas.

1° *etapa*: durante la primera mitad del siglo XX, los textos publicados enumeraban prescripciones para la enfermería que seguían los conceptos de manipulación del medio ambiente de Nightingale y la provisión de confort. Gradualmente, fueron surgiendo un conjunto de textos que se basan en un cierto modelo médico (ejemplo: “Medicina para enfermeras”), aunque desarrollados específicamente por el personal de enfermería. Si bien éstos fueron indicadores de que se estaba comenzando a desarrollar un marco conceptual propio, paso tiempo hasta que realmente se puso énfasis en el desarrollo de modelos independientes a la medicina.

2° *etapa*: en esta, definitivamente lo que significó un cambio importante fue el logro de la formación universitaria. El entrenamiento del personal de enfermería se comenzó a realizar en institutos y universidades, además de las escuelas de enfermería de los hospitales. Los enfermeros educadores asumieron posiciones antiguamente reservadas para los médicos.

Por otro lado, se puso más atención al desarrollo del concepto, la definición de la meta y del receptor de cuidados de enfermería. Se comienza a entender a las intervenciones de la enfermería como un proceso interpersonal. Los especialistas se dedican a definir los roles de la enfermería, que incluían, el ser: consoladora, madre y padre sustituto, maestra y líder. Esto se traducían en algunas características personales que debían presentar las enfermeras y enfermeros, que no ya no debían solo atender las necesidades del paciente, sino también debían preocuparse por ser amables y confortantes. Conjuntamente, con estos cambios la atención se centra sobre el paciente, en tanto

receptor de los cuidados de enfermería. Así, el cuidado amplía su objetivo y se dirige a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones, lo que significa que se incluían acciones para recuperar a la persona de su enfermedad, prevenir dicha enfermedad e incluso, fomentar su salud. El profesional de enfermería aplica el cuidado, luego de identificar la necesidad de ayuda de la persona y considerar sus percepciones e integridad. Con este hecho, la enfermería logra el importante giro referencial que se mencionaba antes.

Es decir, el cambio -especialmente a partir de la formulación de las necesidades humanas básicas que se debían atender- significó el abandono de la enfermería centrada en los procedimientos dando paso a la centralidad definitiva en el paciente. Este nuevo planteamiento estimuló a las enfermeras y enfermeros a ir más allá de las funciones y tareas rutinarias destinadas a identificar problemas terapéuticos: lo que se debía buscar eran áreas de problemas del paciente. Así, a principios de los '70 se abrió la puerta para los diagnósticos de enfermería, como el enfoque del cuidado. Esta nueva perspectiva entiende al cuidado como dirigido a la consecución del bienestar de la persona, tal y como ella lo define.

Además, se reconoce que la década del 60 estuvo signada por el interés en desarrollar modelos y teorías que unificaran la información existente. Algunos autores consideran que las causas de este énfasis son: en primer lugar, los líderes de la enfermería vieron en el desarrollo teórico un medio de establecer claramente su ocupación como profesión. El desarrollo teórico era inherente al interés que existía desde hacía largo tiempo por definir una doctrina única para la enfermería. En segundo lugar, los teóricos estaban motivados por el valor intrínseco de la teoría, además del reconocimiento de la importancia que tenía en sí mismo el desarrollo y enriquecimiento de la teoría para la enfermería. Luego, se comenzaron a celebrar simposios nacionales e internacionales sobre desarrollo teórico de la enfermería. Se consolida la idea acerca de una ciencia y la concepción de una profesión y disciplina académica por derecho propio; los textos hacen referencia explícitamente a modelos de enfermería.

c. surgimiento y difusión de las teorías de enfermería. En pocos años el desarrollo y estudio de modelos y teorías de enfermería han crecido rápidamente. Se ha dado una fuerte tendencia a desarrollar la currícula de todos los niveles sobre los marcos conceptuales encontrados; los

auxiliares de enfermería han comenzado a estar más conscientes de la necesidad de bases conceptuales para sus cuidados de enfermería.

