

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**MAESTRÍA DE PSICOLOGÍA SOCIAL, ORGANIZACIONAL Y
COMUNITARIA**

TESIS TEMA: "Las representaciones sociales de las Enfermeras acerca de sí mismas y su profesionalización a la luz de los habitus en el campo hospitalario"

Tesista: Lic. Silvia Elsa Tarrío.

Director de Tesis: Dr. Roberto Cittadini.



+

N° CLASIFICACION:	ADQUISICION:
++	
	N° INVENTARIO:
	R-483

Quiero agradecer en estas breves líneas, a mi director de tesis,
Dr. Roberto Cittadini por su generosidad intelectual y porque
supo sostenerme en los peores momentos.
A la Lic. Cristina de los Reyes, porque creyó en mí al incorporarme
a su Cátedra permitiéndome de este modo acceder a una beca
sin la cual no hubiera podido cursar esta Maestría.
A la Magister Beatriz Morrone cuyas investigaciones sobre
la temática y su interés por mi trabajo me motivaron para continuar.

INTRODUCCION

1. EL INTERÉS DEL INVESTIGADOR POR LA TEMÁTICA:

Al iniciarme como docente en la Carrera de Enfermería de la Universidad Nacional de Mar Del Plata, me resultó significativo el desinterés y falta de dedicación de sus alumnos.

Esta observación era compartida por la mayoría de los docentes, que, como yo, no podían evitar la comparación con otras poblaciones estudiantiles.

Lentamente, mi preocupación comenzó a constituirse en ocupación y centro de reflexión, llevándome a las primeras búsquedas bibliográficas y lecturas de publicaciones especializadas sobre la enfermería.

De las lecturas iniciales, y sin la pretensión de un análisis exhaustivo de publicaciones, observé que el abordaje de esta temática se daba desde dos perspectivas diferentes: I) Artículos e investigaciones que centraban de modo directo o indirecto en los escollos del proceso de profesionalización de la actividad enfermera, centrande en los factores intrasubjetivos como determinantes de mayor peso explicativo y II) Investigaciones, artículos y reflexiones que centraban en los factores socioeconómicos que participan en la problemática.

La primer línea de abordaje, en general tomaba como población a ser investigada o centro de reflexión, tanto estudiantes como a los profesionales en actividad.

Un ejemplo paradigmático del enfoque intrasubjetivo, es la investigación de Michola de Pérez y col., realizada en la Universidad de Trujillo (1995) sobre una población de estudiantes de enfermería. Los autores concluyen en que: 1) en su mayoría, los estudiantes de enfermería presentan una personalidad melancólica y flemática (descrita desde el inventario de personalidad de Eysenk); 2) Logran un rendimiento académico regular o en menor porcentaje bueno (medición de muy bueno a deficiente); 3) No resulta significativa la correlación: estructura de la personalidad/ rendimiento académico.

Otros artículos o investigaciones desde esta misma óptica, apuntan a describir las limitaciones en los conocimientos y actitudes no deseables tanto en el sector estudiantil como el profesional, proponiendo superarlos a partir de: educación permanente, transformaciones curriculares, constante evaluación y reflexión sobre las currículas de formación y medición de la calidad del trabajo profesional para

otorgarle a la enfermería un nuevo posicionamiento y, aunque no dejan de describir condiciones laborales que no facilitan el ejercicio laboral, ponen énfasis en los factores internos (cambio de actitud) para lograr los fines propuestos. (Arce, 2000; Morrone, 1995; Rossi, 1997; Martínez, Pelozzo y col 1997; Ayala 1999; Casas y col. 1999, Caslvieri, F; 1999. Drogo y Simonetti 1999, etc.)

Desde la mirada opuesta, encontramos artículos de reflexión e investigaciones que centran en las dimensiones socioeconómicas de los potenciales aspirantes a la Carrera y los profesionales, abordando aspectos como: motivos de elección de la carrera (corta y de acceso laboral rápido), la ausencia de límites precisos en la función enfermera en los ámbitos institucionales, las condiciones laborales, el tipo de actividad y su correlación con el estrés, la baja valoración social de la actividad, las 'marcas' históricas del sector y la baja valoración del trabajo enfermero. (Morrone, 1999; Quala y Rodríguez, 1999, Drago y Simonetti, 1999; Heredia, 2000; Diz y Kornblit. 1997; Espejo de Viñas, y col 1993; Roca y col 2000 etc.).

Lo notorio en estas publicaciones, es que al centrarse en un único nivel de abordaje (intrasubjetivo o sociocultural) resulta dificultoso encontrar articulaciones entre los niveles que permitan poner en interacción las dimensiones que participan en ellos y comprender el fenómeno en toda su complejidad.

De esta revisión bibliográfica inicial, surge: En primer lugar, que la preocupación por las conductas de los estudiantes de enfermería, no se reduce al ámbito de la Universidad Nacional de Mar del Plata ni a nuestro país.

Por otra parte, tanto en las publicaciones como en las primeras entrevistas exploratorias, se pone de manifiesto que la actitud flemática, no sólo es observada en el sector estudiantil, sino también en un importante porcentaje de las profesionales en actividad. Aspectos que llevan a pensar, en la necesidad transformar esta situación para poder ubicar a la enfermería dentro del campo de las actividades profesionales. De aquí, la necesidad de aclarar conceptos y obtener nuevos datos. En primer lugar: ¿Es la enfermería una profesión? Y también ¿cuál es la situación que exige ser transformada?

2. ¿ES LA ENFERMERÍA UNA PROFESIÓN? :

Según Machado (1991) dentro de la sociología de las profesiones, se analiza el concepto de profesión desde dos perspectivas diferentes: Una, intenta establecer criterios abstractos para definir las y suele dar como resultado un sistema de clasificaciones, mientras que otros autores, hacen centro en la dimensión político-institucional. Desde esta óptica, las condiciones históricas, tendrían mayor peso y posibilitarían que un grupo que comparte cierto tipo de conocimientos se constituya en profesional.

La primera perspectiva, ha producido diferentes criterios taxonómicos para definir una profesión: 1) Que el trabajo se convierta en ocupación de tiempo integral porque responde a una necesidad social y la ampliación del mercado de ese trabajo específico; 2) La creación de Escuelas específicas para formar y entrenar a los futuros profesionales y la producción de un cuerpo específico de conocimientos; 3) Que existan Asociaciones profesionales que otorguen identidad al grupo; 4) Que se produzca la reglamentación de la actividad (lo que impide que personas ajenas al grupo puedan practicarla); 5) Que se adopte un Código de Ética. (Wilesky, H: L. 1970).

Desde la misma perspectiva Turner, C. y Hodge M.N. (1970) postulan que en las sociedades posindustriales se debe tener en cuenta: 1) La profundidad de las teorías utilizadas; 2) El grado de monopolio alcanzado por el grupo para intervenir en su actividad específica; 3) El reconocimiento externo; y 4) El grado de organización alcanzado.

Por su parte Moore, W.E. (1970) agrega, una cierta 'vocación', que permita definir modelos y aceptar normas; junto a la existencia de un cuerpo de conocimientos formal impartido por las Universidades modernas, que sirvan a los intereses de las personas y las Comunidades. Además de considerar necesario, que la actividad posea autonomía laboral y sea de tiempo integral.

Teniendo en cuenta estos criterios, observamos que la enfermería según Kérouac y col (1996) cuenta con un cuerpo de conocimientos que definen distintos paradigmas enfermeros y sus Escuelas. Estos paradigmas, se estructurarían según la manera de definir y articular los conceptos "**cuidado**" - "**persona**" - "**salud**" - "**entorno**".

Basándonos en estos autores y pensando las prácticas enfermeras como una institución del cuidado integral de la salud, creemos que el desarrollo histórico de los conocimientos producidos por esta profesión, señalan momentos de progresos y retrocesos de su perfil profesional.

2.1. La secularización del cuidado enfermero (el paradigma orientado a la salud pública):

A mediados del siglo XIX, Florence Nightingale agregó a la compasión caritativa que caracterizaba los antecedentes de la práctica enfermera, la observación y la experiencia, los datos estadísticos, el conocimiento en higiene pública, en nutrición y en administración, convirtiendo así la práctica del cuidado en un arte y una ciencia que obliga a una formación escolarizada. (Kerucac y col 1996)

Su perspectiva, concibe a la persona integral, en la que debe valorarse los componentes físico, intelectual, emocional y espiritual; y tiene en cuenta la capacidad y responsabilidad de la persona para cambiar su situación. La salud, se piensa como ausencia de enfermedad, pero también como la "*voluntad de utilizar*



bien cada capacidad que tenemos" (Nightingale, 1985)¹. Los factores del "entorno" son válidos tanto para la recuperación de la salud como para la prevención de la enfermedad, y desde esta perspectiva plantea las *"leyes de la salud o del cuidado enfermero"* (Nightingale, F 1869/1959)²

2.2. El gran obstáculo (el paradigma orientado hacia la enfermedad):

Kerouac (1996) plantea que a fines del siglo XIX, se impone la noción de la enfermedad física como una realidad independiente del entorno, de la sociedad y la cultura, y la salud comienza a observarse como ausencia de enfermedad. El cuidado, entonces, se organiza en zonas problemáticas muy unidas a la profesión médica, mientras que la persona se visualiza como suma de partes.

Para estos autores, entre los años '30 y '40, las postulaciones de Taylor en el campo de la economía y su propuesta de organización fabril "en cinta", incidieron en la fragmentación de tareas enfermeras (una enfermera ayuda al paciente a levantarse de la cama, otra aplica apósitos etc.), así, la responsabilidad del cuidado queda centralizada en la Enfermera Jefe. Esto, permitió "abaratarse" los cuidados en salud a partir de suplir enfermeros diplomados por prácticos y consolidó el paradigma orientado a la enfermedad. La enfermera, se constituyó en mano de obra joven, disciplinada y a buen precio, que reduce el tiempo de hospitalización de los pacientes e incluso sustituye al médico en tareas rutinarias. (Reverby, 1987).

Otros autores (Dolan y col., 1983; O'brien, 1987) observan que en esta época, la enseñanza impartida a los enfermeros era encarada por médicos y consistía en memorizar signos, síntomas y procedimientos ritualizados.

Hasta este momento, dentro del espacio hospitalario, la medicina organizaba sus prácticas en función de curar, actuaba sobre el organismo del individuo, mientras que las formulaciones enfermeras se centraban en el cuidado, y su actividad se organizaba desde el entorno hacia individuo. El nuevo tipo de organización hospitalaria, transformó las prácticas enfermeras al valorizar y jerarquizar aquellas ligadas a la cura. (Kerouac y col., 1996).

Por otra parte, la formación enfermera, comienza a ser impartida en los Hospitales, y se orienta y limita a las necesidades específicas de sus servicios, desestimándose su formación integral. (Broks, Kleine y Kracht, 1983),

Es importante en este punto, aclarar que se ha producido en toda América Latina, en los últimos años el traslado de las Escuelas de Enfermería de los Hospitales al sistema Universitario (OPS/OMS, 1995). Siendo ésta, en nuestra opinión, condición necesaria aunque no suficiente para el cambio paradigmático.

¹ Citado en *"El pensamiento enfermero"*. Kerouac y col ob. Cit. Pag.5

² Kerouac S. Y col *"El pensamiento enfermero"* Traducción Mercé Arque Blanco. Ed. MASSON S.A. Barcelona 1996.

2.3. La vuelta a la integración (los paradigmas orientados hacia la persona y de la transformación) El cuidado de la salud, como eje organizador de la práctica profesional:

Después de la segunda guerra mundial, surgieron los paradigmas enfermeros de la integración que proponen un cuidado dirigido a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones. Se evalúan las necesidades de ayuda, a partir de las percepciones de la persona en situación. Salud y enfermedad, son consideradas dos unidades que coexisten y están en interacción dinámica. El entorno, se visualiza como un producto histórico, social, político, económico y cultural.

A fines de los años '70, surgen los paradigmas de la transformación. El vuelco producido, lleva a Gortner (1983) a definir la actividad enfermera como una ciencia del comportamiento y de la salud de la persona, en todas las edades de su vida que exige comprender aspectos biológicos, comportamentales y sociales, y también de la definición de los resultados esperados y los indicadores de la salud.

El énfasis en el cuidado y en la persona cuidada, orientan a resaltar las potencialidades del individuo. Orem (1985), plantea el concepto de 'autocuidado', definiendo los autocuidados terapéuticos, como las acciones necesarias a ser realizadas durante un cierto tiempo para satisfacer el autocuidado a través de métodos válidos y series relacionadas de operaciones o acciones. Observamos que desde la nominación de la práctica (autocuidado), se pone énfasis en destacar la potencialidad de la persona aún necesitada de ayuda.

El paradigma de la integración, abre el camino a la investigación del espacio cultural que comparte la persona, y Leininger (1976, 1981, 1984, 1985) plantea su Teoría transcultural del cuidado. Para esta autora, la esencia de la enfermería es cuidar y su práctica consistiría en *"... un conjunto de conceptos e hipótesis interrelacionados que tienen en cuenta las conductas cuidantes, los valores y las creencias basados en las necesidades culturales de los individuos y grupos, para proporcionarles unos cuidados de Enfermería eficaces y satisfactorios. El objeto de su teoría es que los pacientes propongan sus puntos de vista, conocimientos y prácticas como base para acciones y decisiones profesionales válidas"* (Torralba i Roselló, F. 1998)

Si tenemos en cuenta los criterios antes citados para definir una profesión, y observamos que la enfermería surgió socialmente en el siglo XVIII (Foucault, M 1975), y que, esta organizada internacional y nacionalmente desde fines del siglo XIX. Que en nuestro país la primer Escuela de Enfermería surge en 1890 y que a fines del siglo XX se encaró su formación universitaria. Que se trata de una actividad de tiempo completo, y presenta en su desarrollo diferentes teorizaciones para abordar las prácticas del cuidado de la salud, parecería inexplicable que en nuestro país la Ley de ejercicio profesional haya sido sancionada apenas en 1999.

Es en este punto que, tendemos a coincidir con los autores que intentan explicar el surgimiento y consolidación de las profesiones haciendo énfasis en la



dimensión político institucional. Marinho (1986) plantea, que no son los criterios de cientificidad de los conocimientos adquiridos por una práctica profesional, los que pesan para definirla como tal, sino los factores socio históricos, el consenso social, la práctica y el desempeño profesional.

Desde esta perspectiva la enfermería, parece encontrar como principal escollo para acreditarse como profesión, su débil consenso social como tal. Según Machado (1991), la profesionalización de una actividad, implica un proceso dinámico e histórico, donde los profesionales luchan por la conquista y garantía de privilegios para su profesión. ¿Cuál es la situación actual de la enfermería para sostener esta lucha?

3. LA ENFERMERÍA EN EL PAÍS Y SU COMPARACIÓN CON OTROS PAÍSES:

Según la OPS, se estimó para el año 1985 que en la Argentina (a partir del censo de 1980) de un total de 418.000 trabajadores de la salud (4% de la población activa de nuestro país) 16.000 son enfermeras y 25.000 auxiliares de enfermería. Esta fuerza de trabajo, presenta las características de una pirámide invertida en la que proporcionalmente el número de profesionales médicos es mayor que el de enfermeros y auxiliares. (OPS/OMS, 1995)

La comparación de profesionales médicos, enfermeros y otro personal de enfermería y su razón por cada 10.000 habitantes alrededor de 1992 en distintos países de América según OMS fue:

PAIS	MEDICOS			ENFERMEROS PROFESIONALES			OTRO PERSONAL DE ENFERMERIA		
	AÑO	Nº	RAZON	AÑO	Nº	RAZON	AÑO	Nº	RAZON
ARGENTINA	1992	88.800	26,83	1989	18.000	5,44	1989	51.000	15,41
URUGUAY	1992	11.530	36,84	1992	1.710	5,46	1984	1.500	4,79
CUBA	1992	46.860	43,34	1992	73.592	68,07	1992	351	0,32
EEUU	1993	625.661	24,51	1993	2239816	87,78	1993	1400000	54,87
CANADA	1991	60.559	22,13	1991	262.288	95,84	1984	85.539	31,26
BRASIL	1992	208.966	13,56	1992	57.047	3,70	1992	455.110	29,17

Como vemos, la Argentina presenta una proporción de 5,44 enfermeras por cada 10.000 habitantes, lo que es deficiente y poco significativo si lo comparamos con otros países de América: EEUU 87,78 enfermeras / 10.000 habitantes y un 54,87 de personal no profesionalizado, Canadá 95,84 enfermeras / 10.000 habitantes y 31,26 de personal no profesionalizado y Cuba con 68,07 enfermeras / 10.000 habitantes y una razón de 0,32 de personal no profesionalizado.

Los datos muestran como la Argentina junto con Uruguay y Brasil, se alejan abruptamente de las razones existentes en los países más desarrollados o que

ubican como un centro de interés social la salud de su población. Por otra parte, la relación entre profesionales médicos y enfermeras sugerida por el Banco Mundial, es de 1 médico por cada 4 enfermeros, siendo en nuestro país notablemente invertida 5 médicos por cada 1 enfermero. (Heredia, A.M.2000). Las variaciones del personal de enfermería entre los años 1988 / 94 fueron:

PERSONAL DE ENFERMERIA	1988-1989 %	1989-1994 %	ACUMULADO 1988-1994
LICENCIADAS	0,11	0,47	0,58
ENFERMERAS	1,15	1,65	2,8
AUXILIARES	2,54	21,18	23,72
EMPIRICOS	-3,79	-23,30	-27,09

FUENTE: Estudios de Actualización. Ministerio de Salud de la Nación y Secretaría de Salud de las Provincias con la cooperación técnica de la OPS/OMS R.A 1994.

Podemos observar que, si bien los programas de profesionalización organizados fueron exitosos en la conversión del personal empírico en auxiliar, la conversión de enfermeros y licenciados es aún muy poco significativa.

Esto muestra la resistencia a la aspiración profesional dentro del campo hospitalario, que no condice con el paulatino pero sostenido aumento de la matrícula en la UNMDP durante los últimos años, aunque sí a la limitada proporción de alumnos que continúan sus estudios en la licenciatura.

Existe una acentuada diferencia en la formación de los grupos dedicados a la práctica de la enfermería. Los auxiliares de enfermería, reciben en general cursos de 9 a 12 meses sobre la base de una educación primaria. La categoría de Enfermeras/os profesionales, califica sobre la base de un nivel terciario universitario en un 25% y no universitario en un 75% con currículas de 3 años de duración, mientras que las licenciaturas, implican un estudio universitario de 2 años sobre la base del título de Enfermera profesional (OPS/OMS 1995). Además, una de las características del grupo profesional, es su inserción casi exclusiva a través de relaciones laborales dependientes. (Malvarez, S., 1994)

Tanto en el ámbito de la Salud Pública como privada, junto a estas categorías, están en funciones los "ayudantes o empíricos" que comparten y suplen funciones con el personal auxiliar y profesional (cerca del 50% del personal total en nuestro país, según OPS/OMS). Habitualmente en nuestro país, la denominación genérica usada es la de "enfermera", independientemente del grado de escolarización.

Según la OPS/OMS (1995) en el país, al igual que en la mayoría de los países poco desarrollados, la enfermería es una ocupación construida socialmente como femenina. Aunque las investigaciones de Wainerman y Gelstein (1990) muestran que en los últimos años se ha producido un ingreso de aproximadamente un 10% de varones a la actividad.

Acotamos en este punto que según P. Buordieu (1979) el mayor grado de feminización de una carrera es correlativo al menor status social adjudicado a la misma.

Si bien para la mayoría de los que ingresan a la actividad, ésta significa una posibilidad de ascenso social y al trabajo calificado (pues provienen de sectores populares), la actividad es escasamente valorada y son insuficientes los recursos humanos que se están formando (OPS/OMS, 1992). Según la OPS la evolución en los últimos 25 años de la composición de la fuerza laboral en enfermería en el país fue:

Personal de enfermería, Argentina 1969-1994

Nivel de formación	1969 (1)		1979 (1)		1988 (2)		1989 (3)		1994 (3)	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Licenciada	357	0,88	286	0,44	383	0,59	500	0,7	1000	1,7
Enfermera	14114	35	16090	24,8	17118	26,6	19800	27,7	25000	29,4
Auxiliares	8862	22	24746	38,2	21820	33,9	26000	36,4	49000	57,6
Empíricos	16894	41,9	23569	36,4	24988	38,8	25000	35	10000	11,7

Fuentes: 1.-Canaresa 1980. 2.-Estimaciones del Estudio de Servicios y Escuelas de Enfermería - Dirección Nacional de Recursos humanos y OPS/OMS 1988. 3. -Análisis de Situación y Plan de Desarrollo de Enfermería de las Provincias Argentinas 1989-1994.

Para estos organismos internacionales, en la Argentina la enfermería se encuentra en situación de crisis. Su práctica profesional es recortada y es casi desconocida su metodología de trabajo. (OPS/OMS, 1992)

Los factores que citan estos organismos como principales causantes de la mutilación de la práctica enfermera son: 1) Las políticas de ajuste dentro del campo de la Salud Pública que hace excesivo el número de usuarios a ser atendidos y 2) La escasa oferta de profesionales enfermeros que lleva a que su inserción sea en puestos jerárquicos (Jefaturas o supervisoras de auxiliares y personal empírico).

A estos factores destacados por estos organismos internacionales, creemos que debería agregarse las diferentes corrientes y concepciones de la profesión sobre las que se asentaron sus currículas de formación y la representación social hegemónica de la enfermera.

Esto nos lleva a replantear el problema. En primer lugar, observamos una significativa contradicción entre la situación descrita por los organismos internacionales, especialmente los relacionados a la baja valoración social de la enfermería, pues este aspecto parecería revertirse al menos en nuestra Ciudad.

En Mar del Plata, profesionales de la enfermería parecen haber logrado un importante reconocimiento social. Tal es el caso de la Lic. Griselda Vicens (Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud por dos períodos consecutivos), la Lic. Silvia Federicci (Vice Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud), la Magister Beatriz Morrone (Secretaria de Investigación de la Facultad de Ciencias de las Salud).

Sin embargo, es llamativo que al mismo tiempo las profesionales enfermeras de Mar del Plata se vieran obligadas, en el mes de febrero de 2000, a denunciar la negativa de la Dirección del Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil (HIEMI) a incorporar a las profesionales de enfermería a la carrera hospitalaria.

Esto nos lleva a reubicar la problemática, centrando ahora en las organizaciones en que se desenvuelve la mayoría de los profesionales enfermeros, y más específicamente en los hospitales públicos.

Según investigaciones recientes, dentro de los Hospitales, la práctica de la enfermería generalmente queda restringida a prácticas limitadas a la cura (biomédicas). Escasamente se respeta el derecho del usuario a conocer y asentir la intervención a ser realizada, no suele planificarse el cuidado en función de las particularidades de la persona, sus potencialidades para el autocuidado, sus pautas culturales etc., además, se evidencia dentro del grupo enfermero, la desvalorización de la práctica de sus pares. (Peloso y col. ,1997; Morrone, B. 1997) y recientes sondeos muestran una escasa reflexión ética de las enfermeras sobre sus prácticas. (Morrone, B. 2000)

En muchos países del mundo la enfermería, ha logrado definir su identidad profesional implementando una metodología propia de trabajo: "Proceso de Atención Enfermera" (PAE) cuya comprensión y estudio se va consolidando lentamente en algunas Universidades de nuestro país. Éste proceso metodológico, permite especificar un diagnóstico de mirada integral, expresado en la valoración de los Patrones Funcionales de Salud (PFS). Los PFS incluyen valoraciones biológicas, psicosociales, y antropológicas, como: signos vitales, nutrición, relaciones familiares, percepción de la enfermedad, pautas culturales etc.

El "cuidado" enfermero, exige de conocimientos prácticos, científicos y científico técnicos que permiten la obtención, registro y/o elaboración de los datos pertinentes y necesarios para articular la intervención de las diferentes profesiones que participan en el proceso de cura en un plan general de cuidado. A esto se le agrega desde una visión integral, la posibilidad de incluir a la familia en su diagnóstico y organizar la atención o proyectos de prevención en el ámbito comunitario.

¿Porqué un amplio sector de las enfermeras profesionales desprecian aspectos fundamentales de sus prácticas? ¿Desde que abordaje nos será posible articular el espacio tradicional y más frecuente del trabajo enfermero a los obstáculos de su profesionalización?

4. EL CONCEPTO DE HABITUS COMO ARTICULADOR DE LAS PRACTICAS Y LAS REPRESENTACIONES EN EL AMBITO DE DESEMPEÑO:

Podríamos intentar una definición del concepto de 'campo' de Bourdieu como aquel espacio donde los Agentes sociales que participan de él generan cierto producto o servicio, permitiendo su circulación y consumo dentro de la sociedad.

Este espacio, puede ser recortado del contexto social, porque presenta una dinámica regida por leyes propias, pero mantiene una estructura homóloga a la estructura social de la cual es parte. Sus límites, se definen en el punto en que dejan de provocar efectos sobre los Actores sociales que participan de él.

En cada campo, participan Actores sociales (sujetos y grupos), que ocupan un lugar objetivo en su estructura, según los capitales que posean. La definición de estos lugares, permiten dibujar un diagrama de la posición de cada Actor (en una observación sincrónica) con relación a los otros. La estructura se consolida, a partir de la puesta en práctica de los 'hábitus' que hacen coincidir a los distintos sectores. De esta manera, los hábitos, distinguen y diferencian a los grupos dentro del campo, y al mismo tiempo estructuran la relación entre los grupos (cerca de, sobre, bajo etc.), definiendo una escala de jerarquías.

Para Bourdieu, el saber científico es un 'capital específico' en su propio campo, la sociedad no es un ente abstracto y total, de una cultura común o autoridad posible de ser reducida a una lógica social única. En ella, se diferencian distintos espacios sociales, que definen valores y principios reguladores. (Wacquant, L. 1995).

Los campos o espacios sociales, "*... refractan las fuerzas externas en función de su estructura interna*" (Wacquant, L 1995 pag. 34). Cada campo, hace referencia a un espacio de relaciones objetivadas a partir de la distribución de poderes o, especies de capital (simbólico, social, económico) que posibilitan o impiden los intercambios, y expresan y mantienen su estructura.

Los Agentes sociales, son portadores de un cierto monto global de capital, o suma de distintos tipos de capitales (social, económico, simbólico), y cada especie de capital, es más o menos eficiente según su especificidad en el campo en que se juegue, y por lo tanto la cantidad y eficiencia del capital que los Actores sociales poseen, definen su grado de poder dentro del mismo.

Desde Bourdieu, son las prescripciones del campo las que definen el valor del tipo de capital específico y la tasa de conversión de uno en otro, como así también el 'juego' entre los grupos, sus conflictos y competición por el monopolio del capital específico más eficiente.

Los habitus, se convierten así en "*... principios generadores de prácticas y de representaciones que pueden ser objetivamente adaptadas a sus metas sin suponer la intención consciente de alcanzar determinados fines y el dominio expreso de las operaciones necesarias para alcanzarlos, objetivamente respondiendo a 'reglas' y a 'regularidades' sin ser en nada producto de la obediencia a reglas, y, estando todo esto, colectivamente orquestado sin ser el producto de la acción organizadora de un jefe de orquesta*" (Bourdieu, 1980).

Los hábitos, se inscriben en el cuerpo como un sistema de disposiciones que orientan la práctica, a modo de saber cinestésico y la práctica retroalimenta las disposiciones. Es decir, obran a modo de 'estructuras – estructurantes' que definen un lugar dentro del campo a los Actores sociales (asignado socialmente y asumido subjetivamente). Pero también, al crear las disposiciones, estructuran a estos Actores, para ubicarse en 'ese lugar'. De esta manera, los hábitos, generan anticipaciones, orientan "elecciones" posibles sobre la base de la experiencia pasada.

La estructura del campo, construida a partir de la puesta en juego de los hábitos, se mantiene desde una dinámica inconsciente que re - ubica a los agentes en un punto, un posicionamiento desde el 'hacer' cotidiano. Este punto de la estructura, organiza un "punto de vista", que surge de la internalización de la estructura por parte del Actor social. De esta manera, realidad objetiva y subjetiva se sostienen una a la otra.

Al practicarse el hábito, se internaliza la estructura de relaciones que esa práctica genera poniéndose en interacción con los 'haceres' del resto de los grupos que participan en el campo. El orden social y las prácticas que lo sostienen, se enlazan así al sistema de categorizaciones que guían la construcción de las representaciones de la realidad del sujeto.

En otras palabras, el hábito, participa en la construcción de nuestras acciones, y también de nuestros pensamientos. Tiende a engendrar las prácticas y la "racionalidad" del "sentido común", a través de una forma de interpretar y significar la realidad.

Las representaciones sociales que se construyen desde las categorías perceptivas del lugar asignado socialmente, le permiten al sujeto, clasificar los otros grupos y al propio, y de esta manera anticipar su "por venir objetivo". Es decir, socialmente se espera que un individuo o grupo, presente los atributos de la clase en la que se lo categorizó. Por su parte, el grupo en cuestión, si se asume incluido en la categoría asignada, tenderá a crear las disposiciones necesarias y excluirá todo lo que no es "propio" a su clase. Por lo tanto, la clase de pertenencia no sólo da cuentas del "ser" del objeto en cuestión (propiedades atribuidas socialmente), sino también del "deber ser" del mismo. Lo asignado socialmente es así potencialmente asumido por el individuo y el grupo.

Bourdieu, se basa en una filosofía de la acción que no contrapone lo externo a lo interno, lo consciente a lo inconsciente, lo corporal a lo discursivo; e *"Intenta aprehender la intencionalidad sin intención, el dominio prereflexivo e infraconsciente del mundo social, que los agentes adquieren por el hecho mismo de su prolongada inmersión en él"* (Wacquant. L 1995)



Desde aquí, prácticas y representaciones, quedan articuladas en su base por los hábitos distintivos, compartidos por los Actores sociales dentro de un campo. ¿Cómo abordar el entramado de representaciones?

5. EL CAMPO, LOS HABITUS Y LAS REPRESENTACIONES SOCIALES:

El concepto de representación social de Serge Moscovici (1979) hace referencia a una forma de conocimiento del sentido común en la sociedad moderna. Una construcción del significado de los objetos de la realidad, surgida de la interacción comunicativa de los grupos humanos según su inserción en el proceso de producción material y simbólica.

Las representaciones sociales, no son meras formas de reproducción de lo social, sino de producción y constante transformación por vía de la comunicación. Pueden diferenciarse según los grupos y además dentro de un mismo grupo pueden coexistir distintas representaciones sobre el mismo objeto y aún el grupo ser consciente de los motivos por los que opta por un sentido u otro (Moscovici, S. Ob. Cit. pag. 29).

Las representaciones sociales, son propias de las sociedades modernas y presentan tanto huellas sociales como intelectuales. Son producciones dotadas de plasticidad, debido a la diversidad de informaciones y a la rapidez de la comunicación actual. Este producto, en permanente transformación, procede del análisis de observaciones, de la apropiación de nociones y del lenguaje de la ciencia y la filosofía reinterpretadas en 'teorías' del sentido común.

Doise (1986), considera que el concepto de hábitos de Bourdieu es compatible con la descripción de funciones de las representaciones sociales hecha por Moscovici. Si bien, no deja de tener en cuenta el carácter determinante del lugar de inserción social que Bourdieu le asigna a la producción simbólica, señala que ambos autores coinciden en que las representaciones sociales son principios generadores de toma de posición en lo simbólico.

La articulación de estos dos marcos teóricos, nos permite reflexionar que si bien la fijeza de la noción de hábitos, al re - instalar constantemente desde la práctica y la simbolización el posicionamiento de los actores en el campo, hace difícil pensar los cambios; la función de comunicación que cumplen las representaciones sociales, permite dar cuentas de posibles transformaciones a partir de informaciones surgidas en su campo o en otros donde el Agente social se inscriba (por ejemplo en nuestro caso, diferentes representaciones sociales de la enfermería surgidas en los ámbitos: del Hospital y de la Universidad).

Doise, utiliza la diferenciación de Moscovici (1979) entre SISTEMA y METASISTEMA cognitivo, para componer esta articulación teórica (Cerrato, J. 1996). Es decir, el sistema cognitivo que guía las operaciones de asociaciones, inclusiones,

discriminaciones etc., a partir de las cuales se producen las representaciones sociales; no es arbitrario, sino guiado por un metasistema de carácter ideológico que controla, verifica y selecciona el resultado. El concepto de habitus, sería la regulación ejercida desde la práctica a modo metasistema según el contexto. (Cerrato, J. 1979)

Ahora bien, si el conocimiento del sentido común se nutre de los conceptos y teorías científicas y filosóficas. ¿Cómo participan la ciencia, la filosofía y la ideología en la organización de las representaciones sociales?

6. CIENCIA, FILOSOFÍA E IDEOLOGÍA EN LA ORGANIZACIÓN DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES:

Moscovici (1979, 1981, 1984), diferencia las producciones propias de los *universos consensuales* (representaciones sociales) de los *universos reificados* (ciencia, filosofía).

Para este autor, los *universos consensuales*, tienen como objetivo, mantenernos dentro del circuito de conversación. En este circuito, todos participan opinando de cualquier cosa, la memoria predomina sobre la lógica y las informaciones al ser elaboradas, se enlazan a una serie de atribuciones que intentan explicar los objetos y sucesos de nuestra realidad. En general este tipo de pensamiento social, parte de las conclusiones que se tienden a confirmar.

Por el contrario, en la construcción de los *universos reificados*, solo participan algunas personas legitimadas socialmente. Su objetivo, no es el de integrarse en el circuito de conversaciones. Se trata de un tipo de conocimiento, que sigue reglas y convenciones para asegurar su racionalidad, e intenta encontrar la verdad de los hechos. Se crea un mundo artificial y extraño a lo cotidiano, a diferencia del pensamiento espontáneo que tiende a hacer familiar lo desconocido.

Moscovici (1979) considera que hoy en día, el sentido común se alimenta de la ciencia. Se trataría de una internalización de significados, a partir de un trabajo de '*vulgarización*' que se produce a través de procesos de personificación, ontización, figuración, donde el sentido común recorre el camino inverso del concepto a la intuición inicial.

Por su parte, la ideología para este autor, no tendría un origen diferente al de las representaciones sociales. De hecho, define la ideología como un '*sistema de representaciones sociales*'. La diferencia entre ambas, radicaría, en que las representaciones sociales son construcciones que tienden a orientar las conductas y la comunicación social sobre un objeto o fenómeno particular, mientras que la ideología, proporciona un sistema general de objetivos sobre los cuales se justifican los actos de un grupo. (Moscovici, S 1979, 1984)

Muchos aspectos, son oscuros en cuanto a las definiciones y diferenciaciones hechas por Moscovici, sobre todo en la separación tajante hecha entre estos universos que impide pensar formas intermedias entre uno y otro. En este punto, Palmonari (1980) y Doise (1986) incorporan cierta luz al apuntar que, si bien los *'universos consensuales y reificados'* se diferencian por su lógica interna, en realidad, serían polos de una continuidad que admite intermedios, siendo la ciencia y la ideología más cercanas al polo *'reificado'*.

Otros autores, consideran que estos universos pueden diferenciarse por su nivel de abstracción y su grado de inserción social. Las representaciones sociales, se distinguirían por ser producciones típicamente grupales y de un nivel inferior de abstracción. (Palmonari e Ibañez, 1988)

Por nuestra parte, coincidimos con Ibañez (1988) en que, ideología y representaciones sociales, permiten articular las dimensiones socioestructurales de los fenómenos y que la ideología es condición de producción de las representaciones sociales, aunque éstas, también pueden modificar la ideología que las ha creado.

Hasta aquí, hemos analizado los puntos de contacto de distintos conceptos y modelos, con el fin de abordar el problema de la profesionalización enfermera en los diferentes niveles que participan de él.

Por un lado, hemos tomado posición al describir la articulación de la práctica con la producción simbólica a través del concepto de habitus. Hemos esbozado la injerencia de los grupos en la construcción de representaciones sociales, en tanto las reconocemos como construcciones que permiten tomar posición, con el fin de instalarse en el circuito conversacional. También marcamos, la articulación de las representaciones sociales con la ideología y la ciencia, de donde inferimos la incidencia de la escolarización recibida, en la construcción de las representaciones sociales que participan en esta problemática, dado que las producciones filosóficas y científicas son el *'material'* del que se alimentan dichas representaciones sociales.

A partir de esto, debemos tener en cuenta que el carácter significativo de las representaciones sociales, surge de un proceso en el que se ponen en juego al mismo tiempo, fenómenos subjetivos, intersubjetivos e intergrupales. Ahora bien, si el motivo de producción de una representación social es mantenernos dentro del circuito de comunicación: ¿Cómo participa la comunicación en la producción, reproducción y transformación de las mismas?

7. LAS REPRESENTACIONES SOCIALES Y LA COMUNICACIÓN:

El concepto de representación social, mantiene su carácter dinámico a partir de su función de permitir la comunicación. Es en este espacio de interacción, donde la incorporación de nuevas informaciones y formas explicativas al fragmento de realidad que abarca una representación, permite ampliarla, reconstruirla y así ratificarla o resignificarla en parte o totalmente.

Las representaciones sociales que componen el conocimiento del sentido común de los grupos, organizan sus significados según los significados atribuidos a todo el entramado de representaciones del resto de los objetos y situaciones que integran su realidad. Esta dialéctica entre ideología y construcción de representaciones sociales, será la que guíe la selección de información, tanto en su cantidad como en su calidad y también las formas de enlace lógico entre los fragmentos de información.

Los habitus puestos en juego dentro de un campo, permiten internalizar las formas de relación existentes entre los grupos en el campo y definen las categorías perceptivas que dan significado a esa realidad; pero no nos dicen nada sobre las estrategias posibles para que un sector pueda transformar una descripción de la realidad y la convierta en la más 'verdadera'.

En este punto, es conveniente incorporar la noción de que todo discurso se presenta en dos direcciones, por un lado hace alusión a algo, informa sobre algo, y por otro 'hace' algo, ya sea socavar otra descripción alternativa o defender el intento de otros Actores sociales o el propio avalando una descripción. La conversación, entonces, se convierte en el espacio donde se hace posible analizar estas estrategias de construcción, y obliga a pensar la retórica del discurso, no sólo por su capacidad persuasiva, sino como una práctica social capaz de imponer realidades. (Potter, 1999). En otras palabras, el lenguaje debe ser pensado como un medio de acción con la finalidad de lograr algo (Austin, J. 1996)

En este sentido, es importante tener en cuenta los aportes de la etnometodología para su análisis. Por un lado, por el carácter indicativo del discurso, comprendiendo que el significado de lo que se comunica es producto, tanto de la palabra como del contexto de interacción en la que es dicha. Y por otro, su carácter reflexivo, es decir, su calidad de acto, dado que no solo se dice acerca de, se construye el objeto del que se habla y esto hace que funcione en nuestra realidad como se espera que lo haga (Potter, ob. Cit.). Teniendo estos aspectos en cuenta, habitus, representaciones sociales y prácticas discursivas se mantienen en una permanente interacción dinámica. De donde, transformar nuestra forma de representarnos el mundo, incide en transformar nuestras prácticas y con ellas el diagrama de poder existente.

Al llegar a este punto, observamos que, a lo largo de nuestra reflexión hemos intentado articular cada una de las dimensiones que participan en el sostenimiento y transformación de los posicionamientos sociales en sus diferentes niveles de abordaje, y que de una u otra manera en todo lo dicho subyace la noción de poder, sin haber sido explícitamente abordada.

8. EL PODER, LAS PRACTICAS Y LAS REPRESENTACIONES SOCIALES.



Pensamos el poder, no sólo como fuerza que prohíbe, sino como una capacidad para producir discursos, saberes, conductas y técnicas; organiza fuerzas de trabajo y estructurar un orden. Según Foucault (1980) el poder y el saber se autoimplican y participan de las diferentes formas de subjetividades posibles en una época determinada.

Desde la perspectiva de Bourdieu, al concebir las categorías perceptivas como derivaciones sociales contingentes e instrumentos de poder simbólico, el discurso puede ser pensado como una especie de preconstrucción social con carga política. Sin embargo, este autor, se separa del postestructuralismo de Foucault, al diferenciar la política de la ciencia (saber), de la política de la sociedad (poder). (Wacquant, 1995)

Sin embargo, si nos situamos dentro del campo hospitalario o universitario, observamos que se justifica articular la noción de que el saber (científico) y el poder (social) se autoimplican.

Si pensamos el poder, como un ejercicio posible según cierta lucha entre sectores, podemos articular el concepto de representaciones sociales (producciones en las que participa el individuo inserto en un grupo) con el juego de relaciones de este grupo con los otros que participan en el campo. Estas producciones se sostendrían desde los habitus y las estrategias discursivas a partir de las cuales los Actores sociales intentan imponer sus descripciones de la realidad.

La dinámica de un campo al asignar un "lugar", una forma de ver, sentir, captar e interpretar de los demás hacia el Actor social y del Actor social hacia sí mismo y los Otros; compondría el rol y status socialmente definido de los integrantes de cada grupo, y marcaría la identidad profesional desde su práctica.

Se daría entonces la siguiente dinámica: Lugar asignado - prácticas generadas / prácticas regeneradas- refuerzo del lugar asignado. Esto exige ser investigado para poder pensar posibles rupturas del ciclo y permitir que la profesión enfermera, pueda consolidarse sobre la base de los conocimientos científicos adquiridos en su escolarización, transformando el "modo" en que se asumen como profesionales e incluso las actitudes y conductas de los aspirantes a la Carrera.

Coincidimos con Doise (1986), en que para describir todo el conjunto de las condiciones sociales implicadas en la dinámica de las representaciones sociales, debe recurrirse a diversos modelos y niveles de análisis que aborden de forma complementaria el funcionamiento del campo social. No puede eliminarse de la noción de representación social las referencias a procesos individuales, interindividuales, intergrupales e ideológicos, y a nuestro entender también de las prácticas discursivas que permiten hacer fáctica una descripción por sobre otras en la interacción la comunicación.

Nos proponemos en ésta investigación, explorar los habitus que diferencian y definen la posición de la enfermería en el campo hospitalario; y analizar la dinámica

que estos generan en el mismo. Por otra parte, explorar las representaciones sociales que dan significado a la labor enfermera, a su grupo de pares y su relación con otros grupos, con el fin de producir algunos supuestos que nos permitan describir cómo participa la estructura y dinámica del campo hospitalario en el interés por la profesionalización enfermera. Pensamos que al objetivar la situación, facilitaremos pensar 'otro mundo' posible a la hora de formar los futuros profesionales de la enfermería.



PROPOSITOS DE LA INVESTIGACION

- ❖ Caracterizar los subsectores que participan en la práctica enfermera dentro del campo hospitalario a la luz de los habitus que los posicionan, observando el interjuego del lugar asignado y asumido del sector enfermero.
- ❖ Pensar en los aciertos y limitaciones de las estrategias de intervención que intentó el sector enfermero, en busca de transformar su posicionamiento dentro del campo hospitalario, analizando la lógica que organizó estas estrategias.
- ❖ Describir la/s representaciones sociales sostenidas por los subsectores de la enfermería, que participan y sostienen la situación actual.
- ❖ Analizar la lucha entre los sectores por el valor atribuido a los distintos tipos de capital (práctico – científico) dentro del campo.
- ❖ Describir las estrategias discursivas utilizadas cotidianamente por los miembros de los subsectores enfermeros para imponer 'su' realidad por sobre otras posibles.

TEORIA Y METODO

Esta es una investigación exploratoria cualitativa. Su carácter inductivo, hace que no partamos de hipótesis, ni categorías de análisis previas, las que surgirán de los dichos de las personas entrevistadas (Lincoln y Guba, 1985). De aquí que, las entrevistas fueron proveyendo los temas, guiaron la selección de nuevos entrevistados, y aportaron las categorías e incluso guiaron la selección de los marcos teóricos de abordaje.

Nuestro propósito, no fue encontrar causas explicativas del fenómeno en cuestión, sino elaborar supuestos a partir de las propiedades de las categorías surgidas en la comparación sistemática de los dichos y la interrelación de las mismas.

Algunos autores como Zimmerman y Wieder, 1970; Mehan y Wood, 1975 diferencian dentro de la metodología cualitativa la tradición sociológica del interaccionismo simbólico y la antropológica de la etnometodología. (Taylor y Bogdan, 1966).

Por un lado, el interaccionismo simbólico, atribuye importancia a los significados sociales que las personas le asignan al mundo y consideran que la acción humana, no depende tanto de las normas, valores, roles o metas, sino de la interpretación y definición de la situación que actúan como intermediarios entre los significados o predisposiciones a actuar y la acción misma. (Taylor y Bogdan ob. Cit. pp 25)

Por su parte, Mehan y Woord (1975) diferencian a la etnometodología, no por el método de investigación, sino por el objeto de estudio (modo en que las personas aplican reglas abstractas y percepciones del sentido común, a situaciones concretas restándole así ambigüedad a los significados de las acciones). Esta perspectiva, tomaría los significados como logros prácticos.

En este punto, coincidimos con Bourdieu en que el interaccionismo simbólico, al centrar en interpretación individual, ubica las estructuras sociales como el producto

En este punto, coincidimos con Bourdieu en que el interaccionismo simbólico, al centrar en interpretación individual, ubica las estructuras sociales como el producto de estrategias y actos de clasificación interpretativos y no puede dar cuentas "... de las configuraciones objetivas emergentes que estas estrategias perpetúan o desafían. Tampoco... (del)... principio (que) lleva a cabo el trabajo mismo de producción de la realidad" (Wacquant, L. 1995, pag. 19). Además, los agentes sociales construyen la realidad social, tanto individual como *colectivamente* pero "... no han construido las categorías que hacen intervenir en este trabajo de construcción" (Bourdieu, 1989, pag. 47).

Para superar, objetivismo y subjetivismo, mecanicismo y finalismo, necesidad estructural y acción individual, Bourdieu nos propone una *práxeología social* que concibe estos polos antagónicos como dos *momentos* encaminados a restablecer la doble realidad del mundo social. (Wacquant, 1995 ob cit pag. 20)

La perspectiva implica, dilucidar la estructura objetiva (espacio de posiciones) que limitan las interacciones y representaciones, descubriendo los *habitus* que estructuran el campo. Con tal fin, optamos por la descripción etnográfica surgida de las entrevistas. (Los *habitus*).

Este primer análisis, permitió organizar un diagrama de la estructura del campo según las posiciones entre los grupos.

Luego, se centró en el aspecto fenomenológico, a partir del análisis de las representaciones sociales (tomas de posición). Se rechazaron nociones previas, guiando el análisis de la aprehensión práctica del mundo desde el punto de vista subjetivo del entrevistado. (Bourdieu, 1978, 1984, 1987)

Como ya expresamos, Doise (1986), concibe al igual que Bourdieu (1995) la necesidad de borrar las fronteras disciplinarias para poder acceder al conjunto de condiciones sociales implicadas en la dinámica de las representaciones sociales. Esto permite recurrir a diversos modelos y niveles de análisis para abordar de forma complementaria el funcionamiento del campo social.

Nos proponemos de esta manera, comprender las estructuras significativas del mundo de los participantes, recuperando su perspectiva para comprender el sentido de la acción en un marco de relaciones intersubjetivas.

La investigación se desarrolló en dos etapas sucesivas. La primera con Enfermeras profesionales Licenciadas en Enfermería y docentes de la Carrera de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Mar del Plata. La segunda dentro del campo hospitalario, en el Área de Neonatología del Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil (HIEMI) de Mar del Plata.

Este diseño, nos permitió construir nuestro esquema de la estructura del campo hospitalario y organizar los primeros supuestos sobre su génesis, estructura y dinámica. Primero, desde la perspectiva de las Enfermeras profesionales, para luego

interacción entre los Actores sociales: Enfermeras profesionales/ Auxiliares de Enfermería, con el fin de complejizar nuestros análisis y teorizaciones.

1. CONFORMACION DE LA MUESTRA DE LA PRIMERA ETAPA:

Se seleccionaron unidades de análisis, acorde al muestreo teórico. Es decir, una muestra intencional para obtener información partiendo de criterios específicos tanto para la decisión de incluir nuevas unidades o incorporar nuevos temas. (Glaser y Straus 1967)

Las unidades de análisis, fueron seleccionadas una a una a partir del análisis de la información de cada entrevista, que determinó el perfil de la próxima. De esta manera, se completó, contrastó información y se intentó dar respuesta a los interrogantes surgidos. La selección de los nuevos entrevistados, que debían cubrir un perfil ya determinado, se logró consultando los entrevistados precedentes. (técnica de bola de nieve).

La muestra de esta etapa, está compuesta por: siete docentes universitarias (cuatro de ellas trabajaron o trabajan en el HIEMI, dos lo hacen en el Hospital Privado de la Comunidad, y la séptima trabajó en una clínica privada) todas Licenciadas en enfermería. La octava entrevistada (Enfermera profesional egresada de la Cruz Roja Internacional) trabajó casi treinta años en el HIEMI. Esta Enfermera, vivió el proceso de secularización de su sector dentro de este campo (paso de las Jefaturas enfermeras de manos de las religiosas a las Enfermeras profesionales) además, participó de la transformación del Hospital cuando éste dejó de ser Hospital Interzonal de Agudos y pasó a ser Hospital Interzonal Especializado Materno infantil. De esta manera, pudimos aportar importante información relacionada a la historia de conformación de este campo, a la percepción que las docentes universitarias tienen de su sector dentro del mismo.

Haber seleccionado desde el muestreo teórico docentes de la UNMDP, nos permite acercarnos a la 'caracterización' de la enfermería creada desde la visión de quienes tienen a su cargo la formación de la mayoría de los futuros profesionales en Mar del Plata, cumpliendo así con el criterio de que los participantes "*(...)actúen en su rol como representativos del grupo o comunidad(...)*" (Iñiguez Rueda, L y Antaki, C; 1998).

La muestra, fue acotada según el criterio de saturación de datos. Es decir, se abandonó la toma a medida que la información sobre los temas que iban dibujando la problemática no incorporaba nada nuevo a lo ya aportado en entrevistas anteriores (Glaser y Straus, 1967). Se tuvo en cuenta, que un único incidente es suficiente para desarrollar una categoría (Glaser y Strauss, 1967) dado que la intención no es la de generalizar similitudes sino estudiar el fenómeno en sus distintas expresiones ofreciendo la mayor información posible.

La muestra, se fue focalizando a medida que se avanzaba en las entrevistas, según los eventos que resultaban más relevantes a los propósitos de la investigación.

2. ESCENARIO DE LA TOMA DE LAS ENTREVISTAS DE LA PRIMERA ETAPA:

Las entrevistas, fueron realizadas en bares u oficinas. En muchos de los casos, se realizaron en horario extra laboral (con excepción de la entrevista realizada a la Enfermera del HIEMI). Esto permitió que los entrevistados se desentendieran por el tiempo de duración de la misma y se extendieran en sus relatos.

3. ANÁLISIS DE LOS DATOS DE LAS ENTREVISTAS DE LA PRIMERA ETAPA:

En esta etapa, se trabajó con entrevistas abiertas sobre la experiencia de las hablantes en su proceso de escolarización, su práctica enfermera en general, su interpretación de la historia de su profesión, la relación que perciben entre su sector y otras actividades profesionales dentro del ámbito hospitalario y sus prácticas. Se fueron focalizando temas durante el proceso de administración de nuevas entrevistas.

Las entrevistas, fueron abordadas como una serie de narraciones en un proceso de "hacer memoria", dado que cada entrevistado re – interpreta desde su lugar actual, los significados de su experiencia pasada, su presente y su proyección hacia el futuro (Vazquez Sixto, 1998).

Se tuvo en cuenta, que la distancia de los hechos, permiten modificar la descripción de los mismos en el conocimiento de acontecimientos ulteriores (Simionescu y Padiou, 1990, 227). Además que, como grupo, se mantienen los pactos sobre el pasado compartido, es decir: los olvidos (Aguila y Montero, 1984; Morán 1991); las entrevistas fueron analizadas como un conjunto de voces que se integran en un único relato.

El enfoque del análisis fue el de la teoría fundamentada (Glaser y Strauss 1967) que propone como estrategias para la emergencia de conceptos, teoría y proposiciones a partir de los datos: 1) El método de análisis de la comparación permanente y 2) El muestreo teórico (como consecuencia de la primera). (Taylor y Bodgan, 1967)

La primera estrategia, implica la codificación y análisis simultáneo de los datos, a partir de los cuales se refinan conceptos, se identifican propiedades y exploran interrelaciones integrándolas en una teoría coherente. Con este fin, se enumeraron las respuestas como emisiones numeradas correlativamente y estas emisiones se fragmentaron en Unidades de significado temáticas.

Las categorías temáticas (en el sentido habitual del término), fueron luego sistematizadas en tópicos según: a.) En algunos casos, la Caracterización del contexto social (Cuando la realidad seleccionada por el hablante para significar un tema, hace referencia explícita a las condiciones del contexto laboral o social, o se generalizan significados atribuidos a la 'sociedad' sin especificarse como productor algún grupo en particular). b.) Atribuciones asignadas a determinados Actores Sociales (emisiones asignadas a sí-mismos o su sector u otros sectores del campo, según la interpretación del entrevistado).

Estos Items codificados por: 1 tema y 2 atribución de origen del dicho según el hablante (contexto social o Actor social), fueron la base sobre la cual surgieron subcategorías temáticas, organizadas según la 'calificación' explícita o inferida deducible de los dichos. De esta manera, se conformó una Tabla. (Anexo I) Ej. Columna I: Tema; Columna II: Dicho asignado a: 'contexto social' o Actor Social; Columna III: Calificación explícita o inferida de los dichos; Columna IV: Dicho (Unidad de significado temática recortada de una emisión)

El análisis de esta primera etapa, nos permitió en primera instancia rastrear los habitus, y a partir de ellos componer el esquema de posiciones dentro del campo (página35).

4. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA DE LA SEGUNDA ETAPA:

Se intentó en esta segunda etapa discernir, dentro de un Area específica del campo hospitalario, si los subsectores del grupo enfermero se 'distinguen' entre sí y que representa para ellos la diferenciación de tareas por mayor escolarización. Por otra parte, se intentó esclarecer algunas preocupaciones surgidas durante la primer etapa de investigación, como Cuáles son las dimensiones que participan en la decisión de profesionalizarse y cómo participa la percepción de las valoraciones del capital práctico y científico para su actividad en esta decisión.

Con la finalidad de acercarnos a una mayor comprensión de esta problemática, se concensuó con la Dirección del HIEMI, entrevistar parte del personal del Area de Neonatología.

Se trata de un área pequeña y cerrada, que se distingue del funcionamiento de las Salas generales debido a la mayor complejidad de sus tareas. Por esta característica, es mayor la cantidad de personal de enfermería por paciente, el cual no se retira del Área una vez que ingresa.

Esto nos facilitó los encuentros con las personas a ser entrevistadas, aspecto importante para la viabilidad de la investigación, dado que, según se nos informó, la mayoría del personal enfermero cumple con más de un trabajo.

El área, funciona en cuatro turnos de seis horas cada uno, con un personal

asignado que según su Jefatura enfermera, oscila entre doce y trece miembros por turno, que al componerse los francos resultan 6 o 7 personas trabajando efectivamente.

De las entrevistas que se realizaron se seleccionaron como U.A. de la muestra, personas de ambos sexos, Auxiliares de enfermería y Enfermeras profesionales, organizándose el muestreo teórico con el criterio de integrar aquellas personas que se encontraban en proceso de profesionalización en los niveles de Enfermera profesional y la Licenciatura en Enfermería y otras que decidieron no profesionalizarse (Auxiliares) o Enfermeras profesionales que no continuaron sus estudios a nivel de Licenciatura.

De esta selección resultó:

Turno de 6 a 12 hs: 1 Auxiliar de enfermería (E 6); 2 Enfermeros profesionales (E 8, E 5).

Turno de 12 a 18 hs: 3 Auxiliares de enfermería (E 13, E 14, E 16); 1 Enfermera profesional (E 15).

Turno de 18 a 24 hs. : 2 Auxiliares de enfermería (E 11: continúa sus estudios en la carrera de enfermería; E 12); 1 Enfermera profesional (E 10: en proceso de profesionalización como Licenciada).

Turno de 24 a 6 hs: 3 Enfermeras profesionales (E 17: continúa sus estudios en la Licenciatura; E: 18: ídem al anterior; E: 19).

Total: 6 Auxiliares; 7 Enfermeros profesionales.

Datos socio culturales de las unidades de análisis:

Sector de Auxiliares de Enfermería:

ENTREVISTA N°	SEXO	EDAD	EST. CIVIL	HIJOS	OCUPACION PATERNA
6	Fem.	62	Divorciada	1	Empleado de Casino
11	Fem.	43	Casada	2	Mecánico
12	Fem.	45	Separada	3	Albañil
13	Fem.	50	Soltera	1	Hielero
14	Fem.	28	Casada	2	Empleado de ESEBA
16	Fem.	32	Casada	6	Operario Frigorífico

Las Auxiliares de enfermería entrevistadas, son todas mujeres (no hay auxiliares de enfermería varones en el área), con una edad promedio de 45 años, la mitad de las entrevistadas son separadas, divorciadas o solteras y todas tienen hijos (entre uno y seis).

Sector de Enfermeros profesionales:

ENTREVISTA Nº	SEXO	EDAD	EST. CIVIL	HIJOS	OCUPACIÓN PATERNA
5	Masc.	27	Soltero	-	Camionero
8	Fem.	58	Casada	2	Maestro Mayor de Obras.
10	Fem.	51	Casada	3	Albañil
15	Fem.	32	Casada	1	Camionero
17	Masc.	28	Soltero	-	Picapedrero
18	Fem.	30	Casada	2	Taxista
19	Fem.	38	Casada	2	Colectivero

Entre los Enfermeros profesionales encontramos dos varones uno de ellos cursa la Licenciatura. La edad promedio del grupo es de 38 años, los hombres son los más jóvenes y los únicos solteros. Las mujeres, todas casadas, tienen entre uno y tres hijos.

5. ESCENARIO DE LA TOMA DE ENTREVISTAS DE LA SEGUNDA ETAPA:

El escenario en el que se llevaron adelante las entrevistas individuales y las conversaciones analizadas, fue el gabinete en que los médicos realizan su Pase de Sala durante el turno de la mañana.

Este pequeño espacio, es cedido por el sector médico al personal de enfermería para desayunar durante la hora de baldeo. En el resto de los turnos, suele encontrarse libre, dado que el sector médico organiza el Pase de Sala exponiendo los casos atendidos durante la mañana y en el resto de los turnos organizan sus prácticas a través de un sistema de guardias.

Las entrevistas realizadas en esta etapa fueron semiestructuradas y la confección de las preguntas, se organizó a partir de los siguientes criterios:

A.- Rastreo de los Habitus que definen la conformación de la estructura y Dinámica del campo:

A1: ¿Uds. suelen tener relación con profesionales de la salud no-médicos?(Kinesiólogos, nutricionistas, Asistentes sociales etc.) ¿A partir de qué se relacionan con ellos?

A2: ¿Y con los médicos?

A3: ¿Tienen algún tipo de relación con otras actividades? (Maestranzas, camilleros etc.) ¿En qué situaciones?

B.- Tipo de formación predominante (adiestramiento/aprendizaje) y percepción del

tipo de conocimientos que consideran más pertinente a su actividad.

B1: ¿Cómo te iniciaste en esta actividad?

B2: ¿Seguirías estudiando?/ ¿Porqué seguiste estudiando?

B3: Otras Instituciones discriminan las tareas que realizan las auxiliares de enfermería, las Enfermeras profesionales y las Licenciadas en enfermería. ¿Cuáles pensás que pueden ser los beneficios y/o los perjuicios de esta diferenciación?

C.- Características que adquiere en el Area el habitus organizador de la tarea enfermera (Pase de Guardia):

1: En esta área ¿Se realiza Pase de Guardia? ¿Cómo se lleva a cabo?

Se pretende comparar los datos obtenidos con los de la primer etapa, complejizando o repensando los supuestos sobre la dinámica del campo hospitalario y el habitus de Pase de Guardia. Se agrega en esta nueva etapa de investigación, las representaciones sociales de los subgrupos sobre la diferenciación de tareas establecidas legalmente. Estas representaciones, nos permitirán rastrear la valoración que los subsectores perciben del capital científico y científico técnico agregado por la escolarización y su relación con el capital práctico.

6. LA EMERGENCIA DE SITUACIONES Y LA BÚSQUEDA DE MODELOS DE ABORDAJE:

El abordaje de las entrevistas dentro del HIEMI, generó en el turno de la mañana, la negativa inicial a que éstas se realizaran en forma individual, aunque posteriormente fue aceptada esta metodología de trabajo.

El espacio y horario asignado por la Jefa de enfermeras para esta actividad, coincidía con el momento en que todo el grupo (auxiliares, Enfermeras y Licenciadas) toman el desayuno.

Luego de superarse la negativa inicial, se generó en tres oportunidades en que se intentaron tomar las primeras entrevistas individuales, interrupciones y discusiones.

Este material grabado, ponía de manifiesto diversas estrategias discursivas a partir de las cuales se confrontaban diferentes formas de describir la realidad de la enfermería. Motivo por el cual, se decidió incorporar estos fragmentos abordándolos como entrevistas grupales analizadas desde la perspectiva del análisis conversacional.

Debe tenerse en cuenta, que las interrupciones a las entrevistas que dieron origen a las discusiones entre sectores, sólo se produjeron en el turno de la mañana en los dos primeros encuentros. Este turno presenta características diferentes a los demás:

- a) Durante la mañana, se produce el encuentro del personal de enfermería con otras actividades profesionales no médicas (Trabajadores sociales, Kinesiólogos, Asistentes sociales, Psicólogos etc.).
- b) Las Jefaturas enfermeras, se encuentran presentes en este turno, conectan y coordinan actividades con el turno anterior y posterior en los Pases de Guardia mientras que el turno de 18 a 24 hs. funciona con encuentros esporádicos de la "Encargada" y la Jefa de Enfermeras del Area.
- c) La Jefa de Enfermeras, realiza la planificación general de tareas a la mañana. La Jefatura de Terapia Intensiva, según ambas Jefas funciona al mismo nivel de autoridad (la Jefa de Servicio es Enfermera profesional y la Jefa de Terapia Intensiva Licenciada en Enfermería) y es el único turno con una Jefa de Terapia intensiva asignada.
- d) A la mañana se adiestra al personal de enfermería que ingresa al área, debido a la mayor cantidad de procedimientos que se realizan en este horario.
- e) Es el único turno que muestra la especialización de algunas tareas enfermeras como la "extraccionista" (tarea asignada por la Jefa de Enfermeras a una Auxiliar de enfermería con experiencia práctica) y "Encargada en infecciones" (llevada a cabo por una Licenciada en Enfermería a pedido de la Médica Infectóloga del Hospital).
- f) Durante este turno, los médicos realizan el Pase de Sala.

7. TRATAMIENTO DE LOS DATOS DE LA SEGUNDA ETAPA:

La información de las entrevistas individuales, se agrupó según los temas: I) Estructura y dinámica del campo. II) La trayectoria laboral y la decisión de profesionalizarse. III) Los conocimientos prácticos y teóricos.

Para el análisis, se codificó la información en unidades de análisis significativas temáticas, diferenciadas por subgrupo de titulación (auxiliares, Enfermeras profesionales, Licenciados) utilizando el método de comparación permanente para su análisis (Glaser y Straus 1967).

ANALISIS DE LOS DATOS DE LA PRIMERA ETAPA

1. **LOS HABITUS:**

1.a. **Pase de Sala:**

Algunas enfermeras añoran los antiguos Pases de Sala, "(...)Los Pases de Sala eran palabra mayor..... Al Pase de Sala va el médico con todos los médicos (...) y todas las enfermeras y el Jefe de Enfermeros que explicaba lo que se había hecho y cada médico daba el diagnóstico, con las interconsultas ya hechas y los análisis o placas ya realizados, como que todos rendíamos examen... y el encargado de Sala Enfermero era muy respetado, estaba al lado del médico diciendo esto se hizo, esto no y porque... y se hacían las 11 o las 11,30 hs.". Y seguían los Pases de Sala." (E 158) "(...) Cada Pase (de Sala) era un examen y se aprende, se aprende..." (E 254)

Este habitus, es valorado como "Palabra Mayor", la más importante de todas las palabras a ser dichas, y asumida por ambos sectores, su puesta en juego parece constituirse en el punto de partida de la relación entre todos los sectores que participan en las Salas de internación.

La hablante, subraya que al Enfermero Jefe se le concedía un lugar al lado del médico, y además, todos rendíamos examen. Sin embargo, el Jefe Enfermero refería a que cosas se habían hecho y las que no, de las indicadas por los médicos. La descripción, parece referir a un espacio de supervisión que permitía justificar o no lo actuado por el sector enfermero. Por su parte, los médicos exponían sus diagnósticos. Se constituye entonces, un 'al lado' complementario y rígido dando explicaciones sobre prácticas indicadas por otro.

¿Porqué la entrevistada percibe esta relación como privilegiada, cuando la puesta en juego de este habitus parece restringir la práctica a la cura?. Tal vez, porque permitía explicar y así 'defenderse' ante la 'autoridad médica', o porque 'su visión' de la Enfermería no alcanza a incorporar otro tipo de prácticas, o porque le confería al sector enfermero un lugar dentro del campo hospitalario que le permitía 'distinguirse' de los sectores no profesionales.

La entrevistada observa que actualmente, en muchos sectores del Hospital, se le resta importancia a este habitus, según ella se organiza sólo en algunas Salas e incluso duda que se siga realizando: "el Jefe de Sala, tendría que estar controlando"(E 252b), "(...) no sé si tienen comunicación directa con el Jefe, si se entera como va o como no va y habla con los médicos de cada sector" (E 253). Tal vez, esta entrevistada, perciba cierta desmitificación de este ritual que para ella atenta contra el conocimiento mismo. Otras Enfermeras que iniciaron su práctica más recientemente, opinan que es una rutina inalterable "(...) es como el ABC, tiene que venir una catástrofe para que no esté (...) el Pase es sagrado, es sagrado para los médicos" (E 382).

¿Porqué una entrevistada con más de treinta años de actividad, percibe que los Pases de Sala ya no se hacen o su puesta es defectuosa, mientras que la otra que ha trabajado en la misma organización considera imposible que desaparezca?

La Enfermera 'nueva' (Licenciada), en un tramo de su entrevista dirá del Pase de Sala: "(...) *son muy enriquecedores y permiten la relación interdisciplinaria*" (E 384). Parecería que una añora estar "al lado" del médico Jefe como su complemento; la otra percibe la apertura de un espacio de enriquecimiento interdisciplinario que, para consolidarse, necesita abandonar la rigidez del ritual, componiendo una relación más simétrica que permita reflexionar y aportar conocimientos específicos de su profesión.

Algunas, que trabajaron como Jefas de Sala, dicen que debieron imponer a su personal a cargo la participación en este hábitus y que sólo aceptaron sobre la base de "subordinación y valor(...)ellas después empezaron a verse gratificadas y empezaron a ver que se les ofrecía un espacio que les permitía enriquecerse y también aportar, y después sí, eran capaces de sentarse con el médico, el recidente o con cualquiera". (E 380 a b). Se estima, que el espacio hay que ganarlo y para eso es necesario que el sector no se sienta intimidado ante la presencia del médico (E 361 c d).

Otras, se consideran defensoras de los pacientes y reflexionan sobre aspectos éticos derivados de esta práctica. Analizan la necesidad de exigir el consentimiento del paciente, sin el cual se pondría en juego la confidencialidad del diagnóstico y su autonomía (E 357, 361 e) constituyéndose en una forma de maltrato "(...) *maltrato físico, verbal, de expresión, de contacto (...)el hecho de no dialogar (...) de venir diez personas y hacer un tacto sin preguntar (...)*" (E 361 b)

Dentro del campo hospitalario, al ponerse en juego este habitus se genera una dinámica que organiza el funcionamiento de todo el campo. "(...) *Si se había dado una orden de análisis(...) tenía que estar informado y registrado en el Pase de Sala, si se habían pedido interconsulta, tenía que estar*" (E159). Su puesta en marcha, genera el resto de los habitus, ya sea como complemento: Pase de Sala (médico) / Pase de Guardia (enfermero); o en una relación de necesidad, dado que origina las indicaciones y derivaciones que ponen en funcionamiento todos los sectores técnicos, profesionales y no profesionales (rayos, bioquímica, farmacia, ropería camilleros etc.). Por este motivo, diferenciamos este hábitus como "**hábitus organizacional**" en el área de internación, es decir, aquel que además de posicionar los sectores dentro del campo y sostener la estructura de poder, define el funcionamiento de toda la organización e incluso es capaz de opacar objetivos institucionales que no surjan de él (por ej. Prevención).

Esto nos permite formular el primer supuesto: "**Dentro del campo hospitalario (con excepción del área de consultorios externos) el habitus de Pase de Sala se comporta como habitus organizacional, en tanto define el funcionamiento de todos los sectores, sus diferenciaciones y status con**

relación al médico y, además, genera el resto de los habitus puestos en juego, logrando incluso debilitar aquellos objetivos de la organización que no surgen de él"

1.b. La derivación:

Según la percepción de una entrevistada, el habitus de la derivación médica, limita la intervención de todas profesiones que actúan en el campo hospitalario: "(...) *las psicólogas no intervenían si no era por pedido médico, como que necesitan que otros las habilite para, (...) yo llevaba una interconsulta, que yo hinchaba bastante con las psicólogas en el caso de pacientes de alto riesgo obstétrico (...) ellas siempre me preguntaban ¿el paciente está de acuerdo? ¿Lo sabe el médico de obstetricia?(...)medio como que tenía que verbalizar lo que me había comunicado la psicóloga, pero no estaba en la historia clínica. Las Terapistas, ni pisaban la Sala.*" (E 385).

Cabe preguntarse ¿Porqué la hablante se percibe a sí misma como que "hinchaba bastante?. La sensación de molestar al otro, parece surgir del sentimiento que le generaba la interpretación de la valoración que tenían los otros de su imagen (Cooley, Ch 1902). ¿Porqué los otros le devuelven esa imagen?. Por un lado, podemos pensar que los profesionales de referencia, obran extrañados ante la propuesta desde el sector enfermero de intervención interdisciplinaria. Por otro, que desconocen su capacidad diagnóstica y por lo tanto desestiman su sugerencia. Pero más allá de los motivos, la necesidad de insistir para poder concretar una sugerencia que piensa válida desde su práctica profesional y la sensación de molestar por querer realizar bien su trabajo, muestra las dificultades para salirse del lugar asignado dentro del campo.

La entrevistada, no solo se percibe a sí misma relegada a un 'no-lugar' que exige ganarse un espacio, también se diferencia del resto de los profesionales no médicos que interpreta "*como que necesitan que otros las habilite para*". De esta manera, cuestiona el habitus de la derivación médica cuando, jugado desde la omnipotencia anula la intervención de profesionales que permitirían abordar de manera más eficiente el cuidado y cura de un paciente.

De los dichos, se infiere que el rol de coordinador del equipo de salud, social y legalmente legitimado en la figura del médico, cuando éste desconoce el trabajo interdisciplinario, ubica al sector médico en un posicionamiento de poder tal, que termina por constituir a la persona internada en una especie de 'paciente cautivo'. (basta pensar, que una persona angustiada, podría solicitar asistencia psicológica en consultorios externos, pero si ha sido internada depende de la derivación médica para lograr esa atención)

Presumimos que la derivación de tareas por indicación médica, participa de que las prácticas se conformen de esta manera. La indicación es percibida como



orden, que exige 'llenar el casillero' de lo solicitado por el médico. Como en los dichos de la entrevistada que añora los 'antiguos' Pases de Sala, la derivación parece la creación de dos funciones complementarias, que diferencian el 'saber para hacerle hacer a otros' y el 'hacer según fuera indicado por otros'.

