

Neoliberalismo, flexibilización y padecimiento subjetivo: acerca de la articulación salud-trabajo en los trabajadores de enfermería.

Autora: Cecilia Lusnich

Docente e Investigadora, Instituto de Investigaciones Gino Germani y Facultad de Ciencias Sociales,
UBA, Buenos Aires, Argentina.

Correo electrónico ceciliamlusnich@gmail.com

Resumen

En esta ponencia nos proponemos desarrollar una contribución al análisis de los profundos procesos de transformación que en las últimas dos décadas se consolidaron en el ámbito de las prácticas de atención de la salud del sector público, abordando la problemática de los trabajadores enfermeros/as, en lo que respecta a la articulación salud-trabajo en contextos de flexibilización laboral. Nuestra propuesta investigativa articuló el abordaje de los procesos de transformación en la organización del trabajo y sus normas legales por un lado, y la particular forma en que estas lógicas neoliberales se plantearon y se imponen actualmente en el sector de atención de la salud por el otro. Hemos puesto énfasis en las consecuencias que conllevan para los propios trabajadores en términos de naturalización, negación y renegación, salud/enfermedad y padecimiento subjetivo.

Notas introductorias

Si bien consideramos que las especificidades del trabajo en salud requieren ser tenidas en cuenta y analizadas como tales, el énfasis institucional y sectorial de los enfoques usuales acerca de enfermería ha dejado de lado o negado aquellas dimensiones que permiten dar cuenta de los procesos de trabajo en salud desde las categorías analíticas que se han aplicado al estudio de los procesos de trabajo clásicamente fabriles. El hospital - en y más allá de su dimensión institucional - también puede ser mirado, analizado y comprendido como una “fábrica” o “empresa”. En este sentido, no quedó por fuera de las transformaciones en las relaciones labores, organización del trabajo, flexibilización, polifuncionalidad, etc. que signaron los años 90 y que en la actualidad cristalizan de forma conflictiva, contradictoria, respecto de los modelos productivos y organizacionales preeminentes en períodos previos.¹

Respecto de los trabajadores/as de enfermería, el hecho de ser considerada como una de las áreas más críticas en cuanto a recursos humanos en salud en nuestro país signa el desarrollo histórico de la ocupación (Abramzón, 2005). Sin embargo, ese carácter “crítico” asume en la actualidad nuevos significados que van más allá de lo meramente cuantitativo (escasez de mano de obra, distribución inequitativa de los recursos humanos). La legislación vigente, producto de las reformas introducidas en la década del 90, significa una transformación profunda de esa criticidad, ya que las improntas de la flexibilización extrema impactan de una manera nueva y diferente sobre las condiciones de trabajo, su organización y sus productos o resultados.²

¹ La información de corte cualitativo que presentaremos pertenece a la investigación de tesis de maestría “Procesos de trabajo en los trabajadores de enfermería del sector público. Transformaciones y tensiones en la crisis de las prácticas laborales y regulación en contextos de creciente flexibilización”, desarrollada por la autora durante el período 2009-2011 en cuatro hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires.

² El marco legal que encuadra en la actualidad la habilitación y funcionamiento de las tareas del personal de enfermería en la Ciudad de Buenos Aires incluye una serie de leyes y normas administrativas que siguen la línea de la Ley Nacional N° 24.004 sancionada en el año 1991 y reglamentada en 1993. Se trata de las siguientes leyes, decretos y convenio colectivo de trabajo: Ley N° 153 Ley Básica de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que garantiza a las personas el derecho a la salud integral, Ley N° 298 referente al ejercicio de la Enfermería en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y

Los aportes más significativos en cuanto al impacto de la reformulación de la organización del trabajo sobre la salud y la construcción de subjetividad de los trabajadores de la salud provienen de estudios elaborados bajo la impronta de la medicina social latinoamericana y de la antropología social a comienzos de los años 90, que destacan la especificidad del trabajo de enfermería, el hecho de que la propia producción descansa en la actividad misma del trabajador; su base técnica depende del trabajo vivo, de la fuerza de trabajo (Laurell, 1991; Breilh, 2003, Menéndez, 1998, 2004, 2005).