Sin modificar la base esencial de esta profesión centrada en la idea de ayuda y cuidado, es necesario reconocer que la enfermería avanza hacia su profesionalización: con una serie de teorías y modelos conceptuales que abordan los conceptos metaparadigmáticos (persona, entorno, salud y cuidado) que constituyen el núcleo del pensamiento enfermero, enriquecido por la investigación, lo que le da status de ciencia. En tanto resultado de su devenir histórico la enfermería actualmente presenta las siguientes características:

Sobrerrepresentación femenina

Su “carácter femenino alude a criterios estadísticos del reclutamiento genérico preferencial de los recursos humanos a los que da ocupación; también a la definición genérica atribuida culturalmente a las tareas que forman parte de su desempeño (de las mujeres)⁴ como higienizar, curar, ayudar, confortar” (Wainerman, C. y Geldstein, R. 1990:4). Es decir, la enfermería -desde sus inicios-, ha estado reservada para el colectivo femenino; aunque -como ya lo indicamos- uno de los cambios de los últimos años, particularmente en la Argentina, es la creciente incorporación masculina. En relación con este aspecto se permiten una serie de consideraciones: una primera pregunta estaría orientada a definir, si esta incorporación masculina en la ocupación se convertirá en un elemento a partir del cual se revalorice a la enfermería. Sin embargo un resultado importante de los estudios de género es el reconocimiento de que la base de las identidades laborales, en esos términos, es notablemente duradera y difícil de modificar por la simple inclusión de más hombres o mujeres en una ocupación (Scott, J. 1999:175).

Desvalorización social

Esta característica, probablemente, devenga de la consideración -propia de la sociedad capitalista- de que las tareas de reproducción no tienen valor de cambio económico, por desarrollarse justamente en ámbitos privados; y desde el momento en que las actividades de la enfermería se asimilan a tales tareas, quedan desestimadas frente a las entendidas como realmente productivas. En

⁴ Aclaración propia.

otras palabras, el efecto más inmediato sobre cualquier actividad vinculada al ámbito reproductivo, y en particular: el cuidar a los demás, es su desvalorización.

Función subsidiaria a la profesión médica

El ámbito sanitario monopolizado por la medicina -hegemonía médica- y la existencia de instituciones con capacidad para legitimar sus saberes y transmitirlos, ha permitido dejar fuera del conocimiento científico ciertas prácticas de curación, como las de enfermería. Así, la configuración de la identidad ocupacional enfermera, se caracteriza por ser subsidiaria de la disciplina médica, y dedicada a la colaboración en la detección de signos y síntomas, administración de tratamientos prescritos, preparación de material, consolación y acompañamiento al enfermo con actitud bondadosa y considerada, con escasas posibilidades de autonomía. Sin embargo, es de recordar que, esta es una de las dimensiones en la que más incidencia tiene la problemática actual de la ocupación, en la que se centran los cambios, es decir, la discusión acerca de la profesionalización y los esfuerzos orientados al logro de autonomía ocupacional del colectivo enfermero.

El discurso de los enfermeros acerca de sus prácticas

Una profesión difícil de definir

En general, los enfermeros parecen tener cierta dificultad para definir de modo sistemático su profesión, aunque, en todos los casos las definiciones se realizan tomando como eje organizador las actividades y las cualidades requeridas para la realización de tareas de cuidado. Y justamente, tal como lo advierten especialistas, uno de los problemas que enfrenta la enfermería como profesión es que aún no puede articular con claridad la definición de su función, que se conoce gira entorno al concepto de cuidado. Sin embargo, entre las emisiones de los entrevistados aparecen dos ideas que se aproximan a definir la profesión enfermera a partir de dos tipos de funciones: el cuidado asistencial y la planificación del cuidado.

La *función de cuidado asistencial* se traduce en distintas tareas de atención al paciente en el sentido de intentar mejorar su situación y hacerla más confortable.

“el trabajo de enfermería, todo lo que es la atención al paciente, en general, higiene, la medicación, en todo la atención del paciente, inclusive hasta, que se yo, hasta hacer, a veces, hasta el trabajo social, porque lo tiene que escuchar al paciente... porque tiene que hacer como a veces, hasta que se yo, reemplazar un poco

a la compañía del familiar que no le da el tiempo que por ahí el paciente necesita. Entonces no es solo la actividad de higiene o medicación lo que uno hace.”

