

Los trabajadores de la salud. Desgaste y padecimiento subjetivo en los trabajadores del área de enfermería.

Cecilia Lusnich.

Cita:

Cecilia Lusnich (2011). *Los trabajadores de la salud. Desgaste y padecimiento subjetivo en los trabajadores del área de enfermería. IX Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-034/277>

LOS TRABAJADORES DE LA SALUD. DESGASTE Y PADECIMIENTO SUBJETIVO EN LOS TRABAJADORES DEL ÁREA DE ENFERMERÍA.

Lic. Cecilia Lusnich

IIGG y Carrera de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, UBA.

ceciliamlusnich@gmail.com

RESUMEN

En los últimos años las temáticas de la flexibilización y precarización laboral, en sus más diversas dimensiones y consecuencias, han sido extensamente trabajadas en el sector de servicios a nivel de las empresas privadas; no se observa el mismo énfasis respecto de las instituciones públicas en general y del hospital público en particular. Uno de nuestros grandes ejes de análisis, en esta propuesta, constituye, precisamente, el esfuerzo por dimensionar o aprehender las formas y las consecuencias que la flexibilización asumió en la década de los 90 y primera del siglo XXI en un espacio laboral específico, el hospital público, y en una categoría ocupacional determinada, los trabajadores/as de enfermería. Desde una metodología cualitativa, se abordarán algunos de los ejes centrales de la *articulación salud-trabajo*. Partiendo del análisis de los discursos de los trabajadores de enfermería que se desempeñan en diferentes espacios laborales de tres hospitales de la Ciudad de Buenos Aires, consideraremos la especificidad de sus procesos de trabajo y sus implicancias en términos de *salud-enfermedad, desgaste y padecimiento subjetivo*. El desgaste, tanto físico como psíquico, explicita el consumo de la propia salud en el trabajo. La naturalización, la negación y la renegación actúan como mecanismos defensivos permitiendo la continuidad del trabajo y con el trabajo pero constituyen para el trabajador un “plus” de padecimiento que, a su vez “trabaja” y “produce” dentro y para los procesos de trabajo mismos.

Palabras clave: procesos de trabajo, flexibilización, subjetividad, desgaste.

1. FLEXIBILIZACIÓN LABORAL, SALUD Y SUBJETIVIDAD.

El grupo específico de los trabajadores/as de enfermería, puede ser pensado como “fuerza de trabajo” cautiva del sector de servicios de salud, en sus diferentes instancias (pública o privada). En este sentido, las transformaciones que se observan en las últimas décadas tanto en lo que refiere a la regulación normativa como a los cambios cualitativos de la fuerza de trabajo, son sumamente complejas y, en medio de ellas, enfermería se encontraría, por un lado, inmersa en profundos procesos de flexibilización laboral por la vía de la flexibilización funcional y, por otro, debatiéndose entre la profesionalización y el oficio en un proceso que no lograría articular los crecientes niveles de especialización en tanto se niegan o no se reconocen otros componentes esenciales de la capacitación, el aspecto “informal” que tiene lugar en el propio proceso de trabajo.

Los nuevos requerimientos en términos de calificaciones formales por un lado, y la conflictiva construcción de la profesionalidad por el otro, estarían dando cuenta de un

complejo proceso de redefinición de lo que es la enfermería en tanto que categoría ocupacional o laboral en función de mayores exigencias de flexibilidad funcional. Esta creciente flexibilidad funcional significaría, en las prácticas laborales cotidianas, mayores cargas de trabajo. Siguiendo esta lógica, la propia salud y la subjetividad del trabajador constituyen un “insumo” más del proceso de trabajo y los fenómenos de flexibilización significarían, en última instancia, un mayor “consumo” de esa salud y de esa subjetividad. Los procesos de naturalización, negación y renegación de ese “consumo”, permitirían repensar las posibles articulaciones entre salud, padecimiento y trabajo, en un doble sentido: por un lado se produce una “subjetividad mortificada”ⁱ; por otro lado, se construye un determinado “tipo” de trabajador/a de enfermería. Las cadenas de negaciones y de naturalización constituyen, para el trabajador, un “plus” de padecimiento que, a su vez, “trabaja” y “produce” dentro y para los procesos de trabajo mismos.

