



# Supervisión y confianza en las relaciones intersubjetivas entre médicas residentes y enfermeras

Luciana Reif<sup>1</sup>

PAPELES DE TRABAJO, 17(32), JULIO-DICIEMBRE 2023, PP. 148-168  
RECIBIDO: 26/09/2023 - ACEPTADO: 26/12/2023

## Resumen

La gestión hegemónica piensa que, en las organizaciones sanitarias, el trabajo de concepción lo realiza el personal médico, mientras que el de enfermería es de pura ejecución. Esto configura un modelo que divide a los grupos ocupacionales de acuerdo con el grado de control y autonomía sobre sus procesos de trabajo. El objetivo del artículo es analizar las relaciones de supervisión y confianza entre las médicas residentes y las enfermeras que se desempeñan en la terapia neonatal de un hospital del conurbano bonaerense; enfocándonos en la supervisión que realizan las primeras a las segundas. El abordaje es cualitativo, mediante la realización de entrevistas semiestructuradas a ambos grupos ocupacionales. Entre los resultados más sobresalientes pudimos dar cuenta de la autonomía responsable de las médicas residentes, que las insta a ser trabajadoras con un compromiso proactivo hacia la atención del paciente, y por ende a responsabilizarse de supervisar a la enfermería. Las médicas residentes no controlan por igual a cualquier enfermera; las dos distinciones que operan son la experiencia y el interés por el paciente. Cuando las médicas reconocen el aporte distintivo que realiza la enfermería a la producción del cuidado, es posible la construcción de una confianza colectiva.

**Palabras clave:** sociología laboral; relaciones laborales; profesión médica; enfermería; Argentina.

## Abstract

Hegemonic management thinks that in healthcare organizations, the work of conception is performed by medical personnel, while nursing work is purely execution. This configures a model that divides occupational groups according to the degree of control and autonomy

<sup>1</sup> Centro de Estudios e Investigaciones Laborales-Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CEIL-CONICET), lc.reif@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-5098-1535>

over their work processes. The aim of this article is to analyze the supervision and trust relationships between resident physicians and nurses working in neonatal therapy in a hospital in the Buenos Aires metropolitan area, focusing on the supervision of the former by the latter. The approach is qualitative, through semi-structured interviews with both occupational groups. Among the most salient results, we were able to report the responsible autonomy of the medical residents, which urges them to be workers with a proactive commitment to patient care, and therefore to take responsibility for supervising nursing. The two distinctions that operate are experience and interest in the patient. When physicians recognize the distinctive contribution nursing makes to the production of care, it is possible to build collective trust.

**Keywords:** occupational sociology; labour relations; medical personnel; nursing; Argentina.

### Introducción

El trabajo en salud sufrió la influencia de modelos organizacionales hegemónicos como el taylorismo. El control gerencial en las organizaciones hospitalarias concibe al trabajo en salud desde una lógica industrial, intentando producir formas de trabajo estandarizadas, estructuradas y rígidas (Spinelli, 2017). El control sobre el proceso de trabajo fue una de las principales formas en que se concibió la valorización del capital al separar la concepción de la ejecución, y vigilar que el trabajo cumpliera con la forma en que debía hacerse la tarea.

En las organizaciones sanitarias, la gestión hegemónica piensa que el trabajo de concepción lo realiza el personal médico, mientras que el trabajo de enfermería es de pura ejecución. En los últimos años diferentes autoras en nuestro país han puesto la mirada en el trabajo de cuidado de enfermería. Desde diferentes enfoques teórico-conceptuales, como la economía del cuidado, los riesgos psicosociales del trabajo o la psicodinámica del trabajo; se han abordado tanto la precariedad de las condiciones de empleo de la enfermería (Micha, 2015; Aspiazu, 2017), la falta de reconocimiento de sus labores (Malleville y Beliera, 2020), la asociación del trabajo de enfermería con habilidades y saberes supuestamente naturales en las mujeres (Pereyra y Micha, 2016), las situaciones de violencia laboral (Wlosko y Ros, 2019). Uno de los consensos generales de la comunidad científica acerca del trabajo de enfermería pone el acento en el complejo proceso de profesionalización por el que ha pasado dicha ocupación, construyéndose de manera conflictiva con la profesión médica (Ramacciotti y Valobra, 2015). De acuerdo con Martin (2015), las enfermeras se formaron entendiendo que lo que debían aprender bien era a saber aplicar con exactitud las indicaciones del médico. Esto configura un modelo que divide a los grupos ocupacionales de acuerdo con el grado de control y autonomía sobre su proceso de trabajo. El saber biomédico es el que domina la organización hospitalaria; de esta manera, es el personal médico quien tiene el poder de conducir el proceso de trabajo, con los mayores márgenes de autonomía dentro de los equipos de salud (Testa, 2009).

Uno de los mayores aportes de los autores neomarxistas (Friedman, 1977; Edwards, 1983; Burawoy, 1989) fue ubicar el control del proceso de trabajo en el seno de las relaciones

sociales en la producción (Finkel, 1996). Friedman (1977) sostiene que no hay una única tendencia estructural hacia el control directo y la descalificación, sino que más bien se trata de un proceso complejo y desigual, con negociaciones y acomodaciones tanto por parte del capital como del trabajo. En este sentido, una estrategia utilizada es dividir el trabajo y aplicar diferentes tipos de control. Para Edwards (1990), la necesidad de introducir un elemento que diferencie la fuerza de trabajo, contemplando la jerarquía y los distintos puestos de trabajo con sus particularidades, llevó al control burocrático que da como resultado una estratificación al interior de la empresa, y una subdivisión por escalas salariales, bonificaciones, incentivos, criterios de evaluación, formas de contratación, etc. A su vez, el control sobre el proceso de trabajo no implica una relación lineal con una respuesta pasiva por parte de los asalariados, así como tampoco una relación entre capitalistas y trabajadores/as; la evolución de las diferentes formas de control también implica que sean los diferentes grupos de trabajo los que ejerzan control entre sí, lo que puede generar relaciones de competencia.

Si bien ubican el control del proceso de trabajo en el seno de las relaciones sociales de producción y son útiles para reflexionar sobre cómo se estratifican y dividen los grupos ocupacionales en las organizaciones sanitarias; los análisis neomarxistas no profundizan en el aspecto subjetivo del proceso de trabajo. Lejos de estar estandarizado, el proceso productivo en los hospitales depende de la manera en la que se vinculan diferentes trabajos con miras a una correcta producción del cuidado como objetivo final; y esto depende de las relaciones intersubjetivas entre los trabajadores.