(Entrevista 6: Mujer, 37 años – auxiliar de enfermería)

“o sea tu objetivo es que tu paciente se sienta bien y cómodo, no es cierto?. Vos le podés pasar el medicamento, todo, pero tenés que saludarlo, conversale, si por ahí, y vos estás apurada te quedas un ratito más y bueno si y le conversas. Eso es más importante para el paciente que lo que vos le administras, que vos converses con él”.

(Entrevista 14: Mujer, 32 años – auxiliar de enfermería)

“converso con el paciente... cuando voy a hacerle algo, le pregunto de dónde es... todo, como para sacarle conversación y para que se pueda sentir, también más cómodo él.”

(Entrevista 15: Varón, 22 años – auxiliar de enfermería)

Entre las emisiones de los que definen a la enfermería desde funciones asistenciales, se destaca el aprecio hacia el contacto directo con el paciente, es decir el establecimiento de relaciones interpersonales con éstos.

“lo que a mi me interesa no es la parte técnica, sino el estar en contacto con el paciente, llega un momento en el que decís que no querés saber nada del paciente, pero es mentira, sacas ganas de otro lado...”

(Entrevista 5: Mujer, 42 años – auxiliar de enfermería)

“a mi por ejemplo, yo hablo de mi, a mi me encanta, me gusta, hablar con el paciente, que esté bien atendido, me gusta que se yo, hacer lo que se tiene que hacer, lo que realmente que necesita. Porque como yo siempre digo el paciente viene al hospital, o sea está internado porque realmente está enfermo y necesita una buena atención”.

(Entrevista 3: Varón, 52 años – auxiliar de enfermería)

Como puede observarse, especialmente son auxiliares de enfermería los que definen desde esta función su profesión. Es como si se tratara de una práctica profesional más sustentada en lo afectivo y emocional que en los conocimientos técnicos. En cuanto a sus prácticas, especialmente este grupo de profesionales, describe un conjunto de actividades asistenciales relacionadas con la comodidad del enfermo y el apoyo emocional. En este sentido, algunos enumeran procedimientos básicos de enfermería (como control de signos vitales), otros hacen hincapié en sus acciones de contención del paciente y su familia. También hacen mención a las tareas docentes dirigidas tanto al paciente y su familia como a sus pares.

“empezamos con el control de signos vitales, controlamos todos los sueros... y después nos dedicamos a hacer, por ejemplo, la medicación, eso depende mucho, si hay medicación para tal hora, para enseguida, la hacemos ahí Y sino vemos los pacientes que necesitan higiene y empezamos con eso. Pero lo fundamental es control de signos vitales y medicación e higiene.”

(Entrevista 15: Varón, 22 años – auxiliar de enfermería)

“por ahí hay pacientes que están muy contenidos, tienen mucho apoyo familiar, entonces vos para lo único que le sos útil es para la medicación, para alguna pregunta, o algo no más, así no más, así no más viste, o sea lo que nuestro pasamos a ser medio que ese que te paso el medicamento y punto.”

(Entrevista 14: Mujer, 32 años – auxiliar de enfermería)

“atrás de esto hay toda una capacitación, con la que me especialicé para esto, también capacité a otros enfermeros, a los familiares que tienen familia con cáncer en el domicilio para que sepan como tratarlos.”

(Entrevista 11: Varón, 29 años – auxiliar de enfermería)

Las *funciones de planificación del cuidado* incluyen, fundamentalmente, tareas administrativas. Estas son descriptas como una generalidad y se perfilan como el epicentro del accionar del profesional de enfermería. Es decir, las tareas de planificación y gestión del servicio que tengan a cargo los profesionales universitarios, están presentes en todas las respuestas.

“Yo sería el supervisor, el supervisor se encarga de todo el manejo administrativo, es casi un 100% de tarea administrativa, (...) como yo estoy sólo acá por ahí me aleja de manejar el servicio directamente.”

(Entrevista 12: Varón, 36 años – Lic. en enfermería)

Éstos refieren a un conjunto de tareas que tipifican el trabajo como una actividad burocrática. Tales corresponden a trámites para dotación, suministro y mantenimiento del servicio, como así también al diligenciamiento de los servicios de apoyo como el de farmacia.

