



Revista de Estudios Marítimos y Sociales

Publicación científica de carácter semestral

Año 18 - Número 26 - ene-jun de 2025 - Mar del Plata - Argentina - ISSN 2545-6237

Procesos de acreditación de calidad y márgenes de acción: disputas y resistencias profesionales en el trabajo de enfermería en clínicas privadas de La Plata

Processes of quality accreditation and margins of action: professional disputes and resistance in nursing work in private clinics in La Plata

Sofía Malleville [▲]

Instituto de Investigaciones en Humanidades y Ciencias Sociales (IDIHCS) / CONICET
Universidad Nacional de La Plata
Correo electrónico: mallevillesofia@gmail.com



<https://id.caicyt.gov.ar/ark:/s25456237/gpx15stug>

[▲] La Plata, Buenos Aires, Argentina. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3094-5796>

Sofía Malleville "Procesos de acreditación de calidad y márgenes de acción: disputas y resistencias profesionales en el trabajo de enfermería en clínicas privadas de La Plata", Revista de Estudios Marítimos y Sociales, N°26, Ene-Jul 2025, pp. 91-118.



Procesos de acreditación de calidad y márgenes de acción: disputas y resistencias profesionales en el trabajo de enfermería en clínicas privadas de La Plata

Processes of quality accreditation and margins of action: professional disputes and resistance in nursing work in private clinics in La Plata

Sofía Malleville [♦]

Recibido: 29 de Octubre de 2024

Aceptado: 21 de Diciembre de 2024

Resumen

En este artículo indagaremos en los procesos de evaluación y acreditación de calidad en salud presentes en el subsector privado asistencial, entendiendo que los mismos pueden ser analizados como mecanismos de control sobre el proceso de trabajo de enfermería. Desde una perspectiva metodológica cualitativa, basada en la realización de entrevistas en profundidad a enfermeras que se desempeñan en clínicas privadas con internación general de la ciudad de La Plata, profundizaremos en cómo los procesos de evaluación y acreditación de calidad impactan en la organización del trabajo de enfermería. Concretamente, nos centraremos en las exigencias de calificación profesional y en los requerimientos de utilización de ropa de trabajo distintiva. Argumentaremos que, las enfermeras no se muestran pasivas frente a estos condicionamientos, sino que construyen acciones y/o estrategias de resistencia y disputa que se entrelazan con legados históricos vinculados al proceso de profesionalización de la ocupación.

Palabras clave: Proceso de trabajo – Enfermería –Clínicas privadas

Abstract

In this article we will investigate the processes of evaluation and validation of quality in health care in the private healthcare subsector, aware that they can be analysed as mechanisms of control over the nursing work process. From a qualitative methodological perspective based on in-depth interviews with nurses working in private clinics in general hospitalization in the city of La Plata, we will delve into how the quality evaluation and validation processes have an impact on nursing work. Specifically, we will focus on the requirements for professional qualification and the requirements for the use of distinctive work clothes. We will argue that nurses are not passive in the face of these conditioning factors, but rather construct actions and/or strategies of resistance and dispute that are intertwined with historical legacies linked to the process of professionalization of the occupation.

Keywords: Labour process – Nursing - Private clinics

[♦] Dra. en Ciencias Sociales. Becaria postdoctoral CONICET. LESET-IdIHCS/CONICET-UNLP. La Plata, Buenos Aires, Argentina; mallevillesofia@gmail.com; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3094-5796>

Introducción

La noción de control representa un concepto ampliamente estudiado por la sociología del trabajo y, en particular, por las teorías de los procesos laborales. Sin embargo, este concepto ha sufrido múltiples transformaciones en consonancia con los cambios experimentados en el mundo del trabajo durante las últimas décadas. El crecimiento de las actividades de servicios y la producción inmaterial y/o simbólica, la inclusión de nuevos actores que presionan sobre los tiempos de trabajo y las nuevas formas de gestión de las organizaciones que buscan involucrar subjetivamente a los/as trabajadores/as con los objetivos de las empresas expresan algunas de estas transformaciones. Problematicar el control del trabajo en la actualidad supone entonces preguntarse por la subordinación del trabajo al capital, pero también por su contracara, es decir, por la posibilidad de construcción de márgenes de disputa y/o resistencia por parte de los/as trabajadores/as. Control y disputa, disciplinamiento y resistencia son conceptos en necesaria vinculación e interdependencia que nos permiten profundizar sobre la organización del trabajo.

Situándonos en este debate clásico de la sociología del trabajo, en este artículo nos proponemos analizar los distintos procesos de evaluación y acreditación de calidad presentes en el subsector privado asistencial de salud, entendiendo que los mismos representan mecanismos de control que se traducen en exigencias sobre el trabajo de enfermería. Señalaremos que la noción de calidad representa múltiples dimensiones que se expresan en criterios, estándares y/o procesos de normalización e involucra tanto sistemas y/o áreas internas de las clínicas como a otros actores y organismos externos. En particular, nos interesa profundizar en dos cuestiones que repercuten sobre el trabajo de enfermería en las clínicas privadas bajo estudio, por un lado, en las exigencias de calificación profesional y, por otro, en los requerimientos de utilización de ropa de trabajo distintiva.

Argumentaremos que los/as trabajadores/as no se mantienen pasivos/as ante las exigencias y/o restricciones de la organización del trabajo. A partir de recuperar las discusiones sobre control y los márgenes de acción de los/as trabajadores/as, el objetivo de este artículo será indagar en las estrategias y/o márgenes de acción que construyen las enfermeras. Particularmente, nos interesa profundizar en las acciones de



disputa/(re)apropiación y/o de resistencia/rechazo ante las exigencias que provienen de los procesos de evaluación y acreditación de estándares de calidad en las clínicas. En este sentido, veremos que para comprender cómo se configuran estas estrategias y/o acciones es necesario incorporar una dimensión procesual, asociada a las tensiones presentes en el proceso de profesionalización de la enfermería en Argentina. Puntualmente, nos referiremos a los problemas en la formación y/o calificación de la enfermería y a los imaginarios de género construidos sobre la ocupación. A partir de los hallazgos del campo empírico, señalaremos que esas problemáticas se presentan como rasgos estructurales e históricos de la profesión y pueden ser entendidos como legados en tanto limitan, posibilitan y vehiculizan las acciones que realizan las enfermeras en el tiempo presente y también habilitan la construcción de imaginarios sobre la ocupación con los cuales las enfermeras dialogan y/o se posicionan.

Este trabajo se desprende de una tesis doctoral que, desde una perspectiva cualitativa, buscó comprender la *multidimensionalidad* del trabajo de cuidado en enfermería, a partir de registrar las experiencias de enfermeras que se desempeñan en instituciones de salud privadas de la ciudad de La Plata, durante el periodo 2018-2021 [Malleville, 2023]. Dicha investigación se desarrolló en articulación con otros proyectos colectivos que estudiaron la situación del sector de enfermería y las condiciones laborales en el subsector privado de salud.¹ Para este artículo nos serviremos de parte del trabajo de campo construido en la tesis doctoral. Nos enfocaremos en dos clínicas privadas de la ciudad de La Plata que poseen internación general y son clasificadas por el Registro Federal de Establecimientos de Salud (REFES) como instituciones de alto riesgo que poseen servicios de terapia intensiva. Esta clasificación nos permite señalar que estamos en presencia de instituciones preparadas para atención de alta complejidad. En concreto, retomaremos las entrevistas en profundidad realizadas a dos enfermeras que trabajan en dos clínicas con internación general. Natalia, quien fue entrevistada en septiembre del 2020, es decir, en el marco de la pandemia de COVID-19, y Marcela, cuyo testimonio data de marzo del 2020, días antes

¹Proyecto PISAC-COVID-19: "La enfermería y el cuidado sanitario profesional durante la pandemia y la postpandemia del COVID-19", dirigido por la Dra. Karina Ramacciotti.

