



Repositorio Digital Institucional
"José María Rosa"

Universidad Nacional de Lanús
Secretaría Académica
Dirección de Biblioteca y Servicios de Información Documental

Rosana Inés Nowicki

roinenowi@gmail.com

Dispositivos de poder-saber que regulan la práctica de enfermería.
Análisis de caso sobre el Sanatorio Camino Complejidad Médica en
la Ciudad de Posadas, Misiones (2014)

Tesis presentada para la obtención del título de Maestría en Metodología de la
Investigación Científica

Director de Tesis
Andrés Mombrú

El presente documento integra el Repositorio Digital Institucional "José María Rosa" de la
Biblioteca "Rodolfo Puiggrós" de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa)

This document is part of the Institutional Digital Repository "José María Rosa" of the Library
"Rodolfo Puiggrós" of the University National of Lanús (UNLa)

Cita sugerida

Rosana Inés Nowicki. (2015). Dispositivos de poder-saber que regulan la práctica
de enfermería. Análisis de caso sobre el Sanatorio Camino Complejidad Médica en
la Ciudad de Posadas, Misiones (2014) [en Línea]. Universidad Nacional de Lanús.
Departamento de Humanidades y Artes

Disponible en: http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/download/Tesis/MAMIC/Nowicki_R_Dispositivos_2015.pdf

Condiciones de uso

www.repositoriojmr.unla.edu.ar/condicionesdeuso



www.unla.edu.ar
www.repositoriojmr.unla.edu.ar
repositoriojmr@unla.edu.ar



Universidad Nacional de Lanús
Departamento de Humanidades y Artes
Maestría en Metodología de la Investigación Científica

Tesis de Maestría

Dispositivos de poder que regulan la práctica de enfermería. Análisis de caso sobre el Sanatorio “Camino Complejidad Médica” en la Ciudad de Posadas, Misiones (2014).

Maestrando: Rosana Inés Nowicki

Director: Dra. Andrés Momburu

Año 2015

Índice:

Introducción	1
Capítulo I: Los dispositivos de saber-poder y las organizaciones sanitarias:.....	11
Sus referentes teóricos.....	11
Consideraciones generales en torno al Poder y al Saber:	12
El Poder y sus relaciones:.....	12
El saber cómo instrumento del poder:.....	15
El cuerpo como objeto del poder-saber: biopolítica/biopoder.....	22
El bio-poder y la Norma:.....	26
Los dispositivos de poder-saber:	28
El origen de los dispositivos: “Desde la episteme al dispositivo”	28
Dispositivos de saber-poder: Intentos de una conceptualización teórica.....	33
Dispositivos organizacionales:	37
Dispositivos de regulación organizacional:.....	38
El organigrama:	38
Convenios colectivos de trabajo	42
Normas de la organización y reglamentos internos.....	46
La disciplina como dispositivo poder en la regulación organizacional.....	47
Técnicas disciplinarias:	49
Distribución de los individuos en el espacio:	49
Control de la actividad:.....	51
Los medios del buen encauzamiento:.....	53
Las organizaciones sanitarias como asilo para los dispositivos de poder-saber. 56	56
Sistema sanitario: una breve referencia.....	56
El sistema de salud en la Argentina: un poco de historia.....	59
El sistema de salud argentino en la actualidad:.....	61
El subsector público:	62
El subsector de seguridad social:.....	62
El subsector privado:	63
Las organizaciones: generalidades.	65
Las organizaciones sanitarias:	67
Capítulo II: Metodología utilizada para el análisis de los dispositivos de poder-	
saber que regulan la práctica de Enfermería:	71
Aspectos lógico-metodológicos de la Investigación:	72
Sistema de Matrices de datos:	77
Matriz del Nivel Supraunitario	78
Matriz del Nivel de anclaje.....	79
Matriz del Nivel Sub-unitario.....	81

Capítulo III Los dispositivos de poder-saber en una Organización Privada de Salud. Posadas, Misiones. Año 2014	84
Reflexiones Finales:	157
Referencias bibliográficas:.....	162
Anexos.....	168
Encuesta Auto-administrada	169
Entrevista abierta a informantes clave	174
Guía de Observación no Participante	176

Índice de Gráficos:

Gráfico I: Instrumento que favorece la regulación de las actividades dentro del Sanatorio "Camino Complejidad Médica" según elección de los enfermeros asistenciales. Posadas, Misiones. Año 2014.....	100
Gráfico II: Cumplimiento del uniforme institucional según indicadores establecidos en el Reglamento Interno. Sanatorio "Camino Complejidad Médica". Posadas, Misiones. Año 2014	103
Gráfico III: Cumplimiento de los indicadores del Reglamento Institucional, según dimensiones de análisis. Sanatorio "Camino Complejidad Médica". Posadas, Misiones. Año 2014	110
Gráfico IV: Convenio Colectivo de Trabajo que regula la práctica laboral según elección de los enfermeros asistenciales. Sanatorio "Camino Complejidad Médica". Posadas, Misiones. Año 2014.....	119
Gráfico V: Cumplimiento Organizacional del CCT 107/75 según elección de los enfermeros asistenciales. Sanatorio "Camino Complejidad Médica". Posadas, Misiones. Año 2014	123
Gráfico VI: Método de examen aplicado a la práctica de los profesionales de enfermería. Según elección de los enfermeros asistenciales. Sanatorio "Camino Complejidad Médica". Posadas, Misiones. Año 2014	151
Gráfico VII: Cumplimiento de las actividades laborales según elección de los enfermeros asistenciales. Sanatorio "Camino Complejidad Médica". Posadas, Misiones. Año 2014	153
Gráfico VIII: Nivel de exigencia laboral según la elección de los enfermeros asistenciales. Sanatorio "Camino Complejidad Médica". Posadas, Misiones. Año 2015	155

Índice de Imágenes:

Imagen I: Descripción esquemática de un dispositivo:	36
Imagen II: Representación esquemática del organigrama lineal	39
Imagen III: Representación esquemática de un organigrama vertical.....	40
Imagen IV: Representación esquemática de un organigrama horizontal	40
Imagen V: Representación esquemática de un organigrama mixto	41
Imagen VI: Representación esquemática de un organigrama circular	42
Imagen VII: El sistema de salud y sus interrelaciones	57
Imagen VIII: El sistema de Salud Argentino en la actualidad	64
Imagen IX: Organigrama administrativo del Sanatorio "Camino Complejidad Médica". Posadas, Misiones. Año 2014.....	86
Imagen X: Organigrama médico-asistencial del Sanatorio "Camino Complejidad Médica". Posadas, Misiones. Año 2014	87
Imagen XI: Cumplimiento de los indicadores aspecto del cabello, maquillaje y ausencia de piercing, según dimensión uniforme institucional. Sanatorio "Camino Complejidad Médica". Posadas, Misiones. Año 2014	107
Imagen XII: Recibo de haberes salariales. Sanatorio "Camino Complejidad Médica". Posadas, Misiones. Año 2014.....	124
Imagen XIII: Planilla de guardias laborales. Sanatorio "Camino Complejidad Médica". Posadas, Misiones. Año 2014.....	126
Imagen XIV: Área de seguridad. Sanatorio "Camino Complejidad Médica". Posadas, Misiones. Año 2014.....	133
Imagen XV: Reloj digital para registrar el ingreso y egreso institucional. Sanatorio "Camino Complejidad Médica". Posadas, Misiones. Año 2014.	134
Imagen XVI: Planilla de reporte de asistencia. Sanatorio "Camino Complejidad Médica". Posadas, Misiones. Año 2014.	135
Imagen XVII: Tipo de sanción aplicada según motivo de sanción. Sanatorio "Camino Complejidad Médica". Posadas, Misiones. Año 2014.	147

Agradecimientos:

A mi esposo Héctor por su amor, paciencia, comprensión y sobre todo, por ser un compañero incondicional en cada desafío que me propongo, ayudándome a encontrar la luz cuando me pierdo en los laberintos del conocimiento.

A mi director de tesis Dr. Andrés Mombrú por compartir conmigo su pasión por la Metodología de la Investigación, brindándome su apoyo, tiempo y dedicación para sobrellevar las dificultades que me alejaban de las metas compartidas.

A la Dra. Ester Díaz por enseñarme a pensar desde el saber y el poder.

A la Dra. Hilda Velásquez por brindarme su amistad, sabiduría y paciencia, acompañándome en cada paso y dándome el sostén necesario para seguir adelante.