Estudios recientes realizados en Brasil profundizan en el análisis de los procesos y organización del trabajo en salud a partir de las consecuencias que conlleva la introducción de nuevas tecnologías organizativas. Se focalizan en las implicancias de la “atención gerenciada” como modalidad de corte post-fordista o toyotista y las posibilidades de construcción de alternativas tanto sectoriales como sociales que permitan poner freno o resignificar los imperativos de la producción mercantilizada de servicios de salud. E. Merhy (2006) ha elaborado aportes muy relevantes que, desde la óptica de la salud colectiva y preventiva, se centran en los conceptos de la “micropolítica del trabajo vivo en salud” y las tecnologías no materiales como nodales en los procesos productivos de salud.

Tomando en cuenta estas líneas teóricas, en el curso de nuestra investigación hemos descubierto al interior del proceso de trabajo institucional-hospitalario un proceso de trabajo social, que implica, por lo menos, tres dimensiones a tener en cuenta: el trabajo sujeto - sujeto; las jerarquías y el saber disciplinar. Las prácticas remiten a la unidireccionalidad, la especialización fragmentada, la racionalidad instrumental, las cadenas de des-responsabilización y auto-responsabilización, lógicas que velan, ocultan, el padecimiento subjetivo del trabajador enfermero, negando no solamente su saber sino también las mismas relaciones sociales en el trabajo.

Flexibilización y procesos de trabajo en salud

Los crecientes niveles de especialización en las intervenciones respecto de la salud y la enfermedad se articulan con los procesos de constante incorporación de tecnología tanto en lo material (tecnologías “duras”: aparatos y equipos) como en lo organizativo (tecnologías “blandas”: gestión de los recursos humanos). No existe duda alguna que las innovaciones tecnológicas, en el sentido de la introducción de nuevos y complejos instrumentos de diagnóstico y terapéutica representaron, en el sector salud, cambios contundentes, expresados por ejemplo, en la hiper-especialización. La dinámica de los servicios de atención se afianzó en su funcionamiento articulando un complejo sistema “industrial-comercial” en el cual las tecnologías duras juegan un rol central en la búsqueda de eficiencia, calidad y crecientes márgenes de ganancia.

Este impacto, sin embargo, ha sido, y sigue siendo, muy desigual y heterogéneo y en lo que atañe a enfermería, la lógica del modelo de organización predominante se sustenta en el propio trabajador; la especificidad del trabajo de enfermería se centra en el hecho de que la producción descansa en la actividad misma del trabajador.

En cuanto a la temática de la flexibilidad laboral, ha sido presentada por las corrientes económicas neoliberales ortodoxas, como una solución “automática” al problema del desempleo en particular y a las distorsiones del mercado de trabajo en general. En los debates laborales, la problemática de la flexibilización ha adquirido gran importancia en tanto que, desde el punto de vista

Decreto N° 1060 que la reglamenta, Ley N° 471 de Relaciones Laborales en la Administración Pública de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Decreto N° 1510 que dispone procedimientos en base a la Ley de Procedimientos Administrativos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Decreto N° 41455/2005 que crea la Carrera Profesional, Convenio Colectivo de Trabajo de abril de 2005 celebrado entre la Delegación Gremial de SUTEGBA y el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. En él se explicita la nueva etapa de la Carrera Profesional, sueldo básico, salario de encasillamiento, antigüedad y plus por tareas de conducción. A partir la entrada en vigencia de este convenio, los trabajadores Enfermeros y Auxiliares ingresan a la categoría de “Técnicos” de la nueva Carrera Profesional, en tanto que los Licenciados/as en Enfermería ingresan a la categoría “Profesional”.

organizacional, en el marco de una nueva modalidad de organización flexible (Alaluf 1997, 2005; Castillo 2005; Neffa 1999; Slaughter, 1998), las competencias profesionales constituyen las bases esenciales para el trabajador/a, que debe adaptarse a este proceso de cambio constante.