“A parte nuestro trabajo se extiende, el de la supervisión se extiende extramuros del lugar donde trabajas, porque vos tenes que tener, tener contacto con todos los servicios, en cuanto a turnos, a pedidos de farmacia, a pedidos de compra, cuando no nos llegan los medicamentos porque en farmacia no hay, en cuanto a todo el mantenimiento de la sala, si se quema un foco, si se descompone, si el aire no funciona, si no sale el agua caliente, entendes, todas esas cosas.”

(Entrevista 18: Mujer, 50 años – Lic. en enfermería)

También, expresan realizar tareas vinculadas a la gestión de la comunicación. En algunos casos, los profesionales se ubican como intermediando la relación comunicacional entre los médicos y los auxiliares de enfermería. Lo que incluye acciones vinculadas con la resolución de conflictos, tanto entre los profesionales de la medicina y los auxiliares, como entre los segundos. Las siguientes emisiones muestran lo explicado:

“no bajan la información al auxiliar, me bajan a mí la información, y yo soy la que transmito.”

(Entrevista 13: Mujer, 52 años – Lic. en enfermería)

“Lo único que por ahí cuando el médico señalo algo, es porque hubo un error, que capaz que enfermería estuvo cometiendo con respecto al tratamiento o algo así, y a mi me reclaman y yo hago el reclamo correspondiente y cada personal de enfermería emite su opinión de qué pasa o porqué habrá reclamo determinado médico tal cosa, pero trato de ser lo mas objetivo posible, para que se vea el error y porque ocurrió y hay que evitar, porque nuestra meta fundamental es tratar de cometer el mas minino error, no? En realidad acá, no se tiene que cometer ningún error, ningún error, ese es el objetivo.”

(Entrevista 12: Varón, 36 años – Lic. en enfermería)

“o sea si yo noto algún problema, si percibo algún roce, algo, siempre los llamo y les hago entender que no es así, que la otra persona pudo haber hecho algo sin darse cuenta, sin mala intención.”
(Entrevista 13: Mujer, 52 años – Lic. en enfermería)

Otras de las tareas que enumeran los profesionales entrevistados, se relacionan con las conocidas como funciones de gestión de personal, como por ejemplo, las referidas a la confección de códigos de convivencia en el lugar de trabajo, las de planificación de las tareas de enfermería en el servicio. Y otras vinculadas con la organización del trabajo del personal auxiliar, especialmente la cobertura del servicio (administración de la jornada de trabajo, confección de planillas de asistencia, etc.).

“para normalizar acá, por ejemplo, siempre se llama al personal para generar normas, cada uno aporta lo suyo. Y bueno, así nos vamos, manejando con las opiniones de cada uno, cada uno emite su punto de vista y se van armando las normas. (...). El personal, te quiero decir que participa en todas estas situaciones, su opinión siempre escuchada, también se registra en este cuaderno todas estas definiciones a las cuales se llegan.”

(Entrevista 12: Varón, 36 años – Lic. en enfermería)

“hacer las tareas de planificación. Y bueno, después lo que trato es de generar todo lo que planifico y después voy evaluando. Y evaluó si se cumplieron mis objetivos, pero no se cumplieron o cuales fueron las barreras.”

(Entrevista 16: Varón, 36 años – Lic. en enfermería)

“si el personal tiene un problema, figura en planilla, por ejemplo mañana sábado y me dice, mire señora yo no puedo venir mañana, bueno no hay problema, buscame quien viene en tu reemplazo y yo te arreglo la planilla. Esta sala no tiene ausentismo, pero en años, pero porque nos arreglamos así, ¿me entendes?”.

(Entrevista 2: Mujer, 36 años – Lic. en enfermería)

En relación a la función de capacitación, se hace alusión a la educación dirigida al personal y al paciente.

“estamos dando un curso con una nutricionista, para instruir al personal, porque acá tenemos diferentes dietas, o sea que acá la persona que maneja las dietas tiene que conocer. (...) Para mi es muy importante que la gente que trabaje conmigo se actualice.”

(Entrevista 18: Mujer, 50 años – Lic. en enfermería)

“el protagonista central es el paciente, o sea se le debe informar al paciente de que es lo que nosotros queremos hacer con él, con respecto a los cuidados nuestros para que él pueda recuperar su salud y promover la salud.”