Decir que el proceso de producción del cuidado depende de las relaciones intersubjetivas en el trabajo implica asumir, por lo menos, dos cuestiones. En primer lugar, que quienes trabajan en la salud son producto del sistema de relaciones en el que están sumergidos y a la vez que son productores de este. La práctica sanitaria implica un modo de subjetivación que imprime en ellos determinados valores y modos de actuar en la producción del cuidado, lo que implica que, para analizar el proceso de trabajo en salud, es necesario dilucidar cómo el/la trabajador/a (y también el usuario/a) se constituyen como sujetos morales y políticos (Campos, 2009), con determinadas voluntades e intereses. En segundo lugar, que el trabajo en salud, por su carácter interactivo, encuentra en lo vincular y en la comunicación tanto verbal como no verbal, aspectos centrales del proceso de trabajo (Campos, 2006; Spinelli, 2010). Esto supone, en palabras de Campos (2006), un cruce en el que la subjetividad del otro está siempre implicada en el acto de producir salud. De esta manera, el tipo de vínculo que el/la trabajador/a de la salud establezca con su trabajo, sus compañeros/as, sus superiores, con los/as usuarios/as o con la organización en general, son dimensiones a analizar para comprender la manera en que se produce salud en las organizaciones hospitalarias (Campos, 2009).

Abonando la importancia del aspecto vincular, la psicodinámica del trabajo ha enfatizado que las relaciones de confianza entre los sujetos, son condición necesaria para la construcción de acuerdos, normas y reglas para llevar a cabo el trabajo. La psicodinámica hace un aporte a esta problemática, al diferenciar coordinación de cooperación. La coordinación

son las órdenes que dicen cómo se deben interconectar las tareas de los/as diferentes trabajadores/as; es lo prescrito, pero lo que hacen los/as trabajadores/as no es coordinación sino cooperación. La cooperación se basa fundamentalmente en la confrontación de los modos personales de operar, de las inteligencias y los ingenios personales para encontrar un acuerdo, un consenso sobre los modos de llevar a cabo la actividad (Dejours, 2015).

De los múltiples sentidos dados al término cuidado, por distintos actores desde diversas posiciones técnico-políticas, adoptaremos en el presente artículo el concepto de cuidado propugnado por Ayres (2002), que realiza una distinción entre cuidar, tratar, curar o controlar. Mientras que estos últimos términos aluden a una práctica más limitada de aplicación de tecnología y procedimientos, que objetiva a los sujetos de las intervenciones en salud a través de una relación estática, individualizada e individualizante; el acto de cuidar implica una interacción que toma los saberes técnicos, pero no se restringe a ellos, suponiendo la construcción de proyectos terapéuticos en el marco del encuentro de las subjetividades de los/as trabajadores/as de la salud, por un lado, y la de los/as usuarios/as por el otro (Ayres, 2002).

El presente artículo analiza las relaciones de control y confianza entre las médicas residentes y las enfermeras que se desempeñan en la terapia neonatal de un hospital del sur del conurbano bonaerense; enfocándonos en la supervisión que realizan las médicas residentes hacia el personal de enfermería. La terapia neonatológica se presenta como un sector de trabajo complejo y relevante para abordar las relaciones de supervisión y confianza entre ambos grupos ocupacionales. Dicha complejidad está dada, entre otras cuestiones, por la necesidad de realizar intervenciones urgentes, la responsabilidad de controlar el estado de salud de los recién nacidos, la asistencia a partos que no pueden preverse con anticipación (Justich, 2012). A este contexto de incertidumbre, se la suma el ritmo rápido de trabajo que repercute en la toma de decisiones y en la elaboración de reglas y acuerdos; el desarrollo de estas características intersubjetivas posee un alto componente afectivo y psíquico. Esta carga de trabajo recae especialmente sobre los/as residentes de neonatología, y sobre los/as enfermeros/as.

Los/as residentes y enfermeros/as se encuentran estrechamente ligados por la interdependencia implicada en sus tareas; ya que ambos grupos, con sus funciones respectivas, hacen un seguimiento diario y cercano de la evolución de los bebés internados. De este modo, las relaciones intersubjetivas entre ellos impactan en el cotidiano de la producción del cuidado. Un estudio precedente ha encontrado una relación de tensión entre ambos grupos profesionales, en donde de manera diaria el saber experimentado de la enfermería suele colisionar con el saber formalmente reconocido de los/as médicos/as residentes, lo que genera conflictos de poder (Amable, Alberti y Cassani Laham, 2018).

### **Abordaje metodológico**

El diseño metodológico se orientó a un estudio de caso con finalidad descriptiva explicativa, con un abordaje de tipo cualitativo. El trabajo de campo se realizó entre julio y agosto del 2021. La población de estudio son las médicas residentes (que realizan una jornada diaria de 8 horas a

17 horas) y las enfermeras del turno mañana (6 horas a 12 horas) y tarde (12 horas a 18 horas) que desempeñan sus tareas en el área de terapia del servicio de neonatología de un hospital público del sur del conurbano bonaerense. La decisión de seleccionar estos dos turnos de enfermería, se debe a que son los que más tiempo comparten su jornada laboral con las médicas residentes. Respondieron a las entrevistas la totalidad de las médicas residentes que se encontraban haciendo su rotación en la terapia neonatal, siete (7) médicas residentes. Respecto del personal de enfermería, de acuerdo con lo informado por su coordinadora, se encontraban trabajando 6 enfermeras en el turno mañana y 6 en el turno tarde. Debido a la predisposición a responder la entrevista, se pudieron entrevistar a 4 de cada turno, es decir, 8 enfermeras en total.

Se tuvieron en cuenta datos sociodemográficos para categorizar a las entrevistadas, entre ellos se puede mencionar: a) en el caso de las médicas residentes: la edad y el año de residencia (R1, 2, 3, 4 o 5) b) en el caso de las enfermeras: la edad, la antigüedad en la terapia neonatal y en el hospital, y el nivel educativo.

En las siguientes tablas presentamos información sobre la muestra.

TABLA 1. Información sobre la muestra. Cantidad de entrevistadas según edad de enfermeras y médicas residentes

Edad	Enfermería	Residentes
Menor a 30 años	1	2
Entre 30 y 40 años	5	5
Mayor a 40 años	2	
Total	8	

TABLA 2. Información sobre la muestra. Cantidad de entrevistadas según antigüedad en el Hospital Higia Luisa de Gandulfo del personal de enfermería

Antigüedad en el hospital	Cantidad
Menor a 10 años	4
Entre 10 y 20 años	3
Entre 20 y 30 años	1
Total	8

TABLA 3. Información sobre la muestra. Cantidad de entrevistadas según antigüedad en la terapia neonatal del personal de enfermería

Antigüedad en la terapia	Cantidad
Menor a 10 años	3
Entre 10 y 15 años	5
Total	8

TABLA 4. Información sobre la muestra. Cantidad de entrevistadas según nivel educativo del personal de enfermería

Nivel Educativo	Cantidad
Tecnicatura	2
Enfermero Profesional	2
Licenciatura	4
Total	8

TABLA 5. Información sobre la muestra. Cantidad de entrevistadas según año de residencia de las médicas residentes

Año de residencia	Cantidad
R1	1
R2	3
R3	2
R4	1
Total	7

Dado que se trata de una actividad altamente feminizada, en la Argentina, las mujeres constituyen el setenta por ciento del empleo en el sector de la salud (East, Laurence y López Mourelo, 2020), nos referiremos a ambos grupos ocupacionales en femenino y usando nombres de fantasía (las residentes, las enfermeras), sin desconocer que también se encuentran compuestos por varones. Por otro lado, lo haremos también para cuidar la identidad de los pocos trabajadores hombres, ya que si nos referimos a ellos en masculino serían fácilmente inidentificables y perderíamos el anonimato que corresponde legal y éticamente.