Inversamente, las denominadas “*teorías del capital humano*” (Neffa, 2003) se basan en el reconocimiento de elementos cualitativos y de la heterogeneidad existente dentro de la fuerza de trabajo, consistente en las capacidades productivas de los individuos o de un grupo que incluye sus aptitudes operatorias y los conocimientos generales o específicos, el saber hacer, la experiencia. El trabajo de enfermería significa la producción de un servicio, cuya realización descansa en la actividad misma del trabajador; su ritmo es ininterrumpido pero se encuentra siempre bajo la amenaza permanente de la alteración, la contingencia, la discontinuidad. Los soportes materiales de la organización del trabajo tienen centralidad en nuestra indagación, en cuanto a los condicionamientos objetivos y subjetivos que determinan para el trabajador. Los modos en que se organizan el tiempo y el espacio en los procesos de trabajo muestran que su modulación y distribución preceden a la posibilidad misma de la actividad laboral y sustentan una determinada disciplina de trabajo, la de las secuencias rutinarias que pautan a la acción.

La ausencia de un espacio específico para el puesto de trabajo debido a la rotación del trabajador pone en evidencia los factores que condicionan la integración en los colectivos de trabajo. Pero sin embargo, la ausencia de especificidad aparece también como rasgo de la organización de la actividad de enfermería ya que en las prácticas cotidianas auxiliares y profesionales desarrollan, alternativamente o paralelamente, tareas y funciones que legalmente competen a una u otra categoría e, incluso, las que corresponden al personal médico.

“Nosotros en este momento estamos haciendo más de lo que tenemos que hacer, porque el trabajo del auxiliar es limitado, abarca la higiene y el confort del paciente, a contabilizar la diuresis, a controlar los débitos de un drenaje, pero en realidad estamos haciendo todo, más de lo que nos permite la ley, el hospital se está manejando...yo le calculo con un cincuenta por ciento de auxiliares...”³

“...en estas épocas estamos haciendo más de lo debido, no podemos decir esto porque no hay un gremio propio, no tenemos un sindicato propio para enfermería, y los que tenemos no toman en cuenta lo que sucede en la realidad...entonces tenés que olvidarte de los límites y de la ley, el auxiliar es únicamente por ley confort e higiene, nada más, el reglamento nos pone un límite, pero que todos ‘olvidan’, los médicos lo olvidan, el hospital lo olvida...somos nosotros los que siempre terminamos cubriendo los servicios totales...”

La división de tareas delimita dos lugares diferenciados: el de la planificación, concentrado en la jefatura (aunque mediado por las/los supervisores, que regularmente recorren el hospital y constituyen el nexo entre la jefatura de enfermería de cada sala o servicio y la Dirección de Enfermería del hospital), y el de la ejecución, concentrado en los demás trabajadores, ya sean auxiliares, profesionales o licenciados en enfermería. Este diseño en la organización del trabajo se corresponde con un esquema de acción básicamente individual respecto de las tareas y de responsabilidad personal respecto de los resultados. El trabajo conjunto, la solidaridad, surgen como posibles en las instancias en que las rutinas se alteran, es decir, frente a los espacios de incertidumbre e indeterminación que ponen en juego la redefinición de las normas y códigos que regulan las relaciones sociales y las prácticas. Es en estos dos puntos de fractura donde se ponen en evidencia, además, la legitimidad de las posiciones de cada

³ Los textos encomillados y en cursiva corresponden a fragmentos de entrevistas realizadas a enfermeras/os de diferentes categorías (auxiliares, profesionales y universitarios) de hospitales seleccionados del sector público de la Ciudad de Buenos Aires.

trabajador y la existencia de redes informales de poder y autoridad que se superponen y se cruzan con las formales u “oficiales”.

Lo formal e informal también queda al descubierto en el doble carácter de las tareas de enfermería: por una parte, su aspecto técnico-instrumental, fuertemente burocratizado, reconocido por la organización del trabajo y, por otra parte, sus funciones de soporte emocional y afectivo del paciente y de sus familiares, que no tiene mayor reconocimiento.

La producción en serie de servicios y cuidados de salud, la programación detallada de métodos, rutinas, ritmos, secuencias de trabajo, deviene en un proceso de estereotipación y vaciamiento del trabajo: anonimato del paciente y anonimato del trabajador, mecanización e impersonalización de las prácticas.