El punto más conflictivo de la relación médico/enfermera se expresa en dichos que hacen referencia al "hábitus" médico de derivación. Ya se trate de la derivación de tareas al sector de enfermería a partir de indicaciones médicas, o derivaciones para interconsultas médicas, o la solicitud de intervención de otros profesionales no médicos; el "hábitus" de derivación suele generar resistencias y diferentes estrategias en el sector enfermero con el fin de lograr una relación más simétrica.

Frente al poder ejercido por el médico desde la derivación, algunos dichos hacen referencia a una forma de transgresión consolidada desde el poder de permanencia: "(...) *el poder de la permanencia, es terrible...le podés arruinar el tratamiento al mejor cirujano, nada más que por permanecer...por hacer o por no hacer ...*" (E 267 a). Estas conductas, muestran un alto grado de disfuncionalidad a la estructura del campo (desconocen el poder por omisión), y perjudican el plan de cura y la salud del paciente.

En otros casos, cuando el médico deriva al sector enfermero tareas, la enfermera puede "*ponerse firme*" (E 259, 269) y negarse a realizar las mismas si no fueron indicadas en forma escrita. (dada la problemática legal que implica la administración de calmantes sin autorización escrita). La necesidad de "*ponerse firme*" para poder "negarse a hacer" pone de manifiesto cierta complicidad habitual, basada en la confianza entre ambos sectores.

Algunas entrevistadas, expresan las presiones a las que son sometidas cuando se derivan prácticas y faltan elementos para garantizarlas: "(...) *entonces yo dije, no voy a preparar este citostático porque no hay como prepararlo adecuadamente, no hay flujo laminar, bueno, faltaban toda una tecnología específica como para poder realizarlo sin riesgos... y me contestaron que si no lo administraba estaba haciendo abandono de paciente, así que estaba en el conflicto entre la iatrogenia y el abandono de persona y nadie te cubre...*" (E 105).

En este caso el habitus de derivación, cede a la enfermera no solo llevar adelante la práctica, sino también la responsabilidad de los resultados, aún en conocimiento de que la técnica indicada sólo podía llevarse adelante en condiciones inadecuadas que implicaban un riesgo para el paciente.

Estas situaciones, exigen de una gran firmeza de carácter para su resolución: "*Yo exigí que se consultara a los padres si estaban de acuerdo en que realizara la práctica en estas condiciones, ya habíamos tenido un problema por la muerte de un bebé en Neonatología... Yo personalmente conozco la enfermera y es una enfermera de diez... el error seguro que no fue de ella. Ahora, ¿qué pasó?, No se sabe... y creo que no se va a saber nunca...*" (E106). El dicho expresa, tanto el desvalimiento institucional del sector enfermero, como la presunción de protección a ultranza al

sector médico por parte de la organización. La falta de acciones para deslindar responsabilidades en casos de mala praxis, hace que el sector enfermero se perciba como el más vulnerable.

En la segunda forma de derivación (incorporación de otro profesional a un caso) también se observa la lucha de poder que se pone en juego. Legalmente la facultad de coordinar al equipo de salud corresponde al médico y queda a su criterio la decisión de que profesional debe o no participar de "su" plan de cura. Pero ocurre, que la presencia constante de la enfermera y la valoración que esta hace de aspectos no biomédicos, le permiten observar ciertos signos que sugieren la necesidad de intervención de otros profesionales.

Frente a esta situación, algunas consideran que deben "*valorar y sugerir*" (E 299, 301 a). Otras expresan que "*(la derivación) Reglamentariamente es el médico, pero la detecta la enfermera. Otras veces cuando vemos ciertas cuestiones les sugerimos directamente a la gente que se acerque a Servicio Social o a Psicología y después pedimos la derivación, pero la autoridad para derivar es del médico. Aunque 'por atrás' trabajamos hem... porque se trabaja bien con Servicio Social, con Psicología, ¿viste? Porque siempre tenemos al médico hegemónico que en todas las profesiones... Le pasa a Psicología y a Servicio Social, entonces es como que bueno, siempre nos manejamos así, pero la derivación la hace el médico"* (E 21). El dicho nos muestra, cómo el poder que les confiere la permanencia se traduce en la sustitución del médico para poder desarrollar una tarea interdisciplinaria.

¿Porqué no sugerir al médico la derivación? ¿Todos los médicos se negarían a una sugerencia de la enfermería basada en un diagnóstico justificado?. Podría pensarse que estas conductas, surgen de percibir como desvalorizado el diagnóstico enfermero por parte del médico, y que éste sólo puede ejercitarse como hecho consumado. La noción de '*hegemonía médica*' justifica la estrategia de enlazar a todas aquellas profesiones surgidas bajo la misma, en un trabajo '*por atrás*'. Sin embargo, este '*trabajo por atrás*' colabora con asentar como hecho naturalizado e inquebrantable las relaciones de poder percibidas y obstaculizan su transformación. En esta estrategia, el poder de '*hacerle hacer*' al otro, se invierte momentáneamente. ¿Porqué este juego no genera conflictos?. Tal vez, porque al no registrarse en informe formal alguno, el trabajo diagnóstico de la enfermera pasa a constituirse en trabajo diagnóstico del médico.

En otras situaciones, la reversión transitoria de poder en la dupla médico/enfermero genera resistencia por parte de los médicos. Este es el caso de las '*emergencias*', donde es la enfermera quien reclama la presencia médica. Al respecto, una de las entrevistadas describe su experiencia en obstetricia. La solicitud de intervención médica, cuando surgen emergencias o controles que permiten cierta dilación, genera resistencia por parte de los médicos y exige de la insistencia del sector enfermero antes de ser realizadas. Parece ser éste el motivo por el cual la hablante describe su relación con los obstetras como "*difícil o conflictiva...*" (E 76) sobre todo de noche porque "*(...) era muy difícil sacarlos de la cama para que fueran a controlar... era toda una historia.*" (E 77)

De lo analizado, surgen los supuestos segundo y tercero: ***"El habitus de la derivación, consolida los posicionamientos de poder dentro del campo hospitalario, perpetuando en su puesta en práctica la hegemonía médica"***.

"El poder surgido de los conocimientos o valoraciones enfermeros, al no expresarse en un diagnóstico o informe formal, confirma y sostiene la estructura del campo existente, transfiriendo el trabajo diagnóstico enfermero al diagnóstico médico"

Esta conflictiva relación, pone en evidencia la necesidad de encontrar un espacio que permita a la enfermería ejercitar su rol, creando relaciones más simétricas donde sea reconocida y valorada su actividad profesional.

En instituciones donde existe la discriminación de tareas de los sectores enfermeros, según sean éstas Licenciadas, enfermeras profesionales (Hospital de la Comunidad) las profesionales enfermeras, suelen derivar ciertas tareas al sector de auxiliares (E 317 a). Por otra parte, parece más habitual, el pedido de intervención de otros profesionales que luego legitima el personal médico (E 302, 321, 327).

Como vemos, pueden observarse dos tipos de transgresiones que se diferencian según el grado de funcionalidad con la estructura de poder existente, y aunque circunstancialmente niegan un posicionamiento inferior en la relación complementaria con el médico, a pesar del poder que les confiere la permanencia no logran transformar la estructura.

1.c. Pase de Guardia:

El Pase de Sala y sus derivaciones organizan el funcionamiento institucional al derivar las tareas a los distintos sectores, por su parte, el Pase de Guardia, es realizado por el sector enfermero al finalizar un turno y consiste en la transmisión al turno entrante (pie de cama) del cuidado ofrecido a los pacientes atendidos.

Sin embargo, se describe que: *"(...) lo que pasa es que enfermería nunca escribe, cuando yo estuve se fue desarrollando una cultura porque leían a sabiendas de que algo iban a encontrar(...)"*(E 379 f), *"el Pase de Guardia (...) evalúa el estado del paciente, se aprovecha para hablar con la persona, observar venopunturas, canalizaciones, (...) y esto no se quería hacer nunca, (...) y lo único que se hacía era leer el parte médico (...) y apenas lo que yo lograba era donar unos minutos cuando ingresaba el otro turno y que alguna dijera 'andá vos', como diciendo 'andá vos a escuchar a esta loca'(...)"* y, además *Por la satisfacción de ver el trabajo concluido, parcial por cierto (...) porque yo no trabajo sobre una sonda, sino por le bienestar de un paciente, entonces si está aliviado, eso es lo que voy a ver (...) es como armar la torta y no verla cuando la sacás del horno!*, (E 379)

La metáfora utilizada (¡es como armar la torta y no verla cuando la sacás del horno!), Muestra el proceso de alienación con que se desarrolla la práctica enfermera, "armar la torta" implica algo más que seguir los pasos consecutivos de una receta, es un proceso que no se restringe al "*trabajo sobre una sonda, sino por el bienestar de un paciente*,". El salirse de la indicación médica, o mejor, integrarla en su plan de cuidado, le permite a la hablante encontrar relevancia a su práctica y al paciente.

La posibilidad de rescatar 'lo suyo' al ubicarse como parte de un proceso integrado, le permite 'distinguir' su práctica de las del resto del sector. Sin embargo, la hablante percibe una valoración de su imagen de parte de sus 'pares' que tendía a excluirla del grupo: *'andá vos a escuchar a esta loca'(...)*. ¿Porqué el deseo de observar y transmitir la eficiencia del trabajo realizado se rechaza?, ¿Porqué esta práctica se desestima? ¿No se cree apropiada? ¿La satisfacción de 'ver la torta' le corresponde a otro? ¿A quién?. Si la actividad quedaba restringida a la lectura del Parte Médico ¿Quién otro más que él debía ver la torta cuando la sacaban del horno?

La misma entrevistada observa, que la mayoría de las Enfermeras, realizan sus prácticas de manera rutinaria e irreflexiva "*(...) existía el hábito de preparar la medicación al ingreso y a veces medicación que era administrada después del tiempo de vencimiento, entonces (...) tenía que llamar a farmacia y al médico de guardia para hacer una receta nueva, había cosas muy jorobadas (...)*" (E 370 e). Además, afirma que la rutina puede llevar a que la tarea se cumpla solo parcialmente: "*(...) lo que tiene que ver con la enfermería es el diagnóstico enfermero y los patrones funcionales. Y esta es una gran ausencia, se trabaja sobre diagnóstico médico, preparan la medicación y medican y allí se le acabó la historia (...) lo único que suelen hacer es valoración física (...) para llenar el casillero (...) y nunca frecuencia respiratoria, parecería que los pacientes no respiraran*" (E392 d) "*además, no correlacionan con la medicación, ni con la situación*" (E 393).

Varias hablantes observan que las enfermeras no tienen hábito de escribir. Las características descriptas del hábitus de Pase de Guardia, nos permite componer nuestro cuarto supuesto: "***El lugar asignado y asumido por la enfermería desde el hábitus de derivación, estructura su Pase de Guardia a modo de complemento rígido de las prácticas médicas, ordenada según pares opuestos: escribir / decir; planificar / hacer; autoridad / sumisión; reflexión / rutina***".

La conducta de escribir sus evoluciones hizo que: *cuando yo estuve se fue desarrollando una cultura porque leían (los médicos) a sabiendas de que algo iban a encontrar(...)*(E379f). Donde los médicos, tenían en cuenta su trabajo.

El análisis de estos dichos muestran conductas discriminadas del rol enfermero y a la vez no funcionales a la estructura del campo, pero sí a la función del cuidado. Estas conductas, que permiten aportes enfermeros a la construcción de conocimientos interdisciplinarios y la posibilidad de crear un espacio propio al participar de los Pases de Sala con sugerencias, parece haber generado tanto la

discriminación de sus funciones como un tipo de interacciones más simétricas con el sector médico.

Entonces, el juego de poderes que se da a partir de implementar el habitus de la derivación, genera estrategias de resistencia por parte del sector enfermero que se expresan en transgresiones de **tipo disfuncional** (quiebre del habitus por "no hacer") y **transgresiones funcionales** (hacer según el diagnóstico enfermero con posterior legitimación médica). Pero también, lo que podríamos llamar, intervención autónoma, que implicaría una práctica disfuncional a la estructura de poder del campo, que genera una relación más simétrica y la incorporación de conocimientos específicos de la enfermería.

De las tres estrategias descritas, la primera incide no sólo en las posiciones de los sectores, sino fundamentalmente en el paciente que no recibe el cuidado necesario, mientras que las otras coinciden en beneficiar al paciente y se diferencian, en la posibilidad o no de modificar la estructura del campo y diferenciar el rol enfermero.

1.d. Suplir:

Las hablantes, suelen adjudicar al exceso de tareas, a la falta de personal, a la ausencia de coordinación en las acciones y a la situación de urgencia, el motivo por el cual el sector enfermero no lleva adelante todas sus funciones. Estas mismas causas, llevarían a que el sector se vea obligado a suplir, no sólo a los sectores profesionales por las derivaciones de tareas indicadas, sino también a los grupos no profesionales.

La permanencia del sector enfermero en todos los turnos, hace que algunas veces los médicos opten por realizar acuerdos con algunas de sus jefaturas permitiendo prácticas que no les son específicas si la urgencia lo demanda (E 318 b)

La suplencia entonces, se constituye como habitus desde la derivación de tareas profesionales, y se fortalece a partir de las rotaciones del personal por diferentes Áreas para suplir colegas en prácticas que no le son habituales donde no se tiene en cuenta su formación específica (E 364 b). Pero la característica de este habitus, es su capacidad de generalizarse y naturalizarse, arraigándose como constitutivo del rol, "(...) *están ocupadas en muchas cosas (.....) que se produce una desvirtuación de tareas (...) la enfermera termina haciendo de todo, si no hay camillero, termina llevando la camilla, no funciona el guardarropa, termina contando la ropa (.....)*(E 112).

Podemos entonces pensar, nuestro quinto supuesto: ***"El lugar asignado a la enfermería como complemento /sustituto del médico, generaliza y naturaliza el habitus de suplir, tanto prácticas profesionales como no profesionales dentro del campo hospitalario"***.

1.e. La Visita:

Una de las entrevistadas, al describir las conductas del sector de enfermería, observa que en general no hablan con otros sectores profesionales a excepción de las Nutricionistas pero "(...) las nutricionistas tampoco se hacen allí un espacio en consultorio externo, pero en las salas pasa, y levantan la indicación del médico, (...) ni siquiera se acercan a la cama del paciente y de hecho son ellas las que tienen que saber, tolerancia, preferencia, pero tampoco lo hacen, a veces la enfermera les dice" (E 389)

La hablante, percibe otras actividades profesionales del campo hospitalario con la misma impotencia que su sector para lograr un espacio autónomo y efectuar su propio diagnóstico. Observa la autolimitación de las prácticas profesionales no médicas, en las Salas de internación, al restringirse a la indicación del médico. El "pero" interpuesto en el dicho, introduce como atribución de causa, el sometimiento al habitus de la indicación que marcaría la posibilidad de 'diferenciarse' sólo fuera de este campo. Este habitus, parece funcionar a modo de 'orden' donde el 'paciente' desaparece como persona. Son ellas las que tienen (¿tendrían?) que saber, tolerancia, preferencia, pero tampoco lo hacen. ¿Qué otra cosa más que la dinámica entre los distintos grupos profesionales en su encuentro en el cuerpo del paciente puede explicar esto?. Parecería que las formas de abordaje de las profesiones no médicas, partieran de percibir a la persona internada de 'propiedad' médica, el único interlocutor válido es éste o en su defecto, quien es visualizado como su complemento/sustituto: el sector enfermero.

Por otra parte, ni siquiera se acercan a la cama del paciente. A pesar de la valoración negativa del dicho el ni siquiera parece ubicar la 'visita' como la 'unidad de medida' del status profesional. ¿Cómo logra una actividad dentro del campo hospitalario mantener su jerarquía profesional si la 'visita' no se cumple? : a veces la enfermera les dice. El decir 'a veces' de la enfermera, nos revela dos cuestiones diferentes: Por un lado, nos evidencia la sustracción de conocimientos al sector enfermero, ya no desde la indicación médica (cuando se deriva desde la enfermería, legitimando posteriormente por indicación médica) sino a partir de la suplencia esperada e implícitamente exigida. Pero, por otro lado, a veces no es siempre, por lo que suponemos que estos conocimientos son parte, de cierto capital acopiado por la enfermería, un capital valorado y que en ciertas situaciones no es puesto en juego por el sector.

2. LOS HABITUS COMO ESTRUCTURADORES DEL CAMPO:

El poder de 'hacerle hacer' a otro, que se genera a través de la derivación, organiza una escala de jerarquías que ubican los diferentes sectores dentro del campo hospitalario. Por su parte, el habitus de 'visita' y su contrapartida enfermera

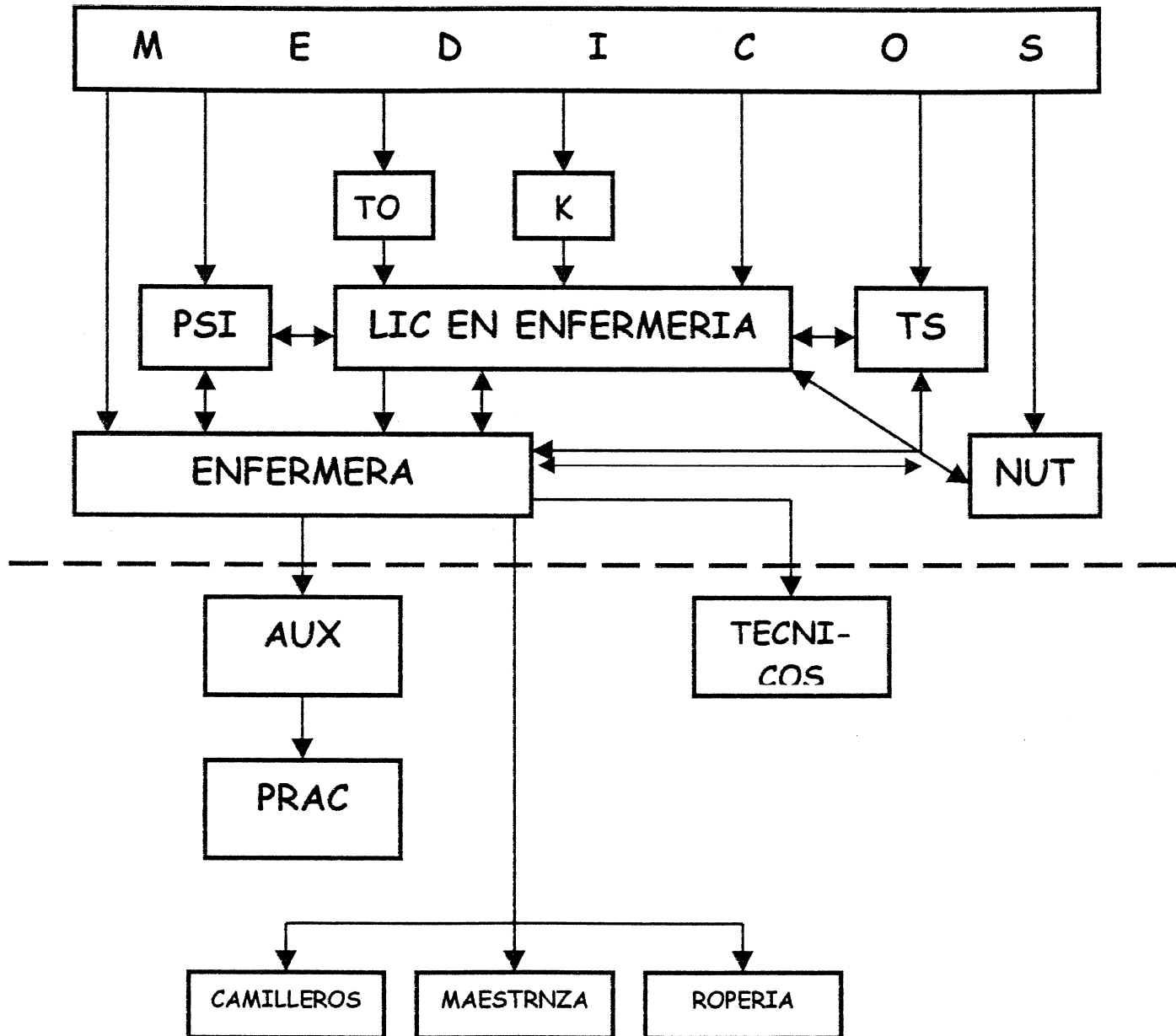
('suplir') refuerzan los posicionamientos de los sectores profesionales. El personal médico se ubicaría en una posición superior, debido a la puesta en práctica del Pase de Sala dado su carácter de 'habitus organizacional' por las derivaciones que se generan en él.

Teniendo en cuenta estos aspectos, organizamos un diagrama de la estructura del campo hospitalario en función de la capacidad de derivación, para una organización que cumpliera con la ley profesional de enfermería. (pag. 35).

Las flechas en un único sentido del diagrama, muestran la mayor jerarquía de un sector con relación a otro debida a su posibilidad formal de derivar tareas.

De los dichos de las entrevistadas (Zonas grises pp.63) se desprende que ciertas actividades profesionales cuya participación en el área de internación puede ser solicitada por el médico (Psicólogos, Asistentes sociales, Nutricionistas) no derivan tareas al sector de enfermería y suelen ofrecer información que este sector puede integrar a su diagnóstico, creándose así una relación más simétrica expresada en flechas de doble sentido. La línea punteada en el diagrama, diferencia las actividades profesionales de las no profesionales.

**ESTRUCTURA RELACIONAL DEL CAMPO HOSPITALARIO
DEFINIDA DESDE EL PODER de DERIVACION DE LAS
PRACTICAS Y EL NIVEL DE TITULACION DE LAS
ACTIVIDADES QUE PARTICIPAN DE ÉL**



REFERENCIAS.:

TO: Terapistas Ocupacionales; K: Kinesiólogos; TS: Trabajadores Sociales; PSI: Psicólogos; AUX: Auxiliares de enfermería

PRAC: Prácticos.

Las flechas directas, muestran los posiciones de poder por derivación. Las flechas de ida y vuelta corresponden al intercambio de información que genera relaciones más simétricas con profesiones que habitualmente no derivan sus prácticas al sector de Enfermería.

2. LUGAR ASIGNADO Y ASUMIDO (*Marginal. Servil. Inofensivo. Subordinado*)

Las entrevistadas, describen el origen histórico de su actividad profesional ligado a la prostitución, el alcoholismo y los escasos recursos económicos, aspectos que consideran una "marca" histórica (E 343) que sostiene su imagen desvalorizada (E 286 e, 289 a b c, 343, 344 b). Estas descripciones son el producto de relatos atribuidos a sí mismas o lo que perciben se les atribuye.

Se cree que, este lugar al ser asumido, generó relaciones de corte servil hacia el médico. En la actualidad estas interacciones conflictivas se expresan, por ejemplo en la ironía con que desvirtúan peyorativamente el concepto de "para médicos": "(...) *los médicos piensan que somos para (los) médicos*" (E: 132). Y también, en incisivas respuestas: "(...) *y venía éste y una vez me dijo: ¿A Ud. no le enseñaron que tiene que atender al médico? Y yo contesté: ¡No! a mí me enseñaron que tengo que atender al paciente...*"(E133)

Una de las hablantes expresa: "(...) *antes el médico estaba en el nivel, digamos de 'Jefe', nosotros los llamábamos 'Feudos'; pero esos médicos defendían su personal... no permitían que se los toque, y por ende enfermería respondía a eso... Si alguien decía que necesitaba una enfermera para cubrir otro sector, no lo permitía e incluso los médicos de otro sector no se metían y siempre respetaban que decían los encargados de enfermeros de Sala...*" (E: 255) Una de las entrevistadas observa que "(...) *se crea esta figura hegemónica y después nuestras Señoritas fueron creadas para el Señor*" (E 290).

El dicho (255), es emitido por una Enfermera profesional que comenzó su actividad cuando las Jefaturas enfermeras eran conducidas por religiosas. La referencia, muestra una relación 'Jefe' (médico) /'Encargado' (enfermero), y la jerarquía entre ambos sectores. El 'antes', inscribe en el poder de decisión del sector médico, algunas cuestiones que actualmente son de incumbencia de las Jefaturas enfermeras (organización de francos y rotaciones). Si bien la hablante describe esta estructura de relaciones como feudal, también muestra los beneficios que obtenían: *no permitían que se los toque, y por ende enfermería respondía a eso... y siempre respetaban que decían los encargados de enfermeros de Sala...*"

Ciertamente, todo 'antes' define un después y si se rescata como beneficio que el personal no rote de su sector de trabajo y que se respete las opiniones de los encargados de Sala, debemos inferir que actualmente las Jefaturas enfermeras carecen de la autoridad necesaria como para sostener estas cuestiones.

Si bien, los términos 'Feudo' o 'Señores', se emplean para describir situaciones pasadas, se percibe a algunos médicos como "*agrandados*" (E 133 b) o "*difíciles*" (E 76 b). Mientras que cuando analizan el lugar que se le asigna a su profesión, la raíz histórica de dicha relación suele convertirse en causa explicativa. (E 31,34,35,123,132,133 b, 255, 289 a b c, 290 b)

Algunas piensan, que su grupo *"daba(mos) la impresión de no ser peligrosas"* (E86 a) y éste el motivo por el cual la Carrera pudo asentarse en la Universidad durante el proceso militar. Aunque: *"De todos modos, tuvimos una compañera desaparecida, que trabajaba en una clínica y nunca más"* (E: 86 b). Referencia, que sólo es compartida por aquellas que estudiaron durante la época del proceso militar y es desconocida por las entrevistadas que se formaron a posteriori.

Parecería que, la creación de la Carrera, después de que la Junta Militar hizo 'desaparecer' otras (Psicología, Sociología, Ciencias Políticas) colabora en la organización de un núcleo figurativo de la representación social de la enfermería, sobre el esquema 'inofensivo'/'ofensivo'. La 'Enfermería', se consolidaría como profesión 'inofensiva' en contraposición a aquellas otras profesiones 'desaparecidas' que colabora en consolidar su in – significancia y sumisión.

Por otra parte, las Licenciadas que no provienen de familias donde esta profesión es habitual, relatan que sus familiares o amigos comparaban el tiempo de titulación de su actividad con la de los médicos y marcaban la diferencia de status social *"(...) venía cargada de cosas y me decían: ¡Con todo ese estudio! ¿Porqué no hacía otra cosa?"* (E2a) *"(...) ¡pero nena...! ¡Con tantos años que estudiaste te podrías haber recibido de médico!"* (E 50). *"¡Tanto estudio... trabajas todo el día y mirá lo que ganás!"* (E 51 a).

Algunas, perciben que los médicos creen que la profesión enfermera es una subprofesión médica: *"Bueno, ellos lo ven como una síntesis de la medicina, como si le hablaran a un pequeño médico"* (E: 93). Percepción, que parece ser también la causa a partir de la cual los médicos ubicarían a la enfermería, como subprofesión en relación a las otras profesiones no médicas: *"los médicos sugirieron poner una socióloga y no una enfermera, argumentaban que no podía compararse"* (E123 b).

Como vemos, en los dichos atribuidos a familiares y amigos la forma de valorar la profesión enfermera, mantendría la misma lógica que le atribuyen a los médicos. Lógica que se daría a partir de: 1) tomar como unidad de medida la profesión médica, 2) percibir la profesión enfermera como un auxiliar del médico, 3) establecer una 'escala jerárquica de profesiones' por comparación con la unidad de medida y 4) establecer el valor social de las profesiones comparadas y medidas. Ciertamente, para poder 'comparar y medir' se hace necesario tener en cuenta un único tipo de conocimientos: el biomédico.

La profesión médica, se diferencia por su capacidad de curar. Por lo que deberíamos deducir, que a partir de esta lógica de mediciones y relaciones, la jerarquía profesional, se da, según la puesta en juego de una mayor o menor cantidad de acciones ligadas a esta práctica. ¿En qué medida esta lógica y las valoraciones que produce, está difundida dentro del sector enfermero, y dificulta la profesionalización al no poder diferenciarse desde las prácticas de cuidado?.

Algunos relatos describen que *"(...)hay trabas, tanto que nuestra ley que acaba de ser reglamentada en la provincia; Donde se especificaba en un artículo*



donde las enfermeras podíamos dirigir y conducir instituciones, y justo ese artículo se sacó... ellos tienen muy claro que la enfermera puede hacer docencia, puede hacer investigación, pero no-dirección... Eso ideológicamente te marca una manera de ver que todavía hay que cambiar, yo creo que hay que cambiar" (E 294).

Esta entrevistada, habla de la 'claridad', con que 'ellos', 'justo' le impiden a la enfermería ser parte de instancias de poder. ¿A qué 'ellos' hace referencia?. Aquellos que tienen la facultad de transformar un proyecto de ley provincial, son los miembros del poder legislativo de la Provincia de Buenos Aires. Sin embargo, la postura 'ideológica' no responde a intereses específicos del Poder legislativo, sino al sector que tradicionalmente se ha hecho cargo de la Dirección de las organizaciones de la salud. Este 'ellos', hace alusión entonces, al Poder Médico y organiza sus dichos en diálogo con él.

Otra hablante expresa: *"al Equipo de Salud le molesta que pensemos" (E 352).* Esta hablante, toma referencia un caso en que a partir de una demanda judicial *"(...) van a buscar la historia clínica y el único informe que encuentran coincidente con lo que había pasado es el de una estudiante de enfermería(...). Según los médicos la paciente estaba bien y para darse el alta."* (E: 354). Como vemos, lo que se rescata, es una mayor vigilancia de las valoraciones relacionadas con las prácticas ligadas a la cura.

El insistente diálogo con el sector médico, parece mostrar a cada paso de nuestro análisis las dificultades de la enfermería para encontrar un espacio social identificado como propio, desligándose de la competencia con un sector que se percibe tan sobrevalorado como rival.

Los dichos, permiten inferir que el lugar asignado socialmente a esta actividad percibido por las entrevistadas, refleja a modo especular las características que algunas consideran propias de su grupo de pares: baja autoestima, inseguridad en sus conocimientos, sentirse diferentes y ajenas al resto de los profesionales de la salud. (E 33, 34 a c, 35 a b, 264 f.265, 289, 386 b c, 387 a, 388). Se percibe que el grupo *"tiene miedo a decir que no"* (E35 c), y su inseguridad genera, la necesidad de ser apoyado incondicionalmente por el grupo de pares, por *"miedo a ser expulsado del grupo"* (E 374 b).

Una de las hablantes describe las consecuencias de estas cuestiones en sus prácticas: *"(...) todos juntos, en bloque, sin importar si hace falta (...) lo que sea, (...) todo al mismo tiempo (...) es como una pasada en procesión y después van todas juntas al Office y la Sala queda desierta (...) pero hay mucho que hacer, por ejemplo en lo que hace a la valoración de los pacientes, la información incidental, observar en los horarios de visita cómo es la relación de los visitantes con los pacientes..."* (E: 377). En otras palabras, quedaría fuera todas las valoraciones que refieren al P.A.E.

La inseguridad y el temor, fomentarían acciones naturalizadas que impiden la reflexión sobre sus prácticas.

Una de las entrevistadas, observa que este tipo de prácticas, funciona a modo de "conductas defensivas" para mantener al grupo homogéneo. Por otra parte, la necesidad de sostenerse en un grupo indiferenciado hace que: "(...) cuando uno se para de manera diferente frente a estas cosas, uno también se expone. Hay temor a exponerse, y de esta situación uno puede salir realmente dañado, si no está seguro de lo que está haciendo y a dónde va" (E374 f g), cualquier miembro del grupo que intenta una reflexión crítica, suele recibir el nombre de "conflictivo" (E 374 a d, 375, 377, 388). Como vemos, la inercia provocada por la dinámica instalada dentro del campo, lleva a la exclusión de cualquier miembro 'innovador' desde el mismo grupo de pares.

3. LA IDENTIDAD PROFESIONAL

En contrapartida al lugar que perciben se les asigna socialmente; algunas de las hablantes acentúan rasgos de la actividad, como el altruismo, la abnegación, la heroicidad y cierta raigambre aristocrática de algunos de sus antecedentes históricos. Nombran a las 'Damas Patricias', a Fabiola, Florence Nightingale, los Caballeros Teutónicos, las Sanadoras, los Chamanes, y en el país a Camila Rolón y la Dra. Grierson, (E 283 a b, E288)

Estas descripciones intentan, al seleccionar otros datos históricos, transformar desde los orígenes la posición social asignada: "(...) parece que los enfermos y los pobres han sido objeto de cuidado de la gente poderosa, porque parece que la gente estaba cansada de las cosas superficiales, como que salen de lo superficial cuidando enfermos y pobres es como que se curan, es como que uno pasa a ser mejor persona". (EE 288 b.c). En este dicho, se consolida el proceso de vulgarización de un conocimiento de la filosofía estoica. Esta vulgarización, propia de todo conocimiento del sentido común, se logra a partir de personificaciones que permiten sostener atribuciones sociales a este rol, donde el esfuerzo y el renunciamiento personal se convierten en virtudes altamente valoradas que "están entre la abnegación y lo heroico" (E 288 e).

La miniteoría del sentido común configurada por estos personajes, naturaliza la actividad en espacios laborales inadecuados, convierte el exceso de esfuerzo físico en virtud, y posiblemente incida en generar habitus (suplir al personal profesional y no profesional) que al ponerse en práctica resulten funcionales a la estructura del campo.

Las virtudes que se acreditan, definen actitudes que no pueden articularse a nociones teóricas desarrolladas por las nuevas escuelas enfermeras como el 'autocuidado', dado que perfilan una práctica donde los que se 'curan', son los cuidadores.

Especialmente la enfermera egresada de la Cruz Roja internacional (Escuela que tuvo como objetivo la formación de enfermeras para la intervención en

catástrofes y guerras), valoriza las actitudes que se desprenden de esta representación social (E 150, 151, 248). En sus dichos, la hablante expresa como rasgo deseable en su actividad profesional "(...)que no están mirando si les corresponde o no les corresponde hacer una cosa u otra, bueno dispuestos al esfuerzo..." (E 248). Nos preguntamos ¿cómo podría consolidarse como profesión la actividad, si las conductas valoradas tienden a diluir los límites de la misma?

Estas 'virtudes', fueron el perfil con que se seleccionaban las aspirantes a enfermeras en las primeras Escuelas, que funcionaban a modo de internados. Aunque actualmente, los dormitorios construidos con este fin son ofrecidos como posible vivienda de opción libre. Al respecto, se estima que la última Escuela de Enfermería que funcionó con internados fue en Córdoba hasta el año 1978 (E 65)

Una de las hablantes, describe tres aspectos como formadores de la identidad del rol enfermero, a lo largo de la historia. Primero como mujer, a quien socialmente se le atribuye el cuidado de la salud (E 283); luego como encargada del cuidado espiritual, llevado adelante por las religiosas en los primeros hospitales, donde ir "abandonando los placeres" (E288) marcaría los rasgos esenciales de esta práctica (E 283), y finalmente el rol laboral sin que pueda percibirse aporte alguno de este

ionan la "vocación de servicio" como único rasgo distintivo (E embargo, parecería que la influencia de la práctica religiosa y la e guía la organización del campo representacional, hace que s como las responsables de brindar el mejor servicio más allá tes (E351e). Una de las hablantes compara su profesión con o que mantiene las mismas 'virtudes' "(...)uno tiene que ser lo ver el perfil profesional aunque no tengas los recursos, uno si fuera una especie de Mc Giver(...)". (E 348 d).

en reafirmar los componentes estoicos con que se significa la s conocimientos científicos, lo que lleva a que algunas se de los pacientes"(...)dentro de nuestros principios éticos está los derechos del paciente, (...) lo que es la justicia, la e es la autonomía, (...)". (E 362)"(...). ¿De qué o de quién uepen defender a su paciente? La respuesta no tarda en llegar: "(...)En salud, se trabaja mucho con lo que podría llamarse la 'radio pasillo', a veces se habla de un paciente con nombre y apellido en el ascensor(...)Tienen que tener conciencia (los estudiantes) desde que se forman del valor del secreto profesional(...)". (E 362). El dicho se diluye en la respuesta, pues *En salud*, engloba a todos los sectores que participan de estas prácticas, una vez más 'la Enfermería' se constituye en el sector a través del cual puede denunciarse la injusticia.

Sin embargo, las críticas, en la mayoría, de las hablantes no apunta a una transformación de sus prácticas: "Nosotras nos manejamos teóricamente por el PAE, aunque en realidad es muy difícil implementarlo, nunca tenemos mucho tiempo como para poder formalizarlo y, además, es difícil implementar cambios" (E 322c)

Sin dejar de tener en cuenta la deficiente composición de personal dentro de las organizaciones hospitalarias: ¿Qué tipo de 'haceres' completan el tiempo, si lo que teóricamente organizaría sus prácticas (PAE) no puede ser implementado por falta de tiempo? ¿Por qué son tan difíciles los cambios para que esta profesión se desarrolle según lo que 'teóricamente' se supone que es?

De la comparación de los dichos de este ítem con los surgidos en los habitus y superposición de las prácticas, inferimos que la noción de tiempo, para estas profesionales, se estructura a partir de dos momentos que conducen a su ontización: 1) al no integrarse las prácticas indicadas por otros profesionales en un plan general de cuidado explícito, se percibe como una dimensión imposible a ser dominada. 2) A partir de esta sensación de que el tiempo se encuentra fuera de su esfera de voluntad, se lo experimenta, como una entidad con vida propia. Un tiempo lleno de 'haceres' indicados por otros, que subordina y vacía el espacio que debería ocupar el rol enfermero.

Esta alienación del rol, parece fortalecer las rutinas y generar la sensación de desborde: *"No, pacientes desde que yo estoy aquí, siempre hubo muchos, tanto en la Sala de Clínica - porque este Hospital después se transformó en Materno Infantil -. ¡Y la Sala de Pediatría! era un desborde(...) eran muchísimos!"*(E 160)

¿Sólo el hecho de que los pacientes eran 'muchísimos' fue lo que generó la sensación de desborde? El hecho de que el hospital cambiara la población a ser asistida transformándose en Materno Infantil: ¿No implicó una transformación de las prácticas del cuidado?. La hablante aclara que pacientes siempre hubo muchos, sin embargo, al cambiar el tipo de pacientes pasan a ser: '*muchísimos*' ¿por qué el uso de esta maximización discursiva?

Más significativo que lo que se dice, resulta lo que no es dicho: También se debieron cambiar las prácticas enfermeras, se necesitó de nuevos conocimientos y de un tiempo de entrenamiento del personal, sin el cual cualquier cantidad de pacientes asignados podían convertirse en 'muchísimos' al margen de la relación de enfermeras disponibles por número de pacientes, que pudo ser objetivamente deficiente.

Otros dichos, apuntan a justificar la reducción de áreas de incumbencia de la profesión, también a partir de la ausencia de tiempo: *"(...)No tenemos tiempo. En atención primaria... yo trabajé un año en atención primaria, que yo salí con todas las expectativas y me dije 'voy a hacer educación para la salud', voy a salir a la comunidad... y no podés salir... La demanda que tiene la enfermería en atención primaria... es imposible, no tenés tiempo para ir a ver como está la señora de al lado... eso de salir a la comunidad!"* (E 39c). *"Porque allí, además de soportar una demanda inmensa, además, te otorgan tareas que no son de tu incumbencia"* (E 40, ZG) *"Dar turnos, tareas administrativas, la parte de esterilización, que acá(HIEMI) por ejemplo tiene un equipo técnico -hacen un curso de un año creo- o la parte de Farmacia"* (E41; Zonas Grises)

Esta secuencia de dichos emitidos por una Licenciada en enfermería, nos muestra como el rol asignado socialmente a esta actividad y los habitus (sustitución) puestos en juego en los espacios institucionales, impiden definir la identidad profesional del rol enfermero en sus áreas de incumbencia y generan zonas de superposición de prácticas. Pero también muestra, que la práctica se piensa en solitario al estilo de *Mc. Giver*, impidiendo organizar proyectos interdisciplinarios donde la Enfermería comunitaria tendría mucho por decir y hacer.

Por otra parte, virtudes como abnegación y esfuerzo parecen sostenerse a partir una formación ligada a la urgencia. La mayoría de las entrevistadas (E 151, 268 b, 269 b, 364 d, 367b), describen haberse sentido atraídas en sus comienzos por el trabajo en Urgencias o las prácticas que invaden el cuerpo del paciente. Algunas le atribuyen a los estudiantes esta predisposición (E 1 c, 4 a). ¿Qué se podría deducirse de la predilección por este tipo de prácticas?. Cuando se trabaja en Urgencias, la enfermería se encuentra en una relación de máxima dependencia con el médico. El cuidador, está obligado a superar el cansancio físico, pues de esto depende la posibilidad de sobrevivir del paciente, y el rol enfermero se consolida sobre la base de prácticas ligadas a la cura. En otras palabras, aquello que las acercó a esta profesión, es el espacio donde se muestra en su máxima potencialidad las formas de interacción que sostienen o exigen las 'virtudes' históricamente atribuidos a este sector profesional.

En varias de las hablantes, la muerte está presente (E 54, 199, 203, 204). A los "(...) conflictos, por ejemplo personas que no llegan a horario... que llegaban tarde y por ahí se peleaban en el grupo" (E 202), se les atribuye como causa las condiciones laborales (E 54, 199, 248). Y aunque se tiene en cuenta las cuestiones personales, éstas siempre se presentan atenuadas por múltiples causas externas: "Sabe lo que pasa que uno está viviendo muchas cosas y, además, la muerte está ahí, a flor de piel... Es muy stressante la situación, la patología que se vive, personas de diferentes características... el exceso de trabajo, entonces se desborda... y claro... hay que ver que la muerte está ahí" (E 203)

En el dicho, puede observarse la ontización de diferentes nociones: la patología, que más que ser pensada y abordada "se vive"; la muerte que "está ahí a flor de piel"; Nociones, que toman vida propia configurando un escenario amenazador que justifica incluso conductas transgresoras.

Esta hablante, a pesar de citar conflictos y discusiones internas o aún transgresiones laborales, siente la necesidad de homogeneizar el grupo. Lo muestra unido y asegura que "(...) nosotros somos una gran familia también" (E 196 b) "Somos solidarios con situaciones que se presentan, problemas por ejemplo de enfermedad de alguien del personal o algún familiar (...)" (E 197) "Cuando nos enteramos que era enfermero, porque el nuestro es un grupo muy solidario" (E 198). Vemos como también introduce en este espacio conflictivo, la imagen de una gran familia. ¿Qué es lo que le permite saltar del conflicto a la homogenización?. En este caso el padecimiento y la enfermedad se presentan como centro unificador, como

situación cotidiana y compartida que permite aglutinarlos y construir una representación del grupo tan idílica como homogénea.

Todas las entrevistas hacen referencia al sufrimiento (E 52 b d, 53, 54, 55 b, 57, 199, 203, 204, 250 b, 251 b, 327, 329, 362 f g, 374 g) y algunas al silencio del grupo como una de las condiciones que lo facilitan y sostienen (E 267 b). *"Por eso nosotros hablamos tanto a los estudiantes, el tipo que es estudiante y es jodido... después, con todo lo que significa la presión institucional... el sufrimiento, el dolor, la muerte, las broncas, las cosas no dichas... se transforma en más jodido... si vos no sos jodido te volvés en la actividad profesional, es terrible"* (E267 b).

Parecería que la intersección entre las condiciones laborales, el padecimiento del Otro o su muerte y el silencio, hace emerger lo peor de las personas. Pero no sólo estas dimensiones harían surgir aspectos indeseables, también los generan pues *si vos no sos jodido te volvés en la actividad profesional*. En los dichos, subyace la visión humanista de un hombre que se 'degenera' en el contacto con 'lo social', y pone en evidencia la imposibilidad de pensarse como parte de un equipo de intervención co-responsable en su actuar a partir de lo cual sólo queda defenderse o aún atacar para poder sostener la actividad.

Otra entrevistada percibe que los miembros del sector *"(...) están deprimidos, cansados, sin ganas... no sé que pasa..."* (E 53), *"(...) la gente de la noche de acá, hace dos meses nos pidió por favor que se organizara 'terapia de grupo'"* (E 55) y observa que con excepción del área de oncología (en el HIEMI), la institución no responde a estas demandas (E 57).

Es interesante marcar aquí, cómo lo previo conocido *"terapia de grupo"*, se constituye en la forma adecuada para abordar el desborde subjetivo experimentado como resultado de una compleja problemática profesional. Por otra parte, la perspectiva clínica con que se asocia cualquier intervención al respecto, hace que a las conductas observadas en el sector, se le atribuyan patologías *'deprimidos'* con lo cual, se limita la posibilidad de una necesaria reflexión sobre la transformación de sus prácticas.

El sector enfermero, padece al estar en contacto permanente con la muerte y el padecimiento, por su cercanía con la persona cuidada y su familia. A esta vía de sufrimiento, se le agrega el sufrimiento institucional (en tanto sector históricamente relegado). Estas reflexiones, nos llevan a formular el sexto supuesto: ***"La enfermería desarrolla su actividad a partir de habitus laborales que provocan la alienación de su práctica y generan la sensación de desborde subjetivo. A esta vía de sufrimiento, se le agrega la que surge del 'trato' cotidiano con la enfermedad y la muerte. Ambas vías de sufrimiento marcan su identidad profesional con rasgos distintivos que oscilan entre la abnegación heroica y la transgresión irresponsable"***.

4. EL PROCESO DE SECULARIZACIÓN DE LAS JEFATURAS.

La percepción de este proceso, descrito por la entrevistada que participó del mismo en el HIEMI, se expresa con la distancia propia de un relato.

En uno de sus dichos, la hablante, utiliza dos momentos discursivos para expresar (en forma atenuada) la expulsión de las religiosas del Hospital: *"No sé de que orden eran... Cuando yo entré debieron estar tres años... y cuando se da la reestructuración del Hospital ya se fueron, porque el departamento donde ellas vivían estaba afectado al funcionamiento del Hospital nuevo, ellas vivían en el primer piso desde que se fundó el Hospital"* (E 167).

En esta parte de su narrativa, ubica el acontecimiento como producto de una situación no conflictiva, donde la reorganización del espacio edilicio, hizo que las hermanas tomaran la decisión de irse: *"se fueron".* En un segundo momento va a expresar: *"...y ya ellas se tienen que ir porque empiezan las remodelaciones y ya en los nuevos planos no había departamento para ellas"* (E 189 b).

La hablante, no se pregunta porqué el nuevo diseño no incluyó las habitaciones de las religiosas, o porqué este 'detalle en la construcción', se convierte en motivo suficiente para que abandonaran las Jefaturas Enfermeras. La entrevistada no percibe una nueva relación de poder en el campo hospitalario y menos, que este acontecimiento haya permitido la planificación y el contralor de la práctica enfermera por sus pares.

En sus dichos, el poder de las religiosas, es justificado desde lo económico: *"Creo que cuando esto (el Hospital) se fundó, muchas cosas salieron de donaciones"* (E 186). Por otro lado, pone de manifiesto que la alianza de las hermanas con la Cooperadora les permitía no sólo controlar al personal desde las Jefaturas (E165, 169, 171, 179), sino también seleccionarlo para su ingreso (E 170, 179, 191). *"(...) ellas tenían poder para tomar empleados y todo. En el caso mío por ejemplo, yo vine a averiguar y el Jefe de Personal me dijo que no había vacantes y yo quería trabajar, y entonces él me dijo que viniera a hablar con tal hermana y vine a hablar y ella me dijo: 'Bueno... empezás mañana'. Y el día anterior el Jefe de Personal me dijo que no estaban tomando"* (E 191)

Las hermanas seleccionaban trabajadores temporarios contratados por la Cooperadora del Hospital, los asignaban a planes de hidratación en las campañas contra la diarrea estival (E 192, 195). Ellas controlaban sus actitudes y conductas desde las Jefaturas Enfermeras (E 97, 99, 165) al renovar o no el contrato. Luego de dos o tres años, este personal, tenían acceso a planta permanente, y pasaban a ser empleados del Ministerio de Salud (E 193).

Pero el poder de las monjas, no se limitaba a decidir el futuro laboral del plantel de enfermeros, ellas *"... eran dueñas de las llaves"* (E 96, 184). Con esta frase, algunas enfermeras tratan de mostrar el control de las religiosas sobre los

recursos materiales cedidos en donación que se extendía a los recursos propios del Hospital a partir de sus Jefaturas.

Las Jefaturas en manos de religiosas, dejaron de existir durante la remodelación hospitalaria iniciada a fines de la década de 1960 e inicios del '70. Sin embargo, es posible recrear el espacio de lucha entre el sector de las religiosas y el sector médico, como así también del lugar jugado por el sector enfermero en este enfrentamiento a partir de dos anécdotas transmitidas por la entrevistada: "Y controlaban a veces demasiado, a veces por ejemplo... una noche... había un chiquito con problemas respiratorios y vino la médica -era una médica que siempre hacía una ronda a la madrugada-. Era una médica muy exigente para sus pacientes y observó que la Sala estaba fría y no había frazaditas y se enojó. Se enojó mucho, porque sabía que había una donación de frazaditas y a los chicos se les estaba haciendo pasar frío porque no las entregaban. Cuidaban tanto las cosas que no se las daban a los pacientes para que se recuperaran mejor" (E 169).

Este dicho muestra, por un lado, que el espacio de poder de las religiosas también se consolidaba a partir de recursos cedidos en donación. Pero también muestra, la lucha entre sectores y el lugar de sumisión y silencio de la enfermería. ¿Por qué un elemento necesario y hasta indispensable para el cuidado de un niño no fue solicitado insistentemente por la enfermera y exigió de la intervención de una médica?

El distanciamiento con que se relata la situación, ubica al sector enfermero ajeno a toda responsabilidad frente al deficiente cuidado. El reclamo fue hecho por la médica. Sin embargo, este reclamo tenía que ver con la calidad del cuidado, y éste dependía de recursos existentes que eran controlados por las religiosas. ¿Quiénes sino las enfermeras a través de sus Jefaturas (aún religiosas) debió solicitar los recursos necesarios para una eficiente tarea de cuidado?

La hablante se siente ajena a la decisión de 'sus' Jefaturas, con lo que nos muestra que no incluye a las hermanas como parte de su sector, ni respondiendo a los mismos intereses. Por otra parte, muestra que los recursos, se administraban según un juego de poderes que obligaba a la petición en carácter de 'favor', antes que al uso racional de los mismos. Un juego de poderes en el cual, el sector enfermero no parece haberse sentido partícipe; a tal punto que la crítica a las religiosas, sólo se expresa a partir de incluir en el relato la figura autorizada de una médica.

La pulseada de poderes médico-religiosas, también puede inferirse de la segunda anécdota: "Antes de que empezara todo este movimiento había un Director que era el Dr(...), después no sé... él era muy responsable solía pasar a las tres de la mañana a ver que pasaba, yo me he enterado, me contaron, que una noche vino y se encontró a dos enfermeras muy sentadas jugando a las cartas y la que era nombrada por el Ministerio la suspendió y la que era de Cooperadora la hizo echar" (E 208)

¿Por qué frente a la misma falta se deciden sanciones diferentes?. En esta decisión, pudieron haber pesado las leyes laborales y el desempeño de ambas, pero, aún así, la medida reafirma el poder médico frente al religioso en la contratación laboral, y cuestiona tanto la selección impuesta por las religiosas como la supervisión de las Jefaturas durante el turno de noche.

Por otra parte, es elocuente como una conducta percibida como transgresora, se explicita en el relato con la imagen *muy sentadas*. Podríamos pensar que estar sentado, indica una conducta apropiada de descanso, antes de efectuar una nueva ronda de observación durante las horas de sueño de las personas a su cargo. Sin embargo, *muy sentadas jugando a las cartas* marca una transgresión inaceptable en tanto agrega placer al descanso.

Por otra parte, es significativo cómo la lucha entre sectores de poder es 'sentida' por la hablante como 'movimiento', la sensación de ser llevado de un lugar a otro sin la posibilidad de pensar sus causas y consecuencias o de manifestar una postura frente a estos hechos.

En general las entrevistadas desconocen si las religiosas tenían conocimientos enfermeros (E 98). Quien trabajó bajo su supervisión presume que "... algo sabrían" (E 166). La percepción de quienes no tuvieron una relación directa con las religiosas es que *"no trabajan, están a nivel de jefatura"* (E 97, 99). La entrevistada del HIEMI destaca que una de las hermanas, encargada de cirugía *"a veces ayudaba"* (E 166, 172 a). Estos dichos nos permiten inferir que en general se correlaciona el trabajo enfermero con la práctica asistencial y el esfuerzo físico; pero la supervisión, la administración y la programación no parecen ser incluidas dentro de la noción de trabajo.

Una entrevistada, destaca que la actividad de las hermanas, históricamente estuvo ligada al cuidado espiritual (E 101) *"(...) para la enfermería fue una época oscura con respecto a que el cuidado se daba más sobre el alma que sobre el cuerpo (...) pero fijate que no se nota que fueran para médicos, parecería que tuvieran incumbencias independientes"* (E 286 a, b).

A pesar de la 'oscuridad' que se denuncia, esta hablante rescata como aspecto positivo de estas prácticas, la posibilidad de ofrecer un rasgo distintivo y diferenciado de la práctica médica. En otras palabras, la posibilidad de organizar un espacio no vaciado de incumbencias propias. Se pone de manifiesto, lo que parece un escollo para que la enfermería se consolide como profesión: la diferenciación de la actividad por fuera de las prácticas derivadas de la cura.

El proceso de secularización de las Jefaturas Enfermeras en el HIEMI, se produce en pleno siglo XX, a la sazón, según los dichos de las entrevistadas, de la abnegación y la expiación, las religiosas pasaron al control excesivo y la eficacia económica. No son percibidas como parte del grupo. Además, las áreas del Hospital comienzan a percibirse como 'Feudos' bajo la autoridad médica y es en este contexto que surgen la Jefaturas a cargo de enfermeras profesionales, inevitable

acomodamiento a una nueva estructura de poder donde el sector enfermero es 'movido' sin que aparentemente participen en este cambio.

5. LA MEDICALIZACIÓN DEL HOSPITAL, A LA LUZ DE LOS HABITUS.

En los dichos referidos a la relación médico/enfermera, es elocuente la coincidencia con la relación religiosas/enfermera. Ellos *"no se remangaban"* (E 64 b, 94, 148). Esta frase describe, tanto a los médicos que fueron sus docentes como a los del ámbito hospitalario, asimilando la noción de trabajo al esfuerzo físico. Religiosas y médicos sostienen el mismo lugar en relación con la enfermería.

En el caso de las religiosas, los relatos describen un importante poder informal. Podríamos inferir que en el siglo XX, el capital simbólico religioso estaba devaluado dentro de este campo, pero lograron mantener su espacio de poder a partir de su reconversión en capital social (relación con la Cooperadora) y económico (donaciones y personal contratado por la Cooperadora).

Sin embargo, cada vez más el poder de "hacer - hacer" a las enfermeras y al resto de los profesionales con relación a la cura, dependía de las indicaciones y derivaciones realizadas por los médicos, que, por su parte legitiman su autoridad desde el capital científico, y científico técnico. Por lo tanto estos tipos de capital se evidencian como más valorados y por lo tanto de reconversión más eficaz dentro de este campo.

La relación médico /enfermera, actualmente es percibida como *"menos estructurada"* (E 157), *"más amistosa"* (E 255 a). Sin embargo, como ya vimos, algunas añoran de los *"Feudos"* la protección que el médico Jefe ofrecía a su sector por ejemplo al impedir las rotaciones del personal fuera de su Área.

Las rotaciones son resistidas por el sector enfermero: *"Yo veo muy amplia la enfermería creo que tiene que tener una visión global; pero también creo que tiene que apuntar a la especialización, algunos médicos no están de acuerdo con esto, (.....) yo sí, estoy de acuerdo con la especialidad (.....) Pero la sociedad te ve o la Institución o por nuestra formación, que tenés que ser buena en todo. Y lo tenemos incorporado porque es como que la enfermera tiene que abarcar toda la problemática (.....) Pero en la parte médica no pasa así, ellos tienen sus especialidades. Lo que faltan son recursos humanos"* (E 17).

Todo este dicho, se mantiene en una relación dialógica con el sector médico; en un juego permanente de comparaciones que sólo le permite pensar el desarrollo de su profesión como par complementario de la actividad médica y sus especializaciones.

Por otra parte, la ausencia de especializaciones, le permite reflexionar sobre la falta de *'recursos humanos'*, que permitan consolidar áreas donde todo el personal



colabore con un alto conocimiento de la problemática abordada. No incorpora a sus críticas la relación deficitaria de enfermeras dentro del campo (que suele ser la causa de la rotación de personal enfermero) y obvia el crecimiento invertido entre las profesiones médica y enfermera observada por las organizaciones internacionales de salud.

En el dicho, queda claro el lugar subalterno del sector, que no logra evitar las rotaciones de Areas, que no se producían cuando el Jefe médico decidía sobre todo el personal de "su" Area.

Al iniciarse las Escuelas de Enfermería, la mayoría de sus docentes eran médicos. Ellos, derivaban la enseñanza y supervisión de las prácticas a enfermeras profesionales, diferenciándose así las prácticas entre los portadores del capital científico y aquellos autorizados a 'mostrar' sus conocimientos prácticos. Aunque en este punto, una hablante subraya que *"Eso después se fue revirtiendo, ahora nosotras pensamos, no, nosotras ahora nos formamos y concursamos con ellos y así fuimos ganando espacios, a veces los perdemos pero hemos ganado muchos concursos."* (E 92 b, Prof.), mostrando la tendencia a revertir esta diferenciación, que pudo consolidarse a partir de la formación Universitaria del sector.

Es interesante destacar aquí, la ambigüedad con que se juega la relación médico/enfermero con los médicos residentes: *"(...) los residentes sí están normatizadas sus tareas pero el resto no te sé decir"*(E 24). Se percibe que el trato institucional con este sector es 'distintivo' y se funda en el respeto.

Sin embargo, algunas le atribuyen menor capital científico que los médicos de planta percibiendo que: *"(...) ellos también están aprendiendo, y complican el funcionamiento, por ejemplo a las diez de la mañana retiran las indicaciones y eso va a farmacia, a eso de la una te entregan la medicación; si ellos se atrasan porque están discutiendo el caso por ejemplo, entorpece todo porque la medicación no la tenés a horario"*(E73 b) *"Pensá que en los Hospitales hay residentes que a veces tienen que corregir indicaciones"*(E 72 b).

Tal vez, las limitaciones para aceptar el tiempo de aprendizaje que implica la articulación teórico - práctica de cualquier actividad profesional; surge de que la mayoría de los Enfermeros profesionales, comienzan sus estudios luego de haber trabajado como prácticos. Sin embargo, se agrega que *"En general me da la impresión que la formación médica se ha deteriorado,"*(E 76 a). Al realizar esta aseveración, la hablante no tiene en cuenta su nivel de titulación (este dicho corresponde a una Licenciada en Enfermería) y que sus conocimientos actuales podrían hacerle percibir lo que es un mayor bagaje propio, como una deficiencia en el otro.

Otras hablantes, expresan *"Es distinto, porque los residentes están más con nosotros, nos ayudan en pequeñas cosas... incluso cuando no estaban lo que ellos hacen lo hacíamos nosotras, cuando no estaban, ahora quedó una sola residente y a veces le dan otras tareas pero si no trabajamos muy juntos"* (E 326). En este caso,

es la enfermería la que funciona desde el espacio de poder que ofrece el habitus de derivación de tareas nos ayudan en pequeñas cosas. Pero, el dicho, también nos muestra, que las tareas asignadas a los residentes por parte de los médicos, suelen ser las que solían derivar al sector de enfermería, lo que reafirma que el sector médico, ubica a la enfermería en forma similar a un aprendiz de médico.

Otra de las entrevistadas, percibe a los residentes como "(...) chicos que se están peleando como chicos, 'que no me corresponde, que esto, que aquello, peor que chicos... Son chicos... chicos grandes (dice riéndose, entre la burla y el pesar), no sé, será que yo siempre tuve otra actitud y cuando por ahí me cambiaban o estaba haciendo algún trabajo que no me correspondía por ahí me quejaba para dentro pero por adentro pensaba: '¡Es un paciente, el paciente no tiene porque pagar que yo esté enojada!'; ¿me entiende?. Es como que no se plantean que uno tiene que estar ahí, ante la necesidad" (E 251). La crítica se compara con un 'antes' idealizado donde todo marchaba mejor ¿A qué antes se refiere?. Esta misma hablante es la que hizo referencia a los 'Feudos' y los beneficios de este funcionamiento para el sector de enfermería. La situación es vivida por ella como infantil y fuera de lugar: "lo que era antes y lo que es ahora, por ejemplo viene una internación y 'no a mí no me toca, porque yo ya intervine, ya miré tantos chicos no quiero atender... y es el peloteo, empieza el peloteo... cosa que a nosotras nos pone mal porque le hacen vivir al paciente situaciones que no tiene porque vivir, más cuando el paciente está delicado... no quiere asumir nadie..." (E 250).

A pesar de estas críticas al sector de residentes, más adelante la misma hablante observa: "lo que yo veo es que al pobre residente lo dejan solo, le dejan todas las responsabilidades y que hay cosas que tendría que resolver el médico de planta como traslados y que lo dejan solo, sobre las internaciones..." (E 258). Ubica así, al residente en un lugar de complemento/sustituto del Médico de Planta, similar al lugar asignado a la enfermería. Parecería que al poder ubicarse en 'su' lugar, puede reflexionar y observar estas conductas como defensivas. No deja de ser interesante, que esta identificación, la lleva a compadecerse (pobre) de los residentes o tal vez de sí misma. Pero esta identificación frente al mismo padecer, también genera la exigencia de conductas estoicas como respuesta, similares a las valoradas en su propio sector.

Debemos tener en cuenta que al sector 'médicos residentes', se les asigna una mayor retribución económica, sosteniendo así su status dentro del campo en comparación con la Enfermería profesional. Por otra parte su rol es diferenciado y discriminado del resto de los sectores a través de reglamentos específicos. Además, su relación con la profesión mejor posicionada - médicos de planta- es fluida en tanto 'pertenece' al sector aunque en forma diferenciada; por lo que difícilmente podría ser considerado como un sector simétrico en relación con la enfermería.

7. LA PROFESIONALIZACION DE LA ENFERMERIA

7.1. Las distintas cosmovisiones:

Estas diferencias en la escolarización, la ausencia de un corpus de conocimientos concensuado por sus pares como el necesario para definir la profesión, hace que la hablante perciba como parte de su sector personas, cuyo acercamiento, es haber cursado algunas materias comunes.

Otros dichos, hacen notar que *"nosotras tenemos una influencia muy medicalizada"* (E 62 a) aún hoy en muchas Escuelas de Enfermería, predomina la visión biomédica y atribuyen esto, al hecho de que muchos docentes titulares de Cátedra aún siguen siendo médicos (E 66 d, 67 a, 92 a) aunque esta tendencia se comienza a revertir *"(...) nosotras ahora nos formamos y concursamos con ellos y así fuimos ganando espacios a veces los perdemos pero hemos ganado muchos concursos."* (E 92 b). *"Recién ahora estamos desprendiendo con otra mirada. En Europa y EEUU es más común."* (E 62).

Los dichos, parecen indicar el limitado espacio de poder de la profesión en el país para autodiferenciarse. Pero también, al compararlos con los dichos de la enfermera no universitaria, muestran una visión diferente para definir estrategias de jerarquización de la actividad. Las enfermeras universitarias, aunque en sus discursos suelen mantener el diálogo con el sector médico, tienden a tratar de distinguir la profesión desde una visión propia. Mientras que, la otra, trata de lograr mayor reconocimiento social para su sector, a partir de ampliar cuantitativamente la base de sustentación del mismo, indiferenciándose así de los técnicos y auxiliares.

7.2 La estrategia de titulación universitaria:

La Enfermera profesional egresada de La Cruz Roja Internacional, relató con relación a los distintos ámbitos de enseñanza de su actividad: *"Había una Escuela de Auxiliares... y después, creo que más después... vino la Universidad"* (E 144). El dicho, organiza una secuencia de formación interrumpida, el silencio se anuda a un 'después' que se prolonga en 'más después' antes de concederle, exclusivamente a la Universidad, el espacio de la formación profesional. Debemos tener en cuenta, que esta hablante es docente de la Carrera de Enfermería que se ofrece en CERENIL y a lo largo de la entrevista valora la formación que allí se imparte. Tal vez éste, sea el motivo por el cual su relato con relación a la titulación universitaria, parece atribuido a una especie de Divinidad trascendente: La Universidad 'vino', apareció, se instaló quedando su trabajo y el de otros formadores de profesionales enfermeros desestimados.

La Carrera de Enfermería a nivel Universitario en Mar del Plata, fue gestada por la Lic. Estela Chaparro. Su proyecto, se instaló en la Universidad Católica Argentina en el año 1974 (E 344 c). Al reflexionar sobre los motivos por los cuales este proyecto fracasó, una de las entrevistadas piensa que *"... eran muy exigentes, doble turno y, además, creo que se pagaba arancel; Los estudiantes que iban no podían trabajar, tenían que tener una familia que los pudiera sostener"*

económicamente..."(E 315).

Las cuestiones económicas, parecen constituirse en 'la' causa del fracaso y también de que el mismo proyecto de la Lic. Chaparro se asentara en la UNMDP. Si tenemos en cuenta la caracterización socioeconómica hecha por los organismos internacionales en nuestro país (OMS/OPS, 1995), podría considerarse este factor como el más importante. Sin embargo, no parece haber sido el único: *"en Ciencias de la Salud, tuvo una época del '88 al '91, que por la baja matrícula y las políticas Universitarias estuvo a punto de cerrarse la Carrera; esto llevó a realizar una promoción en Tandil, Miramar, Necochea, donde se hizo saber de la existencia de la Carrera como Carrera Universitaria, que ofrecía este título y de las múltiples incumbencias, además de la asistencial porque comúnmente se asocia enfermera-hospital y la enfermería no sólo es eso, en realidad puede trabajar perfectamente con lo que es el individuo sano en el área de prevención"*(E 344 e).

Es decir que, aún habiéndose superado para los estudiante, las limitaciones económicas a partir de la instalación de la Carrera en la Universidad Pública y con un nuevo régimen horario, debieron implementarse estrategias para evitar el cierre de la carrera. Al respecto, una de las entrevistadas al describir su propio interés por la Carrera expresa: *"Hubo una charla en la escuela secundaria; nos proyectaron un video y a partir de ese video es como que me atrapó la parte de 'urgencias'. Como todos los adolescentes que se enganchan con algo atractivo, de ayuda al otro (...)Fue una charla de orientación vocacional de la Universidad, (...)te mostraba la carrera, los distintos lugares donde se podía trabajar, cómo era la carrera profesional, las materias..."*(E, 2trayc.).

La nueva imagen difundida, participó en orientar la decisión 'vocacional' de los potenciales estudiantes universitarios. Podríamos inferir, que la percepción de una actividad profesional, en general, está ligada al perfil de las profesiones liberales, y este video al mostrar diferentes áreas de trabajo y una actividad profesional que podía desenvolverse en de forma independiente fue el motivo que generó el interés.

Por otra parte, una de las entrevistadas, alega que *"(...) para ser profesional tiene que ser universitaria, porque el único ente formador de profesionales es la Universidad y en Mar del Plata si bien hay distintas ramas yo creo que el único referente tiene que ser esta Universidad (se refiere a la UNMdP), que es una Universidad local, porque es libre y gratuita y porque todo el mundo tiene derecho a venir, ese es un concepto que deben defender las enfermeras..."*(E 346)

La posibilidad de acceder a estos estudios en la Universidad Estatal, por su carácter gratuito, parece haber sido condición necesaria para destrabar la situación. ¿A qué se refiere la entrevistada al remarcar que en la UNMDP, *'todo el mundo tiene derecho a venir'*? ¿Qué caracteriza a las Universidades Públicas además de la gratuidad?. Tal vez, la hablante, sin decirlo, haga referencia al carácter laico de esta formación. De ser así ¿En qué incidiría?. Obviamente contrarrestaría el 'marcaje' actitudinal de la tradición religiosa, componiendo una imagen más acorde a la socialmente atribuida a las profesiones universitarias.

Sin embargo, este no es el obstáculo para los aspirantes tradicionales que continúan formándose en Escuelas no universitarias. ¿Los estudiantes que asisten a la Universidad, pertenecen a la misma extracción sociocultural y económica que la de los aspirantes tradicionales?. ¿Puede ocurrir en esta nueva situación de profesionalización, que los aspirantes tradicionales perciban este proyecto como una aspiración inalcanzable?.

En los dichos relativos al desinterés por la elección de esta Carrera, una de las entrevistadas considera como un factor importante la escasa retribución económica de la actividad haciéndose necesario "(...) cotizar la actividad" (E 263 b). Otra de las hablantes, hace centro en la valoración social del enfermero: "*en los países más desarrollados como en Canadá, ellos están en otra situación...* (E 129) "*el rol es más ampliado, ellos por ejemplo hacen traslado de pacientes solos, por ejemplo en avión, indican tratamiento, administran medicación incluso. No es que yo piense que deba ser así...*" (E 131). En estos dichos, la 'jerarquización' profesional, implicaría la restricción del habitus médico de derivación hacia su sector. Parecería que el paso de complemento del médico a su sustituto, puede constituirse en signo de reconocimiento y valoración social. Sin embargo, la hablante aclarara inmediatamente, que ella no piensa así, ¿Cuál sería el interés en remarcar esta diferencia?. Tal vez, se intenta comparar la valoración social de la actividad en diferentes países pero al hacerlo, queda en evidencia que tampoco en el ámbito internacional, existe un consenso claro de cuáles son las funciones que diferencian la enfermería como práctica profesional.

Para todas las Licenciadas en Enfermería entrevistadas, su actividad profesional se define por el uso del PAE y observan que "*cuando nosotros articulamos la licenciatura, con los terciarios, tuvimos que si o sí formar o dictarles cursos; no sabían nada del método científico... ellos no le daban valor, ellos ven con el modelo antiguo, nosotros tampoco lo veíamos cuando estudiábamos. Estudiábamos patología médica y algunas acciones de enfermería que tienen que ver con la patología médica*" (E 90).

Como vemos, estos conocimientos, esta nueva visión, fue reservada hasta hace muy poco, a las Licenciadas. En Facultad de Ciencias de la Salud, se intentó cambiar esta situación durante la dirección del Departamento de Enfermería de la Lic. Laura Celaya, en ese momento se concretó un nuevo proyecto curricular (aún no implementado) y desde entonces, se intenta introducir en la Carrera básica algunas nociones centradas de este perfil profesional.

Con relación al cursado de su licenciatura, una de las entrevistadas observa que le "*(...)abrió la cabeza, en un par de cosas que me faltaban de la carrera básica, por ejemplo la investigación... Yo escuchaba hablar de investigación pero no me daba cuenta bien...*" (E 262 a). Esta hablante, al reflexionar sobre el carácter semi-presencial de su cursada percibe que: "*(...) me ayudó a valorarme más, yo sola con una guía pude hacerlo, a mí me ayudó a crecer... y para darme cuenta que lo podía hacer...*" (E 262 b).

Observamos que el 'plus' agregado por la Licenciatura, cambió al mismo tiempo la percepción de su práctica profesional y de sí misma. Esta transformación, es atribuida a la posibilidad de valorarse a partir de realizar una tarea en soledad ¿Porqué se haría necesaria esta demostración? ¿De qué manera realizó sus presentaciones o afrontó las evaluaciones durante la Carrera básica?. Tal vez, esta percepción se deba a la conformación de grupos compactos e indiferenciados que le impidieron percibir sus propios progresos aún habiendo enfrentado evaluaciones individuales. De ser así, nos encontraríamos con la imposibilidad de disentir y por lo tanto de percibir como propia la producción realizada.