Para abordar el problema de investigación, elegimos una metodología cualitativa a través de la realización de entrevistas. La investigación cualitativa “se enfoca a comprender y profundizar los fenómenos, explorándolos desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación con el contexto” (Hernández Sampieri Fernández Collado y Baptista, 2008, p. 364). La técnica escogida, en función de los objetivos planteados, fue la entrevista semiestructurada. Consideramos que es una herramienta metodológica adecuada para rescatar la experiencia cotidiana de los actores a partir de su propio relato (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista, 2008).

### **Supervisión de las médicas residentes a las enfermeras**

El servicio de neonatología se encarga de recepcionar y tratar a los recién nacidos tanto los sanos como aquellos que se encuentren en estado de riesgo. Se encuentra dividido en tres sectores: sala de partos, internación conjunta y terapia neonatal. En el presente artículo, nos enfocaremos en la terapia. En lo que refiere al personal, el servicio de neonatología



cuenta con una jefa de área o servicio, una coordinadora de sala, médicas de planta y médicas internas, un equipo de residentes con su respectiva jefa y su instructora y un equipo de enfermeras con su respectiva coordinadora. Las médicas residentes se encuentran realizando su residencia (de primero a quinto año) y tienen a cargo pacientes específicos, cuya distribución y organización coordinan conjuntamente. Por su parte, la tarea de la enfermería es el cuidado y la asistencia del recién nacido, sea crítico o no. La enfermería tiene que brindar higiene, confort, cuidar el neurodesarrollo, administrar la medicación, anotar todo lo que se hace y estar atenta a las necesidades del bebé y la familia. La coordinadora es quien organiza el trabajo diario del día y divide la cantidad de pacientes entre las enfermeras de cada turno.

Comenzaremos caracterizando la supervisión que realizan las médicas residentes al personal de enfermería. Una de las formas que adquiere este control es a través de revisar lo que las enfermeras escriben en el chasis. El chasis es uno de los principales instrumentos que media el proceso de trabajo entre ambos grupos ocupacionales, ya que es el soporte en donde las enfermeras anotan el registro de los signos vitales, registro que luego tomarán en cuenta las médicas residentes para hacer sus propios cálculos y balances para llevar al pase diario, que es la principal instancia de deliberación y toma de decisiones donde se encuentran presentes las médicas residentes, las médicas internas y la jefatura del servicio. Leer el chasis es parte de la tarea de las residentes, solo que al leerlo no solo cumplen con la tarea prescrita y dan libre desenvolvimiento a la coordinación que supone la ligazón entre los procesos de trabajo; sino que lo leen y al mismo tiempo supervisan:

Los chasis los llenan los enfermeros y en base a eso vamos viendo, si, por ejemplo, hay alguna tensión arterial<sup>2</sup> que no nos gusta o que no nos parece acorde con el paciente, entonces le pedimos si le pueden tomar una o de última la tomamos nosotros, si justo lo tenemos que revisar. (Belén, médica residente)

Sí, igual como te digo, hay de todo, hay enfermeros que trabajan muy bien, otros que les falta un poquito. Entonces los enfermeros que uno sabe que le falta, va uno mejor personalmente y se fija en el monitor, se fija el respirador, se anda fijando en el chasis, si anotaron bien, la TA, la frecuencia cardíaca, los signos vitales. (Patricia, médica residente)

Esta forma de supervisión se encuentra solapada por la manera en que se coordina el trabajo y no implica necesariamente el despliegue de la supervisión directa. Otras formas en que las médicas residentes controlan el trabajo de enfermería, suponen observar lo que hacen o ir a chequear si lo hicieron:

---

<sup>2</sup> De ahora en más TA

No sé, ayer a la noche, estuve de guardia doce horas y seguí hoy, decirle: “este paciente, hay que hacer esto, hay que aspirarlo una vez por turno y después nada más, cuando lo vayas a aspirar, avísame, yo vengo y te ayudo”. Eso es una manera de supervisar porque en realidad estoy “ayudando”, pero estoy viendo qué hace, que se haga bien (Belén, médica residente).

La supervisión del proceso de trabajo que las médicas residentes realizan sobre la tarea de las enfermeras encuentra en la autonomía responsable que subjetiva la práctica de dichas residentes uno de sus fundamentos.

### **Autonomía responsable: la responsabilidad sobre el paciente asignado**

Podemos vincular el proceso de trabajo de las médicas residentes a lo que Friedman (1977) llamó autonomía responsable, o al control burocrático en términos de Edwards (1983). Sostenemos esto, ya que, como veremos a continuación a través de los extractos de las entrevistas, la formación como especialistas de acuerdo con lo que les inculcan las jefaturas de servicio implica la responsabilidad sobre cada paciente, y a su vez el deber por controlar y seguir de cerca el trabajo que realiza enfermería, así como estar pendientes de la toma de decisiones que realizan las médicas internas. El compromiso de las residentes en formación parecería implicar el control sobre los otros dos colectivos de trabajo que conforman el servicio de neonatología (enfermería y médicas). La residencia pasa entonces a cumplir los tres requisitos del buen trabajador que menciona Edwards (1990) en relación con el control burocrático: estar orientado a reglas, conocerlas y estar dispuesto a seguirlas; estar pendiente de las tareas y de la correcta marcha del trabajo más allá del seguimiento de las reglas, asumiendo la responsabilidad por el proceso de trabajo y por último, tener un compromiso activo, lealtad, entusiasmo, autodirección y autocontrol (Köhler y Artiles, 2006).

Ahora bien, las médicas residentes nunca toman decisiones solas, y la responsabilidad de lo que le sucede al paciente, si bien es conjunta, es fundamentalmente de quienes toman la decisión sobre su tratamiento, es decir, la jefatura de servicio y las médicas internas. Pese a que las médicas residentes se encuentran continuamente supervisadas, sienten gran responsabilidad respecto de los pacientes que tienen a cargo. En sus propias palabras:

Ahora que nosotros tenemos designados pacientes yo lo siento como de forma individual que, si ese paciente es mío y me olvidé de modificar tal dosis de medicamento, o tener que suspenderle los líquidos y no lo hice o no lo modifiqué, me olvidé, es una responsabilidad mía (Patricia, médica residente)

Es que ha pasado, porque a veces con tantas cosas que uno tiene en la cabeza y algo se le puede escapar y al otro día te dan un llamado de atención, cuando uno no lo ha hecho. Entonces ahí lo dicen: “Vos eres la responsable de tu paciente” (Patricia, médica residente).