“El hospital es un espacio de trabajo hostil, porque un enfermero que trabaja en una sala y que tiene 30 enfermos y tiene que responder frente a veintipico de médicos que están recorriendo la sala...que está solo y tiene un supervisor que viene a exigir o a decir algo, esta es la hostilidad del trabajo, no el trabajo en sí mismo sino todo lo contrario...conectarse con el enfermo y allí uno toma conciencia de que es importante lo que está haciendo, aunque nadie te ve...”

“...la superpoblación, trabajamos con 42 paciente cuando la OMS recomienda trabajar con 10 pacientes. No se puede trabajar con cada uno, se trabaja con todos Entonces se masifica la práctica, se trabaja lo pautado institucionalmente: comida higiene medicación.”
 “Se diluye la persona y se colabora sosteniendo la cultura institucional.”

El diseño de la organización del trabajo se corresponde con esquemas de ejecución individual respecto de la tarea y de responsabilización - desresponsabilización personal respecto de los resultados. Sin embargo, ese diseño no es homogéneo ni inalterable, sufre fracturas; en los espacios de incertidumbre e indeterminación se pone en juego la redefinición de las normas que reglan las relaciones sociales y las prácticas de los actores. Permiten visibilizar la dimensión “artesanal” o de oficio de enfermería, reflejada en un cierto grado de control y de cierta autonomía que habla de la capacidad del trabajador para “ajustar” sus modos de hacer más allá de los impuestos. Pero también descubre y devela la fragmentación, de la posibilidad de tomar decisiones basadas en el conocimiento y dominio del “oficio”.

Cadenas de negaciones y de silencios

La reorganización del trabajo que supone la lógica neotaylorista (Slaughter, 1998; Merhy, 2006) ha creado condiciones extremadamente dolorosas en relación con los valores del trabajo bien hecho, el sentido de la responsabilidad y la ética profesional. La obligación de hacer mal el trabajo, de tener que darlo por terminado o mentir, es una fuente importantísima y extremadamente frecuente de sufrimiento en el trabajo

Se acentúa la negación (ya presente en los modelos tayloristas y fordistas) de que todo hacer es colectivo y está inmerso en un cúmulo de relaciones complejas, donde el poder y la dominación ocupan un rol no solamente central sino, y fundamentalmente, fundante (Foucault, 1991). Ahora bien, la negación en el hacer del trabajador se aparece como una doble negación: se niega el mismo trabajador dentro de todo el aparato hospitalario y la institución lo niega al dejarlo en soledad. Es a partir de aquí donde se hace posible rastrear las “críticas”, los discursos acerca de lo que deberían ser las prácticas hospitalarias. Trabajar en soledad adquiere una nueva dimensión, en tanto que uno de los *nudos* de la organización de los procesos de trabajo de enfermería, se entrelaza con otro de los elementos que lo caracterizan, los silencios y los silenciamientos; el siguiente diálogo entre dos enfermeras así lo pone de manifiesto:

T 1 “Y si no lo compartís como generalmente sucede, que uno siempre se lo termina comiendo solita, una empieza a creer que lo que en realidad pasa es uno que es individual es individual... cuando creamos otros ámbitos donde la posibilidad ves que es un problema que trasciende a lo individual, tiene que ver con lo institucional, tiene que ver con lo social”

T2 “Como que cada uno genera sus propias barreras de defensas (...) Coincido con lo que decían, es más, me parece a mí... sí bien antes cada servicio dependía de sí mismo, no se desentendía del funcionamiento del hospital, a mí me da esa sensación”

Cotidianamente se está ante un juego de opacidades, donde lo que se dice y se hace pueden convivir a través de una sutura imaginaria, como lo es un discurso tranquilizador y poco cuestionable que resguarda en dos direcciones a la propia identidad: por un lado los principios individuales (incluso los éticos) y por el otro el puesto de trabajo.

Los trabajadores del hospital (re)crean cotidianamente multiplicidad de discursos que les permiten *invertirse*, de modo tal que sea posible sostenerse en medio de las contradicciones que se definen, construyen y “solidifican” en los procesos de trabajo. Estos aspectos atraviesan todo el conjunto de prácticas y relaciones sociales que se dan dentro de la institución creando mecanismos que sostienen la cotidianidad de la vida en el trabajo; permitiendo, a los sujetos trabajadores en tanto actuantes de ese proceso invisibilizar y re-negar la mortificación.