La estrategia de titulación universitaria en Enfermería, parece haberle permitido al sector, alcanzar reconocimiento dentro del campo Universitario, pero no logró hasta ahora revertir la situación dentro del campo hospitalario.

Una de las hablantes, observó la falta de normativas en las organizaciones hospitalarias que definan las funciones de enfermería. Sin embargo, la ley profesional 24.004 y la ley 12.045 que define las funciones de los auxiliares de enfermería (E 345 g), no parecerían haber alcanzado a diferenciar ambos sectores dentro del campo hospitalario. No parecería entonces, ser la falta de normativas la que dificulta esta diferenciación, sino, más bien, las dificultades para transformar una relación de poder consolidada a partir de las prácticas.

En el HIEMI, la enfermera Cristina Fuyini logró por un breve lapso una Dirección Asociada con el fuerte respaldo de la Asociación de Trabajadores del Estado (E 245, 246). En general el sector enfermero, sólo tiene acceso a Jefaturas de Departamento. ¿Por qué las organizaciones Enfermeras no logran su reconocimiento como profesionales integrando su actividad a la carrera hospitalaria?

7.3. Las organizaciones enfermeras:

La Enfermera profesional egresada de la Cruz Roja Internacional, al responder a la pregunta sobre diferentes asociaciones enfermeras, dice: *"Hubo un tiempo que había un solo Gremio y no tenía mucho eco"*. (E 232). Solo después de que la entrevistadora le hace notar que la pregunta apuntaba a las organizaciones específicas de la enfermería refiere: *"Sí, la ABE ya existía y nos reuníamos."* (E 233).

Esta secuencia de dichos, nos muestra la ambigüedad para definir el encuadre de su actividad (¿laboral?, ¿profesional en relación de dependencia?). Pero también, da cuentas de la relación de poder percibida de las organizaciones gremiales de los trabajadores no profesionales y su organización profesional.

La organización de las enfermeras profesionales en el país, es un núcleo federativo que legitima como representantes del sector a aquellos que conforman la conducción de una única Asociación por provincia. Esta Federación, está constituida



por un Enfermero profesional en carácter de titular y un Auxiliar de enfermería como miembro adherente de cada Asociación Provincial (E 108, 127, 128, 233), a su vez la Federación forma parte del Concejo Internacional de Enfermeras/os (CIE) (E 127).

De las entrevistas realizadas, surgen críticas y reservas relacionadas a la ABE (Asociación Bonaerense de Enfermeras). Algunas de estas críticas, apuntan a la falta de propuestas concretas, la ausencia de oferta de becas y cursos de capacitación (E 32); otras, al quiebre en el funcionamiento institucional dada su centralización en La Plata "*nadie viaja a La Plata a votar*" (E 109). Algunas confían en la ley profesional y el aumento de titulaciones en el ámbito universitario para revertir la falta de dinamismo que perciben en esta organización (E32).

La estrategia de jerarquizar la actividad creando poder propio a partir de sus organizaciones, creó una conducción 'compartida' entre Enfermeros profesionales (titulares) y Auxiliares de enfermería (suplentes). Encuadramiento ambiguo que perpetúa una representación social no diferenciada entre ambos sectores.

A esta estrategia de organización, le subyace una noción de poder pensada en exclusivamente cuantitativos. Una de las entrevistadas reflexiona al respecto: "*(...)a los sindicatos no les conviene que enfermería se constituya en una línea sindical propia, ellos intentan desgajar a los auxiliares, porque pierde mucho número, no te olvides que en las instituciones la mayoría son enfermeros, entonces cada vez que nosotros conseguimos concursos y demás, los sindicatos trataban de poner a los auxiliares en contra*" (E 107). Como vemos, la posibilidad de consolidarse como poder desde esta perspectiva, obliga a la hablante a considerar que los Auxiliares son Enfermeros profesionales. Sin embargo, también muestra con claridad que esta estrategia genera: no solo la asimilación de la enfermería a una actividad no profesional, sino también, la posibilidad de que el sector de Auxiliares de enfermería oscile encuadrándose en el Sindicato y o la Asociación Enfermera, según el interés circunstancial, logrando así un posicionamiento más ventajoso que el sector de la Enfermería profesional, y este desplazamiento en las relaciones de poder resulta funcional a la estructura existente.

7.4. Auxiliares y Prácticos: los conflictos.

Algunos dichos de las entrevistadas, hacen hincapié en conflictos entre las Enfermeras profesionales y los sectores de Auxiliares y prácticos. Se describen situaciones de resistencia hacia las profesionales: "*Al principio fue duro porque yo era la única Enfermera, y los auxiliares conmigo fueron muy duros, no todos, los que realmente trabajaban bien no, al contrario(.....)pero había también auxiliares no tan bien formados y empíricos que me hicieron la vida imposible, tanto a mí como a todos los que querían trabajar bien, desde tirarme la medicación que tenía preparada, hasta dar una indicación, ir al quirófano y hacer todo al revés...*" (E 367 d). Se pone en evidencia que lo rechazado por la mayoría de los auxiliares de enfermería y prácticos, son las derivaciones realizadas por alguien a quien

consideran su par. También se pone en evidencia las transgresiones a partir de las cuales resistían esta relación de poder, una lucha que desestima las consecuencias sobre las personas asistidas.

Varias entrevistadas, le adjudican a la presencia de prácticos y auxiliares en los hospitales el hecho de que el resto de las profesiones del campo, desconozcan sus prácticas específicas (42 a, 281 a, 324).

“La gente que estudia la básica lo piensa como una manera de superarse y llegar a ser Jefe, escalar posiciones institucionales y de status social, no como valor agregado sino como principal motivo; Pero la educación de servicio se descarta como necesidad y deber(...)”(E 386 a). De esta apreciación, es posible inferir los lógicos conflictos entre jefaturas y su personal a cargo, las desautorizaciones y resistencias a partir de una representación del Enfermero profesional ligada a un poder vaciado de toda autoridad fundada en un mayor conocimiento. ¿Porqué entonces aceptar de él indicaciones o derivaciones de algún tipo de tarea?

Por otra parte, en los dichos de las distintas entrevistadas se hace notar que el alto porcentaje de prácticos llevadas a cabo por Auxiliares en las Salas, limita la posibilidad de desarrollar plenamente su actividad profesional. La percepción indistinta como Enfermeras de ambos sectores y las condiciones de trabajo, harían que los médicos restrinjan las áreas de incumbencia de las Enfermeras profesionales por temor o desconfianza en las aptitudes. Esto hace que algunas tareas propias de la enfermería, según su ley profesional, sean realizadas por médicos residentes. (E: 42,345 e) *“:(...) y nos dicen ‘pero ellos no saben hacerla’, porque hay turnos que están desprotegidos, (...)Pero estas cuestiones, tienen que ver con eso... Y entonces te encontrás con indicaciones interminables (...) que es todo un esfuerzo innecesario si el plantel fuera más profesional”*. (E: 125 c). Como vemos, la ausencia de poder del sector profesional, hace que se encuentre entrampado en un círculo sin sentido, donde la defensa de su actividad lleva al paulatino desplazamiento de sus áreas de incumbencia justificado por la ausencia de profesionales enfermeros.

Según una de las hablantes: *“La Auxiliar de enfermería, que se le ha dado el poder de hacer de enfermera y maneja los hospitales y por lo tanto maneja la medicación – que requiere de todas unas materias como farmacología y para ello química y biología – y hay gente que medica en los hospitales, lo cual es de alto riesgo y se les ha dado ese poder (...) puede haber riesgos importantes por impericia (...)”* (E 291). El posicionamiento de este dicho quiebra la ‘victimización’ de los dichos anteriores, aquí se asimila el poder ‘de hacer de enfermera’ al manejo de los hospitales.

8. LOS CAMBIOS EN LA INSTITUCION DEL CUIDADO

8.1. Los cambios “invisibles”

Pensamos de esta manera a la transformación de la práctica de la enfermería, que no incide en forma directa en las relaciones de poder entre los sectores del campo hospitalario.

El concepto de cambio, es una noción enraizada en las nuevas profesionales: "*(...)me quedó mucho esto que (...) como profesionales éramos agentes de cambio y yo me considero un agente de cambio*" (E 343 f). La producción de cambios parece consolidarse como componente de la nueva identidad profesional. ¿A qué se refieren cuando se consideran Agentes de cambio?

Una de las nuevas profesionales, significa esta noción como un quiebre en la naturalización de sus las prácticas (E 374 e). Desde aquí, se describen cambios de técnicas obsoletas (E 68 b, 172), que *(...) en realidad no sé si se enteraron de esas modificaciones (se ríe) yo las hacía y nadie decía nada*" (E 70).

Los dichos, delatan la ausencia de informes escritos, que convierten a estos cambios en 'invisibles' en relación a su origen, y la falta de objetivación social del rol, sostiene la estructura de poder existente en las organizaciones.

Otra de las entrevistadas expresa: "*(...)tengo una responsabilidad de provocar un cambio mínimo(.....) una responsabilidad que llevo sobre mis hombros*" (E 343 e). Podríamos preguntarnos: ¿Cambio de qué o de quién?. La hablante, ubica una finalidad tan ambigua como indefinida '*provocar un cambio mínimo*' para asegurarse un verdadero calvario de expiación. En estos dichos, se adivina la persistencia de una actitud virtuosa que convierte la noción de cambio en un deber cuasi religioso. Parecería que esta actitud, está bastante difundida en el sector enfermero, lo cual se puede inferir de dichos como: "*(...)no creo que esto sea una Guerra Santa, pero al menos intentar que se fundamente porqué esto debería ser así(...)*" (E 374 e).

Algunas apuestan a crear una mirada crítica en las nuevas camadas de egresados de la Facultad (E 42 c) y se piensa en la necesidad de abandonar la memorización de técnicas para incorporar el conocimiento científico que las sustenta (E 47), permitirá una actividad no rutinaria y más adecuada a una actividad profesional.(E 48).

8.2. Los cambios "visibles"

Este tipo de transformaciones, abarcaría cambios que al implementarse produjeron cambios en las relaciones de poder entre los grupos dentro del campo hospitalario.

En los dichos de las hablantes, encontramos dos momentos importantes en que se manifestaron este tipo de transformaciones en el HIEMI.

El primero, se produjo a comienzos de los años '70, y la hablante que relata la situación la califica como una movilización.

"(...)hubo un momento en que 'tomaron' el Hospital"(E 209) "(...)por el '72, por ese tiempo yo estaba nombrada por el Ministerio en Psiquiatría y este grupo estaba en la Sala de Psiquiatría" (E 210)"(...) y esa gente vivía acá, ese era el tema... estaban armados... y después no sé como se resolvió. Porque los Directores los ponían ellos, los sacaron ellos" (E 215) con nosotros no se metían, estaban en todos los techos" (E 216) "eran muchísimos, de cuarenta, cincuenta personas estoy hablando... y no sé quienes eran... francamente no sé..." (E 217), "(...) nosotros lo vivíamos (...) como normal..." (E 219) "(...) incluso le cambiaron el nombre al Hospital" (E 220) "En ese momento lo llamábamos 'Los caídos en Trelew'... las telefonistas lo llamaban así" (E 221).

A pesar de que la entrevistada tiende a maximizar en su relato los hechos, otorgándoles a las personas involucradas cierta omnipresencia: *"estaban en la Sala de Psiquiatría" "estaban en los techos" "eran muchísimos"*, y cierta omnipotencia: *"estaban armados" "los Directores los ponían ellos, los sacaron ellos" "incluso le cambiaron el nombre al Hospital"*; no duda en calificar su experiencia como *'normal'* *"(...) como cotidiano, no sé como lo vivían en otras áreas, pero nosotros estábamos allí y a nosotros nunca nos molestaban, trabajábamos como siempre"* (E 213).

Tal vez, el significado atribuido de *'cotidiano'* surja de contextualizar la situación en el estado de *'movilización general'* que vivía el país en esa época; o tal vez sea producto del *'des-poder'* del sector que naturaliza el hecho de depender de religiosas, médicos o personas que tomaban el Hospital indistintamente. La distancia del relato, se quiebra al expresar el nuevo nombre del Hospital. *'Ellos'*, desconocidos, innombrados, *le cambiaron el nombre al Hospital*, pero la situación deja de ser ajena: *lo llamábamos 'Los caídos en Trelew'*. Sin embargo, cuando el relato parece comenzar a convertirse en una descripción donde la hablante decide posicionarse, sólo involucra al sector de las telefonistas.

En cuanto a sus prácticas expresa: *"de repente pacientes nuestros... me acuerdo de un periodista que estaba internado y lo teníamos que ir a buscar donde estaban ellos porque siempre estaba allí"* (E 213) ¿porqué esta transformación de sus prácticas de cuidado se piensan cotidianas? ¿Porqué la hablante no se autoriza a reflexionar sobre estos hechos y mantiene en el discurso la distancia propia de un relato?. *"Nunca nos molestaban, trabajábamos como siempre"* ¿Qué cosa significa para la hablante ser molestada? ¿A qué se refiere cuando expresa que trabajaban como siempre?. En las instituciones hospitalarias, difícilmente pueda pensarse que un paciente (psiquiátrico o no) participe de reuniones donde se decide asignar o cambiar una Dirección o cambiarle el nombre al hospital. La paradoja es que el dicho *"trabajábamos como siempre"* engloba profundos cambios en la institución del cuidado a partir del lugar asignado a algunos de los *'pacientes'*, y la puja de poderes que decidían la Dirección del Hospital. Sin embargo, parece que el lugar a partir del que se organizaba su trabajo, era ajeno a estas luchas y percibe su sector

'movilizado' desde los otros. El uso de esta estrategia discursiva parece apuntar a mantener la 'inmovilidad' entro de la 'movilidad'.

Su discurso, transforma el significado de 'paciente' cuando la persona de referencia participaba de las reuniones "*donde estaban ellos*". El 'paciente', en esta nueva instancia, sin abandonar totalmente esta categoría, es recategorizado como '*periodista*'. Esto, le permite ubicar sus prácticas '*como siempre*', donde el nuevo tipo de interacción hacia un '*paciente*', se justifica en el hecho de que éste es '*periodista*'.

La situación, hace que defina su Área de trabajo como un "*mundo aparte*" (E 235). De hecho interpreta que: "*nosotros resolvíamos todas nuestras cuestiones ahí adentro, con respecto al franco a rotación de servicio; nadie venía a cubrir un horario ni nosotros salíamos para eso; porque el personal de otro sector no quería porque tenía miedo...*" (E 235). "*Incluso la supervisora no venía, tendría miedo o no sé que pasó pero nosotros estábamos solos...*" (E 237)

Distingue entre los que "*tendría(n) miedo*" y no cumplían sus funciones, de aquellos que sí lo hacían, y aunque omite calificar a los últimos resalta su esfuerzo en soledad.

En este "*mundo aparte*", la crisis organizacional e institucional, parece haber generado nuevas disposiciones en el sector enfermero que lejos de paralizarlo, organizaron, planificaron y resolvieron por sí mismos el funcionamiento del área.

Parecería que la sensación de abandono e incertidumbre del sector descripta, se compensa con la posibilidad de tomar decisiones: "*nosotros trabajábamos, hacíamos como queríamos (.....) organizábamos todo solos*" (E 239). A partir de aquí, su discurso se tiñe de nostalgia y abandona la distancia del relato transformándose en una descripción en la que queda involucrada: "*¿(.....) Sabe que pasa?....recién ahora que estoy como 'del lado de afuera', recién me doy cuenta de algunas cosas, porque nosotros no la pasábamos tan mal... porque era un tipo de psiquiatría moderna la que se hacía, se hacía comunidad terapéutica con los pacientes, (.....)venían estudiantes de psicología, de terapia ocupacional... todo el tiempo ocupado estaba el paciente... Había mucho interés, ellos tenían su comedorcito grande donde almorzaban todos juntos... tanto hombres como mujeres y ahí se organizaban *fiestitas*, actividades... venían las Señoras de la Asunción de María, a hacer 'programitas' de cosas... (.....)Había mucha movilidad(...)" (E 242).*

Paradójicamente, la hablante cuando se compromete y toma posición de su experiencia, se percibe como 'del lado de afuera'. Ahora, su discurso, parece minimizar los recursos materiales, frente a la importancia del tipo de interacciones que se ponían en juego. Así el "*comedorcito*" es "*grande*" a partir de la innovación de ser compartido por hombres y mujeres a la vez y las múltiples actividades que se desarrollaban. También quedan minimizadas las acciones pensadas '*para*' los '*pacientes*', que se convierten en "*fiestitas*" o "*programitas*" frente a la "*mucha movilidad*" que posiblemente desbordaban estos programas.

La sensación de "movilización", parece responder a un conjunto de factores recíprocos que sostuvieron el cambio: 1) Desde lo 'externo' la movilización geográfica, producida por la reestructuración edilicia que a modo simbólico, demuele los dormitorios en los que se instalaban las religiosas, a la sazón a cargo las jefaturas enfermeras. Esta movilización geográfica y transformación de la estructura de poder, colaboró con la movilización del espacio social (conjunto de posiciones distintivas y coexistentes que se definen en su relación de exterioridad mutua). 2) El proceso de 'toma', que provocó el aislamiento del Área de Psiquiatría instalada transitoriamente y obligó al sector enfermero a una posición diferente dentro del campo, haciéndose cargo de la organización de sus prácticas, que se transformaron además por el lugar asignado a algunos 'pacientes'.

Al transformarse el relato en descripción: "(...) recién me doy cuenta de algunas cosas, porque nosotros no la pasábamos tan mal... porque era un tipo de psiquiatría moderna". Aparece "nosotros", y junto a los afectos que despertó en el grupo la situación, 'descubre' el significado de la experiencia para sí-misma.

Habla de "un tipo de psiquiatría moderna", y la ciencia le ofrece la legitimación que le permite opinar al restar cualquier connotación ideológica.

Queda por preguntarnos ¿por qué los hábitos que sostienen las posiciones del espacio social (en especial la derivación de tareas), no impidieron esta transformación?

El habitus encuadra y define las estructuras perceptivas de quien lo practica según su posicionamiento social, esto hace dificultoso pensar en la posibilidad de cambios desde la teoría del campo de Bourdieu, aún cuando el autor se anticipa a un posible determinismo planteando cierto margen de autonomía en la puesta en práctica de los hábitos.

En los dichos, se hace referencia a la autonomía en cuestiones administrativas y transformaciones en la práctica del cuidado. La figura del médico, está fuera de la descripción, y no hubo supervisión. Esta mayor autonomía, parece haberse facilitada por tratarse de prácticas de la enfermería en el área psiquiátrica, espacio donde el habitus de derivación médica, suele limitarse a la medicación.

Podríamos pensar, que al reducirse las prácticas derivadas, se experimentó el tiempo como propio utilizándolo para las prácticas del cuidado. Por otra parte, la co-responsabilización del cuidado de los internos con otros actores sociales (pasantías de alumnos, 'programitas' de instituciones religiosas etc.) debió facilitar nuevas formas de interacción con los pacientes.

La segunda experiencia relatada, incluye cambios formales en la posición de la enfermería dentro campo hospitalario. El relato refiere a la crisis institucional del HIEMI producto de una infección hospitalaria.

En ese momento, del Dr. J. Bargo a cargo de la Dirección del Hospital, solicita a la Lic. E. Chaparro (a la sazón Directora de la Carrera de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNMdP) la asignación de una Enfermera universitaria para hacerse cargo del Departamento de Enfermería del Hospital.

“Nosotras hacemos reunión docente y con consenso de mis colegas y fundamentalmente de Chaparro yo (Lic. Silvia Federicci) (...) me traslade de la Jefatura de Emergencia del Hospital Regional al Materno Infantil, donde asumiría una función de una especie de interventora del Departamento de Enfermería (...) y yo empiezo a gestar dentro del hospital el cambio. Mi base para intervenir, fue sobre la condición de la autonomía del Departamento de Enfermería (...) el Dr. Bargo acepta esta condición y entonces empiezo a gestar una política de enfermería que estaba basada en nosotros.”(E 281e,f).

La hablante, pone énfasis en el consenso del grupo para la aceptación de la tarea y la autoridad que le confería su titulación universitaria, mostrándolos como los pilares sobre los que se sostuvo su estrategia de intervención.

La descripción pone énfasis en la perspectiva interdisciplinaria, desde la cual se incorpora una psicóloga y una socióloga (Lic. Ofelia Oraat, psicóloga de la Zona Sanitaria VIII y la Licenciada en sociología Beatriz Valsachi del HIEMI), que participarán en la tarea de coordinación de grupos y discusión de estrategias para involucrar a todo el personal en la resolución del problema y en la creación del Comité Anti Infección. (E 281 g, h).

Se buscó incorporar sectores y personas en intervenciones puntuales. Tal fue el caso del Ingeniero Chiodi, que participó en la refacción del esterilizador a vapor y el diseño y construcción de un canasto esterilización en calle a pedido de la Lic. Federicci para permitir una esterilización eficiente (E 281 l). Se interesó a la Cooperadora del Hospital para obtener elementos que permitieran una higienización de las pacientes de forma adecuada (E 281 m). El sector de mantenimiento, ofreció un detalle de las zonas con problemas edilicios producto de la reconstrucción del Hospital. (E 281 ñ, o). Se mantuvo contacto con el INE a cargo del Dr. Loza y la técnica de laboratorio Elisa Goyeneche, regularizándose así el control de esterilización a partir de la técnica de cultivo biológico. (E 281 n).

“(...) la reestructuración que era necesario hacer y que necesitaban una comprensión y un apoyo de la gente. Era necesario para realizar los cambios, una transformación paulatina” (E 281 h, i)”(...) el Comité tiene la característica de ser interdisciplinario, con obstetras, pediatras, ginecólogos, infectólogos todos y gente de mantenimiento (...) y entonces se empieza a trabajar cada semana (...) no enfermería, en soledad... y tengo una posición estratégica en el Comité(...) Secretaria (...) eso me permite (...) elaborar (...) lo que iba a hacer (...) así cada semana nos dábamos un propósito alcanzable (...) y empezamos a cambiar equipos viejos(...) Y estas son técnicas que están descriptas en todos los libros de enfermería (...) si bien el Hospital tenía escasos recursos, fueron comprados por la Cooperadora, es decir en ese momento tanto por parte del Director del hospital como de un conjunto de

médicos estaban preocupados por el cambio (...) todos los días se cambiaban las técnicas (...) Se produjeron transformaciones a partir de acciones concretas (...) hice participar a la gente en forma permanente y eso me permitió ver cosas (...) esas cosas me las contaba la enfermera que estaba allí (...) y la misma gente me daba las respuestas de cómo resolverlo (...) Desde las cosas simples en relación a la relación del personal enfermero con los pacientes, (...) se le dio un tono de seriedad a lo que hacían; a veces me costó porque yo tenía 31 años y la mayoría era mayor que yo; pero la verdad debo decir, que muchas de mis colegas actúan dominando y controlando desde un escritorio(...) esa simpleza sería implementar con los recursos existentes algunos cambios y eso exige una creatividad permanente(...) si no lo hacés junto a la gente que es la que te baja a la realidad" (E 281)

¿Porqué se necesitó de una infección hospitalaria para reparar equipos viejos (entre ellos el esterilizador) y cambiar técnicas obsoletas e inadecuadas?

Las técnicas que se implementaron son técnicas que están descritas en todos los libros de enfermería. Algunos cambios, necesitaron de la colaboración económica de la Cooperadora, pero otros, como adecuar las técnicas del baldeo o la presentación de los apósitos en Sala, descubrir condiciones edilicias inadecuadas, o que "la paciente cambie sus hábitos durante el puerperio," no exigían de recursos económicos y eran prácticas desestimadas.

¿No correspondían estas prácticas al sector de enfermería? Si lo que debía ser transformado eran cosas que me las contaba la enfermera que estaba allí ¿Por qué fue necesario la creación de un Comité de Anti infección y del trabajo en grupos para que pudieran ser comunicadas?

La respuesta a estas preguntas, no tarda en aparecer en el discurso: se le dio un tono de seriedad a lo que hacían. Este dicho, parecería expresar que la diferenciación del rol enfermero, el paso de ser insignificante a constituirse en un sector de amplia significación, fueron las condiciones necesarias para afrontar esta crisis institucional. Pero esta 'distinción' sólo pudo darse a partir de las consecuencias producidas por la anulación de importantes aspectos su práctica.

El no hacer, el no decir, el no 'ser' enfermero, fue el detonante que permitió resignificar la representación social de la enfermería. Salir de la situación necesitó que al menos parte de sus prácticas de cuidado se incorporaran a las de la cura, y se tuvieran en cuenta algunas valoraciones del diagnóstico enfermero como las pautas culturales de higienización de las pacientes internadas durante el puerperio.

La seriedad de la crisis institucional, quebró las rutinas, problematizó las prácticas y permitió que en ese momento tanto por parte del Director del Hospital como de un conjunto de médicos estaban preocupados por el cambio. Esto, parece haber sido la condición necesaria, para que el sector de enfermería lograra voz propia.

Se critica a muchas de mis colegas actúan dominando y controlando desde un escritorio. Dicho que reafirma desde otro lugar, la representación de la enfermería profesional, configurada en “controlar desde el escritorio” “no remangarse”, un espacio de prestigio y poder utilizado para la dominación y no la puesta en juego de los conocimientos necesarios para brindar un mejor servicio.

La hablante expresa que (le) costó porque yo tenía 31 años y la mayoría era mayor que yo. ¿Porqué le atribuye a la edad (dado que no se trataba de una adolescente y, además, se había desenvuelto como Jefa de urgencias en el HIGA) la causa de la resistencia percibida? ¿Qué cosa agrega la edad a la práctica enfermera? ¿Qué tipos de conocimientos se adquieren al acumular años?. Parecería que la entrevistada percibió que el personal a su cargo, valoraba más los conocimientos prácticos que los conocimientos científicos y técnicos adquiridos en su formación profesional.

Conocimiento práctico / conocimiento científico, fue la base de la constitución tradicional de la relación complementaria médico/enfermera, de ella parte el habitus distintivo de la derivación. El encuentro de estos dos tipos de conocimientos y las significaciones dadas a quienes los portan, parecen haber colaborado con la creación de las ‘resistencias’ percibidas, aún dentro de aquellos que actuaban como enfermeros.

Si tenemos en cuenta los dos procesos de cambio analizados, observamos que, ambos se desencadenan durante una profunda crisis institucional que problematizó las prácticas instituidas y resquebrajó el orden jerárquico de la organización.

En la primera situación descripta, la crisis institucional, parece estar más influenciada por el contexto, donde la transformación de la estructura de poder se expresa en distintas vías de transformación encaradas en el hospital que ‘obligaron’ al sector enfermero a ocupar otra posición.

En el segundo proceso, la ‘anulación’ de gran parte de las prácticas enfermeras ligadas al cuidado y la consolidación de la Carrera como universitaria, permitieron transformar - aunque transitoriamente - el lugar asignado al sector, y permitió que surjan nuevas disposiciones para reorganizar la institución del cuidado.

La teoría de los campos de Bourdieu, nada nos dice de la ‘materia’ que compone las prácticas innovadoras. ¿Cómo surge y que tipo de capital se pone en juego cuando se transforman las relaciones de poder?

Partiendo de lo analizado hasta aquí en nuestras entrevistas, observamos que tanto en el primer caso como en el segundo (aunque con mayor precisión en el segundo) las prácticas implementadas de modo autónomo, son técnicas que están descritas en todos los libros de enfermería. Ya sea en forma ‘obligada’ (primera situación descripta en la que el sector estaba ‘aislado’) o a partir de una estrategia organizada desde el sector, el tipo de capital invertido surge, tanto de su formación

profesional (científico, técnico científico) como de sus conocimientos prácticos. Es decir, es aportado, pero no adquirido en el proceso de cambio.

De los dichos surge, que la posibilidad de generar cambios estructurales dentro de un campo se da a partir de un cierto capital acopiado por los sectores de posición inferior. La 'materia' que compone este capital es muy valorada en el campo, pero este capital, significativamente no es puesto en juego en el campo.

Si la característica de este tipo de capital, es que no se trata de un tipo de capital 'des –preciado' en el campo. ¿Porqué no es jugado para lograr un mejor posicionamiento?. Creemos que la dinámica impuesta por los habitus en un campo, hace que este capital tienda a ser sustraído por el sector mejor posicionado y pasa a engrosar su capital global. El hecho de no ponerse en juego, entonces, debe entenderse como una estrategia de resistencia por parte del sector que lo posee.

Pensamos en la existencia de un **“capital de reserva”**, que se conformaría por *“el cúmulo de conocimientos producidos y acopiados por los sectores de posicionamiento inferior dentro de un campo, conformado por distintos tipos de capitales valorados en el mismo. Este capital, no es puesto en juego habitualmente, como parte de una estrategia de poder, dado que la dinámica del campo tiende a transferirlo a los sectores mejor posicionados pasando a conformar su capital global”*.

De lo analizado proponemos el séptimo supuesto: **“Los procesos de cambio en el posicionamiento de la enfermería dentro de la estructura del campo hospitalario, se facilitan en momentos de crisis. El sector enfermero, en estas circunstancias, puede ubicarse en una posición incluso dominante debido su “CAPITAL DE RESERVA” o cuerpo de conocimientos teóricos, científicos técnicos y prácticos, habitualmente no incorporados en el juego de competencia del campo hospitalario. Este capital, surge de la formación profesional del sector y la peculiaridad de sus áreas de intervención (dependiente, independiente e interdependiente) que le exigen la articulación de sus propios conocimientos a la de los demás sectores”**.

9. ZONAS GRISES: La superposición de las practicas.

¿Qué hace un enfermero? ¿Qué práctica lo distingue y diferencia?. ¿Podríamos diferenciar la práctica enfermera de la médica porque los primeros no están facultados para medicar?. No, los enfermeros no están facultados para 'indicar' medicación, pero sí medican por indicación médica (E 392 a). Además, cuando se interviene en una situación de dolor físico la indicación de un calmante ¿correspondería al plan de cura o al plan de cuidado?(E 327 a) En general, las indicaciones médicas sobre la utilización de un calmante (con excepción de padecimientos donde participa un equipo específico) suele ser ambigua, y se indica 'según criterio' o 'según necesidad' *“(...) algunos (...)calmantes, pero si hay consenso entre los médicos, porque que pasa, si yo hago una medicación y el médico se niega*

a firmarla la responsable soy yo, (...)" (E 300). Vemos en este punto, cómo el habitus de visita hace que la responsabilidad del cuidado (que debería incluir el alivio del dolor) quede restringida, dada la responsabilidad legal de indicación médica en el uso de medicamentos.

Por otra parte, la práctica de preparación de medicación dio origen a la 'Regla de Oro' de la enfermería: *"el que prepara administra"* (E 71). Esta regla, anuda la responsabilidad de la preparación adecuada del medicamento con la vía adecuada de administración. Sin embargo, en estas prácticas también existen superposiciones dentro del campo hospitalario que surgen de incumbencias compartidas entre los profesionales de la enfermería y los farmacéuticos, como puede constatarse en sus respectivas leyes profesionales. (E 36)

Algunos médicos trasladan prácticas de incumbencia de la enfermería a los médicos residentes, como por ejemplo la administración de insulina (E 125 a b) o el cambio de frascos de drenaje pleural (E 274).

La excesiva cantidad de pacientes por Enfermera, hace que actividades propias, a veces las realicen los médicos residentes, como por ejemplo la educación para el alta (E 275 b). De hecho, el sector de residentes parece compartir múltiples prácticas con la enfermería, es más: *"hacen lo que hacíamos nosotros cuando no estaban"* (E 326 b)

No es diferente la situación con las prácticas kinesiológicas. De hecho, tanto enfermeras como Kinesiólogos aspiran, lateralizan, golpetean y posicionan al paciente (E 261 a, 291 a). Las entrevistadas expresan, que con estos profesionales tienen la misma preocupación y detectan los mismos signos (E 37, 136, 291 a, 261 a, 285 a) e incluso algunas observan que antes de que contrataran Kinesiólogos en sus lugares de trabajo, estas prácticas eran realizadas por el sector enfermero. Pero lo más llamativo es que *"(...) en un tiempo nosotros hacíamos el golpeteo, pero ahora no, a menos que el Kinesiólogo escriba algo que nosotras tengamos que llevar a cabo"* (E 261 b)

Parecería que al surgir nuevas profesiones en el campo, éstas tienden a estructurar su práctica desde la 'visita' y la 'indicación'. Las representaciones que este dicho (E 261) organiza, mantienen la división entre el que 'escribe' y el que 'hace', contraponiendo el 'saber' y el 'hacer'; aún cuando *en un tiempo nosotros hacíamos* (lo mismo) sin previa indicación o a partir de la indicación médica.

También se señala que los Asistentes Sociales tienen una preocupación compartida (E 37), y atribuyen esto, a tener el mismo origen (E 285 c) pero perciben que se diferencian, por la condición *"extra muros"* de las Asistentes Sociales (E 38).

En sectores donde el conocimiento en nutrición es fundamental (diálisis por ejemplo) *"No había Nutricionista, el médico apenas si daba algunas indicaciones generales como el comer sin sal y alguna otra indicación muy general, así que el*

aspecto nutricional lo atendíamos nosotras, hacíamos las indicaciones más precisas, (...)"(E 318 a). Otras observan que "(...) la nominación de 'Nurse' que se mantiene en Inglaterra y EEUU, tiene que ver con la alimentación, los aspectos nutricionales..." (E 136). Además, se destaca que en España esta actividad es realizada por Enfermeras especializadas en nutrición, "(...) pero la profesión nutrición es específicamente dedicada a eso... nosotros creemos que es diferente la enfermera especializada (que las hay) que está permanentemente valorando todos los patrones, que trabaja en forma interdependiente con los nutricionistas para resolver situaciones en forma integral. (...) Pero si hablamos de valores calóricos nosotros tenemos formación pero cuando aparecen otras actividades que nos quitan incumbencia, porque estudian especialmente para ser nutricionistas" (E 293 a b c).

El último dicho, intenta mostrar la oposición en las formaciones entre las enfermeras especializadas en nutrición y las Nutricionistas. Las primeras, valorarían 'permanentemente' 'todos' los patrones funcionales; ¿Qué diferencia entonces su práctica?: fundamentalmente una mirada más integral. Sin embargo, la entrevistada destaca la permanencia de la función (restringiéndose así a la actividad asistencial). Por otra parte, esta 'permanencia' (también propia de la Enfermera asistencial), parece asignarle a la práctica enfermera una gran valoración al compararla con el habitus distintivo de la 'visita' del resto de las profesiones que participan del campo hospitalario.

El dicho, inicialmente, trata de marcar la aceptación de otra actividad profesional donde la Enfermera *"trabajo(a) en forma interdependiente con los Nutricionistas"*, pero luego se transforma en una queja: *"nosotros tenemos formación pero cuando aparecen otras actividades que nos quitan incumbencia, porque estudian especialmente para ser Nutricionistas"*.

Como vimos, Escuelas Enfermeras como Puígari, se caracterizan por una formación naturista y su formación se centra en el patrón nutricional. ¿Porqué entonces en nuestro país surge la profesión de Nutricionistas y no la de enfermeras especializadas en nutrición?

La práctica de las Nutricionistas, muestra una superposición diagnóstica importante con el sector enfermero, en este patrón específico. Por otra parte suele ser habitual, como ya se resaltó, que dentro del campo hospitalario sea el sector enfermero, el que informa sobre preferencias, tolerancia y en el caso de bebés, de la relación madre/hijo durante el amamantamiento. Además históricamente, el reconocimiento logrado por Florence Nightingale, surge entre otras cosas, por la incorporación de una cocina de dietas en los hospitales de batalla durante la guerra de Crimea.

Con relación al margen de ambigüedad de sus prácticas, una de las entrevistadas concluye *"Son áreas de conocimiento que a medida que se fueron perfeccionando se fueron desprendiendo... la terapia ocupacional también"* (E 137).

La superposición de prácticas, se da con todas las actividades profesionales del campo hospitalario, de hecho: "(...)las incumbencias son grises, somos el nexo" (E 265 b). ¿Porqué estas zonas grises surgidas en el espacio de articulación de la práctica de la cura y la del cuidado llevaron a la creación de nuevas profesiones y no a especializaciones enfermeras? ¿Qué elementos participaron en la génesis de este campo para este resultado?

Intentaremos reflexionar sobre estas cuestiones a partir de hechos históricos que permiten sugerir alguna aproximación a la respuesta.

- ***De las zonas grises a la dinámica del campo hospitalario:***

Según Marie Colière (1989), durante el siglo XIII, al organizarse la inquisición en forma pontificia, Bonifacio VIII exigió la clausura absoluta de médicos y hermanas en los antiguos Hospitales. Sin embargo, algunas órdenes de religiosas mantuvieron sus actividades "extra muros" constituyéndose luego en el antecedente de la Asistencia social. Esta será, la primer disociación de la práctica aunque luego estas dos actividades volverán a encontrarse en el espacio 'extra muros'.

Para Cristina Robertis (1989) en Francia, la enfermería ofreció una nueva visión a la tradicional práctica de las Asistentes Sociales. Esta autora, señala que en Europa, por los años treinta existía una total coincidencia de funciones entre las 'Enfermeras Visitadoras' y 'Asistentes sociales', e incluso llegaron a fusionarse los títulos. Además, la autora considera que en ese país, las Asistentes sociales abandonaron sus prácticas de beneficencia, cuando adoptaron de las Enfermeras visitadoras tanto su metodología de trabajo como su actitud de 'reformadoras sociales'. Esto les permitió "diagnosticar" sus casos y decidir su "tratamiento".

A pesar de esto "(...)la enfermera, asistente del médico, subordinada a él (.....). La metodología, para las Enfermeras Visitadoras era determinada desde el exterior de la profesión y por otros. Sus tareas y funciones estaban señaladas por los médicos....." (De Robertis, "metodología de la intervención del trabajo social", 1989 pag. 8/9,) y esto impidió que las Enfermeras lograran una actividad profesional independiente con mayor prontitud.

Foucault (1976) al referir al surgimiento de la enfermería y de los médicos residentes (siglo XVIII) ubica a estos sectores como la base de posibilidad de la organización del Hospital moderno. Según este autor el médico residente, aseguraba por su permanencia el poder médico frente al teológico, mientras que, las funciones asignadas a los enfermeros permitían que esa permanencia no implicara la incumbencia de tareas que limitaran su status jerárquico.

La fuerte dependencia de la enfermería con el médico, parece haber sido el motivo que permitió que la enfermería usara pero no adoptara en sus inicios una metodología de trabajo y de intervención.

Por nuestra parte, creemos que, la permanencia junto al paciente y la necesidad de dar respuestas a sus necesidades, debieron generar conocimientos desde la práctica que, según lo que venimos analizando, fueron sustraídos por el sector mejor posicionado dentro del campo hospitalario, relegando constantemente al sector a un lugar de subordinación.

Dos personajes históricos resultan 'ejemplares' para sostener nuestro supuesto de sustracción de conocimientos surgidos desde la enfermería.

El primero: Jean Baptiste Pussin, enfermero del Hospital Bicêtre durante el siglo XVIII, que según las investigaciones de Dora Weiner citadas por Malvarez y Ferro (1991), habría intentado "restablecer la razón" de los pacientes psiquiátricos alrededor de 1774.

Pussin, lleva adelante una serie de transformaciones: 1) Libera a los enfermos de ataduras; 2) Observa que la sistematización de charlas periódicas con ellos colaboraba con su mejoría; 3) Suprime todo tipo de castigo físico; 4) Observa que el trabajo, si no es excesivo, colabora con su restablecimiento.

Estas prácticas, que podríamos calificar como "un cuidado planificado para la cura" será conocido por Pinel en su estada en Bicêtre, y al ser nombrado para prestar servicios en Salpêtrière solicita el traslado de Pussin a dicho nosocomio, según consta en los papeles originales de Neufchâteau de los Archivos Nacionales de París Pinel justifica su pedido a partir de reconocer en Pussin: 1) Sus cualidades humanas 2) Su experiencia y sabiduría, 3) La anticipación y el valor de las normas de ordenamiento institucional introducidas por él, 4) La antelación y eficacia de los tratamientos no violentos probados por Pussin en pos del "restablecimiento de la razón" de los enfermos. (Malvarez y Ferro, 1991).

Más allá de esta atribución social, que marca claramente el silencio y sustracción de conocimientos del campo de la enfermería al médico - aún en contra de las expresiones del médico involucrado -, nos importa aquí destacar que: Pussin a partir de sus prácticas y reflexiones sentó las bases de importantes aspectos en la práctica de la psiquiatría moderna y también abrió el camino a la Terapia Ocupacional.

El segundo caso es el de Florence Nightingale. Según Cecil Wodham-Smith (1957) ella incorporó conocimientos de administración (instalación de montacargas, compras al por mayor, instalación de timbres a válvula), epidemiológicos y nutricionales (organización de raciones de dietas especiales), y la visión sanitarista en la práctica enfermera del 'cuidado'.

Tanto Nightingale como Pussin, muestran desde sus prácticas una mirada integral del ser humano, que puede destrabar las limitaciones del hacer médico cuando éste queda centrado exclusivamente en la enfermedad. Sin embargo, sus aportes no les son reconocidos y no fueron sostenidos ni profundizados dentro del campo Enfermero.



De lo analizado hasta aquí, creemos, que la ausencia de informes escritos por parte de la enfermería, facilita que el habitus de la 'indicación' médica incorpore los conocimientos surgidos de sus sugerencias y los legitime como propios. Estos conocimientos sustraídos a la enfermería, se formalizaron en otras profesiones (kinesiologías, Terapia Ocupacional, Nutricionista etc.), que se organizaron o se organizan (al menos en nuestro país) dentro de las Facultades de Medicina. Estas profesiones 'intermedias' (en sus orígenes con una titulación de tres años) adoptan dentro del campo hospitalario los habitus médicos de la visita y derivación de tareas manteniendo así un mejor posicionamiento que la Enfermería.

De la articulación de los datos analizados, conjeturamos el octavo supuesto: ***"El habitus de derivación, generó una dinámica en el hospital moderno, que permitió la sustracción sistemática de conocimientos producidos por el sector enfermero. Los conocimiento sustraídos, se profundizaron y sistematizaron desde la medicina, creándose nuevas profesiones, que lograron un posicionamiento intermedio en el campo (entre el médico y el sector enfermero), gracias al mayor status de su titulación universitaria y el menor tiempo de escolarización en relación con el médico. Por otra parte, su posición se mantiene a partir de adoptar los habitus médicos de 'visita' y 'derivación' de tareas"***.

9. EL ROL DE LA ENFERMERÍA.

Hasta aquí hemos analizado como:

1. El habitus de derivación estructura las posiciones de los distintos sectores dentro del campo hospitalario y hace que se configure una representación social de la enfermería a modo de complemento / sustituto del médico.
2. El habitus enfermero de 'Pase de Guardia', se caracteriza por la transmisión oral de las prácticas y sugerencias diagnósticas, lo que perpetúa esta complementariedad y naturaliza la sustracción de conocimientos surgidos de la práctica enfermera.
3. El sector enfermero, genera un saber que puede no ser puesto en juego dentro del campo hospitalario a modo de resistencia (capital de reserva).
4. El habitus de derivación (médico y de otros profesionales), suele generalizarse generando el habitus de suplir (enfermero) consolidando lo que dimos en llamar '**espacio vacío**'.

En este ítem, intentaremos articular las conclusiones previas con el análisis de dichos en los cuales las entrevistadas describen su percepción del rol de la enfermería.

Una de ellas, nota que cuando intentaba interesar a sus compañeras para asistir al Pase de Sala o a un Ateneo: "(...) siempre me contestaban 'tengo trabajo'

(...) o sea, que participar en una actividad de educación en servicio no era trabajo "es más piensan que la educación continua pasa por ir a escuchar a alguien, nadie lee cotidianamente, (...) y yo les decía 'Uds. Ven que los médicos están siempre sentados estudiando' "(...) ellas creen que todo pasa por la asistencia a una jornada donde, además se duerme la mayoría y acá nada, de repente te decían fui a un Congreso y le preguntabas de que se habló y te contestaba 'y.. lo de siempre'" (E, 385, 386 b).

Volvemos a encontrar, como en dichos anteriores, el diálogo con la figura del médico, imagen valorada a partir de la cual se establece la valoración de las conductas.

La entrevistada percibe falta de interés en sus pares, al punto de que se *duerme la mayoría* en los Congresos y Ateneos a los que asisten. Podríamos conjeturar que si históricamente, la reflexión científica correspondió al médico y éste en función de sus conocimientos 'indica' al sector que 'hacer' ¿Porqué interesarse por cuestiones que no perciben como propias?. Sin embargo, existe el interés suficiente como para asistir, por lo que deberíamos preguntarnos ¿qué defrauda sus expectativas?, ¿Qué cosa van a buscar y no encuentran?. Tal vez, se reflexione y exponga temas relacionados a la práctica de la cura, sin poder articularse con la práctica específica del cuidado y esto se perciba como '*lo de siempre*'. Cualquiera sea el motivo, no deja de ser significativa la pasividad de sus conductas.

Otros dichos, expresan fuertes críticas: *"(...) de repente te dicen: no hay nada para hacer (...) pero hay mucho que hacer, por ejemplo en lo que hace a la valoración de los pacientes, la información incidental, observar en los horarios de visita cómo es la relación de los visitantes con los pacientes..."* (E 377 c). En otras palabras, '*nada*' corresponde exactamente al diagnóstico enfermero.

Una de las entrevistadas señala que algunas de sus colegas 'creen' que: *"la ley (profesional) existe pero no está en vigencia"* (E 395). Esta afirmación nos muestra la imposibilidad de valorar el logro que implica la legitimación legal de su actividad profesional. La hablante interpreta la lógica de quienes opinan así como: *"Acá existe la ley, pero yo estoy cuidada porque la ley no está en vigencia y esto es como el SIDA, sé que existe el virus pero preservativos no uso, el virus no está en vigencia"* (E 395). La hablante, percibe en sus pares, una acomodación cognitiva a partir de la cual se acepta el desconocimiento social de su práctica. Esto, colabora con las limitaciones de su rol, y también, les permite el beneficio secundario de no hacerse responsables de sus prácticas.

También se percibe que: *"(...)la tecnología te lleva a tener que hacer especializaciones, de repente una formación generalista no te sirve para una terapia intensiva, pero nuestra visión se mantiene integrada, si vos ves las especializaciones en medicina ya no tratan con un hombre sino con pedacitos..."* (E 80) *"(...) El médico, no está las 24 hs. , la Nutricionista no está, la Terapeuta no está. Ellos intervienen en el aspecto que es coincidente con su profesión; lo nuestro es integrar todos esos aspectos en una persona."*(E 293 g h) *"(...) los Patrones Funcionales(...) yo soy la*

que tengo que ver, (...) en forma holística esa persona(...)no es un paciente operado de esto o aquello, es una persona que la veo desde toda la movilidad, respiración, relación con los otros, comunicación.” (E 292)

Implementar el PAE y valorar los PF, se constituiría entonces en la práctica que vuelve a integrar aquello que fue desmenuzado en el proceso de análisis e intervención, articulando las prácticas de cura en las de cuidado, en un proceso constante del todo a las partes y de las partes al todo.

Podríamos pensar, que estas prácticas podrían ser sustituidas por el trabajo interdisciplinario del resto de las profesiones ligadas a la cura que participan en el campo. Sin embargo, el carácter de permanencia del sector, agrega no solo los datos en bruto o elaborados de todas las prácticas profesionales, sino también los surgidos de la relación directa con el entorno de la persona internada (físico y humano) y con el personal no profesional de la organización. Este todo reconstruido, agrega un 'plus' que no puede ser abordado desde el habitus de la 'visita'.

Algunas definen su función teniendo en cuenta que *“(...)en el equipo de Salud es la que atraviesa permanentemente todos los campos, la que integra a la atención (...)”*(E 299). Y se percibe que *“(...) es posible cuando nos sentimos partícipes. Cuando la limitación tiene que ver con el hecho de sentirse o no perteneciendo a una institución(...)”*(E 351). Pero también se pone en evidencia con relación a los PF que *“(...)es muy difícil ponerlos en vigencia, por un lado porque en las instituciones es muy poco el personal profesional y por otra porque implica un gran compromiso y eso es muy resistido”*(E 324 b). Se piensa que el PAE es: *“nuestro léxico, nuestro lenguaje, es la única forma que nos debemos comunicar y de las cosas que más nos cuesta que los alumnos incorporen, (...) nuestro grupo de formación como docentes es muy heterogéneo (...) hay gente (...) que no lo considera tan importante”* (E 345) y alguna de las entrevistadas considera que se hace necesario *“(...) crear un espacio para ir a hablar, para encontrar respuestas, (...)”*(E 367 f).

Otros dichos, expresan: *“(...)yo quería saber (...)la percepción que tenía el otro de lo que yo hago, el paciente, mi propia valoración... si la gente dice que se va contenta... yo quiero saber que pasa, si se van realmente conformes, por qué dicen que se van conformes. Creo que una investigación es una forma de encontrar respuestas de lo cotidiano y que aquello que uno ve y no que mira solamente sino de alguien que quiere ver qué es lo que pasa(...)”* (E 373).

La preocupación por encontrar caminos que permitan fundamentar a ciencia cierta la eficiencia de su actividad profesional, incorpora el mundo de significados a partir de los cuales el otro ('paciente') valora su práctica. Esta preocupación por la percepción que tienen los otros de su función, consolida un nuevo lugar y actitud diferente hacia sus prácticas y el otro.

Se habla de un rol enfermero constituido por tres dimensiones: 1) dependiente (del médico por indicación); 2) interdependiente (integración de las distintas prácticas derivadas por las profesiones participantes del plan de cura en el plan de cuidados);

3) independiente (resolución de todo lo que hace a la transformación del ambiente para el bienestar del individuo durante su cuidado) (E 279)

Si nos detenemos aquí, es inevitable observar que esta tridimensionalidad adjudicada a su práctica profesional, está organizada según el grado de dependencia, especialmente con el médico.

¿Sería correcto pensar como dependiente aún una administración de medicamentos?. Una correcta práctica enfermera, implicaría antes de aplicar la medicación indicada, valorar la situación del paciente que podría surgir la necesidad de transformar la 'indicación' realizada. También podría ocurrir, que una indicación médica adecuada a la situación del paciente, exija ser transformada porque las pautas culturales del paciente las hace inaceptables. Por otra parte, prácticas consideradas propias de la enfermería, como la rotación de un paciente ¿no pueden exigir de una interconsulta?. Y aún más, cuando se trata de la administración 'criteriosa' de calmantes en un plan de cuidado ¿A qué criterio se refiere? ¿del médico? ¿Enfermera/o? ¿Paciente? ¿No exige una interconsulta médico/enfermero/paciente?. Tal vez, sería conveniente poder pensar a las profesiones que logran un encuentro social en el cuerpo de la persona en situación de enfermedad, como actividades en permanente interacción simétrica y/o complementaria no rígida, según acuerdos interdisciplinarios y las exigencias de la práctica específica.

Otros dichos expresan: "(...) la enfermería tiene que afianzar el área independiente (...) Pero todas no piensan así, algunas compañeras observan que muchas profesiones dependen del diagnóstico médico(.) En la medida en que nos demos una veta independiente, vamos a poder trabajar en interdisciplina, sino es imposible" (E 138 b)"nosotras hablamos de cuidado y los médicos hablan de curar y (...) enseñamos a la persona que ella pueda manejarse, por eso la enfermería tiene una manera distinta de mirar"(E 285).

¿Depende la Enfermería del diagnóstico médico?. Algunas áreas en las que desarrolla su actividad, como la Enfermería Comunitaria ¿Necesariamente debe basarse en diagnósticos médicos previos?. Los aportes realizados desde la Psicología social de los grupos, comunitaria, ambiental y Ecológica, la antropología, la sociología etc. ¿No abordan las condiciones de salud/enfermedad sin centrar en el diagnóstico médico? ¿Las investigaciones antropológicas del cuidado hacen alguna referencia al diagnóstico médico?

Parecería que en la búsqueda de 'distinguir' su actividad profesional, el permanente diálogo con el médico, lleva a las hablantes a crear oposiciones tajantes entre la cura y el cuidado, creando una oposición rígida, que pone límites en su propia práctica y dificulta poder percibirse en otros ámbitos fuera del campo hospitalario.

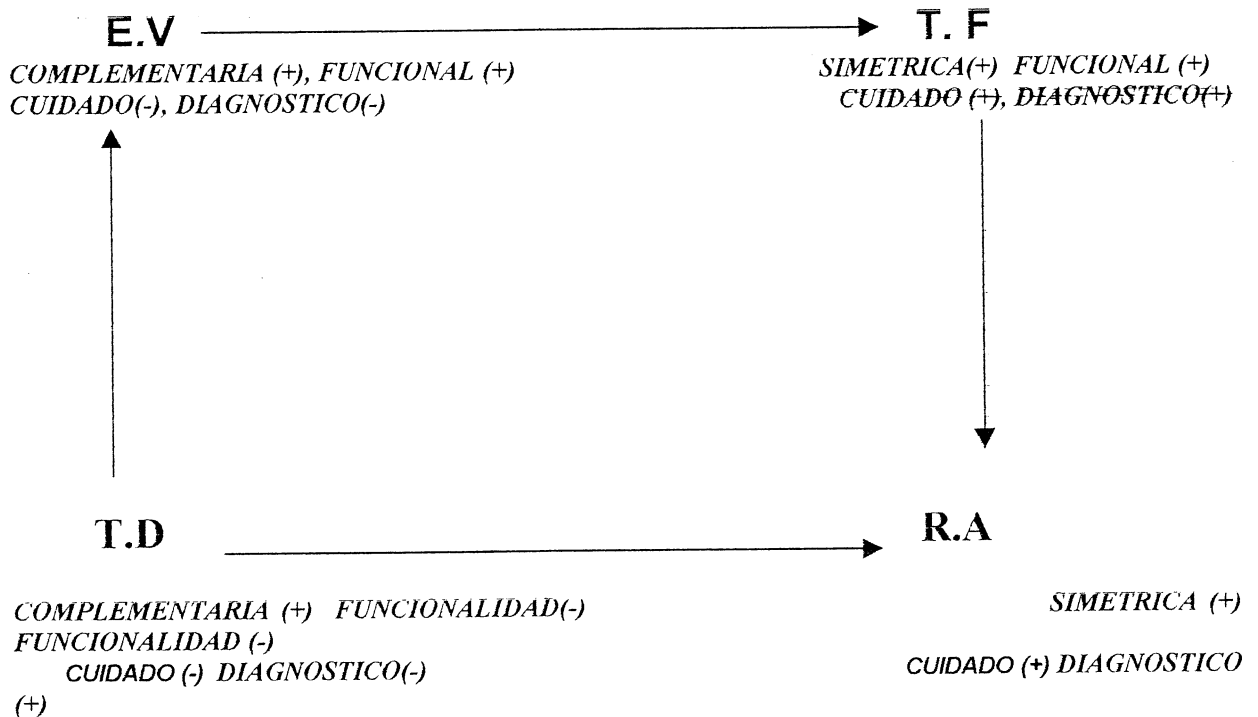
CONSTRUYENDO TIPOLOGIAS

Articulando los análisis de los diferentes ítems, podemos perfilar diferentes actitudes y conductas en la puesta en práctica del rol enfermero asistencial.

Estas actitudes o posiciones del sector su práctica asistencial, podrían ser pensados componiendo un cuadrilátero imaginario que define sus cuatro vértices según: 1) Grado de funcionalidad de sus prácticas a la estructura de poder existente en el campo hospitalario de internación; 2) Grado de desarrollo de la práctica del cuidado. La interacción complementaria o simétrica con el médico; 4) La incorporación del diagnóstico enfermero.

Esto permite crear cuatro tipologías del rol asistencial:

- 1) Espacio Vacío (**E. V.**).
- 2) Transgresión Funcional (**T. F.**).
- 3) Transgresión Disfuncional (**T. D.**).
- 4) Rol Autónomo (**R. A.**).



Espacio Vacío: Presenta la máxima funcionalidad con la estructura de poder del campo. Prácticas rutinarias, recortadas y en complementariedad rígida con los hábitos médicos. Estas características impiden la posibilidad de discriminación de la profesión, realización diagnóstica y plan de cuidados. Presenta un alto acopio de capital de reserva. (Conducta: respuesta a órdenes) -

Transgresión Disfuncional: Resistencia a la derivación. Rechazo contestatario, negación de la complementariedad. Prácticas rutinarias y muy limitadas. La disfuncionalidad que genera es en detrimento del cuidado del paciente. Capital de reserva limitado o nulo. (Conducta: no hacer o hacer estrictamente lo indicado)

Transgresión Funcional: Se desplaza de su lugar complementario de dependencia a la imposición de simetría a partir de prácticas implementadas informalmente. Intenta constituirse en asociado indispensable, a partir de la incorporación del diagnóstico enfermero al diagnóstico médico sin discriminación. Práctica reflexiva pero indiscriminada dentro del campo. Pone en juego todos sus conocimientos, sus sugerencias son orales lo que permite la sustracción de los conocimientos que aporta. No hay capital de reserva.

Rol Autónomo: Práctica no funcional con la estructura de poder del campo. Interacciones simétricas y/o complementarias flexibles con el médico y otros profesionales en función de su diagnóstico y plan de cuidados. Plena incorporación del PAE y actuación diferenciada en tareas interdisciplinarias. Legítima sus intervenciones por escrito, no presenta capital de reserva pues los conocimientos adquiridos en el campo son puestos en juego dentro del mismo como propio.

EL INGRESO AL HOSPITAL

1. CONVERSACIÓN Y REALIDAD:

El objetivo de esta segunda etapa de la investigación, es el de explorar el juego de poderes entre los subsectores: enfermería profesional / auxiliares de enfermería y su incidencia en la construcción de significados asignados a la profesión enfermera.

Con este fin y luego de acordar con las autoridades del Hospital, se definió día y hora para iniciar la tarea, acorde a las disponibilidades horarias del personal, según la estimación de la Enfermera Jefe del Área en cuestión.

Sin embargo, habiendo arribado al lugar, surge un obstáculo inesperado: la Jefa de Enfermeras con quien había acordado, se niega a que las entrevistas sean individuales.

El hecho produce un confuso diálogo entre el personal, y en los primeros encuentros, dio origen a supuestas entrevistas individuales 'en presencia de', en las cuales se produjeron interrupciones y cambios de opinión entre auxiliares de enfermería y Enfermeros profesionales.

Estas entrevistas 'individuales', ponían de manifiesto la interacción cotidiana entre los subsectores, y aportaban datos más que interesantes. Por este motivo, decidí no despreciarlas y utilizar los aportes del análisis conversacional para su abordaje. De esta manera se incorpora el análisis de las estrategias discursivas a partir de las cuales los miembros de los distintos subsectores intentan hacer fáctica su realidad por sobre otras.

1.a. Descripción de la situación:

En el día y hora pautado con la Jefa de enfermeras del Area de Neonatología (área restringida) me encontré con un grupo afable reunido en el espacio en que los médicos del sector organizan la discusión de los casos.

Todo parecía producirse tal como lo había solicitado, hasta que, al invitar a la toma de las entrevistas individuales, la Jefa de Enfermeras se levantó abruptamente y exclamó: "*¡Ah... entonces. ¡No!*".

Esta exclamación, produce el silencio inmediato del grupo (que hasta entonces compartía conmigo su desayuno). Comienzan a levantarse (algunos dudando, otros extrañados y otros en aparente "son de guerra") y el único varón del grupo, antes de retirarse, ya parado, ceba un mate y me lo ofrece.

En nuestra cultura cotidiana, invitar a tomar unos mates, suele ser la forma en que se abre un espacio de diálogo sobre un tema específico o no. El mate ofrecido en turnos ordenados, se constituye en el soporte y a veces excusa de la interacción dialógica.

Decido tomar este ofrecimiento como la comunicación no verbal: "esperá un ratito" y acepto la "sugerencia" (ciertamente algo azorada por este hecho inesperado).

Pocos minutos después, una de las personas que conformaban el grupo original se acerca por el pasillo y en voz lo suficientemente alta como para comunicarnos al mismo tiempo a su grupo y a mí su decisión, dice: "*Yo no tengo ningún problema en que me entrevisten...*". Inmediatamente, otras dos mujeres del grupo la siguen a modo de escolta.

El lugar, presenta como único mobiliario, una mesa cuadrangular franqueada por dos bancos en los lados de mayor longitud. Yo estoy sentada en uno de esos bancos, frente a mí, se sienta la persona que, con su conducta permitió que estas

entrevistas pudieran iniciarse (I, Enfermera profesional). A su izquierda, se sienta otra mujer (E, Auxiliar de enfermería) y a su derecha otra que se mantendrá callada durante toda la supuesta entrevista y que es presentada como Licenciada en enfermería. Luego se agrega M (Enfermera profesional) que participa de la conversación.

Como puede observarse, esta entrevista y las dos siguientes, aceptadas como 'individuales', se realizaron con 'audiencia pública'. En ellas, se produjeron interrupciones de parte de los 'escuchas' y discusiones entre los hablantes. Esta situación, se produjo en tres oportunidades entre los diferentes actores sociales y se decidió seleccionar estas discusiones para el análisis conversacional.

En las interrupciones, la creación de turnos conversacionales de los diferentes subsectores da cuenta de quien se siente autorizado a hablar, y quien se impone como hablante. Por otra parte, las estrategias discursivas empleadas por los subgrupos del sector nos permitieron analizar cómo se construyen sus realidades y cuál de las realidades construidas es la que se impone en este ámbito.

Debemos tener en cuenta, antes de iniciar el análisis, que estas conversaciones están traspasadas por el contexto, y que surgen de la particular situación que las inicia. Los hablantes, constituyen conmigo, una tríada, e intentan que tome partido por la realidad que cada uno intenta asentar como fáctica.

Las secuencias conversacionales seleccionadas, fueron diferenciadas en sus turnos numerándolas, para luego categorizarlas por su contenido temático según el subgrupo de pertenencia del hablante. Se analizó su contenido y las estrategias discursivas utilizadas para afianzar sus pareceres.

2. ANÁLISIS DEL PRIMER FRAGMENTO.

Este primer fragmento seleccionado, corresponde a la entrevista 'individual' con I (Enfermera profesional) a quien decidimos llamar EPI, aunque casi inmediatamente de iniciarla, E (auxiliar de enfermería) a quien llamaremos AUX, se constituye en protagonista del diálogo. A partir del turno 16, se incorpora a la conversación M (Enfermera profesional) a quien denominaremos EMP. Durante todo el fragmento L (Licenciada en Enfermería) se mantiene en silencio.

La secuencia, fue analizada definiendo Unidades de Análisis de Significado, y organizadas en una tabla de doble entrada según:

- 1) Titulación del hablante (Auxiliar, Enfermera Profesional).
- 2) Los ítems: Tipo de Conflicto (TC): *Lucha entre grupos* (LEG); *Lucha individual por liderazgo* (LLI). Motivos atribuidos explícitamente al conflicto (MAE): *Nivel de titulación* (NT), *Conflicto Personal* (CP). Motivos implícitos

deducidos de los dichos (MID) Justificación de la impericia (JI), Nivel de titulación (NT). Cambios durante el proceso de intervención externa calificado por las hablantes como "terapia" (CET): Observables (CO), Hacerse cargo (HC) Situación actual (SA): Mención al conflicto (MC)

2.1. El diálogo analizado:

T 1Edora: ¿Quién coordinó los grupos?

T 2(AUX): La Psicóloga, eran grupos de terapia ... entre ellas fuimos las conflictivas y las no conflictivas. (LEG) Y ahí nos empezamos a amigar y nos dimos cuenta que nosotras estábamos metidas en algo que en realidad era una pavada, porque empezamos a modificar conductas nosotras, a aceptarnos... a escucharnos, y ahí cambió la relación, (CET) ahora seguimos... ahora predomina (se ríe) la clase plebeya, (MAE) pero se ha desintegrado un poco el grupo, aparte había un grupo de líderes, entonces los líderes querían llevar a todos... (LLI)

T 3I(En. Prof.): (Enfermera profesional): No sería que Uds. querían formarlo el grupo de líderes?.(LEG)

T 4E(AUX): No, no, porque se ha separado el grupo y el grupo es diferente ahora, sigue habiendo una que quiere predominar pero como no tiene ahora la otra que le dé pie para que lidere, su liderazgo no sucede... (LLI)

T 5Edora: ¿Y este liderato sobre que se forman? Antigüedad, conocimientos prácticos, título...

T 6E(AUX): Por condiciones personales y laborales, (CP)

T 7Edora: El nivel de estudios también incidía?

T 8E(AUX): No!..... no creo... porque una de las chicas fue auxiliar 12 años antes de hacer la Carrera, así que no, no, eso no tiene nada que ver, (Nta) /porque yo veo que hay Licenciadas que no sirven para nada, enfermeras diplomadas que no sirven para nada, y también hay buenas enfermeras profesionales, buenas Licenciadas y buenas auxiliares. (NT)

T 9Edora: Qué sería una buena enfermera?

T 10E(AUX): Qué se preocupe por su trabajo y por el bienestar del paciente, /porque yo puedo tener mucho título pero, al chico no le doy ni bolilla y ni siquiera le limpio la boca, que es lo menos que puedo hacer por un bebé, ¡lo menos que puedo hacer es limpiarle la boca! ¡y a veces parece que les sale tela araña por la boca! (lo dice francamente exaltada), (NT)

T 11E(AUX): ¿Y qué sería una enfermera conflictiva?

T 12 E(AUX): Conflictiva... (se ríe) y.. La que estábamos contando. (LLI)

T13 Edora: Entonces... ?

T 14 I (Enf prof): Son personas que traen el conflicto de la casa... (CP)

T 15E(AUX): No son felices en la casa..., porque si fueran felices en la casa... (CP)

T 16M (enfermera profesional): Si estás contenida... (CP)

T 17E(AUX): Lo que pasa acá,... te afecta pero si vos estás bien te enganchás en otra cosa. (CP)

T 18M (Enf. Prof): No te enganchás en la boludez, en la pavada, (CP) / en que si lo pusiste así está mal porque lo pusiste torcido; no podés estar todo el tiempo sobre pavadas... (JI)

T 19E(AUX): Después que yo estoy aprendiendo, y me puedo equivocar porque soy un ser humano. Porqué no me puedo equivocar? Y eso lo aprendimos con la psicóloga, fue muy buena la terapia...Se habló de las muertes de los bebé... ¿Qué pasa con nosotros que no nos ponemos a llorar cuando una mamá pierde un bebé?. Los médicos lloraron... yo desde que estoy acá solamente vi dos veces llorar a médicos. Y le dijo al Dr. M que se puso a llorar desconsoladamente: ¿porqué no expresar nuestros sentimientos? . ¿Qué es lo que nos pasa?, porque sino estamos así,... como mecanizados, se muere un bebé y bueno... se murió, sobre todo si no era viable,... como si no pasara nada, no somos todas así, hay personas que son más sensibles y lloran, para mí pasa por una cuestión de autodefensa ¿no?. Porque eso es para protegerte vos...(JI)

T 20I(Enf. Prof.): Para proteger a la mamá también. (NTb)

T 21E(AUX): Para mí la terapia hizo muy bien. (CP)

T 22I(Enf. Prof.): Fue una de las cosas que me hizo bien, porque dejé de decir a determinada guardia: ¡No!. Porque también ellos podían decir lo mismo, pasar al revés. (CET) /Entonces es como que uno prejuzga sin antes juzgarse, y es lindo... por eso, porque te das cuenta. (CET _ HC) /para eso están ellos que aprendieron, el

psiquiatra el psicólogo, gracias al doctor, porque eso.... (NT) pidió por intervención del Director (Nt)... y eso es bárbaro, a mí me gustaría que lo hicieran de nuevo, por ahí lo podemos pedir (CET -HC).

T 23E(AUX): Sí, ¡sí! ¡La psicóloga está dispuesta!.(CET - HC)

2.2. Determinación de los turnos en la conversación:

La entrevista se inicia con EPI, sin embargo, cuando la hablante aclara que hacía poco tiempo que trabajaba en el turno de la mañana, AUX destruye su protagonismo peyorativamente "(...) *ella lo único que hace a la tarde es poner el termómetro*". De aquí en más, AUX se apropia de la situación. El fragmento seleccionado se inicia cuando EPI intenta rescatar 'su' entrevista. En el turno 16 se incorpora EMP a la conversación.

Tomamos para el análisis este fragmento álgido de la conversación, donde EPI había quedado francamente relegada frente a Aux y logra reintroducirse en la entrevista a modo de 'interrupción' (T3) y sin poder continuar en la secuencia de la conversación replegándose.

AUX mantiene el diálogo conmigo, hasta un nuevo intento de EPI (T14). De inmediato AUX (T15) retoma el manejo de la conversación. Frente a esto se produce un nuevo intento del sector de enfermeras, ahora desde EPM en dos turnos casi consecutivos (T16, 18) manteniendo un diálogo con AUX (T17, 19) quien, a pesar de las nuevas irrupciones de EPI (20,22) mantiene la "voz cantante" en las descripciones aportadas.

En el primer intento de retomar su espacio conversacional EPI (T3), utiliza como estrategia una retórica defensiva, expresada a modo de pregunta 'sugerente'. En los siguientes turnos, las dos enfermeras profesionales son guiadas en un movimiento que termina con el afianzamiento de los dichos de AUX. Luego un nuevo intento de EPI (T20) trata de poner distancia y diferenciar su conducta profesional; finalmente AUX vuelve a arrastrar al resto a un supuesto "final feliz", proponiendo que todos los subsectores enfermeros (donde se incluye) compartan psicoterapia. Este tratamiento, funcionaría como una intervención externa para homogeneizar al sector fuera de toda diferenciación, al instalar la idea de que cualquier punto de vista diferente es producto de una patología individual.