A mi familia y amigos por estar siempre.

A los colegas y amigos de la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Misiones por su constante estímulo.

A todos los colegas y amigos del Sanatorio “Camino Complejidad Médica” por colaborar con la información que se utilizó para construir este trabajo.

“El dispositivo se halla, pues, siempre inscripto en un juego de poder, pero también siempre ligado a unos bornes de saber, que nacen de él pero asimismo lo condicionan”

Foucault, 1991, p.130

Introducción

Las organizaciones sanitarias son micro-estructuras sociales; escenarios de acción donde entran en juego múltiples actores con funciones diferentes pero con un objetivo común. En ellas coexisten diferentes roles, status y pautas de relación estructurados y sustentados mediante diversos mecanismos, conformando una red de relaciones e interacciones cuya finalidad es preservar, respetar y reconocer las particularidades e individualidades de cada persona que demanda servicios. Para ello, cuenta con recursos humanos y materiales dispuestos conforme a ciertas normas, reglas, valores generales, roles y modelos de la práctica que cada miembro del equipo de salud debe aceptar y actuar en consecuencia.

Las políticas institucionales definen tanto los objetivos y la estructura administrativa como la regulación de las actividades, consecuentemente se establecen las normas y los reglamentos así como los mecanismos de control.¹En este marco emergen los modelos de gestión y se configuran las bases de acción para regular la actividad, establecer las líneas de enlace, la dependencia, la responsabilidad, la coordinación y los mecanismos de control organizacional, generando así los dispositivos que admiten el control de la organización a través del desempeño de sus integrantes. Sin embargo, un uso arbitrario de los mismos puede acarrear efectos negativos sobre el clima de trabajo, ya que permite imponer la voluntad propia por encima del conjunto, aún contra toda resistencia.

Díaz (2010) inspirada en Michael Foucault, se refiere al poder como algo múltiple, un juego de fuerzas que transitan transversalmente mediante una estructura reticular, apegándose a los cuerpos y dirigiendo sus acciones. Las relaciones de poder se caracterizan por la capacidad de unos para conducir las acciones de otros. Es una relación entre acciones, entre sujetos de acción; sus categorías comprenden maniobras como incitar, inducir, desviar, facilitar, dificultar, ampliar o limitar, hacer más o menos probables. Cuando se ejercita sutilmente a través de mecanismos de poder-saber, no puede hacerlo sin formar, sin organizar y poner en circulación un saber, un aparato de

¹Siguiendo a Pérez-Carballo Veiga (2013) el control, mide y evalúa el desempeño y toma la acción correctiva que se necesita en la organización. Por ello, se define como un proceso esencialmente regulador que comprende tanto los niveles jerárquicos superiores como al conjunto global de los integrantes de la organización. Supera el concepto de proceso técnico de seguimiento e incorpora los procesos informales donde se evalúan factores culturales, organizativos, humanos y grupales que regulan la actividad de la institución.

poder. Dando lugar a una mecánica que facilita la extracción del tiempo y trabajo de los cuerpos, más que de sus bienes y riqueza.

Dentro de las organizaciones, el poder se presenta como la habilidad para movilizar recursos humanos y materiales en orden a una meta; no sólo supone dominio, control y opresión, sino además, eficiencia y capacidad. De acuerdo a Foucault (2006) este sometimiento de los cuerpos es calculado, organizado, sutil; compuesto de elementos, herramientas y procedimientos que las instituciones ponen en juego, como una estrategia de dominación por medio de técnicas, tácticas, disposiciones, maniobras y funcionamientos que conforman una red de relaciones que atraviesa el cuerpo social e individual, estableciendo una trama de relaciones entre los sujetos.

El personal de enfermería ocupa lugares y realiza funciones paradójicas dentro de las organizaciones sanitarias, es el encargado de mantener el orden y el cumplimiento de las normas institucionales y a su vez, las devenidas de su propio campo de competencias, contribuyendo a mejorar la accesibilidad y la calidad de la atención de los pacientes y familiares a los servicios que brinda la organización. Además, es el depositario de casi la totalidad de la información que en ellas se genera y, con su accionar, contribuye a disminuir los días de estancia hospitalaria, constituyéndose en el núcleo de las prácticas sanitarias. Sin embargo, son empleados para manufacturar el sistema de cuidados, desarrollando sus actividades de acuerdo a los intereses y modelos establecidos por los empleadores.

Cabe destacar, que tanto la estructura de las organizaciones sanitarias como su funcionamiento tienen claramente asignados los niveles de las jefaturas y las cadenas de mando, entre ellas enfermería. El poder, se ejerce sutilmente sobre cada uno de los trabajadores y especialmente sobre el saber-hacer enfermero moldeando su desempeño. La aplicación de un conjunto de estrategias de gestión y poder constituyen el marco normativo que son los pilares del sistema sanitario; resultando útil mediante la obediencia al conocimiento y la dirección del ejercicio profesional que se le impone, construyendo su utilidad a través de esta obediencia y desde ella, se marca la utilidad.

Siguiendo esta línea y dentro del sanatorio “Camino Complejidad Médica”, una organización sanitaria perteneciente al Sindicato de Camioneros e integrante del subsector privado de salud de la ciudad de Posadas, Misiones; se observa que la práctica de enfermería se encuentra regulada por diferentes mecanismos de poder-saber que se

ejercen estructurando su accionar y moldeando su labor de acuerdo a los intereses de los beneficiarios (pacientes, obras sociales) y de la propia institución. Sin embargo, este ejercicio, no es directamente observable por las personas sometidas a ellos, sino que se presenta sutilmente disciplinando al sujeto enfermero, encorsetándolo a la estructura organizacional mediante la aplicación de un poder, apenas perceptible.

Al ser una institución creada para atender a las necesidades de los afiliados de la obra social de los camioneros y de aquellos que pertenecían a la mutual de camioneros, su estructura administrativa, funcional y jerárquica se integró por dirigentes gremiales y miembros de la comisión directiva de la Asociación Mutual de Camioneros, lo cual marcó una fuerte impronta del modelo gremial a la organización y práctica sanitaria, cuyos dictámenes no sólo se dirigían al área administrativa, sino también, a la acción de todos los profesionales que en ella se desempeñan. De esta manera, las decisiones que se toman desde los estamentos jerárquicos más altos del sanatorio, son puestos en tela de juicio desde la cúpula directiva de la mutual de camioneros, y los resultados y acuerdos que, en ese espacio, se consensuen se constituyen en normativa de aplicación obligatoria hacia el interior de la organización en estudio.

Por otra parte, la autora de esta tesis se desempeñó laboralmente durante 5 años dentro de la mencionada organización, ocupando el cargo de supervisora de enfermería en las áreas de internación quirúrgica y maternidad e internación polivalente de adultos. El pertenecer al plantel de mandos medios, hizo posible vislumbrar la manera en que el poder era aplicado con una impronta que marcaba el sindicato y la mutual de camioneros sobre las actividades que se realizan dentro de la organización. Así también, permitió vivenciar la aplicación de poder hacia mi labor como supervisora y a la vez, aplicar el poder que era cedido, hacia el personal operativo (personal de enfermería) que se encontraba bajo el mando de quien ejercía la función de gestión. Sin embargo, la manera en que este poder era aplicado y los mecanismos utilizados para ello, no eran fácilmente evidenciables y en general pasaban desapercibidos por los enfermeros que trabajaban en la organización. Esto probablemente debido a la sutileza de su desarrollo, que lo hacían entremezclarse en la práctica diaria y naturalizarse de manera tal, que ya no se percibían como dispositivos para el ejercicio del poder, sino que constituían en una herramienta o una modalidad laboral cotidiana, necesaria de ser cumplida.

Esta visión de la organización fue el disparador que motivó la presente investigación, llevando a plantear la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son y de qué manera se aplican los dispositivos de poder-saber que regulan la práctica de enfermería dentro del sanatorio “Camino Complejidad Médica” de la Ciudad de Posadas, Misiones durante el año 2014?

Partimos del supuesto de que el campo de actuación profesional enfermero está atravesado por dispositivos de poder que disciplinan sutilmente sus prácticas. Estos dispositivos emergen como instrumentos efectivos que regulan la actuación profesional de la enfermería, no sólo a través del saber sino también del poder, tales como: los métodos de observación (supervisión constante), los procedimientos de actuación (manuales de técnicas y procedimientos) y los estatutos institucionales (reglamentos, normativas). Todos ellos se constituyen en mecanismos sutiles; es decir, mecanismos no perceptibles por el personal de enfermería ya que se encuentran “naturalizados” en su práctica, encubriendo las fuertes relaciones de poder que ellas encierran y que requieren formas, organización y un funcionamiento en cadena.