Tanto los sujetos – individuales y colectivos- como las instituciones son parte y se encuentran atravesados por una dinámica que los constituye, simultáneamente, como *ser productores y ser producidos* por el entorno que los rodea. Cuando los sujetos no pueden producir ellos mismos caen en la mera repetición de sus prácticas que, por esta misma lógica, se anquilosan y se fosilizan: “... lo grave puede designar tanto la fijeza de lo instituido, totalmente inmune a cualquier novedad instituyente, que configura una verdadera cultura monolítica o tan sólo una resignada mortificación, opuesta a todo lo que perturbe la paz sepulcral que la silencio” (Ulloa, 1995: 251)

Las críticas y las quejas asumen la forma del reclamo tanto respecto a las malas condiciones de trabajo en el hospital como a los problemas con los superiores o con los propios compañeros en el lugar de trabajo. Todos estos tienen como común denominador el hecho de referirse a crisis coyunturales, por y para un problema puntual por resolver. Son puestas en general sobre los compañeros, los superiores más próximos, etc. o depositados en situaciones que exceden al hospital: las familias, la sociedad, el estado, los gremios, etc.

La mayoría de los trabajadores/as culmina focalizándose en la búsqueda aislada; lo importante termina siendo pasar el día a día, sin cuestionar la forma en que se sostiene el proceso de trabajo. Este es un mecanismo de silenciamiento donde los sujetos se niegan a sí mismos en (relación a) la institución y a los demás trabajadores de la misma. Se presenta, entonces, una situación paradójica, una *encerrona trágica* (Ulloa, 1995), ya que en última instancia, negar se traduce en negar al sujeto que trabaja, tanto en su dimensión individual como en su dimensión colectiva, dejando al trabajador/a enfermero/a en situación de profunda impotencia, que potencia su angustia.

A la anterior se le suma otra paradoja: la denuncia deja a los sujetos en la misma posición que el silencio, ya que una vez internalizada la institución (en tanto que cultura laboral) y sus prácticas cotidianas de trabajo el denunciar se convierte en un paso más en la naturalización de dicha situación. Cuando se realiza una crítica radical los trabajadores dan por sentado, de un modo sumamente pragmático, la realidad en que trabajan. Esto es resultado de todo el proceso de socialización a través del cual los sujetos aprendieron las reglas “del estar adentro” y las internalizaron, llevándolos a un lugar construido por un discurso basado en el “*esto es así... y siempre lo será...*”

“Creo que hay una diferencia entre los ámbitos públicos y el privado, y por ahí las condiciones de trabajo de cada uno también condicionan bastante frente a la postura que se

tenga con respecto a la salud y frente al paciente que se tenga enfrente, porque eso condiciona y atraviesa mucho la postura la ética y la ideología que se tenga. Las condiciones de trabajo también...”

Los discursos críticos suelen “invisibilizar” las lógicas de las relaciones sociales que constituyen al hospital en organización burocrática y a los procesos de trabajo en procesos tayloristas-fordistas. En consecuencia, las críticas re(suenan) aisladamente y resultando funcionales a la institución, refuerzan y sostienen aquellos mecanismos que se busca denunciar (Dejours, 2006, 2013).

En esa operación el discurso crítico se naturaliza instituyéndose. Se instala un “como si” que impide construir alternativas a las lógicas que sostienen el funcionamiento del hospital, del espacio de trabajo, del sindicato. Este complejo proceso se instaura, en los trabajadores de enfermería, a través de dos mecanismos que son complementarios, la queja y la victimización.