Ambos fragmentos corresponden al relato de dos residentes de los primeros años, que tienen a cargo el seguimiento del tratamiento de pacientes. No solo dan cuenta de la sensación subjetiva de ser responsable del paciente, sino que marcan cómo las jefaturas del servicio ponen de manifiesto que, si se olvidan de algo en relación con el tratamiento del paciente, es su responsabilidad, señalándoles el error. Como sostienen Dursi y Millenaar (2017), el verticalismo como rasgo distintivo, junto con el fantasma del castigo y la sensación de tener que estar disponible para las tareas solicitadas, son rasgos del sistema de residencias que forman parte de la cultura institucional hospitalaria y son inescindibles de la organización del trabajo en los equipos de salud.

En lo que atañe al vínculo entre médicas residentes y enfermeras, la responsabilidad sobre el paciente asignado predispone a las primeras a realizar un control permanente sobre las tareas que realiza el personal de enfermería. Tal como señalan algunas entrevistadas:

Es nuestro trabajo también como residentes chequearlo, porque si algo de esas cosas de enfermería están mal, no van a ir al enfermero, van a venir a nosotros que somos los que tendríamos que haber chequeado. Es una de las pautas de trabajo nuestras (Violeta, médica residente).

Y después, como sabemos muchas veces con qué enfermería contamos, no sé, por ejemplo, Dani te dice: “Y ya sabés cómo es tal... Andá y echale una miradita” (Violeta, médica residente)

La residencia es una formación, y como tal son las médicas internas y las jefaturas de servicio las que se encargan de inculcar en las médicas residentes no solo el aspecto técnico del proceso de trabajo, sino también su aspecto social, cargado de valoraciones, normas, ideas dominantes y creencias. Según enfatiza De la Garza (2011), el control inserto en las relaciones sociales de producción implica intercambios simbólicos y de poder. Esta forma en la que se instituye como debe ser la producción del cuidado en el servicio de neonatología, pone de manifiesto que las médicas residentes tienen la responsabilidad de chequear el trabajo que realiza enfermería, porque es parte de su labor y de sus pautas de trabajo. Esta responsabilidad está ligada a una sanción, ya que, cuando esa pauta de trabajo no es cumplida, las médicas residentes son regañadas. Al mismo tiempo, la condición de que las médicas residentes sean responsables de controlar el trabajo de enfermería está dada por la legitimidad que la organización hospitalaria les otorga a las médicas internas y jefaturas de servicio, atribuyéndoles poder de sanción o recompensa (Crozier y Friedberg, 1990). Veamos el siguiente fragmento:

Capaz que tenés alguno que otro, pero muy puntual, que te discute el criterio y te dice: “A mí no me parece que hagan tal cosa”. Y bueno, no importa si le parece o no le parece, porque la decisión siempre es nuestra, porque la responsabilidad

también, y si a un paciente le pasa algo, o fallece, no van a venir a increpar al enfermero. Van a venir a decir: “fue culpa del médico” (Violeta, médica residente)

En este relato es posible ver de manera clara la responsabilidad que cae sobre las médicas residentes de lo que realiza o no realiza enfermería. Esto constituye el puntapié para que estas supervisen las tareas de las enfermeras.

### **Distinciones que operan en la supervisión**

Las dos distinciones principales que operan en la supervisión, ya que las médicas residentes no controlan por igual a cualquier trabajadora de enfermería, es entre las experimentadas y no experimentadas, y entre aquellas que muestran interés por el paciente y aquellas que no. Veamos los relatos de las entrevistadas:

Pero no voy a supervisar, por ejemplo, a los enfermeros que son más experimentados porque ellos tienen mucha más experiencia que yo y que los internos, incluso, son realmente experimentados los que ya saben, entonces a esos no los vas a supervisar (Belén, médica residente)

Pero uno escucha: “fulanito de tal, hay que tener cuidado”, por lo general hay un turno donde las enfermeras son nuevas, y no tienen manejo del paciente que está en terapia, pacientes de alta complejidad, entonces con ellas hay que estar ahí, dando vueltas (Patricia, médica residente)

En esta distinción, lo que se pone en juego es la formación y experiencia de enfermería como parte de su autonomía ocupacional. La mayoría de las enfermeras sostiene que la formación para trabajar en el servicio de neonatología te lo da la experiencia que se adquiere a lo largo de los años. La formación universitaria o la tecnicatura, tal como relatan, las forman para trabajar con pacientes adultos, dando cuenta de una vacancia en las currículas de materias que ejerciten para trabajar con neonatos.

La teoría es fundamental para ciertas cosas que, bueno, te indican parámetros, pero también la observación porque a veces los aparatos fallan y tu visión, que lo tenés ahí, estás viendo otra cosa, entonces, bueno... (Lucía, enfermera)

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

A través de los relatos es posible observar cómo la formación del personal de enfermería se encuentra íntimamente ligada a la habilidad manual y a la observación. El trabajo de

enfermería supone pasar una gran parte de la jornada laboral al lado de los neonatos, trabajando de manera continua sobre el paciente en comparación a las médicas residentes, que lo revisan y observan solo una vez por día; es por ello que las enfermeras desarrollan con mayor profundidad la habilidad manual y observacional. Dichas habilidades, adquiridas a través de la experiencia, son las que conforman la *expertise* de las enfermeras y las diferencian de las habilidades o conocimientos que tiene la medicina.

De esta manera, la experiencia adquirida es central para la realización de sus tareas diarias. Veamos el relato de algunas entrevistadas:

Todo te lo da la experiencia, cuando tenés al paciente ahí, aparte cada paciente es diferente, vos podés tener mucha experiencia, pero tenés que ver en cada uno. La medicina es así porque el libro te dice una cosa y después al paciente vos le diste tal antibiótico y reacciona cada paciente diferente al tratamiento, a todo (Sol, enfermera)

Mirá, yo entré acá sin saber nada de 'neo', aprendí a los ponchazos. (...). La experiencia te da un conocimiento extra que no lo tenés en los libros (Sol, enfermera)

Es dable aclarar que la “experiencia” emerge, en primer lugar, a través de lo empírico como una palabra “nativa” del campo, permitiendo por un lado a las médicas residentes distinguir a aquellas enfermeras con mayores conocimientos y habilidades prácticas debido a la mayor antigüedad en el servicio de aquellas que recién empiezan y por el otro a las enfermeras dar cuenta de que su formación para trabajar con neonatos es un conocimiento que se adquiere a través de la práctica laboral. Para pasar en una segunda instancia a adquirir un estatus conceptual, a través del aporte que realizan Puiggrós y Gómez Sollano (2009). Dichos autores indagan en aquellos saberes que son generados por los sujetos en el marco de la misma práctica laboral, denominándolos como saberes socialmente productivos. La experiencia puede ser considerada como una vivencia que los individuos pasan y se ven transformados en su identidad y en la cual existe una posibilidad de generar algo distinto. La experiencia de las enfermeras es un aspecto central y ocupa un lugar importante en las relaciones intersubjetivas entre las enfermeras y las médicas residentes. Además, la experiencia hace que las enfermeras sean más independientes para tomar decisiones sobre su trabajo. Así lo expresa una de las entrevistadas:

Hay veces que tomamos decisiones, pero por viejas, por experiencia y porque sabemos que lo que hacemos está bien (Sol, enfermera)

O como lo manifiesta otra enfermera del mismo turno, al consultarle si su formación la ayuda en la realización de sus tareas diarias:

Porque primero tu cabeza se abre más, tenés más capacidad de observación del campo y el conocimiento te hace menos temeroso, vos vas y actuás directamente porque tenés fundamentos, porque conocés (Lucía, enfermera)

Esta experiencia es reconocida y legitimada por las médicas residentes, y establece un clivaje en la capacidad de las médicas residentes de supervisar su tarea, ya que las enfermeras detentan un recurso que las médicas residentes no poseen: la experiencia. Por ende, deja a la médica residente por fuera, porque no es posible controlar un conocimiento que ellas mismas no disponen.

A su vez, la experiencia, sobre todo ligada al uso de la inteligencia práctica, pone sobre la mesa otra cuestión: que el trabajo del cuidado, realizado en base a pequeños gestos y percepciones que no son inmediatamente visibles, no se puede medir ni calcular (Wlosko y Ros, 2015). Seguramente sea más fácil para las médicas residentes controlar si la enfermera realizó o no la extracción para el análisis de sangre, pero cuando la tarea de la enfermera se liga a la valoración clínica del paciente, resulta difícil meterse en el ojo de la enfermera para ver el mundo del paciente como lo ve ella. En este caso, no hay supervisión posible y de lo que se trata es de la construcción de una confianza. Y esto exige un renunciamiento, en donde las trabajadoras deben renunciar al placer obtenido por su propia inteligencia en pos de una obra en común (Dejours, 1998). Es interesante destacar que este cambio se logra cuándo las médicas residentes confían en la percepción de enfermería, examinaremos este tema en el apartado siguiente.

Sin embargo, la experiencia no lo es todo, ya que junto con la misma para las médicas residentes es necesario que las enfermeras se responsabilicen y comprometan con su tarea. Una enfermera puede tener experiencia, pero si no se preocupa por el paciente, para las residentes será necesario supervisar su trabajo. Veamos el relato de las entrevistadas:

Sí, las últimas dos mañanas casi me muero. O sea, es: “¿no te importa?”. Habían tocado el respirador y nunca lo había descendido, o sea: “¿no te importa?”, es un paciente, dale, es una bebé (Pilar, médica residente)

Vos sabés que, por ejemplo, Graciela no hace una mierda, entonces si no estás preguntándole si le tomó la TA al paciente, capaz pasan seis horas y la TA nunca se la hizo (Denise, médica residente)

En estos relatos se pone de manifiesto la importancia de que el personal de enfermería se involucre activamente en el tratamiento del paciente y le interese. Es sobre estas trabajadoras que pueden mostrar cierto desinterés sobre las cuales las médicas residentes afirman tener que controlar lo que realizan porque saben que no les importa.

Para la psicodinámica del trabajo, la movilización de la subjetividad de los/as trabajadores/as para sobreponerse a la organización prescripta del trabajo, es lo más natural y

espontáneo, esta corriente sostiene que la pereza o el vagabundeo con la que determinadas perspectivas caracterizan a los/as trabajadores/as es más bien el resultado de los efectos nocivos del intento de aplicar la utopía taylorista en los/as trabajadores/as y en las relaciones sociales en el trabajo (Dejours, 1998). Desde temprano, la enfermería como profesión, estuvo ligada a una concepción que la hizo aprender a aplicar las instrucciones del médico con exactitud (Martin, 2015). Esta concepción todavía tiñe las relaciones intersubjetivas en la producción del cuidado. Bajo esta visión, las contribuciones que las mismas enfermeras realizan para que el trabajo funcione son escasamente valoradas y reconocidas.

La movilización subjetiva por más espontánea que sea es sumamente frágil y supone un equilibrio entre contribución y retribución (Dessors y Guhio-Bailly, 1998). Esta retribución que se espera, es esencialmente simbólica y se denomina reconocimiento. El reconocimiento pasa por la construcción rigurosa de juicios respecto al trabajo realizado. La psicodinámica del trabajo distingue dos tipos: el juicio de utilidad, que emana específicamente de los mandos superiores, y refiere a la utilidad económica, social o técnica de la contribución del/a trabajador/a a la organización del trabajo; y por otro lado el juicio de belleza proferido sobre todo por los pares, los/as colegas, es el más célebre y apreciado porque implica que reconocido por sus pares el/la trabajador/a accede a la pertenencia (Dejours, 2015; Dessors y Guhio-Bailly, 1998). Si bien los juicios realizados son sobre el trabajo, sobre el hacer y no sobre la persona, el reconocimiento realizado puede inscribirse como ganancia en el registro de la identidad. Es la conquista de la identidad a través de la dinámica intersubjetiva del reconocimiento la que permite la realización de sí mismo, y la transformación del sufrimiento, que es consustancial al trabajo, en placer (Dessors y Guhio-Bailly, 1998).

Pasaremos ahora a las percepciones de las enfermeras entrevistadas sobre el reconocimiento de su labor. En primer lugar, perciben falta de reconocimiento en torno a su formación:

Y, vos hacés un curso, pero el curso siempre... excepto que vayas a hacer un curso presencial, está la residencia en "neo" que la puede hacer un enfermero con un médico, que la podés hacer en el Hospital Garrahan, hacés una residencia y estás a la par del médico porque aprendés lo mismo. Pero lo que pasa es que a un enfermero no se le va a pagar lo que le pagan al médico, entonces no tiene mucho sentido. Si vos lo hacés por tu conocimiento, porque a vos te hace bien, está bueno, porque vos querés saber; pero después no te lo valoran, entonces a veces esas cosas te bajan un poco (Sofía, enfermera)

El enfermero es el que limpia el culo y nada más, no saben todo el conocimiento que tiene que tener un enfermero para estar trabajando. No saben que un paciente sale adelante porque está un enfermero adelante (Sofía, enfermera)

Las enfermeras reconocen su contribución al cuidado del paciente, sin embargo, afirman también que esta contribución no es reconocida ni por el hospital ni por el servicio de neonatología. Esto se evidencia en que la realización de cursos o la formación de grado que puedan tener no repercuten en mejores salarios, condiciones de empleo o algún tipo de crecimiento dentro del servicio. Tal como lo expresan las enfermeras para el servicio y para el hospital es lo mismo si estás formada, o si no lo estás:

Sí, ella obviamente, como cualquier jefa, quiere un equipo de profesionales capacitados. Pero no es un requisito para estar acá, no es una obligación, por eso te digo que no se exige (Marisa, enfermera)

Por el contrario, las entrevistadas sostienen que el reconocimiento todavía lo tienen los médicos:

Enfermería está muy... Imaginate, un paciente que se va de alta muy rara vez le dice gracias a la enfermera. "Gracias, doctor", dicen siempre. Pero no es acá, es en todos lados, todas las instituciones tienen eso, el reconocimiento lo tiene el médico (Sofía, enfermera)

Siento mucha decepción porque todavía es el modelo del médico manda y el médico sabe y enfermería hace muchísimo laburo, estamos todo el tiempo al lado del paciente, pero a veces esas cosas no se ven (Soledad, enfermera)

Como sostiene Sainsaulieu (1985) el reconocimiento en el trabajo es una experiencia relacional que es desigual y cambiante en función de las relaciones de poder entre los distintos grupos de actores (Beliera, 2018). La falta de reconocimiento experimentada por las enfermeras lo que genera es una falta de sentido del trabajo. Una enfermera lo pone en evidencia al hablar de sus compañeras de turno:

Acá no te incentivan en nada, al contrario, yo calculo que mis compañeras son así también porque no hay incentivo de nada [...] No hay incentivo, no se sienten valorizadas... ni ahí. Entonces uno como que se desgasta y viene, hace el laburo y se va (Azucena, enfermera)

A través de las entrevistas es posible dar cuenta cómo la percepción de la falta de reconocimiento por parte de la organización hospitalaria y del servicio, se traduce en un desinterés y en una falta de voluntad para cooperar. Y como menciona la enfermera entrevistada, genera en algunas compañeras un desgaste que produce el ir al trabajo para cumplir con lo mínimo indispensable e irse; repercutiendo en las relaciones intersubjetivas entre las médicas residentes y el personal de enfermería, en relación al control sobre el proceso de trabajo. El desinterés en este sentido debe ser entendido como una consecuencia más



que como causa primera. Sin embargo, en la práctica, se observa que la falta de involucramiento en el personal de enfermería, a su vez, sugiere a las médicas residentes una necesidad no solo de realizar una supervisión directa, sino también de asumir la responsabilidad de los actos que no realiza enfermería.

Como contrapunto, es interesante advertir que el personal de enfermería no se siente supervisado por las médicas residentes:

No, no pasa. Ellos van a estar más preocupados porque los supervisen los médicos que nosotros a ellos (Verónica, enfermera)

No porque al residente le falta mucho. Está en formación entonces suele buscarte porque vos hacés bien esto (Sofía, enfermera)

No, los residentes no. Se fijan todos los chasis y si ven algo raro te preguntan, pero no es que están supervisando todo el tiempo (Marisa, enfermera)

Como puede observarse en el primer extracto, el personal de enfermería es consciente de que las médicas residentes se encuentran supervisadas por sus superiores, sumado al hecho de considerar que se encuentran aprendiendo y en formación, y que más que supervisarlas les consultan. La percepción de enfermería parece alejada del hecho de sentirse observadas y controladas.

Es interesante remarcar que los vínculos entre el personal de enfermería y las médicas residentes no pueden entenderse como tablas rasas de sujetos que llegan sin valores, creencias, desgastes, rencores y tensiones previas. Por un lado, la subjetivación de las médicas residentes está fuertemente marcada por la residencia como una instancia de formación y por la relación de poder con las jefaturas de servicio y médicas internas. El objetivo de formarse como profesionales y adquirir conocimientos ocupa un lugar central en la práctica laboral de las médicas residentes, razón por la cual encuentran en las médicas internas y las jefaturas de servicio el locutor principal que legitima sus conocimientos. Por otro lado, en el caso de enfermería, la desidia con la que son tratadas por la organización hospitalaria y el servicio de neonatología, permite comprender la resistencia a las tareas que le son indicadas por las médicas residentes, frente a la cual estas últimas responden con mayor supervisión.

A partir de lo dicho anteriormente, es posible ver cómo en el servicio de neonatología el control se encuentra inserto en las relaciones existentes en el lugar de trabajo, a través de la diferenciación que opera en los grupos ocupacionales. Esta segmentación divide, por un lado, a las médicas residentes que se encuentran constantemente evaluadas y supervisadas por parte de sus jefaturas, incentivadas en su proceso de formación; y por el otro al personal de enfermería, cuyas contribuciones a la producción del cuidado carecen de reconocimiento, y a las cuales no se les brinda posibilidades de seguir capacitándose, ni reciben ningún tipo de incentivo. Esta estratificación pone a las médicas residentes como responsables de la supervisión del personal de enfermería.

## **La importancia de la confianza en la producción del cuidado, yendo más allá de la coordinación**

Las relaciones de confianza entre los diferentes equipos y trabajadores/as son importantes para la producción del cuidado, y es condición necesaria para que los/as trabajadores/as se atrevan a mostrar a los demás la forma en la que trabajan. Dejours (1998) sostiene que la confianza no tiene que ver con el orden de lo psico-afectivo, sino con la deóntica, con la construcción de acuerdos, normas y reglas para llevar a cabo el trabajo. Comprender cómo se construye y de qué depende esa confianza, permite dilucidar en qué consisten y cómo se estabilizan las reglas de trabajo. La construcción de la confianza exige la existencia de espacios de deliberación. Es en estos espacios donde cada trabajador/a del equipo da testimonio ante los/as demás de la forma en la que trabaja, la manera en la que hace trampa. Esto supone relaciones de confianza y de lealtad, referidas a la aceptación de este espacio y la demostración de la trampa. En estos espacios también se vuelve necesaria la equidad entre la palabra y la escucha, esta escucha implica la capacidad de abrirse y tomar el riesgo de entender al/a otro/a.

Estos espacios son prácticamente inexistentes entre el personal de enfermería y las médicas residentes. Razón por la cual lo que suele primar es la desconfianza hacia el trabajo que realizan las enfermeras. En este apartado pondremos de manifiesto que la falta de comunicación, debate y consensos, trae aparejado una falta de confianza que enlaza los vínculos intersubjetivos entre ambos grupos ocupacionales. Esa falta de confianza genera en ambos colectivos de trabajo la necesidad de una supervisión mediante el control directo sobre la tarea. Resulta interesante que en el relato de las médicas residentes las razones que esbozaron para supervisar las tareas se mostraron idénticas a las razones por las cuales desconfiar; es decir, si no confían, supervisan, y si supervisan es porque no confían. Es por esto que las distinciones que operan en la confianza, son las mismas que operan en la supervisión: la experiencia y el interés. Veamos algunos ejemplos<sup>3</sup>:

Las dos cosas. Tenemos un par de enfermeros que son muy buenos, muy experimentados, trabajan en lugares muy buenos (...) con un muy buen nivel y la voluntad a veces es cero y eso influye muchísimo (Belén, médica residente)  
Y hay algunos que no son tan buenos, que no tienen tanta formación y tienen mucha voluntad y aunque no saben del todo, pero vos les podés explicar y van a tratar de hacerlo y eso es muy valorable. Y hay algunos obviamente que tienen voluntad y experiencia, que son los menos, pero esa es la combinación perfecta (Belén, médica residente)

---

<sup>3</sup> Es dable aclarar que la confianza como categoría analítica es parte del guión de entrevistas. Si bien la pregunta pesquisaba sobre la confianza hacia el otro grupo ocupacional, se hizo especial énfasis en comprender qué significado le daban a dicha palabra las entrevistadas.