Para abordar esta problemática se plantean los siguientes objetivos:

Objetivos generales:

- Identificar los dispositivos de poder-saber que se aplican en la práctica de la enfermería dentro del sanatorio “Camino Complejidad Médica”.
- Analizar la manera sutil en la que se aplican estos dispositivos de poder-saber y de qué manera regulan la práctica de enfermería dentro de la organización sujeto de estudio.

Objetivos específicos:

1. Indagar las técnicas disciplinarias y los instrumentos que regulan el poder dentro de la organización sanitaria sujeto de estudio.
2. Determinar las líneas que se trazan para la aplicación de los dispositivos de poder-saber dentro del “Camino Complejidad Médica”
3. Indagar sobre los efectos que produce en el personal de enfermería la aplicación de los dispositivos sujetos de estudio.

Para llevar a cabo este trabajo, se realizó un estudio de tipo cuali- cuantitativo con abordaje descriptivo e interpretativo. Las unidades de análisis estuvieron conformadas por cada uno de los Enfermeros profesionales y Licenciados en Enfermería que se desempeñan laboralmente, con relación de dependencia, dentro de la organización privada de salud referente al objeto de estudio de la presente investigación.

Las variables analizadas son: la aplicación de dispositivos de poder-saber y la regulación de la práctica de enfermería.

La recolección de datos se llevó a cabo durante el año 2014, utilizando como instrumentos de recolección de datos encuestas auto-administradas, entrevistas a informantes clave, análisis documental y observación no participante.

Este trabajo se estructura con una introducción, cuatro capítulos, conclusiones, recomendaciones, anexos y bibliografía.

La introducción contiene el planteamiento del problema, la pregunta de investigación, los objetivos, la hipótesis, la metodología utilizada y una síntesis de los hallazgos más relevantes.

Los capítulos se organizaron lógicamente, teniendo en cuenta el diseño de las matrices, donde el nivel supraunitario o N+1, describe los antecedentes que sirvieron para contextualizar la temática en estudio. Mientras que en el nivel de anclaje o N, se presenta el referencial teórico construido para abordar los dispositivos de poder-saber que regulan la práctica de Enfermería en el sitio seleccionado para el estudio, partiendo de las nociones generales de poder y saber según la perspectiva de Michael Foucault; observando, cómo se presenta el poder dentro de las organizaciones en general y cuáles son las redes que teje para sujetar a los cuerpos y hacerlos más dóciles y disciplinados. Luego, se realizó una referencia sobre el biopoder a fin de apreciar como el poder se mete en los cuerpos y logra manejar sus movimientos, actitudes y vidas. Seguidamente, se analizó el concepto de dispositivo según Michel Foucault, partiendo desde su historia hasta llegar a los dispositivos de disciplinamiento que pueden ser aplicados dentro de las organizaciones. Para finalizar el capítulo, se abordó la génesis del sistema de salud

argentino, concentrándonos luego en las organizaciones pertenecientes al sub-sistema de salud privado y haciendo hincapié en los dispositivos que permiten regular la actividad que se realiza en su interior.

En tanto que el nivel subunitario o N-1 se desarrolla en la última parte del informe y corresponde a los hallazgos empíricos y su correspondiente análisis e interpretación.

Se organizó, además, un apartado metodológico a fin de reflejar la lógica aplicada para el abordaje de los datos y la presentación de los esquemas matriciales que guiaron el devenir de la investigación.

Los resultados de esta investigación permitirán la reflexión crítica de los condicionantes institucionales devenidos de la aplicación los dispositivos de poder-saber que actúan de manera restrictiva, impidiendo la generación de condiciones de posibilidad para garantizar la autonomía del ejercicio profesional de la enfermería, limitando la libertad en el desempeño de la profesión y vulnerando la calidad de los cuidados que se brinda a los usuarios de servicios de salud.

Como antecedentes de esta investigación no hemos encontrado artículos que aborden las problemáticas de los dispositivos de poder dentro de las organizaciones sanitarias; pero, hemos hallado varios artículos que tratan las nociones de poder dentro de la profesión de enfermería, algunos en los ámbitos de formación y otros en los de desempeño profesional.

En este sentido podemos mencionar el trabajo de investigación denominado “La percepción de poder de las enfermeras frente a su papel clínico” llevado a cabo por Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz; Cibele Andrucioli de Mattos Pimenta; María Fernanda Vita Pedrosa, Antônio Fernández da Costa Lima y Raquel Rapone Gaidzinski. Realizado en un hospital brasileño público y educativo en San Pablo, Brasil durante el período 2004-2005 y publicado en la revista latinoamericana *Enfermagem* en el año 2009. Donde proponen comparar la percepción de poder de las enfermeras antes y después de la implementación de diagnósticos de enfermería dentro del citado nosocomio. Se tomó como supuesto que el poder de las enfermeras aumentaría con la implementación de dicha clasificación. Para este estudio, el poder fue abordado desde una perspectiva de poder clínico, entendido como la percepción de la enfermera de ser

intelectual, física y emocionalmente capaz y preparada para interpretar las respuestas humanas, planificar, implementar y evaluar intervenciones de enfermería de una forma eficaz. Esta percepción estaría manifestada por la libertad para actuar intencionalmente, la participación en la creación de cambios y las elecciones de actuación que realice, entre otras. Así también, los autores antes citados plantearon que el uso de una clasificación de diagnósticos de enfermería permite organizar el conocimiento enfermero en torno a los focos clínicos de interés, facilitando una mayor concientización sobre los mismos y aumentando la sensación de libertad para actuar intencionalmente y ofrecer una mayor participación en la creación de cambios en la salud de los pacientes. De esta manera y mediante un estudio longitudinal, se realizó una recolección de datos en dos tiempos, el primero en mayo del año 2004 (antes de la implementación de la clasificación de diagnósticos de enfermería²) y el segundo en mayo del año 2005 (después de la implementación de la clasificación de los mismos), abordando a un total de sesenta enfermeras mediante un cuestionario compuesto por dos partes, la primera con datos sociales y experiencia profesional y, la segunda con el instrumento *Power as Knowing Participation in ChangeToll* (PKPCT) que utiliza la técnica del diferencial semántico para evaluar el poder como capacidad para participar conscientemente en la naturaleza del cambio, presenta cuatro dominios: conciencia, elecciones, libertad para actuar intencionalmente, participación en la creación de cambios y otros cuarenta y ocho ítems. Los resultados de esta investigación, evidenciaron únicamente el aumento en la percepción de poder relacionada al dominio de participación en la creación de cambios, sin presentar variaciones notables en los demás dominios. Este hecho se interpreta como un primer paso para la consolidación de la enfermería, pero sin embargo consideran que solamente mediante las clasificaciones de diagnósticos de enfermería se podrá contribuir a la concientización del papel clínico de las enfermeras y al acrecentamiento del poder que ello pudiera implicar.