Si el sufrimiento no está acompañado por una descompensación psicopatológica (una ruptura del equilibrio psíquico que se manifiesta en la eclosión de una enfermedad mental), es porque el sujeto despliega contra él ciertas defensas que le permiten controlarlo. Se trata de las defensas construidas y sostenidas colectivamente por los trabajadores, las “estrategias colectivas de defensa”, huella específica de las restricciones reales del trabajo (Dejours, 2006). Las estrategias defensivas pueden contribuir a hacer aceptable lo que no debería serlo; juegan un papel paradójico, pero capital, en el orden de los resortes subjetivos de la dominación. Las estrategias defensivas, necesarias para la protección de la salud mental contra los efectos del sufrimiento, pueden funcionar también como una trampa que desensibiliza ante aquello que produce sufrimiento. Y muchas veces permiten que resulte tolerable no sólo el sufrimiento psíquico, sino también el sufrimiento ético, aquel que resulta no de un mal sufrido por el sujeto, sino del que éste causa, al cometer por su trabajo, actos que reprueba moralmente.

De la queja a la victimización

Los mecanismos que se constituyen en la matriz material y simbólica de la queja devienen de aquellos discursos anquilosados y se enquistan en los propios silencios y negaciones. La queja presenta frente a los sujetos sus prácticas de trabajo (en el sentido más clásico del fetiche marxista) como inamovibles e inapelables: los trabajadores se “encuentran impotentes” de la posibilidad de controlar el propio sistema productivo que, en realidad, ellos mismos crean.

Aún aquellos trabajadores más críticos, que llegan a visualizar más profundamente las problemáticas institucionales, se mueven en un marco de “opacidad” entre el conocimiento de los problemas del hospital y el desconocimiento de las lógicas institucionales que las sostienen.

“Tenemos varios horarios, tenemos varios turnos inclusive los franqueros. Los franqueros, no conocemos a todo el personal de la semana, por ejemplo. Yo me inicié siendo franquera, y llevé más de 10 años trabajando y no conozco a mis compañeros, es un grupo muy reducido al que yo tengo manejo, al cual yo puedo decir más o menos, mira qué te parece estamos en esto entonces es como que se me van la cosas de la mano. Es como yo decir buscar alguna cosa más.”

“A nosotros nos pasa esto, estamos temerosos de y ¿qué viene ahora? ¿Adónde vamos a llegar? ¿A qué nos conduce?, ¿Lo lograremos, no lo lograremos? Recién le dije, acá no porque... no porque yo no quisiera, si nunca pasa nada. Y esta lucha cuesta mucho, o sea que hay que tener una fibra de luchador”

La queja, además, hace siempre referencia al contexto macro social, pero no ya de un modo relacional y crítico sino refiriéndose a ese “afuera” como una especie de gran excusa que justifica que el hospital siga funcionando así sencillamente porque “no hay otra cosa”: el Estado no manda

suficiente presupuesto, la sociedad genera nuevos tipos de padecimientos que no se sabe cómo tratar, el trabajo de enfermería no es valorado socialmente, etc.

Como fuimos desarrollando, enfermería se encuentra inmersa en múltiples situaciones paradójales. Si bien los trabajadores/as son conscientes de su situación de vulnerabilidad relativa, muchos han internalizado ese ser la “la columna vertebral del hospital” como mandato, como debe ser. Por lo tanto, aquellos que lo sostienen, lo hacen a costa de una sobreexigencia permanente de trabajo, situaciones de aislamiento y violencia sobre sus personas.

T1 “Todos tenemos una visión particular respecto al hospital ¿no? La columna vertebral no estamos en condiciones de sujetar todo porque es demasiado peso, de pronto es una cultura clínica sin la cabeza, que dirige, y nosotros hacemos lo que esa cabeza piensa y lo que pasa dentro de la institución.”

T2 “El discurso de la columna vertebral es de los médicos, el discurso de “ustedes son la columna vertebral” es de los médicos, porque somos los que estamos sosteniendo, y si vos es como vos decís no hacen nada yo te entiendo lo que vos decís, pero si fortificamos más la columna vertebral esta tiene que cargar más peso.”

El discurso crítico queda aislado, en el sentido de clausurado, a partir del mecanismo que los trabajadores/as denominan “*el rumor de los pasillos*” y se diluye y disuelve ya que parte de una idea voluntarista e individualista de los actores. Es así que no existen los puntos medios: “*se es bueno o se es malo*”. Quienes son portadores de aquel discurso crítico se excluyen de las malas prácticas, pero saben quiénes la realizan; muy probablemente de ese modo evitan pensarse e incluirse en las lógicas del proceso de trabajo.