Estas reflexiones corresponden a ciertos núcleos del trabajo de tesis de maestría, en su etapa final de elaboración, “*Procesos de trabajo en los trabajadores de enfermería del sector público. Transformaciones y tensiones en la crisis de las prácticas laborales y regulación en contextos de creciente flexibilización*”. Siguiendo en dicha investigación una metodología de carácter esencialmente cualitativo, se realizaron treinta y ocho entrevistas en profundidad a trabajadores/as de enfermería de tres hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires.ⁱⁱ

Es así que el particular enfoque que proponemos articula un conjunto de aspectos que hacen a la situación laboral de enfermería en el sector público de salud de la Ciudad de Buenos Airesⁱⁱⁱ, en un contexto de flexibilización extrema resultado de la implementación y consolidación de los imperativos del neoliberalismo en el curso de la década de los 90 y que se extienden a nuestros días.^{iv} Los nuevos perfiles que se imprimió a la utilización de la fuerza de trabajo, la particular forma en que estas transformaciones tuvieron y tienen lugar en el sector de atención de la salud nos llevaron a interrogarnos acerca del impacto que significan para el trabajo de enfermería en el ámbito público, las consecuencias que conllevan para los propios trabajadores en términos de salud-enfermedad y, más específicamente, en lo que refiere al padecimiento en y con el trabajo.

2. LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS PROCESOS DE TRABAJO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA.

El trabajo de enfermería significa la producción de un “servicio” cuya prestación descansa en la actividad misma del trabajador; su ritmo es ininterrumpido, pero se encuentra bajo la amenaza permanente de la alteración, de la contingencia, de la discontinuidad. La observación de los modos en que se organizan el tiempo y el espacio en los procesos de trabajo muestran que su modulación y distribución preceden a la posibilidad misma de la actividad laboral y sustentan una determinada disciplina en el trabajo, la de las secuencias rutinarias que pautan a la acción.

La modulación del tiempo en la jornada de trabajo y la distribución del espacio, su programación a través de rutinas prefijadas, se configuran a partir de dos características centrales del proceso de trabajo: a) su definición en términos de continuidad, tanto desde el punto de vista del paciente pues sus necesidades no pueden encontrar puntos de interrupción o de espera, pero también desde el ángulo de la organización institucional,

cuyos criterios y principios son homologables a los sistemas de producción en serie del trabajo industrial o fabril, una “cinta sin fin” en la cual al alta de un paciente le sucede siempre el ingreso de un nuevo paciente; b) las instancias de incertidumbre, de lo contingente^v; estos eventos y momentos pueden llegar a constituir, en lo que respecta a la organización del trabajo de enfermería, hechos sumamente disruptivos. La incertidumbre que acompaña a tales sucesos pone en cuestión lo rutinario, las normas institucionales o las consensuadas al interior del colectivo de trabajo, los lugares de cada actor, las definiciones que se elaboran acerca de la propia situación en base a la experiencia cotidiana y al bagaje de conocimientos que se porta, el saber-hacer.

Resulta interesante analizar los modos en que se organizan y significan estos hechos tanto en lo que hace a sus implicancias para la salud del trabajador de enfermería (el monto de energía psíquica y emocional involucrado, el impacto subjetivo) como en lo que hace a los principios de la organización del trabajo y sus fracturas. Los modos en que se resuelven las contingencias e imprevistos pueden llegar a poner en duda la eficacia del trabajador pero también abren espacios posibles de cooperación horizontal y de solidaridad grupal, de una cierta autonomía y creatividad cuando se trata de “improvisar”, de movilización y elaboración de saberes y de conocimientos:

“...cuando se da una crisis de un paciente todos corremos, no importa que ese paciente no corresponda a mi sector...todos colaboramos, aunque sea el horario de salida también nos quedamos un poco más...” (Enfermera, diez años de antigüedad, Sala de Maternidad)

“En el imprevisto es cuando se ponen a prueba todos tus conocimientos, pero también tu capacidad para improvisar, para salir adelante sea como sea, porque lo importante es resolverlo, no importa cómo, lo que vale es que salves a esa vida...” (Enfermera con quince años de antigüedad, Servicio de Clínica Médica)

3. LA ARTICULACIÓN SALUD-TRABAJO.

La relación salud-trabajo gira, en una primera lectura de los discursos de las enfermeras y enfermeros entrevistados, en torno a tres grandes núcleos: el del accidente, el de la enfermedad y el del desgaste. Cada una de estas tres categorías, no obstante, derivan de significaciones muy diferentes, y sus consecuencias llegan a ser opuestas e, incluso, contradictorias.

El accidente define una ruptura: la fractura intempestiva de la cotidianeidad, la irrupción en la temporalidad del trabajo, en sus rutinas. Su explicación apunta, en líneas generales, a la propia organización del trabajo, que no proveería al enfermero/a de las secuencias que contengan o posibiliten la predicción, la prevención. La modulación del tiempo está en el centro de la causalidad de lo accidental, los ritmos de trabajo, los apuros, la improvisación, lo imprevisto.