Proyecto PDTS(422) "Los riesgos psicosociales en el trabajo". "Relevamiento de la percepción y vivencias por parte de los trabajadores asalariados con vistas a su prevención", dirigido por la Dra. Liliana Ferrari y codirigido por el Dr. Julio C. Neffa.

de declararse la emergencia sanitaria. Si bien no desconocemos que la pandemia fue un punto de inflexión que profundizó problemáticas preexistentes en el sector salud, a la luz de los objetivos de este artículo no incorporaremos este evento como una variable de análisis.

El artículo se estructura de la siguiente forma; en un primer apartado profundizaremos en la relación entre control y márgenes de acción a partir de recuperar los debates clásicos sobre el proceso de trabajo. En un segundo apartado, indagaremos en la especificidad de las prestaciones de salud en las clínicas del subsector privado asistencial y en los procesos de evaluación y certificación de calidad. Finalmente, analizaremos de qué manera estos procesos pueden ser pensados como mecanismos de control. En particular, analizaremos las exigencias en torno a la formación profesional y al uso de ropa de trabajo distintiva para las enfermeras.

Por último, quisiéramos realizar algunas aclaraciones respecto al lenguaje que utilizaremos a lo largo del artículo. Dado que la enfermería constituye un colectivo de trabajo fuertemente feminizado, nos referiremos a este grupo laboral en femenino (las trabajadoras, las enfermeras), aunque no desconocemos que también encontramos enfermeros varones y con otras identidades sexo-genéricas. Asimismo, utilizaremos el género masculino junto con el femenino para referirnos a los/as trabajadores/as en un sentido amplio. A su vez, para resguardar la identidad de las personas entrevistadas, hemos colocado nombres ficticios y también utilizamos el seudónimo genérico “clínica” o “clínica privada” para preservar la identificación de los dos establecimientos bajo estudio.

Debates sobre el proceso de trabajo: el control y los márgenes de acción de los/as trabajadores/as

Una de las dimensiones que hacen a la práctica de cuidado en enfermería remite a cómo se organiza el trabajo dentro de las clínicas, específicamente a las tensiones entre los mecanismos de control sobre el proceso laboral y las acciones que construyen los/as trabajadores/as en su día a día. La relación entre control y autonomía representa una



dimensión ampliamente estudiada por la sociología del trabajo y en particular por las investigaciones sobre los procesos de trabajo. Podemos situar el inicio de esta tradición en el clásico libro de Henry Braverman [1974] *Trabajo y Capital Monopolista*. Allí el autor desarrolla su tesis sobre la descalificación del trabajo a partir de analizar la introducción de la administración científica dentro de las empresas capitalistas. La inclusión de esta nueva lógica de gestión operaba como mecanismo para aumentar el control empresarial sobre la organización del proceso laboral y, por ende, del obrero y de los ritmos y tiempos en los que ejecuta su actividad. El control, entonces, es la condición necesaria para la extracción de plusvalía y la obtención de beneficios.

Esgrimiendo argumentos similares, autores como Laurell [1978; 1986] y Yanes [2003] sostienen que para comprender las transformaciones del proceso de producción capitalista es importante contemplar sus dos facetas, es decir, el proceso de valoración o de producción de plusvalor y el proceso laboral o de producción de bienes y servicios. En este sentido, estudiar el proceso de trabajo implica indagar bajo qué formas el capital consigue extraer y maximizar la plusvalía. Dicho proceso no es lineal, sino que se realiza en un marco de resistencia y/o de disputa por parte de los/as trabajadores/as. Cuestión sobre la que nos interesa profundizar en este artículo. En este sentido, las transformaciones en el proceso laboral expresan soluciones a, por una parte, la necesidad de incrementar la productividad del trabajo y, por otra, manifiestan las estrategias del capital para enfrentar los márgenes y/o espacios de resistencia de los obreros y así maximizar ganancias. En esta misma línea, otro aporte para definir el concepto de control proviene de los obreristas italianos. Uno de los máximos exponentes de esta tradición, Raniero Panzieri, señala que la disputa por el control del proceso de trabajo en las fábricas expresa la contradicción fundamental entre capital y trabajo [De la Garza Toledo, 1989]. Siguiendo estas interpretaciones, en el modo de producción capitalista, los procesos de trabajo están orientados por una lógica definida de acumulación y eficiencia. Bajo esta lógica, y con el fin de optimizar la productividad, se desarrollan y renuevan diversos mecanismos de control sobre los/as trabajadores/as: se les exige una mejora continua en la calidad del trabajo y mayor cantidad de tareas en menos tiempo, se reducen los momentos de descanso y las pausas, se les pide mayor compromiso subjetivo, se requiere

el uso de sus competencias emocionales, entre otras exigencias. A la par, los empleadores modifican la organización de las tareas, los organigramas y las políticas de administración y gestión de recursos humanos con el objetivo de mejorar el rendimiento de la fuerza de trabajo y del capital instalado y, por ende, aumentar las ganancias [Henry, 2022]. En las últimas décadas, el avance de las estrategias de administración y gestión empresarial sobre la fuerza de trabajo visibiliza una cuestión central, cuestión que ya había sido introducida por los estudios clásicos: el proceso laboral no está únicamente conformado por sus aspectos materiales, sino que la dimensión subjetiva del trabajador/a ocupa un lugar fundamental.²

Retomando la pregunta por la subjetividad en la organización del proceso laboral, autores como Dejours [2009] plantean que el trabajo no puede pensarse como algo totalmente controlado, reglado y/o regulado de antemano. Existen muchas tareas que no se encuentran prescriptas por la organización y que los/as trabajadores/as efectúan para solucionar los imprevistos que surgen en el cotidiano. Es decir, pese a que existen procedimientos formales, las reglas siempre deben ser interpretadas, lo que conduce a negociaciones y ciertos márgenes de autonomía en el trabajo. En el día a día, los/as trabajadores/as realizan múltiples acciones para relaborar o reinterpretar las tareas que les son prescriptas de antemano. Asimismo, los/as trabajadores/as movilizan diversas estrategias de cooperación, adaptación, disputa y/o resistencia frente a los mecanismos de control sobre sus tareas y/o las restricciones presentes en la organización del trabajo. Estas acciones adoptan especificidad en función de sus características y trayectorias profesionales.

Siguiendo los aportes de la literatura especializada, para analizar cómo se configura el control del proceso de trabajo en determinada actividad, es importante considerar los elementos materiales y/o los determinantes estructurales vinculados al proceso de valorización, pero también las interacciones, los significados, las formas de representación y elaboración simbólica que realizan los/as trabajadores/as. Esos aspectos subjetivos se vinculan con las formas de organización del trabajo en las empresas, con la

² Por ejemplo, en las últimas décadas, buena parte de las estrategias de *management* se orientaron a fomentar la participación de los obreros, a recoger sus opiniones y experiencias, a implementar sistemas de decisión menos verticales, entre otras modificaciones en las políticas de gestión de recursos humanos.



implementación de cierta tecnología, con la configuración de las relaciones laborales, con las características y la composición de la fuerza de trabajo (distribución de género, calificaciones, etc.) y con las condiciones sectoriales y profesionales en dicha actividad. Como sostiene De la Garza Toledo, “el proceso de trabajo se realiza dentro de ciertas configuraciones, cierto nivel tecnológico, cierto tipo de organización, ciertas relaciones laborales, cierto perfil de mano de obra y ciertas culturas del trabajo” [Seguel Gutiérrez, 2017:115]. Por esta razón, el control implica estrategias subjetivas y de creación de identidad donde se movilizan cogniciones, valores, emociones e incluso sentidos estéticos y formas de razonamiento cotidianas. Como veremos en nuestro caso, la construcción de sentidos en torno a la profesión y los diálogos con los imaginarios socialmente contruidos sobre la enfermería constituyen un campo en disputa y/o resistencia, aspecto que está condicionado por diversos mecanismos de evaluación de calidad que inciden en la organización del trabajo en las clínicas privadas.