2.3. Tabla de categorizaciones y análisis:

		AUX	EPI	EPM
TC	LEG	<i>T 2(AUX): ... fuimos las conflictivas y las no conflictivas(LEG)</i>		
	LLI	<i>T 2(AUX):I aparte un grupo de lideres, entonces los lideres querian llevar a todos. (LLI). T 4E(AUX): sigue habiendo una que quiere predominar pero como no tiene ahora la otra que le de pie para que lidere, su liderazgo no sucede(LLI)... T 12 E(AUX): Conflictiva... (se rie) y.. la que estabamos contando.</i>		
MAE	NT	<i>T10E(AUX): Qué se preocupe por su trabajo y por el bienestar del paciente, porque yo puedo tener mucho titulo pero, al chico no le doy ni bolilla y ni siquiera le limpio la boca, que es lo menos que puedo hacer por un bebé, ¡lo menos que puedo hacer es limpiarle la boca! ¡Y a veces parece que les sale tela araña por la boca! (lo dice francamente exaltada),(NT a) T 8E(AUX): No!..... no creo... porque una de las chicas fue auxiliar 12 años antes de hacer la carrera, así que no, no, eso no tiene nada que ver.(NT a)</i>		
	CP	<i>T 6E(AUX): Por condiciones personales laborales,(CP) T 15E(AUX): No son felices en la casa... porque si fueran felices en la casa...(CP) T 17E(AUX): Lo que pasa acá, ...te afecta pero si vos estás bien te engachás en otra cosa.(CP)</i>	<i>T 14 I (Enf prof): Son personas que traen el conflicto de la casa...(CP)</i>	<i>T 16M (enfermera profesional): Si estás contenida...(CP) T 18M (Enf. Prof): No te engachás en la boludez, en la pavada, (CP)</i>

MID	NT	<p><i>T 19E(AUX): Después que yo estoy aprendiendo, y me puedo equivocar porque soy un ser humano. Porque no me puedo equivocar? Y eso lo aprendimos con la psicóloga, fue muy buena la terapia...Se habló de las muertes de los bebè... ¿Qué pasa con nosotros que no nos ponemos a llorar cuando una mamá pierde un bebè?. Los médicos lloraron... yo desde que estoy acá solamente vi dos veces llorar a médicos. Y le dijo al Dr. M que se puso a llorar desconsoladamente: ¿porqué no expresar nuestros sentimientos? . ¿Qué es lo que nos pasa?, porque sino estamos así,... como mecanizados, se muere un bebè y bueno... se murió, sobre todo si no era viable,... como si no pasara nada, no somos todas así, hay personas que son más sensibles y lloran, para mí pasa por una cuestión de autodefensa ¿no?. Porque eso es para protegerte vos...(JI)</i></p>		<p><i>T 18 EPM/ en que si lo pusiste así está mal porque lo pusiste torcido; no podés estar todo el tiempo sobre pavadas...(JI)</i></p>
	NT	<p><i>/porque yo veo que hay Licenciadas que no sirven para nada, enfermeras diplomadas que no sirven para nada, y también hay buenas enfermeras profesionales, buenas Licenciadas y buenas auxiliares.(NT b)</i></p>	<p><i>T 20I(Enf. Prof): Para proteger a la mamá también...(NT b)</i> <i>T22 I(EP)para eso están ellos que aprendieron, el psiquiatra el psicólogo, gracias al doctor, porque eso... (NTb) pidió por intervención del Director (Ntb)...</i></p>	
CET	CO		<p><i>T 22I(Enf. Prof): / porque dejé de decir a determinada guardia : ¡No!.(CT)</i></p>	
	HC	<p><i>T 23E(AUX): Si, si ¡La psicóloga está dispuesta!.(HC)</i></p>	<p><i>T 22I(Enf. Prof): Fue una de las cosas que me hizo bien,(CET) Porque también ellos podían decir lo mismo, pasar al revés.(CT)</i> <i>/Entonces es como que uno prejuzga sin antes juzgarse, y es lindo... por eso, porque te das cuenta.....(CET - HC)... y eso es bárbaro, a mí me gustaría que lo hicieran de nuevo, por ahí lo podemos pedir (CET -HC).</i></p>	
SA	MC	<p><i>T 2 (AUX) ahora seguimos... ahora predomina (se rie) la clase plebeya.(M)</i></p>		

El conflicto se describe como lucha de poderes. Surge como temática, las diferentes reacciones de los Actores sociales frente a la muerte de algún bebé asistido. Valoran la expresión emocional (AUX) o conductas producidas desde una distancia instrumental (EPI).

AUX, describe el conflicto como pasado y superado, a partir de atribuir como causa del mismo los rasgos de carácter de las personas involucradas. Al reducir la problemática a la salud mental de algunos miembros del grupo, califica la intervención de la Psicóloga como "*grupos de terapia*" (T2). La vuelta a la 'normalidad', implica para AUX que los subgrupos enfrentados encontraron un espacio común a partir de su sufrimiento: "*...fuimos las conflictivas y las no conflictivas*".

En este dicho, el uso del verbo en segunda persona del plural, le permite disipar el lugar que ella se asigna en el enfrentamiento (¿conflictiva?, ¿no conflictiva?) y también unificar los subgrupos que antes había clasificado como "*... la plebe y la nobleza*".

Sin embargo, vuelve a introducir el conflicto a través del adverbio temporal "*ahora*" que potencia que "*seguimos*" y con sorna victoriosa toma posición al afirmar que "*ahora predominamos*" la "*clase plebeya*". (Previo a las interrupciones destacadas en este fragmento, AUX había calificado a algunas de las 'enfermeras' del turno mañana como "*Master*").

La metáfora "*clase plebeya*", le permite identificar atributos y cuantificar los grupos, al tiempo que deja entrever, que expresar más conocimientos que los de la mayoría del grupo, implica tanto un acto de soberbia como un golpe a la democracia.

A través del "*pero*", da cuentas de que la victoria no fue completa y que "*... se ha desintegrado el grupo*". Le atribuye al grupo poderes propios, esto le permite dejar a sus integrantes fuera de toda responsabilidad en esta pugna.

A pesar de su posición '*plebeya*', se mantiene "*aparte*" (T2) del grupo de líderes que "*... querían llevar a todos*". Esta estrategia discursiva, le permite organizar una descripción más 'creíble' al mostrarse ajena a todo interés personal.

Según Clayman,(1992) son precisamente estos cambios de posicionamiento los que permiten deducir que el asunto que se introduce en la narración es delicado o polémico. No es casual entonces, que sea en este punto en el que se produce la irrupción de EPI.

La ironía que se expresa en la tonalidad de la voz de EPI (T3) en la pregunta defensiva "*¿No serían Uds. las que querían formar el grupo de líderes?*", intenta socavar la factualidad de la descripción realizada por AUX. De esta forma, re posiciona a la hablante como interesada e implicada en el conflicto. A partir de allí, AUX se ve obligada a reformular sus dichos, y organiza una nueva descripción: "*No, no, porque se ha separado el grupo y el grupo es diferente ahora*" (T4). El cambio, lo

precede un "ahora", que crea, una nueva visión, sin vencedores ni vencidos: "sigue habiendo una que quiere predominar pero como no tiene ahora la otra que le dé pié para que lidere, su liderazgo no sucede" (T4). Reafirma así las nuevas condiciones, a partir de sus consecuencias, "... se ha separado el grupo" "...es diferente" (T4).

Esta nueva descripción, desplaza el conflicto entre sectores hacia problemas individuales, "sigue habiendo una que quiere predominar pero...". La hablante, mantiene sus dichos desde la distancia propia de un relato, reafirmando así su neutralidad para hacer más creíble su narración.

Ante la pregunta directa de mi parte sobre si el nivel de titulación incidía en el enfrentamiento; la entrevistada niega desde lo explícito "¡No!..... no creo... porque una de las chicas fue auxiliar 12 años antes de hacer la carrera, así que no, no, eso no tiene nada que ver" (T8, NT) y agrega "porque yo veo que hay Licenciadas que no sirven para nada, enfermeras diplomadas que no sirven para nada, y también hay buenas enfermeras profesionales, buenas Licenciadas y buenas auxiliares".(T8, NT)

Con esta elipsis final, omite a los Auxiliares de la categoría de las 'inservibles' incorporándolas sólo entre las "buenas"; mientras que, lo primero que "ve" son Licenciadas y Enfermeras profesionales "que no sirven para nada".

Por otra parte, es interesante la justificación a partir de la cual niega el grado de titulación como parte del conflicto. Las atribuciones de AUX se basan en lo que "fue" anteriormente la persona en cuestión. De esta manera, incorpora automáticamente a una Enfermera profesional a su categoría previa de Auxiliar. Si antes fue Auxiliar, el conflicto no es porque ahora sea Enfermera profesional.

En el T 10, también vuelve a la carga confrontando a las profesionales: " Yo puedo tener **mucho título pero**, no le doy ni bolilla al chico". Aquí se utiliza una maximización de la formación formal, mientras que la metáfora (ni bolilla) minimiza las prácticas de cuidado de las profesionales. De esta manera, genera una correlación directa entre la falta de interés por los bebés y la 'cantidad' de título. Pero también se utiliza una proyección "Yo puedo tener mucho título", pero, no le doy ni bolilla al chico" ubicándose ella, en ese lugar.

Luego (T10, NT b), utiliza una hipérbole combinada con una metáfora "j... parece que les sale tela de araña de la boca!", esta parte de su discurso es exaltada dramáticamente. Su oratoria, se acompaña de gestos, tipo 'punteador' (Argentin, 1989) que remarcan las palabras con un cachetazo a la mesa con su mano derecha al finalizar la frase, de esta manera acentúa el énfasis y la convicción veraz de lo que dice.

Su embestida, se continúa con la justificación de la impericia, (T19): "...yo estoy aprendiendo, y me puedo equivocar porque soy un ser humano". Para justificar errores que pueden conducir a la muerte de un paciente incorpora la calidad de "humano" del error y organiza una falacia de autoridad, utilizando la acreditación de la Psicóloga "¿Porqué no me puedo equivocar? Y eso lo aprendimos con la

psicóloga, fue muy buena la terapia... Se habló de las muertes de los bebés... ¿Qué pasa con nosotros que no nos ponemos a llorar desconsoladamente: ¿porqué no expresar nuestros sentimientos? . ¿Qué es lo que nos pasa?, por que sino, estamos así,... como mecanizados, se muere un bebé y bueno... se murió, sobre todo si no era viable,... como si no pasara nada, no somos todas así, hay personas que son más sensibles y lloran, para mí pasa por una cuestión de autodefensa ¿no?. Porque eso es para protegerte vos..."

El uso de preguntas retóricas, sustentadas desde la autoridad acreditada por la Psicóloga, y un elocuente 'actio' dramático, le permiten introducir la calificación metafórica de "mecanizados", a quienes intentan mantener una distancia instrumental que les permita operar profesionalmente. Mantener en otros la "... cuestión de autodefensa" "... para protegerte vos", la deja fuera de des - humanizarse, diferenciándose claramente pues "no somos todas así".

Desde el T6, AUX había desplazado la pugna a problemas personales y en este punto de su discurso atrapó a las dos Enfermeras Profesionales presentes (T6, T14, T15, T16, T17, T18). De esta manera, logra pasar de la pugna al consenso de una realidad, donde no existen resquemores ni enfrentamientos debidos a la diferente titulación. Este logro, le permite ex - poner su realidad, sin comprometer en sus dichos su posición 'neutral', ni confrontar a las Enfermeras profesionales presentes, dado que toda opinión contraria, sería parte de una intención de obtener beneficios o constituirse en una de las personas conflictivas con padecimientos mentales.

Organizada esta línea de fuga, AUX no sólo se reafirma como víctima, también lleva a EPM a equiparar los fundamentos científico técnicos a "pavadas"(T18).

Al minimizarse la importancia de la técnica con fundamento científico degradándola a pavadas, se justifica como única forma de aprendizaje el conocimiento práctico. Y éste, como única forma de no perder los afectos. Así, la calidad humana de las Auxiliares, se constituye en un valioso y necesario complemento del médico, frente a la ausencia de sentimientos producida por la formación científica.

La maniobra envolvente de AUX, atrapa a EPM en su discurso. Sin embargo, EPI intenta mostrar una realidad alternativa. Ella intenta incorporar aspectos diagnósticos propios de su actividad (inclusión de la familia en la problemática) y destaca que cierta disociación afectiva es necesaria "*para proteger a la mamá también*". (T 20, NT) En esta intervención, se define una calidad de cuidado diferente que permite contener a los familiares y protegerlos de la angustia que se agregaría de desbordarse frente a la situación.

Sin embargo, el intento de PEI no tiene eco, AUX quiebra la cadena cohesiva descentrando la temática del diálogo: "*...para mí la terapia hizo bien*". Con esta maniobra, vuelve a reducir el problema a rasgos de personalidad.

En este punto, EPI remarca que las características de personalidad: "*fue una de las cosas que me hizo bien*". Sin embargo, tal vez porque se sintió obligada a mostrar su cordura o por la presencia de la entrevistadora (Psicóloga) se pone en el lugar de su compañera y desplaza el conflicto hacia el sector médico: "*...también ellos podían decir lo mismo, pasar al revés*" (T22, CET). ¿A qué 'al revés' se refiere?. Parecería que en este desplazamiento discursivo, EPI intenta experimentar el lugar de las Auxiliares frente a Enfermeras profesionales comparándolo con sus propias críticas o demandas hacia los médicos. Su intervención a partir de aquí, vuela a exponer su realidad, aunque ahora en forma indirecta y acreditada desde la titulación de otros sectores 'incuestionables'. Si los encuentros fueron útiles, es porque: "*...para eso están ellos que aprendieron, el psiquiatra el psicólogo*" (T22, NT). De esta manera, diferencia el conocimiento científico técnico y científico, acreditado ahora por profesionales ajenos al grupo y socialmente reconocidos. La estrategia de poner el conocimiento fuera del grupo enfermero, permite la coincidencia y crea la ilusión de compartir en un futuro próximo una tarea común: 'terapia'.

El poder de las Auxiliares de enfermería se deduce en este análisis por la capacidad de imponerse en los turnos de la conversación y arrastrar al resto a sostener, aunque a regañadientes, su realidad como la única.

Por otra parte la ley profesional de la enfermería no se respeta, de esta forma, los más responsables, los que decidieron estudiar para poder reflexionar sobre sus prácticas y ofrecer una mejor calidad de atención, se encuentran seriamente perjudicados. Pero tal vez, la consecuencia más grave sea, que de la misma manera en que el discurso de la Auxiliar logra imponer su propia realidad acallando el discurso del sector profesional, también es acallada la práctica de las enfermeras profesionales. La "sublevación plebeya" redundando entonces en perjuicio de las personas asistidas.

La oposición ciencia/humanismo, convierte el yerro por impericia en posibilidad humana justificada y descalifica la disociación instrumental por ser impropia a tan 'humana' actividad.

Observamos que la puesta en acción dramatizada y el decir por omisión, son las estrategias discursivas que caracterizan el discurso de AUX. La 'humanidad emotiva' que incorpora en su discurso resulta ser la más despiadada crítica y la justificación de la situación actual. Estudiar formalmente, equivale a deshumanizar las prácticas. El carácter humano, exaltado en palabra y acto justifica no diferenciar tareas, sobrevolara al sector de Auxiliares y justifica 'yerros' por impericia.

SEGUNDO FRAGMENTO A ANALIZAR:

.....
Elena es la primera en arribar al Office, trae una bolsa de tostadas y dos tazas de mate cocido con leche, la entrevistadora está sentada en un banco largo frente a la mesa y comienza la entrevista.

T:1 E: ¿Cómo te iniciaste en la actividad?

T: 2 **Elena:** Yo hice una prueba vocacional y me dio enfermería, /VOC entonces fui a estudiar a la Facultad cuando estaba en el Paseo Jesús Galindez, terminé el curso de auxiliar, pero no seguí porque no terminé el secundario, / DIF. Empecé a trabajar aquí./CON

T: 3 **E:** ¿En este Servicio hay diferenciación de tareas entre auxiliares, enfermeras, licenciadas... ?

T: 4 **Elena:** No, aquí no, aquí todos realizamos las tareas por igual. /UNIF

En este momento llega Elena DG (auxiliar), se sienta entre la entrevistadora y la entrevistada, se agrega al grupo Gabriel (enfermero profesional) -se ubica en una punta del banco opuesto al nuestro - tres enfermeras más que traen pastel, termos, y dos mates. Se me ofrece del mate que toman los enfermeros el otro mate circula después entre los dos auxiliares.

T: 5 **E:** ¿Cuáles pensás que pueden ser los beneficios y cuales las dificultades cuando se distribuyen las tareas según el nivel de estudios dentro del campo de la enfermería?

T: 6 **Elena:** Beneficio... ¡ninguno!./PER en el Hospital de la Comunidad es así/DIF y las enfermeras nada más administran, están sentadas y escriben, hacen la evolución... anotan todo /CON. pero el que trabaja es el auxiliar, /DERV eso no sirve porque es un desperdicio, que el que sabe hacer igual que un enfermero no pueda. /PER

T: 7 **Es interrumpida por otra auxiliar Elena D.G:** No, no es lo mismo, el auxiliar hace un curso de un año, el enfermero no... el enfermero estudia más tiempo, no es lo mismo./DIF Pero acá todos realizamos las mismas tareas, /UNIF se podría decir que el Hospital Público es más. progresista, más de equipo, /CON. nosotros aquí no diferenciamos, /UNIF los auxiliares hacen venoclisis, todo./CON Allá anotan todo, son buenas administradoras./CON

T: 8 **Elena:** Sí, tienen todo anotado, anotan toda la evolución en las historias clínicas.

T: 9 **Elena DG:** (interrumpe) Lo que más anotan es lo que se usa, todo lo que usaste en el día... eso se controla.

T: 10 **Elena:** Sí... yo trabajé allí... y me acuerdo que una vez no había anotado - yo no sabía que era así - y ¡me llamaron por teléfono a mi casa! para que fuera a firmar todo.

T: 11 **Gabriel:** (enfermero) ¡Algún beneficio debe haber!... si lo siguen haciendo...

T: 12 **Elena:** Yo trabajé allí y me fui.

T: 13 **Gabriel:** ¡Y yo conozco gente que se fue de aquí para trabajar allá!. ¡No se puede comparar!, los sueldos!.. Allá una auxiliar cobra cerca de \$ 600. - y un enfermero \$ 1.000.

T: 14 **Elena:** ¡No, no cobran tanto!...

T: 15 **Elena D.G.:** ¡Yo no creo que cobren eso!

T: 16 **Gabriel:** ¿No?, conozco una auxiliar que se compró un cero kilómetro, ¡acá ni los médicos se lo pueden comprar!

T: 18 **Entrevistadora:** ¿Cuánto cobran aquí?

T: 19 **Gabriel:** Y depende mucho de la antigüedad.

T: 20 **E:** ¿El sueldo básico?

T: 21 **Gabriel:** son unos \$350.

T: 22 **E:** ¿Existe algún adicional por título?

T: 23 **Gabriel:** No, lo que puede hacer una diferencia es la antigüedad, antes era un 3% del básico, ahora lo bajaron al 1%.

T: 24 **Entrevistadora:** ¿bajaron los sueldos? ¿O es menor el beneficio para los nuevos?

T: 25 **Gabriel:** No sé (mira a las de mayor antigüedad) Uds. Cobran el 3%?

T: 26 **Elena D.G:** (mira al suelo al contestar) No sé... pero bueno... si esa era una conquista de antes...

(se produce un silencio tenso)

T: 27 **Entrevistadora:** Entonces aquí...

T: 28 **Elena DG:** Diferencias hay, porque no podés ser Jefa por ejemplo...

T: 29 **Entrevistadora:** ¿Y eso, además, reditúa en el salario?

T: 30 **Elena DG:** Y.. Sí.

(se produce silencio en todo el grupo)

T: 31 **E:** Por orden de importancia, ¿Qué actividades profesionales considerás indispensables para que un Hospital cumpla sus fines?

T. 32 **Elena** (levanta los hombros, mira la mesa) Y primero tiene que estar bien administrado, ¡porque sino!,... Y... Profesionales, primero... el médico... después nosotros.

(Se interrumpe la comunicación, el día anterior fue Navidad y hay clima de festejo. Fue ingresando gran parte del personal del turno. y a las tostadas y algunas facturas se agrega un limón picado y todos están pendientes de él. Gabriel hace alusión al "recorte" porque la tajada que recibe es pequeña, observa que "el que reparte se queda con la mejor parte". La disertación sobre las características del postre se mantiene por varios minutos. La auxiliar Elba (que fue entrevistada la semana anterior), pregunta en dos oportunidades si Gabriel no tiene que volver al trabajo, la comunicación se hace difícil, todos hablan al mismo tiempo y con excepción de Gabriel (por su tono de voz) o Elba que se acaba de sentar frente a mí, el resto en la grabación, se escucha como un conjunto indiferenciado de voces

Entrevistadora: ¿Cuándo tienen algún problema en tu práctica o con los familiares a quién recurren?

T: 33 **Gabriel:** A la Jefa

T: 34 **Elena DG:** ¡No! A la Jefa... o al grupo.

T: 35 **Gabriel:** ¡Pero ella dice si hay problemas!, si tenés problemas con un familiar por ejemplo vas a la Jefa!

T: 36 **Elena DG** se retrae y sigue desayunado.

Debe tenerse en cuenta que esta entrevista se intentó un día después de Navidad y el personal se sentía autorizado a ingresar, saludarse y conversar en un clima festivo.

3.1. Determinación de turnos en la conversación:

La entrevista 'individual' era dirigida a la auxiliar E (en adelante AUXE) que se encontraba frente a mí y en diagonal. La auxiliar E.D (en adelante AUXED) produce un cambio proxémico en la comunicación, interponerse físicamente. Este 'alejamiento' físico de AUXE y la decisión de AUXED de hacerse cargo de la entrevista, se manifestará luego también en forma oral (T7).

En su primer intervención, AUXED su estrategia intenta evitar enfrentamientos, inicia el diálogo con su propia compañera (T8, T9, T10). Cuando AUXED se incorpora a la conversación; AUXE ya no organiza la descripción de la realidad y se constituye en complemento complaciente de su compañera AUXED.

El diálogo, crea una descripción cosificada del sector, hasta la irrupción del enfermero profesional G (en adelante EPG) en el T11, que describe una realidad diferente. La respuesta de ambas Auxiliares inmediata, una oposición a modo de 'tandem', que intenta demoler los dichos del Enfermero (T12-14-15) autoacreditándose como testigos presenciales.

A mis preguntas sin intención de destinatario específico, responde el Enfermero profesional (EPG: T 19-21-23) y hace peligrar las descripciones de las auxiliares al mostrarlas convenientes a su sector (T25). Esto obliga a AUXED (T26) a volver a introducir su punto de vista pero cambiando la descripción (T28, 30)

El personal médico en todas las descripciones, es referente de la máxima posición jerárquica. Pero, cuando AUX E (T32) ubica al sector enfermero como inmediato posterior en jerarquía, se produce un quiebre en la cadena de cohesiva de la conversación. Hablan de la comida y su forma de reparto todos al mismo tiempo. Un Auxiliar, intenta en dos oportunidades expulsar al Enfermero profesional (EPG) de la ronda preguntándole si no tiene que ir a trabajar. Finalmente, EPG se impone respondiendo una de mis preguntas (T32) pero luego de contestar (T33) lo interrumpe AUXED (T34). La autoridad, para EPG se expresa en la figura de la Jefa de Enfermeras, mientras que para AUXED se reparte entre la Jefa y el grupo.

Los turnos se distribuyeron más entre las Auxiliares (AUXE: 8 turnos; AUXED: 6 turnos). Sin embargo, a partir de la primer irrupción de EPG (T 13) éste logra sostener cinco diálogos consecutivos (de los ocho en los que se expresa) y mantiene la conversación a pesar de intentos de expulsión por parte de una de las Auxiliares.

3.2. Tabla de categorización del contenido de la conversación.

La tabla de doble entrada se organiza: A) Nivel de titulación del hablante y B) temas: 1) Vocación; 2) Autoridad; 3) Beneficios atribuidos a la diferenciación de tareas; 4) Perjuicios atribuidos a la diferenciación; 5) Expresiones que diferencian sectores. 6) Motivos que unifican al grupo; 6) Justificaciones; 7) Derivación de tareas; 8) Consecuencias naturalizadas de 'su' realidad.

3.3. *El contenido a la luz del análisis conversacional*

AUXE habla de su vocación, "*Yo hice un test vocacional y me dio enfermería*" (T2). La descripción, funciona como "mecanismo exteriorizado" (Woolgar, S 1998) desviando los hechos del productor y de su responsabilidad. De esta manera, asienta una versión que la hace 'impune'. La estrategia, utiliza detalles "*hice un test*". El deíctico empleado, hace referencia a un profesional que confirma científicamente su motivación y actitudes para desarrollar esta actividad, a partir de esto espera el consenso para su aseveración.

El dicho obra a modo de 'frase activa' (Wooffitt, Robert 1992) es decir, establece la objetividad necesaria para hacer fácticas sus descripciones y elimina así cualquier posibilidad de duda. Al igual que las estrategias descritas por Wooffitt (1992) para crear la realidad de los fenómenos paranormales, AUXE se muestra inicialmente escéptica o desconocedora de lo que sería su actividad futura (por eso necesitó de un test) y esto le permite proporcionar corroboración a partir de incluir otras personas que avalan su relato. En este caso, no es ella quien da fe de su vocación sino 'ellos', 'la ciencia', así contrarresta cualquier crítica potencial, que pudiera adjudicar a falta de interés el no haberse profesionalizado.

A partir del adverbio temporal "*entonces*" a modo de consecuencia natural, se dá su ingreso a la Universidad y su inicio laboral. La narrativa se organiza en una secuencia lógica "vocación-enfermería-Universidad", y establece una relación directa entre "la vocación" y la práctica enfermera. Este enlace, unifica los subsectores y anula la diferenciación producida por un desigual nivel de titulación. Con esta estrategia discursiva intenta restarle fuerza al párrafo final: "*terminé el curso de Auxiliar, pero no seguí porque no terminé el secundario*". El dicho presenta una justificación, y separa la adquisición de conocimientos escolarizados (título secundario) de la formación enfermera. El motivo que impide iniciar su profesionalización, queda casi reducido a un trámite administrativo ya que encuentra en el reconocimiento como Enfermera que le ofreció el hospital cuando "*empecé a trabajar aquí*".

Para AUXE, la discriminación de tareas surgida de la aplicación de la ley profesional es un "*desperdicio*" de recursos humanos, pues hace que "*el que sabe hacer igual que un enfermero no pueda...*" (T6). Esta igualación fundada en el conocimiento práctico, ya se sugirió elípticamente al mostrar que la institución Universitaria que extendió el título de Enfermero profesional, también validó su título de Auxiliar de enfermería. La hablante, resalta vocación y práctica como los pilares que conforman la actividad, el 'saber' queda reducido a 'hacer igual'.

Su narrativa, se presenta desde un enfoque interno, detalla las acciones y lleva a quien la escucha a ubicarse en su posición, se auto acredita proporcionando una descripción gráfica y vívida que permite que el oyente se alinee en su punto de vista.

En la realidad de AUXE, cuando se discrimina tareas por titulación, las Enfermeras profesionales *"están sentadas y escriben, hacen la evolución... anotan todo"* (T6). La imagen propuesta, hace difícil la separación entre lo literal y lo metafórico, dado que se acredita como testigo (trabajó en una Organización donde se discriminan tareas entre los subsectores) y potencia la realidad de su descripción. Así, no da lugar a dudas: la tarea de las legitimaron su actividad profesional a través de la escolarización es casi administrativa.

AUXE, engloba a todas las Enfermeras profesionales, su imagen hace hincapié en la inactividad física y desestima la 'escritura'. En este punto, surge una verdadera contradicción en sus dichos ¿A qué se refiere cuando habla de un desperdicio de recursos? ¿Porqué justifica su oposición a la discriminación de tareas como la imposibilidad de que *"el que sabe hacer igual no pueda"*?. Si cuando se diferencian las tareas, la que 'escribe' es la Enfermera profesional ¿Quién es el que hace?. La respuesta, no tarda en llegar: las enfermeras *"anotan todo pero el que trabaja es el auxiliar"*. Nos encontramos entonces, ya no con la imposibilidad de hacer del que 'sabe hacer igual', sino con la derivación de algunas tareas como habitus de diferenciación en las prácticas de las Enfermeras profesionales.

Esto nos lleva a organizar un noveno supuesto: ***"En aquellos lugares en que se produce la discriminación de tareas entre los subsectores enfermeros, la dinámica del campo tiende a que la diferenciación jerárquica entre los mismos se ordene según el habitus de derivación de tareas, adquiriendo así la enfermería un habitus distintivo como profesión, dentro del campo hospitalario."***

En este punto, la descripción comienza a dejar al descubierto beneficios institucionales que no suelen producirse en el Hospital (registro de la evolución de los pacientes por escrito). Sin embargo, la utilización del adverbio *"pero..."* le permite mostrar a modo de queja, la desventaja de su subsector al convertirse en sustituto de las Enfermeras profesionales en tareas que exigen esfuerzo físico. Se hace notoria, una vez más, la asimilación del concepto de 'trabajo' ligado a este tipo de actividades. AUXE, pierde su neutralidad y es el momento en que su compañera Auxiliar, organiza y consolida su propio turno en la conversación.

La estrategia de AUXED (T7), implica una anticipación a modo de 'vacuna contra la conveniencia' (Potter, J.1999) para evitar que alguien pueda socavar la descripción previa. Comienza reconociendo una diferencia entre los subsectores, según tiempo de duración de la titulación: *"No, no es lo mismo, el auxiliar hace un curso de un año, el enfermero no... el enfermero estudia más tiempo, no es lo mismo,"*. Sin embargo, lo que diferencia en el tiempo de dedicación a los estudios lo

vuelve a unificar en la práctica "Pero... acá todos realizamos las mismas tareas". La diferencia, queda minimizada y fuera de su vida cotidiana puesto que hacen lo mismo y esto, vuelve innecesario conocimientos adquiridos fuera de la práctica.

La lógica de su descripción, le atribuye a las relaciones de poder la diferenciación de las tareas obviando la capacitación como origen de dicho poder. Desde su perspectiva, aceptar la diferenciación de tareas, se constituye en un acto de discriminación social, cuestión inaceptable en "*... el Hospital Público(que) es más progresista, más de equipo*" (T7). Así, la diferenciación de tareas fundada en un mayor conocimiento científico se interpreta como una medida autoritaria.

Ambas auxiliares, niegan beneficios en la diferenciación de tareas y subestiman las prácticas Enfermeras expresando entre risas: "*... tienen todo anotado*" (T8 AUXE; T7 AUXED). El intento de subestimar el rol diferenciado, se hace evidente cuando AUXE al detallar las tareas: "*hacen evolución*" "*anotan toda la evolución en las historias clínicas*" (T6; T8), provoca la interrupción de su compañera, que impone un cambio en la descripción "*... son buenas administradoras*" (T7), "*Lo que más anotan es lo que se usa, todo lo que usaste en el día... eso se controla*" (T9). De esta manera, transforma la práctica de administración en control policíaco. Este aspecto es avalado por AUXE a partir de una anécdota que aporta consenso a lo descripto.

Entre los turnos 11 al 26, se organiza una secuencia abierta por el Enfermero EPG, que pondrá en duda los dichos de las Auxiliares. La respuesta de AUXE, a los mismos, se acreditan por su implicancia directa, e intenta mostrar los perjuicios al personal: "*yo trabajé allí y me fui*" (T12).

EPG, logra estructurar un nuevo turno conversacional construyendo sus propias acreditaciones (Jacks, H; 1992) y retruca: "*yo conozco gente que se fue de aquí, para trabajar allá*" (T13). La incorporación de esta acreditación a partir de un conocido, le permite socavar la descripción de sus compañeras, sin responsabilizarse en forma directa. De esta manera, evita confrontarlas y afirma en un grado de modalización de extrema certeza (Latour y Woolgar; 1986, 1987) que "*allá una auxiliar cobra \$600.- y un enfermero \$1.000*". Esta descripción, incorpora un giro al concepto de "beneficio" que ya no es planteado en términos institucionales o la posibilidad de aportar conocimiento desde los subsectores, ahora es objetivado en términos salariales y por tanto de reconocimiento social.

Lo que afirma EPG, obtiene una respuesta inmediata por parte de las Auxiliares, también en jerarquías de modalización extrema: "*¡No, no cobran eso!*". En este punto, las Auxiliares intentan socavar la descripción de EPG a partir de una acreditación directa (trabajé allí) (AUXE T 14) y creencia personal: "*Yo no creo que se cobre eso*" (AUXED T15).

Al tambalear la construcción de acreditación de EPG, éste intenta reafirmarla incorporando más conocidos: "*¿No?. ¡Yo conozco una Auxiliar que se compró un cero kilómetro!, acá ni los médicos se lo pueden comprar*" (T16). El beneficio, se



muestra ahora para todos los subsectores, con lo que EPG intenta lograr consenso entre las Auxiliares, pero, además, toma al sector médico del Hospital como referente de comparación.

Un dicho de EPG, incorpora un nuevo punto de conflicto con las Auxiliares: *"no, lo que puede hacer una diferencia (en el Hospital Público) es la antigüedad, antes era un 3% del básico, ahora lo bajaron al 1%".* (T23). Los adverbios temporales antes y ahora, zanján la diferenciación entre sectores, siendo coincidente la disminución de los aportes por antigüedad, con la promulgación de la ley de profesionalización enfermera; esto ubica al sector profesionalizado (que en general son los que tienen menos años de trabajo), en una doble desventaja, la disminución salarial y la falta de reconocimiento de funciones específicas.

AUXED se toma tiempo antes de contestar, y su dubitación *"No sé..."* (T26) y la incorporación del *"pero bueno..."* anuncian el rechazo del dicho de su compañero, y la necesaria justificación de su postura *"si esa era una conquista de antes..."* (T26). Esta construcción le permite 'suavizar' el enfrentamiento al dar una 'razón' que justifica su beneficio. A pesar de la estrategia, se produce un silencio tenso, y AUXED baja su mirada al piso al contestar, mientras el Enfermero la mira insistentemente al rostro.

Durante todo el diálogo, los 'contendientes' intentaron mostrar que su sector era el más sometido y por ende el más perjudicado; este parece ser el criterio consensuado para imponer la facticidad de sus descripciones. En este punto AUXED, aceptó *"una conquista"* y parece sentir que con esto, pierde la 'contienda' y reorganiza su descripción. En la reconstrucción de sus dichos, se anticipa al intento de socavación de su realidad que ahora puede ser interpretada como producto de una conveniencia sectorial. Su defensa, se transforma ahora en ataque. El Hospital Público, no es más 'progresista' y 'democrático': *"¡Diferencias hay! Porque no podés ser jefa por ejemplo..."* (T28). Esta diferenciación insalvable, impide 'hacer todos igual', hay diferencias jerárquicas dentro del grupo.

La conversación se quiebra, el silencio es prolongado. Le pregunto a AUXE sobre los profesionales que ella cree indispensables para que el Hospital cumpla con sus fines. Su respuesta se acompaña de gestos (levanta los hombros, mira la mesa): *"y.. Profesionales, primero... el médico... después nosotros"* (T32). Incorpora un claro orden de jerarquías, y reunifica a todos los subsectores como si nada se hubiese dicho. En este momento, el grupo interrumpe al unísono. Se produce una gran confusión, todos hablan al mismo tiempo, se ofrecen y distribuyen porciones de tortas. Algunos intentan algunas cadenas conversacionales cohesivas haciendo referencia a "recorte" y la distribución, donde *"El que reparte se queda con la mejor parte"*. EPG percibe que es perjudicado por la distribución de la comida que realiza una de las Auxiliares.

La tensión provocada por la confrontación, hace que el dicho de AUXE jerarquizando dentro del campo hospitalario al sector médico como prioritario y al grupo enfermero como segundo en importancia, no pueda ser utilizado (como en el

fragmento anterior) como estrategia de unificación de todos los subgrupos para construir un 'final feliz'; por el contrario se produce la disrupción de la situación comunicacional y todos hablan sin escuchar al otro.

Ya sintiéndome parte del festejo, pregunto sobre la autoridad reconocida en su tarea cotidiana en caso de surgir un problema, EPG no duda en contestar: " *la jefa*" (T34), casi exaltada AUXED le retruca "¡No! *A la jefa... o al grupo*" (T35). EPG justifica su respuesta tratando de mostrar la incapacidad de la Auxiliar para comprender la pregunta, AUXED y el grupo en su conjunto se retraen.

4. TERCER FRAGMENTO A ANALIZAR:

.....
 Día 02/01/01 Participan de la entrevista: Gabriel, Elena DG y Elena.

La entrevista comienza con Gabriel que es el único que está en la mesa al llegar la entrevistadora; luego de iniciada se agregan Elena y Elena DG.

Entrevistadora: ¿Seguirías estudiando dentro de la carrera?

T1 Gabriel: No... porque... no lo... (en este momento es llamado y se interrumpe por un momento la entrevista), no está reconocida todavía, porque la Licenciatura me parece que ni en el Privado se la reconoce todavía. ¡Acá no se paga nada!, ningún título se paga... Licenciado no sé. Entra como profesional, nada más...

T2 Elena: Entra como profesional...

T3 Elena DG: ¿Pero a que nivel? (hace un gesto con su mano como apartando una basurita de la mesa)

T4 Gabriel: Pero... por eso te digo, que ni siquiera en el Privado se paga la licenciatura... si después influyera en el sueldo, bueno... ahí sí, seguiría estudiando.

T5 Elena DG: El reconocimiento pasa porque... si una persona va a la Universidad y estudió cinco años está a la altura de... tiene que estar a la altura... eh... no hay reconocimiento, ni acá ni en el Privado...

Entrevistadora: ¿Tendría que estar a la altura de quién?

T6 Elena DG: A la altura... profesional... De cualquier otro profesional... que toma decisiones... eso... bueno... en general

T7 Gabriel: Acá, igualmente, es como que no se nos respeta... acá vienen de laboratorio y... la culpa es de enfermería, vienen de rayos, la culpa es de enfermería y todo es así...

Entrevistadora: ¿Porqué piensan que es así?

T8 Gabriel: Y que sé yo... por la historia de la enfermería, supongo (se sonríe)

T9 Elena y Elena DG: (al unísono) No!...

T10 Gabriel: (riéndose) Y... pero no evolucionó nada!

T11 Elena DG: ¡¡Científicamente, sí!!

T12 Gabriel: Científicamente, sí, pero. Es como si Florence Nightingale viviera ahora... seguiría con la mentalidad de...

T13 Elena DG: ¡Hay enfermeras, que tienen una calidad para trabajar querido... ! Escuchame...!(hace un gesto con su mano derecha como si se abanicara)

Entrevistadora: ¿Entonces...?

T14 Elena DG: La enfermera no ha luchado por eso, todavía vive chupándole las medias y dependiendo de los médicos, no es... pero es una tarea independiente, no se ha independizado

T15 Gabriel: Aparte nosotros...

T16 Elena DG: Para mí tiene que tener un corte con el médico.

T17 Gabriel: El error... para mí es pensar que el Hospital depende de enfermería. es como que , somos boicoteados y quedamos acá...entonces...

T18 Elena DG: Bue...!...eso tiene que ver con la leyenda esa de la vocación.

T19 Gabriel: (interrumpe) ¡Con la vocación, no se come!

T20 Elena DG: (Superponiéndose a su compañero al hablar), la terapeuta también tiene vocación, la Asistente social también, cada uno que toma una profesión tiene una vocación.

T21 Gabriel: Yo, mi idea es que... uno estudia... eh... primero lo que le gusta ¿no es cierto?, después... trata de conseguir un trabajo de lo que estudió, y después reeditar de lo que estudió... ya la vocación quedó, hasta que encuentres el trabajo, estás haciendo lo que querés, empezá a ganar!...sino, quedaste ahí. eso es lo que le pasó a la enfermería...

E: En las prácticas Uds. ven diferencias en lo que hace una enfermera un auxiliar?

T22 Todos: No,... acá no...

T23 Gabriel: No, porque no está reconocido

Entrevistadora: Utilizan (es interrumpida por Elena DG)

T24 Elena DG: La auxiliar si esta reconocida: ¡como esclava! Como es que se dice... este... para trabajar...

T25 Gabriel: (se superpone a su compañera) como dice el dicho "peona de patio"

T26 Elena DG: (se ríe)

Entrevistadora: ¿Cómo?

T27 Gabriel: Peona de patio.

T28 Elena DG: Acá sí tienen reconocimiento, no tienen reconocimiento para otras cosas, por ahí... para tomar decisiones...

E: ¿Qué tipo de decisiones?

(Silencio)

T29 Elena DG: Docencia por ahí, las jefaturas. , Hay gente que es excelente y que podría por ahí... no todas ¿eh?, no todas tienen condiciones...

Entrevistadora: Tienen mucho conocimiento práctico...

T30 Elena DG: Bueno eso, ¡desmitifiquemos! ¿eh?hay mucha mística sobre eso adentro. ¡ mucha mística!...

T31 Gabriel: (casi al mismo tiempo que su compañera) Yo pienso que es como todo!, habrá buenos abogados, buenos arquitectos y malos arquitectos, buenos enfermeros profesionales y malos...

T32 Elena DG: (superponiéndose y alzando la voz) Lo que pasa es que en la enfermería, buenos y malos tiene que ver con que vos tenés vida en las manos, ¿viste? que sé yo...

T33 Gabriel: ¿Porqué se ve, los buenos y los malos enfermeros, y no se ve los buenos y los malos médicos... ?

T34 Elena DG: Je, je (ironiza)

T35 Gabriel: Vos, tenés... sos bueno o sos malo porque pinchás dos veces a un chico y no le podés sacar sangre o no le podés poner el suero, pero viene un médico e intuba dos, tres, cuatro, cinco veces a un chico y no lo puede intubar... ¡ y no es malo para nada. !

T36 Elena DG: ¡Es Excelente!...(ironiza)... ¡y bueno!

E: ¿Porqué se producen esas cosas?

T37 Elena DG: Porque... hay compañeros nuestros de trabajo que también contribuyen con eso... en vez de decir: ¡No! El compañero también merece el respeto que cualquier otra persona y punto. Y, es así, tiene que ver con la unidad ¿viste?

E: ¿Uds. piensan que no son unidos...?

T38 Elena DG: Es como todo, hay unidad en algunas cosas, en otras no hay unidad...

T39 Gabriel: Es la competencia...

T40 Elena DG: Son las contradicciones.

E: ¿Y las contradicciones a partir de qué se dan?

T41 Elena DG: Y que a veces sos unido para algunas cosas y para otras no, esa es la contradicción...

.....

4.1. La puja por el turno en la conversación:

La entrevista se inicia con EPG, que esperaba en el espacio adjudicado para esta actividad. Luego de unos minutos, ingresan las dos Auxiliares con quienes había confrontado anteriormente a desayunar.

La entrevista se transforma en la continuación de la conversación anterior, donde los presentes intentan convertirme en juez de la veracidad de sus 'realidades'. La auxiliar AUXED, utiliza el débil ingreso de su compañera (AUXE), y organiza inmediatamente el suyo. Para lograr consolidar su turno en la conversación, descalifica los dichos de su compañera y hace frente común con EPG. AUXE, volverá a intervenir (T12) para sostener a AUXED en una respuesta unísona, ambas negarán las causas adjudicadas por el enfermero y lo descalificarán.

Las descripciones de AUXED, suelen sostenerse a partir del uso de ironías e hipócrisis (T4-T18), estos mecanismos le permiten ganar el espacio y socavar la descripción alternativa, a veces logra la adhesión de su contendiente. El total de turnos analizados se distribuyen: AUXED: 20, EPG: 17, AUXE: 2.

Tabla de categorizaciones:

ACT/SOC	INTERES	DES-PRECIO	VOCACION	RECONOCIMIENTO	LOGROS	UNIDAD Y DIF.	CAUSAS ADJUDICADAS
<p>ENFER-ME PROFE SIONAL</p>	<p>T2: "No...por-que lo...no está re- todavia, por Licen- ciatira m que m en el Pr reconoce todavia/"T5"...s despues influye sueldo, bueno. seguiria estudio</p>	<p>T2 "Acá no se paga nada... titulo se paga...Licenciado Entra como profesional más..."T9 "Acá igualmente, que no senos respeta...acá y laboratorio y...la culpa es meria, vienen de rayos, la enfermeria y todo es así..."T3 dice el dicho "peor patio" T43 "Porque se ve, los los malos enfermeros, y no...sos bueno o sos malo po podés..."</p>	<p>T23 "Con la vocación come!" T25 "Yo, mi idea es estudio,,eh...primero lo que ¿no? Después... trata de a trabajo de lo que estudió, y vocación quedó, hasta que em el trabajo, estás haciendo querés, empezá a ganar... quedaste ahí... eso es lo que la enfermería..."</p>		<p>T15 Cientifican pero..</p>	<p>T19 nosotros...T27 " porque no reconocido...T5 competencia..."</p>	<p>T11 "Y qué se yo...por la histo enfermería, supongo" T13 "...f evolución nada!" T15 "...es ca Naighingale viviera ahora... con la mentalidad de..." T21 "...es pensar que el Htal dep enfermería...es como que boicoteados y quedamos acá... pienso que es como todo hay malos abogados, buenos y arquitectos, buenos en profesionales y malos..."</p>
<p>AUXILIA- RES DE ENFER- MERIA</p>		<p>T4 "Pero a que ni vel... auxiliar si está reconocida esclavil. Como es dice...este...para trabajar... " excelente!...y bueno!"</p>	<p>T24 "la terapeuta también vocación, la A. S. También, que toma una profesión th vocación."</p>	<p>T3: "Entra profesional" T6 "El miento pasa por qu per sona va a años está a la de...tiene que es altura ..eh..nohay nocimiento, ni acá Privado..." T8 "A cual quier otro sional...que desiciones...eso, bu gene ral..."</p>	<p>T14 Cientifican si" T16 enfermeras qu una calidad trabajar querido...Escuc "</p>	<p>T27 "No...acáno cá si..." T38 " por ahí, las jeta Hay gente excelente y qui por ahí..." T42 meria bte nos tiene que ver cá nés vida en la ¿viste?"</p>	<p>T18 La enfermera no ha luch eso, tadavia vive chupanc medas y dependiendo de los no es...pero es una tarea indep no se ha independizado" T20 tiene que tener un corte médico" T23 "Bue, eso tiene que la leyenda de la vocación" T4 ESo Desmitifiquemos</p>

Las unidades de significado de este fragmento se organizaron en una tabla de doble entrada según: A) Nivel de titulación de los hablantes; B) 1) Interés en la profesionalización; 2) Des - precio institucionalizado hacia la profesión enfermera; 3) Vocación. 3) Reconocimiento social. 4) Logros. 5) Unidad / Diferencia; 6) Causas adjudicadas al posicionamiento percibido del sector dentro del campo hospitalario.

4.2. *El contenido y las estrategias discursivas:*

La entrevistadora propone como temática la profesionalización al nivel de la Licenciatura. EPG preanuncia su rechazo: "No... porque... no lo..." (T1). Según Sacks y Schegloff (1979) esta dilación antecede a preferencias que refieren a las acciones en sí y no a los deseos psicológicos del hablante, dado que aún prefiriendo una acción podría optar por otra según el sentido de la conversación. Si tenemos en cuenta estas apreciaciones, deberíamos pensar que su respuesta podría estar más pendiente de la evaluación a la que será sometido por las Auxiliares y por mí, que por sus propios intereses. La forma en que justifica su alternativa "(...) *No está reconocida, porque la Licenciatura, me parece que ni en el Privado se la reconoce todavía...*" (T1), describe como realidad indiscutible la falta de reconocimiento social de la actividad profesional. ¿Qué implicaría el ser reconocido? ¿Con relación a quienes? ¿Cómo podría reconocerse la Licenciatura en Enfermería sino a partir de la diferenciación de los Enfermeros profesionales y aún más los Auxiliares de Enfermería?

EPG, emplea el máximo grado en la jerarquía de modalización (Latour y Woolgar, 1986) y enfatiza "*no está reconocida todavía*" (T1). Sin embargo, esta aseveración 'irrefutable', luego se reduce en la jerarquía al introducir la duda "... *me parece que ni siquiera en el Privado se reconoce todavía*" (T1). El dicho hace referencia a la única institución en Mar del Plata que funciona diferenciando tareas; pero EPG, no se implica y deja entrever que la diferenciación de tareas podría no ser condición suficiente para un mayor status.

¿Cuál es su lógica de pensamiento? ¿Porqué el "*ni siquiera*"?. Es evidente que el Hospital Privado de la Comunidad funciona como línea base para establecer comparaciones con su lugar de trabajo: "*¡Acá (HIGA) no se paga nada, ningún título se paga...!*" (T1). Los adverbios "nada" y "ningún", funcionan maximizando y generalizando a partir de la retribución salarial el grado de des - precio hacia los sectores profesionalizados de la enfermería. Sin embargo, su afirmación presenta dudas: "*Licenciado no sé. Entra como profesional nada más*" (T1). ¿Duda del reconocimiento que otorga la Licenciatura o se justifica en esta duda?

En este punto de la conversación, las Auxiliares organizan su ingreso, en un juego compartido de dos tiempos arrastrando a EPG a consensuar con su descripción.

En el primer tiempo, AUXE selecciona parte de los dichos del enfermero y lo afirma en el máximo grado de modelización: "*Entra como profesional...*" (T2) y

describe al subsector de Licenciados como el único que, aunque formalmente, es reconocido. Con esta estrategia, logra organizar su turno conversacional aunándose en la 'desventura' al Enfermero profesional. Ambos sectores, Auxiliares y Enfermeros profesionales, pasan a ser ahora los desvalorizados. De esta forma, amplía la base de consenso para su descripción.

El segundo tiempo, se inicia a partir de la otra Auxiliar AUXED, con una ironada "in actio" : "*¿Pero a que nivel?! (Hace un gesto con su mano como apartando una basurita de la mesa)*", (T3). A partir de esto, se incorpora en la conversación introduciendo en la desvalorización social a todos los subsectores de la enfermería.

AUXED, cambia la descripción obviando la importante diferenciación salarial que existe en el Hospital Privado entre los subsectores. Es interesante observar que, las Auxiliares en este punto, obvian la cuestión salarial, como también lo hicieron en el fragmento anterior cuando EPG mostraba que en el Hospital Público la única diferencia se daba por la antigüedad.

Para AUXED, "*El reconocimiento pasa porque... si una persona va a la Universidad y estudió cinco años está a la altura de... tiene que estar a la altura... ¿eh?...no hay reconocimiento, ni acá ni en el Privado...*". (T 5). ¿A la altura de quién? ¿Cuál es el punto de comparación para describir una actividad como profesional?. En el fragmento anterior, vimos que la única figura profesional que se incorporaba en sus discusiones era la del médico; y es interesante ver las reticencias para poder definir esta comparación desde una figura 'innombrable' a partir de la cual se mide el status profesional.

Elípticamente, los dichos de AUXED, afirman que la discriminación de tareas no logró el reconocimiento de la actividad dado que la enfermería no está "*A la altura... profesional... De cualquier otro profesional... que toma decisiones... eso... bueno... En general...*". (T6) ¿A qué se refiere en su generalización?. ¿Cuáles son las decisiones propias de la enfermería?. Decidir sobre lo apropiado o no al llevar adelante una indicación médica según la situación actual de un paciente ¿no es tomar decisiones? ¿No implica decisión la rotación oportuna de un paciente?. Determinar cuales son las tareas necesarias para el bienestar físico y anímico de un paciente ¿no implica una decisión?.

EPG, adhiere inmediatamente a las Auxiliares e intenta mostrar que el sector de enfermería es responsabilizado de cualquier error que se dé, aún en áreas que no son de su incumbencia (T7). Adjudica como causa de esta situación a "*... la historia de la enfermería*" (T8). Al develar 'la' causa se sonríe, parecería que espera la reacción del grupo, como si estuviera utilizando un "lugar común" con el que se suele justificar cualquier cuestión. La respuesta de las Auxiliares es inmediata y simultánea: "*¡No!*"(T9) Ambas exclaman al unísono y descalifican al Enfermero.

Sin embargo, EPG retoma su descripción: "*Y...Pero ¡no evolucionó nada!*", y luego "*Es como si F. Naghtingale viviera hoy...seguiría con la mentalidad de...*" (T12).

EPG, intenta dar muestras de objetividad en la descripción, y utiliza un lenguaje neutro, la enfermería pasa a constituirse en objeto de análisis cuyas características esenciales se muestran como inmutables más allá de las conductas de aquellos que componen el sector, incluso él.

AUXED responde con una puesta en acto: *"¡Hay enfermeras, que tienen una calidad para trabajar querido!...Escuchame... (Hace un gesto con su mano derecha como si se abanicara)"* (T13). El acto dramático, en defensa de la actividad profesional (paradójicamente organizado y actuado por quienes no lo son) descalifica los dichos del Enfermero profesional EPG haciéndolo replegar.

A partir de aquí, se confrontan dos descripciones diferentes: Por un lado, el Enfermero profesional atribuye la desvalorización de su actividad a *"la historia de la enfermería"* (T8) y a que *"no evolucionó nada!"* (T10). Las Auxiliares, que *"La enfermera no ha luchado por eso, todavía vive chupándole las medias y dependiendo de los médicos, no es... pero es una tarea independiente, no se ha independizado"* (T14). En este dicho AUXED, reafirma lo que anteriormente apenas insinuaba, habla de forma contundente e intenta codificar sus descripciones demoliendo las del Enfermero profesional hasta silenciarlo. Eleva la voz y habla con la actitud de quien va a poner las cosas por su nombre, y así la tímida y antojadiza *"historia de la enfermería"* sostenida por EPG, se convierte en *"no haber luchado"* restándole toda causalidad externa a la situación actual del sector. Por otra parte, la metáfora empleada describe una actitud servil a partir de la cual la actividad *"no es... pero es"*.

El intento de EPG *"Aparte, nosotros..."* del siguiente turno, trata de componer en consenso (nosotros) una nueva interpretación, pero la Auxiliar AUXED lo impide: *"Para mí tiene que tener un corte con el médico"*(T16).

EPG por su parte, intenta retomar la conversación reinstalando un nuevo turno (T 17) *"El error... para mí es pensar que el Hospital depende de enfermería..."*. La afirmación del enfermero, colabora a construir una realidad donde las atribuciones de causa siguen acentuándose en la percepción de ciertos rasgos considerados como característicos de la identidad del sector, critica la 'autovictimización' que parecería ofrecerle al sector el beneficio secundario de sentirse omnipotente.

AUXED (T18) se pliega a la crítica: *"Bue...!, eso tiene que ver con la leyenda de la vocación"*. Sus palabras, son contundentes. El dicho se inicia con una interjección despectiva (*Bue...!*) que preanuncia la calidad de su interpretación. A la 'vocación', se la califica de 'leyenda', un mito tradicional e inconsistente. EPG, no tarda en consensuar *"Con la vocación, no se come!"* (T 19). Pero AUXED (T20), no acepta que la última palabra sea de él y agrega que el resto de las prácticas profesionales también se sustentan en algún tipo de 'vocación' haciendo sobresalir su voz por sobre la del Enfermero profesional.

EPG, en franca lucha por imponerse a la Auxiliar y diferenciarse de ella, expresa que es necesario: *"redituar de lo que estudió... ya la vocación quedó, hasta que encuentre trabajo, estás haciendo lo que querés, empezá a ganar!...Si no"*

quedaste ahí... eso es lo que le pasó a la enfermería" (T21). El dicho, muestra la diferencia entre el que estudió y el que no, la falta de valoración social objetivada en sus salarios es la 'medición' a partir de la cual se evidencia que *quedaste ahí* ¿En qué lugar? ¿Junto con los que no estudiaron? ¿Cómo un Auxiliar?. De hecho todos y al unísono dicen no reconocer diferencia alguna entre las prácticas de una Enfermera profesional y un Auxiliar. Sin embargo, entre risas, describen que los subsectores no son percibidos de igual manera por los demás Actores sociales del campo. AUXED ironiza: "*La Auxiliar sí es reconocida: ¡Cómo esclava!. Cómo es que se dice... este... para trabajar...*" (T24). EPG la completa: "*como dice el dicho 'peona de patio'*" (EPG T25). Las risas, legitiman la descripción, y vuelven a establecer la tajante división entre el trabajo físico e intelectual refiriendo el primero a la esclavitud. Sin embargo, AUXED, no intenta competir por el lugar de 'víctima', e inmediatamente reorganiza su descripción mostrando que en el Hospital sí se reconoce a las Auxiliares, aunque no en ciertas tareas, como la docencia o el acceso a Jefaturas.

Paradójicamente, al mismo tiempo que interpreta como falta de reconocimiento social hacia los Auxiliares no poder acceder a la docencia o Jefaturas, opina en relación al conocimiento práctico que "*hay mucha mística sobre eso adentro, ¡mucha mística!*"(T30)

EPG, intenta distinguirse ubicando sólo a su subsector como profesional "*(...)habrá buenos abogados, buenos arquitectos y malos arquitectos, buenos Enfermeros profesionales y malos...*" (T 31). Pero AUXED, no parece dispuesta a que el Enfermero profesional continúe solo y se le superpone alzando la voz e incriminándolo: "*(...) en la enfermería buenos y malos tiene que ver con que vos tenés vida en las manos, ¿viste? Que se yo...*" (T 32). En su dicho omite sutilmente la calificación de profesional para la enfermería.

La intervención de la Auxiliar, desgaja la enfermería profesional del resto de las actividades profesionales, pero también le acredita una responsabilidad mayor. EPG insiste, y logra consenso a partir del enfrentamiento con el sector médico "*... sos bueno o sos malo porque pinchás dos veces a un chico (...)un médico (...) no puede intubar... ¡y no es malo para nada!*" (T35) "*¡Es excelente!...¡ y bueno!*" (AUXED, T 36)

El Enfermero profesional, percibe que el reconocimiento de su actividad desde los otros sectores, pasa por la actividad de sus prácticas, en última instancia a partir de la experiencia (capital práctico). Si su percepción de la valoración de los otros hacia su actividad es esta. ¿Cuál sería entonces, el motivo de interés en acopiar otro tipo de capital?. Por otra parte, estas situaciones parecen reiteradas "*Porque... hay compañeros nuestros de trabajo que también contribuyen con eso...en vez de decir: No!. El compañero también merece el respeto que cualquier otra persona y punto... y es así, tiene que ver con la unidad, ¿viste?*" (AUXEDT 37).

ANALISIS DE CONTENIDO DE LAS ENTREVISTAS DE LA SEGUNDA ETAPA

1. LA ESTRUCTURA Y LA DINÁMICA DEL CAMPO

1.a. Las Auxiliares de enfermería y los grupos profesionales

1.a.1. Lo propio: la 'orden' médica.

Las entrevistadas, describen el inicio de sus tareas "(...)cuando empiezan a dar las órdenes para hacer el trabajo" (E 255), "El médico es el que manda en la internación ¿está?" (E 833) "(...) vos tenés que cumplir las órdenes del médico" (E 927). La terminología expresa el tipo de relación con el sector médico y el carácter excéntrico de sus prácticas. 'Ellos' mandan, ellas actúan. Una de ellas dice responder "Con la acción" (E 1011) y describe su tendencia a "(...) hablar lo necesario y hacer las cosas que me dicen en el momento... no, no soy muy abierta en ese sentido" (E 1010).

Una entrevistada, que inició su actividad como empírica atendiendo consultorios externos en un Hospital, expresa: "(...) muy a pesar de los médicos que ya se habían acostumbrado a mí, viste como son los médicos..._este... el cafecito... todo... porque en los consultorios, vos lo que tenés que tener es todo ordenado para que el médico venga y trabaje. Bueno... el trato con el paciente, el consultorio, bueno, a pesar de eso, que me pidieron los médicos, que no me sacaran del Sector" (E 817b).

La hablante, interpreta como 'acostumbramiento' por parte de los médicos, el 'acomodamiento' de sus propias conductas a los deseos personales de éstos (... el cafecito... todo...). La categoría 'médicos' ("como son los médicos") toma como criterio de comprensión una exigencia: la complacencia de quienes trabajan con ellos. Percibe que su trabajo se 'valora' por estas conductas y en sus dichos, 'el trato con el paciente' queda relegado a un segundo lugar.

Otra de las entrevistadas expresa: "(...)Si hay que hacerle algo se le hace, se mira lo que piden y indica si hay que hacerle análisis...." (E 692). El 'mirar' y el 'hacer' no parecen intermediarse por una valoración situacional del paciente y la posible necesidad de adecuar la práctica solicitada.



Quando se pregunta sobre la importancia de los diferentes grupos profesionales dentro del campo, una de ellas responde: *".....Mirá, hay doctores... que vos podés trabajar y es una maravilla, pero hay algunos doctores y eso... que no, quieren todo ya, ya, ya!...y a veces... hay cosas que en la Sala no hay... y después por intermedio de las compañeras, gracias a Dios, tengo compañeras, que son ya enfermeras profesionales y eso, tratan siempre de ayudar."* (E 754).

El dicho pone de manifiesto, en primer lugar, las limitaciones para percibir profesionales no médicos relacionados a su práctica cotidiana. Pero también, su relación con las Enfermeras profesionales. En ciertas ocasiones, parece que 'su' manera de dar respuestas a lo solicitado por los médicos, queda necesariamente intermediada por éstas. Pero ¿Cuándo necesita de esta ayuda? ¿Porqué necesita de ellas?. Critica a los médicos que solicitan en forma urgente insumos que en la Sala no se encuentran, y esa parece ser la situación en la cual se ve necesitada de ayuda. ¿De qué manera podrían ayudarla en tales circunstancias?. Si lo requerido no se encuentra en la Sala ¿de todas formas las Enfermeras profesionales pueden dar respuestas? ¿Cómo podrían hacerlo?. Seguramente, adecuando técnicas a los insumos existentes.

La posibilidad de transformar una técnica, excede el conocimiento adquirido por ajustamiento. Solo a partir de un cierto cúmulo de conocimientos científico técnico, es posible organizar las acciones sin que éstas dejen de ser eficientes.

Por otra parte, la Auxiliar, señala la 'Gracia de Dios' intermediando la ayuda, de lo que inferimos, que no parece habitual que las Enfermeras profesionales resuelvan las situaciones en las que se involucra el personal auxiliar. Además se hace evidente que en lo cotidiano, al no diferenciarse tareas, el sector profesional, de tener que dar respuestas en este tipo de situaciones, quedaría sobrecargado de actividades.

1.a.2. Lo ajeno: los "papelitos".

La mayoría de los Auxiliares de enfermería entrevistados, necesitaron que se enunciara a los grupos profesionales no médicos (Kinesiólogos, Nutricionistas, Terapistas Ocupacionales etc.) para lograr alguna referencia al respecto.

Algunos, muestran que no perciben un punto de articulación de estas prácticas con las propias: *"Lo que pasa es que se ocupan ellos, por ahí viene la... la Terapeuta ocupacional... y bueno se ocupa ella..."* (E 856). Otras, expresan: *"No, esos son, no, no, no... eso es como, eso es otra que...es una queja esta, el Hospital...trabaja, o que funciona con todas estas personas, de mañana, porque de tarde no tenemos ni Terapeuta ocupacional, no hay Servicio social, no tenemos nada, por lo menos que se acerquen acá a la Sala ¿eh?"* (E 827).

En el último dicho, se pone en evidencia, que el campo representacional de estos objetos (profesionales no médicos) no se encuentra estructurado más allá de su nominación. El intento de integrar esta realidad de su ámbito laboral, culmina en la queja por lo que perciben como un trato de preferencia hacia el turno de la mañana, y le atribuyen así la responsabilidad de su desconocimiento a la Organización.

Pero la 'queja' va un poco más allá, porque las indicaciones realizadas por estos profesionales: *"Termina realizándolas enfermería y muchas veces mal hecho, o a veces obviándolas, (...)"*(E 828) *"(...)te deja notitas, pero... (...)... entonces es necesario ver, y realizar tal maniobra, y lo importante es saber para qué (...)si (...)no les explicás el porqué (...) da lo mismo si la hace o no la hace... ¿no?"* (E 828).

En este dicho, se reitera la necesidad de 'ver' para 'saber'. Pero, además, se agrega la necesidad de 'saber' el porqué, mostrando las limitaciones del conocimiento adquirido por adiestramiento.

En lo cotidiano, las diferenciaciones a partir de la titulación parecen inevitables y muestran distintas posibilidades de resolución: o bien 'gracias a Dios' puede apelarse a alguna compañera profesional que 'ayude' o la transgresión por impericia *"obviándolas"*.

En el dicho, es elocuente la proyección en otros cuando se hace referencia a la transgresión por impericia. La hablante, resalta la importancia de saber el porqué de la práctica indicada, sin embargo, *si (...)no les explicás el porqué (...) da lo mismo si la hace o no la hace*, con lo cual se permite denunciar transgresiones sin incluirse.

Este habitus de dejar indicaciones en 'papelitos' diferencia los profesionales no médicos de los médicos ¿Porqué las indicaciones de estos profesionales, no se integra a la historia clínica de la persona atendida?

Los 'papelitos', sugieren prácticas que en general inciden sobre la 'calidad de vida' futura de la persona. Pero ocurre que un 'papelito', es algo que se puede descartar fácilmente. ¿Podría ser valorada de igual manera la indicación escrita en una historia clínica, que la realizada en un 'papelito'? ¿Cómo puede interpretarse algo que no es necesariamente parte de una historia? ¿Circunstancial? ¿Anecdótico? ¿Superfluo?

El 'habitus' de dejar indicaciones escritas en 'papelitos', muestra tanto la desarticulación de la tarea entre los distintos sectores profesionales, como la valoración dentro del campo de las indicaciones dadas por los profesionales no médicos en comparación con las prácticas médicas.

1.a.3. La mamá como Auxiliar de la Auxiliar de enfermería.

Algunas Auxiliares expresan: *"(...) en los box de afuera, la mamá se ocupa de su bebé y no le tenés que hacer más que para los controles, a veces la mamá se*

ocupa de tomarle la temperatura... le dan el biberón... es otra cosa.” (E: 877). Pero, además: “Muchas veces, nos enseñan las mamás a nosotros (...) y bueno, porque es de día que vienen (...)” (E 14, 829).

La mamá, que desde la práctica profesional de la enfermería es una dimensión a ser evaluada en el diagnóstico (relación madre-hijo; estructura familiar), para estas Auxiliares, pasa a constituirse en parte del equipo enfermero transmitiendo o poniendo en práctica ciertos cuidados.

Una de las Auxiliares de enfermería entrevistadas (en proceso de profesionalización) describe una relación diferente tanto relacionada a los profesionales no médicos como a las mamás de los bebés cuidados: *“(...) tenés que hacer lo que ellos indican” (E 682) “(...) en general, dejan el papelito, de cómo tiene que hacerse, y vos se lo hacés al bebé o se lo enseñás a la mamá” (E 683).* El dicho, comienza por ubicar como ‘indicación’ a ser tenida en cuenta los ‘papelitos’. Pero, además, describe una relación diferente entre la Auxiliar y la mamá.

1.b. Los profesionales de la Enfermería y las otras profesiones en el campo.

1.b.1. Lo propio: la indicación médica reflexionada.

La relación del sector profesional de enfermería con los médicos, se diferencia elocuentemente en los dichos. Casi todos los entrevistados hablan de recibir ‘indicaciones’ médicas y no ‘órdenes’. Sin embargo, tanto la Jefatura como aquellas que funcionan como encargadas de turno, expresan que sobre ellas *“(...) caen las quejas, las broncas de parte médica a determinado personal, lo que hicieron, lo que no hicieron, lo que hizo mal... eso es lo que me llega a mí(...)(E 423) “(...) si hay que retar... ¿a quién?...a la encargada que soy yo! (...)” (E 605) “Es a la enfermera y a mí... me van a agarrar a mí también, la agarran a la enfermera y a mí... y hay otros grupos que no, por ahí agarran a la enfermera sola...” (E 607).* La injerencia del sector médico en el control de las prácticas enfermeras es lo suficientemente importante como para que las hablantes, perciban que reciben *“(...) órdenes, sí, para que yo trasmita(...)” (E 423).*

Esta dinámica, parece cuestionada desde el sector profesional de la Enfermería. Uno de los hablantes, que cursa la Licenciatura en Enfermería reflexiona: *“(...)porque hay que ver bien... quién viene a decir que yo hice algo mal. porque va mucho en la formación que uno tenga...un médico profesional, profesional médico, un profesional enfermero...hay que ver que incumbencias tenemos, cual es la autoridad, cuál es mi obligación y cuál es la suya(...)” (E 1068 b)*

Pero a pesar de estas críticas, las interacciones cotidianas entre estos sectores parecen pautadas en una relación complementaria rígida. Un ejemplo de ello, aunque se marcan excepciones, es que no se espera que los médicos tengan en cuenta o esperen sugerencias por parte del sector enfermero.

Los profesionales de la enfermería observan una relación más simétrica con los médicos que comparten su generación: “(...) *hay médicos que vos les decís algo y te llevan el apunte. Por lo general son médicos de Planta...de muchos años, que saben que si la Enfermera les dice algo...*” (E: 550,551; enfermera profesional de 51 años). “*El médico es el colega con el cuál trabajamos, pero la indicación médica es lo que al paciente implica, es todo un trabajo en equipo, también está la misma formación del médico, los médicos más jóvenes están más acostumbrados. ¿Porqué? Porque en la misma Facultad de Medicina, estamos allí, en cambio los viejos...*” (E 1068c; Enfermero profesional de 28 años).

Podemos observar en estos dichos, que en el caso de los médicos con mayor antigüedad en el ejercicio de su profesión, se atiende la sugerencia de una Enfermera, siempre que ésta, haya demostrado en el transcurso de su práctica idoneidad suficiente como para ser escuchada. Por su parte, parecería que los médicos más jóvenes prestan oídos a estas sugerencias sobre la base del reconocimiento de la actividad como profesional.

1.b.2. Lo ajeno: La suplencia obligada.

El tipo de interacción que mantienen los profesionales de la enfermería con otros profesionales no médicos, depende del turno en que trabajen y el grado de escolarización de los entrevistados.

“.....no, si... bueno, *Terapistas ocupacionales y eso? Sí, tenemos relación, por ahí de mañana que vienen más... que viene el Terapeuta ocupacional, o viene él... ehm... bueno en general vienen de mañana... nosotros no...*” (E turno tarde, 942). “*El Terapeuta, las hace él... otros no... por ejemplo el Kinesiólogo... el Kinesiólogo viene y dice hay que hacer eso y se va... y la tarea la tenemos que hacer nosotros, pero así no es. ¡Eso no puede ser!*” (E: turno mañana; 157). Como vemos, los hablantes describen el habitus de ‘visita’ de estos profesionales. Sin embargo, esta práctica distintiva, es considerada un exceso para los profesionales no médicos.

Otro de los entrevistados, analiza y critica estos hábitos y les atribuye claramente su función diferenciadora: “(...) *la enfermera es como que tiene que saber todo(...) se hace kinesio, por indicación médica, el kinesiólogo es distinto...ellos están colegiados, es distinto, vienen una vez al día*”. “*Porque cuando se colegia, te miran como profesión y también la facturación, por supuesto. Entonces... eh... sería eso, es como que nosotros hacemos eso, hacemos kinesio por el paciente, también está la parte humanística de la Enfermería que uno en el momento uno no... pero... una forma de decirte, nosotros hacemos la derivación de kinesio y la factura el kinesiólogo*” (E: 1049, 1050)

El dicho, describe cómo los habitus de ‘visita’ y ‘derivación’ estructuran el campo y diferencian posicionamientos entre los sectores profesionales. Pero, también muestra que esta distinción, sostiene, dentro del campo, una producción de capital económico que se transfiere desde su sector.

La siempre presente *parte humanística de la Enfermería*, lleva a que el proceso se continúe. Parecería que este círculo, está destinado a reforzarse a sí mismo, y creemos que hasta tanto el diagnóstico específico de la enfermería no se haga presente en la práctica cotidiana, este sector no logrará distinguirse como un sector profesional más. ¿Llevaría esto a que el sector de Enfermería profesional adopte el habitus distintivo de la visita y derivara sus prácticas al sector de Auxiliares de Enfermería?

Los enfermeros perciben que al suplir a los profesionales no médicos, colaboran con una dinámica a partir de la cual su esfuerzo y conocimiento se sustrae en beneficio de otros sectores. Pero, tal vez, lo más significativo no es lo que dicen, sino lo que callan: ¿Porqué se cuestiona solo a los profesionales no médicos? ¿Porqué esta crítica no se extiende a los profesionales médicos?. Las nuevas formas de interpretar la interacción médico-enfermero ¿son producto de una nueva visión de su rol? ¿o la posición rígida de complemento / sustituto del médico, negada en el ámbito de la palabra, se mantiene en la práctica?.

En este aspecto, son interesantes los siguientes dichos: “(...)lo único que hacemos nosotros es kinesio por ejemplo, que en realidad lo tendría que hacer el kinesiólogo que para eso estudió” “(...) se hace kinesio, por indicación médica(...)” (E: 1049,1101). Como vemos, el entrevistado justifica la sustitución de las prácticas kinesiológicas a partir de la derivación médica. De esta manera la ‘indicación’ médica obraría a modo de orden, obligándolo a suplir al kinesiólogo.

1.c. Auxiliares de enfermería y Enfermeros profesionales en interacción con las actividades no profesionales.