Por otra parte, Xabier Irigibel-Uriz en su artículo “Enfermería disciplinada, poder pastoral y racionalidad medicalizadora” publicado en *Index-Enfermería* en el año 2008; realizó un análisis del proceso histórico de la realidad de enfermería utilizando como

² Pueden entenderse como un juicio clínico que realiza el enfermero sobre la respuesta de salud de una persona, familia o comunidad frente a los procesos vitales y/ problemas de salud reales o potenciales. Forma parte la aplicación del método científico de enfermería conocido como Proceso de Atención de Enfermería, su función es proporcionar la base del problema que dará lugar a las intervenciones que realizará cada enfermero para lograr los objetivos de salud propuestos sobre la persona, familia o comunidad que esté atendiendo. (Carpenito, 2002)

marco las nociones de poder trabajadas por Michael Foucault. De esta manera, Irigibel-Uriz comenzó su artículo afirmando que el saber enfermero, históricamente enterrado o descalificado, ha sido, o es, sometido a la hegemonía de otro saber (fundamentalmente el saber médico). Así, durante su desarrollo como disciplina, la enfermería estuvo sometida al modelo biomédico positivista imperante, que operó silenciando su saber y alimentando un círculo vicioso de opresión y hegemonía biomédica. Dicha hegemonía, actuó desarrollando no solo métodos coercitivos que contribuyeron a la formación de enfermeras cuya utilidad se da por la obediencia, sino también a tecnologías disciplinares que favorecían el control de los cuerpos y garantizaban la sujeción constante de sus fuerzas, conllevando a asumir el conocimiento y la dirección de un ejercicio profesional impuesto e imponiendo, a su vez, una relación de docilidad-utilidad que favorecía al desarrollo de los sistemas productivos. Seguidamente, analiza la medicalización de la vida y sostiene, entre otras cosas, que la racionalidad medicalizadora conforma un control social que construye y socializa la subjetividad heterónoma de salud introduciéndola en la macroeconomía. De esta manera, el cuerpo humano ingresa al mercado como asalariado y consumidor de salud, haciendo posible una somatocracia donde el cuerpo se convierte en uno de los principales objetivos del Estado y otros aparatos de poder. Este control social aplicado al cuerpo se hace posible por medio del biopoder y sus dispositivos: la anatomopolítica y la concepción del cuerpo como soporte de los procesos biológicos (nacer, envejecer, morir). Irigibel-Uriz sostiene además, que éste es el modelo de atención sanitaria actual y es donde la enfermería desarrolla su quehacer articulado con los objetivos de control social del Estado. Esto es posible a través de la construcción de una disciplina domesticada, cuya utilidad radica en beneficio de médicos y sistemas sanitarios hegemónicos, que someten a enfermeros dirigiendo sus acciones hacia el cumplimiento de actividades carentes de autonomía profesional.

Finalmente, el autor sostiene que los aportes del conocimiento y el trabajo de enfermería son y han sido fundamentales en la construcción de los sistemas de salud, en su administración y correcto funcionamiento convirtiéndose en la columna vertebral de los centros de atención sanitaria. Sin embargo, experimentan una anorexia de poder, donde el potencial que la convierte en el corazón de la biopolítica también actúan limitándola y transformándola en mera reproductora de los parámetros biomédicos positivistas.

En este sentido, Isabela Silva Cândia Velloso, Christine Cecib, Marília Alves analizaron las relaciones de poder que se presentan en la práctica clínica de enfermería mediante un artículo denominado “Reflexões sobre relações de poder na prática de enfermagem” publicado en Revista *Gaucha de Enfermagem* en el año 2010; desde donde afirman que las relaciones de poder que se presentan en el ámbito laboral pueden parecer simples, pero sin embargo son relaciones sumamente complejas que sobrepasan tanto los límites de las prácticas profesionales como las subjetividades en ella comprometidas.

Así, las prácticas son organizadas a partir de sus propias reglas de racionalidad, códigos de conocimiento y conductas, que actúan delineándola, organizándola y justificándola además de conferirle inteligibilidad y accesibilidad. Por ello, el análisis de estas prácticas y su relación con el poder, debe realizarse desde una visión ampliada donde no solo se conozca la organización y naturaleza del poder en determinados contextos, sino también, su relación con los diversos dispositivos de orden social, político y económico que los atraviesan y condicionan.

Siguiendo esta línea, Silva Cândia Velloso, Cecib y Alves plantean la importancia de analizar el ejercicio del poder dentro de las prácticas profesionales; teniendo en cuenta no solo la manera en que los límites son establecidos y mantenidos, sino también los efectos de esas relaciones entre los sujetos implicados. En este sentido, sostienen que la subjetividad de los individuos se construye por medio de prácticas heterogéneas que los moldean de múltiples maneras condicionando su relación con el mundo. Esto implica un intercambio constante de conocimiento a partir del cual el sujeto modifica y es modificado por el medio que lo rodea, tornándose al mismo tiempo sujeto y objeto de conocimiento. Sin embargo, este conocimiento devela una relación de poder. Su producción deviene de una lucha de fuerza por medio de los cuales se pacta la verdad o conocimiento sobre algo en particular. De esta manera, el poder y el conocimiento pueden ser considerados como una relación binaria de poder-saber.

Dentro de las organizaciones sanitarias, esta relación de poder-saber envuelve no solo la normalidad fisiológica de la institución sino también una complejidad de aspectos entre los que se incluyen los políticos y sociales. Sin embargo, es el portador del conocimiento quien adquiere una posición diferenciada por ser el responsable de las determinaciones en torno a la salud. Sin embargo, este conocimiento es mediado por las condiciones que lo rodean y necesariamente se construye mediante un juego de fuerzas

y poder. Pero, en todo momento el poder cuestiona sobre la verdad, y actúa sometiendo a los sujetos a una relación de poder-saber que favorece la producción de verdad y que una vez reglamentada e institucionalizada, permitirá la transmisión y reproducción de los efectos del poder. De esta manera, las prácticas que implican poder-saber están en constante relación con las personas y conviven en estructuras complejas desde donde se construyen, sustentan, interactúan y contradicen. El conocimiento se produce en las prácticas e interactúa, constantemente de manera directa o indirecta, tanto con ellas como con los elementos que las constituyen (normas, acciones y discursos), mediante una relación de mutua implicancia (si el conocimiento cambia, las prácticas también lo hacen y viceversa).

En este sentido, se considera al poder como un aglomerado heterogéneo de relaciones organizadas, jerarquizadas y coordinadas que actúan delineando y rediseñando constantemente las situaciones vividas en lo cotidiano y moldeando las prácticas de enfermería de acuerdo a los elementos que se presentan en cada situación en particular. Sin embargo, el devenir de estas relaciones puede dar lugar tanto al empleo de mecanismos de poder como de resistencia. Para que existan relaciones de poder debe haber resistencia, ya que sin ella, se transformarían en relaciones de dominación.

Seguidamente y haciendo referencia a Michael Foucault, sostienen que el poder es un mecanismo social disperso que no existe por sí mismo, sino que se crea en las relaciones y prácticas vividas cotidianamente definiendo identidades, acciones, valores y normas, de acuerdo a las prácticas y estructuras de las sociedades en las que están insertos e implicando un constante movimiento de relaciones de poder y resistencia.

Capítulo I:

Los dispositivos de saber-poder y las organizaciones sanitarias:

Sus referentes teóricos

Consideraciones generales en torno al Poder y al Saber:

El Poder y sus relaciones:

El concepto de poder puede ser entendido en sentido común como “ser capaz; tener fuerza para algo, o lo que es lo mismo, ser potente para lograr el dominio o posesión de un objeto físico o concreto” (Ávila-Fuenmayor, 2007, p.2). De acuerdo a esto, el poder es lo que permite la acción de los individuos y le da la fuerza necesaria para dominar al otro, sin embargo y desde la filosofía de Michel Foucault este concepto se concibe de una manera diferente, ya que no se lo considera como algo singular sino más bien como algo múltiple, un juego de fuerzas que se dirige a los cuerpos a los que destruye o cambia. No es propiedad de un individuo sino que su ser es la relación, se ejerce más de lo que se posee y actúa sometiendo a los cuerpos para convertirlos en una fuerza productiva, útil. En este sentido, Foucault no estudia qué es el poder sino cómo se ejerce. Cambiando lo que hay que cambiar, ese es el derrotero que guía el presente trabajo.

Siguiendo esta línea, para que el ejercicio del poder suceda, es condición necesaria que los sujetos sobre los cuales actúa cuenten con una característica importante: la libertad. Solo se puede ejercer el poder, cuando los sujetos son libres y permanecen libres; esta condición posibilitará y desencadenará diversas reacciones, conductas y modos de comportamiento que actuarán resistiéndose al poder que le es ejercido. Sin embargo, cuando no se cumple, es decir, cuando el sujeto no puede desplazarse, escaparse o reaccionar, ya no se está en presencia de relaciones de poder, sino de dominio. Así, donde no existe enfrentamiento entre el poder y la libertad, no existe relaciones de poder. En palabras de Díaz (2010) “para que se den realmente relaciones de poder es indispensable la libertad de los participantes. Una relación de poder es del orden de la lucha” (p.102).

De acuerdo a esto y en consonancia a los postulados de Foucault (1998) se puede afirmar que el poder existe solamente en acto; es un modo de acción sobre la acción de otros y se da por un consentimiento anterior o permanente (que no es por naturaleza la manifestación de un consenso). Esto no significa que los sujetos de acción renuncien a su libertad o transfieran sus derechos a unos pocos miembros delegados del poder, sino que establece una relación entre miembros individuales y colectivos por medio de la

sesión momentánea de poder de unos para otros, permitiendo una acción sobre acciones eventuales, concretas, futuras o presentes.