En términos generales, todo proceso de trabajo está conformado por tres elementos: el objeto de trabajo (la materia prima, el servicio, la información que se procesa, etc.), los instrumentos de trabajo (herramientas, tecnologías, etc.) y el trabajo propiamente dicho, es decir, el acto en sí mismo donde los/as trabajadores/as movilizan sus habilidades físicas, psíquicas, emocionales, etc. El objeto, los instrumentos y el trabajo en sí mismo se articulan, en cada caso, según una forma específica de organización y división del trabajo en un proceso de trabajo concreto [Yanes, 2003; Henry, 2022].

En el caso del sector servicios, el proceso laboral posee ciertas especificidades en comparación con lo que sucede en la producción fabril. Muchas de estas actividades consisten en intercambios simbólicos donde no hay un producto tangible de por medio, es decir la producción reviste un carácter inmaterial, puesto que el producto no existe separado de la propia actividad de producción [De la Garza Toledo, 2010]. En este sentido, adecuar los procesos de atención de pacientes a determinadas normas, procedimientos y/o estándares de calidad resulta un aspecto que opera para organizar el trabajo dentro de los establecimientos de salud. Además, si en los estudios clásicos el control se presentaba de forma unidireccional, es decir, del empleador hacia el/la trabajador/a, el crecimiento de las actividades de servicios expresa la necesidad de

expandir el concepto de control a otras fuentes: no solo el empleador presiona sobre la ejecución del trabajador/a, sino también otros actores. Por ejemplo, en los servicios de salud privados, además de los empleadores, encontramos exigencias por parte de un tercer actor involucrado en la relación laboral: el paciente. Pero también presiones de otros actores como superiores jerárquicos (y/o jefes de servicios), profesionales de determinados agrupamientos (como los médicos/as) e incluso organismos internos y externos que evalúan los procesos de atención a la luz de criterios de calidad, aspecto que posee especial interés en este artículo.

A partir de estas contribuciones, nos interesa analizar cómo los procesos de evaluación y acreditación de calidad en salud en clínicas del subsector privado. Entendemos que dichos procesos pueden ser pensados como mecanismos de control en tanto actúan como exigencias sobre el trabajo de enfermería. No obstante, veremos que estos mecanismos dialogan con condicionamientos más amplios vinculados al proceso de profesionalización de la enfermería y que, en esos marcos de posibilidad, las enfermeras también elaboran estrategias de resistencia y disputa.

Los procesos de evaluación y acreditación de calidad y las exigencias sobre el trabajo de enfermería en clínicas privadas

Para comprender las características del trabajo de enfermería en clínicas con internación general, debemos realizar algunas consideraciones respecto a la organización del sector salud y del subsector privado en particular. En Argentina, el sistema de salud está conformado por tres subsectores que prestan diversos servicios y difieren en el origen de sus recursos: el subsector público, el de seguridad social y el subsector privado [Belló & Becerril-Montekio, 2011]. En el caso de las clínicas del subsector privado, la atención de pacientes se realiza a través de convenios con empresas de medicina prepaga y/o con obras sociales y, en algunos casos, también reciben a la población particular con capacidad de pago, es decir, a modo de gasto “de bolsillo”. Debido a que las obras sociales y las prepagas contratan la provisión de servicios sanatoriales para sus afiliados, los empresarios del subsector asistencial reciben pagos mediante distintas formas



(mensuales, por cápita, módulo, etc.) que conforman buena parte de los ingresos de las clínicas.

La relación entre el subsector privado —clínicas y empresas de medicina privada— y el subsector de la seguridad social —obras sociales— nos permite establecer uno de los primeros aspectos donde la noción de calidad adquiere centralidad para la organización del trabajo en los establecimientos de salud bajo estudio. En línea, debemos considerar que, para consolidar los convenios con obras sociales y empresas prepagas, los empresarios del sector asistencial buscan captar un mayor flujo de clientes. Una forma de hacerlo, es adecuar las prestaciones a los estándares de calidad que demandan las entidades financiadoras, especialmente las empresas de medicina prepaga (como OSDE, Swiss Medical, etc.). En este sentido, algunos de los criterios de calidad que son considerados son la estructura y las condiciones edilicias de las clínicas, la capacidad instalada para la atención de pacientes, los equipamientos y las tecnologías médicas complejas con los que cuentan, la presencia de especialistas altamente calificados, la formación del personal y también las condiciones de hotelería, cuestión que es valorada por los sectores con mayor capacidad de pago entre los beneficiarios de aseguradoras privadas y obras sociales [Belmartino, 2006].

Otro aspecto asociado a los criterios de calidad que opera en las clínicas privadas está vinculado con los organismos externos, es decir, entidades especializadas en la normalización y acreditación de calidad en salud que acompañan y evalúan a las instituciones que desean incorporar programas de calidad y procesos de acreditación a partir de cumplir con estándares específicos. Concretamente, para que una clínica logre obtener la certificación de calidad de sus prestaciones, debe adecuar la organización del trabajo de sus servicios a las normas de calidad que exigen los organismos especializados externos. En todos los casos, los procesos de acreditación son voluntarios, es decir, cada establecimiento solicita su evaluación y asume sus costos. La evaluación contempla distintos criterios que van desde las condiciones edilicias, los equipamientos y tecnologías médicas, pasando por las características de los servicios no médicos que hacen al *confort* de la estadía, la formación de los recursos humanos y también son evaluados los procesos de atención médica y sus resultados, el producto final del proceso de atención, aspecto

que se manifiesta en la evolución del paciente y en el grado de satisfacción por la atención recibida. En este sentido, muchos de los puntos valorados por los organismos externos están vinculados al servicio de enfermería. Por un lado, en lo relativo a los procedimientos y a la implementación de procesos de estandarización de prácticas e identificación de pacientes y, por otro lado, a las exigencias de calificación profesional del personal, aspecto sobre el cual profundizaremos en este artículo.

En Argentina, entre las entidades acreditadoras externas de calidad en salud, encontramos al Centro Nacional para la Acreditación en Salud (CENAS), una entidad civil que realiza acompañamiento y evaluaciones de calidad en establecimientos de salud que lo soliciten³. En nuestro campo empírico, encontramos que las clínicas bajo estudio exhibían certificaciones del CENAS en sus sitios web y también eran visibles en las carteleras de ingreso a las instituciones.

En este sentido, si bien diversos tipos de establecimientos, tanto del subsector privado como público, adoptan procesos de normalización y evaluación de calidad, la acreditación de las clínicas reviste especial importancia. Por un lado, para los empresarios del subsector privado, las prestaciones en salud poseen un carácter mercantil y el paciente asume, también, el rol de cliente. Concretamente, cuando la salud pasa a constituir una mercancía sujeta a lógicas propias del competitivo, hallamos diversos mecanismos empresariales orientados a aumentar las ganancias y la competitividad frente a otros prestadores del sector. En este marco, exhibir acreditaciones de calidad representaría una condición diferencial y valorada para atraer un mayor número de entidades financiadoras y usuarios de sus servicios. Por otro lado, y en vinculación con el punto anterior, la acreditación ante organismos externos de calidad otorga beneficios monetarios directos para las clínicas. Es decir, algunas entidades financiadoras reconocen económicamente a los establecimientos que cuentan con certificaciones de calidad.