1.c.1. Lo aceptado: Grupos que realizan su labor en situaciones de rutina.

Este Area, mantiene una relación escasa o nula con la mayoría de los sectores no profesionales que componen el campo hospitalario.

En el Área se mantiene un régimen de ingreso restringido tanto para las mamás (en la mayoría de los casos ingresan en turnos estipulados para permitir el amamantamiento) los papás durante la noche y el sector de maestranza que es el único grupo no profesional que ingresa durante las horas de baldeo.

La relación con el sector de maestranza no parece conflictiva. La actividad de este sector es incuestionable y, además, les permite justificar un tiempo de descanso al verse obligados a retirarse para permitir el baldeo.

Otros sectores como farmacia o ropería “... viene la chica a traer los camisolines y los deja ahí en la puerta donde está el placard y nos hace firmar como que los recibimos... ahí en la puerta dejan sus cosas y se van...” (E: 714 b).

1.c.2. Lo rechazado: *Suplir grupos laborales en situaciones de urgencia.*

Los camilleros, no ingresan al Área, sin embargo, los dichos que aluden a este sector, suelen estar cargados de quejas y reproches: "(...) *camilleros de repente los vamos a buscar y a veces no vienen, tardan, y nosotros decimos que están tomando mate y nos peleamos y así...*" (E: 162). Otras veces "(...) *tenemos que bajar con la incubadora, la bomba y la historia clínica y eso... entonces se llama al camillero para... y muchas veces no los encontramos...*" (E: 182).

Una de las Auxiliares expresa: "*Los camilleros acá vienen, nada más que a retirar los óbitos... el camillero es el que viene y cada chico que obita, lo lleva a la morgue, el camillero acá no entra... en otros servicios sí, porque tiene que llevar a los pacientes, pero acá no... (...) los pacientes que traen derivados están en incubadora, son derivaciones que vienen con el médico y el enfermero y lo ingresan ellos (...)*". (E: 714 a).

Al poner en diálogo estos dichos, se observan dos diferentes percepciones de la función que debería cumplir el sector de camilleros. "(...) *Cuándo hay un óbito no hay problemas... pero habría que llamarlos también cuando hay que ir a buscar algún chico... porque ¡hasta eso hacemos nosotros también!...*" (E: 627).

El condicional verbal (*habría que*), permite la construcción de una proposición hipotética en la que lo afirmado (llamarlos para ir a buscar un chico) sea posible 'siempre que' cierta condición sea cumplida ¿A qué condición hace referencia?

Podría pensarse que estas prácticas se desarrollan así porque se trata de un Área cerrada. Sin embargo, el traslado implica la salida de la misma. Otro motivo podría ser, la necesidad de garantizar un cuidado especial de bombas e incubadoras. Sin embargo, esto no justifica agregar el esfuerzo de acarreo, pues el enfermero podría acompañar. Se hace entonces dificultoso, encontrar motivos fuera de la naturalización y el habitus enfermero de suplir, para que los traslados se realicen de esta manera. De ser así, el sector enfermero al poner en juego el habitus de suplir, cede espacio de poder frente al sector de camilleros.

La hablante al continuar su descripción expresa: "*Y porque... el médico te llama... que es urgente... que no sé qué...*". Para luego, describir la naturalización de las acciones y la instalación del habitus de suplir: "*...el camillero da vuelta, que no viene... porque llamamos y ellos... siempre lo hicimos nosotros... entonces... no los llamamos...*" (E: 627). Queda explícito, que la condición a la que hace referencia, son las actitudes y conductas de su propio sector, y a las relaciones de poder entre los sectores dentro del campo.

Lo interesante, es la manera en que la hablante interpreta las causas de esto. Ella construye su interpretación en dos momentos. En el primero, le adjudica responsabilidad a la presión ejercida por el sector médico. En el segundo, a la falta de respuesta a sus llamados, para inmediatamente justificar. Como vemos, la

urgencia, la responsabilidad profesional y la ausencia de poder del sector, configuran el lugar de la suplencia.

La falta de entendimiento con el sector de los camilleros, llega incluso a situaciones en que el personal de enfermería obvia pedidos necesarios: *"Si, lo que pasa es que, por ahí los llamamos y por ahí no los llamamos... entonces no vienen porque nadie los llamó"* (E 965) *"Claro, y.... porque, por ahí alguien dice ¿Cómo todavía está acá el óbito? Sí, pero ¿quién llamó al camillero? Y somos tantos que por ahí nadie llamó... pero... no, por lo general vienen"* (E: 966).

Observamos que 'por lo general' no es lo 'habitual'. Parecería que, el sector enfermero, al ser el enlace entre las prácticas profesionales y no profesionales, en la actual relación de poder, lejos de lograr una fluida comunicación y agilizar el funcionamiento, se constituye en el punto de quiebre de tensiones producidas desde dos miradas diferentes: *"porque por ahí, los únicos que sabemos cuál es una urgencia es el médico y la enfermera, y no puede ser, porque hay otros servicios que trabajan... que trabajan con nosotros, camilleros... este... no sé, esterilización por ejemplo, que cuando vas a buscar una cosa... este... 'No hay, nosotros estamos trabajando'... 'Bueno, sí pero lo necesito ya!'... No entienden la urgencia, cuando en lugar de ser tan burocrático, o por ahí no burocrático, sino porque... este... a veces se ponen del otro lado como importantes ¿viste?, como... ¿eh?... y si ellos no quieren darte una cosa no te la dan..."* (E: 823 b).

La noción de urgencia y la tendencia a asumirse como responsables únicos, consolidan una vivencia del tiempo como 'algo' que domina sus prácticas fuera de su voluntad, y obliga al habitus de suplir. Este 'lugar' (espacio vacío) fomenta la percepción 'in-significante' de su rol. Pero además, al no discriminarse las tareas por titulación, algunos llegan a pensar que el funcionamiento de toda la organización, ha sido pensado para perjudicar a la enfermería: *"(Farmacia) Esta cerrada de noche, pero de día igual... ¿viste?. Si pedís algo lo tenés que ir a buscar, y ¿porqué?... si eso te lo tienen que dar porque si vos lo necesitás..."* (E: 884).

1.d. Los Auxiliares y los Enfermeros profesionales y el Pase de Guardia.

1.d.1. Lo impensable para Auxiliares de enfermería y Enfermeros profesionales: Escribir.

Los dichos de las Auxiliares de enfermería entrevistadas, relacionados al Pase de Guardia, son coincidentes: *"Si tengo un paciente que está mal, le digo (hace un gesto con la mano como si llamara por teléfono) 'Doctor, no está bien'... viene a verlo... me da las indicaciones pero yo escribo: llamé al Dr. Tal por tal cosa"* (E: 905, auxiliar).

Como vemos, solo se realiza el registro prácticas indicadas por el médico o surgen cuando se detectan complicaciones. En este último caso, el diagnóstico situacional, se realiza en forma oral y lo que se registra es con la finalidad de

deslindar responsabilidades y no la de incorporar sugerencias o transformaciones del plan de cura a partir del proceso de cuidado. Otros dichos, muestran que muchas veces, ni siquiera se confirma si se realizaron las prácticas indicadas: *"Sí,... yo cuando puedo escribo... sí, si hay medicación lo escribo, si ingresa un bebé dónde ponerlo. uhm....."* (E: 734; auxiliar en proceso de profesionalización)

1.d.2. Lo indecible: prácticas no ligadas al plan de cura.

Algunos Enfermeros profesionales, amplían un poco más sus observaciones incorporando las preferencias del bebé: *"(...) hay algunos que la posición boca arriba les gusta si están iluminados, (...)le cambiás la postura, le ponés boca abajo y el chico se duerme"* (E: 1185). Sin embargo, estos aspectos del cuidado *"No... no... no, no es algo que se transmita la posición"* (E: 1185). La misma hablante, en otro tramo de la entrevista dice: *"(...) en el Pase de Guardia se comenta 'no vino la mamá...' 'toma pecho y no acepta el biberón' y de repente... 'no tuvo una alimentación adecuada' (...)"* (E: 1187).

Los criterios para valorar las prácticas que se transmiten y las que no, dá cuentas de los datos que la entrevistada percibe como valiosos en su ámbito de trabajo. Lo transmitido, es aquello que está ligado a la sobrevivencia del bebé, aún cuando sus prácticas de cuidado no se limitan a esto. En su discurso, el bebé deja de ser un organismo que padece una patología específica, para convertirse en un ser singular que presenta ciertas preferencias. Sin embargo, en el Pase de Guardia, no se transmiten estas observaciones ni siquiera en forma oral. Esto hace, que el bebé deje de singularizarse para volver a su calidad de paciente. Los dichos muestran, la incidencia del paradigma biomédico a la hora de seleccionar la información para transmitir sus prácticas profesionales, aún dentro de su grupo de pares y el grado de complementariedad con que se organiza el Pase de Guardia en relación al Pase de Sala.

2. LA TRAYECTORIA LABORAL

2.a. En Auxiliares de enfermería.

2.a.1. La casualidad.

Cuatro Auxiliares de enfermería entrevistadas, que no iniciaron su profesionalización, describen el encuentro con su actividad como casual.

Una de ellas, comenzó a trabajar como práctica, haciendo extracciones de sangre para un Laboratorio antes de ingresar al Hospital *"(...)yo, venía con experiencia de extracciones ya, no es la primera vez que hago extracciones, trabajé yo años en laboratorios haciendo extracciones"* (E: 250) *"(...) pero no tiene nada que ver porque hacía con adultos y eso, sacar sangre a un neonato es... o a un prematuro es otra cosa, pero buen... de todas maneras tenía la experiencia, después"*

tuve que aprender algunas cosas que son específicas" (E 251). Como vemos, sus dichos remarcan la experiencia empírica como el motivo por el cual se valoró su trabajo, aún cuando percibe, que *"no tiene nada que ver"*. Por otra parte, su 'aprendizaje' parece reducido al adiestramiento.

La casualidad y necesidad de trabajar marca a otra de las entrevistas: *"...fue todo una casualidad... eh... yo me separo y empecé a buscar trabajo... (...) y había un vecino que me decía... '¿porqué no estudiás enfermería?' (...) y un día escuchando por la radio (...) se daba un curso de auxiliar de enfermería en el Regional...""Y digo, bue... si me gusta sigo... y sino dejo... para hacer algo, y empecé y me entusiasmé" "(...) en ese tiempo... éramos... becasadas, mientras estabas vos estudiando, después te llamaban... terminamos en diciembre y en el verano me llamaron..."(E: 740, 741,742).*

Otra de ellas, comenzó su actividad luego de ingresar como secretaria en un consultorio externo de un hospital: *"(...)me hicieron entrar en aquel entonces se podía entrar a trabajar sin título, entré Ad Honorem... " "No, no era común pero yo tenía el secundario, sin terminar, pero, lo tenía al fin... me faltaba un año... entonces... este... y tenía necesidades económicas, me recomendó un médico que trataba a mi mamá y entré. y....este....En aquel entonces...."(E: 811 y 812).*

La hablante percibe que la *hicieron entrar*, por lo que presenta como impensada esta actividad para ella. En sus dichos, subraya sus necesidades económicas, y pone énfasis en mostrar que 'casi' había concluido sus estudios secundarios, lo que se convertiría, según su interpretación, en el motivo del ofrecimiento.

Por otro lado, fue descubriendo que: *"(...) a mí me empezó a gustar la guardia... y todo lo que se relacionaba con enfermería... tanto es así... que... eh... habré estado un año... y después me pasaron para la guardia. Porque me gustaba y bueno, como aprendía rápido, este...eh...me pasaron para allá..."(E: 817 b).* ¿A qué se refiere la entrevistada cuando expresa que aprendía con rapidez? ¿Cuáles son las tareas aprendidas en un consultorio externo que permitían justificar un pase de este tipo?. *"Porque en consultorios vos todo lo que tenés que tener es todo ordenado para que el médico venga y trabaje"* (E: 817b). El 'casi' de su escolarización formal, parece haberla diferenciado lo suficiente como para poder acceder a una actividad - ahora deseada por ella - y sostenerla durante un prolongado período de tiempo antes de decidirse a estudiar *"Estuve en la Guardia y recién a los diez años (...) empecé a querer estudiar para tener el título"* (E 819).

La cuarta entrevistada, también describe como casual el encuentro con la actividad: *"Fui a hacer un curso en radiología(...)...y no estaba, estaba el curso de auxiliar..." "Entonces, por eso...y aquí estoy...y me gustó...me gustó, empecé a trabajar con adultos..."(E: 836,837)*

Otra de las hablantes muestra con claridad la correlación entre su esfuerzo por profesionalizarse y las exigencias legales para legitimar sus prácticas: *"...Y como*

estaba en la Farmacia y como daba inyecciones tenía que estudiar Enfermería, después como ya tenía el título de auxiliar me anoté en el Hospital, y trabajaba en la Farmacia y el Hospital” (E 668 en proceso de profesionalización). También puede observarse que la hablante asimila ‘Enfermería’ al título de Auxiliar.

2.a.2. La imposibilidad de ser médico

Una de la Auxiliares expresa claramente la compensación que les ofrece esta carrera: *“(...)yo quería estudiar medicina, pero, como no podía hacerlo estudiaba así otra Carrera y me dijeron ¿no tenés ganas de hacer el curso de auxiliar de enfermería en CERENIL?” (E 974).*

La hablante, de muy bajos recursos económicos, aún intenta concluir sus estudios en el ciclo polimodal.

2.b. En Enfermeros profesionales

2.b.1. La casualidad.

De las cinco Enfermeras profesionales entrevistadas, solo una de ellas se inició en un curso para Auxiliares de enfermería, sin embargo, no muestra su decisión como un proyecto de vida: *“(...) estudiaba por estudiar, ni como salida laboral tampoco, no...por estudiar(...)” “(...)y nada, me gustó y después empecé a trabajar...y...tenía que elegir entre otro trabajo y este y elegí la enfermería (...)” (E: 935,937). Como vemos, al igual que las Auxiliares, solo después de haber iniciado y adquirido algunos conocimientos de sus prácticas, eligió la actividad.*

2.b.2. La imposibilidad de ser médico.

Una de las Enfermeras profesionales entrevistadas expresa: *“Por necesidad de tener un enfermero en casa, yo estudiaba medicina. Pero no es que estudié enfermería por no haber podido ser médico; sino porque necesitaba una enfermera en mi casa.” “Aparte yo soy de Buenos Aires y me casé...y vine a vivir a Mar del Plata y empecé la Carrera con...ya cuando mis hijos eran chicos...no tanto pero cuando se abrió la Universidad fue de la primera promoción” (E 397,398).*

Si bien, se esfuerza por tratar de mostrar que su elección no es producto de un proyecto previo frustrado ¿Porqué sería significativo haberse mudado a Mar del Plata?. En Buenos Aires, también podría haber estudiado Enfermería, por lo que, esta mudanza sólo pudo incidir en el abandono de su carrera anterior. Por otra parte, es significativo que decide por la Enfermería cuando se organiza al nivel universitario y necesita de un enfermero en su casa. Parecería en este caso, que el status universitario (similar al de su Carrera previa) participó de su elección.

Otra de las entrevistadas viajó desde Mendoza *“(...) a un internado en Entre*

Rios" *"En las Escuelas Puígari"* "(...)Tal vez porque me interesaba la medicina, pero bueno...estudié enfermería ahí." (E:1158,1159,1160), "pero bueno", marca su resignación.

Otro entrevistado expresa:(...) *en realidad ehm...me gustaba la medicina también ¿no?(...)ehhh, no pude ganar...desde el momento que me tenía que ir, me anoté y todo, económicamente no podía y entonces...(...)fui a la Facultad para ver algo en Salud (...)" "Yo fui para Terapia Ocupacional" "Cuando ingreso a la Facultad, descubro allá Enfermería, entonces...uh! Qué bueno!(...) yo lo usaría...eran tres años, el título de enfermero profesional que en aquel tiempo era nuevo, yo era como el común de la gente que no sabe y piensa que enfermeros somos todos...bueno empecé y me encantó (...)"*(E: 1027, 1028,1029 a)

Las dubitaciones iniciales en plantear sus preferencias, de hecho la medicina le gustaba *'también'*. Sin embargo, al momento de explicar su decisión siente que *no pude ganar*. Su situación económica pudo más que sus deseos. Coincidentemente con una de las entrevistadas anteriores, la posibilidad de un proyecto alternativo a la Carrera de Medicina, sería impensable fuera del ámbito universitario, y es allí donde descubre la Enfermería. Tal vez por este motivo, y aún cuando al iniciarse pensaba que *enfermeros somos todos*, no dudó en continuar sus estudios como Licenciado. Por otra parte, el tratarse de una carrera corta con inserción laboral rápida facilitó su elección.

Una de las entrevistadas cuya *"(...) idea era estudiar medicina (...)"*(...) *porque yo la verdad soy Técnica en Administración de Empresas..."* "(...)Cuando nació mi hija, ahí me di cuenta que...(...)porque yo los tuve mis chicos acá (se refiere al HIEMI) y pensaba 'cuantos chicos que hay! Pobres! ¿Qué puedo hacer?...siempre me gustó la parte humana'" (E: 1085). *'la parte humana'*, permiten aquí compensar un proyecto frustrado, este aspecto, parece incorporar una abnegación casi caritativa a su descripción.

2.b.3. Mi mamá era Enfermera

Una de las hablantes, inició sus estudios en la Universidad de Mar del Plata *"(...)fueron las primeras auxiliares universitarias que hubieron, ahí me recibí"* *"Después terminé mi carrera en el Hospital Privado de la Comunidad...y hice media licenciatura en la Universidad Nacional..."*(E: 532, 633, 637). Ella no refiere dudas relacionadas a la elección, tal vez porque es la única que conocía la actividad previamente, a través de su madre (enfermera profesional).

3. EL INTERÉS POR LA PROFESIONALIZACIÓN.

3.a. El 'NO' de las Auxiliares de enfermería.

3.a.1. Los estudios previos

En algunas de las entrevistas, el desinterés por la carrera profesional se justifica alegando diferentes motivos, sin embargo, en los dichos, suele aparecer la imposibilidad de legitimar estos estudios. Así, la justificación por la edad, o el deseo de realizar otros estudios más valoradas socialmente, pasan a segundo plano cuando se ven obligadas a expresar las limitaciones educativas que les impide abordar la carrera profesional: *"Por ahora no.....no... porque, tengo que..... primero.... tengo que hacer el secundario..."* (E: 12, 750). La no culminación de este tramo de escolarización, pesa sobre las hablantes lo suficiente como para dar antes múltiples 'excusas'. Cuando aparece en sus descripciones, las hablantes, parecen avergonzadas.

La entrevistada que puso énfasis en que al ingresar al Hospital, 'casi' había concluido sus estudios secundarios, luego de más de diez años justifica no haber comenzado su profesionalización *"Porque tenía que terminar el secundario(...)"* (E: 821).

3.a.2. "La Universidad es Super-re-difícil".

En relación a la carrera profesional en la UNMDP una de las hablantes expresa: *"Y yo lo vi... cuando...empezaron mis compañeras a hacer la Facultad y por lo que vi...era Súper re-difícil, ya ni casi...la mayoría abandonó...(...)ahora yo veo a las chicas que los están haciendo acá que van una vez por semana y yo no las veo como que eran en la Facultad. En la Facultad se estudia muchísimo."* (E: 797).

La modalidad de cursada del proyecto de profesionalización, brinda a los Auxiliares de enfermería la posibilidad de asistir a clases y realizar las prácticas durante su horario de trabajo. La hablante parece percibir, que el traslado de los alumnos al campo de la Universidad agrega dificultades y convierte esos estudios en imposibles.

3.a.3. "Te pagan lo mismo"

Para algunas de las entrevistadas al justificar su desinterés expresan: *"Y por ahora no...lo que pasa es que, bueno...muchos empezaron a estudiar...ehm...para el día de mañana llegar a tener un sueldo mejor..."*(E 799). El dicho, agrega a las atribuciones anteriores (terminar sus estudios secundarios, los estudios universitarios son Super-re-difíciles) un tercer motivo, ciertamente importante, para alguien que, como en este caso, se inició en la actividad por sugerencia de un vecino cuando intentaba conseguir trabajo. Sin embargo, o tal vez por eso, para incluir el interés económico, proyecta sobre sus pares (*muchos empezaron*) este interés. ¿Porqué no podría ser válido para una Enfermera profesional acceder a un nivel económico superior a partir de sus estudios?. Parecería que la 'vocación' y la 'parte humana' exigen de renunciamientos para ser sostenidos.

Otra de las entrevistadas, expone en forma directa el mismo criterio *"(...) están cobrando exactamente lo mismo que yo...entonces para qué me voy a poner a*

estudiar?...para estudiar algo me gustaría que...de estudiar algo me gustaría por ejemplo Asistente social...que te da más plata también...sino es todo lo mismo...""(...)Escuchame: Enfermero auxiliar estudia un año, Enfermero profesional tres, y cobra lo mismo que yo" (E: 854, 855). El aspecto económico fue el elemento central a la hora de decidir. Sin embargo, el juego de nominaciones que realiza: Enfermero auxiliar - Enfermero profesional, aúna en la misma categoría actividades que deberían diferenciarse. De donde, la indiferenciación económica, parece colaborar en la indiferenciación del rol convirtiendo en *lo mismo* lo que se pretende diferenciar.

3.b. Los Enfermeros profesionales y su 'NO'

3.b.1. El salario

Los Enfermeros profesionales que no continúan sus estudios como Licenciados atribuyen a su decisión motivos centrados en lo económico (E: 422; 973; 1225). Ninguno de ellos concibe como posible o necesaria la adquisición de nuevos conocimientos o parece interpretar que una mayor preparación podría revertir la situación de su grupo profesional.

3.c. Las Auxiliares de enfermería por el 'Sí...PERO...'

3.c.1. 'Hilar muy fino'.

De las cuatro Auxiliares de enfermería entrevistadas, solo una decidió continuar sus estudios en el proyecto de profesionalización que se dicta en el HIEMI, y alega que "(...) cuando hice de Auxiliar yo quise hacer de profesional, pero yo trabajaba todo el día(...) y los fines de semana, hacía dos turnos, (...)cuando había hecho el curso de auxiliar, que eran muy poquitas horas y lo podía hacer (...)Entonces abren acá (...) justo en el horario de Hospital(...)" (E 698). "(...)podemos practicar acá, más las clases que nos dan acá(...) porque son médicas de acá y enfermeras las que dan las clases (...)"(E 697). Sin embargo, estas facilidades, inmediatamente se transforman en críticas cuando se hace referencia a docentes del ámbito universitario: "(...) Hay una materia que traba acá(...)están las profesoras de la Universidad...y la misma gente que va a la Universidad, es un filtro esa materia...es hilar muy fino...está bien que uno tiene que saber, no podés...escaparte...pero, es, un filtro esa materia (...)eso va desmoralizando la gente, desilusionando, entonces piensan que si, además de trabajar aquí y en otros lados, (...)tenés las obligaciones de tu casa...si estás lejos viviendo, que tenés un tiempo..." (E 729)"(...)porque uno quiere aprender ...pero tampoco...alguien que te metan palos en la rueda (...)"(E 730)

Los dichos marcan una fuerte distancia entre 'La Universidad' y el mundo cotidiano. La percepción es que se intenta '*hilar muy fino*'. ¿'Hilar muy fino' con relación a qué? Desde la lógica propia del conocimiento del sentido común, toda nueva experiencia se integra a una anterior, en este caso: el curso de Auxiliar de enfermería realizado previamente. Lo significativo, es la fijeza de esa experiencia

previa. La hablante, no intenta encontrar diferencias. Este '*hilar muy fino*' parecería marcar la diferencia, al ofrecer un cúmulo de conocimientos que vayan más allá de la posibilidad de responder correctamente a una práctica solicitada.

Tal vez, la promulgación de la ley profesional sea lo que lleva a aceptar '*que uno tiene que saber, no podés...escaparte...*' pero no deja de ser llamativo y hasta preocupante el deseo de 'escapar' de la situación y la desmoralización que ésta genera. El alegato en su defensa, transita una pormenorizada descripción de obstáculos (más de un trabajo, obligaciones familiares, tiempo de traslado) sin que en ningún momento se expliquen estrategias de resolución que le permitan tener más tiempo para dedicar a lo que no aparece en sus dichos: estudiar.

3.c.2. "Hay que subir los escalones de a uno".

A diferencia del resto de las Auxiliares, una de las entrevistadas del turno noche, reconoce que no pudo iniciar el proyecto de profesionalización porque debe terminar sus estudios secundarios y esto la obliga a grandes esfuerzos. Ella tiene seis hijos, dos de los cuales asisten a la Guardería del Hospital, en relación a los otros cuatro "*(...)yo les dejo todo preparado a las doce, porque solitos van a la escuela, vengo con dos y después me voy con todos*" (E 1014). "*(...)después se quedan en mi casa, ahí es un poco medio complicado pero...entre la vecina de enfrente, mi mamá, mi papá...siempre hay...*" (E 1017). "*(...)y estoy en la secundaria de noche y después vengo acá, para seguir la carrera (se sonrío orgullosa)*" (E 989).

A pesar del esfuerzo, ella no duda en que logrará su objetivo, considera fundamental terminar sus estudios secundarios "*(...) para poder tener una buena raíz para poder estudiar lo que verdaderamente vale, después vas a la Facultad y no entendés nada de lo que te enseñan*" (E 1023) porque estudiar es: "*Para uno mismo, para, tratar al paciente, porque cuanto más conocimiento tenés, más vas a poder ayudar a otro, creo que es eso ¿no?*" (E 980). Al hablar, no parece compartir los tiempos de sus compañeras de trabajo, en sus dichos no hay urgencias y las atribuciones de causa están más ligadas a su hacer más que al de los demás: "*(...)como decía mi abuela: 'Hay que subir los escalones de a uno, porque sino te podés caer. Yo no sé, si los demás están como yo...'*" (E 1026)

3.d. Los Enfermeros profesionales que dieron el 'Sí'

3.d.1. "La Licenciatura me cambió la cabeza".

Uno de los entrevistados, expresa como resignificó su rol a partir de sus estudios: "*Estoy cursando la Licenciatura y me cambiaron todo el panorama de lo que es la Enfermería ¿no?*"(E 1030) "*(...)el cuidado que uno tiene, los métodos que utiliza, los procedimientos, y..... la gente piensa que el trabajo del Enfermero pasa por higienizar y que el paciente esté bien... pero el que atiende y el que ve, el que está ahí en el momento justo, es el Enfermero (...)*porqué el paciente está sudoroso por más que esté dormido (...) porqué el mecanismo del dolor es así o asá, porqué

no vamos a levantar a este paciente todavía (...)(E 1036)

Nuestro entrevistado, pensaba *'como el común de la gente que(...)' enfermeros somos todos'* (E 1029). Sin embargo, a partir de sus estudios se encontró con conocimientos que le *cambiarón todo el panorama*. ¿A que conocimientos se refiere? Su descripción, enfoca a aquellos conocimientos que no pueden ser incorporados desde la aprehensión. Los conocimientos teóricos son los que fueron transformando sus prácticas, sus procedimientos y su actitud como profesional.

La ausencia de una representación social de la Enfermería como profesión, parecería ser el motivo por el que aquellos que deciden iniciar y continuar sus estudios, solo puedan hacer referencia a su importancia luego de haberlos realizado. De allí, que esta actividad profesional, sea percibida por la mayoría de los hablantes como un verdadero 'hallazgo'.

3.e. Los Enfermeros profesionales por el 'Sí...PERO'.

3.e.1. "Ni status ni moneda"

Aún entre aquellos que se encuentran actualmente cursando la Licenciatura en Enfermería, los dichos a través de los cuales atribuyen a sus pares el desinterés por la profesionalización son elocuentes: *"(...)'La gente joven que logra hacer el secundario, porque a lo mejor lo hizo de grande...y...se va a cualquier carrera que tenga un poco más de status...esto no tiene ningún status, no tienen ninguna moneda en el bolsillo...para tener un sueldo decoroso, tenés que tener dos trabajos...y dos trabajos en esto es mortal."* (E cursante de la Licenciatura en Enfermería de 51 años de edad – 616).

Este dicho, engloba las distintas dimensiones que participan como obstáculos en el proceso de profesionalización, la desvalorización social percibida a través de un salario indiferenciado; la necesidad de mantener más de un trabajo para sostenerse económicamente, los obstáculos para organizar los estudios previos, las características de la actividad y la falta de status percibida dentro del campo se entrecruzan en su respuesta.

Otra de las hablantes percibe que la desvalorización de la profesión afecta su autoestima: *"(...)'cuando te preguntan ¿Dónde estudiaste enfermería? Ah...la Facultad, ¿En la Facultad?', o sino me dicen por ejemplo: y Ud. que?' 'y..enfermería' y a veces me da no sé qué decirlo...y tantos años..."* (E 1086). Interpreta una valoración negativa de la imagen de las Enfermeras, lo que se enlaza a un verdadero sentimiento de mortificación y que hasta parece generarle vergüenza. Tal vez, esto se profundiza más, cuando en su ámbito laboral, su esfuerzo parece ser motivo de chanzas y señalamientos provocativos: *"vos estudiás tanto y al final yo cobro lo mismo que vos y hago lo mismo que vos!"* (E 1123).

4. LA VALORACION DE LOS CONOCIMIENTOS PRACTICOS Y TEORICOS.

4.a. Lo invisible: 'Saber por voluntad / saber por meditación'.

Una de la Auxiliares de enfermería entrevistadas, expresa: "No... me gustaría porque estoy entusiasmada con el curso que van a hacer ahora" (E 793). Este curso, a diferencia de la profesionalización lo va a llevar adelante una "Enfermera...nuestra....era del turno de doce a dieciocho..."(E 793)"(...) me interesa porque hay cosas que no las sé por meditación" (E 793). La hablante alega que muchas prácticas las conoce "Por voluntad (se ríe) y sí, porque uno tiene que buscarle...pero no le tengo mucha confianza...entonces siempre estoy...en las cosas que hago siempre sí, pero por ejemplo medicación, a lo mejor hacemos un vez por mes...cuando la agarrás otra vez...cuando lo vas a hacer otra vez... y ...te olvidás...de cómo se hace..." (E 794)

La hablante, intenta mostrar que su despreocupación por la profesionalización no se basa en el desinterés por adquirir conocimientos. De hecho, el 'no' rotundo de su respuesta inicial, se flexibiliza luego de un silencio y anuda su interés potencial ('me gustaría') a la condición que lo impide *porque estoy entusiasmada con el curso que van a hacer ahora*.

Ella, enfatiza que el curso será dictado por una Enfermera nuestra, donde podría inferirse que el sentido de pertenencia marca fuertemente la elección entre las opciones profesionalización/curso. Su discurso, inicia la construcción de una descripción donde percibe que todo lo que proviene del campo universitario es *Super-re-difícil* (E 797). Sin embargo, no deja de explicar que aquello que aprendió por pura 'voluntad' no le ofrece la confianza como para poder realizar prácticas fuera de las rutinas cotidianas.

La hablante, impone una fuerte oposición entre la 'voluntad' y la 'meditación'. Desde la 'voluntad', logra llevar adelante acciones rutinarias y expresa su necesidad de 'meditación' para adquirir confianza. Parecería reclamar la necesidad de agregar a su 'buena voluntad' la autodeterminación que le permita cierto margen de elección en sus acciones. Esto agregaría a sus prácticas, responsabilidad e imputación. En otras palabras, esta diferenciación refiere al tránsito de la 'buena voluntad' a la 'conciencia de voluntad'.

En la primera etapa de esta investigación, se observó la disposición del sector enfermero a producir cambios sin formalizarlos y cómo, quienes se expresan en este sentido perciben que nadie parece enterarse o notarlos. En esta segunda etapa, esta sensación de invisibilidad, sigue estando presente cuando a la pregunta de porqué creen que son tan pocas las Auxiliares que están cursando el proyecto de profesionalización responden: "(...) y para mí es la diferencia, que ven que no...que no hay diferencia, que se debe a que de afuera no existe la diferencia" (E 973 Enfermera profesional).

Como vemos, el dicho marca *la diferencia*, para inmediatamente mostrar que ésta, aunque sea asumida por el sector, aparentemente no se percibe que sea



reconocida *afuera*. Sin embargo, una de las Auxiliares entrevistadas expresa: “(...)yo tengo que hacer lo mismo que hace una licenciada” (E 847 Auxiliar de enfermería) dejando en claro de esta manera que la indiferenciación ‘desde afuera’ también se instala en este sector al solicitárseles acciones que son propias de la carrera profesional.

Los cambios de actitud, la posibilidad de elección entre distintas técnicas o la incorporación de conocimientos que permiten leer síntomas aún cuando la persona no pueda referirse a ellos, son aspectos invisibles desde ‘afuera’ y aún en el grupo de Auxiliares que no han adquirido los conocimientos para poder apreciar estas transformaciones de la práctica.

4.b. Lo visible: el conflicto (de la homogeneidad a la diferenciación).

La mayoría de las Enfermeras profesionales entrevistadas, perciben que la formación profesional agrega responsabilidad, pero también que diferencia sus prácticas. Es más, este descubrimiento parece mantenerse entre ellos como una revelación secreta: “(...)yo fui Auxiliar muchos años, y después cuando estaba estudiando ¡Ah!...POR ESTO LO HACÍA! entonces yo me doy cuenta que hay diferencia(...)”(E. 941)

Lo profesionales perciben claramente la diferencia entre los subsectores: “(...)entonces yo me doy cuenta que hay diferencia... y no lo digo, porque a veces se cree que hay diferencia... sí como que se discrimina al auxiliar”(E 941 Enfermera profesional) “(...) realizando todas las tareas... igualmente uno no lo marca... pero se nota la diferencia, también hay excelentes Auxiliares, que por ahí no tienen el nivel profesional y tienen el conocimiento empírico el conocimiento que les ha dado el tiempo, y eh... (...)”(E estudiante de la Licenciatura, 1039 a)

En los dichos, queda claro el temor a que, el grupo, que viene funcionando en forma indiferenciada, pueda significar como un acto de soberbia o discriminación social hacia las Auxiliares de enfermería, aceptar la existencia de una práctica diferente. Incluso cuando la diferencia se percibe como notable (*realizando todas las tareas*) se silencia el hecho, pero se asume que la diferencia existe y que se nota. La reafirmación, no se da sin ensalzar la tarea de *excelentes Auxiliares*, como necesidad de mostrar que su opinión, nada tiene que ver con un intento de discriminación social.

El conflicto surgido a partir de la diferenciación por la escolarización universitaria de la actividad, parece generar situaciones de enfrentamiento importantes. De hecho, una de las entrevistadas expresa: “Lo que pasa que yo soy muy sensible, a mí me duele todo... capaz que me miran mal y ya me pongo a llorar... entonces sí, un poco me costó, por eso... porque soy enfermera de Facultad...” (E Enfermera profesional cursando la Licenciatura. 1096). Como vemos, la hablante le atribuye en forma directa al tipo de formación recibida el rechazo que percibió por parte del grupo.

En otro momento de esta entrevista, expresará: “(...) bueno yo noto... lo que me dicen las chicas que... yo cuando entré... todos me decían que como yo hice la Facultad, como que me la sabía todas... o que... no es mi caso porque... es lo que me dicen las chicas... lo que yo veo ahora, que me pasa con las chicas nuevas que ingresan que uno piensa que porque viene de la Facultad, se las saben todas... y en definitiva, no es así... y estas chicas me decían que con mayor experiencia por ahí (...)y dos quedan de todas las que habían entrado... y todas dicen ‘no porque la parte humana y que se yo...’” (E 1095)

Esta Enfermera profesional, que lleva cinco años de trabajo en el Área, se expresa en un juego de proyecciones que parecerían acompañar el paulatino acomodamiento de sus creencias a las que sostiene el grupo al que ingresó: “yo noto... lo que me dicen/ todos me decían / no es mi caso porque... es lo que me dicen las chicas”. Lo que le decían parece oponerse a lo que pensaba, pero finalmente es lo que puede opinar: “...lo que yo veo ahora, que me pasa con las chicas nuevas que ingresan que uno piensa que porque viene de la Facultad, se las saben todas... y en definitiva, no es así”. Esta hablante, dice haber transitado las lágrimas por sentirse excluida del grupo, sin embargo, termina rechazando la distinción que le otorga su titulación y juzga a las Enfermeras universitarias de igual manera que su grupo laboral actual.

Ciertamente, haber cursado estudios en la Universidad, no amerita que nadie piense que ‘se las sabe todas’ pero ¿Qué es lo que fundamentalmente no se sabe? ¿Los fundamentos científicos de sus prácticas? O ¿El adiestramiento práctico de las mismas?. Creemos que la respuesta afirmativa corresponde a la segunda pregunta; sin embargo, parecería que dentro del campo hospitalario, esta afirmación incluye a la primera. Es más, desde la óptica de la entrevistada: “(...)y yo entré hace cinco años ya y dos quedan de todas las que habían entrado... y todas dicen ‘No, porque la parte humana y que sé yo...’” (E 1095).

Si bien, desconocemos los motivos por los que solo dos de las que ingresaron con ella siguen trabajando en el Hospital, parecería que la *parte humana* se percibe como permanente justificación ante al fracaso, además de un *que se yo*, un ‘plus’, de tan difícil definición como integración. ¿Qué es lo valorado en un Enfermero dentro del campo hospitalario?. Al respecto otra de las Enfermeras profesionales entrevistadas expresa: “Mirá, en honor a la verdad... lo que más me sirvió... fue la experiencia, que fue lo que me abrió las puertas (...)”. (E 638)

Estos dichos, permiten vislumbrar que el conflicto surgido por la diferenciación, se basa en una diferente valoración atribuida a los capitales práctico y sentimental – científico, según se los perciba más o menos pertinentes a la actividad.

En este punto el dicho de una de las Auxiliares entrevistadas es muy claro: “(...) porque yo como Auxiliar no tengo porqué estar enseñándole a otras personas, yo lo que aprendí, lo aprendí de gente auxiliar... que me enseñó a trabajar muy bien...” (E 866). La hablante muestra cómo el capital práctico, puede constituirse dentro del campo en un importante capital de reserva. Tal vez éste sea el motivo por

el cual esta entrevistada percibe que su formación "(...)j era excelente!" porque: "(...) la práctica era enseñada... empezamos en marzo y en mayo ya estábamos trabajando. (...) "(E 869) y que "(...) hay auxiliares que trabajan mejor que una licenciada o una Enfermera profesional (...) con verte nada más nos tendrían que dar el título" (E 851). La 'invisibilidad' de la diferencia guía el dicho en cuestión, *con verte nada más*, si bien se utiliza para marcar la superioridad de la técnica adquirida por adiestramiento, también marca el límite a partir del cual la 'invisibilidad' puede convertirse en 'visible' ¿Qué ocurriría si, además de 'ver', se solicitara al actuante que explique los motivos de la puesta en juego de sus acciones?

Sin embargo, la apreciación de algunas Auxiliares es insistente en cuanto a que *"No, no hay diferencia... pero te la hacen notar(...)"* (E 847). El dicho inicia una descripción en la que a su sector se le acreditan todos los yerros cometidos en el Area: *"Cuándo pasa algo eh... y claro, jes la Auxiliar!"* (E 848) y muestra que en la 'homogeneidad' de lo indiferenciado de las funciones, las Enfermeras profesionales pueden desligarse fácilmente de sus responsabilidades al trasladarlas al subsector de Auxiliares.

5. LAS VENTAJAS PERCIBIDAS CUANDO SE DIFERENCIAN TAREAS POR NIVEL DE TITULACION:

5.a. La ventaja es para el paciente: 'El que no sabe es como el que no ve'.

Para una de las Enfermeras profesionales, el mayor beneficio de la diferenciación de tareas por titulación, implica el agregado de *"Responsabilidad y conocimiento"* (E 420). Ella, critica el adiestramiento que recibe el personal *"(...) acá hay Auxiliares, que hacen las cosas porque se las adiestra. El adiestramiento no es conocimiento, comienza en la tarea en el turno mañana, se les enseña, se les trata de dar conocimientos acordes a la tarea que están haciendo, para los cuales no hay fundamentos, no hay insistencia, no hay evaluación inmediata y caen en el olvido, entonces saben las cosas que tienen que hacer y en base a los errores aprenden, pero... no es la manera correcta (...)"* (E 421). La Hablante, expresa con claridad las diferencias y limitaciones del aprendizaje práctico y sus posibles consecuencias.

En primer lugar, señala la diferencia entre conocimiento y adiestramiento *para los cuales no hay fundamentos*, por lo que solo refiere a conocimientos cuando éstos tienen fundamento científico. Estos fundamentos, faltan en el adiestramiento de las Auxiliares, y obliga a insistir. Por otra parte, este adiestramiento se limita a ciertas prácticas, *se les trata de dar conocimientos acorde a la tarea que están haciendo*. En este tramo del dicho, el conocimiento se reubica al nivel de la práctica, de allí la posibilidad de fraccionarlo. El adiestramiento, impide pensar el cuidado de una persona total y en situación y el conocimiento queda limitado a cómo hacer y no porqué realizar ciertas acciones.

El dicho se continúa para detallar que: *entonces saben las cosas que tienen que hacer y en base a los errores aprenden*. Nos preguntamos si existe la posibilidad de controlar la dimensión del 'error'. ¿Cuáles son las consecuencias de estos

errores?. Seguramente, este sector al igual que los sectores profesionales dentro del campo, no inician sus prácticas sin una supervisión y acompañamiento que les permita ir incorporando técnicas de mayor complejidad a medida que son formados en su práctica. Pero también es cierto, que a diferencia de otros sectores, no cuentan con los conocimientos científicos como para guiar sus acciones en plena conciencia de los posibles errores a ser cometidos; es de suponer que en el mejor de los casos, frente a la duda se responde con la inacción; y en el peor de ellos no exista la capacidad para dudar y se cometa el 'error'.

Otros Enfermeros profesionales, no dudan en considerar que las ventajas de la diferenciación de tareas no serían para su sector: *"Y.. la ventaja en sí la tiene el paciente, él se beneficia, es el paciente, en el cuidado que uno tiene(...)la diferencia entre el Enfermero y el Auxiliar es que, unos tienen la... clínica (hace un gesto con su brazo derecho como borrando lo dicho)... crítica, el auxiliar no, no sabe porque..."* (E 1036). Sin embargo: *".....es relativo el beneficio, el Enfermero por ahí puede, tiene que dedicar más a qué es lo que tiene el paciente, que es lo que se le va a administrar al paciente, en qué medida, tiene mayor responsabilidad, eh... en el Hospital por ahí pasa, porque no hay tanta responsabilidad legal, legal y personal creo porque... el que no sabe es como el que no ve... a veces uno procede de una forma porque no sabe, (...)"* (E 1038)

El hablante enlaza *puede, tiene* convirtiendo el poder del saber en imperativo moral. Sin embargo, esto no siempre parece ser así, falta 'responsabilidad, debido a que las leyes no son tenidas en cuenta 'en el Hospital' y la limitada responsabilidad 'personal'. Queda claro, que para este entrevistado, cualquier imperativo moral no puede surgir si no es a partir de los fundamentos científicos que dan sentido a las acciones.

Otra de las Enfermeras profesionales entrevistadas expresa: *"(...)...y dejan las cosas infiltradas, entonces como que antes yo no decía nada... y ahora es como que, no, te quedás y lo cambiás..."* (E 1145). La descripción, muestra que la conciencia profesional, al expresarse, termina incidiendo en el grupo en su conjunto, a pesar de los conflictos que esto puede generar.

5.b. La ventaja para la Enfermería profesional: El reconocimiento social.

Los Enfermeros profesionales entrevistados, perciben que si bien *"(...) hay que darles la posibilidad a todos ¿no?, pero yo invertí seis años(...)"* (E 1119). O: *"(...)...nosotros tenemos que rescatar la enfermería, para que se llegue a profesionalizar, porque tampoco es justo... una carrera universitaria con lo que cuesta... desde el tiempo, desde el dinero, eh... (...) esto es todo a pulmón..."* (E 1038)

La falta de reconocimiento social percibida, hace que el esfuerzo que cualquier carrera universitaria exige sea sobre valuado en la propia: *"(...) esto es todo a pulmón... y estrategias discursivas como: "(...) hay que darles la posibilidad a todos ¿no?, pero;* muestran la preocupación por evitar que sus reclamos se confundan con

una conducta de 'discriminación social'.

El hablante expresa: *porque tampoco es justo...*; aceptando de esta manera los reclamos de las auxiliares como justos también y el diálogo que mantiene con ese sector muestra a qué punto la realidad que ellas han construido obstaculiza la posibilidad de reclamar sus derechos.

El hablante, no intenta mostrar la injusticia de realizar prácticas para las que la ley exige de una formación específica sin tenerla. Su estrategia discursiva intenta no confrontar con el sector de Auxiliares, para lo cual incorpora *tampoco*, un adverbio, que le permite expresar la justeza de sus reclamos, sin mostrar que 'su' realidad se enfrenta irreconciliable a la descrita por las Auxiliares.

5.c. La ventaja para las Auxiliares: 'Evitar el estrés'.

La mayoría de las Auxiliares entrevistadas expresan que la diferenciación de tareas perjudica a su sector, pero una de ellas, permite entrever una nueva realidad que podría comenzar a asentarse: "(...)...yo el mes pasado, pase por un cuadro de estrés, me medicaron y todo... ¿Porqué?. Porque yo, siendo Auxiliar, estoy teniendo responsabilidades que no tendría porqué tener... pero es mi trabajo, me gusta lo que hago. Entonces bueno, no se puede dejar...fuera...si tenés bebes que cuidar...y hay gente que no quiere entrar a terapia y no creo...no es porque no sepan, sino que no quieren esa responsabilidad".(E: 14, 861 b) "Claro... Auxiliares que piensan que no les corresponde hacer y profesionales que no están entrenados... porque no se toma la gente y se la entrena... Falta gente... bueno, sí ¿Qué necesitan? ¿Faltan ocho? Sí, bueno, tomen..." (E 862)

En los dichos, queda explícito que algunas de las Auxiliares que trabajan en el área se niegan a ingresar a Terapia intensiva porque *no quieren esa responsabilidad*. La hablante muestra cómo la complejidad de la tarea y el riesgo de cometer 'errores' graves por desconocimiento del 'porqué' de las acciones realizadas, alerta a algunas Auxiliares sobre la imprudencia de cubrir un rol para el que no están preparadas.

Ella interpreta como causa del estrés *responsabilidades que no tendría porqué tener*, y expresa otra forma de significar la Enfermería profesional. La configuración de su representación social de la enfermería incorpora, sin contradicciones tanto la representación socialmente compartida por todas las Auxiliares entrevistadas, donde su sector forma parte de la categoría de las Enfermeras restándole el atributo de 'profesional'. Esta representación se estructuraría centralmente desde 'lo visible' de la práctica, pero además, y *no es porque no sepan, sino que no quieren esa responsabilidad*, se pone en juego un nuevo discurso que tiende a la diferenciación.

Este segundo componente de la representación social, parece construido a partir de una experiencia personal de desborde subjetivo: "(...) a mí,... en ese tiempo que estuve tan stresada, se murió un paciente y quedé muy mal... y que iba a mi casa y me ponía a llorar, cosa que como enfermera tenés que tratar de guardártelo... (...)" (E 893).

La hablante toma distancias del hecho aludido a partir de distintas estrategias discursivas, dando cuentas así del sufrimiento que su recuerdo le produce. Primero se ubica como centro de sus acciones 'a mí,...' luego se justifica 'en ese tiempo que estuve tan stresada', para finalmente anunciar 'se murió un paciente'. Sin embargo, la conclusión: 'quedé muy mal...' ¿Estaba muy mal? ¿Quedó muy mal?, la vuelve a ubicar como protagonista en la escena descripta.

Si tenemos en cuenta que esta Auxiliar, fue una de las seleccionadas para ingresar al área de Terapia intensiva, podríamos presumir que los 'errores' cometidos durante su proceso de adiestramiento, no fueron tan graves como para haber sido responsable de la muerte de uno de los pacientes por impericia. Sin embargo, la hablante 'queda muy mal' ¿Porqué? ¿Fue descalificada por quienes comparten su labor? ¿Se sintió responsable de esa muerte?. La posibilidad de tramitar una situación de este tipo sin 'quedar muy mal', entre otras cosas, se da a partir de la plena conciencia de que las prácticas realizadas fueron las adecuadas y necesarias. Tal vez, lo que incidió en este caso, fue la imposibilidad de responderse de manera certera ¿Lo que hice era todo lo que se podía hacer? ¿Era lo adecuado y necesario?. Ciertamente, estas mismas preguntas en una situación similar, podrían ser las que se hiciera una Enfermera profesional o una Licenciada en enfermería. Sin embargo, tanto desde la legalidad y legitimidad acordada socialmente para la realización de sus prácticas, como por los conocimientos adquiridos en su formación, una profesional, podría responderse con mejores argumentos lo que de otra manera, oscila entre la mala praxis y las limitaciones del conocimiento humano frente a la inexorabilidad de la muerte.

Esta entrevistada pone en evidencia, la experiencia subjetiva a la que puede someterse a los Auxiliare, cuando las prácticas de cuidado se conocen solo por adiestramiento. Pero también evidencia, que la configuración de su representación social de la enfermería, incorpora una novedad al distinguir diferentes responsabilidades que obligan a distinguir tareas específicas por nivel de titulación.

6. LAS DESVENTAJAS PERCIBIDAS EN LA DIFERENCIACION DE TAREAS PO TITULACION.

6.a. Las desventajas para las Enfermeras profesionales: 'El desgaste'.

Una de las profesionales entrevistadas expresa la desventaja de diferenciar las tareas para su sector, dado que seguir trabajando como hasta ahora es: "(...)...para no desgastarse, trabajan una semana en terapia intensiva y otra están en terapia intermedia o cuidados mínimos" (E410). "El personal ya tiene somatizado eso (se refiere a la rotación de Terapia intensiva a terapia media), en cuanto al trabajo, saben que tareas, esa fue una decisión de ellas mismas de distribuirse las tareas, hacer desde la más mínima como ser, colocar los biberones en el microondas a pasar a terapia intensiva adentro." (E 412)

Como vemos, la hablante incorpora un dato obviado por el resto de los

entrevistados: esa fue una decisión de ellas mismas. ¿Porqué el propio sector de profesionales decidió compartir sus prácticas con un sector no profesional?. Por un lado *Bueno*. para no desgastarse. El '*bueno*' inicial y la pausa que lo continúa, marcan la duda de hacer explícita la afirmación. ¿Porqué duda?. Tal vez, porque plantear que fue una decisión tomada por el grupo en su conjunto, debilita las quejas y reclamos por el lugar que les es adjudicado y que supuestamente intentan superar. Tal vez, porque resulta 'obvio' que desligarse de responsabilidades evita el estrés, aún cuando para lograrlo deba dejarse de tener en cuenta las posibles consecuencias, o bien que, conscientes de las consecuencias, prefieren 'responsabilizar' a otros (como si fueran sus iguales) a asumir plenamente su responsabilidad y sentirse desbordados.

Por otro lado, estos dichos, también expresan que *El personal ya tiene somatizado eso*, una inscripción corporal, que organiza las actitudes y conductas de los Actores sociales según lo que 'ellos mismos' perciben como propio del sector dentro del campo y que colabora en definir su posicionamiento aún cuando éste sea percibido como 'injusto'.

BREVE SINTESIS Y CONCLUSIONES DE LA INVESTIGACION

En este apartado se intenta articular lo explorado en los distintos ítems según los propósitos de la investigación especificados oportunamente como: 1. Caracterizar los subsectores que participan en la práctica enfermera dentro del campo hospitalario a la luz de los *habitus* que los posicionan, observando el interjuego del lugar asignado y asumido del sector. 2. Pensar en los aciertos y limitaciones de las estrategias de intervención, en busca de transformar su posicionamiento dentro del campo hospitalario, analizando la lógica que organizó estas estrategias. 3. Describir las representaciones sociales sostenidas por los subsectores de la enfermería, que participan y sostienen la situación actual. 4. Analizar la lucha entre sectores por el valor atribuido a los distintos tipos de capital (práctico – científico) dentro del campo. 5. Describir las estrategias discursivas utilizadas cotidianamente por los miembros de los subsectores enfermeros para imponer ‘su’ realidad por sobre otras.

1. LOS HABITUS, EL CAMPO, SU DINAMICA Y EL ROL ENFERMERO.

Al respecto, logramos discernir que dentro de este campo (con excepción del área de consultorios externos) el *Pase de Sala* se comporta como *habitus organizacional*, define el funcionamiento de todos los sectores, sus diferenciaciones y status con relación al médico, además, genera el resto de los *habitus* y logra, incluso, debilitar aquellos objetivos de la organización que no surgen de él. De esta manera, la institución de la cura y la formación de nuevos médicos se impone sobre otras (institución del cuidado enfermero y su formación, promoción y prevención de la salud, prácticas relacionadas con la calidad de vida futura de la persona asistida llevadas a cabo por kinesiólogos, terapeutas ocupacionales etc.)

Por otra parte, observamos que la *derivación* y la *visita* (que surgen del Pase de Sala), consolidan las posiciones de poder dentro del campo de internación y perpetúan la hegemonía médica.

Michel Foucault, (1975) observó que uno de los factores que permitieron desplazar definitivamente el poder religioso en los hospitales durante el siglo XVIII, fue el poder de permanencia surgido por la instalación de los médicos residentes y el reaseguro de su status creando la función enfermera para tareas consideradas de menor relevancia.

A pesar de que el sector enfermero produjo importantes aportes como los de F. Nigthingale, J. B. Pussin, el poder de permanencia, no logró que el sector de enfermería transforme su posición dentro del campo hospitalario.

Esta dificultad, parecería surgir por un lado, por la homología de la estructura del campo hospitalario y la estructura social (si tenemos en cuenta los sectores sociales que tradicionalmente ingresaron a esta carrera), por otro, la inadecuada forma de tramitar este poder por parte del sector, que lleva al desplazamiento de sus conocimientos diagnósticos al de otros profesionales o a la inacción, y finalmente, a que la incidencia de la dinámica del campo (tal vez debido a las dos dimensiones anteriores), hizo surgir nuevas actividades profesionales de mayor tiempo de titulación y status, entre los cuales, el habitus de la **visita del especialista** y no la **permanencia** se constituyó en distintivo de las prácticas profesionales, ubicando a la Enfermería en el punto límite entre ser y no ser percibida como una práctica profesional.

Este posicionamiento parece incidir en que el **Pase de Guardia** enfermero, que se genera a partir del **Pase de Sala**, se produzca habitualmente como su complemento rígido a modo de su par opuesto: escribir / decir; planificar / hacer lo indicado; autoridad / sumisión; reflexión / rutina.

El lugar de complemento /sustituto del médico que surge del **Pase de Guardia**, parece generalizado y naturalizado en el habitus de **suplir** al punto de extenderse en ocasiones a las prácticas no profesionales.

Por otra parte, el habitus de **transmisión oral de los conocimientos** del sector enfermero, permite que éstos sean sustraídos del sector y legitimados como parte del capital global de los profesionales mejor posicionados al integrarse en sus propios diagnósticos.

Hemos observado que **escribir** o no, y el lugar donde se escribe, tiene relación con la posibilidad de derivar tareas a otros sectores, el grado de efectividad con que se concreta la tarea derivada y el valor que se le asigna a las prácticas de cada grupo.

La valoración de las prácticas, se expresa en dichos de las Auxiliares cuando califican las 'indicaciones' médicas como 'órdenes' y obvian por negligencia, impericia o considerar fuera de sus obligaciones, las 'indicaciones' dadas en **papelitos** por otros profesionales. Esto hace, que se quiebre la cadena de derivaciones de los profesionales no médicos en este sector, perjudicándose la calidad de atención. Por su parte, el sector profesional de la enfermería, aún a regañadientes, porque perciben estas prácticas como **suplencias** obligadas, sostiene la cadena de derivaciones, y le atribuye a cuestiones organizativas este exceso de trabajo (falta de profesionales no médicos fuera del turno mañana). Esto colabora con reforzar un posicionamiento inferior de la Enfermería al de las Auxiliares.

Con el objeto de discernir el tipo de capital necesario a ser puesto en juego por el sector enfermero para lograr transformaciones en la estructura del campo de internación hospitalario, se incorporó a la teoría del campo de Bourdieu el concepto de **capital de reserva**.

Este capital, implicaría un cúmulo de conocimientos producidos y acopiados por los sectores de posicionamiento inferior en la estructura, que estaría conformado por diferentes tipos de capitales valorados dentro del campo (práctico, técnico-científico, científico), que se acopia pero no se utiliza. Esto se interpretó, como una estrategia de resistencia que evita que la dinámica del campo lo transfiera a los sectores mejor posicionados.

En los dichos, pudieron diferenciarse dos tipos de cambios: **invisibles** y **visibles**, según éstos se expresaran en una estructura organizacional con nuevas relaciones de poder o no.

En los cambios **visibles**, la posición de la Enfermería se transforma. El sector, puede ubicarse en una posición incluso dominante debido a su "**capital de reserva**" (producto de su formación profesional y la peculiaridad de sus áreas de intervención que facilitan la articulación de sus propios conocimientos a la de los demás sectores).

Con ayuda del análisis comparativo permanente de los datos, se articularon las dimensiones: a) **funcionalidad/disfuncionalidad** de las prácticas enfermeras con la estructura de poder del campo, b) el grado de desarrollo del **plan de cuidado**, c) la característica **rutina/reflexión** de las prácticas d) el grado de **distinción del rol profesional** y, e) cúmulo de **capital de reserva**, y conformándose así cuatro tipologías de la enfermería asistencial:

Espacio Vacío: Forma de jugar el rol enfermero que presenta la máxima funcionalidad con la estructura de poder del campo. Sus prácticas son rutinarias, recortadas y en complementariedad rígida con los habitus médicos. Estas características impiden la discriminación de la profesión en la realización diagnóstica y un plan de cuidados. Presenta un alto acopio de capital de reserva. (Conducta: respuesta a órdenes expresadas en el habitus de suplir)

Transgresión Disfuncional: Se caracteriza por la resistencia a la asignación de tareas derivadas o evitar la complementariedad a partir de la omisión de tareas. Las prácticas son rutinarias y muy limitadas. La disfuncionalidad que genera es en detrimento del cuidado del paciente pero no con la estructura de poder en el campo. El capital de reserva es muy limitado o nulo. (Conducta: no hacer lo indicado)

Transgresión Funcional: El juego de este rol, se desplaza del lugar de complemento del médico a la imposición de simetría a partir de prácticas informales. Intenta constituirse en asociado indispensable del médico, incorporando su diagnóstico al diagnóstico médico. La práctica es reflexiva, pero indiscriminada, pone en juego sus conocimientos, no hay acopio de capital de reserva pero es funcional a la estructura de poder.

Rol Autónomo: Sus prácticas no son funcionales con la estructura de poder del campo. Las formas de interacción propuestas son simétricas y/o complementarias flexibles con el médico y otros profesionales en función de su diagnóstico y el plan de cuidados. Legitima sus intervenciones por escrito y así los conocimientos adquiridos en el campo son puestos en juego dentro del mismo como aporte propio. No hay capital de reserva.

2. ACIERTOS Y OBSTÁCULOS EN LAS ESTRATEGIAS UTILIZADAS PARA LOGRAR EL CAMBIO DEL LUGAR ASIGNADO A LA ENFERMERIA.

La Organización de las Enfermeras como estrategia de poder

Organización de las Enfermeras profesionales ABE, CIE, al estar representadas por un enfermero profesional (titular) y un auxiliar de enfermería (miembro adherente, con voz pero sin voto) colabora en sostener, una representación social ambigua de esta práctica.

Esta alternativa, presume el poder como una ecuación matemática (más personas adheridas = más poder) obviando el inmenso poder que genera el saber y la valoración del conocimiento científico dentro del campo hospitalario. Paradójicamente, dentro del campo para lograr cierto poder, las Enfermeras tituladas se 'defienden' a partir del acopio de **capital de reserva**.

Por otra parte, ya hemos analizado que esta estrategia organizativa, además, genera un serio conflicto con los sectores sindicalizados y ubica al sector de Auxiliares en un posicionamiento privilegiado, en tanto al participar de ambas organizaciones (Profesional - Sindical) pueden optar por cualquiera de estos encuadramientos según el beneficio ofrecido.

La estrategia de titulación universitaria

A partir de los dichos de las entrevistadas y del objetivo reconocimiento que ha logrado el sector dentro del campo universitario; hemos concluido en que las condiciones de cursado, la gratuidad y el carácter laico de la Universidad Pública, fueron las condiciones que permitieron empezar a trabajar la instalación de una nueva imagen de la enfermería a ser ofrecida a los potenciales estudiantes universitarios.

El éxito de la tarea de promoción de la carrera desde el Departamento de Orientación Vocacional de la UNMDP, muestra el desarrollo de una vía eficiente en la transformación de la representación social de esta profesión. Aunque, la lectura de esta eficacia no acepta causalidades únicas, pues debe tenerse en cuenta el entrecruzamiento de las múltiples dimensiones que colaboran en su producción.

Creemos que la constante pauperización de los sectores medios de nuestra sociedad, también debió participar en el cambio de actitud de los estudiantes hacia la carrera, es decir, tenemos en cuenta que *"la vocación es simplemente la transfiguración ideológica de la relación objetiva que se establece entre una categoría de agentes y un estado de la demanda objetiva, o si se quiere, del mercado de trabajo"* (Bourdieu, P. Y Passeron 1983 pag. 34), aunque no consideramos que ésta sea causa única y determinante.

Por nuestra parte, apostamos a que los intentos del cuerpo docente de esta carrera por ajustar cada vez más los contenidos de estudio impartidos a las exigencias del diagnóstico enfermero, incidirá fuertemente en el nuevo perfil de profesionales necesario para transformar la situación crítica de esta profesión.

3. CONSTRUYENDO LA EXPERIENCIA SUBJETIVA DE LA IDENTIDAD ENFERMERA

Otro de los propósitos de esta investigación fue analizar las representaciones sociales de los diferentes subsectores que generalmente son nominados sin distinción como enfermeras/os (Auxiliares, Enfermeros profesionales y Licenciados en enfermería) sobre sí mismos, el proceso de profesionalización y su práctica.

Nos encontramos en nuestra exploración, que las formas más frecuentes de encuentro con la actividad de entrevistados son la *"casualidad"* y *"la imposibilidad de ser médico"*, de donde la identidad profesional resulta un descubrimiento que en la mayoría de los casos exige reconstruir su representación previa de la actividad.

Los dichos, ponen de manifiesto personificaciones a partir de las cuales el sector Enfermero profesional, configura representaciones sociales de sí mismas, que tienden a naturalizar la actividad en espacios laborales inadecuados y transforman actitudes sumisas en virtudes. Además la objetivación en la imagen de *"pequeños Mc Giver"*, expresa que se perciben capaces de resolver situaciones extremas sin necesidad de integrar a otros en sus acciones.

Por su parte, la dimensión temporal, suele ser la atribución de causa más importante para justificar la imposibilidad de jugar su rol, que no logra ser definido con claridad.

Las entrevistadas del HIEMI, perciben que utilizan 'su' tiempo para realizar prácticas derivadas por otras actividades profesionales, por eso, vivencian esta dimensión fuera de su esfera de voluntad, una entidad concreta que se mueve por sí misma dominando sus prácticas en un espacio amenazador donde la enfermedad y la muerte se experimentan como entidades concretas que *"están ahí a flor de piel"*. No es habitual organizar un Plan de cuidados para la atención, que articule e integre las derivaciones indicadas y de esa manera el tiempo se constituya en una

dimensión más a ser manejada por ellas lo que evitaría el “desgaste” por la sensación de desborde.

Todos los subgrupos expresan de uno u otra manera, que su actividad, no les dá “*ni status ni moneda*” y esto genera un fuerte condicionamiento a seguir estudiando.

Algunos perciben que la Licenciatura les “*abrió la cabeza*” y que el adiestramiento sin fundamento científico de las prácticas apreñadas es limitado, sin embargo se sostiene la indiferenciación de tareas como estrategia para “*evitar el desgaste*”.

Algunos de los dichos de las Auxiliares relacionados a los motivos por los que adhirieron al proyecto de profesionalización para Auxiliares impartido en el HIEMI, se relacionan más con la presión que ejerció la vigencia de la ley de profesionalización que a la necesidad de estudiar el fundamento de sus prácticas. Los cursantes, perciben que los docentes de la UNMDP “*hilan muy fino*” y que la Universidad es “*Super-re-difícil*”; aunque diferencian el “*saber por meditación*” del “*saber por voluntad*”, tienden a omitir su imposibilidad de inscribirse al proyecto a causa de su escasa escolarización previa.

4. LA VALORACIÓN DEL CAPITAL PRACTICO Y CIENTIFICO Y LAS ESTRATEGIAS DISCURSIVAS PARA HACER FACTICA SUS REALIDADES.

Cualquier actividad profesional, exige de un proceso de adecuación de los contenidos teóricos recibidos durante su formación y su futura práctica. Sin embargo, esto no parece propio de la enfermería. Los subsectores que desarrollan estas actividades dentro del hospital tienden a indiferenciarse bajo el lema “*hacemos lo mismo*”.

La misma sobrevaloración del capital práctico de esta actividad, suele ser expresada por los médicos: “*(...) muchas de las profesionales, no son ni remotamente tan eficaces como las que antes solo tenían el título de auxiliar y con la práctica han logrado un manejo óptimo del paciente... La profesional, la supera en conocimiento, casi no hay que darle instrucciones en la preparación de la medicación, o para... el manejo del ingreso de pacientes, la limpieza del material... la clasificación del material; pero lo que es el trato... o el ..., algo de todos los días, como buscar una vena, sacarle sangre a un chico, la otra le pasa por arriba. Y eso es lo que pasa, las mejores enfermeras en el ámbito privado no son profesionales. Porque son chicas de cuarenta o cincuenta años que son una luz... uno llega y está todo hecho.*” (sic. Médico de Planta del HIEMI). Como vemos, la valoración del capital práctico como el capital más apropiado de esta actividad, impide pensar que prácticos y Auxiliares de enfermería también necesitaron de entrenamiento para el logro de sus destrezas y la gravedad de posibles “errores” por impericia.

La imposibilidad de la Enfermería de imponerse como una actividad profesional, lleva a los subsectores (profesionales-no profesionales) a conflictos y confrontaciones protagonizados por "*Magister*" y "*Plebeyas*", donde el subgrupo de Enfermeras profesionales egresadas de la Universidad, se percibe como el más atacado. A pesar de esto, las rencillas cotidianas, son interpretadas como producto de problemas personales.

Las Auxiliares de enfermería y las profesionales que se iniciaron como prácticas, sobrevaloran el capital práctico en coincidencia a lo que perciben que el sector médico valora de ellas. La administración o supervisión (que obligan a reflexionar sobre lo hecho, o planificar lo que hay que hacer), se desvaloriza ("*no se arremangan*") y se percibe que en las organizaciones donde se diferencian prácticas por nivel de titulación, el sector profesional de la enfermería "*están sentadas y escriben*".

Esta sobrevaloración del capital práctico, se contrapone a la valoración consensuada por los otros sectores. Rodney Coe (1973) pone en evidencia al analizar el cambio de status de los cirujanos a mediados del siglo XIX en los hospitales la desvaloración del capital práctico en este campo: "*(...) sólo los médicos gozaban del alto status de <doctor>. Los cirujanos, barberos y farmacéuticos comprendían una clase inferior de <artesanos> que trabajaban con las manos; (...) la antisepsia y la anestesia (...) igualaron a los cirujanos con los médicos,.....(y) los convirtieron en una parte fundamental en la organización del personal médico*"

A pesar de esto, los Auxiliares de enfermería imponen su discurso en la pulseada con las Enfermeras profesionales. Esto se expresa, por su capacidad para crear y sostener turnos conversacionales y arrastrar al resto, a aceptar su realidad como la única. Ellas logran, a partir de una lógica transductiva, asimilar la discriminación de tareas legitimada por la titulación a conductas de discriminación social, convirtiéndolo así esta diferenciación en un 'delito' inaceptable. Utilizan estrategias discursivas con múltiples imágenes metafóricas, ironías peyorativas y dramatizaciones en acto, y abundante lenguaje gestual para remarcar o transformar el significado de sus palabras o las ajenas, además no dudan en elevar la voz como recurso retórico o para silenciar al otro. Ofrecen una imagen idílica como grupo homogéneo, justificado en '*saber hacer lo mismo*' y la división tajante entre trabajo intelectual y físico que proponen, obliga a decidir 'de que lado' se encuentra la profesión.

Algunas hablan de '*desmitificar*' la importancia del conocimiento práctico y califican la vocación como '*leyenda*'; sin embargo, creen que es injusto que no se les permita actuar como docentes o acceder a Jefaturas. Además, descalifican la ciencia y la técnica por su carácter '*inhumano*', de donde la disociación instrumental se percibe como falta de compromiso afectivo con el paciente. Por otra parte, utilizan la figura del médico, para impedir confrontaciones entre los subsectores al desplazar estos conflictos hacia ese sector profesional mejor posicionado.

La victimización es un recurso utilizado para transformar o impedir las conductas de otro y hace que los Enfermeras/os profesionales no digan o no marquen las diferencias en sus prácticas, por temor a ser calificados de soberbios o de discriminar a los Auxiliares. Pero silenciar las diferencias de sus prácticas, también implica silenciar los conocimientos que las sustentan, y esto genera capital de reserva que dificulta el crecimiento del personal en su conjunto y sostiene un conflicto negado pero latente.

Esta situación es grave, dado que la responsabilidad de las prácticas recae sobre el sector profesional y además justifica una única diferenciación salarial por antigüedad. Encontramos entonces que, aquellos más responsables, que decidieron estudiar para reflexionar sobre sus prácticas y ofrecer una mejor calidad de atención, se encuentran seriamente perjudicados.

NI 'VÍCTIMAS' NI 'VICTIMARIAS', LA BUSQUEDA DE UNA DEFINICION

La salida de la crisis de la Enfermería profesional, exige transformaciones a distintos niveles de intervención.

Si bien, la cuestión salarial se constituye en una de las dimensiones centrales para transformar el status social de esta profesión tanto simbólica como materialmente, esta condición de necesidad no alcanza a ser suficiente por sí misma para resolver la situación crítica de la Enfermería profesional, alentar a los jóvenes a formarse responsablemente en esta profesión, continuar sus estudios como Licenciados, mantener una formación permanente y por sobre todas las cosas organizar su trabajo a partir del PAE transformando sus prácticas.

La continuidad de las prácticas de los profesionales no médicos (Kinesiólogos, Terapistas ocupacionales etc.) durante todos los turnos, no solo incidiría limitando el habitus enfermero de la suplencia, sino que también agregaría a la calidad de atención de la población asistida. Este aspecto, podría incluso, no implicar un aumento presupuestario si se cubrieran estas prácticas con estudiantes avanzados de la Carrera de Terapia Ocupacional en proyectos específicos convenidos entre la Facultad de ciencias de la Salud y Servicio Social y el HIEMI.

Por otra parte creemos que es necesario lograr una formación profesional que quiebre el juego recurrente de 'víctimas/victimarios', 'omnipotencia/impotencia', que le impide al sector, valorar sus conocimientos y acercarse a otros sectores profesionales.

Creemos que la complejidad del diagnóstico Enfermero, debida a las múltiples dimensiones que se aspira valorar, exige de líneas de investigación que detecten tipologías familiares, analicen estrategias frente a la crisis provocada por la internación de un familiar, pautas culturales en el abordaje de la práctica del cuidado de la salud, representaciones sociales en diferentes grupos socioculturales de la salud y enfermedad, del cuidado, de la internación, sobre diferentes patologías etc., que faciliten la realización diagnóstica sobre bases científicas fundadas.