(Entrevista 16: Varón, 36 años – Lic. en enfermería)

Como podemos observar, de los discursos se desprenden perspectivas diferenciadas acerca de la enfermería, que a la vez, son formas de posicionarse frente a la misma. En otras palabras, decimos que en el colectivo enfermero aparecen dos grupos que definen su ocupación desde prácticas diferenciadas: los licenciados tienen una mirada que da señales de que realizan tareas más

complejas que las de los auxiliares; en este sentido, mantienen una suerte de distancia, aunque relativa, con las funciones de cuidado asistencial.

“o sea, yo creo primero que hay como estereotipos, que asocian al enfermero como una persona que está para brindar confort al paciente, higiene y esas cosas, o medicación, ¿no es cierto?, cuando en realidad se desarrollan otras actividades mucho más complejas ¿me entendés?, y hay responsabilidades muy muy importantes, no sólo sobre la salud del paciente, sino también sobre recursos tecnológicos, recursos físicos, ¿me entendés?”

(Entrevista 4: Varón 36 años – Lic. en enfermería)

Mientras que los auxiliares privilegian en su óptica el contacto directo con los pacientes, sustentado sus prácticas en lo afectivo, fundamentalmente. En definitiva, entendiendo que el principio de estructuración de las prácticas sociales está constituido por la posición ocupada, podemos decir que las cuestiones significativas, en tanto puntos de vista acerca de la enfermería presentados por los agentes entrevistados, se organizan en función de las posiciones objetivas ocupadas; las que a su vez, se corresponden con distintos niveles de calificación obtenidos. Así, se configura un sistema de división social del trabajo, al interior del grupo enfermero: los profesionales universitarios asumen las tareas de planificación y gestión, dejando las tareas más operativas y asistenciales a los auxiliares.

Desde esta perspectiva puede pensarse a la enfermería como un espacio social, es decir, en términos de relaciones sociales entre agentes que poseen distintas dotaciones de capital e intereses, por lo que recurriremos a los aportes de Bourdieu y su noción de campo social.

- ***La enfermería como campo social***

La noción de campo social ha sido planteada para dar cuenta del conjunto de relaciones objetivas en las que se ubican los agentes en el espacio social, debe ser entendida como un “espacio de juego constituido” (Bourdieu, P. 1988:108). Desde este enfoque, el autor propone pensar el espacio social relacionamente -en detrimento de las perspectivas “esencialistas”-, ya que se trata de espacios estructurados de posiciones, a las cuales están ligadas cierto número de propiedades que pueden ser analizadas independientemente de quiénes las ocupen; aunque estas propiedades confieren a su detentador una determinada fuerza, poder.

Habitualmente, la estructura de un campo es un estado del capital⁵ específico que está en juego, se trata de capital acumulado, que orienta las estrategias de los agentes; y al mismo tiempo, es un estado de las relaciones de fuerza entre los involucrados. En otras palabras, los campos funcionan gracias a que los agentes intervienen y, así, “comprometiendo sus recursos y pretendiendo alcanzar sus posturas, contribuyen, por su mismo antagonismo, a conservar la estructura, o en ciertas condiciones, a transformarla” (Álvarez Souza, A. 1996:147), convirtiéndose en un espacio de lucha. Es decir, es la propia estructura del campo, en cuanto sistemas de diferencias, lo que está permanentemente en juego. Así, para que funcione un campo: “es necesario que haya algo en juego y gente dispuesta a jugar, que esté dotada de los habitus que implican el conocimiento y reconocimiento de las leyes inmanentes al juego y lo que está en juego”. (Bourdieu, P. 1988:136).

Básicamente, es la distribución desigual del capital que está en juego lo que define las diferentes posiciones constitutivas de un campo. Así, los agentes se distribuyen en el espacio social, según dos dimensiones: la primera hace referencia al volumen global de capital⁶ que posee, y la segunda a la composición de capital –es decir, según los poderes relativos de las diferentes especies de capital en el conjunto de las posesiones. Por esto, el conocimiento de la posición ocupada por los agentes nos da información sobre sus propiedades intrínsecas (condiciones) y las relacionales (posiciones).