Además de los procesos de acreditación de calidad impulsados por actores como entidades financiadoras y organismos externos, es habitual que las clínicas privadas de

³ En la página web del CENAS encontramos algunas nociones de calidad que la entidad posee para los servicios de salud: "La calidad busca mejorar la eficiencia en la utilización de los recursos y la estructura; la eficacia en el cumplimiento de los procesos y la efectividad de los resultados obtenidos, procurando la mayor seguridad del sistema de atención respecto de cada paciente" (página web, CENAS).



mayor tamaño y complejidad cuentan con sistemas internos de control y evaluación de calidad. Esta cuestión se expresa en áreas dedicadas integralmente a la gestión de calidad de sus prestaciones, tales como Comités de Calidad o Departamentos de Calidad. En términos organizativos, los Comités o Departamentos de Calidad suelen estar conformados por miembros del equipo de dirección de las clínicas, superiores y representantes de diferentes grupos profesionales, especialmente médicos/as de las distintas áreas (infectología, cirugía, clínica médica, etc.). En algunas oportunidades, también son incluidos otros grupos laborales, como es el caso de los/as jefes/as de enfermería. Estos espacios funcionan como equipos multidisciplinarios de gestión que evalúan procesos que hacen a la organización del trabajo y la atención de los pacientes en las clínicas, con el objetivo de “mejorar la calidad de las prestaciones”⁴. En muchos casos, los criterios internos de evaluación de calidad están en sintonía con las normas y los requerimientos solicitados por los organismos externos de normalización y acreditación.

Teniendo en cuenta que el imperativo de calidad en la atención representa un aspecto ordenador del trabajo en las clínicas privadas, en nuestro campo empírico encontramos que para el servicio de enfermería las exigencias de calidad se materializaban concretamente en dos cuestiones. Por un lado, en los requerimientos de determinado nivel de calificación del personal en servicio y, por otro, en las exigencias de utilización de ropa de trabajo distintiva. A su vez, veremos que si bien las exigencias de calidad en las prestaciones de las clínicas operaban como mecanismos de control sobre el trabajo de enfermería, a la par, las trabajadoras desarrollaban una serie de acciones de disputa y (re)apropiación, en el primer caso, y resistencia y rechazo, en el segundo.

Exigencias de calificación: Disputas en torno a la formación profesional y a las condiciones de trabajo de enfermería

En este apartado analizaremos de qué manera los diversos procesos de evaluación y acreditación de calidad en salud presentes en clínicas privadas derivaron en exigencias

⁴ Frase extraída de la página web de una de las clínicas privadas bajo estudio.

sobre la calificación profesional del personal de enfermería. Argumentaremos que las enfermeras no se mostraron pasivas frente a dichas exigencias, sino que construyeron acciones y/o márgenes de disputa a partir de una lectura más amplia sobre el proceso de profesionalización de la ocupación.

Para comprender en mayor profundidad este punto, podemos recuperar el testimonio de Natalia, quien fue entrevistada en septiembre del 2020, meses después del inicio de la emergencia sanitaria por la pandemia de COVID-19. Ella es Licenciada en Enfermería y trabaja desde hace 13 años en una clínica con internación general ubicada en el casco urbano de La Plata. La clínica es una institución reconocida en la ciudad por su capacidad instalada, por brindar una amplia gama de prestaciones y por contar con tecnologías médicas de alta complejidad.

En 2020, y luego de más de una década de trabajo en la institución, Natalia llegó a ocupar el puesto de supervisora de área de enfermería. Durante la entrevista, repasa su trayectoria profesional y recuerda que ingresó a la clínica cuando aún era estudiante de enfermería, a comienzos de los años dos mil. La referencia a su condición de “estudiante” no es un señalamiento arbitrario o que remite únicamente a un recorrido personal, sino que vincula su trayectoria a un marco histórico más amplio que dialoga con el proceso de profesionalización de la enfermería en Argentina. Natalia señala que, durante los primeros años de ejercicio en la clínica, el servicio de enfermería estaba conformado por aproximadamente 80 trabajadoras y que buena parte de ellas realizaba sus tareas bajo la figura de enfermera “empírica”. Las “empíricas” eran trabajadoras que habían adquirido habilidades propias de la enfermería a través de la práctica cotidiana y/o mediante capacitaciones informales brindadas por otros colegas y/o profesionales en los espacios hospitalarios, pero que no contaban con instrucción y/o certificaciones formales y eran contratadas por sus empleadores bajo otras categorías (por ejemplo, como personal de limpieza).

Hasta hace algunas décadas, contar con título habilitante no era un requisito excluyente para incorporarse al plantel de enfermería de una institución de salud. En este sentido, lo que sucedía en la práctica contradecía a la normativa que, desde la década del noventa, establecía dos niveles para el ejercicio: el auxiliar y el profesional. A su vez, este último



incluía dos categorías: técnico/a profesional y licenciada/o⁵. Pese a la legislación vigente, la ausencia de sanciones efectivas y de controles estatales a nivel local habilitaba a que muchas instituciones, especialmente del subsector privado contratasen personal empírico y/o sin matriculación para realizar tareas de enfermería bajo condiciones sumamente precarias, que incluso incumplían con los reglamentos de un máximo de carga de trabajo [OPS, 1995].

La falta de enfermeras con formación profesional y la presencia de trabajadoras sin instrucción formal representaban una característica histórica y fuertemente enraizada. Entre las enfermeras en ejercicio con más años de antigüedad encontrábamos trayectorias similares: muchas de ellas comenzaron a trabajar como “empíricas” y luego accedieron a cursos que les permitieron capacitarse y recibir certificaciones formales. En este sentido, la literatura historiográfica señala que el proceso de profesionalización de la enfermería estuvo cargada de vaivenes y tensiones [Wainerman & Binstock, 1992; Faccia, 2015; Ramacciotti, 2019]. Estas características contribuyeron a que perduren, hasta la actualidad, problemáticas vinculadas a la escasez de enfermeras en servicio, a la falta de calificación, especialmente en el nivel de licenciatura y al déficit en el reconocimiento profesional, tanto en el plano contractual como económico.

Volviendo a la narrativa de Natalia, su testimonio introduce elementos que permiten vislumbrar algunas de las transformaciones y problemáticas señaladas por las investigaciones sobre el sector. En este sentido, recuerda un punto de inflexión respecto a las exigencias de formación de las enfermeras dentro de la clínica. A partir de los años 2007-2008, las autoridades delimitaron un nuevo plan de gestión que buscaba transformar y, por ende, modernizar los procesos de atención en distintas áreas de la clínica, entre las cuales estaba enfermería. En este marco, las autoridades impulsaron un proceso de capacitación de las enfermeras que prestaban servicio sin titulación y/o eran auxiliares. Es decir, se otorgaron flexibilidades para articular trabajo y estudio y se motorizaron diversos cursos de formación para el personal de la clínica. A su vez, los lineamientos de la clínica respecto al servicio de enfermería estuvieron en sintonía con los programas estatales que incentivaban la formación en instituciones de educación superior y la

⁵ Ley Nacional de Enfermería N°24.004

reconversión profesional del personal auxiliar. Recordemos que la falta de personal y el bajo nivel de calificación representaban un problema estructural de la enfermería. Por esta razón, entre la década del noventa y las primeras décadas del dos mil, las autoridades nacionales crearon diversos programas de formación. En un primer momento, orientados a titular al personal empírico a partir de la implementación de cursos de auxiliar y, posteriormente, enfocados en aumentar el número de enfermeras formadas en instituciones de educación superior.⁶

Además de los incentivos de formación vinculados a los programas estatales y a la búsqueda de modernización por parte de las autoridades de la clínica, Natalia vincula la capacitación profesional del servicio de enfermería a otro factor que dialoga con los elementos anteriores. En el marco del nuevo plan de gestión, las autoridades de la clínica buscaban adecuar sus servicios a los estándares de calidad que solicitaban los organismos externos con el objetivo de, finalmente, lograr la acreditación. Como uno de los puntos que evaluaban las entidades externas eran el nivel de calificación del personal para adaptarse a los estándares de calidad solicitados, resultaba central contar con enfermeras con titulación en el nivel superior.