Desde el ángulo del conflicto, este discurso posee funciones de mantenimiento de la forma de trabajo, su organización y la división social de tareas. Descubrimos, así, complejos dispositivos y mecanismos que “*silencian sin silenciar*”, los cuales y por medio de posicionamiento crítico de la queja, naturalizan el padecimiento. Funcionan como mediaciones, que colocan al individuo en un lugar distinto al de un sujeto silenciado, pero a la vez neutralizan su creatividad y capacidad de acción. La queja actúa como *válvula de seguridad*, libera superficialmente sin permitir que el trabajador/a llegue a verse o vivenciarse como productor de ese síntoma.

Si existe una lógica que “hace” que se trabaje en malas condiciones pero a su vez que se conozca y se sepa que ello es así, podemos hipotetizar que el proceso de trabajo se *apropia* de esos padecimientos produciendo “otra cosa” (Foucault, 1995). La queja contiene, consecuentemente, funciones positivas para la perpetuación de las lógicas intrínsecas al proceso y a la organización del trabajo, permitiendo el mantenimiento de las relaciones laborales en condiciones de violencia, impidiendo la disolución del grupo, y propiciando la fragmentación del colectivo laboral.

La queja no funciona sustituyendo los padecimientos, sino que actúa en dos direcciones al mismo tiempo: coloca a los problemas en un plano consciente pero “corre” a los sujetos de problemas, los desplaza: las dificultades se ven, se mencionan, pero no se las transforma ni se las intenta transformar. Le provee al trabajador de una vía o camino para “eludir”.

En síntesis, la queja visibiliza el padecimiento, a través de las denuncias de las condiciones materiales y no materiales de trabajo. Como paradoja, no permite que el propio trabajador que la denuncia, se perciba como un actor productor de ese mismo padecimiento ni tampoco como sujeto de cambio de tales condiciones. Los actores denuncian su padecimiento sin incluirse dentro de las *cadena causales* que lo producen. Se denuncia cadenas de responsabilidades o de irresponsabilidades descontextualizadas, desarticuladas de las múltiples lógicas de poder presentes en los procesos de trabajo:

“...en realidad cuando uno no ve un plan es muy raro que no haya un antiplan en todo caso... siempre hay un objetivo, cuando vos no das una orientación es una orientación. A

mi modo de ver, lo que estamos viendo es la desaparición del hospital público, ese concepto creo que es el plan. La salud no tiene un plan para el bien común, que se supone que sería el proyecto positivo... y lo que nosotros estamos viendo es la desaparición del hospital público como todos los conocimos y como ha sido un patrimonio de los argentinos por mucho tiempo...”

El discurso naturaliza, ya que permite por medio de la frustración dar la sensación que nada puede cambiar. Los márgenes de acción se achican cuando es imposible pensarse como reproductor de esa misma realidad.

A modo de cierre: el padecimiento subjetivo

Subrayamos el carácter “*constructivo*” del neoliberalismo y no sólo su faz destructiva, en tanto sus tecnologías y técnicas de gobernabilidad tienen como propósito, en consonancia con la racionalidad que lo configura, producir, fabricar, *un nuevo tipo de subjetividad*. El fin último del neoliberalismo es la producción de un sujeto nuevo, un sujeto íntegramente homogeneizado a una lógica empresarial, competitiva, comunicacional, excedida todo el tiempo por su performance. Sin la distancia simbólica que permita la elaboración de su lugar en los dispositivos que amaestran su cuerpo y su subjetividad.

Las condiciones de trabajo de enfermería evidencian un perfil de “uso intensivo” de la mano de obra disponible mientras que el *desgaste*, tanto físico como psíquico, explicita el consumo de la propia salud en el trabajo, la salud como insumo, el cuerpo y la subjetividad como herramientas. Las *cadena de naturalización, de negación y de renegación* actúan como mecanismos defensivos permitiendo la continuidad del trabajo y con el trabajo pero constituyen para el trabajador un “plus” de *padecimiento* que, a su vez “trabaja” y “produce” dentro y para los procesos de trabajo mismos. La “producción depurada” como reinención intensificadora de los postulados del modelo taylorista se sustenta en una serie de elementos claves en la ingeniería social del trabajo, que las reformas recientes han llevado también al ámbito de las instituciones de salud bajo la modalidad de la “*atención gerenciada*”, acentuando, profundizando y recreando las características propias del “*modelo médico hegemónico*”.