Esta propuesta para superar la crisis de esta actividad profesional, ubica a la Universidad como el andamiaje más sólido para la transformación de la representación social de la Enfermería, tanto por su capacidad para llevar adelante estas líneas investigativas, como para formar y capacitar a los nuevos profesionales enfermeros en el perfil de **'ROL AUTONOMO'**.

Como docente de esta carrera, observo que la importancia de construir los nuevos Enfermeros teniendo como base esta tipología se acrecienta, si tenemos en cuenta que implican distintas formas de ver, sentir, captar e interpretar el rol y status de la profesión, confiriéndole un alto valor a los aportes que realizan y por lo tanto, a la necesidad de una educación sólida y permanente marcando desde allí una nueva identidad profesional. Una práctica autónoma del rol, parece presentarse como una alternativa adecuada para quebrar los habitus existentes, transformar la práctica de la enfermería y permitir la incorporación del capital de reserva al campo hospitalario. Este tipo de formación profesional aseguraría el diagnóstico escrito, generando así, el momento de reflexión capaz de quebrar la unidad 'orden-acción' al articular el plan de cura a los cuidados y rescataría el tiempo como propio evitando la sensación de 'desgaste'.



ANEXOS I Y II

TEMA	CONTEXTO O ACTOR SOCIAL	CALIFICACION	DICHOS
HABITUS	MEDICO	PASE DE SALA	<p><i>E 158 "Me refiero por ejemplo al Jefe de Sala Médico...Llegaba el Jefe de Sala Médico; primero que todo el mundo llegaba a horario y no como ahora...Los Pases de Sala eran palabra mayor...Al Pase de Sala va el médico con todos los médicos de la Sala y todas las enfermeras y el Jefe M Enfermeros que explica lo que se había hecho y cada médico daba el diagnóstico, con todas las interconsultas ya hechas y los resultados de análisis o placas ya realizados era como que todos rendíamos examen... y el encargado de Sala (enfermero) era muy respetado, estaba al lado del Jefe de Sala médico diciendo esto se hizo, esto no y porqué. Y se hacían las 11 o las 11,30 hs. y seguían los Pases de Sala."</i></p> <p><i>E 159 "Había más respeto, por todo; todo estaba muy controlado...Si se había dado una orden de análisis de hoy para mañana, mañana tenía que estar informado y registrados los resultados para el Pase de Sala, si se habían pedido interconsulta tenía que estar"</i></p> <p><i>E252 a b ""Han cambiado, por ejemplo los Pases de Sala, se les fue restando importancia o no se hacen directamente, el Jefe de Sala tendría que estar controlando, como van los paciente y si un paciente lleva tanto tiempo porqué..."</i></p> <p><i>E 253 "Se fue dejando en algunos sectores, hay áreas en que se sigue haciendo, por ejemplo en obstetricia y alto riesgo los Pases se están haciendo, no hay tanto control como antes porque están organizadas las áreas por sectores distintos; acá en Pediatría cada médico tiene una habitación y se hace cargo, pero no sé si tienen comunicación directa con el Jefe, si le informan como va o como no va o si el Jefe se acerca y habla con los médicos de cada sector"</i></p> <p><i>E 254 "Se aprende mucho...cada Pase de Sala era un examen y se aprende, se aprende...Hay Salas en las que todavía se mantienen por ejemplo en Neonatología donde yo le decía que era una Sala donde había mucha gente, es como que todavía se sigue trabajando así"</i></p> <p><i>E 357 En la Institución depende de la persona que esté como organizadora del 'Pase de Sala', actualmente en el Hospital Interzonal, en el quinto año de la carrera de medicina bueno actualmente al rededor de cada paciente te encontrás con treinta personas entre los residentes de primero, segundo, tercero, cuarto y quinto; entonces yo me digo ¿dónde está el secreto profesional? ¿la privacidad del paciente? ¿los principios éticos que abarca nuestro accionar profesional?"</i></p> <p><i>E 361 d "yo no me voy a sentir intimidada por que hay un equipo de diez o quince personas, porque yo sé, a mí no me intimida el que haya diez personas delante de mí, si yo tengo que reflexionar sobre algo que es decisivo en un tratamiento y lo van a aplicar cuando yo creo que es incorrecto, yo voy a hablar esté quien esté frente a mí, yo creo que eso es lo que uno tiene que transmitirle al alumno, tiene que ser protagonista, si uno está haciendo un 'Pase de Sala'; Pero que pasa Uno tiene que el paciente hace una pregunta y nadie le contesta, porque ellos están en su mundo"</i></p> <p><i>E 379 e g "Con respecto al Pase de Sala de lo médicos, que yo siempre participé de ellos, me invitaran o no me invitaran, y nunca me dijeron que no, yo creo que había que meter un bocadillo de enfermería y ellos lo escuchaban perfecto, es más a veces me preguntaban y a veces como que me miraban</i></p>

TEMA	CONTEXTO O ACTOR SOCIAL	CALIFICACION	DICHOS
HABITUS	MEDICO	PASE DE SALA	<p><i>o diciendo lo que hizo, lo que no hizo o aportando sugerencias, pero es mucho lo que enfermería aporta""pero yo siempre estuve en los Pases, y a eso no se le presta importancia, cuando es una actividad que tiene que ver con la interdisciplina, no es que se quiera cubrir el lugar del médico pero si estamos actuando en campos similares, como me voy a perder el Pase"</i></p> <p><i>E 380 a "Claro yo cuando era Jefa de un Servicio siempre fui al lado del Coordinador del Servicio, que no siempre estaba y a veces lo hacíamos solo con el residente, pero yo siempre les exigía a las enfermeras del servicio que en eso nunca se resistieron, en eso era 'subordinación y valor' porque yo era la que tenía toda la información, a veces la que tenía una información riquísima de un determinado paciente era una auxiliar, ellas después empezaron a verse gratificadas con esto y empezaron a ver que se les ofrecía un espacio que les permitía enriquecerse y también aportar, y después si eran capaces de sentarse con el médico, el residente o con cualquiera"</i></p> <p><i>E 382 "No en los médicos es una rutina inalterable, eso es como el ABC tiene que venir una catástrofe para que no esté, es más siempre hay alguno que lo hace, el Pase es Sagrado, el Pase de Servicio es Sagrado para los médicos"</i></p> <p><i>E 384 "A eso si porque son indispensables para tomar decisiones, pero más allá de todo eso son muy enriquecedores y permiten la relación interdisciplinaria"</i></p>
	ENFERME RA/O	PASE DE GUARDIA	<p><i>E 370 "(...)y esp fue una guerra atroz, respetar los horarios de medicación indicados, otra cuestión era, no preparar anticipadamente la medicación porque hay fármacos y al médico de guardia para hacer una receta nueva, había cosas muy jorobadas así como era jorobado que se tratara inadecuadamente a la gente desde lo verbal, pero había de todo, cosas graves, graves....</i></p> <p><i>E 379 c El Pase de Guardia al pie de la cama del paciente, no es que vaya a comentar las cuestiones que al paciente lo inquietan, sino que se evalúa el estado del paciente, se aprovecha para hablar con la persona, observar venopunturas, canalizaciones para retirarse tranquilo y que el otro reciba con toda la información, y esto no lo querían hacer nunca, y en cambio de eso en el office: '206, cama 6? Y lo único que se hacía era leer el parte médico, por ejemplo es un parto prematuro con medicación, ?aborto en curso', esos son los Pases que se hacen, y apenas lo que yo lograba era donar mis minutos cuando ingresaba el otro turno y que alguna dijera 'andá vos', como diciendo 'andá vos a escuchar a esta loca' yo salía 6,30 y 6,45 lo pasaba, pero lo pasaba por una responsabilidad profesional y la garantía de incluso poder decir 'no, no es cierto por más que después me imputen algo y además por la satisfacción de ver el trabajo hecho, concluido, parcial por cierto pero es el resultado de haber trabajado ocho horas, porque yo no trabajo sobre una sonda sino por el bienestar de un paciente, entonces si está aliviado eso es lo que voy a ver, es como armar la torta y después no verla cuando la sacás del horno, es como dejar la cosa inconcluso, más allá de que es parcial"</i></p> <p><i>E 392 d "Y esta es la gran ausencia, se trabaja sobre diagnóstico médico, preparan la medicación y medican y allí se le acabó la historia, la anamnesis no existe, lo único que suelen hacer es valoración física, signos vitales para llenar el casillero y en algunos casos, con suerte temperatura y tensión arterial a veces test con pulso y nunca frecuencia respiratoria, parecería que las personas no respiraran, no relacionan con la medicación ni la situación y la persona a lo mejor no solamente se lo trasladó, enjuague de enema. No hablemos de placa de torax no se consigna de donde viene el paciente ni como</i></p>

TEMA	CONTEXTO O ACTOR SOCIAL	CALIFICACION	DICHOS
HABITUS	ENFERME RAJO	PASE DE GUARDIA	<p><i>Estab, terminó la visita, a lo mejor estaban hablando de la gravedad del chico que tienen en neonatología y lo van a ver (habla por teléfono), de qué te estaba hablando?</i></p> <p><i>E 393 Si tampoco se relaciona con la situación, no se fijan si está sentado o acostado si acaba de bañarse, si está en la cama y está dolorido, puede estar hipotenso o hipertenso según las características, no hay ninguna relación....</i></p>
		SUPLIR	<p><i>E 11 "aparte la enfermería aborda tantas cosas, tiene tantas demandas, tantas cosas que le compete y tantas que no y a veces tantas que le compete pero no la hace"</i></p> <p><i>E15b"...por ejemplo el año pasado enfermería es la que se encargaba a la noche del lactario, bueno capaz que esto es una tontera pero, acá lactario está centralizado, es un servicio, y enfermería se tenía que ocupar de eso y no teníamos personal y esa tarea como se reitera cada tres horas demandaba toda la noche, como esa que era una tarea que no nos compete y la estábamos haciendo, hay una cuantas"</i></p> <p><i>E 39 c "En atención primaria... yo trabajé un año en atención primaria, que yo salí con todas las expectativas y me fije voy a hacer educación para la salud, voy a salir a la comunidad... y no podés salir...La demanda que tiene la enfermería en atención primaria...es imposible..."</i></p> <p><i>E 40 b "además te otorgan tareas que no son de tu incumbencia"</i></p> <p><i>E 41 "Dar turnos, tareas administrativas, la parte de esterilización, que acá por ejemplo tiene un equipo técnico (hacen un curso creo que de un año), o la parte de Farmacia"</i></p> <p><i>E 112 b " y lleva a que la enfermera termina haciendo de todo... si no hay camillero termina llevando la camilla, no funciona guardarropa, termina contando la ropa o llevándola a lavandería, cuando en realidad le correspondería a lavadero, ropería, según la organización de la Institución, pero es un millón de cosas...de repente según si el personal de limpieza agrega cloro al detergente produciendo gas tóxico, hay que explicarles, entonces tenés que formar personal de limpieza, ordenar y organizar todo lo referente a mantenimiento, ropería, farmacia. Cocina...Peleando para que se hagan las cosas, formando farmacia, ropería...son muchas cosas."</i></p> <p><i>E 300 a "No, porque vos tenés una atención primaria inmediata que son los primeros auxilios, en cada situación se deslinda de acuerdo a la prioridad, en un caso de emergencia si no hay otro puede intubar, porque tengo los conceptos de intubación y tengo que estar preparado para saber como yo visualizo que ese tubo va ir directamente a la parte respiratoria y no a la estomacal ¿no?"</i></p> <p><i>E 300 e "en algunos lugares se administran algunos medicamentos como calmantes pero eso si hay consenso entre los médicos, porque que pasa, si yo hago una medicación y el médico se niega a firmarla la responsable soy yo, por eso si a mi me dan una indicación por teléfono no lo hago"</i></p> <p><i>E 318 b "yo me manejo con una especie de acuerdo con los médicos, a veces se realizan prácticas de urgencia que no son explicitamente de la incumbencia de la enfermería"</i></p> <p><i>E 326 b "incluso cuando no estaban (los residentes) lo que ellos hacen lo hacíamos nosotras, cuando no estaban, ahora quedó una sola residente y a veces le dan otras tareas pero sino trabajamos muy juntos"</i></p> <p><i>E 327 a "Cuestiones que tienen que ver con el cuidado, por ejemplo intervenir cuando hay dolor..."</i></p>

TEMA	CONTEXTO O ACTOR SOCIAL	CALIFICACION	DICHOS
HABITUS	ENFERME RA/O	SUPLIR	<p><i>E 364 b "ahora empezé la cuestión de que porque sos enfermera y vas a para a cualquier lado, sabemos que cada uno tiene un grado de afinidad, y además si uno se ha formado más en algo es porque te ha interesado"</i></p> <p><i>E 389 b "y de hecho son ellas (nutricionistas) las que tienen que saber, tolerancia, preferencia, pero tampoco lo hacen,, a veces la enfermera les dice 'fulano no come', es una cosa muy compleja"</i></p>
	PROFESIONALES NO ENFERMEROS	VISITA Y DERIVACION	<p><i>E 21 "Reglamentariamente es el médico (quien deriva) pero la detecta la enfermera" (...) "pero la autoridad para derivar es del médico, aunque 'por atrás' trabajamos ehm...porque, se trabaja bien con Servicio Social, con Psicología, ¿viste? porque siempre tenemos al médico 'hegemónico' que en todas las profesiones...Le pasa a Psicología y a Servicio Social, entonces es como que bueno siempre nos manejamos así pero, la derivación la hace el médico"</i></p> <p><i>E76(...) "la relación con los obstetras es muy difícil"</i></p> <p><i>E 77" (...)era muy difícil sacarlos de la cama para que fueran a controlar...era toda una historia"</i></p> <p><i>E105" (...)entonces yo dije no voy a preparar este citostático porque no hay como prepararlo adecuadamente, no hay flujo laminar, bueno faltaban toda una tecnología específica como para poder realizarlo sin riesgos, y mecontestaron que si no lo administraba estaba haciendo abandono de paciente,, así que estaba en el conflicto entre la iatrogenia y el abandono de persona y nadie te cubre...</i></p> <p><i>E106 Yo exigí que se consultara a los padres si estaban de acuerdo en que realizara la práctica en estas condiciones; ya habíamos tenido un problema por la muerte de un bebé en Neonatología...Yo personalmente conozco la Enfermera y es una Enfermera de diez... el error seguro que no fue de ella, ahora que pasó, no se sabe...y creo que no se va a saber nunca.</i></p> <p><i>E 261 b "pero ahora no a menos que el kinesiólogo escriba algo que nosotras tengamos que llevar a cabo"</i></p> <p><i>E 259 el médico por ejemplo hace un cambio y lo dice oralmente y no lo quiere escribir también...y ahí la enfermera tiene que poderse firme.</i></p> <p><i>E 277 b "De hecho si viene la Terapeuta ocupacional, y después de que habló con el médico dice 'este chico tiene que apretar la pelotita', ella se va, el médico también y el chico alguien le tiene que hacer apretar la pelotita"</i></p> <p><i>E 299 "porque si yo me doy cuenta que un paciente necesita la kinesióloga puedo sugerir...pero legalmente el coordinador es el médico"</i></p> <p><i>E 301 No nosotras sugerimos porque legalmente el que deriva o solicita es el médico."</i></p> <p><i>E 302 No ahí derivamos directamente a la Trabajadora Social.</i></p> <p><i>E 327 "" (...) yo llamo a la Asistente social, también necesitan atención psicológica y los llamo...."</i></p> <p><i>E 321 "Con los médicos con la nutricionista, si veo que hay algún problema derivó a la Psicóloga o la Asistente Social"</i></p> <p><i>E 385a "Nosotros cuando teníamos pacientes que recibían atención psicológica, y otra de las cuestiones que yo veía era que las psicólogas no intervenían si no era por pedido médico, como que necesitan que otros las habilite para, no pasaban espontáneamente, es más cuando yo llevaba una interconsulta, que yo hinchaba bastante con las psicólogas en el caso de pacientes de alto riesgo obstétrico, con graves problemas, el que no estaba por perder el chico, corría el riesgo de ser malformado, bueno, ellas siempre lo que me preguntaban era ¿el paciente está de acuerdo? ¿lo sabe el médico de obstetricia?"</i></p> <p><i>E 389 "Tampoco, con las nutricionistas a lo mejor hablan algo, pero tampoco se hacen allí un espacio en Consultorio Externo, pero en las Salas pasan y levantan la indicación del médico, tiene una dieta liviana con pollo, ni siquiera se acercan a la cama del paciente y de hecho son ellas las que tienen que saber, tolerancia, preferencia, pero tampoco lo hacen, a veces la enfermera les dice 'fulano no come' es una cosa muy compleja.</i></p>

TEMA	CONTEXTO SOCIAL/ ACTOR SOCIAL	CALIFICACION	DICHOS
LUGAR ASIGNADO Y ASUMIDO	CONTEXTO SOCIAL	MARGINALIDAD	<p><i>E344 b "...estos antecedentes históricos que te daba anteriormente creo que no hacen referencia al país, la Argentina es muy reciente, se refiere a otras épocas en Europa en donde se daba a las prostitutas la función de cuidara este tipo de personas y muchas veces quedan marcas y hace falta cambiar esa imagen y mostrar que somos diferentes;"</i></p> <p><i>E352 "A los Hospitales Públicos... en algunos Hospitales Públicos hemos tenido inconvenientes en diferentes etapas de nuestra historia, con esto de que no sólo hacemos sino que pensamos, al equipo de salud le molesta que pensemos"</i></p>
		SERVILIDAD	<p><i>E 65 "no, en la actualidad no creo, en Córdoba creo que fue el último y lo cerraron creo que el '78"</i></p> <p><i>E 132 "...los médicos piensan que somos para - médicos"</i></p> <p><i>E 133b "...me acuerdo una vez que venia un traumatólogo y me dijo: A Ud. no le enseñaron que tiene que atender al médico? Y yo le contesté: No!, a mi me enseñaron que tengo que atender al paciente...y es un poco así como que bueno... la alfombra roja y pase..."</i></p> <p><i>E 255b "...aunque antes el médico estaba ...digamos a nivel de JEFE. Nosotras los llamábamos FEUDOS, pero esos médicos defendían al personal... no permitían que se los toque, y por ende enfermería respondía a eso...Si alguien decía que necesitaban una enfermera para cubrir otro sector no lo permitían e incluso los médicos de otro sector no se metían, y siempre respetaban lo que decían los encargados de enfermeros de Sala..."</i></p> <p><i>"E 290 b"...se crea esta figura hegemónica después por eso nuestras señoritas que se crean para el Señor"</i></p>
		INOFENSION	<p><i>E 86 "...no te olvides que enfermería no desapareció porque no dábamos la impresión de ser una actividad peligrosa, de todos modos tuvimos una compañera desaparecida, ella trabajaba en una clínica y nunca más..."</i></p>
		SUBORDINACION	<p><i>E 93 "Bueno ellos lo ven como una síntesis de la medicina como si le hablaran a un pequeño médico, que lógicamente en tres años no abarca todos los conocimientos de la medicina"</i></p> <p><i>E 208 "Antes de que empezara todo este movimiento había un Director que era el Dr. César, después no sé...él era muy responsable, solía pasar a las tres de la mañana a ver que pasaba, yo me he enterado, me contaron que una noche vino y se encontró a dos enfermeras muy sentadas jugando a las cartas y la que era nombrada por el Ministerio la suspendió y la que era de Cooperadora la hizo echar"</i></p> <p><i>E 279 e "¿Por qué no se asume estas tres funciones y suele asumirse más la dependiente? Porque por historia, la enfermería ha sido desde cierta época, auxiliar de la medicina, hasta ser profesional, cuando tiene una formación propia con conocimientos específicos de la enfermería; que marca el nacimiento de la enfermería, formación encarada por enfermeras."</i></p>

TEMA	CONTEXTO SOCIAL/ ACTOR SOCIAL	CALIFICACION	DICHOS
LUGAR ASIGNADO Y ASUMIDO	CONTEXTO SOCIAL	SUBORDINACION	<p><i>E 289 c " (...)se dá una relación muy especial y por eso en la historia aparece y reaparece 'amante del médico'</i></p> <p><i>E 294 "Seguro... hay trabas, tanto que nuestra ley que acaba de ser reglamentada en la provincia; donde se especificaba en un artículo donde las enfermeras podíamos dirigir y conducir instituciones, y justo ese artículo se sacó... ellos tienen muy claro que la enfermera puede hacer docencia, puede hacer investigación, pero no dirección...Eso ideológicamente te marca una manera de ver que todavía hay que cambiar, yo creo que hay que cambiar..."</i></p> <p><i>E 354 "El médico...Cuando el paciente presenta la histerectomía, ella hace la demanda judicial y entonces van a buscar la historia clínica y el único informe que encuentran coincidente con lo que había pasado es el de una estudiante de enfermería de esta Facultad. Según los médicos el paciente estaba bien y para darse de alta"</i></p> <p><i>E 356 "Aparentemente no pasó esto; en definitiva a partir de esto se acotó un poco nuestro campo de acción porque causó prurito esto. Después de esto, no nos dejaban tocar a las púerperas, y todo esto tiene que ver con nuestra historia, en donde no sólo hacemos sino que tenemos conocimiento de lo que estamos haciendo, estas cosas han pasado muchas veces en los Hospitales"</i></p>
	ENFERMERA/O	MARGINALIDAD	<p><i>E 33 "Nosotros mismos queremos dignificar la profesión... nos tiramos bien abajo. Si a lo mejor nos pasamos días discutiendo sobre eso...¿Cómo dignificar la profesión?, es un problema de nosotros..."</i></p> <p><i>E 34 a "Porque nos sentimos...Yo creo que hay enfermeras que se sienten subestimadas..., no sé no encuentro la palabra...tienen miedo a que no las reconozcan pero esto también es..."</i></p> <p><i>E 102 "La prostitución está..."</i></p> <p><i>E 264 b, d " (...) ¿Qué un hijo mío no vaya a estudiar enfermería! Eso es lo que dicen algunas enfermeras...eso por un lado y por otro lado, las mismas enfermeras somos las que no dignificamos la profesión, por ejemplo cuando decimos 'No, no me voy a juntar con los otros profesionales'. (...) Ahora yo vi como trabajan allí, hicimos una fiesta de despedida con los viejos y el grupo de enfermería estaba aislado; estaba la kinesióloga, la de alimentación, los de limpieza, los viejos; estábamos nosotros y enfermería estaba en el Office:...que querés que te diga...Es como que el espacio está pero si no lo aprovechás... porque a lo mejor la misma gente de enfermería no se dá cuenta de la importancia que tiene la enfermería"</i></p> <p><i>E 265 "Yo creo que es por varias cosas...por el reconocimiento social; por la falta de incentivos de la gente que dirige enfermería...Por ejemplo: En las Jornadas de Salud Mental, con una colega de acá presentamos un trabajo...era un trabajo de la enfermería desde la perspectiva transpersonal, no hablábamos de ninguna técnica sólo de las relaciones con la madre internado; cómo habíamos intervenido con ella, cómo habíamos logrado que se integrara con las madres del resto de la Sala y a la presentación de ese trabajo fueron tres enfermeras nada más; el resto fue a ver 'Signos clínicos del mal trato'"</i></p> <p><i>E 387 a b "Porque creo que es más complejo, creo que cuando uno se desliga cada vez más de la conceptualización o de la teorización para después encarar la práctica el ir a un lugar donde se está haciendo un trabajo abstracto, poder entenderlo y llevar el hilo de la cuestión se pierde, pero la verdad es que la mayoría de las enfermeras, no lee los diarios, no sabe, no hablan de economía ni de política, (a) los alumnos no tratan de hablar de esas"</i></p>

TEMA	CONTEXTO SOCIAL/ ACTOR SOCIAL	CALIFICACION	DICHOS
LUGAR ASIGNADO Y ASUMIDO	ENFERME RA/O	MARGINALIDAD	<p><i>Cosas, no saben la diferencia entre conceptualizar y definir, entre desarrollar un tema y explicar, en otras carreras son fácilmente expulsados y aquí permanecen por que la Carrera les admite que vayan así, chuecos, rengos, en otras le dirian 'mira Ud. o acomoda esto o su futuro acá es un semestre'</i></p> <p><i>E 388 "Vos cuando entrás en una Sala lo que observás es a las enfermeras todas acantonadas en el office, todas en el office de enfermería, todas en el office de alimentación, todas juntas; a lo mejor pasa un médico y hablan algo pero es informal y a lo mejor tiene que ver con la comida, con la temperatura, pero, de trabajo? De la tarea conjunta No!"</i></p>
		SERVILIDAD	<p><i>E 35 c "...tenemos miedo a decir que no. Y el miedo a no ser dignificado...y a lo mejor si vos decís que no a muchas cosas, serías más reconocido</i></p> <p><i>E 289 F "(...)cuando el baño implica reconfortarlo y es parte del cuidado y todavía hay enfermeras que no tienen ese grado de independencia y lo hacen para el médico"</i></p> <p><i>E 305 b "Yo veo al poder desde distintas variantes, lo que se ve a veces que tapa las situaciones de importunar al médico, están en la Guardia o están comiendo, hay una consulta, cinco, seis consultas, están esperando y el personal de enfermería entre importunar o hacer esperar al necesitado... tapa la situación. Esa relación de poder, hace que se siga sosteniendo a ese Sr. Hegemónico que es una realidad concreta, a veces se encuentran haciendo otras cosas y no las que corresponde a su actividad específica por las que el pueblo les paga, cuando vos vas al Estado y ves que esto sucede a mi me parece que hay un poder anárquico, hegemónico, conductista que no sirve para transformar"</i></p>
		INOFENSION	<p><i>E 105 "...cuando salen normas de bioseguridad uno tenía un referente, pero no se cumplían dentro de la Institución...entonces yo dije 'no voy a hacer este citostático porque no hay como prepararlo adecuadamente, no hay flujo laminar?, bueno faltaba toda una tecnología específica como para poder realizarlo sin riesgos... y me contestaron que si no lo administraba estaba haciendo abandono de paciente así que estaba en el conflicto entre la iatrogenia y el abandono de persona y nadie te cubre..."</i></p> <p><i>E 106 b "...yo personalmente conozco la enfermera y es una enfermera de diez...el error seguro que no fue de ella...ahora que pasó, no se sabe... y creo que no se va a saber nunca"</i></p> <p><i>E 308 "Hoy no me acuerdo, pero fue secuestrada en la puerta del Hospital Regional. Yo me acuerdo cómo la levantaron, iba a la práctica... en algún momento cuando hace unos años nosotros hablábamos de desaparecidos y pusimos los nombres..."</i></p> <p><i>E 374 , d, f (...) yo creo que tiene que ver que es gente que está muy insegura, tiene mucho miedo, mucha inseguridad, problemas de autoestima, miedo a que el grupo la pueda expulsar o la pueda encontrar diferente, y porque también cuenado uno se para de alguna manera diferente frente a estas cosas uno también se expone, hay temor a exponerse"</i></p> <p><i>E 395 a "Cuando nació mi hijo más chico yo pedí turno de noche para no tener que mandarlo a una guardería y mi experiencia a la noche es que estás solo, solo vos y tu alma, el personal siempre es más reducido cuando es turno de noche, los médicos en general son menos, los médicos de planta y los</i></p>

TEMA	CONTEXTO SOCIAL/ ACTOR SOCIAL	CALIFICACION	DICHOS
LUGAR ASIGNADO Y ASUMIDO	ENFERME RA/O	INOFENSION	<i>médicos de guardia como en general son menos y están doble turno y de dos a tres horas están en el quirófano de partos en guardia a veces están descansando, los supervisores son uno o dos para todo el Hospital, entonces es una sensación de abandono y bueno muchos hacen corte en las habitaciones aunque la responsabilidad caiga sobre ellos"</i>
		SUBORDINA- CION	<p><i>E35"(...) y por otra parte porque en la práctica por ahí no tenemos gente con fuerza...no sé si es la palabra, tampoco accedemos a lugares o puestos, tenemos miedo a decir que no. Y el miedo a no ser dignificado... y a lo mejor si vos decís que no a muchas cosas, serías más reconocido"</i></p> <p><i>E 79 "No, yo pienso que tiene que ver con la concentración de médicos que haya, Acá están muy concentrados los médicos al igual que en todas las ciudades. Pero no sé que pasa en las fronteras."</i></p> <p><i>E 138 a "Yo pienso que la enfermería tiene que afianzar el área independiente, dentro del ámbito institucional queda muy limitada...esto incluso les pasa a las terapistas ocupacionales, porque si no tienen la prescripción y aceptación del médico ellos no pueden hacer nada, y eso no puede ser así... porque entonces qué profesión es esa?, Pero todas no piensan así, algunas compañeras observan que muchas profesiones dependen del diagnóstico médico..."</i></p> <p><i>E 383 " Bueno eso tiene algo que yo veo mal también porque a veces, porque el médico venga a las siete y yo tengo un paciente que se siente mal en lugar de aplicarle un analgésico...bueno eso también es una forma de entender las cosas que no es la adecuada, porque no es así"</i></p> <p><i>E 396 b "...no existen los daños que se pueden ocasionar y los deberes tampoco se perciben, yo doy Deontología y es como que despierto, es como algo iniciático, como que despiertan a la Verdad. Yo creo que tiene que ver, porque la Ley reconoce a la enfermería como profesión autónoma pero el ser autónoma, lo cual te permite no depender de otras profesiones, no te libera de la responsabilidad, y bueno si, no se quiere asumir"</i></p>
IDENTIDAD	ENFERME RA/O	ABNEGACION CARIDAD HEROISMO ALTRUISMO	<p><i>E 150 "No, se consideraba como Cruz Roja Internacional... y que ... a veces mandaban egresado a países en guerra"</i></p> <p><i>E 151 "Claro, guerras y catástrofes... por eso era la formación que nos daban" E 154 b"...a nosotras la formación que nos daban era para cirugías también; podíamos realizar operaciones sencillas, para poder actuar directamente en el campo de batalla..."</i></p> <p><i>E 196 b "...pero nosotros como una gran familia también"</i></p> <p><i>E 197 "Somos solidarios con situaciones que se presentan, problemas por ejemplo de enfermedad de alguien del personal o algún familiar, todos en general, nos ha pasado con una señora que se le voló la casa con el temporal y acá enseguida se empezó a organizar todo para atender su problema, se le empezó a mandar leche, y las cosas que necesitaba"</i></p> <p><i>E 198 "Cuando nos enteramos que era enfermero, porque el nuestro es un grupo muy solidario"</i></p> <p><i>E 248 b "...por ejemplo yo en la época que estuve en CERENIL, que eran como 50 alumnos y hay gente trabajando, de esos unos 20 están trabajando y uno nota su dedicación; que no están mirando si les corresponde o no les corresponde hacer una cosa u otra, bueno dispuestos al esfuerzo"</i></p>

TEMA	CONTEXTO SOCIAL/ ACTOR SOCIAL	CALIFICACION	DICHOS
IDENTIDAD	ENFERMERA/O	ABNEGACION CARIDAD HEROISMO ALTRUISMO	<p><i>E 283 a b "Si hablamos de la época moderna que es cuando la enfermera tendría su origen, es cierto que la enfermería tiene antecedentes en aquella que cuida; primero en un rol maternal, luego un rol religioso y después un rol laboral, primero es maternal porque su primer instinto es cuidar, responde al género como mujer, y esto se pasa a la persona mayor que en las tribus es la que mejor cuida, primero el rol maternal, después el religioso y cuando empieza el laboral es cuando comienzan las primeras leyes con la revolución industrial, pasando a ser asalariada"...pero en Argentina la hasta principios de siglo lo hacían las damas de caridad" E 285 b "...la Terapia Ocupacional, Servicio Social, las tres tenemos el mismo origen más Trabajo Social que enfermería; en donde las primeras damas muy adineradas de Roma, por ejemplo Fabiola que era una matrona romana se dedicaba fundamentalmente a ir a las casas a visitar a los enfermos y después puso en palacio para atender a esa gente; que desde el Hospedaje son los primeros conceptos de Hospital"</i></p> <p><i>E 288 "Las mujeres del Virreinato se destacaron, eran las Patricias, nosotros tenemos una patricia que la llaman la Coronela que ayudó a Belgrano en su campaña...Camila Rolón...Lo que hay es como una línea de monjes que se dedican a cuidar, así como es la historia, donde hay gente que vos sabés por ejemplo la película San Agustín, que cedió todas sus riquezas para el cuidado de sus paciente, porque parece que los enfermos y los pobres han sido objeto de cuidado de la gente poderosa, porque parece que la gente estaba cansada de las cosas superficiales, como que salen de lo superficial cuidando enfermos y pobres, es como que se curan es como que uno pasa a ser mejor persona. Es como que van abandonando sus placeres, dejan sus palacios y se ponen las sandalias y túnicas apenas sostenidas por un cinturón que no necesitan elementos accesorios que libremente se manejen por el mundo ayudando almas, curando heridas de lo más deterioradas, lo que fue la época de la peste, parece que tiene una gran atracción... como que esa gente tan rica y tan culta deja todo, y es muy interesante estudiarlo ¿qué pasa que esta gente ha dejado todo por eso?...así como tenés los Caballeros Teutónicos que iban a la guerra con una gran Cruz en el pecho cuyas aristas significaban abnegación, solidaridad, altruismo...hay hombre y mujeres, están entre la abnegación y lo heroico...los hombre están más ligados al Chamán.. por ejemplo en Corrientes hay un Terusuyac ...como el primer enfermero guaraní, los mapuches tienen también sus curadores..."</i></p> <p><i>E341 d "a medida que fui conociendo las materias me día cuenta que desde que nací mi vocación fue siempre cuidar a los demás, trabajé mucho en grupos parroquiales, cosa que me fueron orientando a decir, bueno quiero ayudar a los demás. Y cuando me metí en esto es como que me re - gustó, si yo ahora tuviera que replantearme para elegir una carrera y no...elegiría esta carrera, con la ventaja de conocerla previamente</i></p> <p><i>.E 343 d " lo que se planteaba anteriormente sobre el estudio de la enfermería hubo algo que a mi me quedó muy claro y que tal vez algunas de mis colegas te lo han nombrado es la figura de Florence Nightingale como la madre de la enfermería y que por ella festejamos el 12 de mayo el día de la Enfermera, para mí ella es un referente porque ella revirtió muchos conceptos de la enfermería, creó muchos principios que aunque uno No lo crea aún hoy siguen vigentes: el lavado de manos, el cuidado del otro, el ver a la enfermería desde un enfoque de ayudar, acompañar, vocación de servicio, aunque yo no estoy muy de acuerdo con el concepto de 'servicio' yo creo que la enfermería es una profesión y no pasa solamente por la vocación de servicio, pasa por otros principios que a uno lo motivan a hacer</i></p> <p><i>E 351 e "...esa es otra cosa, si Uds. están haciendo un plan de antibióticos y no hay, suspenden el plan hasta que llegue una nueva medicación; esas son cosas que pasan en el Hospital Público, que uno no puede salir a decir esto para evitar la angustia y el miedo; y a veces se delega en el paciente la responsabilidad que no es de él...el paciente no tiene que enterarse de estas cosas, si un medicamento se terminó o se dejó de terminar.</i></p>

TEMA	CONTEXTO SOCIAL/ ACTOR SOCIAL	CALIFICACION	DICHOS
IDENTIDAD	ENFERME RA/O	<p>ABNEGACION CARIDAD HEROISMO ALTRUISMO</p>	<p><i>Soy yo la responsable de brindar el mejor servicio sin que el paciente se vea afectado, porque encima de encontrarse enfermo se ve con la responsabilidad de tener que asumir un gasto que a veces les es imposible, o que por ese motivo no le están dando el tratamiento que le corresponde y eso ocurre..."E 362 a b "No, dentro de nuestros principios éticos está el hecho de defender los derechos del paciente, apoyadas por principios éticos, lo que es la justicia, la confidencialidad, lo que es la autonomía, son los principios éticos de nuestra profesión"</i></p>
		<p>URGENCIA TIEMPO</p>	<p><i>E1b "Hubo una charla en la escuela secundaria, nos proyectaron un video y a partir de él me atrapó la urgencia. E4a No sé si son más difíciles (las prácticas de urgencia) los alumnos quieren hacer eso. E39c(...) no tenés tiempo de ir a ver como está la señora de al lado. Eso de salir a la comunidad! E 160 "No, pacientes desde que yo estoy aquí siempre hubo muchos, tanto en la Sala de Clínica porque este Hospital después se transformó en Materno Infantil, y la Sala de Pediatría era un desborde....Yo la parte de práctica vi como se trabajaba en la parte de clínica médica y cuando entré a trabajar acá me tentó pediatría a la noche...eran muchísimos..." E 268 b "...yo sabía instrumentar un poquito porque cuando era estudiante me había encantado todo lo que era cruento E 269 b "...yo siempre trabajaba en terapia, cuando llegué la mayoría de los pacientes estaba jodido, con respiradores...muy entregados, muy tecnologizados... como la relación enfermera - paciente no era lo que más me preocupaba" E 317 "Si ...antes de recibirme ya estaba trabajando en la Clínica Central, era privada." E 322 c "Nosotras nos manejamos teóricamente desde el PAE, aunque en realidad es muy difícil implementarlo, nunca tenemos mucho tiempo como para poder formalizarlo y además es difícil implementar cambios" E 341 b "Si voy a empezar algo que tal vez voy a dejar, prefiero empezar algo corto, me fijo a ver que me pasa con el concepto que te da lo corto que lo pensás más rápido" E348d"(...)uno tiene que ser lo más creativo y mantener el perfil profesional aunque no tengas los recursos uno tiene que actuar como si fuera una especie de Mc Giver y ver formas alternativas de hacer por ejemplo si no tenemos guantes estériles, bueno podemos tratar con un paquete de curación estéril, me hago un buen lavado de manos y uso un paquete estéril E 364 d "Yo era instrumentadora e ingresé a la enfermería" E 367 b "...había trabajado en terapia intensiva, me interesaba terapia intensiva...."</i></p>
		<p>SILENCIO SUFRIMIENTO</p>	<p><i>E 52 b d "y en este momento se nota aquí tanta demanda de la gente...ves a las enfermeras con tantos problemas psicológicos que pensé voy a ver si hago algo, entonces empecé(a estudiar psicología)" E 53 "Yo lo que tengo pensado es que si me llego a recibir de psicóloga, trabajar en esta Institución organizando terapias grupales con los distintos grupos del servicio, porque notás que están deprimidos, cansados, sin ganas... no sé que pasa..." E 54 "Una vez tuvimos, yo trabajaba en neonatología... que tuvimos ese problema, que murieron esos chiquitos, armaron terapia de grupo con la psicóloga; terminamos todos peleados" E 55b la gente de la noche acá hace meses nos pidió por favor que se organizara 'terapia de grupo', hablamos con la psicóloga E57No lo único que funciona aquí, en oncología son los grupos de terapia grupal.</i></p>

TEMA	CONTEXTO O ACTOR SOCIAL	CALIFICACION	DICHOS
IDENTIDAD	ENFERMERA/O	SILENCIO SUFRIMIENTO	<p><i>E 199 "Si, hay una socióloga, ella colaboró mucho con nosotros cuando se dan problemas porque la actividad nuestra es muy stresante y a veces hay cincuenta personas trabajando en un área, entonces hay muchas discusiones y a veces peleas, en un momento dado se trabajó con grupos de reflexión y vinieron psicólogos y sociólogos y se hicieron..."</i></p> <p><i>E202" No se entendió, había muchos conflictos, por ejemplo personas que no llegan a horario...que llegaban tarde y por ahí se peleaban en el grupo.</i></p> <p><i>E 203 "Sabe que pasa, que uno está viviendo muchas cosas y además la muerte está ahí, a flor de piel...Es muy stresante al situación, la patología que se vive, personas de diferentes características... el exceso de trabajo, entonces se desborda... y claro...hay que ver que la muerte está ahí..."</i></p> <p><i>E 204 "Noo!... Yo creo que pese a los problemas económicas y sociales tanto del personal como del público es como que está un poco más calmo, lo que pasa es que es tanto el exceso de trabajo...que se siente... porque hay mucho trabajo y de repente a un chico que lo mandan de alta y a la semana vuelve y ahí uno sabe que el problema pasa o porque no tiene condiciones en la casa de calefacción o falta alimentación adecuada y eso resiente..." calefacción o falta alimentación adecuada y eso resiente..."</i></p> <p><i>E 250 b (en relación a los médicos) "cosa que a nosotros nos pone re - mal porque le hacen vivir al paciente situaciones que no tiene porque vivir, más cuando el paciente está delicado... no quiere asumir nadie..."</i></p> <p><i>E 251 b "no sé, será que yo siempre tomé otra actitud y cuando por ahí me cambiaban o estaba haciendo algún trabajo que no me correspondía por ahí me enojaba para adentro pero por adentro pensaba 'es un paciente, el paciente no tiene porque pagar que yo esté enojada, que la enfermera que me releva no haya venido no es culpa de él', me hacía el planteo ¿me entiende? Es como que no se plantean que uno tiene que estar ahí, ante la necesidad"</i></p> <p><i>E 267b "...Por eso nosotros le hablamos tanto a los estudiantes, el tipo que es estudiante y es jodido...depués con todo lo que significa la presión institucional...el sufrimiento, el dolor, la muerte, las broncas, las cosas no dichas...se transforma en más jodido...si vos no sos jodido te volvé en la actividad profesional, es terrible..."</i></p> <p><i>E 327 c "yo me acuerdo que cuando empezamos tanto los médicos como los demás estábamos vitales ahora se nota decaimiento, hubo un momento en que trajeron una Psicóloga Institucional, le costó trabajo pero empezó a armar los grupos pero después con el problema con PAMI eso se recortó, fue una pena."</i></p> <p><i>E 329 "Hay...sí...lo peor de todo es la vuelta de los transplantados...nosotros en este momento estamos recibiendo a los que ya fueron transplantados porque el servicio lleva 15 años y estamos en la curva pico, y eso es muy difícil de manejar."</i></p> <p><i>E 362 f, g "a veces muere un paciente y por el vinculo que establecen sienten que se les muere a ellos, porque uno es humano y uno crea un vinculo, la teoría es la teoría, pero cuando uno llega y se encuentra que la cama está vacía y le dicen que se murió y de repente no se fijan a quien se lo están diciendo. (f) De repente las enfermeras no tenemos espacio suficiente como para hablar de todo esto, espacios como para poder sacar la angustia que nos provoca el trabajar con la muerte, yo creo que a partir de la experiencia uno adquiere mecanismos a través de los cuales puede salir de esto, durante una época yo trabajé en cuidados intensivos y llega un momento que me plantié "</i></p>

TEMA	CONTEXTO O ACTOR SOCIAL	CALIFICACION	DICHOS
IDENTIDAD	ENFERMERA/O	SILENCIO SUFRIMIENTO	<p><i>"todo lo que hago y se mueren...."</i></p> <p>E 374 g "y de esta situación uno puede salir realmente dañado, sino está seguro de lo que está haciendo y a dónde va..."</p>
SECULARIZACION	RELIGIOSAS	CONTROL DERIVACION	<p>E 96 "Yo no he trabajado así, pero sí sé que ellas eran las dueñas de las llaves y te daban las cosas a cuenta gotas. Porque eso nos cuentan nuestras compañeras"</p> <p>E 97 "En Balcarce la Jefa es una religiosa"</p> <p>E 98 "Ellas no trabajan, están a nivel de Jefatura"</p> <p>E 101 "Marie Collière lo menciona, ellas se dedicaban al apoyo espiritual..."</p> <p>E 165 "ellas eran las encargadas de la Sala...ellas se encargaban de todo el equipamiento...todo, la ropade cama hasta incluso manejar el personal"</p> <p>E 166 "Yo, no sé si algunas de ellas conocian nuestra actividad, tal vez uno o dos eran enfermeras, no lo sé, pero como ya estaban tantos años...habia una encargada de cirugía que a veces ayudaba, después estaba la encargada de Farmacia, ayudaban cuando habia mucho trabajo y no hacian las cosas mal, algo sabrian"</p> <p>E 167 "No sé de que orden eran...Cuando yo entré debieron estar tres años...y cuando se da la reestructuración del Hospital ya fueron, porque el departamento donde ellas vivian estaba afectado al funcionamiento del Hospital nuevo, ellas vivian en el primer piso desde que se fundó el Hospital.</p> <p>E 169 "Y controlaban demasiado, a veces por ejemplo una noche... habia un chiquito con problemas respiratorios y vino la médica -era una médica que siempre hacia una ronda a la madrugada-. Era una médica muy exigente para sus pacientes y observó que la sala estaba fría y no habia frazaditas y se enojó, se enojó mucho porque sabía que habia una donación de frazaditas y a los chicos se les estaba haciendo pasar frío porque no las entregaban. Cuidaban tanto las cosas que no se las daban a los pacientes para que se recuperaran mejor..."</p> <p>E 170 "Por los horarios, por ejemplo cuando yo vine a trabajar acá me dijeron: Andá y hablá con tal hermana, y yo vine me presenté y ella me dijo 'vos empezás a trabajar acá a la noche...' y después llamó a otra chica para que me explicara como funcionaba el sector"</p> <p>E 171 "No, estaba el encargado de la Sala y ellas lo que hacian era coordinar los francos, esas cosas, vacaciones"</p> <p>E 172 a "Y pienso que si porque al estar cada una en cada Sala habrán tenido que organizar, cuantas cunitas en cada Sala y todas esas cosas"</p> <p>E 179 "La hermana antes de irse hacia una recorrida y si veía que estaba todo el personal ya se iba"</p> <p>E 184 "Ellas tenian las llaves"</p> <p>E 186 "Creo que cuando esto se fundó (el HIEMI) muchas cosas salieron de donaciones"</p> <p>E189b "y ellas después se tienen que ir porque en las remodelaciones y ya en los nuevos planos no habia un departamento para ellas.</p> <p>E 191 "A mí me parece que sí, porque ellas tenian el poder para tomar empleados y todo. En el caso mio por ejemplo yo vine a averiguar y el Jefe de personal me dijo que no habia vacantes y yo queria trabajar, y entonces él me dijo que viniera a hablar con tal hermana y vine a hablar y ella me dijo 'Bueno... empezás mañana'. Y el dia anterior el Jefe de personal me dijo que no estaban tomando"</p>



TEMA	CONTEXTO O ACTOR SOCIAL	CALIFICACION	DICHOS
SECULARIZACION	RELIGIOSAS	CONTROL DERIVACION	<p>E 192 "No, lo que pasa es que a nosotros, gente como yo la tomaba la cooperadora no lo pagaba el Ministerio"</p> <p>E 193 "No, pasabamos a planta permanente pero a veces pasaban dos o tres años"</p> <p>E 194 "En general eran de familias pudiente (los miembros de la Cooperadora)"</p> <p>E 195 "Y por ejemplo en otra época el Hospital no daba abasto en el verano con los problemas de diarreas y ellos contrataban personal para esas ocasiones se llamaban planes de hidratación, y entonces la Cooperadora se hacía cargo de la gente que se tomaba. Se contrataban durante el verano por la diarrea estival y muchos quedaban"</p> <p>E 286 a b " Si, esa sería la época de la religión...Nosotros en la época de la Edad Media por ejemplo, para la enfermería fue una época oscura con respecto a que el cuidado se daba más sobre el alma que sobre el cuerpo, se dedicaba exclusivamente a eso... pero fijate que no se nota que fueran para médicos, parecería que tuviera incumbencias independientes"</p> <p>E208(...) "Había un Director que era el Dr. César, después no sé... él era muy responsable solía pasar a las tres de la mañana a ver que pasaba, yo me he enterado, me contaron que una noche vino y se encontró a dos enfermeras muy sentadas jugando a las cartas y la que era nombrada por el Ministerio la suspendió y la que era de Cooperadora la hizo echar."</p>
	MEDICO	CONFLICTO	<p>E 169 "Controlaban a veces demasiado, a veces, por ejemplo una noche... había un chiquito con problemas respiratorios y vino una médica (era una médica que siempre hacía una ronda a la madrugada). Era una médica muy exigente para sus pacientes y observó que la Sala estaba fría y no había frazaditas y se enojó, se enojó mucho porque sabía que había una donación de frazaditas y a los chicos se les estaba haciendo pasar frío porque no las entregaban. Cuidaban tanto las cosas que no se las daban a los pacientes para que se recuperaran mejor..."</p> <p>E 208 "Antes de que empezara todo este movimiento había un Director que era el Dr. César, después no sé...él era muy responsable solía pasar a las tres de la mañana a ver que pasaba, yo me he enterado, me contaron que una noche vino y encontró a dos enfermeras muy sentadas jugando a las cartas y la que era nombrada por el Ministerio la suspendió y la que era de Cooperadora la hizo echar"</p>
	ENFERMERO/A	ACEPTACION	<p>E 167 "Yo no sé de que orden eran... Cuando yo entré debieron estar tres años... y cuando se da la reestructuración del Hospital ya fueron, porque el departamento donde ellas vivían estaba afectado al funcionamiento del Hospital nuevo, ellas vivían en el primer piso desde que se fundó el Hospital"</p> <p>E 168 "...ellas tenían sus habitaciones, su cocina, sus cositas y de día atendían a sus sectores y de noche había una encargada, que era la encargada para todo el Hospital"</p> <p>E 189 "Me parece que en el '71 - 72 cuando ya se empieza a hacer todo el movimiento y se traslada el área clínica al otro Hospital (Regional) en lo que era la Sala de Clínica se instala Psiquiatría, y ya ellas después se tienen que ir porque empiezan las remodelaciones y ya en los nuevos planos había un departamento para ellas.</p> <p>" E 208 "Antes de que empezara todo este movimiento había un Director que era el Dr. César, después no sé...él era muy responsable solía pasar a las tres de la mañana a ver que pasaba, yo me he enterado, me contaron que una noche vino y encontró a dos enfermeras muy sentadas jugando a las cartas y la que era nombrada por el Ministerio la suspendió y la que era de Cooperadora la hizo echar"</p>

TEMA	CONTEXTO O ACTOR SOCIAL	CALIFICACION	DICHOS
MEDICALIZACION	MEDICO	AUTORIDAD DERIVACION	<p><i>E 17 b f "algunos médicos no están de acuerdo con esto piensan que una enfermera de 'neo' también tiene que ir a obstetricia y estar preparada para eso, es como que sos enfermera y tenés que saber todo (es mi posición),...Hoy en día acá, en nuestra institución (HIEMI), te dicen... No. la enfermera si está en Pediatría también tiene que servir en Obstetricia. Pero en la parte médica no pasa así, ellos tienen sus especialidades. Lo que pasa es que faltan recursos humanos</i></p> <p><i>E 21 "(la derivación)Reglamentariamente es el médico, pero la detecta la enfermera. Otras veces cuando vemos ciertas cuestiones les sugerimos directamente a la gente que se acerque al Servicio Social o a la Psicóloga y después pedimos la derivación, pero la autoridad para derivar es del médico. Aunque 'por atrás' trabajemos hem...porque, se trabaja bien con Servicio Social, con Psicología, viste? porque siempre tenemos al médico 'hegemónico' que en todas las profesiones..Le pasa a Psicología y a Servicio Social, entonces es como que bueno siempre nos manejamos así pero, la derivación la hace el médico"</i></p> <p><i>E 67 b "pero ellos no iban a las prácticas, no se remangaban"</i></p> <p><i>E 76 b "hay relaciones más difíciles o conflictivas, por ejemplo - yo te hablo en mi experiencia en el HIEMI - la relación con los obstetras es muy difícil"</i></p> <p><i>E 77 "No sé tal vez tuve relaciones con ellos en el turno de la noche, y era muy difícil sacarlos de la cama para que fueran a controlar...era toda una historia"</i></p> <p><i>E 94 "No, las prácticas las hacíamos con las enfermeras, ellos (los docentes médicos) no se remangaban"</i></p> <p><i>E 134 "Porque son muy agresivos, como que 'acá estoy yo', como se paran...físicamente...todo"</i></p> <p><i>E 148 ""Si, en las prácticas nunca estaban los médicos (docentes)</i></p> <p><i>E157 "Y era un tipo de medicina...la medicina de antes, muy estructurada, con respecto a la parte médica la parte de enfermería.."</i></p> <p><i>E 250 a "Tendría que estar más metida para poder opinar, pero en los médicos por ejemplo algunas cosas observo, respecto a lo que le comentaba, lo que era antes y lo que es ahora, por ejemplo viene una internación y 'no, a mí no me toca, porque yo ya intervine, ya miré tantos chicos no quiero atender...y es el peloteo, empieza el peloteo..."</i></p> <p><i>E 251 a "aparte que parecen chicos que se están peleando como chicos, 'que no me corresponde, que esto, que aquello', peor que chicos...Son chicos...chicos grandes (dice riéndose, entre la burla y el pesar)"</i></p> <p><i>E 255 a " Cambió la relación, es una relación más de tipo amistoso, de compañerismo de trabajo: de igual a igual"</i></p> <p><i>E 259 "pero si tenemos problemas que el médico por ejemplo hace un cambio y lo dice verbalmente y no lo quiere escribir también... y ahí la enfermera se tiene que poner firme"</i></p> <p><i>E 260 "Desde un biberón... un chico que estuvo en ayunas y prescribe un biberón, lo tiene que escribir, o una medicación..."</i></p>

TEMA	CONTEXTO O ACTOR SOCIAL	CALIFICACION	DICHOS
MEDICALIZACION	MEDICO	AUTORIDAD DERIVACION	<p><i>E 276 b "porque el médico indica 'consulte con el psicólogo' y entonces surgen una serie de inconvenientes 'veni a verlo', 'ahora no puedo', 'mirá que la madre lo maltrata',...'Bueno ahora voy' y después el médico 'vino la psicóloga?'. 'Si 'U qué dijo?', 'No, yo no estuve en la entrevista; pero se fue con cara medio preocupada', 'Bueno', y así van y vienen, van y vienen, pero no es sólo eso tenés muchas cosas; porque el problema es que no está coordinado lo demás no hay reuniones de equipo"</i></p> <p><i>E 299 "La verdad...para mí en el equipo de salud es la que atraviesa permanentemente todos estos campos, la que integra la atención, porque si yo me doy cuenta que un paciente necesita la kinesióloga puedo sugerir, trabajar con el otro en interconsulta, pero legalmente el coordinador del equipo de salud es el médico y en eso seguimos igual</i></p> <p><i>E 301 a "Nosotras sugerimos porque legalmente quien deriva o solicita es el médico"</i></p> <p><i>E 361 c "muchas veces nos pasaba en cirugía, porque con los cirujanos es muy difícil entrar, ellos están convencidos de que en su poder tienen todo el conocimiento, toda la sabiduría y que no se pueden equivocar, sin embargo cuando uno demuestra ser responsable, ser profesional ahí es cuando uno va ganando campo de acción"</i></p> <p><i>E 76 a " en general me da la impresión que la formación médica se ha deteriorado"</i></p> <p><i>E 258 "No lo que yo veo es que al pobre residente lo dejan solo...le dejan todas las responsabilidades y que hay cosas que tendría que resolver el médico de planta como traslados y que lo dejan solo, sobre las internaciones"</i></p> <p><i>E 326 a "Es distinto porque los residentes están más con nosotros, nos ayudan con las pequeñas cosas"</i></p>
	MEDICO RECIDENTE	ALUMNO SUPERPOSICION	<p><i>E 24 " Creo que los residentes si están normatizadas sus tareas pero el resto no te sé decir"</i></p> <p><i>E 72 b "Pensá que en los Hospitales hay también residentes que a veces tienen que corregir indicaciones"</i></p> <p><i>E 73 b "y bueno ellos también están aprendiendo, y complican el funcionamiento"</i></p> <p><i>E 76 a "En general la formación médica se ha deteriorado"</i></p> <p><i>E 250 a "Tendría que estar más metida para poder opinar, pero en los médicos por ejemplo algunas cosas observo respecto a lo que comentaba, lo que era antes y lo que es ahora, por ejemplo viene una internación y 'No!, a mí no me toca, porque yo ya intervine, ya mere tantos chicos, no quiero atender... y es el peloteo, empieza el peloteo..."</i></p> <p><i>E 251 a "(...) son como chicos...chicos grandes! (dice riéndose, entre la burla y el pesar)"</i></p> <p><i>E 258 "No ...lo que veo es que la pobre recidente lo dejan solo...le dejan todas las responsabilidades y que hay cosas que tendría que resolver el médico de planta como traslados y que lo dejan solo, sobre las internaciones...."</i></p> <p><i>E 298 Bue...está pero no permanentemente,..ellos pueden atender emergencia... pero se pueden ir por a su habitación ..."</i></p>

TEMA	CONTEXTOO ACTOR SOCIAL	CALIFICACION	DICHOS
PROFESIONALIZACION	ENFERME RO/A	ESCUELAS COSMOVISION	<p><i>E 60 a "Había muchas líneas."</i></p> <p><i>E 61 (en relación a la masoterapia)"No, no sé, pero a nivel mundial yo sé que hay muchas enfermeras, tienen incorporados esos conocimientos, a mi me parece interesante porque muchas de estas técnicas de relajación para el control del dolor son técnicas complementarias o alternativas muy interesantes, bueno no solamente eso, sino también la administración y otros aspectos que hacen a la actividad, pero básicamente nos compete</i></p> <p><i>E 62 ...nosotras tenemos una influencia muy medicalizada, recién ahora estamos desprendiendo con otra mirada. En EEUU, en Europa es más común, depende de las Escuelas pero yo he visto en planes de estudio su incorporación junto a otras como deportes, tiene otras cosas"</i></p> <p><i>E 67 a "La mayoría (de los docentes eran médicos), era una visión muy biologicista",</i></p> <p><i>E 149 "Nosotros (Cruz Roja Internacional) funcionábamos con materias por ejemplo: enfermería social, que estaba pensada respecto a la guerra...nosotras teníamos la mochila, con todas las cosas que teníamos que llevar, supuestamente...cuando uno tenía que hacer un aterrizaje todo..." no me daba cuenta bien...y se me abrió la cabeza, no te puedo decir en que otra cosa más...pero yo te puedo decir que fue diferente, como que encontré vetas diferentes"</i></p> <p><i>E 248 a "Yo le contesto como docente, yo estoy en diferentes Escuelas y bueno...hay Escuelas que tienen distintas normativas"</i></p> <p><i>E 262 a " Lo único que te puedo decir es que...a mi la licenciatura me abrió la cabeza en un par de cosas, que me faltaban de la carrera básica y que no las había buscado: en primer lugar porque no sabía que existían...por ejemplo la investigación...Yo escuchaba de investigación pero</i></p> <p><i>E 268 g "y allí conocí una compañera que hacía diez años que se había recibido en Puigari, que es una Escuela de Entre Ríos con una tendencia muy naturista, muy humanitaria, son Adventistas, excelente Escuela, yo con ese aprendí "</i></p> <p><i>E 269* La formación, la mayoría eran adventistas, la escuela no es adventista, pero son muy naturistas, por ejemplo los médicos para dormir en lugar de Valium indican un té de tilo, que se yo...si padece de meteorismo, nunca una zonda rectal, primero un té de hinojo...son muy, yo aprendí esto con estas, personas</i></p> <p><i>*E 270 b Es el uso de la medicina popular adaptada...tampoco creo que nuestra población Hospital daría para eso..."</i></p> <p><i>E 271 "Bueno, o que depende de la UBA, es muy tradicional en su formación...muy técnico, muy prolijo, muy bueno...como el Hospital...La nuestra, es mucho más abierta, más humanística en este momento, más social...la de Quilmes que funcionaba en el Regional, yo pienso que es una chavacanería...la gente que sale buena de ahí es porque le toca una buena experiencia con enfermeras del Servicio, pero es muy chavacana..."</i></p> <p><i>E 273 "Mar del Plata estaba muy atrasada respecto a Bs. As., a pesar de que yo no estuve en el 'sumun' de la tecnificación de las Unidades Intensivas, pero yo noté algunos atrasos..."</i></p> <p><i>E 284c "es una distancia abismal de nuestra mirada y la del médico; nosotras hablamos de cuidado y los médicos hablan de curar y centramos en el cuidado, siempre decimos que cuidamos a partir de la persona y enseñamos a la persona que ella pueda manejarse, por eso la enfermería tiene una manera distinta de mirar"</i></p> <p><i>E 365 "Yo estudié aquí y terminé en La Plata, la Licenciatura la hice en la Universidad Nacional de Rosario y mi Maestría en La Universidad Nacional de Lomas de Zamora, una formación de múltiples puntos de vista lo cual creo que es bueno porque sino instituciones también te impregnan"</i></p>

TEMA	CONTEXTOO ACTOR SOCIAL	CALIFICACION	DICHOS
PROFESIONALIZACION	ENFERME RA/O	TITULACION	<p><i>E 22 c " en la parte de enfermería estamos luchando para que haya normas en los servicios. Estamos tratando de elaborarlas. Nosotras con mis compañeras que entramos en Diciembre en la coordinación y por años se manejó sin normas."</i></p> <p><i>E 65 b "No, en la actualidad no creo (internados) en Córdoba creo que fue el último y lo cerraron creo que en el '78. Pero si era full-time (la Escuela del Htal Británico) el alumno se dedicaba a estudiar era muy intenso, y en la Católica peor..."</i></p> <p><i>E 66 b "Nosotros (UNMDP) empezamos dependiendo de Exactas:"</i></p> <p><i>E 90 "En un momento creo que eran tres, la del Regional creo que la cerraron; esa dependía del Ministerio de la Provincia de Bs. As., ...estuvo muchos años pero no sé si el Ministerio por una razón de presupuesto habrá tenido que rescindir algunas cosas, a ellos no le daban ningún tipo de importancia por eso cuando nosotros articulamos con la licenciatura con los terciarios, tuvimos que si o si formar o dictarles cursos; no sabían nada del método científico o de resolución de problemas del PAE, es la valoración, recolección de datos directos, indirectos, examen físico observación, anamnesis toda la historia, identificás el problema, diagnóstico, planificación e intervención para la resolución de la salud alterada...ya sea de un problema potencial o concreto a todo esto ellos no le dan valor, ellos ven con el modelo antiguo; nosotros tampoco lo veíamos cuando estudiábamos. Estudiábamos patología médica y algunas acciones de enfermería que tienen que ver con la patología médica"</i></p> <p><i>E 92 b "Eso después se fue revistiendo, nosotras pensamos; no, nosotras ahora nos formamos y concursamos con ellos y así fuimos ganando espacios, a veces los perdemos pero hemos ganado muchos concursos."</i></p> <p><i>E 113 "tuvo una pelea con económicas porque ellos habían armado un proyecto similar al mismo tiempo, en el Concejo Superior Griselda (Vincens) lo peleó y salió en Ciencias de la Salud."</i></p> <p><i>E 114 "Con docentes de afuera porque nosotros no tenemos docentes formados acá"</i></p> <p><i>E 115 " había varios médicos, más ligados a la epidemiología, la prevención, una carga más social, dos sociólogos...Había muchos médicos pero no de formación biólogo."</i></p> <p><i>E 116 Fue muy heterogéneo por supuesto había médicos (entre los alumnos), enfermeras, trabajadores sociales, terapeutas y hasta un veterinario. Me gustó mucho trabajar así"</i></p> <p><i>E 129 "hay miradas mucho más avanzadas, en los países más desarrollados como en Canadá, ellos están en otra situación"</i></p> <p><i>E 130 "personería totalmente independiente"</i></p> <p><i>E 131 E rol es más ampliado, ellos por ejemplo hacen traslados solos, por ejemplo en avión; inician tratamiento, administran medicación incluso. No es que yo pinense que deba ser así."</i></p> <p><i>E 144 "Había una Escuela de auxiliares, y después ...más después vino la Universidad..."</i></p> <p><i>E 146 "la Escuela funcionaba donde era la Escuela 16; era una escuela que fundó la Cruz Roja..."</i></p> <p><i>E 147 "La mayoría (de los docentes) eran médicos y teníamos una instructora que era enfermera"</i></p>

TEMA	CONTEXTOO ACTOR SOCIAL	CALIFICACION	DICHOS
PROFESIONALIZACION	ENFERME RA/O	TITULACION	<p><i>E 153 Hace mucho de eso, acá hubo gente con ese título, lamentablemente porque dadas las normativas, funcionaban Escuelas de enfermería pero el título era de 'masajistas' y no podían trabajar, es una pena porque ellas pobres están preparadas.</i></p> <p><i>E154ab "Y eso no sé... no sé porqué se hizo así, a que atendía, cual era la necesidad...pasa como en la Escuela naval, son chicos que les dan una formación dentro del área en que estén...ya sea de tierra o de mar... y les dan materias de enfermería pero sin título de enfermero....no sé, les dan un título técnico por ahí, y cuando van a ingresar a la Facultad para hacer la carrera tienen muchos problemas, y eso que ellos tienen materias de enfermería más las materias específicas para catástrofes;(a) incluso como a nosotras la formación que nos daban era para cirugías también; podíamos realizar operaciones sencillas, para poder actuar directamente en el campo de batalla....</i></p> <p><i>E262a,b "(...)a mí la Licenciatura me abrió la cabeza en un par de cosas, que me faltaban de la carrera básica y que no las había buscado, en primer lugar porque no sabía que existían...por ejemplo la investigación...Yo escuchaba hablar de investigación pero no me daba cuenta bien... y se me abrió la cabeza, no te puedo decir en que otra cosa más... pero yo te puedo decir que fue diferente, como que encontré vetas diferentes (a) No sé... tal vez el hecho de poder lograr la licenciatura, cosa que por ahí aquí lo veía tan lejos... y el sistema de enseñanza semipresencial que por ahí, viste, a mí me ayudó a valorarme más, yo sola con una guía pude hacerlo, a mí me ayudó para crecer... y para darme cuenta que lo podía hacer... a mí me sirvió mucho....</i></p> <p><i>E 263 b "yo diría que hay que cotizar la actividad profesional; calculo que la dignificación tiene que ver también con una retribución más justa, además del reconocimiento social, la determinación de las incunvencias, no sé...pero dignificar? Yo creo que es una profesión digna..."</i></p> <p><i>E 280 a b "En nuestro país cuando empiezan las Escuelas Universitarias por el '50, ya empieza a haber enfermeras universitarias, en otros países los Patrones Funcionales de Salud, se utilizan desde muchos años, cuatro décadas como mínimo; nosotros tenemos una década concreta que estamos trabajando con el diagnóstico de enfermería y con los Patrones Funcionales, que nos permite tener una valoración del paciente integral además hacer algo que lo denominamos PAE, que es el proceso de atención de enfermería, que es nuestro método de guía de investigación a través del diagnóstico de enfermería (de enfermería; porque los diagnósticos de enfermería son propios están escritos y reconocidos por la ANDA que es quien nos representa, están redactados por enfermeras; que no tiene nada que ver con el diagnóstico médico</i></p> <p><i>E281 d " En el '78 cuando se da esa crisis en el Hospital en ese momento el Director era el Dr. Jorge Bargo, que era cirujano, cuando el -DR, Bargo se da cuenta de esta situación pide para que el Departamento de enfermería esté a cargo de una enfermera Universitaria viene a la Facultad que en ese momento la Directora era Estela Chaparro, y solicita a alguna de nosotras que quiera aceptar</i></p> <p><i>E 283 c "en la Argentina la primera escuela que hay es en 1890 ...fue creada sobre la línea de F. Nigthingale....hay una figura muy importante que era la Dra. C. Grienson, que era médica ella fue a Inglaterra y después le dio mucho impulso a la Escuela</i></p> <p><i>E 295 " Hubo una que se llamaba Cristina Fuyini que era Directora Asociada, era enfermera de la Cruz (no se si Verde)que era una Escuela que ni siquiera era terciaria: por ejemplo hay cierta gente que tiene el título de enfermera y ni siquiera tiene el secundario, era una época que se permitía ser enfermera sin título secundario, que fue por el treinta, antes de las Escuelas Universitarias"</i></p> <p><i>E 297 "y aquí Estela Chaparro, es la Directora del IREMI que es un cargo importantísimo, aquí hay una Decana Enfermera desde hace ocho años, Cristina Fuyini tuvo otro cargo, como Jefa del Departamento del Privado tenemos una Magister, y esto hace que se genere un cambio...asi como el</i></p>

TEMA	CONTEXTOO ACTOR SOCIAL	CALIFICACION	DICHOS
PROFESIONALIZACION	ENFERME RA/O	TITULACION	<p>Ministro de Salud de China es una Enfermera, que además es una teórica de enfermería que es King, que ha escrito muchísimos libros sobre proceso de atención enfermera. Ella ahora en el último encuentro de CIE, y el prestigio que tienen las enfermeras en Cuba, que no lo tienen en otro lado, en Cuba acompaña lo ideológico, todas las enfermeras son licenciadas, hay que ver también como nos formamos no todas son formadas desde una mirada humanista, hay enfermeras diplomadas con título pero son tecnológicas."</p> <p>E 315 "No sé...eran muy exigentes (la UCA) doble turno y además creo que se pagaba un arancel; los estudiantes que iban no podían trabajar, tenían que tener una familia que los pudiera sostener económicamente..."</p> <p>E 344 c e "por otra parte la enfermería en la Facultad no nace en Ciencias de la Salud sino en la UCA; un referente importante y que tiene muchos conocimientos sobre la historia de la enfermería es Estela Chaparro, ella fue docente de la Escuela de Enfermería en la UCA y fue una de las que participó en la creación de la Carrera de Enfermería en Ciencias de la Salud; ella es un referente histórico importante ...hubo una época del '88 al '91 que por la baja matrícula y las políticas Universitarias estuvo a punto de cerrarse la Carrera, esto llevó a realizar una promoción en Tandil, Miramar, Necochea donde se hizo saber de la existencia de la Carrera como Carrera Universitaria, que ofrecía este título y de los múltiples incumbencias"</p> <p>E 345 g "Por ahí te han comentado que estamos trabajando con la ley de ejercicio profesional, nosotros tenemos una ley que habilita el ejercicio profesional que es la ley 24.004 pero a su vez tenemos una ley en la provincia que es la ley 12.045 que especifica cuales son las funciones que tienen las enfermeras y cuales las de los auxiliares de enfermería, en estas leyes está bien claro cuales son las incumbencias de cada uno, porque nosotros estamos avalados por la ley"</p> <p>E 346 a "A nivel del Hospital Privado que es donde estoy yo no, porque nosotras tenemos una jefatura de enfermería que es Magister en Gestión- Rosa Branda- que no está desde hace muchos años en lo que es la conducción del Departamento, pero tiene un concepto muy claro de lo que es la enfermería y lo extiende a lo que es la política del Departamento de Enfermería por lo que nos sentimos muy respaldados; pero yo no puedo ser ajena a lo que pasa en otros lugares"</p> <p>E 347 " Yo también trabajo como adscripta en la Escuela de Enfermería del Hospital de la Comunidad, en la Escuela de Enfermería (no tiene muchos años) en los primeros años fue una Escuela de orientación terciaria donde el título quedaba a nivel terciario y bueno para ingresar en la Universidad para hacer la Licenciatura tenían que hacer un curso nivelador, hace tres o cuatro años ellos hicieron un convenio con la UBA; lo que tengo entendido es que en su momento cuando ellos quisieron hacer un convenio con la Universidad de Mar del Plata, la Universidad les pidió que hicieran cambios en la currícula porque esta Universidad para abrir la licenciatura tuvo que hacer cambios, entonces para que la Carrera del Privado se adaptara a nuestra realidad se tenía que adaptar en el plan de estudios y no hubo acuerdo</p> <p>E 366 "No, la que te puede decir es Estela Chaparro o Silvia Federicci que fue de las primeras, pero si tengo entendido que de la UCA sale primero la Carrera en el ámbito provincial y luego en a la Universidad Nacional. La que creó la Carrera aquí es Estela Chaparro, es la que conoce la historia bien y de la primera promoción sale Silvia Federicci, Rita Folgado"</p> <p>E 391 No ahora esta reapareciendo a partir de la Ley de ejercicio profesional, que les permite práctica independiente y no derivada del médico, y a partir de la creación del Colegio de la Provincia de Bs. As. ahora no son más parteras, se abrió la carrera de cinco años y son Licenciadas en obstetricia, estudian en La Plata en la UBA y en Córdoba también en las Facultades de Medicina, en otros países las obstétricas tienen una intervención muy importante en desarrollo comunitario, por ejemplo en España."</p>