E- ¿Y la capacitación del personal de enfermería por qué empezó?

N-Aquí en la institución, por ejemplo, desde el punto de vista de acreditación de calidad está el CENAS, que es el que acredita la calidad en los servicios de salud privados. Entonces el CENAS tenía dentro de sus estándares el nivel profesional de enfermería y en ese momento estaba bueno tener enfermeros recibidos. Ahí [los directivos de la clínica] empezaron a trabajar en la acreditación, en el 2007. Había que tener algunos enfermeros recibidos con matrícula. Entonces de ahí viene el interés institucional. Después empezó a ser un interés de los profesionales que ya nos recibíamos, nos formábamos y nos especializábamos ... se hizo mucha fuerza desde enfermería y a la institución le venía bien. El beneficio era que aumentaba la acreditación del CENAS porque realmente en la acreditación del CENAS quienes hacemos los manuales de procedimiento de casi todas las áreas somos nosotros, los enfermeros, los supervisores [de enfermería] con el equipo a cargo y eso es lo que

⁶ Por ejemplo, podemos mencionar al Plan Nacional de Desarrollo de la Enfermería (2009-2016), el Programa Nacional de Formación de Enfermería (2016-2020) y el actual Plan Nacional de Enfermería (2020-2024).



les hizo ver el interés. (Natalia, Licenciada en Enfermería, Clínica Privada, diciembre 2020)

Natalia sostiene que, en un primer momento, el interés que mostró la institución por aumentar el nivel de calificación de las trabajadoras estuvo ligado a la necesidad de adaptarse a los estándares de calidad solicitados por el CENAS. Contar con un cierto número de enfermeras profesionales —especialmente licenciadas con matrícula habilitante— era un punto importante para lograr la certificación de los evaluadores externos. Sin embargo, también expresa que el interés motorizado inicialmente por las autoridades de la clínica fue retomado por las propias trabajadoras. Estudiar en espacios formales, recibirse y así contar con un título, continuar capacitándose y/o especializándose no solo era experimentado como una exigencia que demandaban las autoridades, sino que también se configuraba como un interés de las propias trabajadoras en tanto colectivo. Ese interés no sólo remitía a las condiciones de ejercicio presentes, sino que también dialogaba con condiciones históricas de la ocupación, esencialmente vinculados a su inacabado proceso de profesionalización y a las demandas por reconocimiento del rol como profesionales dentro de las instituciones de salud. En este sentido, si bien la búsqueda por aumentar el nivel de formación del personal de enfermería en un principio podía ser leída como una exigencia para con las trabajadoras, finalmente dio lugar a un espacio de disputa, en tanto demanda que fue (re)apropiada por el propio colectivo: “*Se hizo mucha fuerza desde enfermería*”, afirma Natalia.

Recordemos que, durante décadas, la enfermería fue caracterizada como un oficio “empírico” y/o de idóneos, lo cual implicaba que no se requiriera instrucción formal para su desempeño en las instituciones de salud. A su vez, hasta la década del noventa, la normativa que regulaba su ejercicio definía a la enfermería como una actividad auxiliar y/o de ayuda a los profesionales médicos. De esta forma, los condicionamientos presentes en el proceso de profesionalización de la enfermería pueden ser interpretados como legados históricos. Es decir, como un conjunto de condicionamientos que limitan, posibilitan y vehiculizan las acciones que realizan las enfermeras en el tiempo presente. A su vez, estos legados de la profesión también vehiculizan y permiten construir

imaginarios sobre la ocupación con los cuales las enfermeras dialogan y/o a partir de los cuales se posicionan.

Ahora bien, el testimonio de Natalia nos permite observar que la discusión en torno a la profesionalización de la enfermería también pone en valor otros aspectos de su trabajo dentro de las instituciones de salud.

Cuando yo entré en el 2008 no había supervisores de enfermería en diferentes áreas, era un jefe de enfermería y enfermeros. En ese momento igual éramos 75 hoy somos 180 y estuvo bueno, porque partió de la necesidad de los enfermeros que tenían muchas cosas para poder resolver. Yo estaba en un área de neonatología, por ejemplo. Trabajé 5 años en esa área, ahí me especialicé y había cosas que uno tenía que resolver... Y el jefe de departamento es un jefe de departamento, pero no es especializado en el área... Entonces, a partir de ahí empieza la demanda, desde la necesidad de enfermería; por eso es algo ganado. También tenemos [los/as jefes y/o supervisores de área] una función de docencia, nosotros capacitamos en todo lo tecnológico, herramientas nuevas, por ejemplo, bombas de infusión o de biomedicina, a todo el personal que tenemos a cargo y es una función del supervisor, más allá que en la ley de ejercicio de la profesión de los licenciados está que la docencia es una de las funciones. No todas las instituciones privadas le dan bola a esto. Pero acá partió desde el recambio profesional de enfermería, entonces los enfermeros empezamos a pedir y de ahí se fue dando una estructura. (Natalia, Licenciada en Enfermería, Clínica Privada, diciembre 2020)

Incentivar la formación profesional no solo traía beneficios particulares en tanto grupo laboral, sino que contribuía a mejorar la organización del trabajo en las clínicas, cuestión que podía ser capitalizada por las autoridades y contribuir a la modernización de la gestión. El “*recambio profesional*” que se manifestaba en la presencia de más personal formado en el nivel de educación superior, contribuía a que las enfermeras se posicionaran como un grupo con conocimientos específicos dentro de la clínica; conocimientos que les permitían realizar otras tareas como, por ejemplo, la confección de manuales de procedimiento para las distintas áreas de la clínica o el ejercicio de funciones de docencia. A su vez, en su narrativa, Natalia señala que otra transformación significativa para la organización del servicio de enfermería fue la creación de un departamento específico y la implementación de jefaturas en distintas áreas de internación. Cuestiones que, en una lectura procesual de estas transformaciones, fueron



interpretadas como triunfos, como “*algo ganado*”. El crecimiento del número de enfermeras técnicas y licenciadas habilitó la construcción de demandas por parte de este grupo. Por ejemplo, la inclusión de la figura de “supervisor/a de área” era interpretada como un aspecto positivo en tanto permitía alivianar las tareas de quienes trabajaban en la asistencia directa de pacientes y también mejorar la organización del trabajo (brindar apoyo en la atención de pacientes, contabilizar la cantidad de camas ocupadas y disponibles, organizar y solicitar insumos y materiales, organizar francos y licencias, entre otras tareas de gestión).