Las relaciones y acciones basadas en la lógica instrumental – cosificadora del sujeto y subjetivadora del objeto- se mantienen tanto gracias a los mecanismos de silenciamiento como a aquellos discursos sumamente críticos de la institución hospitalaria. Esa lógica instrumental aparece como núcleo de una cultura laboral donde los trabajadores se enfrentan cotidianamente a situaciones que podemos definir como “violentos”, bajo una compleja trama de procesos de des-apropiación y cadenas de silenciamiento que se construyen en la cotidianeidad del trabajo y la hacen posible. Las consecuencias para el trabajador pueden resultar devastadoras, tanto si se lo mira desde el ángulo individual como del colectivo: reprimir el funcionamiento psíquico, ceder a la falta de pensamiento, pactar con el silencio, están cargados de consecuencias sobre la identidad y la subjetividad; una renegación en un doble sentido, renegación de la realidad del trabajo pero, además, renegación del propio sufrimiento y del de los demás.

Bibliografía

Abramzón, M. (2005) *Argentina: recursos humanos en salud en 2004*, 1º Ed., Representación OPS/OMS Argentina, Buenos Aires.

Alaluf, M. (2005) “Concepciones del trabajo, estrategias de empleo y evolución de la clase obrera”, en García López, J.; Lago Blasco, J.; Pablo Meseguer Gancedo, P. y Riesco Sanz A. (comps.) *Lo que el trabajo esconde. Materiales para un replanteamiento del análisis sobre el trabajo*, Edit. Bifurcaciones, Madrid.

- Alaluf, M. (1997) "Modernización de las empresas y políticas de empleo", en Villanueva E. (coord.) *Empleo y globalización. La nueva cuestión social en la Argentina*, Universidad Nacional de Quilmes, Buenos Aires.
- Castillo, J. J. (2005), *El trabajo recobrado. Una evaluación del trabajo realmente existente en España*, Miño y Dávila, Buenos Aires.
- Breihl, J. (2003) *Epidemiología crítica. Ciencia Emancipadora e Interculturalidad*, Lugar Editorial; Colección Salud Colectiva, Buenos Aires.
- Dejours, C. (2006) *La banalización de la injusticia social*, Topía Editorial, Buenos Aires.
- Dejours, C. (2013) Trabajo vivo. Trabajo y emancipación, Tomo II, Topía, Buenos Aires.
- Foucault, M. (1995) *La verdad y las formas jurídicas*, Gedisa, Barcelona.
- Foucault, M. (1991) *Saber y verdad*, La Piqueta, Madrid.
- Laurell A.C. (1991) "Trabajo y salud: estado del conocimiento", en *Debates en Medicina Social*, Serie Desarrollo de recursos Humanos No. 92., ALAMES, Quito.
- Menéndez, E. (1998) "Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social privado", *Cuadernos médico sociales*, N° 73, CESS, Rosario.
- Menéndez, E. (2004) "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas". En: H. Spinelli (comp.), *Salud Colectiva*, Lugar Editorial, Buenos Aires.
- Menéndez, E. (2005) "El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores", *Salud Colectiva*, Volumen 1- N° 1, Buenos Aires.
- Merhy, E. E. (2006) *Salud: cartografía del trabajo vivo*, Lugar Editorial, Buenos Aires.
- Neffa, J. C. (2003), *El trabajo humano. Contribuciones al estudio de un valor que permanece*, CEIL-PIETTE/CONICET, Lumen Humanitas, Buenos Aires.
- Slaughter, J. (1998) "La producción depurada y los buenos empleos", en *Reestructuración, integración y mercado laboral*, OIT, Chile.
- Ulloa, F. (1995) *Novela clínica psicoanalítica. Historial de una práctica*, Paidós, Buenos Aires.