Para lograrlo, se constituye un conjunto de disposiciones estratégicas: tácticas, técnicas, funcionamientos y maniobras que invaden sutilmente los cuerpos, pasan por ellos, a través de ellos y se apoyan en ellos; generando una relación de fuerzas siempre tensas que brinda a algunos la capacidad de conducir las acciones de otros; sin embargo, no se aplica como una obligación o prohibición a quienes no tienen el poder, sino que atraviesa los cuerpos generando una lucha entre sujetos de acción, donde uno se “resiste” a la acción del otro y sin embargo, se apoya en las presas que se ejercen sobre él. “No hay poder sin resistencia” (Abal Medina, 2007, p.14). Eso, el poder sin resistencia, sería del orden de la esclavitud.

En este sentido, las relaciones de poder presentan puntos de enfrentamiento e inestabilidad que genera conflictos, luchas y riesgos de inversión (por lo menos transitoria) de las relaciones de fuerza. El poder circula, funciona y se ejercita en cadena estableciendo una organización reticular, donde cada fuerza puede afectar y ser afectada por otra, desencadenando una incitación recíproca y/o una provocación permanente, que hacen necesaria la formación de diagramas estratégicos de distribución de fuerzas, cuya articulación se da en función de su relación y de las variaciones que pueden presentar.

Esta forma capilar de existencia del poder se mete en los individuos invadiendo sus gestos, actitudes, discursos, experiencias y vida cotidiana, produciendo positivamente verdades, saberes, sujetos y alocuciones que penetran los nexos sociales actuando mediante una multiplicidad de redes en constante transformación que se conectan e interrelacionan, produciendo en el sujeto sobre el cual se apoya, todo un campo de respuestas, reacciones y efectos constituyéndolo como tal. El sujeto no es una sustancia hecha de una vez y para siempre, se conforma en interrelación de los discursos y las prácticas sociales.

De esto se desprende, que las fuerzas del poder se definen por su capacidad de afectar a otros que pueden resistirse a esas fuerzas, desencadenando una serie de efectos activos (incitar, suscitar, producir y obligar) y reactivos (ser incitado, suscitado, obligado a producir). El conjunto de acciones sobre acciones posibles opera en el terreno de la posibilidad, moldeando el comportamiento de los sujetos sobre los cuales actúa: induce,

incita, facilita, desvía, limita o amplía, hace las cosas más o menos probables, obligando o prohibiendo, accionando o reaccionando.

Sin embargo, estas relaciones de poder no se dan de manera aislada, sino que se arraigan profundamente en el entramado social. En palabras de Foucault (1988) “vivir en sociedad es vivir de manera tal que sea posible actuar sobre la acción de los otros. Una sociedad sin relaciones de poder es tan sólo una abstracción” (p.17); por ello, el análisis de las relaciones de poder se debe realizar tomando en cuenta:

1. El sistema de diferenciaciones que presente la sociedad y que permitan actuar sobre la acción de los demás, esto es: diferencias jurídicas (de status y privilegios), económicas (apropiación de riquezas y de bienes), de puestos en los procesos de producción, de aptitudes, lingüísticas o culturales, entre otras.
2. El tipo de objetivos perseguidos por los que actúan sobre la acción de otros: acumulación de ganancias, ejercicio de una función u oficio, conservación de privilegios, utilización de autoridad estatutaria.
3. Las formas de institucionalización³: disposiciones tradicionales, estructuras jurídicas, estructuras familiares, fenómenos de costumbre o de moda.
4. Los grados de racionalización: esto debido a que el empleo de las relaciones de poder puede ser más o menos elaborado en función de la eficacia de los instrumentos utilizados, de la certeza del resultado o incluso en función del eventual costo de aplicación.

De acuerdo a lo planteado, se puede afirmar que el ejercicio del poder elabora, transforma, organiza y obtiene procedimientos más o menos adecuados tomando en cuenta la disparidad individual, las instrumentaciones que se ofrecen y la organización sectorial o global de la sociedad en la cual se inserta. Sin embargo, su análisis no puede retrotraerse solamente al estudio de las instituciones, porque dicho ejercicio se encuentra arraigado en la trama social definiendo diferentes formas de actuación y relaciones de poder.

³ Foucault (1988) incluye aquí a las instituciones hospitalarias, escolares y militares que constituyen lugares cerrados sobre si mismos con reglamentos propios, estructuras jerárquicas definidas y una cierta autonomía funcional; y también, sistemas más complejos como el Estado, cuya función radica en llevar a cabo el control global, el principio de regulación y en cierta medida, la distribución de todas las relaciones de poder en un conjunto social determinado.

El poder no se refiere exclusivamente a lo gubernamental, sino que contempla una multiplicidad de posibilidades que se ejercen en la esfera social definiendo una trama de microscópica, capilar, reticular que se da por medio de un conjunto de pequeños poderes e instituciones situadas en diferentes niveles. Es decir que no existe un solo tipo de poder; sino que en la sociedad se presentan múltiples relaciones de poder dispuestas en diversos planos y manifestándose sutilmente y de manera articulada.

Esto da a entender que el poder no es necesariamente un fenómeno de dominación masiva y homogénea que parte de unos para someter a otros, sino que funciona y se ejercita a través de una organización reticular, en esas redes circulan los individuos que siempre están en condiciones de sufrir o ejercer el poder, sin embargo, no está quieto en ellos, transita transversalmente, se construye y funciona a partir de otros poderes (y de sus efectos) independientes del proceso económico.

De esta manera, las relaciones de poder se encuentran en cada ámbito en que vivimos y están estrechamente ligadas e íntimamente enlazadas a las relaciones familiares, sexuales, productivas, de amistad y de trabajo, desde las cuales conducen a la generación de roles de actuación, donde unos se transforman en condicionantes y otros en condicionados. En este sentido, el poder es la base de toda relación dentro de la humanidad, pero “paradójicamente no existe; ya que se encuentra en todos lados y no se puede adquirir” (Calderón y Núñez, 2011, p 2) aunque Foucault diría: *simplemente se ejerce*.

El saber cómo instrumento del poder:

Desde la filosofía de Michel Foucault, el saber puede ser entendido como una creación histórica discursiva que permite la instauración de verdades y creación de saberes, entre ellos, también el conocimiento científico. Para analizar los estratos de saber que conforman discursos, Michel Foucault parte de la idea de problematización a fin de desentrañar la génesis de formación de los discursos considerados verdaderos, examinando la manera en que se han problematizado los objetos, a través de qué prácticas institucionales y bajo qué aparatos conceptuales para que hayan adquirido la connotación de verdaderos. Plantea que existe problematización cuando no hay correspondencia entre lo que se dice y lo que se hace. Siguiendo a Díaz (2010):

Hay fragmentos de la realidad que se ofrecen con claridad a la vista y son difíciles de enunciar, así como hay cosas que se dicen y es dificultoso ver. Existe pues una disyunción entre lo visible y lo

enunciable. Se descubren los enunciados y las visibilidades donde estos alcanzan sus propios límites. En este juego de aperturas entre lo enunciable y lo visible, se abre la textura del ser. (p. 19)

Se debe tener en cuenta que la formación de verdades se corresponde a épocas determinadas. Cada época presenta sus verdades y la solución de las problemáticas puede ser diferente de una época a la otra y de una cultura a otra. Sin embargo, a veces es necesaria la reactivación de datos de épocas pasadas para la resolución de problemas actuales. En este sentido, “cada cultura está contenida en su episteme, comparte las mismas condiciones de posibilidad respecto a lo que considera verdadero” (Díaz, 2010, p.21). Sin embargo, la producción de verdad se deriva de las prácticas sociales (discursivas y no discursivas), lo dicho y lo visto se deriva de ellas y es por su intermedio, por el cual se forman las cosas u objetos que actúan transformando e instaurando la realidad, mediante la conformación de una compleja red de positividades distribuidas entre las instituciones, formas de comportamiento, técnicas, tipo de clasificación, modos de caracterización, procesos económicos, sociales, etcétera.