TEMA	CONTEXTOO ACTOR SOCIAL	CALIFICACION	DICHOS
PROFESIONALIZACION	ENFERME RA/O	ORGANIZACION	<p>E 32 "Eh...acá está la ABE... yo me asocié hace años, pero hubo toda una época en que las reuniones se hacían pero no se llegaba a nada en concreto...no tenía mucho sentido, no se organizaban ni cursos ni se concedían becas...que es la forma de atraer a la gente...Entonces...que se yo... y ahora se rearmaron otra vez pero con gente joven, con iniciativa... muchos universitarios...sale la Ley... así que vamos a ver ahora..."</p> <p>E 127 "La Organización Internacional es la CIE (Concejo Internacional de Enfermería) que nuclea a todas la Federaciones"</p> <p>E 128 "No sé eso depende de quien tenga la personería jurídica. Hay una sola Asociación por provincia y una sola Asociación por país."</p> <p>E 107 "Los sindicatos no nuclean a los profesionales, además los sindicatos son generales; a los sindicatos no les conviene que enfermería se constituya en una línea sindical propia, ellos intentan desgajar a los auxiliares, porque pierde mucho número no te olvides que en las instituciones la mayoría son enfermeros entonces cada vez que nosotros conseguimos concursos y demás los sindicatos trataban de poner a los auxiliares en contra"</p> <p>E 108 Si, al menos en la Pcia de Bs. As., no sé como funcionan en otro lugar, aquí si, cada provincia tiene una sola agrupación y esa es la reconocida y nucleada en la Federación; Aquí es la ABE y se incorpora como titular el enfermero y como adherente el auxiliar"</p> <p>E 109 "Y funciona en La Plata y con la misma gente. Como nadie viaja a La Plata para votar..."</p> <p>E 201 "No, se trató de ver que pasaba con el grupo, porque era un grupo grande con muchas dificultades...pero no dio resultado"</p> <p>E 202 "No creo que no se entendió, había muchos conflictos, por ejemplo personas que no llegan a horario...que llegaban tarde y por ahí se peleaban en el grupo"</p> <p>E 232 "Hubo un tiempo que había un solo Gremio y no tenía mucho...eco"</p> <p>E 233 "Si la ABE ya existía (cuando las jefas de enfermería eran hermanas) y nos reuníamos..."</p> <p>E245 "(...)en el '88 se dio un nombramiento, y para nosotros fue un orgullo, era tener una mejor forma de comunicarnos con los directivos, una línea más directa"</p> <p>E246 "(...)ya hace tres años que le están dando cabida a los gremios...les dan más importancia a lo que plantean los gremio y a veces se solicitan cosas que no son tan justas y malogran todo.</p> <p>E 247 "No, ella (Directora enfermera) era aceptada por todos los sectores, pero el problema es que cuando empiezan a incidir tanto los sectores sindicalistas es como que la persona que estaba allí tenía que responder a eso...no se esfuerzan el paciente no les importa mucho ...ni cumplir el horario"</p> <p>E 249 "Y lo que veo es que la gente que entra ahora cuando uno le dice 'bueno mire...tal día Ud. va a tener que venir a tal horario' y contestan 'ah...no! yo no puedo, uno les tiene que avisar una semana antes porque sino no pueden."</p> <p>E 278 "Cruz Roja, no hay enfermeras nucleadas en la Cruz Roja. Las enfermeras católicas son muy escasas, fue algo que fue muy vigente en una época pero ya no, hay el nucleamiento es el CIE, de eso te puede hablar mucho B.M.; en la que cada nación tiene una Federación y cada provincia tiene una entidad reconocida: aquí es la ABE, después dentro de cada provincia hay núcleos; aquí es el núcleo Mar del Plata. Y bueno el CIE es el que dicta la política; cada año tenemos un lema diferente, hay Asociaciones que trabajan mucho...por ejemplo la nuestra trabaja mucho pero con mucho desgaste porque las enfermeras habitualmente no nos asociamos, tal vez porque no nos ofrecen algo atractivo..."</p>

TEMA	CONTEXTOO ACTOR SOCIAL	CALIFICACION	DICHOS
PROFESIONALIZACION	ENFERME RA/O	ORGANIZACIÓN	<p>E 291 c "Con respecto a la práctica, falta espíritu de Cuerpo en el Cuerpo de enfermería"</p> <p>E 345 h g muestra ley de ejercicio profesional es la 24.004 y la 12.045 específica cuales son las funciones de las Enfermeras y de las Auxiliares.g/ "si bien es cierto que nosotras no tenemos Colegio y esto lo estamos tratando de organizar, si bien las organizaciones a nivel provincial no tienen mucho pero, nos encontramos con que los sindicatos que supuestamente protegen a las enfermeras, protegen a otras personas que sin desmerecer a nadie protegen a otros sectores como las mucamas a la gente de mantenimiento, la gente de mantenimiento y creo que uno tiene que buscar otras cosas, creo que uno estudió, porque uno fue a la Universidad y porque no puede estar defendido por una persona que trabaja en mantenimiento, uno tiene que aspirar a otras cosas, no pueden defender las incumbencias los derechos de las enfermeras otras personas que no son enfermeras.g:"</p> <p>E 346 b ""algo que nos falta a las enfermeras es unificarnos, no porque a mi no me pase tengo que ser ciega, lo que le pasa a mis pare, por ejemplo lo que le pasa a las enfermeras donde el sindicato tiene un poder muy fuerte"</p>
	AUXILIAR PRACTICO	CONFLICTO	<p>E 42 b "lo que pasa es que tenemos mucha gente todavía que no es profesional un alto porcentaje empirica"</p> <p>E 89 "Porque, en primer año éramos muchos porque era así: cursábamos juntos los que estudiábamos para profesionales y también los auxiliares que muchos no tenía título secundario, les permitían empezar y les daban un plazo para terminar los estudios secundarios, si no concluían el secundario, se quedaban con el título de auxiliar y el que pudiera podía seguir hacia el profesional y ahí éramos 78 ya después quedamos unas 28 personas"</p> <p>E 120 "Era práctica, me parece que de la Cruz Roja sin secundario"</p> <p>E 125 b "yo respeto su temor... porque no podemos olvidarnos que no tenés todos profesionales trabajando,... y el práctico, lo que está indicado administra... por eso nosotros siempre discutimos"</p> <p>E 281 a "Circula (el PAE) entre las enfermeras que están formadas, que en este momento están cursando la licenciatura y que realmente están tratando de implementarlos, pero hay muchos Hospitales que están en manos de auxiliares de enfermería que enfermeras y además la relación de las enfermeras en los Hospitales"</p> <p>E 291 d "La auxiliar de enfermería, que se le ha dado el poder de hacer de enfermera y maneja los hospitales y por lo tanto maneja la medicación (que requiere de todas unas materias como farmacología, y para ello química y biología) y hay gente que medica en los Hospitales lo cual es de alto riesgo y se les ha dado ese poder; hay medicamentos que entran en una vía parenteral como la sangre que no puede ser aplicado por cualquiera, se les ha dado un poder que no corresponde, puede haber riesgos importantes por impericia (porque hace falta un perito para hacer eso) por eso hay Hospitales que son los responsables directos por tener a esa persona a cargo, y con respecto a la negligencia (de personas que si están formadas) que pueden medicar mal pero tiene responsabilidad propia en esto"</p> <p>E 324 a "Y (el PAE se conoció aquí) por los años '80, en el mundo eran conocidos desde hace años pero aquí no, es muy difícil ponerlos en vigencia, por un lado porque en las instituciones es muy poco el personal profesional"</p> <p>E 345 e "sino no tendría que venir a la Universidad y si supieran todo no estarían realizando funciones que no son propias a su título, la mayoría son auxiliares que desempeñan funciones de enfermeros"</p> <p>E367dAl principio fue duro, porque yo era la única Enfermera, y los auxiliares conmigo fueron muy duros, no todos, los que realmente trabajaban bien no, al contrario, Marta Manirotti (quera auxiliar), en ese momento era empirica y yo aprendí muchas cosas con ella, pero había también auxiliares no tan bien formados y empiricos que me hicieron la vida imposible tanto a mí como a todos los que quisieran trabajar, bien, desde tirarme la medicación que tenía preparada hasta dar una indicación, ir al quirófano y hacer todo al revés, una desidia total,.</p> <p>E386 aLa gente que es Auxiliar y está estudiando la básica lo piensa como una manera de superarse y llegar a ser Jefe, escalar posiciones institucionales y de status social, no como valor agregado sino como principal motivo, pero la educación de servicio se descarta como necesidad y deber</p>

TEMA	CONTEXTOO ACTOR SOCIAL	CALIFICACION	DICHOS
CAMBIOS	ENFERME RA/O	INVISIBLES	<p><i>E 42 "Yo no soy negativa al respecto, la enfermería está cambiando...la gente que está saliendo de la Universidad y de las Escuelas creo que ya viene con una mirada crítica, eso hace que cambien las cosas...pasa que es muy lento, es como el país...es muy lento, si vos venís y querés hacer algún cambio es como que hay que ir a la par de todo y entonces podés hacer algún cambio"</i></p> <p><i>E 47 "Nosotros en la carrera ya desde el año pasado venimos cambiando, técnicas, procedimientos...Cuando yo estudiaba me acuerdo que había técnicas que desde el punto uno al punto veinte te lo tenías que aprender como el padre nuestro... ya no es más, nosotros les enseñamos a los chicos el criterio, los conocimientos científicos a partir de las cuales fueron diseñadas y ellos a partir de eso actúan, sino quedaba un brecha muy grande entre lo que enseñábamos y lo que hacían en la práctica después. Porque si vos sabés los principios vas a poder adecuarte a cualquier situación"</i></p> <p><i>E 48 Faltan elementos y en general fueron diseñadas en EEUU y en España y nosotros repetíamos una receta que después nadie ponía en práctica. Con V: Trabajamos mucho en eso, trabajamos los principios."</i></p> <p><i>E 68 b "entonces puede hacer muchas modificaciones, corregir muchas cosas, por ejemplo las sondas estaban en un frasco con las pastillas de formalina, sin esterilizar, y yo todo lo que me enseñaban acá como no dependía de nadie lo hacía, entonces les daba envoltura individual y las esterilizaba en autoclave"</i></p> <p><i>E 70 "en realidad no sé si se enteraron de las modificaciones (se ríe) yo la hacía y nadie decía nada"</i></p> <p><i>E 172 "(...) porque antes había Salas que eran todas cunitas, no era como ahora que sabemos que se evitan infecciones intercalando cunitas con camas.</i></p> <p><i>E 343 e f "hoy en día es fundamental el lavado de manos pero pasaron años para que la gente se conscientice del lavado de manos y que no se reemplaza con un par de guantes, no se reemplaza con ninguna técnica que de la actualidad; si uno no se lava las manos puede contaminar ahora como hace veinte , treinta o cien años atrás, es el mismo concepto de limpieza., después me quedó mucho esto que en el '88 cuando entré y me dijeron que como profesionales éramos un agente de cambio y yo me considero un agente de cambio, yo considero que día a día tengo la responsabilidad de provocar un cambio mínimo pequeño, pero un cambio, una responsabilidad que llevo sobre mis hombros, responsabilidad de provocar un cambio mínimo, pequeño pero cambio, una responsabilidad que llevo sobre mis hombros responsabilidad que un equipo de profesionales me la delegó y yo delego a un grupo de alumnos que están a mi cargo ese es el rol de la enfermera el perfil que la enfermera tiene en este momento"</i></p> <p><i>E 348 d "...uno tiene que ser creativo y mantener el perfil profesional aunque no tengas los recursos uno tiene que actuar como si fuera una especie de Mc Giver y ver formas alternativas de hacer, por ejemplo si no tenemos guantes estériles, bueno podemos tratar con un paquete de curación estéril, me hago un buen lavado de manos y uso un paquete estéril y voy a tener que tener mucho cuidado..."</i></p> <p><i>E 374 e " no es que crea que esto es una Guerra Santa pero al menos intentar que se fundamente porqué esto debería ser así"</i></p>

TEMA	CONTEXTO O ACTOR SOCIAL	CALIFICACION	DICHOS
CAMBIOS	ENFERMERA/O	VISIBLES	<p>E 22 c "en la parte de enfermería estamos luchando para que haya normas en los servicios. Estamos tratando de elaborarlas. Nosotros con mis compañeras entramos en Diciembre en la coordinación y por años se manejó sin normas"</p> <p>E 26 "Si, pero en cuanto a reglamentos para que todo el mundo los cumpla dentro de la Institución, todavía no"</p> <p>E 82 "En la práctica no, no mucho pero si, ha habido cambios por los '70 no sé cuando Silvia (Federicci) estuvo, como yo te contaba en el Materno se dio un vuelco muy importante y enfermería empieza a participar, por ejemplo en las licitaciones para la compra de material, donde nosotras tenemos mucho que decir porque somos las que conocemos la eficacia de los materiales y las contras que presentan, alguien puede decir, bueno es mucho más barato esto pero no tienen en cuenta por ejemplo que determinado material si bien puede ser un poco más caro viene con doble envoltura lo que implica que es estéril por dentro y por fuera. Con ella se incorporan a trabajar en Comisiones...Durante el Gobierno radical que estaba el Dr. Osvor como Director..."</p> <p>E 103 " Silvia hizo muchas normas, nosotros cuando estuvimos también hicimos; pero llegada a esta altura yo creo que las normas no sirven...hay que adecuarse según las circunstancias, a veces normatizás y no se puede cumplir, no valen mucho creo que hay que adecuarse según las circunstancias, a veces normatizás y no se puede cumplir, no vale mucho creo que hay que establecer principios generales, más flexibles..."</p> <p>E 209 Hubo un momento que 'tomaron' el Hospital.</p> <p>E 210 "Y...habrá sido por el año 72, por ese tiempo yo estaba nombrada por el Ministerio en Psiquiatría, y este grupo estaba en la Sala de Psiquiatría.</p> <p>E 213 "No era como cotidiano, no sé como lo vivían en otras áreas, pero nosotros estábamos allí y a nosotros nunca nos molestaba, trabajábamos como siempre, de repente pacientes nuestros...me acuerdo de un periodista que estaba internado y teníamos que ir a buscar donde estaban ellos porque siempre estaba allí</p> <p>E 215 Y esa gente vivía acá, ese era el tema...estaban armados...y después no sé como se resolvió. Porque los Directores lo ponían ellos, los sacaban ellos..."</p> <p>E 216 Con nosotros no se metían, más que nada entrenaban a la gente, iban hasta la esquina por ahí a la noche lo acompañaban hasta la esquina, estaban en todos los techos.</p> <p>E 217 Eran muchísimos, de cuarenta, cincuenta personas estoy hablando... y no sé quienes eran... francamente no sé...</p> <p>E 219 Nosotros lo vivíamos de otra forma, era como normal...</p> <p>E 220 Y sí, debió ser antes, incluso le cambiaron el nombre al Hospital</p> <p>E 221 En ese momento lo llamábamos 'Los caídos en Trelew'... Las telefonistas atendían así.</p> <p>E 225 "Claro, no obstante yo ordenaba e informaba (durante la toma del HIEMI) recibí tal persona y Uds saben que recibía a tal persona, tampoco los sorprendía a ellos"</p> <p>E 226 "Pasa que como yo justo me cambié de sector era justo el momento en que Psiquiatría se fue al Regional y empiezo a hacer un sistema de guardias en el que yo venía menos... los fines de semana nada más ya allí no me enteraba de nada"</p> <p>E 235 "Bueno... le cuento, como yo estuve en esa Sala que bueno era como un mundo aparte, nosotros nos manejábamos en grupo, yo había un Departamento de Enfermería, y era como que no...Todas las áreas, después que pasa todo esto, todas las áreas éramos mundo aparte, si el Jefe de Enfermería llevaba todas las planificaciones, vacaciones esas cosas pero, nosotros resolvíamos todas nuestras cuestiones ahí adentro con respecto al franco a rotación de servicios; nadie venía a cubrir horario ni nosotros salíamos para eso; porque el personal de otro sector no quería porque tenía miedo""</p>

TEMA	CONTEXTOO ACTOR SOCIAL	CALIFICACION	DICHOS
CAMBIOS	ENFERME RA/O	VISIBLES	<p>E 237 Incluso las supervisoras no venia, tendria miedo o no sé que pasó pero nosotros estábamos solos...</p> <p>E 239 "Claro...nosotros trabajábamos hacíamos como queríamos teníamos contacto con todos los sectores,, con Farmacia también, pero organizábamos todo solos"</p> <p>E 240 "Cuando nos vinimos al Hospital nuevo, pero esto es mucho después de lo que estoy hablando, digo por el año '80 cuando vinimos del Hospital viejo a éste Hospital, si en ese momento teníamos una Jefa de Enfermería que ella participaba mucho en los equipos de discusión de los cambios"</p> <p>E 241 "Si Silvia Federicci, durante todo ese movimiento"</p> <p>E 242 "Cuando estábamos en Psiquiatría...Sabe que pasa...recién ahora que estoy como 'del lado de afuera' recién me doy cuenta de algunas cosas, porque nosotros no la pasábamos tan mal...porque era un tipo de psiquiatría moderna la que se hacía, se hacía comunidad terapéutica con los pacientes, prácticamente hasta las cinco, seis de la tarde estaban todos los horarios ocupados...venían estudiantes de psicología, de terapia ocupacional...todo el tiempo ocupado estaba el paciente...Había mucho interés, ellos tenían su comedorcito grande donde almorzaban todos juntos...tanto hombre como mujeres y ahí se organizaban fiestas, actividades...venían las señoras de la Asunción de María, a hacer 'programitas' de cosas...había pacientes que eran deportistas entonces se organizaban salidas con los pacientes, iban al piso de deportes; cosas así...había mucha movilidad. Pero era esa área, los otros no participaban porque estaban en otras áreas"</p> <p>E 244 "(actualmente) No, no hay internación trabajan las psicólogas, hacen terapia..."</p> <p>E 245 "(en relación al nombramiento de una Directora Asociada enfermera) Bueno... bien porque fue un hecho que no se había dado nunca en esta Institución, creo que la única referencia que tenemos de Directores llevadas adelante por enfermeras fue en el Sur; creo que en el '88 que se dio un nombramiento, y a nosotros fue un orgullo, era tener una mejor forma de comunicarnos con los directivos, una línea más directa, entiende?"</p> <p>E 246 " "era bien lo que hizo...pero ya hace tres años que le están dando mucha cabida a los gremios...entonces es como que ellos entorpecen; como que la Direcciones les dan más importancia a lo que plantean los gremios que las necesidades que uno observa en la Institución y a veces se solicitan cosas que no son tan justas y malogran todo el manejo que un quiere hacer..."</p> <p>E 247 "ella era aceptada por todos los sectores, pero el problema es que cuando empiezan a incidir tanto los sectores sindicalistas es como que la persona que estaba allí tenía que responder a eso; esa es la situación que vivimos nosotros acá...y es distinto porque parece que están para otra cosa, no se esfuerzan. El paciente no les importa mucho...ni cumplir el horario..." y después no sucedió"</p> <p>E 281 c e f g h l m n ñ o r "Yo experimenté en el año '78, momento en que se daba una situación muy crítica en Mar Plata, en el Materno Infantil -la realidad hospitalaria era bastante seria; había muchos niños infectados. En Neonatología había una infección hospitalaria importante, en el área de obstetricia también (muchísima infección puerperal con endometritis dicteria que después terminaban con una esterectomía o sea una operación de útero y eso genera que alguien que tenga una infección después no pueda tener otro hijo y eso es bastante grave y más en nuestro género y en ese momento en el año '78 cuando se da esa crisis en el Hospital en ese momento el Director era el Dr. Jorge Bargo, que era cirujano cuando el Dr. Bargo se da cuenta de esta situación pide para que el Departamento de enfermería está a cargo de una enfermera Universitaria, viene a la Facultad</p> <p>E 374 e "no es que esto es una guerra Santa pero al menos intentar que se fundamente 'porqué esto debería ser así" E 367 c "yo tuve la suerte de que en esa época estaba Silvia (Federicci) como Jefa de Departamento y ella nos protegía mucho, no en un sentido de apañarnos en, sino en crear un espacio para ir a hablar, para encontrar respuestas, cosa que antes no existía</p>

TEMA	CONTEXTO O ACTOR SOCIAL	CALIFICACION	DICHOS
CAMBIOS	ENFERME RA/O	VISIBLES	<p>que en ese momento la Directora era Estela Chaparro - y solicita a alguna de nosotras que quiera aceptar. Nosotras hacemos reunión docente y con consenso de mis colegas y fundamentalmente Chaparro yo soy designada, yo en ese momento era Jefe de la Emergencia del Hospital Regional en los Consultorios externos y Bargo le pide al coordinador de Zona VIII que era el Dr. Carabajal que me traslade de la Jefatura de Emergencia del Hospital Regional al Materno Infantil donde asumiría una función de una especie de interventora del estado del Departamento de Enfermería; la colega que estaba se la desplaza a otra actividad y yo empiezo a gestar dentro del Hospital el cambio. Mi base para intervenir, fue sobre la condición de la Autonomía del Departamento de Enfermería, es decir que dentro del Departamento coordina, controla y supervisa enfermería; el Dr. Bargo acepta esta condición y entonces empiezo a gestar una política de enfermería que estaba basada en nosotros.....la problemática era muy amplia, muchas paredes descascaradas,, lugares abandonados, materiales guardados en lugares muy oscuros, la esterilización era deficiente había un viejo esterilizado 'Chamberlaind' que al funcionar a vapor humedecía la ropa, cuando uno esteriliza algo no puede seguir húmedo, porque si está húmedo traslada la bacteria que vos querias matar, entonces no hay esterilización, entonces me enfrento a dos situaciones, pero no lo hago sola, solicito dos cosas por un lado una psicóloga que trabaje con los grupos, una psicóloga que ellos tren de Zona VIII Lic. Ofelia Oraat y si le pido una socióloga que se llama Lic. Beatriz Valsachi que trabaja en el Hospital y le pido que trabaje junto a mi las estrategias para poder llevar a cabo toda la reestructuración que era necesario hacer y que necesitaba una comprensión y un apoyo de la gente. Y nos conectamos con el INE ¿por qué? Porque el INE en Ma del Plata era el organismo de control de las infecciones hospitalarias entonces si ibamos a cambiar teniamos que fundar, generar, lo más importante era el Comité (Comité Antiinfección Hospitalaria), tiene la característica de ser interdisciplinario, se crea el Comité con obstetras, pediatras, ginecólogos, infectólogos todos y gente de mantenimiento que eran los que tenían que cambiar las cosas también y entonces se empieza a trabajar cada semana se empieza a definir las conductas a seguir; es decir no enfermería en soledad, y yo tengo una posición estratégica en el Comité que es ser Secretaria del Comité de Infección, eso me permite que la Secretaria del Comité elabora al Departamento de Enfermería lo que iba a hacer y como yo era la Jefa de Enfermería la situación era de aceptación, así cada semana nos poniamos un propósito alcanzable y lo haciamos.....y empezamos a cambiar equipos viejos; ese Chamberlaind había que sacarlo y sacarle la humedad así que llamamos al Igro. Chiodi que sabe mucho sobre esterilización y le agrega al esterilizador un caño de purgado.....se cambian ciclos de esterilización y se hace construir a sugerencia mía un canasto esterilizador en calle para no acumular los materiales. Y estas son técnicas que están descriptas en todos lo libros de enfermería. Estos materiales, si bien el Hospital tenía escasos recursos fueron comprados por Cooperadora, es decir, en ese momento tanto por parte del Director del Hospital como de un conjunto de médicos que estaban preocupados por el cambio se podían utilizar esos recursos.....se solicitan ...palanganas, jarras para que la paciente estuviera bañada, para que la paciente cambie sus hábitos para que durante el puerperio.....se higieniza.....se ponía algodón directamente del paquete colectivo donde todas las manos que no estaban limpias contaminaban el algodón, esto se reemplazó por un trozo de algodón envuelto en doble paño de gasa para evitar que las hebras de algodón infecten la episectomia. Es decir todos los días se cambiaban técnicas.....yo mandaba permanentemente mandando todos los días una gasa tomada al azar, los cultivos biológicos al INE, que en este momento el Dr. Guillermo Loza que todavía esta en el INE participó con una técnica de laboratorio que se llama Elisa Goyeneche.....Se produjeron transformaciones a partir de acciones concretas, yo estuve muy cerca del personal, por supuesto estaba todo el día; hice participar a la gente en forma permanente y eso me</p>

TEMA	CONTEXTO O ACTOR SOCIAL	CALIFICACION	DICHOS
CAMBIOS	ENFERME RAO	VISIBLES	<p>permitió ver cosassin llegar a sacar todo lo inadecuado traté de transformar lo inadecuado en cosas de mayor calidad. Desde las cosas más simples en relación a la relación del personal enfermero con los paciente como el no tomar mate delante de ellos hasta el maltrato.....pero la verdad debo decir que muchas de mis colegas actúan dominando y controlando desde un escritorio y yo creo que se debe transformar con la gente y desde la gente, yo lo viví y no me pueden decir hoy que los Hospitales no se pueden transformar.....En mi experiencia fue que en el primer año empezó a bajar la infección hospitalaria. El trabajo que realizamos fue publicado en la revista de la OPS, redactado por Loza y Valzachi, donde están muy claras todas las transformaciones"</p> <p>E 364 a "En obstetricia yo empecé en la época en que Silvia Federicci era Jefa de Departamento y era una época de oro en el Hospital en muchos sentidos; yo fundamentalmente rescato porque ella allí organizaba según el interés que teníamos nosotras, del interés que habíamos tenido en formarnos"</p> <p>E 205 "y supongo que sí (en relación a la participación enfermera) cuando se dio toda esa gran movilización</p> <p>E 206 "Y porque se dio todo el traslado"</p> <p>E 207 Estaba hablando con la Zona Sanitaria, quizás se hablaba ya de que este iba a ser el Hospital materno Infantil..."</p> <p>E 209 " hubo un momento en que tomaron el Hospital"</p> <p>E 210 " Y habrá sido por el '72, por ese tiempo yo estaba nombrada por el Ministerio en Psiquiatría y ese grupo estaba en la Sala de Psiquiatría..."</p> <p>E 211 "Bueno, en las Salas que estaban desocupadas, porque todavía había Salas de Clínica Médica que yo le cuento, allí se instaló esta gente, que estaba de día y de noche, comían y dormían aquí..."</p> <p>E 212 a "Y no sé...y manejaban muchas cosas, eso me consta porque en una oportunidad llamaron por teléfono de la CGT y dijeron que teníamos que internar una persona, y no había camas...Entonces nos dijeron que 'Uds. van a hacer lugar'; y con los compañeros charlamos a ver que hacíamos y al rato cayó el Director y dijo que había que hacer espacio para alguien que había que internar"</p> <p>E 213 "No, era como cotidiano, no sé como lo vivían en otras áreas, pero nosotros estábamos allí y a nosotros nunca nos molestaban, trabajábamos como siempre, de repente pacientes nuestros...me acuerdo de un periodista que estaba internado y teníamos que ir a buscar donde estaban ellos porque siempre estaba allí"</p> <p>E 217 "Eran muchísimos, de cuarenta, cincuenta personas estoy hablando... y no sé quienes eran...francamente no sé..."</p> <p>E 220 "No, debió ser antes, incluso le cambiaron el nombre al Hospital"</p> <p>E 221 " en ese momento lo llamábamos 'los caídos en Trelew'...Las telefonistas atendían así..."</p> <p>E 229 "Y se sentía porque esas personas estaban aquí, comían aquí...ellos iban a buscar nada más a las personas que trabajaban con ellos y habían reuniones pero en otra cosa no, o al menos en nuestro sector... no sé como habrá sido en otros sectores del Hospital</p> <p>E 237 "incluso la supervisora no venía, tendría miedo o no sé que pasó pero nosotros estábamos solos..."</p> <p>E 238 Si claro pero éramos mundo aparte"</p>

TEMA	CONTEXTO O ACTOR SOCIAL	CALIFICACION	DICHOS
SUPERPOSICION DE PRACTICAS	ENFERMERA/O Y OTROS PROFESIONALES	ZONAS GRISES	<p>E 10 "Nosotros dentro de la carrera damos la parte de masajes como uno de los cuidados de enfermería. No como una especialidad o un curso"</p> <p>E 35 d "Por ejemplo a alguna actividad propia de enfermería si vos sabés que es de tu incumbencia, sabés que te compete y a lo mejor viene el Kinesiólogo (por ejemplo) y como él kinesiología, nosotros nos quedamos atrás...y si está el kinesiólogo...yo no lo voy a hacer... o que lo haga él porque sabe más que yo...Entonces es como que vamos diciendo que sí a todo"</p> <p>E 36 (...)Aquí en Farmacia ahora tenemos mucha superposición...porque ahora la medicación ya viene preparada...es un tema de discusión en este momento...Entonces, llegamos a discutir 'si viene preparada yo no la administro' y hablando con farmacéuticos y leyendo la ley que les compete, llegamos a la conclusión de que tenemos incumbencias compartidas.</p> <p>E 37 "Lo que yo estoy viendo ahora es con el kinesiólogo...con Servicio Social, no sé si son incumbencias compartidas, pero que a veces trabajamos lo mismo, sí, que detectamos las mismas cosas"</p> <p>E 38 "La diferencia es que Servicio Social se aboca a eso y puede salir a completar la tarea"</p> <p>E 61 a b "No, no sé pero a nivel mundial yo sé que hay muchas enfermeras,, tienen incorporados esos conocimientos; a mi me parece interesante porque muchas de esas técnicas de relajación para el control del dolor son técnicas complementarias o alternativas muy interesantes, bueno no solamente eso, sino también la administración y otros aspectos que hacen a la actividad, pero básicamente nos compete"</p> <p>E 71 "Sí, incluso hay cosas que pueden traer conflicto legal, como en el Materno, la preparación de la medicación la hacen en Farmacia y la enfermera la tiene que administrar; pero si hay un problema legal ¿quién es el responsable? El que preparó o el que administró? Es muy conflictivo, esa es una Regla de Oro: 'El que prepara administra' Entonces esto ahora trae conflictos porque entonces ¿quién es el responsable?"</p> <p>E 78 "Incluso las parteras, en otros lugares la enfermera hace partos; aquí las parteras también han perdido campo."</p> <p>E 125 a,b No, suele ocurrir... porque allá en el Materno también nos pasó que a partir de una médica endocrinóloga que era responsable de la atención de pacientes diabéticos que la insulina no la administraba enfermería, la administraban los residentes...La insulina de hecho es muy peligrosa, si se dosifica mal podés matar al paciente, entonces claro... yo respeto su temor... porque no podemos olvidarnos que no tenés todos profesionales trabajando,....</p> <p>E 126 a "No suele ocurrir...porque allá en el Materno también nos pasó que a partir de una médica endocrinóloga que era responsable de la atención de pacientes diabéticos, que la insulina no la administraba enfermería, la administraban los residentes...La insulina de hecho es muy peligrosa, si se dosifica mal podés matar al paciente, entonces, claro..."</p> <p>E 136 a "Bueno en el Materno Infantil se trabaja mucho en terapia respiratoria, con ellos (kinesiólogos) no tenemos problemas porque tenemos la misma preocupación; por ejemplo los casos de sibilancia; que es cuando los bronqueolos están obstruidos y no logra pasar el aire, y esos chicos no se pueden golpetear, entonces discutimos que es lo que hace cada uno, porque él pasa una sola vez y nosotros continuamos el tratamiento""</p> <p>E 137 "Son áreas del conocimiento que a medida que se fueron perfeccionando se fueron desprendiendo...la Terapia ocupacional también"</p> <p>E 261 a,b Y sí, sí se superpone a veces la parte de kinesiología, se superpone y lo que hay que tratar es que el tratamiento que enfermería le tiene que hacer al chico sea antes o después según el tratamiento kinesiológico, no va a alimentar al chico y al rato lo va a estar golpeteando, en un tiempo nosotros hacíamos el golpeteo, p/a, pero ahora no a menos que el Kinesiólogo escriba algo que nosotros tengamos que llevar a cabo.</p> <p>E 265 b c "no los psicólogos es verdad, pero una psicóloga de Tucumán nos vino a decir 'Ah!...pero esto? Uds. no trabajan en equipo?', porqué no llamaron a Salud Mental?' y allí estaba Griselda que les contestó bien ?Creo que actuaron dentro de sus incumbencias, resuelven la situación hasta donde pueden, sino da resultado se llama a los otros...Porque <u>LAS INCUMBENCIAS SON GRISES</u>; porque somos el nexo...jodido a no somos el nexo"</p>

TEMA	CONTEXTO O ACTOR SOCIAL	CALIFICACION	DICHOS
SUPERPOSICION DE PRACTICAS	ENFERMERA Y OTROS PROFESIONALES	ZONAS GRISES	<p><i>E 274 (...) en el Privado no se podía cambiar frascos de drenaje pleural por enfermería, seguramente porque enfermería en algún momento dejó de realizar esto, cosa que en otro Hospital esto no se da</i></p> <p><i>E 275 b "por otro lado algo que ahora están acostumbrando hacer los médicos y que es parte de nuestra actividad es la educación al familiar y al paciente, la educación sistemática para el alta la tendríamos que hacer nosotros..."</i></p> <p><i>E 276 a "Si, con las nutricionistas tenemos grises, porque yo veo como ingiere el alimento el chico, como se lo da la madre, como acepta o no, como lo retornó, el médico me indica la dieta y el ayuno y eso lo tiene que conocer la nutricionista y yo"</i></p> <p><i>E 285 a b "Si, si...la kinesióloga, primero si vos te vas a la prehistoria o a la antigüedad también porque todo el pueblo chino siempre utilizaron el masaje, te vas a los pueblos aborígenes nuestros y el masaje es uno de los elementos que ayudan, acordate de la ventosa, la ventosa y el masaje hoy se llamaría terapia alternativa; después por ejemplo ahora que estamos estudiando representaciones sociales en nuestras tres profesiones vamos a poder dentro de un año o dos tener mucho más esclarecido lo que es la enfermería, la Terapia Ocupacional, Servicio social, las tres tenemos el mismo origen, más Trabajo social que enfermería; donde las primeras damas muy adineradas de Roma (...) Pero hay un momento en la historia donde se produce la salida de las damas a ver a los pacientes en sus casas"</i></p> <p><i>E 291 a "Nosotras aspiramos, lateralizamos y las kinesiólogas aspiran y lateralizan...Nosotras posesionamos al paciente"</i></p> <p><i>E 293 En España sí, pero la profesión nutrición es específicamente dedicada a eso... nosotros creemos que es diferente la enfermera especializada (que las hay) que está permanentemente valorando todos los patrones, que trabaja en forma interdependiente con los nutricionistas para resolver situaciones en forma integral. Por ejemplo un paciente que viene y no puede ingerir por boca y necesita una sonda nasogástrica. Nosotros vemos una serie de cuestiones, la temperatura del paciente, como está la posición del paciente, si tiene que estar semisentado, todo eso es específico de la enfermería...Pero si hablamos de valores calóricos, nosotros tenemos formación pero cuando aparecen otras actividades que nos quitan incumbencia, porque estudian especialmente para nutricionistas</i></p> <p><i>E 300 (...) en el caso de emergencia si no hay otro puede intubar/a</i></p> <p><i>E 318 Cuando a mi me convocaron para trabajar en el Hospital. No había Nutricionista, el médico apenas si daba algunas indicaciones generales como el comer sin sal y alguna otra indicación muy general, así que el aspecto nutricional lo atendíamos nosotras, hacíamos las indicaciones más precisas, esta es una actividad muy especial/a</i></p> <p><i>E 326 Los residentes están más con nosotras, nos ayudan en pequeñas. Cuando ellos no estaban lo que ellos hacen lo hacíamos nosotras.</i></p> <p><i>E 327 Cuestiones que tienen que ver con el cuidado como intervenir cuando hay dolor</i></p> <p><i>E 390 "Buena, en España no existe la carrera de nutrición, existe la enfermera nutricionista. Las obstétricas no existen sino las matronas que son enfermeras especializadas y equivalen a las obstétricas de aquí, todas parten de la enfermería"</i></p> <p><i>E 391 "No, ahora está reapareciendo (parteras) a partir de la ley de ejercicio profesional, que les permite práctica independiente y no derivada del médico, y a partir de la creación del Colegio de la Provincia de Bs. As. ahora no son parteras, se abrió la carrera de cinco años y son Licenciadas en obstetricia, estudian en La Plata, en la UBA y en Córdoba también en las Facultades de Medicina, en otros países las obstétricas tienen intervención muy importante en desarrollo comunitario, por ejemplo en España"</i></p> <p><i>E 392 a "hay actividades compartidas, que pueden hacerlas unos u otros, administración y medicación la podemos hacer enfermeros o médicos lo que los enfermeros no podemos hacer es indicación médica"</i></p>

TEMA	CONTEXTO O ACTOR SOCIAL	CALIFICACION	DICHOS
ROL	CONTEXTO LABORAL	DESDEBUJADO	<p><i>E 17 c e "pero yo creo que no, yo estoy de acuerdo con la especialidad, ser enfermera en una cierta área, de repente podés ser una buena enfermera en pediatría y posiblemente no en obstetricia, (...)porque es como que la enfermera tiene que abarcar toda la problemática"</i></p> <p><i>E 20 "Ellos consideran que la enfermera no necesita una especialización, te digo de algunos profesionales, por que no todos piensan así, pero se piensa que la enfermera tiene que estar capacitada para estar en cualquier lugar en cualquier momento y atender toda la problemática. Yo pienso que no es así la cosa."</i></p> <p><i>E 40 "Porque allí además de soportar una demanda inmensa, además te otorgan tareas que no son de tu incumbencia"</i></p> <p><i>E 43 "Pero en el Hospital, vos podés hacer prevención y educación aunque no saiga, pero todo se acaba en el Hospital pero no tenemos servicios de atención domiciliaria por ejemplo. Pero faltan recursos humanos, falta presupuesto y no se puede hacer...No sé si algún día lo vamos a poder hacer"</i></p> <p><i>E 46 "Si, pero el problema de falta de recursos humanos es una traba. Porque aunque baje el número de pacientes en Sala (que no bajaría) no podemos hacerlo sin nuevo personal."</i></p> <p><i>E 81 "Depende de la Institución, en el Regional por ejemplo la rotan de turno, de servicio es muy conflictivo y en el Materno Infantil profesional no, respetan los turnos, respetan las áreas eso depende de la filosofía del que está a la cabeza de la Institución"</i></p> <p><i>E 153 "Hace mucho tiempo de eso, acá hubo gente con ese título, lamentablemente porque dadas las normativas, funcionaban escuelas de enfermería pero el título era de 'masajistas' y no podían trabajar, es una pena porque ellas pobres están preparadas"</i></p> <p><i>E 154 b "a nosotras la formación que nos daban era para cirugías también; podíamos realizar operaciones sencillas, para poder actuar directamente en el campo de batalla..."</i></p> <p><i>E 256 b "Por ejemplo una encargada de Sala, una enfermera desbordada insultó al personal, entonces yo alcanzo a escucharla y le digo a la médica que estaba de JEFA para que intervenga, pero como que ella deja pasar, y no se hace eco..."</i></p> <p><i>E 377 c "de repente te dicen 'no hay nada pqrg hacer', y no hay nada para hacer porque a lo mejor se hicieron las camas, se tomaron los signos vitales etc. pero hay mucho que hacer por ejemplo en lo que hace a la valoración de los pacientes, la información incidental, observar en los horarios de visita como es la relación de los visitante con los pacientes"</i></p>
ROL	ENFERMERA /O	TRIDIMENCIONAL	<p><i>E 39 a "La enfermería está saliendo a la comunidad"</i></p> <p><i>E 72 a "Siempre se prepara en base a las indicaciones médicas según el tratamiento; la enfermera tiene que verificar que la dosis sea la adecuada, que la vía de administración sea adecuada; esa es el área de interdependencia"</i></p> <p><i>E 80 Mirá la Enfermería tiene que tener una formación generalista, ver al hombre como un ser único holístico, después la tecnología te lleva a tener que hacer especializaciones, de repente una formación generalista no te sirve para una terapía intensiva, pero muestra visión se mantiene integrada, si vos ves la especializaciones en medicina ya no tratan con un hombre sino con pedacitos...</i></p> <p><i>E 138 Yo pienso que la enfermería tiene que afianzar el área independiente, dentro del ámbito institucional queda muy limitada....esto incluso les pasa a las terapistas ocupacionales, porque si no tienen la prescripción y aceptación del médico ellos no pueden hacer nada, y eso no puede ser así... porque entonces que profesión es esa?. Pero todas no piensan así, algunas compañeras observan que muchas profesiones dependen del diagnóstico médico... pero no, en alguna medida tienen que pensar diferente, la línea de enseñanza, la de administración las tenemos desde hace mucho tiempo lo que hay que buscarle...Porque en la medida que nos demos una veta independiente, vamos a poder trabajar en interdisciplina sino es imposible.</i></p>

TEMA	CONTEXTO O ACTOR SOCIAL	CALIFICACION	DICHOS
ROL	ENFERMERA /O	TRIDIMENCIO NAL	<p>E 279 a b "Con respecto a las funciones de la enfermería son del tipo dependientes, independientes e interdependientes: hablo de la enfermería profesional que es la única que tiene las tres funciones, la dependiente es la que más se conoce, solo puede actuar si hay una indicación médica y generalmente está centrada en todo lo que sea medicación farmacológica"</p> <p>E 284 b c "es una distancia abismal en nuestra mirada y la del médico; nosotras hablamos de cuidado y los médicos hablan de curar y centramos en el cuidado, siempre decimos que cuidamos a partir de la persona y enseñamos a la persona que ella pueda manejarse, por eso la enfermería tiene una manera distinta de mirar"</p> <p>285 "nosotras hablamos de cuidado los médicos hablan de curar"</p> <p>E 291 b d "decimos usuario que nos gusta más; porque una persona tiene el derecho a recibir los cuidados que vos les das, no tiene porque esperar pacientemente, porque ahí está radicado el poder...porque como él es el enfermo él me espera a mí. Hay un cambio en la manera de ver cuando lo 'sentís' usuario, porque él viene en busca de un cuidado que se lo tenés que dar"</p> <p>E 292 "Por ejemplo fijate la alimentación, estaba hace tiempo en los Patrones Funcionales como una actividad vital, cuando yo hablaba de la organización de enfermería, tenemos una metodología, y eso es sistemático, nos permite valorizar todo, si agregamos el factor sexual, el Patrón respiratorio, el Patrón nutritivo, el metabólico que yo soy la que tengo que ver, cada vez que me acerco a un paciente en forma holística esa persona... no es un paciente operado de esto o aquello, es una persona que la veo desde toda la movilidad, respiración, relación con los otros, comunicación"</p> <p>E 293 h "lo nuestro es integrar todo esos aspectos en una persona"</p> <p>E 299 La verdad... para mí, en el equipo de salud, es la que atraviesa permanentemente todos estos campos, la que integra la atención,</p> <p>E 300 c "si en relación a la medicación vos tenés indicado lo que se debe administrar y vos valorizás si lo hacés"</p> <p>E 324 b "y por otra porque implica un gran compromiso (la aplicación del PAE) y eso es muy resistido"</p> <p>E 336 "(se piensan como especialidades necesarias) cardiovasculares, terapia intensiva, cirugía, pediatría, obstetricia..."</p> <p>E 345 El tema es así, nosotras para considerarnos profesionales tenemos que realizar nuestra profesión con una fundamentación científica, el método científico que nos identifica es algo que te lo habrán nombrado el PAE, es nuestro léxico, nuestro lenguaje, es de la única forma que nos debemos comunicar y es de las cosas que más nos cuesta que los alumnos incorporen, esto tiene que ver con que nuestro grupo de formación como docentes es muy heterogéneo</p> <p>E 351 (...) y esto solo es posible cuando nos sentimos partícipes. Cuando la limitación tiene que ver con el hecho de sentirse o no perteneciendo a una institución</p> <p>E 367f (...) en crear un espacio para ir a hablar, para encontrar respuestas, cosa que antes no existía y después no sucedió.</p> <p>E 373 Porque yo quería saber, y sigo queriendo saber, porque a mí me parece que lo que hago, la percepción que tiene el otro de lo que hago, el paciente, mi propia valoración es importante para saber lo que sucede porque si toda la gente dice que se va contenta del Materno yo quiero saber que pasa, si realmente se va conforme, porque dicen que se van conformes. Bueno creo que la investigación es una forma de encontrar respuestas a lo cotidiano.</p> <p>E 377c (...) de repente te dicen 'no hay nada que hacer', y no hay nada para hacer porque a lo mejor se hicieron las camas, se tomaron los signos vitales etc. pero hay mucho que hacer, por ejemplo en lo que hace a la valoración de los paciente, la información incidental, observar en los horarios de visita como es la relación de los visitantes con los pacientes...</p> <p>E 386b Es más piensan que la educación continua pasa por ir a escuchar a alguien, nadie lee cotidianamente, yo recuerdo haber llevado fotocopias y libros al servicio o historias que no eran habituales, bibliografía de patologías que no era prevalentes para charlar y pasaba por lo que yo llevaba y yo les decía 'Uds. ven que los médicos están siempre sentados estudiando, uno tiene que incrementar, actualizarse.</p>

TEMA	CONTEXTO O ACTOR SOCIAL	CALIFICACION	DICHOS
ROL	ENFERMERA /O	TRIDIMENCIONAL	<p>E 395 (...) ¿sabés lo que decía la gente a la pregunta de si conoce la ley de ejercicio profesional? 'Sí, si hay una ley pero no está reglamentada' a pesar de que se había hechos charlas sobre esto y decías cosas por ejemplo 'La ley existe pero no está en vigencia. No sé, ¿La Constitución existe pero no está en vigencia? (...) Acá existe la ley, pero yo estoy cuidada porque la ley no está envigencia! Esto es como el SIDA, sé que existe el virus pero preservativos no uso, el virus no está en vigencia</p>
PODER	ENFERME RA/O	PERMANENCIA	<p>E 29 (en relación al poder informal) "Y creo que yo la pondría en el primero..."(lugar más elevado)</p> <p>E 30 "Acá vimos que cuando hacían paro los médicos y los residentes, no se notaba demasiado...nunca llegamos a hacer paro total de enfermería porque...no sé, se viene abajo todo..."</p> <p>E 31 (en relación a su poder) "No por todos...no sé si es visto...creo que no lo quieren ver, pero creo que lo reconocen por dentro aunque no te lo digan, a lo mejor no te lo van a decir porque vos sos la enfermera, pero por dentro saben que si no está enfermería...aparte somos un alto número nosotros acá adentro...relacionado con otras actividades en enfermería somos como cuatrocientas personas"</p> <p>E 276 c "porque el médico indica 'consulte con el psicóloga' y entonces surgen una serie de inconvenientes 'veni a verlo' 'ahora no puedo', 'mirá que la madre lo maltrata'...'Bueno, ...ahora voy' y después el médico '¿vino la psicóloga?' 'Sí' '¿Lo vió?' 'Y ¿Qué dijo?... No, yo no estuve en la entrevista; pero se fue con cara medio preocupada' 'Bueno', y así van y vienen, van y vienen, pero no es sólo eso, tenés muchas cosas; porque el problema es que no está coordinado lo demás, no hay reuniones de equipo"</p> <p>E 277 a c "Enfermería seguiría coordinando, porque no hay ningún otro servicio las 24 hs. de alguna manera enfermería intervendría como nexo esclarecedor en esas reuniones de equipo" (...) "Si enfermería tomara conciencia de estas cosas que nosotros las consideramos boludeces, y son muy importantes; bueno enfermería con presupuesto y todo, pro como no somos conscientes"</p> <p>E 281 k "y, yo tengo una posición estratégica en el Comité (Antiinfección) que es ser Secretaria del Comité de Infección, eso me permite que la Secretaria del Comité elabora una tarea al Departamento de Enfermería y lo que iba a hacer y como yo era la Jefa de Enfermería la situación era de aceptación, así cada semana nos poníamos un propósito alcanzable y lo hacíamos"</p> <p>E 293 f i "Quién es la persona que está 24 hs. con aquella persona que tiene alteraciones de salud? ¡La Enfermera! (...) "Yo creo que cuando mayor formación tengamos las enfermeras, estos post - grados que estamos haciendo, más, el Doctorado en Enfermería que estamos preparando, que ya está aceptado por los tres Departamentos nos va a llevar a lograr mayor autonomía en el pensamiento, entonces nos organizaremos en los Hospitales y tendremos representación en los lugares de poder, porque las Direcciones no pueden estar exclusivamente en manos de médicos porque una mirada,... entonces si vos tenés una Dirección donde participan distintas profesiones; la mirada es mucho más general, y esto es muy importante porque sino, vos fijate que la atención en salud es cada vez más medicalizante cuando nosotros sabemos que las drogas, uno de los poderes mayores del mundo"</p> <p>E 298 "Bueno...está pero no permanentemente; ellos por ejemplo están atendiendo ala emergencia...pero pueden ir por ejemplo a su habitación y estar y los llama la enfermera. La atención constante y directa es otra manera de estar..."</p> <p>E 305 "Lo que pasa es que acá habría que hacer una diferenciación, entre el rol integrador y resolutivo de situaciones necesarias para ese usuario y que uso; del poder del uniforme blanco para ser, por ejemplo para familias muy humildes en parte para que no molesten al médico; esto pasa por un poder sometido y otra cosa es tener poder para transformar y usar el poder para transformar la práctica. (...) y está el otro poder, que es el de la enfermera comprometida, (yo) les decía ahora quiero y quiero una lista de quienes van a estar a tal y tal hora donde el horario de Guardia era realmente de guardia activa y al que yo voy a requerir, pero eso es ideológico...Acá estamos para asumir la tarde y la mañana"</p>

TEMA	CONTEXTO O ACTOR SOCIAL	CALIFICACION	DICHOS
PODER	ENFERME RO/A	PERMANENCIA	<p><i>E 368 "Creo que con que de pronto, en un lugar, por ejemplo en el turno tarde que es en el que yo ingresé, porque yo ingresé en el turno tarde y allí eran 'dueños de vidas y haciendas', si el paciente se quejaba porque tenía una flebitis y... le 'cerraban las chapitas' como decían ellos y olvidate de la paciente y del plan de intervención"</i></p> <p><i>E 369 "Cuando yo te decía que eran dueños de vidas y haciendas es porque ya sea a través de un familiar o porque se reclamaba atención porque le dolía en el lugar en donde tenía colocada la venopuntura entonces la actitud era '¿te duele?' y a sabiendas de que el suero contenía medicación o era un suero que se había colocada porque había signos de deshidratación y como fondo también de demostrar el poder, bueno 'vos te quejás, ya te dije que estaba bien, bueno sabés que esta medicación no te está pasando'</i></p> <p><i>E 370 "En que el Otro está imposibilitado, institucionalmente en que la supervisora no se ocupa, yo no vi a nadie que dijera, bueno, esto es una violación frente al Otro, que son varias violaciones, y entonces ellos eran dueños de todo esto"</i></p> <p><i>E 371 "No había control por parte del Departamento, esa forma de funcionamiento involucraba también a enfermeras profesionales"</i></p> <p><i>E 374 g "y de esta situación uno puede salir verdaderamente dañado, si no está seguro de lo que está haciendo y a dónde va"</i></p> <p><i>E 376 "Conclusiones del tipo de: no se amolda para trabajar con ese grupo, que no sirve para el servicio, los supervisores solían poner el mote de conflictivo, el que problematizaba pasaba a ser un conflicto para el grupo, la responsable era la persona nueva y no el conflicto de fondo, legalmente inclusive."</i></p> <p><i>E 379 d "además ¡no había timbre!, se anulaban los timbres! Un día, hubo un problema, según ellos quedaban demasiado prendidos y los hicieron anular, y el paciente no tiene como comunicarse, el que está cerca del office, gritaba ENFERMERA! Y el que está a más de dos metros, olvidate!, además no se ubicaban los pacientes según el grado de dependencia, lo que podían deambular más lejos, eso imposibilitaba que si ellos no estaban presentes no podían pedir ayuda y esa sensación de vulnerabilidad total, donde vos estás 'en manos de', ya más si no te podés levantar por impedimento o de dolor o bueno tenés una venopuntura o una solución parenteral o una sonda vesical,"</i></p> <p><i>E 385 b d "Todo eso, porque más allá que de repente tuviera que informar que el paciente no estaba de acuerdo en recibir su visita pero no estaba todo eso, medio como que tenía que verbalizar lo que me había comunicado la psicóloga pero no estaba en la historia clínica"</i></p> <p><i>E 386 a la gente que es auxiliar y está estudiando la básica lo piensa como una manera de superarse y llegar a ser JEFE, escalar posiciones institucionales y de status social, no como valor agregado sino como principal motivo; pero la educación de Servicio se descarta como necesidad y deber"</i></p>

TEMA	La interacción entre	CALIFICACION	DICHO
DINAMICA DEL CAMPO	AUX. Y OTRAS PROFESIONES	<p align="center">LO PROPIO "La orden médica"</p>	<p><i>Elena DG: Y Bueno...lo mismo, cuando empiezan a dar las órdenes para hacer el trabajo" (255)</i></p> <p><i>Mi: "El Parte médico" (690)</i></p> <p><i>MI: "Ah...sí...sí. Si hay que hacerle algo se le hace, eso se mira lo que piden, si hay que hacerle...." (692)</i></p> <p><i>Mi: "Si...el recidente, es lo mismo que el médico de planta, la misma relación, sino piden algo nosotros colaboramos con ellos" (710)</i></p> <p><i>Es:.....Mirá., hay doctores...que vos podés trabajá y es una maravilla, pero hay algunos doctores y eso...que no, quieren todo ya, ya, ya!...y a veces...hay cosas que en la Sala no y hay y después por intermedio de las compañeras, gracias a Dios, tengo compañeras, que son ya enfermeras profesionales y eso, tratan siempre de ayudar." (754)</i></p> <p><i>R: "(...) muy a pesar de los médicos que ya se habían acostumbrado a mí, viste como son los médicos....este...el cafecito...todo....porque en los consultorios vos lo que tenés que tener es todo ordenado para que el médico venga y trabaje. Bueno...el trato con el paciente, el consultorio, bueno, a pesar de eso, que me pidieron los médicos, que no me sacaran del Sector..." (817 b)</i></p> <p><i>R: "El médico es el que las realiza, de todas maneras es el que nada en la internación ¿Está?" (833)</i></p> <p><i>V: "Es inmemorial...no se sabe quien la organizó por primera vez...." (915)</i></p> <p><i>V: "No, nosotros los llamamos, si pasa algo llamamos al médico." (926)</i></p> <p><i>V: "No...Es así,...Vos tenés que cumplir las órdenes del médico." (927)</i></p> <p><i>L: "Ellos, eh...No, mucha relación...no sé. Yo soy muy cerrada en ese sentido, soy de hablar lo necesario y hacer las cosas que me piden en el momento...No, no soy muy abierta en ese sentido. (1010)</i></p> <p><i>L: "Con la acción" (1011)</i></p> <p><i>L: "Las derivaciones son derivaciones médicas...Después ...los demás profesionales...también son todos derivados por el médico..." (1048)</i></p>
		<p align="center">LO AJENO "Los papelitos"</p>	<p><i>Mi: "¿Que no sean medicoss?...y a la mañana por ejemplo hay unas chicas que pasaban y eran Terapistas, y eso, la gente de rayos que vienen. ¿A que profesionales te referís vos? (677)</i></p> <p><i>MI: "Sí, a la mañana están todos...a la mañana..." (678)</i></p> <p><i>Mi: "Ella es nutricionista...está a la mañana y hace nutrición de chicos" (680)</i></p>

TEMA	La interacción entre	CALIFICACION	DICHOS
DINAMICA DEL CAMPO	AUX. Y OTRAS PROFESIONES	<p align="center">LO AJENO "Los papelitos"</p>	<p><i>Mi: "(...)/tenés que hacer los que ellos indican" (681)</i></p> <p><i>Mi: "Esas indicaciones, en general, dejan el papelito, de cómo tiene que hacerse, y vos se lo hacés al bebé o se lo enseñás a la mamá" (682)</i></p> <p><i>Mi: "Si no hay quien lo haga lo hacemos, sino se lo enseñamos a la mamá" (683)</i></p> <p><i>Mi: "Es un equipo de trabajo, si hay un problema social también interviene...la Asistente social, habla con los padres, la familia, hay un Servicio..." (685)</i></p> <p><i>Mi: "Nosotros, ya te digo, de lo que hay que hacer, uno hace lo que tiene indicado." (687)</i></p> <p><i>R: "No, esos son, no, no, no...eso es como...eso es otra que...es una queja esta, el Hospital...trabaja, o que funciona con todas estas personas, de mañana, porque de tarde no tenemos ni terapeuta ocupacional, no hay Servicio social, no tenemos nada, por lo menos que se acerquen acá a la Sala ¿Eh?" (827)</i></p> <p><i>R: "Termina realizándolas Enfermería y muchas veces mal hecho, o a veces obviándolas, porque por ejemplo eh...si tuviéramos un Kinesiólogo que viniera a la tarde, o en otros horarios y dijera: 'bueno se tiene que hacer masoterapia de esta manera, a los distintos bebés porque son...no es lo mismo un chico de 3 kg. Que uno de 700 ¿Eh?. Son diferentes las maneras en que se hace pero no todas lo saben, eh...ya...vuelvo a repetir eh...si hubiera un Kinesiólogo que indicara todas esas cosas ¿Eh?Que te enseñara... Lo mismo Terapia Ocupacional...porque te dejan notitas pero...trabajando con una enormidad de personas, de distintas formaciones, este... o enterpretan siempre lo mismo...Entonces es necesario ver, y relizar tal maniobra, y lo importante es saber para qué. ¿EH? Porque si a muchas personas no les explicás el porqué de las cosas, es como que no, es como que dá lo mismo si la hace o no la hace...¿No?" (828)</i></p> <p><i>V: Lo que pasa es que se ocupan ellos, por ahí viene la...la Terapeuta ocupacional... y bueno se ocupa ella (856)</i></p> <p><i>V: "Lo que pasa es, que se ocupan ellos. Por ahí viene la...la Terapeuta ocupacional... y bueno se ocupa ella..." (859)</i></p>
		<p align="center">LA MAMA COMO AUXILIAR</p>	<p><i>Mi: "(...) tenés que hacer lo que ellos indican (682)</i></p> <p><i>Mi: "(...) en general, dejan el papelito, de cómo tiene que hacerse, y vos se lo hacés al bebé o se lo enseñás a la mamá".(683)</i></p> <p><i>Es: "Eso...eso...los terapeutas o... hay...ocupacionales trabajan a la mañana, nosotros no estamos ¿viste?, pero ya le enseñaron a la madre como tienen que tratar al bebé, por ejemplo explicarle, si no saben algo, eso se refiere todo a la mañana, acá con lo que atendemos, que son los rayos que vienen... o... si tienen alguna hemoterapia, pero otro sector, caso no esotra."(755)</i></p>

TEMA	La interacción entre	CALIFICACION	DICHOS
DINAMICA DEL CAMPO	AUX. Y OTRAS PROFESIONES	LA MAMA COMO AUXILIAR	<p>R: "Muchas veces, nos enseñan las mamás a nosotros: 'Si, porque el Terapistas no dijo que le hiciéramos....', y bueno... y nosotras, .o' que le hiciéramos tal cosa para el movimiento de manos'...o...Y bueno, porque es de día que vienen, pero bueno esto, pasa en todos los Hospitales, no sé en las Clínicas si pasará eso, en el Regional también, porque cuando trabajaba yo en Psiquiatría de tarde....Terapistas no hacia. Venia a la mañana, y a la tarde pasaban mu...bastantes noras las gente que no sabia que hacer..." (829)</p> <p>V: "Afuera viene la mamá ...en los box de afuera, la mamá se ocupa de su bebé y no le tenés que hacer más que para los controles, a veces la mamá se ocupa de tomarle la temperatura...le dan el biberón...es otra cosa" (877)</p>
	ENFERMERA/O PROFESIONALES Y OTRAS PROFESIONES	LO PROPIO "La indicación médica reflexionada y la indicacion-orden"	<p>G: ¿"Porqué se ve los buenos y malos Enfermeros y no se ve, los buenos y malos médicos?(221)</p> <p>M: "No...Es...este... lo que pasa, es que por lo general a mi me caen las quejas, las broncas de parte médica a determinado personal, lo que hicieron, lo que no hicieron, lo que hizo mal... y eso es lo que me llega a mi... y órdenes, si, para que yo transmita, pero en general el médico se dirige a la persona que cuida al paciente en forma directo." (423)</p> <p>M: "Mediante un orden médica, se lleva al consultorio respectivo". (430)</p> <p>Ed: "Mirá...pienso que...la importancia, es una...porque se debe trabajar en equipo, porque este es un equipo de salud...No es...el médico, como antes... por allá arriba, y vos por allá abajo, porque prácticamente, eras la mucamma del médico...No, no, no es así... uno tiene tanta instrucción...tanta importancia como el médico, en cierta forma...y está muchas más horas con el paciente que el médico." (549)</p> <p>Ed: "Con algunos médicos sí, con otros no...Hay médicos que vos les decis algo y te llevan el apunte, otros no...Hay uno que te llevan la contraria y otros que no te llevan la apunte." (550)</p> <p>"Por lo general...son médicos de planta...de muchos años...que, saben que si la Enfermera les dice algo... Pero depende de cómo esté conceptualizado individualmente con ellos... y bueno, las que tienen un concepto bueno... te llevan el apunte de lo que vos decis..." (551)</p> <p>Ed: "Claro... por lo general, hay una solicitud del médico por escrito..." (564)</p> <p>Ed: "Rayos si... las Terapistas no...hay otro grupo que no... el cardiólogo por ahí sí, porque por ahí hay un riesgo quirúrgico, o un chico cardíaco, entonces suele venir a otras horas. Pero por lo general, es todo a la mañana..." (566)</p> <p>Ed: "Ellos dejan... ellos hacen una visita por la mañana y por lo general...se utiliza... nosotros hacemos kinesiología y aspiración..." (570)</p> <p>Ed: "Los Kinesiólogos lo hacen pero siempre a la mañana" (575)</p> <p>Ed: "Claro, si hay que retar...¿A quién?... a la Encargada ¡que soy yo!(605)</p> <p>Ed: Es a la enfermera y a mí... me van a agarrar a mí también, la agarran a la enfermera y a mí... y hay otros grupos que no, por ahí agarran a la enfermera sola..." (607)</p>

TEMA	La interacción entre	CALIFICACION	DICHOS
DINAMICA DEL CAMPO	ENFERMERA/O PROFESIONALES Y OTAS PROFESIONES	<p align="center">LO PROPIO "La indicación médica reflexionada y la indicación-orden"</p>	<p><i>L: "(...)eso es muy...nuevo también para la Enfermería, porque hay que ver bien... quien viene a decir que yo hice algo mal... porque va mucho en la formación que uno tenga... un médico profesional, profesional médico, un profesional Enfermero...hay que ver que incunvencias tenemos, cual es la autoridad, cual es mi obligación y cuál es la suya. El médico, es el colega con el cual trabajamos, pero la indicación médica es lo que al paciente implica, es todo un trabajo en equipo, también está la misma formación del médico, los médicos más jóvenes están mas acostumbrados. ¿Porqué?. Porque en la misma Facultad de Medicina, estamos allí, en cambio los viejos...Se nota mucho en Urgencias... porque en la urgencia es como que todos nos ponemos nerviosos, y queremos hacer todo, y hay médicos que... te exigen y está en vos... bueno...calmemonos y una cosa por vez..." (1068)</i></p> <p><i>A: "Claro...es como que ellos, a veces... es como que a veces me siento invadida, porque en nuestro terreno...a veces las cosas que yo digo... y no les da importancia, pero después va otro médico y le dice lo que yo digo y...ah!... èrp ñp dokp eñ ,çedocp--- es cp.p ima--- no sé, (...)" (1108)</i></p> <p><i>A: "El médico hace la indicación... y ya si ingresa un pacientito a respirador, ya, siempre, si hay algún pacientito distendido o a la noche surge algo..." (1132)</i></p> <p><i>A: "Si, siempre bajo la indicación del médico...eso..." (1133)</i></p> <p><i>A: "¿Cuándo trabajo?...Organizado, trato de hacer las cosas como para que cuando llegue el médico, esté todo en orden..." (1135)</i></p> <p><i>EM: "Están de Guardia, para cualquier Urgencia, para cualquier consulta..." (1176)</i></p> <p><i>EM: "Son los mismos médicos que están las veinticuatro horas, el nivel de alerta, también el médico se cansa y a veces... vienen de otro lado, y de acá se van a otro lado... el médico tiene que escansar, entonces" (1203)</i></p> <p><i>EM: "No, salvo que se esté trabajando sobre el paciente a cargo, si ellos tiene un paciente y bueno se descompensó, y tienen que hacerle algún procedimiento, suelen hacerse a la noche... ahí si hay una mayor actividad" (1212)</i></p>
		<p align="center">LO AJENO "La suplencia obligada"</p>	<p><i>G: "El Terapeuta las hace él, otros no... por ejemplo el Kinesiólogo...El Kinesiólogo viene y dice hay que hacer esto y se va... y la tarea la tenemos que realizar nosotros, pero así no es. ¿Eso no puede ser!" (157)</i></p> <p><i>M: "Si, Asistentes sociales, Terapeutas coipacionales.. Psicólogos..." (424)</i></p> <p><i>M: "También, no!. Es rutina. La Asistente social está en la Sala todos los días." (427)</i></p> <p><i>M: "Los demás son por llamado" (428)</i></p> <p><i>M: "Por llamado del médico" (429)</i></p>

TEMA	La interacción entre	CALIFICACION	DICHOS
DINAMICA DEL CAMPO	ENFERMERA/O PROFESIONALES Y OTAS PROFESIONES	LO AJENO "La suplencia obligada"	<p><i>Ed:</i> "Es como que no hay indicación... ya es como que siempre se hace a la mañana ¿viste?... y se sabe que nosotros lo hacemos en otras horas... se sigue haciendo la intervención... pero lo hacemos nosotros." (571)</p> <p><i>M:</i> "...no, si...bueno, Terapistas ocupacionale, o viene él... eh...bueno en general vienen de mañana... nosotros no..." (942)</p> <p><i>M:</i> "...Uhmmmm...ellos vienen y hacen, vienen con su... no sé como se llama..." (943)</p> <p><i>L:</i> "Np. Pueden...kinesioterapia por turno...nosotros estamos... es parte de nuestra formación, está la kinesiología, nuestra formación es tan amplia, las especialidades no existen y no es como el médico, que está el médico cirujano, el médico pediatra, el médico... en todo hay un médico, la Enfermera es como que tiene que salir y saber todo, pero bueno si, se hace kinesio, por indicación médica, el Kinesiólogo... ellos están Colegiados, es distinto, vienen una vez al día." (1049)</p> <p><i>L:</i> "Y la Colegiatura tiene ese tipo de beneficios" (1050)</p> <p><i>L:</i> "Porque cuando se Colegia, te miran como profesión y también la facturación, por supuesto. Entonces...eh...sería eso, es como que nosotros hacemos eso, hacemos kinesio por el paciente, también está la parte humanística de la Enfermería que uno en el momento uno no... pero... una forma de decirte, nosotros hacemos la derivación de kinesio y la factura el kinesiólogo." (1051)</p> <p><i>L:</i> "Claro. Al aldo de cada paciente, cuando los chiquitos son grandes o sino dejan una hoja de indicaciones." (1054)</p> <p><i>AE:</i> "No,, si... lo único que hacemos nosotros es kinesio por ejemplo, que en realidad lo tendría que hacer el Kinesiólogo que... para eso estudió..." (1101)</p> <p><i>A:</i> "(...) pero si a veces hay que hacer kinesio y si yo trato de hacer, pero es un trabajo del Kinesiólogo" (1103)</p>
	AUX. Y ENFERMERA/O PROFESIONAL Y LOS NO PROFESIONALES	LO ACEPTADO "En rutina"	<p><i>G:</i> "y... bueno, entra la gente de limpieza y empieza el baldeo y nosotros venimos a desayunar, y después empezamos a trabajar y ya.... desayunamos igual adentro a esa hora." (172)</p> <p><i>Ed:</i> "No, se hace después baldeo...si...si...si... a las... ahora, a las 8, ahora ya entran... y entran a baldear todo de vuelta." (632)</p> <p><i>M:</i> "Los camilleros acá vienen, nada más que a retirar los óbitos... el camillero es el que viene y cada chico que obita, lo lleva a la morgue, el camillero acá no entra... acá a este lugar... a tro servicio si, porque tiene que llevar a los pacientes, pero acá no... los pacientes que traen derivados están en incubadora, son derivaciones que vienen con el médico y el Enfermero y lo ingresan ellos hasta que el médico lo atiende y te dicen a dónde va, si va a terapia o que se yo, el médico lo dice... no, no hay...Y roperia... viene la chica a traer los camisolines y los deja ahí en la puerta donde está el placard y nos hace firmar como que los recibimos... ahí en la puerta dejan sus cosas y se van." (714)</p>

TEMA	La interacción entre	CALIFICACION	DICHO
DINAMICA DEL CAMPO	AUX. Y ENFERMERA/O PROFESIONAL Y LOS NO PROFESIONALES	LO ACEPTADO "En rutina"	<p>M: "Cualquiera de las que estamos... con controlar lo que dejó, ya está..." (715)</p> <p>M: "Te digo... tenemos siempre una reserva, dentro de las posibilidades, no es ¡Ah!, se me rompió un frasquito. No es que tenés que dar una y viene un solo frasquito, no. Siempre una reserva hay... además, está la Jefa que a lo mejor puede salir por la urgencia porque la Farmacia está cerrada, de noche está cerrada, de noche ... pero de día como sabe la medicación que necesita, podés ir hasta la Farmacia. El medico te da la orden... lo que se necesita, porque puede pasar." (717)</p> <p>Es: "Porque después tenemos que ir a... a partos o a quirófano, tenemos que ir, no viene el camillero" (758)</p> <p>V: "A no, no, no, no. El camillero, trasladamos nosotros, cuando hay que bajar a... esto, vamos nosotras y la mamá. Nosotras el camillero, no." (889)</p>
		LO RECHAZADO "En Urgencia"	<p>G: "Si, con maestranza siempre, vienen todos los días a las siete a baldear... camilleros de repente los vamos a buscar y a veces no vienen, tardan, y nosotros decimos que están tomando mate y nos peleamos y así" (162)</p> <p>G: "Porque nosotros generalmente hay que bajar algún chiquito a algún estudio y eso, tenemos que bajar con la incubadora, la bomba y la historia clínica y eso...entonces se llama al camillero para... y muchas veces no los encontramos..." (182)</p> <p>G: " Llevarse los bebés fallecidos." (183)</p> <p>G: "Y si... clro, clro (cabizbajo) tiene que salir del servicio antes de que lleguen las mamás." (184)</p> <p>G: "(...) si vienen a sacar una placa... o vienen a sac un... a hacer un... una ecografia, desenchefan el aparato y después no lo vuelven a enchufar y vos tenés que estar atrás corriendo... ¿eh?" (243)</p> <p>M: "(...) Con relación a Lactario, y bueno, es simplemente un grilla para el pedido de lactario para la Jefa, cuando se hace Farmacia también, cuando yo hago el pedido de Farmacia, cuando tienen alguna inquietud o algún medicamento está faltando, también... el pedido de suministros... a mí..." (438)</p> <p>M: "(...) como tienen capataz que tienen gente de muchísimos años y estaban acostumbrados a trabajar muy poco... son medios reacios y exigen cosas más... de pedidos de trabajo, yo necesito que me venga a cambiar una lamparita o un tubo y este.... me embola tener que bajar con un papel para que me cambien la lamparita cuando yo se los puedo hacer en el acto ¿no?. Cuando yo les pido que arreglen un enchufe o algo urgente... por lo general son chicos nuevos con los que tengo buena relación, acuden enseguida." (473)</p> <p>Ed: "Cuando no hay... no ellos cuando son llamados cuando hay un óbito, no hay problemas, pero habría que llamarlos también cuando hay que ir a buscar algún chico... porque hasta eso hacemos nosotros también..." (627)</p> <p>Ed: "Y porque el médico te llama... que es urgente... que no se qué... el camillero da vuelta, que no viene... porque el camillero tendría que venir a buscar la incubadora... ir a partos o ir a quirófano... y</p>