A su vez, las transformaciones en la organización del servicio de enfermería al calor de las exigencias de formación profesional también tuvieron consecuencias en las condiciones de trabajo cotidianas, como señala Natalia:

Se lograron un montón de cosas; yo la verdad que quería lograr con el equipo cambios en enfermería: dejar de arrastrar una bolsa de higiene y tener un carro, mejorar las condiciones de trabajo... Tener un espacio para hacer oncología con una campana de flujo laminar porque haciendo esos tratamientos. Mis compañeros también necesitan ser escuchados, entendidos. Poder darles el día de descanso; acá [en referencia a la clínica] los feriados se trabajan y no te dan un día. Valoro el equipo que formé con mis compañeras porque ellas son más nuevas... Ahí vamos, por esa línea... Entonces es como que tengo un compromiso con mi profesión acá dentro, porque antes no era tan lindo. (Natalia, Licenciada en Enfermería, Clínica Privada, diciembre 2020)

Para describir las modificaciones conseguidas en las condiciones laborales de enfermería durante los últimos años, Natalia enumera una serie de elementos e insumos de trabajo que fueron incorporados por las autoridades de clínica: los carros que permiten trasladar bolsas de higiene, residuos y otros elementos que utilizan las enfermeras a diario; la incorporación de una campana de flujo laminar en el área de quimioterapia. Al mirar hacia atrás, Natalia señala que la incorporación de estos elementos de trabajo es parte de una serie de “*logros*” que mejoraron las condiciones laborales de enfermería y contribuyeron a proteger su salud (evitar lesiones y/o dolores musculoesqueléticos, limitar el contacto con sustancias potencialmente peligrosas, etc.). Sin embargo, en su narrativa, las demandas para adquirir dichos elementos no solo se reducían a problemáticas del tiempo

presentes y/o circunscritas al espacio de trabajo específico, sino que eran leídas en un marco de reclamos históricos de la profesión. En este sentido, demandar mejoras en las condiciones de trabajo expresaba un “*compromiso*” con la profesión, una demanda que excedía el espacio de la clínica y disputaba en tiempo presente con las condiciones en las que históricamente fue ejercida la enfermería. “*Antes no era tan lindo*”, señalaba Natalia para remarcar las situaciones de mayor precariedad que experimentaron las enfermeras con más antigüedad.

La posición histórica de subordinación profesional de la enfermería habilitaba una lectura más amplia de los sucesos. La existencia de espacios para canalizar demandas y/o la concreción de mejoras en las condiciones laborales, aún en un marco de procesos de evaluación y acreditación de calidad, conllevaron significaciones profundas para las enfermeras, que dialogaron con problemáticas y reclamos históricos vinculados al desarrollo y al reconocimiento profesional de la ocupación. De esta forma, para comprender el vínculo entre acreditación y requisitos de formación, debe recalcarse el carácter temporal de estos vínculos, los márgenes de disputa y las acciones y/o estrategias de (re)apropiación elaboradas por las enfermeras no se presentaron como una consecuencia directa y/o necesaria de dichas exigencias, sino que se configuraron de manera procesual, paulatinamente y a lo largo del tiempo.

Exigencia de ropa de trabajo distintiva: Representaciones de género y resistencia profesionales

En este apartado analizaremos de qué manera los diversos procesos de evaluación y acreditación de calidad en salud presentes en clínicas privadas derivaron en exigencias sobre el uso de ropa de trabajo distintiva para el servicio de enfermería, específicamente en los requerimientos de utilización de la “cofia”. Es decir, un gorro pequeño y/o toca que se coloca en la cabeza como complemento y/o distinción del uniforme que llevan las enfermeras.

Para comprender este aspecto, nos serviremos nuevamente de la narrativa de Natalia e incluiremos el testimonio de Marcela, quien se desempeña en otra clínica con internación



general de la ciudad de La Plata. Marcela es técnica en enfermería y se recibió hace casi 10 años. La entrevista fue realizada en marzo de 2020, días antes de que comience la pandemia de COVID-19. Para ese momento le restaba cursar un cuatrimestre para recibirse de licenciada. Como muchas otras enfermeras, tiene dos empleos: durante la mañana trabaja 6 horas en un hospital público y 8 horas en el turno noche de una clínica privada en el servicio de terapia intensiva.

Antes de profundizar en los testimonios de Marcela y Natalia, quisiéramos remarcar un aspecto vinculado a la distinción en la ropa y/o uniformes de trabajo entre algunos de los grupos laborales presentes en las clínicas privadas (enfermeras, médicos/as, personal de limpieza y cocina y camilleros). En las observaciones de campo, notamos que las distinciones entre dichos grupos se plasmaban en el tipo de vestimenta que utilizaban. Por ejemplo, en una de las clínicas con internación general encontramos que las enfermeras utilizaban ambo color blanco, el personal de limpieza ambo verde, el personal de cocina amarillo y los camilleros ambo celeste. Por el contrario, los médicos solían presentarse solamente con un guardapolvo blanco y, en algunos casos, no contaban con ropa de trabajo que los identificara, por lo que resultaba difícil diferenciarlos del público en general. De esta forma, la ropa de trabajo y el color de la misma permitían distinguir, a simple vista, el agrupamiento al que pertenecía cada trabajador/a.

A su vez, en el caso de las enfermeras, más allá del tono y el tipo de vestimenta, encontrábamos que muchas veces el uniforme incluía un elemento diferencial: la cofia, es decir, una especie de gorra o tocado sobre sus cabellos. En un primer momento, la cofia nos representaba un accesorio más del uniforme laboral; sin embargo, con el correr de las entrevistas, comenzamos a registrar que ese elemento tenía otros sentidos para las enfermeras. Sentidos que incluso permeaban la lectura que hacían sobre sus condiciones de trabajo y sobre el lugar de la profesión dentro de las instituciones de salud.

Al consultar por las características del uniforme laboral, los testimonios señalaban que la obligatoriedad del uso de la cofia constituía un elemento que algunos departamentos y/o comités de gestión de calidad interpretaban como criterio de calidad. Es decir, en el marco de la adopción de normas y/o criterios de calidad de las clínicas, la cofia aparecía como un requisito para adecuar el servicio de enfermería a los estándares solicitados por los

organismos externos de evaluación. Sin embargo, en nuestro campo, encontramos que la inclusión de este elemento distintivo fue recibida con resistencias por parte de algunas trabajadoras. Para ejemplificar esta situación, podemos remitirnos al testimonio de Marcela:

M-Claro, a nosotros nos habían implementado las cofias el año pasado y no queríamos usar cofia porque generalmente... En el edificio cerrado [en referencia al área de terapia intensiva], por ahí te empieza a molestar, te agarra comezón, calor y eso... Aparte, era un punto más de inflexión. Hicieron una nota mis compañeros donde firmamos todos de que era como un punto de inflexión las cofias, así que las sacaron. Un mes o dos meses usamos cofia y después, olvidate, nunca más [las usaron]. (Marcela, Técnica en Enfermería, Clínica Privada, marzo 2020)

En el testimonio de Marcela, encontramos que la exigencia respecto a la utilización de la cofia resultaba novedosa y se enmarcaba en una serie de modificaciones en la organización del servicio de enfermería impulsadas por las autoridades de la clínica. Concretamente, si bien la decisión de incluir la cofia como parte del uniforme de enfermería era presentada por las autoridades como un criterio de calidad, su utilización era percibida por las enfermeras como un aspecto negativo en términos de condiciones laborales puesto que generaba malestar -comezón, calor, etc.-. Sumado a la incomodidad que despertaba su uso, la inclusión de este elemento era tematizada como una cuestión simbólica y situada en un escenario más amplio. Es decir, las trabajadoras percibían que, durante el último tiempo, el control ejercido sobre sus tareas había aumentado, lo cual conllevaba un déficit en sus condiciones laborales cotidianas. Para describir esta situación mencionaban los cambios en los puestos de supervisión; la vigilancia de los superiores sobre los momentos libres (por ejemplo, la prohibición del uso de celular durante la jornada); las restricciones respecto a la circulación por otras áreas de la clínica; la limitación de los espacios para alimentarse (sólo a una “pequeña cocina” donde también se guardaban elementos de limpieza); la prohibición de tomar mate, entre otros mecanismos de control. De esta forma, en un contexto de creciente control sobre sus tareas, aceptar el uso de la cofia era percibido como un punto de inflexión, es decir un aspecto que hacía a sus condiciones de ejercicio y sobre el cual no estaban dispuestas a



ceder. Las trabajadoras, entonces, se organizaron para impulsar un reclamo grupal ante una medida que consideraban “*injusta*”. Concretamente, confeccionaron una nota manifestando su descontento y rechazo ante la implementación del uso de la cofia, la cual fue firmada por todo el servicio. El objetivo del reclamo era que las autoridades revean la decisión de incluir este elemento como obligatorio, cuestión que finalmente lograron revertir.