En estos relatos es posible advertir que la experiencia y el interés no operan solamente por separado, sino que se entrecruzan y, de acuerdo al relato de la última entrevistada, la voluntad estaría por encima de la experiencia. Es necesario recalcar esto ya que, como sostienen las médicas residentes, la experiencia por sí sola no ayudaría a la producción del cuidado. Es fundamental tener ganas y voluntad de movilizar esa experiencia en pos de un trabajo conjunto para la atención del paciente. Cuando la experiencia es movilizada y entra en juego a través de la dimensión colectiva del proceso de trabajo las médicas residentes y el personal de enfermería pueden trabajar en forma conjunta, generando una cooperación donde solo había coordinación. Esto sucede especialmente frente a la confianza que tienen las médicas residentes en la percepción y valoración que realizan las enfermeras. Tal como lo dice una entrevistada: confío en la percepción. Esta confianza en la percepción es relatada por las médicas residentes de la siguiente manera:

Y siempre cuando Enfermería te dice algo: “fijáte este que está respirando...”, hay que confiar porque son los que están más todo el tiempo con ellos. Si te lo dicen, a veces es porque ellos se dan cuenta de cosas que capaz nosotros no (Lucrecia, médica residente)

En lo práctico no, no confío en su función, pero sí confío en su percepción. La visión de ellos, al ver el paciente constantemente, todo el tiempo y ver que desmejora en unos ojos que están viéndolo, sí, les tengo confianza (Denise, Médica residente)

Es interesante ver que esta confianza se liga sobre todo a la palabra de la enfermera. Aunque no se presente como un espacio de deliberación formal, el intercambio o diálogo en donde la médica escucha lo que la enfermera tiene para decir respecto de cómo ve al paciente construye una confianza. Al mismo tiempo, las enfermeras perciben y respaldan esta confianza que les dan las médicas residentes:

En el grupo de trabajo se conoce cada quien, o sea, los médicos saben a quién preguntarle algo. “¿A vos qué te parece, cómo lo viste hoy al paciente?” [...] En las que dicen: “bueno, sí, lo veo así”, porque lo notó o porque ven que por ahí se preocupa un poco más por el paciente y no es que le da lo mismo si lo hace o no lo hace al tratamiento (Soledad, enfermera)

Sí, ellos [las médicas residentes] se refieren mucho a mí. Porque saben que yo voy y hago. Ellos saben quién trabaja y quién no (Azucena, enfermera)

Aquellas enfermeras que movilizan su subjetividad, su formación y compromiso en pos de un trabajo conjunto con las médicas residentes, encuentran del otro lado una confianza en su palabra que refuerza los vínculos en común. Para la psicodinámica del trabajo la función del colectivo en tanto generador de reconocimiento, confianza y lealtad es un

móvil necesario para que el trabajo salga. De esta manera la construcción de esta confianza además de abonar los campos de los saberes específicos de cada profesión, amplía la dimensión cuidadora. Y permite a las médicas residentes delegar actividades y prescindir de la supervisión:

Yo le digo, no sé: “Cami, ¿me podés sacar este catéter por favor?”, listo, va y lo hace, yo sé que ella saber manipular un catéter, no hace falta que le explique nada y no hace falta que la supervise porque ella ya está, confío que es una enfermera de muchos años que sabe (Belén, médica residente)

Hay dos turnos donde sabemos que podemos pedir una vía difícil, una percutánea, una vía central... bueno (...) pero sabemos que hay gente que está más ducha a la hora de poner ciertas cosas y lo hacemos (Belén, médica residente)

Estos fragmentos insisten en que, para que esta confianza se efectivice, no basta sólo con que la médica residente perciba que la enfermera tiene experiencia, sino también que esta última quiera movilizarla, y esta movilización sólo es posible a través del intercambio dialógico. Dicho de otra manera, la médica residente sabe que a la enfermera le interesa movilizar su subjetividad y poner su voluntad si hay un encuentro entre ambas mediado por la palabra, en donde se puede construir un espacio de deliberación informal, que construya esa confianza sobre el modo de hacer y genere una nueva regla o acuerdo. Las enfermeras también son conscientes de que la médica residente puede delegar en quién confía:

Sí, por lo general ellos son bastante abiertos y están aprendiendo, son muy abiertos a aprender y es más, nos preguntan a nosotros, porque confían en nosotros (Sol, enfermera)

El entubar no, no va a hacer eso, ahora, la enfermera que ya está con antigüedad sí lo hace y directamente ya le avisa, eso se transforma ya en una confianza laboral (Marisa, enfermera)

La percepción recíproca, y en espejo entre ambos grupos ocupacionales, no hace más que reflejar la certeza de que la confianza no es unidireccional, sino que justamente se inserta en la dimensión relacional del proceso productor de cuidados y es indispensable para una producción del cuidado que vaya más allá de la mera coordinación.

### **Reflexiones finales**

A través de los resultados expuestos, es importante señalar que la elaboración de reglas y acuerdos tiene que pasar por el reconocimiento del aporte que cada trabajador/a desde su saber realiza a la producción del cuidado. Cuando las médicas residentes confían en la percepción de enfermería, y reconocen el aporte distintivo que las mismas realizan a través de

la habilidad manual y la observación, es posible una producción del cuidado que escape de la mera coordinación y se construya, a través de espacios de diálogo y escucha, un cuidado cimentado en la cooperación. Es en este sentido que sostenemos que el reconocimiento hacia la labor de enfermería es una condición necesaria para que las mismas quieran movilizarse subjetivamente en pos de la producción del cuidado, desplegando su formación y experiencia.

Por el contrario, los vínculos de desconfianza, y la supervisión a través del control directo lo que generan es una desacreditación de las competencias, una desvalorización de los espacios de discusión y la pérdida de la posibilidad de construcción de una obra colectiva. Esto sucede cuando las residentes acuden a las médicas internas para que Enfermería realice la tarea a la cual se resiste, cuando se piensa la tarea de las enfermeras como el cumplimiento a rajatabla de lo prescripto.