Otro aspecto destacable de los campos es su condición dinámica e histórica, en ellos se producen constantes definiciones y redefiniciones de las relaciones de fuerza entre los agentes comprometidos en el juego. Asimismo, se definen y redefinen históricamente los límites de cada campo y sus relaciones con los demás, lo que lleva implícita la redefinición permanente de los límites relativos de cada uno de ellos. De esto se desprende otra característica de los campos sociales: la autonomía,

⁵ Bourdieu distingue los siguientes tipos de capitales: además del económico, el cultural, el social y el simbólico. El cultural está ligado a conocimientos, y puede existir bajo tres formas: en estado incorporado –disposiciones durables (habitus)-, en estado objetivado –bienes culturales, libros, cuadros- y en estado institucionalizado –que constituye una forma de objetivación, como son los títulos escolares-. El social refiere a un círculo de relaciones estables, definido como: “conjunto de los recursos actuales o potenciales que están ligados a la pertenencia a un grupo, como conjunto de agentes que no sólo están dotados de propiedades comunes, sino que también están unidos por lazos permanentes y útiles” (Gutiérrez, A. 1995:37). Y el capital simbólico es la “forma que revisten las diferentes especies de capital cuando son percibidas y reconocidas como legítimas” (Bourdieu, P. 1988:131), es decir “no es sino el capital, de cualquier especie, cuando percibido por un agente dotado de categorías de percepción que provienen de la incorporación de la estructura de su distribución, es decir, cuando es conocido y reconocido como natural” (Gutiérrez, A. 1995:39).

⁶ Este término hace referencia al conjunto de recursos (poderes) efectivamente utilizables –es decir, suma de capital económico, cultural, social y simbólico- del que puede disponer un agente o grupo de agentes.

es decir, se trata de un sistema regido por sus propias leyes. Algunos autores, releendo a Bourdieu, señalan que esta autonomización corresponde al proceso seguido por las sociedades occidentales que ha dado como resultado la creciente diferenciación de las diversas esferas sociales. En el caso del campo intelectual, este proceso tuvo lugar “a medida que los creadores se liberaron económicamente y socialmente de la tutela de la aristocracia y de la Iglesia y de sus valores éticos y morales” (Germaná, C. 1999).

Probablemente, en el caso de la enfermería, este proceso se encuentre en ejecución, paralelamente y en relación al de profesionalización; lo que se expresa en la intensa búsqueda de autonomía frente a la medicina en el sector de la salud.

El discurso de los enfermeros acerca de las relaciones sociales en su campo profesional

A partir del discurso se advierten las distintas estrategias⁷ que utilizan los agentes enfermeros para reposicionarse en el campo de la salud.

Intento de equiparación con los médicos. En general, en las emisiones se resaltan los esfuerzos que realizan para equipararse a los médicos, es decir para alcanzar la posición, o más bien el reconocimiento social del que gozan los mismos, en el campo de la salud.

“yo creo que la sociedad, no valora para nada el trabajo que hace la enfermería, es más, es como que la sociedad no cree de que el enfermero pueda llegar a ser profesional acá en la sala, la sociedad lo ve como que vos sos, que simplemente podés higienizar a una persona o que podés colocar un inyectable o que podés colocarle una chata al paciente, o sea, que no podés pensar o fundamentar como un médico. (...) O sea, la sociedad hoy en día, debería saber que nosotros estamos preparados y que sabemos...”

(Entrevista 16: Varón, 36 años - Lic. en enfermería)

“...es una cuestión nuestra, de la profesión, que no supimos demostrar que así como la medicina va creciendo constantemente, la enfermería también tiene que ir a la par de los conocimientos de la medicina. Que, indudablemente, dentro de las salas, el status de la profesión es la que más... es la alta medicina, y esto lo dicen los sociólogos, ¿me entendés?. Nosotros estamos a la par de ellos, porque como crece la tecnología, crecen los conocimientos científicos, la enfermería tiene que ir a la par de todo.”

(Entrevista 4: Varón, 36 años - Lic. en enfermería)

En estos discursos se pone en evidencia el esfuerzo que hacen los enfermeros por presentarse a sí mismos -y ante los ojos del entrevistador- en una posición que los iguala al médico, en ambos casos

⁷ En tanto prácticas implementadas por los agentes sociales –sin ser necesariamente conciente de ello- en defensa de sus intereses (de conservar o mejorar su posición –dominante o dominada-, conservando o aumentando el capital que está en juego) ligados a la posición que ocupan, en relación a otras posiciones, en un campo determinado (Gutiérrez, A. 1995:51).

en relación al soporte teórico/científico que ha logrado la profesión enfermera, y al cual ellos han accedido. Es en función de esto que, seguramente, esperan mayor prestigio y asignación de importancia a la enfermería en el campo de la salud.