Además de negarse a utilizar la cofia por considerarlo un elemento que deterioraba sus condiciones de trabajo cotidianas, las enfermeras también esgrimían otros argumentos esencialmente vinculados a las representaciones de género y a la distribución de roles y jerarquías al interior de los espacios de trabajo en salud. Para profundizar en este aspecto, podemos traer nuevamente el testimonio de Natalia:

N- Veía muchas cosas injustas ahí adentro (...) antes teníamos esas cofias puestas que eran un símbolo de un simbolismo de género y de sumisión de un montón de cosas de no profesionales, porque la verdad que la cofia la tengo que usar es una técnica estéril y tiene que ser una cofia descartable, no una tela puesta en la cabeza. Tenemos el jefe de departamento es un hombre, también en el directorio son en su mayoría hombres, hay dos mujeres, pero todos son médicos, pero los que pueden opinar y hablar, tomar las decisiones, son hombres. (Natalia, Licenciada en Enfermería, Clínica Privada, diciembre 2020).

En la descripción que hace Natalia, podemos vislumbrar una serie de razones para oponerse a la incorporación de la cofia como parte del uniforme de enfermería. Por un lado, Natalia postula argumentos vinculados al rigor sanitario de su utilización. Concretamente, el material con el que estaban confeccionadas (telas como poliéster, algodón) no era descartable y, por lo tanto, no cumplía una función estricta de higiene y seguridad. La utilización de la cofia como elemento de protección personal suele indicarse solo para realizar prácticas de tipo estéril, para efectuar cuidados que requieren reducir los riesgos ante una posible infección y/o contaminación (por ejemplo, durante una práctica quirúrgica) y debe seguir un diseño preciso. En este caso, ni el material ni el diseño de la cofia que debían utilizar las enfermeras en la clínica cumplían con una

función de higiene y/o protección específica, sino que representaban un elemento estético y de distinción.

Por otro lado, Natalia plantea que su uso era interpretado como un símbolo histórico de identificación y clasificación que (re)actualizaba imaginarios vinculados al género y los trabajos de cuidado.⁷ En este punto, debemos recordar que, desde Florence Nightingale en adelante, la cofia —también llamada “toca”— constituye una prenda distintiva de la enfermería y cargada de simbolismos. Junto con la lámpara⁸, la capa y el uniforme blanco, la cofia representaba una serie de valores tradicionalmente asociados a la profesión: la pureza, el honor, el amor al prójimo, la lealtad y la responsabilidad en el cuidado de enfermos y heridos (León Román, 2006). Es decir, dimensiones naturalizadas como propias del trabajo de cuidado en enfermería. En este sentido, el uso de la cofia, además de representar una exigencia sobre las condiciones de trabajo cotidianas —en este caso, sobre el uniforme que debían portar las enfermeras—, también era interpretado como una forma de control simbólico, es decir, de clasificación y distinción de las enfermeras dentro de la clínica.⁹

En este sentido, diversas investigaciones han reconstruido el proceso de feminización de la enfermería y la temprana asociación entre tareas de cuidado y habilidades propias del género femenino como el servicio, la abnegación, la dulzura, etc. [Wainerman & Binstock, 1992, Martin, 2012]. Dicha asociación contribuyó a la invisibilización de la formación necesaria para su ejercicio, abonó al carácter empírico del oficio y a su dependencia respecto de la medicina. En nuestro campo, hallamos que los imaginarios contruidos en torno al género y la enfermería estaban presentes en las discusiones sobre la definitiva profesionalización de la ocupación y en la lectura sobre sus condiciones laborales cotidianas.

Oponerse a la utilización de la cofia como parte del uniforme tenía, por tanto, una significación más amplia en la enfermería. En esa disputa no solo se ponía en juego el

⁷ Otras investigaciones históricas sobre la enfermería en otras regiones del país también dan cuenta de los simbolismos asociados al uso de la cofia entre las enfermeras (Billoruo, 2020; Jara, 2020).

⁸ Florence Nightingale también es llamada “la dama de la lámpara”, debido a que, en la guerra de Crimea, alumbraba con una lámpara a los heridos durante su recorrido por las noches en los campos de batalla.

⁹ Los conflictos por el uso de la cofia incluso se dieron durante la pandemia, como puede verse en el trabajo de Karina Ramacciotti (2022).



reclamo por condiciones de trabajo, sino también una demanda por reconocimiento en términos profesionales. Negarse a utilizar un elemento con tanta carga simbólica era una forma de diferenciarse de aquellas representaciones que naturalizan las tareas de enfermería como habilidades propias del género femenino y, por ende, desprovistas de formación específica. Al interior de las profesiones y entre los grupos profesionales, también se manifiestan relaciones de género y de poder y, por ende, roles y jerarquías [Pozzio, 2012]. Es decir, sobre las distintas ocupaciones se construyen estereotipos en torno a lo masculino y lo femenino y, por ende, tareas y cualidades esperadas para mujeres y varones. El género, como relación social, constituye una dimensión organizadora de las profesiones de salud, en tanto los imaginarios respecto de la naturaleza femenina y masculina contribuyeron a la división del trabajo sanitario. Históricamente, los médicos fueron referenciados en el campo científico, mientras que el trabajo de las enfermeras fue vinculado al campo empírico [Martín, 2012]. El trabajo que realizan las enfermeras fue representado entonces como una extensión de cualidades supuestamente femeninas, vinculadas a tareas prácticas de limpieza e higiene del cuerpo enfermo y, por ende, desprovistas de conocimientos científico-técnicos. Por su parte, la medicina se construyó como una ocupación masculina, tempranamente profesionalizada y reconocida por su manejo del plano biomédico.

En este marco, las acciones respecto al uso de la cofia en tanto elemento de clasificación también permitían a las enfermeras elaborar significaciones más amplias respecto a cómo operan las diferencias sexo-genéricas y las jerarquías profesionales en los espacios de toma de decisiones de las clínicas. Espacios donde no sólo priman las voces de los empresarios, en tanto empleadores y autoridades de las clínicas, sino que también suelen expresarse posiciones de quienes encarnan una figura profesional y masculina, emparentada con ocupaciones consolidadas y hegemónicas de la salud, como es la medicina.

De esta forma, para una ocupación feminizada, originariamente empírica y subordinada, la obligatoriedad del uso de la cofia era interpretada no sólo como una exigencia en términos laborales, sino también como un mecanismo de distinción profesional. En palabras de Natalia: “*un simbolismo de género*” y “*de sumisión*” que reforzaba la

posición históricamente subalterna de la enfermería dentro de las instituciones de salud. En contexto, realizar acciones de resistencia para manifestar la disconformidad con esa política de calidad y conseguir ser escuchadas por las autoridades representaba un “triumfo” más amplio en tanto permitía subvertir, al menos en parte, la imagen no profesional construida sobre la ocupación.