“...los pinchazos están a la orden del día, están los cursos de bioseguridad, las normas y reglamentaciones, pero siempre depende de una, hay que estar siempre bien despierta...”

“No hay que apresurarse sino hacer cada cosa con su consiguiente, si estás tranquilo no se cometen equivocaciones ni llegás a tener un accidente, depende de uno mismo y no de la falta de seguridad, hay que hacerlo todo normal y lento, nada más...yo no me

apresuro y hasta la fecha no he tenido mayor inconvenientes porque este es mi sistema de trabajo, ir, sentarse, revisar, controlar, antes de hacer cada cosa.”

El accidente individualiza en un doble sentido, se sustenta en el error, la negligencia o el descuido del trabajador, poniendo en duda su eficacia y su eficiencia; en consecuencia, la responsabilidad por su ocurrencia y por sus efectos – tanto sobre el trabajador como sobre otras personas, el paciente, el grupo de trabajo, etc. – recae sobre el trabajador individual. La secuencia accidente-riesgo-responsabilización personal culmina en percepciones generalizadoras del riesgo:

“El hospital es un espacio de trabajo de riesgo, toda la experiencia que yo tenía, y que es mucha, no me alcanza. Mis amigas me decían ‘¿cómo vas a ir a trabajar a un loquero?’ ...la gente le tiene mucho miedo a este tipo de paciente...pero la agresión física del paciente es algo muy personal, jamás fui agredida físicamente, todo lo que coseché en veinticuatro años de trabajo fue un vaso de agua en la cara, pero he visto muchos casos, por el mal manejo del enfermero porque no sabe cómo conducirse.”

“Quizás los pacientes son mucho más comprensivos de lo que uno supone...de pronto abastecen ellos mismos ciertas necesidades que no se les brinda...entienden, incorporan ayudan...son tan piolas!...”

“Creo que el contacto día a día con el paciente mental lleva obligadamente a preguntarte ciertas cosas, si es ésa la forma de trabajar, y a qué apunta todo esto...y cuánto tiempo uno puede estar más o menos bien respondiendo a lo que se necesita y desempeñando una tarea...hemos visto enfermeras que por trabajar solas se cerraban la puerta con llave porque tenían miedo, se sentían completamente desprotegidas.”

Las enfermedades infecto-contagiosas a través del contacto, como ser el VIH o la Hepatitis B/C, constituyen elementos catalizadores que hacen visibles elementos ya existentes y actuantes previamente en la organización del trabajo y las relaciones de saber y poder. Explicitan, entre otros aspectos, las fracturas a partir del manejo y circulación de la información:

“Estamos hablando de riesgos reales y muy graves. Hay pacientes que son portadores pero lo pueden ocultar. Acá en psiquiatría son los demás pacientes quienes te lo dicen, te enterás a través de ellos...creo que los médicos y los psicólogos están en las mismas, el hospital podría actuar de otra forma...”

Las representaciones de la enfermedad y de los procesos de desgaste son colocados en distintos niveles de problematización. La enfermedad es identificada con el daño puntual, específico, producto de un determinado aspecto de la organización y de las condiciones de trabajo; la relación parece ser una relación lineal, de causa-efecto. En cambio, el fenómeno del desgaste abre camino a la complejidad, a lo múltiple; articula daños, síntomas, malestares, enfermedades –tanto físicas como psicológicas- dentro de un proceso global, a largo plazo.

El dominio del “oficio”, el conocimiento y el saber, constituyen uno de los soportes de la posibilidad misma del trabajo: ser enfermero/a y saber ser enfermero/a. Las representaciones, saberes y prácticas acerca de la salud-enfermedad psíquica y del desgaste subjetivo constituyen otro de sus soportes, posibilitando y mediando la utilización que el trabajador hace de su propia salud en el trabajo. Los procesos de significación, que proveen de una explicación para los propios procesos de salud-

enfermedad y su vinculación con el trabajo, instalan la noción de desgaste, en sus diferentes dimensiones, física, psicológica, etc. El desgaste se evidencia en procesos de pérdida gradual de la “fuerza”, la “energía”, la “voluntad”, fatiga, apatía, depresión, estrés, pérdida de la creatividad, desmotivación, ansiedad, desesperanza, miedo, impotencia, sentimientos de frustración y de insatisfacción respecto del trabajo. La pérdida de motivación para el trabajo expresa la vivencia subjetiva de esos procesos:

“Muchos de nosotros no llegamos a jubilarnos sanos, muchos también nos jubilamos antes de la edad, pero el problema es que cuando salís de acá sos un inútil, ya no servís para nada...y a lo largo de los años de trabajo te vas dando cuenta de lo que te está pasando pero, claro, al trabajo no lo podés dejar, que vas a hacer sino...a dónde vas a ir a trabajar...y seguís, seguís adelante tirando del carro...la situación parece haber mejorado, en realidad estamos igual o peor que antes, la ley de enfermería no se cumple y no tenés a quién patearle...” (Enfermero con veinte años de antigüedad, Sala de Maternidad)

“...uno es la propia herramienta de trabajo...y acá hay que tener muy en cuenta que la herramienta tiene que estar muy bien afilada porque el que sufre las consecuencias es el otro que está ahí y en esto de la atención de enfermería del paciente mental el maltrato puede llegar a ser muy sutil y por lo tanto terrible porque no le das al otro la posibilidad de defenderse...que ya de por sí es un tipo de paciente que no puede defenderse.” (Enfermera con quince años de antigüedad, Sala de Internación Psiquiátrica)

El sufrimiento y mortificación subjetiva tienen un fuerte anclaje en las características de la organización social del trabajo (Bialakowsky, Lusnich, Rosendo, 2000; Lusnich, 2009); la naturalización del desgaste, del padecimiento subjetivo, le añade al sufrimiento más sufrimiento, un “plus de padecimiento”: “*aguantar sea cual sea el costo*”. Se hace explícito el consumo de la salud en el trabajo, la salud como insumo, el cuerpo y la propia subjetividad como herramientas o instrumentos de trabajo. Aquella naturalización, en su dimensión de estrategia defensiva, permiten la continuidad del y en el trabajo, a partir de la construcción colectiva de una determinada cultura laboral. Pero, y contradictoriamente, extreman los soportes individuales y refuerzan las lógicas de la organización del trabajo que son fuente de padecimiento y de enfermedad. Las representaciones y significaciones que naturalizan el consumo de la salud ocultan, precisamente, la dimensión social del trabajo, los vínculos sociales que el trabajo construye y en cuyas tramas se sustenta. El desarrollo de estrategias preventivas (tanto individuales como fundamentalmente colectivas) respecto de la salud-enfermedad del trabajador/a de enfermería resulta obstaculizado en tanto se niegan tales relaciones sociales como así los saberes del trabajador, saberes que se niegan y reniegan en los procesos de desapropiación de los vínculos en y con su trabajo.

“...la cadena de responsabilidades está rota, en consecuencia ¿dónde queda el paciente?... parece que en un ‘no lugar’. Lo mismo pasa con el trabajador, con el enfermero...no podés pensar en prevenir, en cuidarte un poco, ni la institución te lo permite ni nadie te pregunta...tratás de no pensar y los vacíos se hacen muy grandes...las leyes pocas veces se cumplen o si se cumplen después se trasgrede por otro lado, por ejemplo con los módulos, que serían una especie de horas extras, hay enfermeros que pasan más de 12 horas dentro del hospital, hacen dos turnos, hasta llegan a tres, y es que necesitás sumarle un plus a tu salario...” (Enfermero con diecinueve años de antigüedad, Sala de Internación Psiquiátrica)

“la posibilidad de transformar la situación de enfermería siempre existe y existió, es necesario replantear muchas cuestiones, por ejemplo el rol que hoy en día juegan los sindicatos y cuánta responsabilidad tienen para que las cosas sigan igual o empeoren... pero lo importante, a mi parecer, está en cada uno de nosotros, poder ver cuánto valés y cuánto sabés, poder mostrar y hacer valer ese saber...más allá del sindicato o del gremio...y no naturalizar aquello que vivimos todos los días, es lo peor que puede suceder:” (Enfermera con doce años de antigüedad, Servicio de Cuidados Paliativos)

“...podés llegar a trabajar de, pero eso no implica que seas...ser enfermero te exige una indagación muy profunda de vos mismo, un conocimiento de sí mismo...que te permite darle a esto un significado. El hospital, el trabajo continuo, las normas de la institución van en contra de ese ser enfermero...te aliena...yo apuesto a ir más allá de los mandatos, de pensarlos, ese ya es un buen punto de partida...” (Enfermero con quince años de antigüedad, Servicio de Cuidados Paliativos)