TEMA	La interacción entre	CALIFICACION	DICHO
DINAMICA DEL CAMPO	AUX. Y ENFERMERA/O PROFESIONAL Y LOS NO PROFESIONALES	LO RECHAZADO "En Urgencia"	<p><i>nosotros no los llamamos a y ellos... siempre los hicimos nosotros... entonces ... no los llamamos..." (628)</i></p> <p><i>Ed: "Y siempre... porque por lo general... el médico está... si es un chico que está intubado, ahí en partos a los gritos diciéndote que vayas... la gente de partos está a los gripos llamándote que vayas... y los camilleros hasta que se desocupan.. te cuento... pero no debería ser así..." (629)</i></p> <p><i>Mi: "Los camilleros acá vienen, nada más que a retirar los óbitos... el camillero es el que viene y cada chico que obita, lo lleva a la morgue; el camillero acá no entre.... acá a este lugar... a otro servicio si., porque tiene que llevar a los pacientes, pero acá no... los pacientes que traen derivados están en incubadora, son derivaciones que vienen con el médico y el enfermero y lo ingresan ellos hasta que el médico lo atiende y te dicen a dónde va, si va a terapís o que se yo, el médico lo dice..., no, no hay.. y después roperia... viene la chica a traer los camisolines y los deja ahí en la puerta donde está el placard y nos hace firmar como que lo9s recibimos.... ahí en la puerta dejan sus cosas y se van...(714)</i></p> <p><i>Es: "Y... los camilleros, si vienen, es porque ha fallecido algún bebé..." (757)</i></p> <p><i>R: "(...) porque por ahí, los únicos que sabemos qué es una urgencia es el médico y la Enfermera, y no puede ser , porque hay otros servicios que trabajan... que trabajan con nosotros,, camilleros... este... no sé, esterilización por ejemplo, que cuando vas a buscar una cosa... este... 'no hay, nosotros estamos trabajando'...'Bueno, si pero lo necesito ya!'... No entienden la urgencia, cuando en lugar de ser tan burocrático, o por ahí no burocrático, sino porque... este... a veces se ponen del otro lado como importantes ¿viste?, como ... eh... y si ellos no quieren darte una cosa no te la dan... pienso que tendría que ser, las 24 hs. Para ellos también trabajar en todo, por ejemplo Farmacia, yo no entiendo que Farmacia... este... de noche esté cerrada, cuando... eh... por supuesto que los servicios tienen un stock para urgencias para esas cosas, no es cierto?, tienen que tener.! (823 b)</i></p> <p><i>V: "Y si a veces vos necesitás algo y ellos tienen un horario y si vos no estás en el horario en que ellos te ponen... se quejan... pero bueno igual te lo tienen que dar porque sii vos lo necesitás..." (884)</i></p> <p><i>V: "De que sector? No... lo que nos jode es Farmacia, ¿viste?. Si pedís algo lo tenes que ir a buscar, y porqué... si eso lo tienen que traer." (885)</i></p> <p><i>V: "Está cerrada de noche, pero de día igual.. ¿viste?. Si pedís algo lo tenés que ir a buscar, y porqué... si eso lo tienen que traer." (886)</i></p> <p><i>M: "Sí, lo que pasa es que, por ahí los llamamos... y por ahí no los llamamos... entonces no vienen porque nadie los llamó." (965)</i></p> <p><i>M: "Claro, y porque, por ahí los llamamos... y por ahí no los llamamos... entonces, no vienen porque nadie los llamó." (966)</i></p>

TEMA	ACTOR SOCIAL	CALIFICACION	DICHOS
PASE DE GUARDIA	AUXILIARES Y ENFERMERA/O PROFESIONAL	<p>LO IMPENSABLE Escribir</p>	<p><i>G: "(...) y después comunico, luego voy al box a cuidar a los pacientes, no tomo la guardia porque sea yo, es que el primero que llega toma la guardia, a veces somos dos, por ejemplo hay la Jefa no está y yo la reemplazo" (131)</i></p> <p><i>M: "No, no.. Se escribe todo lo que se podría escribir. Y ahí comete un error enorme Enfermería, porque se van a ver en un brete, como les dije, porque el médico siempre escribe,,,(447) "Y porque la falta de costumbre, porque no tienen tiempo, te digo que paulatinamente muchas están escribiendo más... más, pero todavía, yo les comentaba ayer que yo tengo temor con la gente más vieja que con la gente más nueva, porque la gente más vieja es la que se comienza a relajar y hace más fallas gruesas que no se pueden admitir..." (447)</i></p> <p><i>Ed: "No, no...se toma por ejemplo... venimos nosotros a tomar la Guardia, vamos a ese chico por chico, y la otra paersona nos va diciendo que es lo que hizo, lo que no le hizo... que fue lo que pasó, si es hipotérmico, si está en ayunas, si tiene antibióticos..." (655)</i></p> <p><i>Mi: "Y ... yo cuando puedo escribo... si, si hay medicación lo escribo, si ingresa un bebé donde ponerlo.... hum (734)</i></p> <p><i>V: "Directa, directa ... si yo tengo un paciente que está mal le digo (hace un gesto de hablar por teléfono). Doctor no está bien ... viene a verlo ... me da las indicaciones pero yo escribo, llamé al Doctor tal por tal cosa.... (905)</i></p> <p><i>M: "(...) en el cambio de Guardia se informa oralmente" (954)</i></p> <p><i>L: "El...eh... el registrar el proceso es algo... muy largo... es largo porque la valoración, todos los pasos que tiene, lleva mucho tiempo, tendrían que ser dos pacientes por Enefermero Se refleja en la evoluciones, donde uno... vino con dolor, se aplica anestésicos, es tal y tal la respuesta, se los lateralizó..." (1042).</i></p>
		<p>LO INDECIBLE Transmisión de Prácticas no ligadas a la cura</p>	<p><i>L: "No, no hay registro... Uno lo registra en la evolución, si ve que hay algo ... en la actitud... dificultad en acercarse, o que no se prende al pecho, o que la madre es poco incentivadora... eso uno lo registra" (1046)</i></p> <p><i>EM: "Si, porque cuando uno está atendiendo uno a veces, uno va viendo ... bueno ... la postura más habitual del chico es de costado ... no muchos le gusta, hay algunos que la posición boca arriba les gusta cuando están iluminados, pero hay otros bebés que no les gusta ... vos los ponés boca arriba y lloran y lloran; no la quieren, le cambiás la postura, le ponés boca abajo y el chico se duerme.(1185)</i></p> <p><i>EM: No...no...no, no es algo que se transmita la posición" (1186)</i></p> <p><i>EM: "Y no... lo que a veces se puede decir... en el Pase de Guardia de un bebé que se alimenta a pecho, y tiene un rechazo hacia el biberón, uno le dá el biberón y no quiere comer y cuando viene la mamá se prende al pecho, y con el biberón sabores esa leche y no la quiere cierra la boca, no quiere comer, entonces bueno... a veces la mamá no vino... y a veces aquí la mamá tienen recidencia la mamá y cuando hay que alimentarlo a pecho; las mamás tienen recidencia, son mamás que ya fueron dadas de alta, tienen sus bebés internados y ellas piden(...) en el Pase de Guardia se comenta: 'no vino la mama'...y rechazó el biberón... eso si se informa." (1187)</i></p>

TEMA	ACTOR SOCIAL	CALIFICACION	DICHO
TRAYECTORIA LABORAL Y TITULACIÓN	AUXILIARES	CASUALIDAD	<p><i>EDG "No cuando pedí pase para extraccionista, lo pedí para afuera y me lo dieron para adentro de la Sala, porque...en las Neo en general ...en las Neo, no es la única ésta...las extracciones, por lo general se hace por, las enfermeras extraccionan, y bueno, se distribuyó así, así como hay enfermeros que hacen otras cosas, es.. una parte más de alguien que colabora dentro de la Sala, y aparte porque yo, venía con una experiencia de extracciones ya no es la primera vez que hago extracciones, trabajé años en laboratorios haciendo extracciones.(250)</i></p> <p><i>EGD Si, pero no tiene nada que ver porque hacia con adultos y eso. Sacar sangre a un neonato es...otra cosa, pero buen... de todas (251)</i></p> <p><i>M: "Y, yo trabajaba, trabajé en el Centro Médico... en el consultorio de un ginecólogo... después empecé en una Farmacia... en IOSE. Después trabajé en tres Farmacias a la vez... cuando estábamos haciendo la casa, así en temas de Farmacia, de medicación... y como estaba en la Farmacia y como daba inyecciones, tenía que estudiar Enfermería, después como ya tenía el título de Auxiliar, em anoté en el Hospital, y trabajaba en la Farmacia y el Hospital, después la Farmacia se vendió seguí con inyecciones particulares y el Hospital y algo también algo relacionado con Farmacia." (668)</i></p> <p><i>Es: "Mirá, me inicié porque... eh... fue todo una casualidad... eh... yo me separo... y empecé a buscar trabajo... empecé en un lado y en otro, en cobranzas, en una estación de servicio... y había un vecino que me decía... siempre me encontraba en la parada de colectivo y me dice 'Porqué no estudiás enfermería?'. 'Vos estás loco... yo, enfermería?. No!' 'Dale, hacete el curso de Enfermería!' 'Pero no, te digo, siempre me dan atendido a mí, le digo, que voy a atender personas que me caigo redonde!'... y me lo vuelvo a encontrar otra vez, y 'Dale! Estudiá Enfermería que... el era Enfermero y trabajaba acá después él se fue!' y un día escuchando por la radio escucho que se daba un curso de Auxiliar de enfermería en el Regional...Ah... digo, me voy a ir a anotar... salió y digo, bueno me anoto." (740)</i></p> <p><i>Es: "En el '93... y digo 'bue! Si me gusta sigo... y sino dejo... para hacer algo, y empecé y me entusiasme." (741)</i></p> <p><i>R: "(...)Yo lo vi primero como una salida laboral, (...)me hicieron entrar enaquel entonces, se podía entrar a trabajar sin título, entre (...) y trabajé en consultorio externo" (811)</i></p> <p><i>R: "(...) como yo tenía el secundario, sin terminar, pero, lo tenía al fin...me faltaba un año, entonces...este... y tenía necesidades económicas, me recomendó un médico que trataba a mi mamá y entré... y... este... En aquel entonces..." (812)</i></p> <p><i>R (...)muy a pesar de los médicos que ya se habían acostumbrado a mí,¿viste como son los médicos...este...el cafecito...todo...porque en los consultorios vos lo que tenés que tener es todo ordenado para que el médico venga y trabaje. Bueno... el trato con el paciente, el consultorio, bueno, a pesar de eso, que me pidieron los médicos, que no me sacaran del sector (817b)</i></p> <p><i>R: "(...)y recién a los diez años más o menos (...) ya empecé a querer estudiar para tener un título." (819)</i></p> <p><i>V: "¿Cómo me inicié?... Fui a hacer un curso en radiología en el... me dijeron que estaba en el Interzonal... fui... y no estaba el curso, estaba el curso de Auxiliar..." (836)</i></p> <p><i>V: "Entonces, por eso... y aquí estoy... y me gustó... me gustó, empecé a trabajar con adultos..." (837)</i></p>
		LA IMPOSIBILIDAD DE SER MEDICO	<p><i>L: "En el año '87, yo empecé... Yo tenía una amiga que quería estudiar Enfermería, no, yo quería estudiar medicina, pero como no podía hacerlo estudiaba así otra Carrera y me dijeron ¿no tenés ganas de hacer el curso de Auxiliar de enfermería de CERENIL? Entonces yo, bueno está bien... mirá están anotando, si tenés suerte porque sos la última. Eran trescientas personas las que habían llamado, en el '87 fue que hice ese curso y de ahí nunca más dejé de trabajar en Enfermería." (974)</i></p>

TEMA	ACTOR SOCIAL	CALIFICACION	DICHO
TRAYECTORIA LABORAL Y TITULACION	ENFERMERA/O PROFESIONAL	CASUALIDAD	<p>M: "Estudié... Auxiliar de enfermería primero..." (932)</p> <p>M: <i>En el ochenta y ocho.....y empecé a estudiar... este, después estudié... Enfermería profesional".(933)</i></p> <p>M: "Primero estudiaba, nada más que por estudiar, ni como salida laboral tampoco, no... por estudiar (se sonríe) yo... yo fui a estudiar varias cosas, por estudiar (se ríe)" (935)</p> <p>M: "Y... por ahí, porque me gusta mucho el trato con el ser humano...(…) y nada... me gustó y después empecé a trabajar... y tenía que elegir entre otro trabajo y este y elegí la Enfermería... me gustaba más, me tiraba más la Enfermería." (937)</p>
		LA IMPOSIBILIDAD DE SER MEDICO	<p>M: "Por la necesidad de tener un enfermero en mi casa. Yo estudiaba medicina... pero no es que estudié Enfermería por no haber podido ser médico; sino porque necesitaba una Enfermera en mi casa." (397)</p> <p>M: "Aparte yo soy de Buenos Aires y me casé... y vine a vivir a Mar del Plata y empecé la Carrera con... ya cuando mis hijos... no tanto, pero cuando se abrió la Universidad fui de la primera promoción." (398)</p> <p>L: "La... Enfermería... fue porque... en realidad siempre me gustaba la medicina también ¿no?, por el hecho de conocer... de conocer el cuerpo humano, el organismo, la fisiología... eeh, no pude ganar... desde el momento que me tenía que ir, me anoté y todo, económicamente no podía y entonces... elegí una Carrera alternativa y fui a la Facultad para ver algo de salud y cuando me enteré que estaba la Carrera de Enfermería en la Facultad, o sea..." (1027)</p> <p>L: "Yo fui para Terapia Ocupacional" "Cuando ingreso a la Facultad, descubro que allá Enfermería, entonces...UH! qué bueno!, lo probaría como profesión por como... yo lo usaría... eran tres años, el título de Enfermero profesional que en aquel tiempo era nuevo, yo era como el común de la gente que no sabe y piensa que Enfermeros somos todos... bueno empecé y me encantó. Porque de veras me gustó. Empecé primer años, muy bien, y terminé y después decidí hacer la Licenciatura. Y actualmente estoy cursando la Licenciatura." (1028, 1029)</p> <p>A: "Enfermería?... porque a mí me gustaba la parte humana... porque yo la verdad soy técnica en Administración de Empresas..." (1081) "Claro porque yo terminé el secundario, nos casamos y mi idea era estudiar medicina que es lo que me gustaba, y lo traté de relacionar un poco con lo que..." (1085)</p> <p>Em: "(.) de Mendoza me fui a un internado en Entre Ríos donde una de las carreras que se daban era Enfermería (1158)</p> <p>(...) tal vez porque me interesaba la medicina, pero bueno... estudié Enfermería shi" (1159) Ahora está Medicina, cuando yo fui no había esa carrera, sino tal vez....,1160)</p>
		MI MAMA ES ENFERMERA	<p>Ed: "Mi mamá era Enfermera" (532)</p> <p>Ed: "No...este... empecé estudiando..." (533)</p> <p>Ed: "En la Universidad Nacional" (637)</p>

TEMA	ACTOR SOCIAL	CALIFICACION	DICHO
INTERES POR PROFESIONALIZARSE	AUXILIARES SIN INTERES "EI NO"	DIFICULTADES PARA ESTUDIAR (estudios previos/ Super-re-difícil)	<p>Es: "...Por ahora no... no porque, tengo que hacer... primero tengo que hacer el secundario" (750)</p> <p>Es: "Y, yo lo vi, cuando empezaron mis compañeras a hacer la Facultad y por lo que vi... era Súper - Re - Difícil, ya ni casi... la mayoría abandonó... otros lo hicieron en el Hospital Regional y no les fue tan difícil, es mucho más fácil. Ahora yo veo las chicas que están haciendo acá que van una vez por semana, y yo no las veo como estudiando que era en la Facultad. En la Facultad se estudia muchísimo." (797)</p> <p>R: "Porque tenía que terminar el secundario, lo hice trabajando, acá en el Mariano Moreno. Y... bueno, me pasaron... cosas personales, muchas cosas, una detrás de la otra, que no... no lograba recuperarme de una que ya me pasaba la otra. Si, si... nos cambiamos de casa... yo ... iba a nacer mi hija, la tuve sola... a los seis meses de mi hija se murió mi mamá de un infarto, después, todas cosas que no... no lograba reponerme de una me aparecía la otra... entonces no... no... y entonces... tuve una pareja de cinco años... bueno pero este... ahí es donde yo... por primera vez rompí un poco, quise... a lo mejor quise estudiar más porque... por reivindicarme a mí, como era yo antes de conocer a esta persona... yo fui una mujer sometida y maltratada, y después... la primera, el primer eslabón que rompí... y empecé a estudiar... Pero de todas maneras, enfermería me gustó, es algo mío, de trabajar... este... a servicio." (821)</p> <p>Mi: "(...)después por el trabajo no lo podía hacer, porque a la Farmacia iba a la mañana, y después aquí, así que quería pero no podía hacerlo" (698)</p> <p>EDG: "(...) porque yo estoy más cerca de jubilarme que... si fuera joven... si fuera diez años atrás vería, el planteo por ahí o ... a lo mejor, pero a mí no es una cosas que me haga estudiar, hoy por hoy, menos enfermería, me gustaría estudiar, me gustaría hacer otras cosas" (289)</p> <p>L: "Si me faltaba el secundario, estaba haciéndolo yo." (1024)</p>
		TE PAGAN LO MISMO	<p>Es: "Y por ahora no... lo que pasa es que, bueno... muchos empezaron a estudiar... ehm... para el día de mañana llegar a tener un sueldo mejor..." (799)</p> <p>Es: "Porque muchas lo han hecho por eso... y después como ven que no tienen más sueldo o ... que sigue como Auxiliar... hay muchas que no..." (800)</p> <p>V: "Yo... tengo chicas que estudiaron la Licenciatura y las chicas están cobrando exactamente lo mismo que yo... entonces para qué me voy a poner a estudiar... para estudiar algo me gustaría que... de estudiar algo me gustaría por ejemplo Asistente social... que te da más... plata también... sino, es todo lo mismo..." (854)</p> <p>V: "Y te pagan ... creo que son más horas... más estudio... Escuchame: Enfermero auxiliar estudia un año, Enfermero profesional tres y cobra lo mismo que yo" (855)</p>
	AUXILIARES CON INTERES "EI SI... Pero"	EN LA UNIVERSIDAD HILAN MUY FINO	<p>Mi: "Porque acá se abrió, se hizo un convenio con la Facultad acá en el Hospital... para que tuvieran, dar la posibilidad a las personas que están trabajando. Lo hacemos el día, el lugar de ir todos los días a la Facultad, podemos practicar acá, más las clases que nos dan acá, entonces tenemos un viernes; porque son las médicas de acá y enfermeras las que dan las clases, los viernes, entonces nosotros, lo hacemos." (697)</p> <p>Mi: "(...)cuando hice de auxiliar yo quise hacer profesional, pero trabajaba todo el día, cuatro horas a la mañana y cuatro a la tarde, y los fines de semana, hacia dos turnos, no me... entonces yo iba a preguntar (...)Entonces justo abren acá y dije, bueno, lo hago acá ya que puedo justo en horario de Hospital, como es el viernes, estoy acá porque vengo a estudiar, ahora no va a estar más, este es el último año" (698)</p>

TEMA	ACTOR SOCIAL	CALIFICACION	DICHO
INTERES POR PROFESIONALIZARSE	AUXILIARES CON INTERES "EI SI... Pero"	EN LA UNIVERSIDAD HILAN MUY FINO	<p>Mi: (...) están las profesoras de la Universidad... (...) es hilar muy fino... está bien que uno tiene que saber, no podés ... escaparte... pero es un filtro esa materia, son demasiado exigentes.. El año pasado dieron 70 un parcial y salieron 2 aprobados, eso va desmoralizando la gente, desilusionando, entonces piensan que si, además de trabajar qui y en otros lados, tiene su casa, algunos son gente grande... entonces tenés obligaciones en tu casa, obligaciones no, sino, tenés las obligaciones de tu casa... si estás lejos viviendo, que tenés un tiempo... uno o dos trabajos, vas a ponerte a estudiar y te van a... no lo veo, te desmoraliza... porque 'Y... no, está mal' y lo hacés otra vez y 'está mal' y lo hacés dos o tres veces o (...) decís ¿Qué?... estoy perdiendo el tiempo!, dejo a mi familia para hacer una carrera, que con la edad que tengo ¿para qué?' (729)</p> <p>Mi: El para qué... porque uno quiere aprender... pero tampoco... alguien que te meta palos en la rueda para que no te deje avanzar... no sé... porque... yo te digo... no quiero que me regalen nada, que te regalen nota, no, pero hay cosas que a veces... (730)</p> <p>Mi: "El para qué... porque un quiere aprender... pero tampoco... alguien que te meta palos en la rueda para que no te deje avanzar... no sé... porqué, si... yo te digo... no quiero que me regalen nada, que te regalen nota, no, pero hay cosas que a veces..." (800)</p>
		HAY QUE SUBIR LOS ESCALONES DE A UNO	<p>L Para uno mismo, para tratar al paciente, porque cuanto más conocimiento tenés, más vas a poder ayudar a otro, creo que es eso ¿no? Más de ahí... (980)</p> <p>L: "Me costó porque, tengo muchos chicos y todo, pero... y, estoy en la secundaria de noche y después vengo acá, para seguir la Carrera (se sonríe orgullosa)" (989)</p> <p>Lno, No yo les dejo todo preparado a las doce, porque solitos van a la escuela, vengo con dos y después me voy con todos (1014)</p> <p>L No, acá hay, lo único que hasta los seis años, después no, después se quedan en mi casa ahí es un poco medio complicado pero... entre la vecina de enfrente, mi mamá, mi papá... siempre hay... (1017)</p> <p>L: "Yo tenía la oportunidad de hacerlo y yo quise, por el sólo hecho de no tener un secundario, a mi no me servía... a mi no me servía, digo tenés un secundario para poder tener una buena raíz para poder estudiar lo que verdaderamente vale después vas a la Facultad y no entendés nada de lo que te enseñan" (1023)</p> <p>L: "No podía hacer ningún tipo de secundario, ahí pedi cambio enseguida. Me lo dieron enseguida, no tuve ningún problema, pero tuve un cambio de golpe, em queda una materia nada más y después voy a la Universidad. Pero yo lo voy a hacer como decía mi abuela 'hay que subir los escalones de a uno, porque sino te podés caer'. Yo no sé, si los demás están como yo..." (1026)</p>
		EL SALARIO	<p>G: "Acá no se paga nada, ningún título se paga. Licenciado no sé. Entre como profesional, anda más..." (192)</p> <p>G: "Por eso te digo... si después influyera en el sueldo" (194)</p> <p>M: "Porque hay desinterés... pienso que la parte socioeconómica influye mucho, tenemos casos de personas que venían de trabajar de la noche y están trabajando a la mañana entonces después no les queda más nada... y no hay diferencia salarial por estudiar..." (422)</p> <p>Ed: "No sé... yo veo que estudia... claro, lo que pasa es que estamos... monetariamente, estamos por el piso... categorización, no tenemos ninguna... no no hay incentivo para la gente joven..." (616 a)</p> <p>M: "...Por ahí falta de tiempo, y hay muchas chicas que tienen muchos hijos entonces no... le falta el tiempo... y para mí es la diferencia que ven que no... que no hay diferencia" (973)</p> <p>L: "No, en la Clínica Colón, son los sueldos iguales, en el único lugar en Mar del Plata que hay una diferencia, es en el Privado" (1034)</p> <p>EM Pero... como los sueldos son tan bajos, a nivel enfermería, para poder satisfacer las necesidades básicas de su hogar... tienen que tener dos trabajos... Qué tiempo tienen para que estudien?... (1225)</p>

TEMA	ACTOR SOCIAL	CALIFICACION	DICHOS
INTERES POR PROFESIONALIZARSE	AUXILIARES SIN INTERES "EI NO"	DIFICULTADES PARA ESTUDIAR (estudios previos/ Super-re-difícil)	<p>Es: "...Por ahora no... no porque, tengo que hacer... primero tengo que hacer el secundario" (750)</p> <p>Es: "Y, yo lo vi, cuando empezaron mis compañeras a hacer la Facultad y por lo que vi... era Súper - Re - Difícil, ya ni casi... la mayoría abandonó... otros lo hicieron en el Hospital Regional y no les fue tan difícil, es mucho más fácil. Ahora yo veo las chicas que están haciendo acá que van una vez por semana, y yo no las veo como estudiando que era en la Facultad. En la Facultad se estudia muchísimo." (797)</p> <p>R: "Porque tenía que terminar el secundario, lo hice trabajando, acá en el Mariano Moreno. Y... bueno, me pasaron... cosas personales, muchas cosas, una detrás de la otra, que no... no lograba recuperarme de una que ya me pasaba la otra. Si, si... nos cambiamos de casa... yo ... iba a nacer mi hija, la tuve sola... a los seis meses de mi hija se murió mi mamá de un infarto, después, todas cosas que no... no lograba reponerme de una me aparecía la otra... entonces no... no... y entonces... tuve una pareja de cinco años... bueno pero este... ahí es donde yo... por primera vez rompí un poco, quise... a lo mejor quise estudiar más porque... por reivindicarme a mí, como era yo antes de conocer a esta persona... yo fui una mujer sometida y maltratada, y después... la primera, el primer eslabón que rompí... y empecé a estudiar... Pero de todas maneras, enfermería me gustó, es algo mío, de trabajar... este... a servicio." (821)</p> <p>Mi: "(...)después ppor el trabajo no lo podía hacer, porque a la Farmacia iba a la mañana, y después aquí, así que quería pero no podía hacerlo" (698)</p> <p>EDG: "(...) porque yo estoy más cerca de jubilarme que... si fuera joven... si fuera diez años atrás vería, el planteo por ahí o ... a lo mejor, pero a mí no es una cosas que me haga estudiar, hoy por hoy, menos enfermería, me gustaría estudiar, me gustaría hacer otras cosas" (289)</p> <p>L: "Si me faltaba el secundario, estaba haciéndolo yo." (1024)</p>
		TE PAGAN LO MISMO	<p>Es: "Y por ahora no... lo que pasa es que, bueno... muchos empezaron a estudiar... ehm... para el día de mañanllegar a tener un sueldo mejor..." (799)</p> <p>Es: "Porque muchas lo han hecho por eso... y después como ven que no tienen más sueldo o ... que sigue como Auxiliar... hay muchas que no..." (800)</p> <p>V: "Yo... tengo chicas que estudiaron la Licenciatura y las chicas están cobrando exactamente lo mismo que yo... entonces para qué me voy a pner a estudiar... para estudiar algo me gustaría que... de estudiar algo me gustaría por ejemplo Asistente social... que te da más... plata también... sino, es todo lo mismo..." (854)</p> <p>V: "Y te pagan ... creo que son más horas... más estudio... Escuchame: Enfermero auxiliar estudia un año, Enfermero profesional tres y cobra lo mismo que yo" (855)</p>
	AUXILIARES CON INTERES "EI SI... Pero"	EN LA UNIVERSIDAD HILAN MUY FINO	<p>Mi: "Porque acá se abrió, se hizo un convenio con la Facultad acá en el Hospital... para que tuvieran, dar la posibilidad a las personas que están trabajando. Lo hacemos el día, el lugar de ir todos los días a la Facultad, podemos practicar acá, más las clases que nos dan acá, entonces tenemos un viernes; porque son las médicas de acá y enfermeras las que dan las clases, los viernes, entonces nosotros, lo hacemos." (697)</p> <p>Mi: "(...)cuando hice de auxiliar yo quise hacer profesional, pero trrabajaba todo el día, cuatro horas a la mañana y cuatro a la tarde, y los fines de semana, hacía dos turnos, no me... entonces yo iba a preguntar (...)Entonces justo abren acá y dije, bueno, lo hago acá ya que puedo justo en horacrio de Hospital, como es el viernes, estoy acá porque vengo a estudiar, ahora no va a estar más, este es el último año (698)</p>

TEMA	ACTOR SOCIAL	CALIFICACION	DICHO
INTERES POR PROFESIONALIZARSE	AUXILIARES CON INTERES "El Si... Pero"	EN LA UNIVERSIDAD HILAN MUY FINO	<p>Mi: (...) están las profesoras de la Universidad... (...) es hilar muy fino... está bien que uno tiene que saber, no podés ... escaparte... pero es un filtro esa materia, son demasiado exigentes.. El año pasado dieron 70 un parcial y salieron 2 aprobados, eso va desmoralizando a la gente, desilusionando, entonces piensan que sí, además de trabajar qui y en otros lados, tiene su casa, algunos son gente grande... entonces tenés obligaciones en tu casa, obligaciones no, sino, tenés las obligaciones de tu casa... si estás lejos viviendo, que tenés un tiempo... uno o dos trabajos, vas a ponerte a estudiar y te van a... no lo veo, te desmoraliza... porque 'Y... no, está mal' y lo hacés otra vez y 'está mal' y lo hacés dos o tres veces o (...) decís ¿Qué?... estoy perdiendo el tiempo!, dejo a mi familia para hacer una carrera, que con la edad que tengo ¿para qué?' (729)</p> <p>Mi El para qué... porque uno quiere aprender... pero tampoco... alguien que te meta palos en la rueda para que no te deje avanzar... no sé... porque... yo te digo... no quiero que me regalen nada, que te regalen nota, no, pero hay cosas que a veces... (730)</p> <p>Mi: "El para qué... porque un quiere aprender... pero tampoco... alguien que te meta palos en la rueda para que no te deje avanzar... no sé... porqué, si... yo te digo... no quiero que me regalen nada, que te regalen nota, no, pero hay cosas que a veces..." (800)</p>
		HAY QUE SUBIR LOS ESCALONES DE A UNO	<p>L Para uno mismo, para tratar al paciente, porque cuanto más conocimiento tenés, más vas a poder ayudar a otro, creo que es eso ¿no? Más de ahí... (980)</p> <p>L: "Me costó porque, tengo muchos chicos y todo, pero... y, estoy en la secundaria de noche y después vengo acá, para seguir la Carrera (se sonrie orgullosa)" (989)</p> <p>Lno, No yo les dejo todo preparado a las doce, porque solitos van a la escuela, vengo con dos y después me voy con todos (1014)</p> <p>L No, acá hay, lo único que hasta los seis años, después no, después se quedan en mi casa ahí es un poco medio complicado pero... entre la vecina de enfrente, mi mamá, mi papá... siempre hay... (1017)</p> <p>L: "Yo tenía la oportunidad de hacerlo y yo quise, por el sólo hecho de no tener un secundario, a mi no me servía... a mi no me servía, digo tenés un secundario para poder tener una buena raíz para poder estudiar lo que verdaderamente vale después vas a la Facultad y no entendés nada de lo que te enseñan" (1023)</p> <p>L: "No podía hacer ningún tipo de secundario, ahí pedí cambio enseguida. Me lo dieron enseguida, no tuve ningún problema, pero tuve un cambio de golpe, em queda una materia nada más y después voy a la Universidad. Pero yo lo voy a hacer como decía mi abuela 'hay que subir los escalones de a uno, porque sino te podés caer'. Yo no sé, si los demás están como yo..." (1026)</p>
	ENFERMERA/O PROFESIONAL "Los NO"	EL SALARIO	<p>G: "Acá no se paga nada, ningún título se paga. Licenciado no sé. Entre como profesional, anda más..." (192)</p> <p>G: "Por eso te digo... si después influyera en el sueldo" (194)</p> <p>M: "Porque hay desinterés... pienso que la parte socioeconómica influye mucho, tenemos casos de personas que venían de trabajar de la noche y están trabajando a la mañana entonces después no les queda más nada... y no hay diferencia salarial por estudiar..." (422)</p> <p>Ed: "No sé... yo veo que estudia... claro, lo que pasa es que estamos... monetariamente, estamos por el piso... categorización, no tenemos ninguna... no no hay incentivo para la gente joven..." (616 a)</p> <p>M: "...Por ahí falta de tiempo, y hay muchas chicas que tienen muchos hijos entonces no... le falta el tiempo... y para mí es la diferencia que ven que no... que no hay diferencia" (973)</p> <p>L: "No, en la Clínica Colón, son los sueldos iguales, en el único lugar en Mar del Plata que hay una diferencia, es en el Privado" (1034)</p> <p>EM Pero... como los sueldos son tan bajos, a nivel enfermería, para poder satisfacer las necesidades básicas de su hogar... tienen que tener dos trabajos... ¿Qué tiempo tienen para que estudien?... (1225)</p>

TEMA	ACTOR SOCIAL	CALIFICACION	DICHO
EL INTERES POR PROFESIONALIZARSE	ENFERMERA/O PROFESIONAL "EI Sí... Pero"	"Ni status ni moneda"	<p><i>Ed: "(...)La gente jóven que logra hacer el secundario, porque a lo mejor lo hizo de grande...se va a alguna Carrera que tenga un poco más de status... Esto no tiene ningún status, no tienen ninguna moneda en el bolsillo... para tener un sueldo decoroso, tenés que tener dos trabajos... y dos trabajos en esto, es mortal... es ,mortal... llega un punto que no dá más..." (616 b)</i></p> <p><i>M: "(...) no hay diferencia... de afuera no se ve la diferencia" (973 b)</i></p> <p><i>L: "Yo empecé a trabajar... a y con segundo año de la Carrera (...)porque aún hoy en día la oferta aún es pequeña en relación... todavía la ley de enfermería no está en práctica, pero las Instituciones es como que están pidiendo ya como para abastecerse y tenerlos antes... como la ley no está en práctica, bueno, es como que quieren... nos eligen, por el mismo, la misma remuneración..." (1031)</i></p> <p><i>L: "(...) y llega el cansancio y entonces decis ¿Para qué voy a hacer el sacrificio de estudiar y cursar si yo trabajo lo mismo?... no hay otro reconocimiento" (1072 b)</i></p> <p><i>A: "Uno poco no, porque, lo que pasa que yo veo que... a los Enfermeros no se los valora, no hay una valoración, por ejemplo: cuando te preguntan '¿Dónde estudiaste Enfermería? Ah! ¿La Facultad?, ¿En la Facultad?', o sino me dicen por ejemplo ¿Y Ud. qué? 'Y... Enfermería' y a veces me da no sé decirlo... y tantos años..." (1086)</i></p> <p><i>A: "Todos te dicen ¿Para qué estudias de Licenciada en Enfermería?" (1087)</i></p> <p><i>A: "Y... el tema es, que mmis propias compañeras me dicen 'vos estudiás tanto y al final yo cobro lo mismo que vos y hago lo mismo que vos!' (1123)</i></p>
	ENFERMERA/O PROFESIONAL "EI SI"	"La Licenciatura me abrió la cabeza"	<p><i>Lcuando ingreso a la Facultad, descubro que allá Enfermería, entonces...uh! que bueno! Lo probaria como profesión por como...yo lo usaria...eran tres años, el título de Enfermero profesional que en aquel tiempo era nuevo, yo era como el común de la gente que no sabe y piensa que enfermeros somos todos...(1029 a)</i></p> <p><i>L: "Estoy cursando la Licenciatura. Y me cambiaron todo el panorama de lo que es la Enfermería ¿no?, desde lo asistencial que me gusta... y ahora más por cuestión práctica" (1030)</i></p>
CONOCIMIENTO PRACTICO Y TEORICO	AUXILIARES Y ENFERMERA/O PROFESIONAL	LO INVISIBLE "Saber por voluntad/ saber por meditación"	<p><i>G: "Vos, tenés... sos bueno o sos malo porque pinchás dos veces a un chico y no le podés sacar sangre o no le podés poner el suero, epro viene un médico e intuba dos, tres, cuatro, cinco veces a un chico y no lo puede intubar y no es malo para nada" (222)</i></p> <p><i>M: "Acá se trabaja un poco empíricamente... acá hay Auxilliares, que hacen las cosas porque se las adiestra. El adiestramiento no es conocimiento, comienza en la tarea en el turno mañana, se les enseña, se les trata de dar conocimiento acorde a la tarea que están haciendo pero los cuales no hay fundamentos no hay insistencia, no hay evaluación inmediata y caen en el olvido, entonces saben las cosas que tienen que hacer y en hase a los errores aprenden, pero...No es la manera correcta, (...)" (421)</i></p> <p><i>Ed: "Mirá...eh... en honor a la verdad... lo que más me sirvió... fue la experiencia, que fue lo que me abrió las puertas tanto en el Privado como en la parte privada,(...)" (638)</i></p>

TEMA	ACTOR SOCIAL	CALIFICACION	DICHO
CONOCIMIENTO PRACTICO Y TEORICO	AUXILIARES Y ENFERMERA/O PROFESIONAL	LO INVISIBLE "Saber por voluntad /saber por meditación"	<p><i>Ed: "No... tenemos una especialización de hecho, si vos hace veinte años que estás en Neonatología, obviamente tenés esa especialización...(se ríe)" (639)</i></p> <p><i>Mi: "En cuanto a los conocimientos es relativo porque acá hay mucha gente que es empírica, no tienen título, y saben trabajar por la experiencia, saben más que los recién recibidos, por la experiencia precisamente saben muchísimo, trabajan muy bien... así que no sé, a lo mejor, hay personas que tienen la experiencia y quieren entrar a trabajar en un lugar y le exigen el título y sepan más que cualquiera que tenga el título en la mano... me parece, (...)" (671)</i></p> <p><i>i: "No... estudiar es muy importante, es muy importante estudiar... hay muchas cosas, cuantas veces, uno hace cosas o hacía cosas que no tenía la menor... la hacía porque la tenía que hacer... pero sin ningún fundamento... no sabías por qué lo hacías... estudiar te enseña eso, eso, es importante, porque también poder... podés discutir algo, porque si el otro se está equivocando y vos no tenés el conocimiento... vas y hacés lo que te dice y son dos los que se están equivocando no, no, el saber es importante... la práctica ayuda" (732)</i></p> <p><i>Es: "(...) a lo mejor trabajo más de la que es profesional, porque a lo mejor la que es profesional, se quejan porque dicen: ¿tenemos que estar en Terapia Intensiva...eh... porque ahora hay muchas que no les permiten estar en Terapia... y dicen (se burla) 'Ay!...este... tenemos que estar en Terapia', y yo veo que en Terapia, a lo mejor hay una semana que veo que están corriendo un montón y otra semana... están que no hacen nada... van y atienden el chico y después lo van mirando y no hacen más nada... van y atienden el chico y después lo van mirando y no hacen más nada y a lo mejor estás afuera, y estamos con quince, diez y seis chicos cada uno y tenemos que correr...! y lavarle también todo (se ríe)... este..." (753)</i></p> <p><i>Es: "(...) a mí me interesa porque hay cosas que no las sé por meditación..." (793) "Por voluntad (se ríe), y sí, porque uno tiene que buscarle... pero no le tengo mucha confianza... entonces siempre estoy... en las cosas que hago siempre sí, pero como medicación, a lo mejor hacemos una vez por mes... cuando la agarrás otra vez...y te olvidás... de cómo se hace..." (794)</i></p> <p><i>V: "No, no hay diferencia... te hacen notar la diferencia, cuando pasa algo más... pero yo como Auxiliar, tengo que hacer lo mismo que hace una Licenciatura" (847)</i></p> <p><i>M: "Y... lo teórico... lo teórico te ayuda en lo práctico, porque uno lo práctico, al principio uno lo hace, sin saber, porque lo hace... a mí me pasó, yo lo digo porque lo viví... fui muchos años auxiliar, y después cuando estaba estudiando 'Ah!..Por eso hacia tal cosa!', entonces me doy cuenta que hay diferencia..." (941 a)</i></p> <p><i>M: "(...) que no hay diferencia, que se debe a que de afuera no existe la diferencia" (973 b)</i></p> <p><i>L: "(...) la diferencia...eh... entre enfermeros y los auxiliares es que, unos tienen la clínica, crítica (se corrige), el auxiliar no, no sabe porque el paciente está sudoroso por más que esté dormido, porque tiene dolor, porque el mecanismo del dolor es así o así, porque no vamos a levantar a este paciente todavía, y no tiene el porqué, porque si tengo que poner una vía y por más que sea tarde y yo me tenga que ir yo la pongo, no es solo cumplir con el trabajo" (1036)</i></p>

TEMA	ACTOR SOCIAL	CALIFICACION	DICHO
CONOCIMIENTO PRACTICO Y TEORICO	AUXILIARES Y ENFERMERA/O PROFESIONAL	LO VISIBLE "El Conflicto"	<p>V (...) como auxiliar, vos hacés todo... o sea... ya con lo que vos hacés acá adentro como auxiliar, hay auxiliares que trabajan mejor que una licenciada o una Enfermera profesional... como hay Enfermeras profesionales que son excelentes o licenciadas... pero bueno... creo que hay, con un verte nada más nos tendrían que dar el título. (851)</p> <p>V (...) Era excelente el curso del Regional, la práctica era enseguida... empezamos en marzo y en mayo ya estábamos trabajando. Pero bueno, cuando yo entré acá, tuve unos problemas con mi Jefa... que se llama... (869)</p> <p>Ed Mirá... eh... en honor a la verdad... lo que más me sirvió... fue la experiencia, que fue lo que me abrió las puertas tanto en el Privado como en la parte privada, que trabajé en Clínicas y todo... fue la experiencia que yo adquirí, porque ni en el Privado ni en las Clínicas privadas, se aprende lo que se aprende acá (638)</p> <p>R: "(...)... eh... no sé, yo valoro tanto el trabajo de la Enfermera como el de la Auxiliar, es decir todo (...) para mi cada uno cumple una función... este... igual bien... lo que pasa es que, bueno somos nosotras las que estamos más tiempo con el paciente... y las que... por eso mismo pienso que... eh... cada persona que trabaja en el Hospital tendría que saber, que es una cosa grave, que es un urgencia ¿eh? Y cuál no, así, como para saber actuar (...)" (823 b)</p> <p>V: "No, no hay diferencia... te hacen notar la diferencia, cuando pasa algo nada más... pero yo como auxiliar, tengo que hacer lo mismo que hace una licenciada" (847)</p> <p>V: "Cuando pasa algo eh... y claro es Auxiliar...!" (848)</p> <p>V: "Esa diferencia, si te la hacen notar..." (849)</p> <p>V: "(...) como Auxiliar, hacés todo... o sea... ya con lo que vos hacés acá adentro como Auxiliar, hay Auxiliares que trabajan mejor que una Licenciada o una Enfermera profesional... como hay Enfermeras profesionales que son excelentes o Licenciadas... pero bueno... creo que hay, con un verte nada más nos tendrían que dar el título." (850)</p> <p>V: "(...) yo como Auxiliar, no tengo que estar enseñándole a otras personas, yo lo que aprendí, lo aprendí de gente Auxiliar... que me enseñó a trabajar muy bien..." (866)</p> <p>M: "(...) hay diferencia... y no lo digo, porque a veces se cree que hay diferencia... si como que se discrimina al Auxiliar" (941 b)</p> <p>L: "(...) porque tampoco es justo... una Carrera universitaria con lo que cuesta... desde el tiempo, desde el dinero, ¿EH?... y los sueldos que tenemos, porque es todo... esto es todo a pulmón..." (1039 c)</p> <p>A: "(...) yo cuando entré... todos me decían que como yo hice la Facultad, se las saben todas... y en definitiva no es así... y estas chicas me decían que con mayor experiencia por ahí tres o cinco años... y yo entré hace cinco años ya y dos quedan de todas las que habían entrado... y todas dicen 'no, porque la parte humana y que se uo...' (1095 b)</p> <p>A: "Lo que pasa que yo soy muy sensible, a mí me duele todo... capaz que me mirás mal y ya me pongo a llorar... entonces, si un poco me costó, por eso... porque soy Enfermera de Facultad..." (1096)</p>
VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LA DIFERENCIACION DE TAREAS	AUXILIARES	VENTAJA "Evitar el desgaste"	<p>V: "(...) Terapia Intensiva tiene más cuidado... o sea hay diez incubadoras, se necesita, ponete, si somos siete, cinco y tres quedan afuera. Nosotros en este momento estamos pasando por un muy mal momento en Terapia (...) yo el mes pasado pase por un cuadro de stress, me medicaron y todo... ¿Porqué?. Porque yo, siendo Auxiliar, estoy teniendo responsabilidades que no tendría porqué tener... pero es mi trabajo, me gusta lo que hago... Entonces bueno, no se puede dejar... fuera... si tenés bebés que cuidar... y hay gente que no quiere entrar a Terapia y no creo... no es porque no sepan, sino que no quieren esa responsabilidad" (861)</p> <p>V: "(...) Auxiliares que piensan que no les corresponde hacer y profesionales que no están entrenados... porque no se toma la gente y se la entrena... Falta gente... bueno, si ¿Qué número de personas necesitan? ¿Faltan ocho?. Si, bueno, tomen..." (862)</p> <p>V Se murió un paciente y quedé muy mal (893)</p>

TEMA	ACTOR SOCIAL	CALIFICACION	DICHO
VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LA DIFERENCIACION DE TAREAS	AUXILIARES	DESVENTAJA Desvalorización	<p>EDG: "La Auxiliar está reconocida como esclava...para trabajar (212) MI: " (...) me parece improductivo" (671) "Me parece que si la gente que sabe, sin egoísmo, lo comparte con la gente que no sabe, me parece que está bien que esté todo mezclado, porque uno se va enriqueciendo con lo que sabe el otro... ahora... claro, esto tiene que ser así, tiene que ser un compartir las cosas, que no haya discriminación... se puede trabajar muy bien con gente que esté preparada y otra no tanto" (672)</p> <p>Es: "Y... beneficio, yo no encuentro ninguno. Lo que pasa es que la Auxiliar de enfermera, se es así, va quedando más atrás... no va a poder seguir progresando." (749)</p> <p>V: "Porque sos igual... porque sos lo mismo... siendo Auxiliar que un enfermero profesional... yo creo que tendría que evaluar a la gente trabajando... porque te puedo asegurar, que de la gente que yo he visto salir de la profesionalización. No está apto, la mayoría " (925)</p>
	ENFERMERA/O PROFESIONAL	VENTAJAS Mejor atención al paciente y Reconocimiento social del Enfermero/a	<p>M: "Responsabilidad y conocimiento" (420) M (...) acá hay auxiliares, que hacen las cosas porque se las adiestra. El adiestramiento no es conocimiento, comienza en la tarea en el turno mañana, se les enseña se les trata de dar conocimientos acorde a la tarea que están haciendo pero los cuales no hay fundamentos no hay insistencia no hay evaluación inmediata y caen en el olvido entonces saben las cosas que tienen que hacer y en base a los errores aprenden, pero esa no es la manera correcta (421)</p> <p>M: ".....umh.....y los beneficios..... y no sé, por ahí, no sé; las contras puede ser que...que uno hace el mismo trabajo que... por ejemplo que...el Enfermero profesional hace lo mismo que el Auxiliar, eh...ymmmmm...no hay una forma como de, progresar, por ahí somos todos iguales, pero algunos.... como hay diferencia de estudios tendría que hacer otro tipo de trabajo... no sé como explicarlo.. (940) E(...) creo que hay que darle la posibilidad a todos no, pero yo invertí seis años, bueno que se yo...otros lo completan a los cinco...ahora en cuentirón de tres hacés la Licenciatura. (1119) L: "Y...La ventaja en si la tiene el paciente, el se beneficia, es el paciente, en el cuidado que uno tiene, los métodos que utiliza, los procedimientos, y ... la gente piensa que el trabajo del Enfermero pasa por, higienizar y que el paciente esté bien... pero también, el que atiende y el que ve, el que está ahí en el momento justo, es el Enfermero...(.) porque si tengo que poner una vía y por ma's que sea tarde y yo me tenga que ir, yo la pongo, no es solo cumplir con el trabajo." (1036) L(...) tiene mayor responsabilidad, eh. en el Hospital por ahí pasa porque no hay tanta responsabilidad legal y personal creo porque...el que no sabe es como el que no ve...a veces uno procede de una forma porque no sabe, y quiere ir a su casa a acostarse tranquilo (1038). A (...) tienen un solo trabajo y dejan las cosas infiltradas, entonces como antes yo no decía nada... y ahora es como que no, te quedás y lo cambiás... (1145)</p>
		DESVENTAJAS Stress y capital de reserva en Auxiliares	<p>M: "(...) para no desgastarse, trabajan una semana en Terapia Intensiva y luego en Intermedia o cuidados mínimos" (410) M El personal ya tiene somatizado eso. en cuanto al trabajo saben que tareas, esa fue una decisión de ellas mismas de distribuirse las tareas, hacer desde la más mínima como ser, colocar los biberones en el microondas a pasar a terapia intensiva adentro (se interrumpe el diálogo debido a la consulta de una de las enfermeras sobre la atención de un paciente) (412)</p>

TEMA	ACTOR SOCIAL	CALIFICACION	DICHO
VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LA DIFERENCIACION DE TAREAS	ENFERMERA/O PROFESIONAL	DESVENTAJAS Stress y capital de reserva en Auxiliares	<p><i>EM: "Yo mucho no sé, pero si.... me han comentado que separa, vos hacés eto, vos hacés lo otro o hacés lo otro... No se, si en algún momento puede plantearse algún problema, yo pienso que... todo depende de la capacidad de cada persona independientemente del título que tenga... porque, yo tal vez puedo ser una persona profesional, porque tuve la oportunidad de hacer la carrera profesional... pero a nivel de aptitudes no desarrollarla como Enfermera profesional. Hay casos donde son Enfermeras auxiliares y no tuvieron la oportunidad, no todo el mundo tiene la oportunidad, de adquirir una Carrera superior y sin embargo... uno ve que las aptitudes internas de cada persona son, mejores que otras y pueden llegar a desenvolverse muchísimo mejor, que es capaz de discernir de advertir situaciones y sin embargo si está en un plano así, se la va a marginar siempre y no se la va a dejar crecer... y esa persona está teniendo aptitudes... no creo que sea muy favorable, yo no sé como es la manera de trabajar... pero yo pienso que..." (1172 b)</i></p>

BILBIOGRAFÍA GENERAL.

- Arce, Marta, 1998
 "¿Tenemos conciencia del momento histórico que vivimos y de las implicancias de nuestras decisiones? Rev. de Enfermería del Hospital Italiano Año 1 N° 3 Abril 1998.
- Ardeguet de Ruiz, M. 1997
 "El conocimiento científico en Enfermería". Rev. TEA May/Jun 1997, 26.
- Argentin, G 1989
 "Quand faire c'est dire...". Ligè - Bruxelles, Mardaga. Citado por Alexandre Domaen. Estudios sobre el discurso político: El papel persuasivo de las figuras retóricas y de la gestualidad. Rev: Psicología Política, N° 6.1993.pag.117 - 128.
- Ayala, Victor 1999
 "Evaluación del Programa de Licenciatura en Enfermería con modalidad a distancia de la Universidad Nacional de Salta" Rev. TEA Ab./May 20
- Bachión, M y col. 1998:
 Rev. Latinoam enfermagem N° 6, pp 47/ 55, Brazil 1998.
- Bocchino, Adriana A. 2000
 "Pierre Bourdieu: claves de uso". Rev. Lean, che. Políticas culturales y Crítica de la Cultura. Publicación del Grupo de Investigación Teoría y Crítica de la Cultura Dtos. De Letras y Ciencias Sociales. Facultad de Humanidades UNMdP Año 1 N° 3. Nov. 2000.
- Bolívar, A. y Kohn, C. (1999)
 "El discurso político venezolano. Un estudio multidisciplinario". Compilado por Adriana Bolivar y Carlos Kohn. Fondo Editorial Trópicos. 1999.
- Bourdeau, P y Passeron, J-C 1967
 "Los estudiantes y la cultura": Ed. Labor S.A. Barcelona 1967.
- Bourdieu, P 1983:
 "El poder y el campo intelectual". Ed. Folios Bs. As. 1983.
- Bourdieu, P; 1976:
 "Actes de la recherche en sciences sociales". N° 1-2, bajo el título "Le cham scientifique". Traducción Alfonso Buch revisada por Pablo Kreimen. Reproducción del texto publicado en Rev. REDES N° 2 Vol 1 pp 131-160. Universidad de Quilmes.
- Bourdieu,P 1997:
 "Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción Ed. Anagrama. Barcelona 1997.
- Bourdieu, P. 1999
 "La distinción" . Criterio y bases sociales del gusto. Ed. Taurus Madrid 1999.
- Casalvieri, F. 1999
 "La transformación de la enfermería en una profesión". En Rev. TEA. N°20-
- Cerraro, Javier (1996)
 La noción de representación social en psicología social: Definiciones y diferencias con otros constructos representacionales y formas de conocimiento colectivo" En INGURUAK Rev. De Sociología y Ciencia Política. Sumario / Aurkibidea. Maitza, mayo 1996 N° 14.
- Cianelli, Ab 1997:
 Rev: Horizonte Enfermero N° 8 (1) pp 34/40. Chile 1997 .
- Coe, Rodny ; 1973.
 "Sociología de la medicina" Ed. Alianza Bs. As. 1973.
- Collière, Mª Florence; 1989
 "El proceso de vivir". Ed. Mc. Hill Bs. As.1989.
- Espejo de Viñas y col 1993
 "Condiciones de trabajo y de salud de la enfermeras/os". En Rev. Argentina de Enfermería N° 31, Nov. 1993.- 54.
- Doise, W.1986.
 "Les représentations sociales" In Doise. W. Y Palmonari A. Ed. "L'etud des représentations sociales, Neuchatel:

- Delachaux et Niestle. Citado por Cerato ob cit.
"Estudios sobre el discurso político". El papel persuasivo de las figuras retóricas y de la gestualidad". *Psicología Política*, Nº 6, 1993. 117 -128.
- Doma, Alexandre; 1993
- Drögo y Simonetti 1999
"El desafío de la formación de recursos humanos en Enfermería con modalidad de Educación a Distancia: Nuestra Experiencia" En Rev. De Enfermería del Hospital Italiano. Año 2 Nº 9.
- Foucault, Michel 1990
"La vida de los hombre infames". Ensayos sobre desviación y dominación. Ediciones la Piqueta. Madrid 1990.
- Foucault, Michel 1976
"Vigilar y Castigar". El nacimiento de la prisión. Siglo XXI Editores, 27ª edición, Madrid 1998.
- Glaser, G y Satrauss, A 1967:
"The Discovery of Grounded Theory. strategies of qualitative research". Aldine Publishing Company, New York 1967.
- Halbwachs, Maurice 1925.
"Les cadews sociauz de la mémoire" Paris, Albin Michel, (1994). Citado por Felix Sixto Vazquez en "Vivir con el tiempo en suspenso: notas de trabajo sobre transiciones políticas, memorias e historia", en Rev. Anthropos Nº 177, *Psicología social, Una visión histórica*, Marzo/Abril Barcelona 1998.
- Hall Johnson, Suzane 1998.
"Maneras de ayudar a la familia de un paciente en estado crítico". Rev. Nursing. 86 Setiembre.
- Heredia, Ana 2000
"Enfermería Argentina. Algunas reflexiones" En Rev. De Enfermería del Hospital Italiano Año 3 Nº 9.
- Ibañez, T. 1988
"Ideologías de la vida cotidiana". Barcelona Ed. Sendai. Citado por Cerrato. Ob. Cit.
- Jodellet, Denisse 1984
"La representación social: fenómenos, concepto y teoría". En Moscovici "Psicología Social" Barcelona Ed. Paidós.
- Keglon, D.1978:
"Sociology of work and occupations". Vol 5 Nº3 1978. Citado por Machado Mº H en "Sociología de las profesiones, nuevo enfoque", en Educación Medicina y Salud. Vol 25 Nº 1 1991.
- Kerouac, S y col. 1996:
"El pensamiento enfermero". Traducción: Mercé Arque Blanco. Ed. MASSON S.A., Barcelona 1996.
- Latour y Woolgar, 1986
 Citado por Jonathan Potter en "La representación de a realidad" Discurso, retórica y construcción social. Temas de Psicología 4. Colección dirigida por César Coll y Fernando Gabucio pag.147.
- Leninger, M. 1976
"Caring: The essence and central focus of nursing" American Nursse's Fundation. Citado por Torralba i Roseló ob. Cit. 1998.
- Leninger, M. 1981
"Caring: An esencial human need" Thorofare. Citado pro Torralba i Roselo, ob. Citl 1998.
- Leninger, M. 1984
"The essence of nursing and health" Thotofare. Citado por Torralba i Roseló ob. Cit 1998.
- Leninger, M. 1985
"Trnscultural care diversity and universality; A theory of care and nursing". New York. Citado por Torralba i Roselo ob. Cit. 1998.
- Lipiansky, E. M. 1987
"Representations sociales: un domaine en expanssion". Coloquio Internacional "Representations Sociales et Ideologies. Nanterre, Université Paris X. Citado por Cerrato ob. Cit.
- Machado, Mª H. 1991.
"Sociología de las profesiones". Rev: Educación Medicina y Salud, Vol 25 Nº 1 1991.
- Malvarez, S. 1994.
"Enfermería en salud mental en América Latina: tendencias y perspectivas". Citado en: "Desarrollo enfermero en Argentina de 1985/1995. OPS/OMS. Publicación Nº 42,

- Marinho, M. J. (1986) 1995 ,pp 27.
"Profissionalização e Credenciamento: Política das Profissões" Rio de Janeiro, SENAI. Departamento Nacional. Citado por Machado en "Sociología de las profesiones" Ob. Cit. Pp29.
- Mehan y Wood, 1975 Citado por Taylor y Bodgan en *"Introducción a los métodos cualitativos de investigación: La búsqueda de significados "*. Buenos Aires 1966 pag. 26.
- Mendez Diz y Kornblit 1997 *"Percepción de las condiciones laborales en enfermeras de unidades de cuidados intensivos"*. En Rev. TEA Jul/Ag. 1997.
- Michola /Sanchez 1995: *"Personalidad y Rendimiento Académico de los Estudiantes de Enfermería"*. Proyecto N° 3473/95, Universidad Nacional de Trujillo. Perú 1995.
- Moore, W.E. 1970. *"The professions, roles and rules"*. Nueva York. Russell Sage Foundation, 1970. Citado por Machado ob. Cit. pp29.
- Morrone, Beatriz 1999: *"Características y expectativas de los estudiantes de una licenciatura en Enfermería en relación a la materia Deontología y Problemática en Enfermería"* Trabajo inédito presentado en las XI Jornadas de bioética, realizadas en Mar del Plata 1999.
- Morrone, B. 1995 *"Cuanto conocemos sobre lo que hacemos?"* Rev. TEA. Nov/Dic. 1995 N° 20.
- Moscovici, Serge 1979 *"Psicoanálisis su imagen y su público"* Ed. Huemul S.A. Bs. As. 1979.
- Moscovici, Serge 1981 *"On social representations"*, In Forgas J. P. Ed.; Social cognition. London, Academic Press. Citado por Cerrato ob. Cit.
- Moscovici, Serge 1984 *"The phenomenon of social representations"* In Farr, R. M. Y Moscovici Ed., Social Representations. Cambridge University Press. Citado por Cerrato ob. Cit.
- Moscovici, Serge 1984 *"Psicología social"* Barcelona Ed. Paidós.
- OPS / OMS, 1994: *"Las condiciones de salud en las Américas "*, en Publicación científica N° 549, Vol 1 de la Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud.
- OPS/OMS, 1995: *"Desarrollo enfermero en Argentina de 1985 / 1995"*. Publicación N° 42. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana Regional de la Organización Mundial de la Salud.
- Orem. Dorotea 1985 *"Nursing: Concepts of practice"* New York. Citado por Torralba i Roselo ob. Cit. 1998.
- Palmonari, A. 1980 *Le rappresentazione sociali"* Giornale Italiano de Psicologia. VII, 2. Citado por Cerrato ob. Cit.
- Pellozo y col 1997 *"Calidad de la Atención de Enfermería esperada y ofrecida, reflejada en los pacientes de Sanatorios Privados de la Capital Federal"*. Rev. TEA Mar/ Ab 1997. 25
- Potter, Jonathan (1999): *"La representación de la realidad. Discurso retórica y construcción social"*. Temas de Psicología 4. Colección dirigida por César Coll y Fernando Gabucio.
- Quiala y Rodriguez 1999 *"Autoestima en el personal de Enfermería"*. En Rev. Cubana de Enfermería 15 (3): 184-9 1999
- Quivy, R y Campenhoudt, L. *"Manual de investigación en ciencias sociales"* Ed. Apex cerro.
- Ricci, W 1997: Rev. Bras. Enfermagem; 50 (1): 121-40, jan-mar. 1997
- Rossi, Cecilia 1997 *"Educación continua para enfermería"* En Rev. TEA Nov. Dic. 1997, 22.

- Sacks y Schegloff, 1979
Citado por Jonathan Potter En "*La representación de la realidad. Discurso retórica y construcción social*". Temas de Psicología 4. Colección dirigida por César Coll y Fernando Gabucio. Pag. 85
- Taylor S. J. y Bodgan R., 1966
"*Introducción a los métodos cualitativos de investigación: La búsqueda de significados*". Ed. Paidós Bs. As.
- Tomé-Villanueva y col 1996
"*Estrategias participativas en la Gestión*". Rev. TEA Nov. Dic 1996 14.
- Toregrosa, J. 1983
"*Sobre la identidad personal como identidad social*". Compilado por Saravia B. y Torregrosa J. En *Perspectivas y contextos de la Psicología social*. Ed. Hispano Europea, Barcelona.
- Torralla i Roseló, Francesc 1998
"*Antropología del Cuidar*" Fundación MAPFRE. Institut Borja de Bioética.
- Turner y Hodge, 1970.
"*Occupations and professions*". En Jackson, J.A.. *Professions and professionalization*. Londres, Cambridge 1907. Citado por Machado Ob. Cit. Pp28.
- Vasilachis de Galdino, I. 1998:
"*La construcción de representaciones sociales: Discurso político y prensa escrita. Un análisis socialógico, jurídico y lingüístico*" Ed. Gedisa. 1998.
- Vazquez Sixto, F.(1998):
"*Vivir con el tiempo en suspenso: notas de trabajo sobre transiciones políticas, memorias e historia*". En Rev. ANTHROPOS 177, Psicología Social. Una visión histórica, Marzo/Abril. Barcelona 1998.
- Wacquant, Loïc J. D.
"*Introducción*" al texto "Respuestas por una Antropología Reflexiva" de P. Bourdieu. Ed. Grijalbo. México 1995.
- Weinerman y Gelstein, (1990):
"Condiciones de vida y de trabajo de las enfermeras en Argentina". Centros de Estudio de Población. Bs. As. R.A., citado en OPS/OMS publicación N° 42 1995, pp 32.
- Wilensky, H. L 1970
"*The Professionalizations of Everyone*" En Grusky y Miller. *The sociology of organizations; basic studies*. Nueva York, Te Free Press, 1970. Citado por Machado ob cit. Pp29
- Zimmerman y Wieder, 1970
Citado por Taylor y Bodgan ob. Cit. pag. 26.

INDICE

INTRODUCCION

1. <i>El interés del investigador por la temática</i>	1
2. <i>¿Es la enfermería una profesión?</i>	2
2.1. <i>La secularización del cuidado enfermero.</i>	3
2.2. <i>El gran obstáculo.</i>	4
2.3. <i>La vuelta a la integración.</i>	5
3. <i>La enfermería en el país y en otros países</i>	6
4. <i>El concepto de habitus como articulador de las prácticas y las representaciones sociales en el ámbito de desempeño.</i>	9
5. <i>El campo, los habitus y las representaciones sociales.</i>	12
6. <i>Ciencia, filosofía e ideología en la organización de las representaciones sociales.</i>	13
7. <i>Las representaciones sociales y la comunicación.</i>	14
8. <i>El poder, las prácticas y las representaciones sociales.</i>	15

PROPOSITOS DE LA INVESTIGACION 18

TEORIA Y METODO 19

1. <i>Conformación de la muestra de la primera etapa.</i>	21
2. <i>Escenario en que se tomaron las entrevistas.</i>	22
3. <i>Análisis de los datos de las entrevistas de la primera etapa.</i>	22
4. <i>Características de la muestra de la segunda etapa.</i>	23
5. <i>Escenario de la toma de entrevistas de la segunda etapa.</i>	25
6. <i>La emergencia de situaciones y la búsqueda de modelos de abordaje.</i>	26
7. <i>Tratamiento de los datos de la segunda etapa.</i>	27

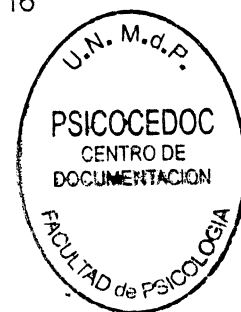
ANALISIS DE DATOS DE LA PRIMERA ETAPA

1. <i>Los habitus.</i>	
1.a. <i>El Pase de Sala.</i>	28
1.b. <i>La derivación de tareas.</i>	30
1.c. <i>Pase de Guardia.</i>	33

1.d. Suplir.	35
1.e. La Visita.	36
<i>Los habitus como estructuradores del campo.</i>	36
<u>DIAGRAMA DE POSICIONES DEL CAMPO</u>	38
2. <i>El lugar socialmente asignado y asumido por la enfermería</i>	39
3. <i>La identidad profesional</i>	42
4. <i>El proceso de secularización de las Jefaturas.</i>	47
5. <i>La medicalización del Hospital.</i>	50
6. <i>La profesionalización enfermera en Mar del Plata</i>	
6.1. <i>Las distintas cosmovisiones.</i>	52
6.2. <i>La estrategia de la titulación universitaria.</i>	55
6.3. <i>Las organizaciones enfermeras.</i>	58
6.4. <i>Auxiliares y prácticos: los conflictos.</i>	59
7. <i>Los cambios en la institución del cuidado</i>	
7.1. <i>Los cambios 'invisibles'.</i>	60
7.2. <i>Los cambios 'visibles'.</i>	61
8. <i>Zonas Grises: La superposición de prácticas</i>	68
<i>De las Zonas Grises a la Dinámica del Campo.</i>	71
9. <i>El rol de la Enfermería</i>	73
<u>CONSTRUYENDO TIPOLOGÍAS</u>	77
<u>EL INGRESO AL HOSPITAL</u>	
1. <i>Conversación y realidad</i>	78
1.a. <i>Descripción de la situación.</i>	79
2. <i>Análisis del primer fragmento conversacional.</i>	80
2.1. <i>El diálogo analizado.</i>	81
2.2. <i>Determinación de los turnos de conversación.</i>	82
2.3. <i>Tabla de categorizaciones y análisis.</i>	82
3. <i>Segundo fragmento a analizar.</i>	88
3.1. <i>Determinación de turnos conversacionales.</i>	90
3.2. <i>Tabla de categorizaciones.</i>	90
3.3. <i>El contenido a la luz del análisis conversacional.</i>	92
4. <i>Tercer fragmento a analizar.</i>	96
4.1. <i>La puja por el turno en la conversación.</i>	97
4.2. <i>El contenido y las estrategias discursivas.</i>	99

ANALISIS DE CONTENIDO DE LAS ENTREVISTAS
DE LA SEGUNDA ETAPA

1. <i>La estructura y la dinámica del campo</i>	
1.a. <i>Los Auxiliares de enfermería y los otros profesionales.</i>	
1.a.1. <i>Lo propio: la 'orden' médica.</i>	103
1.a.2. <i>Lo ajeno: los 'papelitos'.</i>	104
1.a.3. <i>La mamá como auxiliar de la Auxiliar.</i>	105
1.b. <i>Las/os Enfermeras/os y los otros profesionales.</i>	
1.b.1. <i>Lo propio: la 'indicación' médica.</i>	106
1.b.2. <i>Lo ajeno: la suplencia obligada.</i>	107
1.c. <i>Auxiliares y Enfermeras/os en interacción con grupos no profesionales.</i>	
1.c.1. <i>Lo aceptado.</i>	108
1.c.2. <i>Lo rechazado.</i>	109
1.d. <i>Auxiliares y Enfermeros en el Pase de Guardia.</i>	
1.d.1. <i>Lo impensable: Escribir.</i>	110
1.d.2. <i>Lo indecible: prácticas ligadas al cuidado.</i>	111
2. <i>La trayectoria laboral</i>	
2.a. <i>En Auxiliares de Enfermería.</i>	
2.a.1. <i>La casualidad.</i>	111
2.a.2. <i>La imposibilidad de ser médico.</i>	113
2.b. <i>En Enfermeras/os.</i>	
2.b.1. <i>La casualidad.</i>	113
2.b.2. <i>La imposibilidad de ser médico.</i>	113
2.b.3. <i>"Mi mamá es Enfermera".</i>	114
3. <i>El interés por la profesionalización.</i>	
3.a. <i>El 'NO' de las Auxiliares.</i>	
3.a.1. <i>Los estudios previos.</i>	114
3.a.2. <i>"La Universidad es Super-Re-Difícil".</i>	115
3.a.3. <i>"Te pagan lo mismo".</i>	115
3.b. <i>Los Enfermeros profesionales y su 'NO'.</i>	
3.b.1. <i>El salario.</i>	116
3.c. <i>Las Auxiliares por el 'Sí...pero...'</i>	
3.c.1. <i>'Hilar muy fino'.</i>	116



3.c.2. 'Hay que subir los escalones de a uno'.	117
3.d. Los Enfermeros que dieron el 'Sí'.	
3.d.1. 'La Licenciatura me cambió la cabeza'	117
3.e. Los Enfermeros profesionales por el 'Sí...pero...'	
3.e.1. 'Ni status ni moneda'	118
4. La valoración de los conocimientos prácticos y teóricos .	118
4.a. Lo invisible: 'Saber por voluntad/Saber por meditación.	119
4.b. Lo visible: El conflicto.	120
5. Las ventajas percibidas cuando se diferencian tareas por titulación.	
5.a. La ventaja es para el paciente.	122
5.b. La ventaja para la Enfermería profesional.	123
5.c. La ventaja para las Auxiliares.	124
6. Las desventajas percibidas por la diferenciación de tareas.	
6.a. Para las Enfermeras/os.	125
<u>BREVE SINTESIS Y CONCLUSIONES DE LA INVESTIGACIÓN</u>	
1. Los hábitos, el campo, su dinámica y EL Rol Enfermero.	127
2. Aciertos y obstáculos en las estrategias utilizadas para lograr el cambio del lugar asignado a la Enfermería.	
La organización de las Enfermeras como estrategia de poder.	130
La estrategia de titulación universitaria.	130
3. Construyendo la experiencia subjetiva de la identidad Enfermera.	131
4. La valoración del capital práctico y el científico y las estrategias discursivas para hacer fáctica esta realidad.	132
NI VICTIMAS NI VICTIMARIOS.	134
<u>ANEXOS I Y II</u>	135
<u>BIBLIOGRAFIA GENERAL</u>	187