Demostración de significatividad. Siguiendo la misma estrategia -antes presentada- refuerzan el discurso de reivindicación, reconociendo que la enfermería es una profesión que goza de escaso valor social, y junto con esto, buscan demostrar la alta significatividad social de la enfermería.

“...es una profesión poco reconocida socialmente, yo creo que nos hemos quedado mucho, ¿viste?, no hemos o no supimos informar a la sociedad de la función importante que cumplimos dentro del Hospital, porque creemos que somos un pilar dentro del Hospital.”

(Entrevista 4: Varón, 36 años – Lic. en enfermería)

“no tiene el nivel jerárquico dentro de la sociedad como es la medicina, pero si, ese amor, esa pasión por cuidar enfermos, uno lo vuelca a través de enfermería.”

(Entrevista 9: Varón, 54 años – Lic. en enfermería)

Desacreditación a los auxiliares. En este esfuerzo que ellos -los licenciados- hacen por reposicionar a su profesión en términos de prestigio y significación social, encuentran en los auxiliares condiciones que obstaculizan esa posibilidad; en sus emisiones, desacreditan la función del auxiliar de enfermería vinculada al paciente, y los responsabilizan de la baja valoración social, un profesional entrevistado nos decía:

“otro inconveniente que tenemos en enfermería es, que es la pantalla que tiene la población, es que la mayoría de los que están en contacto con el paciente es el auxiliar de enfermería, no es el profesional.”

(Entrevista 12: Varón, 36 años – Lic. en enfermería).

“se está tratando de profesionalizar a todos los auxiliares de enfermería, (...) y a partir de ahí, va a cambiar todo, es decir, como se imagina la población del personal de enfermería, cuál es el concepto que hay que cambiar de ellos, por supuesto, porque no va a ser la misma preparación que tiene con un curso de 3 a 9 meses, a una capacitación de 3 a 5 años, es diferente”.

(Entrevista 12: Varón, 36 años – Lic. en enfermería)

Defensa de los auxiliares. La estrategia que utilizan los auxiliares para lograr sostener su propia posición e imagen hacia sí mismos, es recurrir a la desvalorización de aquellos que se distancian del paciente -ya se trate de médicos o licenciados enfermeros-, asumiendo desde una perspectiva tradicional de la profesión, que lo relevante reside en el contacto directo con el paciente.

“vos estás 8 horas con un paciente, y vos sabes todo, del paciente. El médico puede saber todo lo que sea la parte clínica, lo que le está pasando al paciente, pero vos ya, en la parte de enfermería, ya sabes la parte emocional, (...) Es, o sea, es la relación interpersonal, porque el médico es más frío, el médico no va a conversar, no se va a sentar, no le va a estar diciendo: bueno sí, mira... el médico es mas: vos tenes tal patología te doy la medicación y estas bien y te vas. Nosotros, no, nosotros nos metemos mas en la vida, medio como en la vida privada del paciente, ¿viste?”

(Entrevista 5: Mujer, 42 años - auxiliar en enfermería)

“si un paciente hace un paro, yo prefiero tener un auxiliar de enfermería conmigo y no una enfermera universitaria, porque sabe lo que le va a pasar y ni ellos que cerraron el libro cuando terminaron la universidad y después nunca más. Porque no están acá, en la práctica, sabrán mucho de teoría, pero en la práctica tienen que estar, estar e improvisar y muchas cosas más, y eso no dicen los libros.”

(Entrevista 1: Mujer, 49 años – auxiliar de enfermería)

“y si, porque cuando hay un paro se pierden (los profesionales universitarios) o sino que vengo con una carpetita, que no estoy, y al final, no hacían el trabajo.”