3. A MODO DE CONCLUSIONES.

Ahondando en el carácter paradójico de los mecanismos de naturalización del padecimiento en y con el trabajo (Dejours, 1990, 2006) la particularidad de nuestro enfoque intenta develar el carácter de ese padecimiento en el sentido de una “suspensión de la inteligencia” (Dessors y Moliner, 1994), o de la “inteligencia atrapada” (Lusnich, 2008; Lusnich, 2005) en términos de una compleja trama de procesos de des-apropiación y cadenas de silenciamiento que se construyen en la cotidianeidad del trabajo y la hacen posible. Las consecuencias para el trabajador pueden resultar devastadoras, tanto si se lo mira desde el ángulo individual como del colectivo: reprimir el funcionamiento psíquico, ceder a la falta de pensamiento, pactar con el silencio, están cargados de consecuencias sobre la identidad y la subjetividad; una renegación (Ulloa, 1995) en un doble sentido, renegación de la realidad del trabajo pero, además, renegación del propio sufrimiento y del de los demás. Es así que, en primer lugar, la creciente flexibilidad funcional significaría, en las prácticas laborales cotidianas de los trabajadores/as de enfermería, mayores cargas de trabajo. Siguiendo esta lógica, la propia salud y la subjetividad del trabajador constituyen un “insumo” más del proceso de trabajo y los fenómenos de flexibilización significarían, en última instancia, un mayor “consumo” de esa salud y de esa subjetividad. En segundo lugar, los procesos de naturalización, negación y renegación de ese “consumo”, permitirían repensar las posibles articulaciones entre salud, padecimiento y trabajo, en un doble sentido: por un lado se produce una “subjetividad mortificada”; por otro lado, se construye un determinado “tipo” de trabajador/a de enfermería. Las cadenas de negaciones y de naturalización constituyen, para el trabajador, un “plus” de padecimiento que, a su vez, “trabaja” y “produce” dentro y para los procesos de trabajo mismos. Finalmente, tales procesos de naturalización del padecimiento en el trabajo implican una eficacia técnica y simbólica, pero no se trataría de una eficacia “absoluta” o completa: la existencia de multiplicidad de posicionamientos sociales epistémicos (de saberes diferentemente heurísticos); y multiplicidad de posicionamientos sociales discursivos (diferentemente enunciativos) configuran posibles campos de lucha, de resistencia, de construcción de lógicas diferentes a las hegemónicas.

4. BIBLIOGRAFÍA.

Bialakowsky, A., Lusnich, C., Rosendo, E. (2000). La institución manicomial: los silencios sociales en el proceso de trabajo. *Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina*. 46: 3.

Dejours, C. (1990). *Trabajo y desgaste mental*. Buenos Aires: Ed. Humanitas.

Dejours, C. (2006). *La banalización de la injusticia social*. Buenos Aires: Topía Editorial.

Dessors, D. y Molinier, P. (1994). La psicodinámica del trabajo, en Dessors D. y Guiho-Bailly M.P. (comps.) *Organización del trabajo y salud*. Buenos Aires: Ed. Lumen.

Espino, M. (1995). *Desarrollo de enfermería en Argentina 1985-1995: análisis de situación y líneas de trabajo*. Buenos Aires: OPS.

Foucault, M. (1995). *La verdad y las formas jurídicas*. Barcelona: Gedisa.

Lusnich, C. (2009). “La articulación salud-trabajo en personal de enfermería: procesos de trabajo y desgaste social y subjetivo”, en *El padecimiento mental. Entre la salud y la enfermedad*, AASM (Asociación Argentina de Salud Mental) y Serie Conexiones, Editorial Bernejo: Buenos Aires.

Lusnich, C. (2005). Los trabajadores enfermeros/as: las calificaciones formales, la profesionalidad, el oficio. *7º Congreso Nacional de Estudios del Trabajo*. Buenos Aires: ASET.

Ulloa, F. (1995). *Novela clínica psicoanalítica. Historial de una práctica*. Buenos Aires: Paidós.

¹Mortificar (del latín cristiano *mortificāre*) significa afligir, desazonar o causar pesadumbre o molestia; domar las pasiones castigando el cuerpo y refrenando la voluntad (Diccionario de la Lengua Española, 22ª Edición).

²Las entrevistas se realizaron en tres hospitales, dos polivalentes y uno monovalente; abarcaron a enfermeros/as profesionales y auxiliares y a licenciadas en enfermería.

³También se realizaron observaciones participantes en cada uno de sus espacios laborales.

⁴En lo que respecta a las normas legales que en la actualidad regulan la actividad de enfermería, en la década de los 90 se produjo el re-encuadramiento de su ejercicio, delimitando claramente las figuras de enfermero/a auxiliar, enfermero/a profesional y la figura de licenciado/a en enfermería, eliminando la del personal empírico (Espino, 1995). El impacto de dichas normas legales en términos de mayores niveles de capacitación y calificación merece ser pensado como una “desregulación dentro de la propia regulación”, en tanto instala, profundiza y legitima la creciente flexibilización funcional.