Por otra parte, son las prácticas discursivas⁴ las que posibilitan la formación de enunciados mediante la construcción de esquemas, el establecimiento de sucesiones y orden, la distribución y agrupación de elementos que actúan y valen como conceptos. Sin embargo, para que este enunciado se considere verdadero, debe adecuarse a las reglas de verdad establecidas desde un determinado campo enunciativo e integrar el conjunto de formaciones discursivas consideradas verdaderas en un momento histórico determinado, esto permitirá entretejer un haz de relaciones que, primeramente, acreditarán la veracidad del discurso para luego considerarlo sólido⁵ y permitir su dispersión anónima mediante textos, libros y obras que se convertirán en estrategias del saber para transmitir los conocimientos.

Sin embargo, el saber no significa necesariamente la suma de conocimientos volcados en libros de texto u obras literarias, sino que en realidad, se conforma por las relaciones establecidas entre: el dominio de los objetos (aquello de lo que se puede hablar en la práctica discursiva), las posiciones subjetivas (o el espacio donde el sujeto se ubica para

⁴ Según Godoy Arcaya (1990) pueden ser entendidas como un conjunto de reglas anónimas, históricas que han definido una época dada (desde un tiempo y espacio específicos) y que pertenecen a un área social, geográfica, lingüística o económica que orientan las condiciones de ejercicio de la función enunciativa.

⁵ En este sentido, Díaz (2010) inspirada en Foucault sostiene que los discursos surgen siguiendo determinadas regularidades que establecen lo que cada época histórica considera verdadero y es mediante el *archivo* por el que se definen los sistemas de enunciability y funcionamiento de los distintos discursos. Las prácticas hacen surgir los enunciados, la lengua delimita la construcción de frases y el corpus de compones de las palabras pronunciadas, mientras que el archivo constituye el sistema general de formación y transformación de los discursos.

hablar de esos objetos); la coordinación y subordinación de los enunciados, por medio de los cuales se definen, aplican y transforman los conceptos, las posibilidades de apropiación y utilización de los discursos. En palabras de Castro (2004) “el saber, es el conjunto de los elementos (objetos, tipos de formulación, conceptos y elecciones teóricas) formados a partir de una única y misma positividad, en el campo de una formación discursiva unitaria” (p. 343).

Pero, las formaciones discursivas, las modalidades enunciativas, el régimen de conceptos y objetos, los enunciados, los cambios y transformaciones en los discursos, responden a un corpus institucional y/o de saber, que actúan según un juego de permisiones y restricciones, estableciendo una intrincada relación entre poder-saber-deseo.

No hay discurso sin poder. No hay discurso sin deseo. El discurso es el lugar del deseo. Pero en el deseo existe ambigüedad. El deseo de hablar y el deseo, a veces, de no ser uno quien tenga que romper el silencio (Díaz, 2010, p.78).

Sin embargo, en este triángulo de relaciones (poder-saber-deseo), es la institución la que cobra especial relevancia, ya que a veces actúa tranquilizando y otras veces, censurando al discurso. En el primer caso, permite asegurar que el discurso emitido se encuentre dentro del orden de la legalidad por ser regulado, ordenado y limitado por las normas y reglas que se establecen para ello. En el segundo caso, coacciona marcando el rumbo que puede seguir el discurso, señalando lo que se puede o no hacer o decir de esa institución. El poder impone así, límites al deseo.

Siguiendo esta línea y dentro de una sociedad, la producción y distribución del discurso se encuentra controlada, seleccionada y distribuida por procedimientos de exclusión interna y externa que fueron estudiados y examinados por Michel Foucault (1996) en el libro *el orden del discurso*. Allí analiza su forma de acción para regular los poderes y peligros existentes, dominar el acontecimiento y neutralizar la materialidad que el discurso genera. En este sentido, los procedimientos de exclusión externos se establecen desde las instituciones y están conformados por: lo prohibido, la oposición entre razón y locura y, la oposición entre lo verdadero y lo falso.

Lo prohibido presenta tres aristas: no se puede decir todo (tabú del objeto); no se puede hablar de todo en cualquier circunstancia (ritual de la circunstancia), cualquier persona no puede hablar de cualquier cosa (derecho exclusivo o privilegio del sujeto que habla);

estas tres prohibiciones se cruzan, refuerzan y compensan, formando una red ajustada en constante transformación y que recaen sobre el discurso revelando su vinculación con el deseo y el poder. Es decir, el discurso no solo manifiesta y encubre deseo sino también se transforma en su objeto. De la misma manera, no solo traduce luchas o sistemas de dominación, sino que se transforma en aquello por lo que se lucha y por medio del cual se hace “aquel poder del que quiere uno adueñarse” (Foucault, 1996, p. 14).

Para el análisis de la oposición entre razón y locura, Foucault hace referencia al discurso del loco en la Edad Media, sosteniendo que su palabra carecía de valor, importancia y verdad a la hora de la legalidad social; pero sin embargo, se le atribuía el poder de enunciar la verdad oculta, predecir el porvenir, ver y decir lo que otros no podían. Se presentaba así una línea de separación entre lo que era socialmente verdadero o razonable y lo que pertenecía al orden de la locura o sin razón. En la actualidad, esta línea de separación actúa de otra manera y a través de nuevas instituciones, pero con los mismos efectos. Así por ejemplo, al considerar todo el armazón que presenta el saber para descifrar una palabra, en toda la red de instituciones que posibilitan (o brindan la autoridad) al que sea –médico, psicoanalista- para escucharla y que permiten al mismo tiempo que la otra persona (paciente) manifieste o retenga sus palabras, se puede decir que aún en la actualidad, el que tiene la autoridad de escuchar, lo hace manteniendo cierto tipo de censura, evadiendo aquellos discursos invadidos por el deseo y que se suponen cargados de poder.

Finalmente, la oposición entre lo verdadero y lo falso se gesta desde la voluntad de verdad que ha atravesado los discursos desde la modernidad y que establece el tipo de separación que gobierna la voluntad de saber; nos referimos aquí al sistema histórico, modificable, institucionalmente coactivo que rige en la formación del discurso. En este sentido, la voluntad de verdad se apoya en una base institucional, forzada y acompañada por una red de prácticas (profesiones, libros, bibliotecas, sociedades de sabios) y por diferentes formas que adopta el saber para llevarse a cabo dentro de una sociedad en cual se lo valora, atribuye, distribuye y repite. De esta manera, la voluntad de verdad apoyada en una base y distribución institucional, tiende a ejercer sobre los demás discursos una cierta presión y poder de coacción, ya que intenta tomarlos a su cargo a fin de modificarlos y/o fundamentarlos para con ello elaborar un discurso verdadero.

Por otra parte, los procedimientos de exclusión internos se establecen desde los discursos a fin de ejercer su propio control, estableciendo principios de clasificación, ordenación y distribución. Ellos son: el comentario, el autor y las disciplinas. El comentario permite la reiteración de los discursos, construyendo sobre su base otros nuevos, es decir, no se trata de un discurso original, pero su finalidad es “decir por fin lo que estaba articulado silenciosamente allá lejos” (Foucault, 1996, p. 29). Posibilita conjurar el azar del discurso al tenerlo en cuenta, permitiendo decir más que el texto mismo, pero con la condición de que nazca de él. De esta manera, lo nuevo no está en lo que se comenta sino en el acontecimiento que lo rodea.

Respecto al autor como procedimiento de exclusión interno, se puede decir que es el “foco de coherencia del discurso, es la unidad de significaciones” (Díaz, 2010, p. 79). Sin embargo, este principio no actúa en todas partes, ya que habitualmente circulan discursos que no necesariamente vienen avalados por un autor: conversaciones cotidianas, fórmulas técnicas que se transmiten en el anonimato, contratos que tienen necesidad de firma pero no de autor, entre otros. Pero, existen espacios en los que la atribución de autor es necesaria y hasta imprescindible, ya que su presencia es un indicador de veracidad, como en la literatura, filosofía, las ciencias de la salud, entre otras.

Las disciplinas, constituyen otro principio de limitación conformado por un corpus de conocimiento anónimo, que permite la reformulación de proposiciones bajo ciertas condiciones estrictas y tomando en cuenta determinados objetos, métodos, reglas, proposiciones verdaderas, definiciones, instrumentos y técnicas que se encuentran presentes en sus participantes. En este sentido, “las disciplinas excluyen más de lo que permiten” (Díaz, 2010, p. 80) ya que cada discurso elaborado, debe corresponderse a la verdad de la época en la cual se inserta, obedeciendo los principios vigentes y las reglas del control discursivo que se reactivan en cada proposición; Si esto no se obedece, se excluyen aquellos considerados no adecuados, ilegítimos o alejados de la verdad.