Reflexiones finales

En este artículo analizamos algunos aspectos del proceso de trabajo de enfermería en clínicas privadas de la ciudad de La Plata, retomando los debates en torno al control y los márgenes de acción de los/as trabajadores/as. Señalamos que los procesos de evaluación y acreditación de calidad pueden ser pensados como mecanismos de control en tanto inciden en las formas en que se desarrolla el trabajo de la enfermería.

En primer lugar, mostramos que una de las dimensiones que suele ser evaluada en los programas y procesos de acreditación de calidad es la formación de los recursos humanos, cuestión que en el caso de enfermería se expresa en exigencias de titulación en el nivel superior. Señalamos que, si bien los requerimientos de formación podían ser leídos como una exigencia sobre las trabajadoras de enfermería, fue una temática (re)apropiada por las enfermeras con un sentido identitario de la profesión. Estudiar e incluso continuar capacitándose comenzó a configurarse como un interés de la enfermería, en tanto colectivo. De esta forma, el crecimiento del número de profesionales —especialmente licenciadas— dentro de la institución habilitó la construcción de nuevas demandas que finalmente fueron escuchadas por las autoridades de las clínicas y permitieron generar una estructura propia para el servicio de enfermería, mejorar la distribución de tareas y solucionar problemas vinculados a las condiciones cotidianas de trabajo.

En segundo lugar, señalamos que, en el marco de la adopción de ciertos estándares de calidad en las prestaciones de salud, la inclusión de la cofia como parte del uniforme de las enfermeras también se presentó como un requisito y/o exigencia. Sin embargo, dichas exigencias fueron resistidas al punto de ser rechazadas por las propias trabajadoras de la clínica. Por un lado, porque su utilización era percibida como un aspecto que deterioraba



las condiciones de ejercicio, ya que generaba malestar y no cumplía con una función como elementos de protección y/o de seguridad específica. Por otro lado, porque para las enfermeras, la inclusión de este elemento distintivo era vista como una forma de control simbólico, en tanto (re)actualizaba imaginarios vinculados al género y los trabajos de cuidado, imaginarios que reforzaban la posición subalterna de la enfermería dentro de las instituciones de salud en tanto estaban asociados al carácter “empírico” o escasamente calificado del oficio. Mostramos entonces que las enfermeras respondían a los roles socialmente contruidos sobre sus tareas y buscaban mejorar las condiciones en las que ejercían su trabajo cotidiano, al tiempo que disputaban ciertas atribuciones que las colocaban en una posición subordinada dentro de las profesiones en salud.

En concreto, encontramos que muchas de las exigencias que recaían sobre las labores de enfermería en sintonía con los procesos de evaluación y acreditación de calidad no sólo eran interpretadas a partir de las condiciones de trabajo presentes, sino que también revestían un carácter procesual. Es decir, dialogaban con el inacabado proceso de profesionalización de la enfermería y con las demandas por el reconocimiento de su rol como profesionales de la salud. La experiencia compartida de subordinación profesional, la precariedad laboral y las discusiones en torno a los imaginarios de género habilitaban una lectura más amplia de los sucesos del tiempo presente, ya que conllevaba significaciones profundas que discutían con problemáticas y reclamos históricos de la profesión como un todo.

De esta forma, concluimos que los mecanismos de control dentro del subsector asistencial privado de salud asumen características específicas respecto a las fuentes y las formas en las que se expresan. En nuestro caso empírico, hallamos que las cuestiones relativas a la calidad de las prestaciones en salud cobraban un lugar fundamental. Los procesos de evaluación y acreditación se plasman en diversas exigencias sobre el trabajo de enfermería que involucran requerimientos en torno a la calificación profesional y a mecanismos distintivos asociados a representaciones de género. No obstante, las enfermeras no se mostraban pasivas frente a estas exigencias y condicionamientos, sino que construían espacios de disputa y resistencia. Dichas acciones y/o estrategias eran leídas en clave de las demandas respecto a sus condiciones de trabajo cotidianas, pero

también se entrelazaban con rasgos históricos y representaciones socialmente construidas sobre el desarrollo de la profesión. Esas condiciones o rasgos pueden ser entendidos como legados en tanto limitan, posibilitan y vehiculizan las acciones que realizan las enfermeras en el tiempo presente y también habilitan la construcción de imaginarios sobre la ocupación con los cuales las enfermeras dialogan y ante los cuales se posicionan.

Bibliografía

BELLÓ, MARIANA Y BECERRIL-MONTEKIO, VICTOR

2011 Sistema de salud de Argentina. *Salud pública de México*, 53, 96–109.

BELMARTINO, SUSANA

2006 La reforma del sector salud en la Argentina, en Nieves Rico, M. y Marco, F. (coord.). *Mujer y empleo. La reforma de la salud y la salud de la reforma en la Argentina*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores. 101-147.

BRAVERMAN, HARRY

1974 *Trabajo y capital monopolista*. México: Nuestro tiempo.

DEJOURS, CHRISTOPHE

2009 *El desgaste mental en el trabajo*. Madrid: Modus Laborandis.

DE LA GARZA, ENRIQUE

1989 Raniero Panzieri: El punto de vista de los procesos de trabajo. *Un Paradigma para el Análisis de la Clase Obrera*, México, UAM.

DE LA GARZA, ENRIQUE

2010 La revitalización del debate del proceso de trabajo. *Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo*, 16, 7-35.

FACCIA, KARINA

2015. Continuidades y rupturas del proceso de profesionalización de la enfermería (1955-2011), en C. Biernat, J. M. Cerdá, & K. Ramacciotti, *La salud pública y la enfermería en la Argentina*. UNQ Editorial, 315-333.

HENRY, MARIA LAURA



2022 Cambios en los procesos de trabajo durante la pandemia de Covid-19 y riesgos psicosociales emergentes. *Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo*, (26) 42; 39-61.

LAURELL, ASA CRISTINA

1978 Proceso de trabajo y salud. *Cuadernos Políticos*, 17, 59-79.

LAURELL, ASA CRISTINA

1987. Para el estudio de la salud en su relación con el proceso de producción. *Taller Latinoamericano de Medicina Social. Memorias*, Medellín.

LEÓN ROMÁN, CARLOS

2006 El uniforme y su influencia en la imagen social. *Revista cubana de enfermería*, 22(1), 1-6.

MALLEVILLE, SOFÍA

2023 Las huellas del cuidado. La multidimensionalidad del trabajo de cuidado en enfermería en instituciones de salud privadas de la ciudad de La Plata (2018-2021). Tesis de posgrado (Doctora en Ciencias Sociales). Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación.

MARTIN, ANA LAURA

2012. Cuidar en Buenos Aires. La enfermería porteña (1886-1940). *Sociedades, cuerpos y saberes biomédicos*, 1-34

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD

1995. Desarrollo de la enfermería en Argentina 1985-1995. Análisis de la situación y líneas de trabajo. Publicación N°43.

POZZIO, MARÍA

2012 Análisis de género y estudios sobre profesiones: propuestas y desafíos de un diálogo posible -y alentador-. *Revista Sudamérica*, Mar del Plata, 1, 102-129.

RAMACCIOTTI, KARINA

2019 La profesionalización del cuidado sanitario. La enfermería en la historia argentina. *Trabajos y Comunicaciones*, (49), 81.

SEGUEL GUTIÉRREZ, PABLO

2017 Reflexiones sobre el proceso de trabajo. Entrevista a Enrique de la Garza. *Revista de Sociología*, (30), 113-123.

WAINERMAN, CATALINA Y BINSTOCK, GEORGINA

1992 El nacimiento de una ocupación femenina: La enfermería en Buenos Aires. *Desarrollo Económico*, 32(126), 271-284.

YANES, LEOPOLDO

2003 El trabajo como determinante de la salud. *Salud de los Trabajadores*, 11 No 1, 21-42.