Reducir el trabajo de enfermería al cumplimiento de una prescripción, va de la mano de la creciente hipervalorización de técnicas de objetivación y de uniformización que se puede ver en el sector salud, en donde hay una exigua o nula relación intersubjetiva (Campos, 2006). Se vuelve necesario pensar la gestión en salud desde otro punto de vista, comprendiendo la importancia de que las organizaciones alineen los objetivos institucionales con los intereses, deseos, voluntades y motivaciones de los sujetos que allí trabajan. Creemos en principio que se trata de reconstruir una dimensión colectiva del proceso de trabajo. Es por ello que los espacios informales de deliberación entre médicas y enfermeras tienen que ser contemplados desde la gestión en salud como parte indispensable de la producción del cuidado. Y a su vez, es necesario desarrollar investigaciones que sitúen la dimensión relacional/intersubjetiva del proceso de producción del cuidado en el centro del análisis. Creemos que es una dimensión central del proceso de trabajo en salud, que debe ser revisitada por la gestión en salud que históricamente le ha dado la espalda dejándola por fuera de sus intervenciones.

## Referencias bibliográficas

- Amable, Marcelo; Paola Alberti, y Noelia Cassani Laham (2018). El proceso de trabajo relacional en enfermería como determinante intermedio en la calidad de la atención. Un estudio de transferencia en Higa Luisa C. de Gandulfo. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.
- Aspiazu, Eliana. (2017). Las condiciones laborales de las y los enfermeros en Argentina: entre la profesionalización y la precariedad del cuidado en la salud. *Trabajo y sociedad*, (28), 11-35.
- Ayres Carvalho Mesquita, José Ricardo (2002). Conceptos y prácticas en salud pública: algunas reflexiones. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 20(2), 0-18.
- Beliera, Anabel (2018). Ser profesional en el hospital: identificación, estratificación y conflicto sindical. *Revista mexicana de sociología*, 80 (1), 7-33.
- Burawoy, Michael (1989). El consentimiento en la producción. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- Campos, Gastão Wagner de Sousa (2006). Gestión en salud. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Campos, Gastão Wagner de Sousa (2009). Método paideia: análisis y co-gestión de colectivos. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Crozier, Michael, y Erhard Friedberg (1990). El actor y el sistema: las restricciones de la acción colectiva. México: Alianza.
- Dejours, Christophe (2015). El sufrimiento en el trabajo. Buenos Aires: Topía Editorial.
- Dejours, Christophe (1998). De la psicopatología a la psicodinámica del trabajo En D. Desrosiers y M. P Guiho-Bailly (comps.), Organización del trabajo y salud. De la psicopatología a la psicodinámica del trabajo (pp. 23-76). Buenos Aires: Editorial Lumen.
- De la Garza, Enrique (2011). La revitalización del debate del proceso de trabajo. RELET-Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo, 16 (26), 7-35.
- Dursi, Carolina, y Verónica Millenaar (2017). *Motivaciones, expectativas y experiencias en la formación como especialistas de jóvenes médicos: informe de investigación*. La Plata: Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.
- East, Sol; Tim Laurence, y Elva López Mourelo (2020). *COVID-19 y la situación de las trabajadoras de la salud en Argentina*. Buenos Aires: OIT Argentina, ONU Mujeres Argentina.
- Edwards, Richard (1983). *Conflicto y control en el lugar de trabajo. El mercado de trabajo: teorías y aplicaciones*. Madrid: Alianza.
- Edwards, Richard (1990). *El conflicto en el trabajo. Un análisis materialista de las relaciones laborales en la empresa P.K.* Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- Finkel, Lucila (1996). *La organización social del trabajo*. Madrid: Ediciones Pirámida.
- Friedman, Andrew (1977). *Industry and Labour: Class Struggle at Work and Monopoly Capitalism*. Londres: The Macmillan Press.
- Hernández Sampieri, Roberto; Carlos Fernández Collado, y Lucio P. Baptista (2008). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill.
- Justich, Pablo (2012). Falta de neonatólogos: ¿crisis vocacional o políticas erradas? *Archivos argentinos de pediatría*, 110(5), 411-415.



- Köhler, Holm-Detlev, y Martin Artilles (2006). *Manual de la sociología del trabajo y de las relaciones laborales*. Madrid: Delta Publicaciones.
- Malleville, Sofía, y Anabel Beliera (2020). El lugar del reconocimiento en el trabajo de enfermería. Repensando el concepto de precarización laboral. *Estudios del Trabajo*, (59), 49-51.
- Martin, Ana Laura (2015). Mujeres y enfermería: una asociación temprana y estable (1886-1940). En C. Biernat, J. M. Cerdá y K. Ramacciotti (dirs.), *La salud pública y la enfermería en la Argentina* (pp. 257-286). Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.
- Micha, Ariela (2015). Las condiciones de trabajo de la enfermería en Argentina: algunos determinantes político-institucionales. *Estudios del Trabajo*, (49), 61-90.
- Onocko Campos, Rosana (2004). Humano, demasiado humano: un abordaje del mal-estar en la institución hospitalaria. En H. Spinelli (comp.), *Salud Colectiva: Cultura; Instituciones; Subjetividad. Epidemiología, Gestión y Políticas* (pp. 103-120). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Pereyra, Francisca, y Ariela Micha (2016). La configuración de las condiciones laborales de la enfermería en el Área Metropolitana de Buenos Aires: un análisis en el cruce del orden de género y la organización del sistema de salud. *Salud colectiva*, 12, 221-238.
- Puiggrós, Adriana, y Marcela Gómez Sollano (2009). Saberes socialmente productivos. Educación, legado y cambio. En M. Gómez Sollano, *Saberes socialmente productivos y educación. Contribuciones al debate* (pp. 23-37). México: UNAM.
- Ramacciotti, Karina, y Andrea Valobra (2015). Feminización y profesionalización de la enfermería (1940-1955). En: C. Biernat, J. M. Cerdá y K. Ramacciotti (dirs.), *La salud pública y la enfermería en la Argentina* (pp. 287-314). Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.
- Sainsaulieu, Renaud (2019). *L'identité au travail*. París: Presses de Sciences Po.
- Spinelli, Hugo (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud Colectiva*, 6 (3), 275-293.
- Spinelli, Hugo (2017). Gestión: prácticas, mitos e ideologías. *Salud colectiva* 13, 577-597.
- Testa, Mario (2009). *Pensar en Salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial
- Tobar, Federico (2002). *Modelos de gestión en salud*. Buenos Aires: s/d.
- Wlosko, Miriam, y Cecilia Ros (2019). Aportes de la Psicodinámica del Trabajo al análisis de la violencia laboral: análisis del caso de enfermería. En M. Wlosko, C. Ros (comps), *El trabajo: entre el placer y el sufrimiento* (pp. 71-114). Lanús: Ediciones de la UNLa.
- Wlosko, Miriam, y Cecilia Ros (2015). El trabajo del cuidado en el sector salud desde la psicodinámica del trabajo y la perspectiva del *care*: Entrevista a Pascale Molinier. *Salud colectiva* 11 (3), 445-455.