Finalmente, existe un tercer grupo de procedimientos controladores del discurso; se trata del sujeto que habla. Este procedimiento garantiza que solo determinados individuos puedan acceder a ciertos discursos “nadie entrará en el orden del discurso si no satisface ciertas exigencias o si no está, de entrada, cualificado para hacerlo” (Foucault, 1996, p. 39) y para lograrlo, presenta una serie de procedimientos cuya función es determinar las

condiciones de utilización de los discursos y las reglas que deben seguirse para ello. Este grupo está compuesto por el ritual, las sociedades del discurso, los grupos doctrinales y la educación.

El ritual define las características que deben poseer los individuos que hablan, el lugar que ocupan en la enunciación del discurso y el tipo de discurso que puede emitir según sea disertante, interrogante u otro. Así también, define todo un conjunto de signos que deben formar parte del discurso como: gestos, comportamientos, circunstancias, actitudes; es decir, todo aquello que acompaña al discurso y contribuye a su efectividad en aquellos sobre quienes se coacciona. Dentro del este grupo se pueden mencionar los discursos religiosos y políticos, donde todos los gestos, movimientos y palabras que se dirán han sido previamente pensados y calculados a fin de producir en el oyente, la sensación de tener que adoptar o accionar en base a los dictámenes emitidos durante la alocución.

Por su parte, las sociedades del discurso permiten conservar o producir discursos, haciéndolos circular en un espacio cerrado y bajo estrictas reglas de conservación. El secreto, se convierte en criterio de exclusión; se hacen escuchar las palabras de acuerdo a los criterios y reglas que establecen aquellos que tienen el poder dentro de esas sociedades, determinando también, quienes pueden compartir ese discurso públicamente y hasta donde deben hacerlo. Aquí podemos mencionar como ejemplo a las sociedades secretas de poetas donde, si bien se divulgaban públicamente los poemas, también se presentaba un juego de secreto donde un grupo específico tenía el conocimiento de los poemas para recitarlos, variarlos o transformarlos pero a la vez, protegerlos, defenderlos y conservarlos.

En contrapartida, se encuentran los grupos doctrinales; donde se busca compartir el discurso excluyendo solamente aquellos que el grupo consideran inapropiados. La participación, es más abierta que en las sociedades del discurso pero se juega un cierto grado de dependencia al grupo, ya que sus seguidores deben compartir el mismo discurso, aceptando ciertas reglas y defendiendo determinadas verdades, si no lo hacen, son expulsados. En este sentido, relaciona a los individuos de acuerdo a algún tipo de enunciación prohibiendo diferenciándolos así de los demás grupos. Los ejemplos más claros de estos grupos, lo constituyen las doctrinas religiosas (católicos, protestantes,

evangélicos), políticas (radicales, peronistas), filosóficas (estructuralismo, hermenéutica, fenomenología).

Finalmente, el sistema de exclusión considerado más abarcativo es el sistema de educación, ya que se encarga de distribuir, permitir y prohibir discursos, determinando la adecuación social de los mismos y las posibles modificaciones que puedan sufrir. Su impronta en el discurso se produce desde un intrincado juego de fuerzas de poder y estratos de saber. Aquí podemos incluir como ejemplo a los sistemas jurídicos y los sistemas institucionales de la medicina donde se permite la difusión de determinados discursos y a su vez, la prohibición de otros de acuerdo a la sociedad en la cual está inserto el respectivo sistema.

Como es de notar, durante toda la formación y enunciación del discurso existe una articulación entre poder-saber y deseo. Por esta razón, podemos considerar al saber cómo un instrumento del poder. Debido a que, dentro de la voluntad de verdad, se esconde en realidad toda una voluntad de poder que actúa imponiendo una doble represión, por un lado, condena al silencio los discursos excluidos y por otro, establece y ordenan los discursos aceptables o verdaderos y a las instituciones, procedimientos, criterios y personas que pueden distinguir un discurso verdadero de uno falso.

El poder supone por tanto, la cara oculta del saber y la verdad. No existe poder sin saber, es decir, “no es posible ejercer un poder sin haberse apropiado previamente de un saber” (Ovejero Bernal y Pastor Martín, 2001, p. 100). En este sentido, el poder controla al saber estableciendo y ejerciendo distintas estrategias y procedimientos de control; de esta manera que no cesa de interrogar, de indagar, de registrar, institucionalizando la verdad, profesionalizándola y recompensándola. En contrapartida, el saber y la verdad hacen la ley, producen el discurso verdadero que decide, transmite y lleva adelante el mismo poder. El discurso considerado verdadero pertenece a aquellos que poseen el poder. Pero el poder, genera saber y este saber también está generando poder. Sin embargo, el saber es del orden de las formas y el poder es del orden de las fuerzas. Es decir, el saber esta estratificado, segmentarizado, archivado, se relaciona a las sustancias, a las materias formadas y a las funciones formalizadas por ver y hablar. Mientras que el poder moviliza las materias no estratificadas, no formadas. Produce una segmentarización diagramática, no pasa por formas compuestas sino por puntos singulares que indican la aplicación de una fuerza, estableciendo así, relaciones de

fuerza que van de un punto a otro constituyendo estrategias. Por ello y siguiendo a Lugo Vázquez (2002) la práctica del poder no es reductible a la práctica del saber, pero las relaciones de poder, solo son posibles interactuando con estratos de saber, esta es la articulación que permite producir, generar y constituir nuevos sujetos.

El cuerpo como objeto del poder-saber: biopolítica/biopoder.

Durante el transcurso de la historia, el ejercicio del poder fue evolucionando desde un poder soberano cuyos mecanismos buscaban doblegar, someter y destruir fuerzas para lograr la captación de las cosas, del tiempo, de los cuerpos y finalmente de la vida (culminando en el privilegio de apoderarse de ella para suprimirla), hacia otro destinado a producirlas, hacerlas crecer y ordenarlas mediante mecanismos de incitación, reforzamiento, control, vigilancia, aumento y organización de fuerzas, dirigidas ahora, hacia la administración de la vida individual y social.

En este sentido y desde el siglo XVII el poder sobre la vida se desarrolló principalmente de dos maneras: una centrada en el cuerpo como máquina y la otra centrada en el cuerpo como especie. La primera, conocida como *anatomopolítica*, buscaba aumentar aptitudes, arrancar fuerzas y estimular el crecimiento paralelo de la utilidad y docilidad de los cuerpos como así también, integrarlos a un sistema de controles eficaces y económicos. Se plantea como un procedimiento de control continuo cuyo fin es domesticar al cuerpo y al individuo; ya no se está a disposición de alguien sino, bajo la mirada perpetua del poder, es posible ver el mecanismo (cámaras, registros, etcétera) pero no es posible asegurar realmente si detrás existe alguien observando, controlando. Siguiendo a Pérez (2014) “el desarrollo del poder disciplinario tiene como objetivo el volverse autónomo, independiente, hacer de la disciplina una costumbre [...]. Esto implica que los sujetos deban ejercer el poder en ellos mismos, por ellos mismos” (p.3). Con esa finalidad, se establecieron normas disciplinarias que trazaron un esquema de comportamiento útil para orientar a las personas, los gestos, los actos, etcétera, donde lo normal, será aquello que se encuentre establecido en ella y lo anormal será separado, categorizado, clasificado, sancionado.

Por otra parte, la segunda manera de actuación del poder sobre la vida, denominada por Michel Foucault como *biopolítica o biopoder*⁶, se presentó paulatinamente durante el

⁶ De acuerdo a Ávila Fuenmayor y Ávila Montañó (2010) puede ser entendido como el conjunto de mecanismos que incorporan a la política, la estrategia política y las estrategias generales de poder los rasgos biológicos de la especie humana, haciendo entrar a la

siglo XVIII y estaba centrada en el cuerpo-especie; su mirada se orientó hacia los procesos biológicos⁷ y actuó regulando no solo la sujeción de los cuerpos y el control de las poblaciones mediante su ajuste a los procesos económicos imperantes, sino también, aumentando sus fuerzas, aptitudes, reforzando su utilidad y docilidad, a fin de subyugar la vida en general sin por ello tornarla más difícil de dominar. El control de la vida de la población y las técnicas de sujeción de los cuerpos se implementaron desde las densidades de diversos poderes⁸ extendiendo el control de lo individual a lo poblacional como una manera de regular la vida de la población. He aquí la biopolítica.