(Entrevista 3: Varón 52 años, auxiliar de enfermería)

Probablemente, en la elección vocacional de estos auxiliares no se incluyen expectativas de profesionalización, y por tanto, tampoco la complejización de la función enfermera, lo que genera una mirada al otro grupo: los profesionales universitarios, como agente de desvirtuación de la esencia de lo que, ellos piensan, es la enfermería.

Todas estas emisiones, de una u otra manera, ponen en evidencia las tensiones que operan entre distintos profesionales en el campo de la enfermería, al que cabe relacionarlo con las características del “espacio de lucha” que propone Bourdieu.

Evidentemente, la preocupación por la revalorización de la enfermería aparece principalmente entre los licenciados, quienes se posicionan en el campo profesional con intereses relativos a reivindicar el capital acumulado. Los intentos que realizan está orientados hacia la obtención de un capital simbólico, que no es otra cosa que el capital cultural cuando es conocido y reconocido.

Así, si el límite está dado por la calificación alcanzada, el campo profesional de la enfermería presenta dos grupos: los profesionales y no los profesionales, en función de lo que se establecen formas diferenciadas de ingreso y ascenso al ámbito sanitario. Desde este límite, también se configura la lucha -de los profesionales enfermeros- por el capital simbólico, entendido como sobreañadido a los otros tipos de capital (el económico, el cultural y el social) que otorga prestigio, legitimidad y reconocimiento, frente al capital acumulado por la profesión médica.

Consideraciones finales

Pretendíamos con este trabajo aportar a la descripción de la estructura presente de la ocupación enfermera. En relación con eso, a partir del discurso del personal de enfermería se ha permitido identificar una división social del trabajo al interior del grupo profesional. Se trata de dos grupos que describen sus prácticas cotidianas desde distintos lugares con respecto al paciente: los profesionales muestran una suerte de distanciamiento relativo, mientras el otro grupo categorial se manifiesta enteramente vinculado; es decir se generan perfiles ocupacionales heterogéneos.

Fundamentalmente, la diferenciación se sustenta en la posesión o no de título universitario, esta acreditación -interpretada desde la Teoría de los campos de Bourdieu- representa una verdadera propiedad simbólica que da derecho a ventajas de reconocimiento y legitimidad; y por tanto, un posicionamiento diferencial dentro del campo. Es así, que profesionales y auxiliares de enfermería dirimen en sus prácticas cotidianas su posición dentro del campo en el que se desenvuelven laboralmente.

Bibliografía consultada

Álvarez Souza, Antonio (1996). "El constructivismo estructuralista: la teoría de las clases sociales de Pierre Bourdieu". En REIS N° 75/96 (P.145-172): *Monográfico sobre desigualdad y clases sociales*. Coord. Rodolfo Gutiérrez; CIS. Madrid.

Balanza, Graciela (2001): "Mirando a la enfermería a la luz de Thomas Kuhn". En: *Revista de Enfermería del Hospital Italiano de Buenos Aires* N° 13 – Año 5. Agosto 2001.

Bourdieu, Pierre (1988): "Cosas Dichas". Gedisa. Buenos Aires.

Du Gas, Beverly (1974): "Tratado de enfermería práctica". Ed. Interamericana. México.

Geldstein, Rosa y Wainerman, Catalina (1989): "Trabajo, carrera y género en el mundo de la salud". Cuaderno del CENEP N° 42. Buenos Aires.

Geldstein, Rosa y Wainerman, Catalina (1990): "Condiciones de vida y de trabajo de las enfermeras en la Argentina". Cuaderno del CENEP N° 44. Buenos Aires

Germaná, César (1999): "Pierre Bourdieu: la sociología del poder y la violencia simbólica". En: *Revista de Sociología*. Vol. 11, N° 12. UNMSM. Lima, Perú.

Gutiérrez, Alicia (1995): "Pierre Bourdieu. Las Prácticas Sociales". Co-edición Dirección Nacional de Publicaciones UNC y Editorial Universitaria UNAM. Argentina.

Scott, Joan (1999): "El concepto de género". En Navarro, M. y Stimpson, C. (Comp.) *¿Qué son los estudios de mujeres?*. Tomo 1. Argentina. Fondo de Cultura Económica.

Wainerman, Catalina y Binstock, Georgina (1993): "Ocupación y género. Mujeres y varones en enfermería". Cuaderno del CENEP N° 48. Buenos Aires.