Díaz (2010) plantea que fue en la era del capitalismo donde, desde una moral aséptica respecto del cuerpo y sus placeres, se generó una restricción ética descalificadora de las pulsiones corporales que no solo puso énfasis en el desarrollo de prácticas para su administración (especialmente a las relacionadas con la fecundación y la descendencia), sino que también colaboró en fortalecer la situación económica de la burguesía recién nacida que *demostraban al mundo que habían sido elegidos por la divinidad*, ya que gozaban de tal prosperidad económica y nobleza biológica (evidenciada por su robusta salud física y moral), que la idea de pertenecer a ese sector privilegiado de la especie fue una de las condiciones de posibilidad del racismo tardo-moderno.

Los burgueses, en un principio controlaron su propio sexo, imponiendo reglas de conducta para la adecuada concepción, persiguiendo a los trasgresores de las normas higiénicas (niños y adolescentes eran censurados por sus prácticas privadas de masturbación) y desarrollando *dispositivos de sexualidad*⁹. Lentamente, esta nueva burguesía se afianzó en los aparatos de poder e instrumentó los medios para trasladar sus propios valores a la población. Sin embargo, no fue para hacerla partícipe de sus privilegios, sino más bien para lograr una mejor domesticación de los gobernados. De esta manera, se desarrollaron técnicas de vigilancia y control a fin de fortalecer el orden

vida y sus mecanismos en el dominio de cálculos explícitos convirtiendo al poder-saber en un agente de transformación de la vida humana.

⁷ La proliferación, los nacimientos y la mortalidad, el nivel de salud, la duración de la vida y la longevidad junto a todas las condiciones que pueden hacerlos variar.

⁸ El Estado, la escuela, la iglesia, el ejército, los organismos no gubernamentales, los aparatos propagandísticos, las instituciones internacionales, la empresa tecno-científica y los medios masivos.

⁹Fue abordado por Michael Foucault (1998) en último capítulo del libro Historia de la sexualidad I: La voluntad del saber; donde explica la relación del saber con el poder. En este sentido, sostiene que el dispositivo se define a través de formaciones discursivas y no discursivas, producto de las prácticas sociales y el poder que las atraviesa. En el sexo y el deseo, existen mecanismos de poder que al producir sexualidad engendran sistemas represivos; así, el placer y el goce conforman el andamiaje adecuado para acceder al poder, sin embargo, hay uno que ejerce dominio sobre el otro.

moral y la obediencia laboral, resultando funcional para la nueva economía industrial y poniendo luz sobre una nueva figura: *la sexualidad*.

Sin embargo, el deseo de examinar los secretos del surgimiento de la vida no irrumpió solamente desde el poder, sino que también se trasladó al saber científico estimulando la construcción del conocimiento de lo biológico¹⁰ y de las ciencias sociales¹¹. Siguiendo a Díaz (2010) “la vida entró en la historia mediante técnicas políticas y ambas, vida e historia, entraron en la ciencia” (p. 2). El nuevo desafío de científicos, gobernantes, médicos, educadores, religiosos y demás redes macro y micro de poder, era entonces apostar a la vida, desarrollando un dispositivo para reglamentar su origen y generando redes de saber que permitieran operar sobre el funcionamiento de los organismos, descifrando todas las grietas del deseo y la vida con la finalidad de actuar sobre ellas.

El cuerpo-especie pasó a ser el centro de las preocupaciones políticas, transformándose en polo de atracción para los controles sociales. El gobierno sobre la población se gestaba desde la preocupación por una descendencia sana, el empuje de la tecnociencia, la irrupción de las industrias y las abruptas urbanizaciones del siglo XVIII. Sin embargo, este derecho al arbitraje sobre la vida de las poblaciones devino en condición de posibilidad para los genocidios contemporáneos; así, mientras por un lado se enaltece la vida de la población, por otro se genera una especie de intolerancia a determinados sectores de la misma (grupos étnicos marginados, portadores de ciertas enfermedades, inmigrantes ilegales, practicantes de religiones foráneas y otros “sospechosos” de vulnerar las inmunidades comunitarias), provocando muertes individuales o colectivas cuyo fundamento teórico, religioso, político y/o moral se sustenta, paradójicamente, en la preservación de la vida. Las guerras se libran persiguiendo la seguridad pública, el poder se piensa cada vez más desde categorías biológicas tomándolo, incluso, como fundamento para lo legal. De acuerdo a Díaz (2010):

La justicia penal acrecienta sus garantías si cuenta con pruebas genéticas. Se incrementa la preocupación por las moléculas corporales. Las pruebas de ADN tienen fuerza de ley. Existen planificaciones familiares, exámenes médicos pre-laborales, prematrimoniales, preescolares, intervención en los regímenes de nacimientos, promoción de campañas de vacunación, emisión de leyes anticontaminantes, reparto gratuito de preservativos o negación de esos repartos, y una

¹⁰ La enunciación de teoría evolucionista fue uno de los productos intelectuales más ilustres surgidos desde la preocupación por la vida y el devenir temporal.

¹¹ Fue Sigmund Freud, quien cumplió con el paradigma de la época instalando el sexo como objeto de saber de las ciencias sociales; mediante el rigor de una disciplina que se permite el abordaje de los supuestos traumas psíquicos cuyo origen deviene de una sexualidad insatisfactoria.

incontenible compulsión a lograr poblaciones longevas en sociedades que, paradójicamente, discriminan a sus mayores. (p. 6)

En este sentido, el ejercicio del poder sobre los cuerpos y la vida de la población, activa valores morales a expensas de los valores jurídicos; es decir que, la circulación de la legalidad (producto de reglamentaciones y leyes emitidas), va cargando peso moral en los procedimientos brindándole una categoría ética. La biopolítica se desarrolla y expande a expensas de cuestiones que se originan en los mismos objetos sobre los cuales interviene, pero a quienes impregna de valores trascendentes. La influencia del biopoder en lo jurídico deviene en que lo ideal se torne mandato, cuyas raíces son administrativas pero que al activarse se imponen como norma moral, y actúan dirigiendo las acciones que se emprenden a favor o en contra de los imperativos biopolíticos.

Sin embargo, la administración actual de la vida se realiza desde instancias tecnológicas, penetrando los cuerpos en todos los sentidos mediante sus componentes naturales y artificiales, materiales y electrónicos, químicos y telemáticos. La técnica se instaló en nuestros propios miembros invadiendo no solo lo exterior sino la interioridad misma; en este sentido “el poder no se enfrenta a la vida para someterla, sino que se adentra en los procesos de la vida para gobernarlos mejor desde su interior mismo” (Mulhe, 2009, p. 148), es decir que, se encuentra ligada íntimamente al desarrollo de las ciencias de la vida y de las posibilidades crecientes de la manipulación de los fenómenos vitales mediante las biotecnologías.¹²

Las discusiones contemporáneas respecto al aborto, el aumento de la longevidad, los experimentos con células madre, entre otros, parecen poner luz sobre una biopolítica entendida como una política administrativa cuyo deber se centra en regular la vida biológica y psicológica de las poblaciones, acompañada de una reflexión moral y el establecimiento de un sistema de valores respecto de la vida, que se reflejan en las discusiones sobre el derecho biológico a la misma y el derecho imperativo de vivir (más tiempo y con mejor salud). Esta situación conduce, en última instancia, a una confusión y/o articulación entre la biopolítica y la bioética, pero cuyos intereses no serán abordados aquí, por superar los alcances de en este trabajo.

¹²Según Díaz (2011) este concepto puede ser entendido como una serie de tácticas y estrategias de control y prevención, maniobras de fiscalización y pericia que homogenizan y normalizan a los seres humanos desde el siglo XIX.

El bio-poder y la Norma:

Siguiendo a Michel Foucault (1998) y en consonancia a lo planteado en el apartado precedente, el biopoder puede entenderse como una práctica de los estados modernos para someter a los cuerpos individuales y controlar a la especie o población, mediante la aplicación de diferentes tecnologías de poder. Sin embargo y de acuerdo a Gil (2009) este biopoder no excluye al poder disciplinario -aplicado sobre el cuerpo individual- sino que lo integra, lo modifica parcialmente, articulándose con él y actuando en conjunto sobre la vida de los hombres ya no como seres individuales sino como especie.

Esta actuación es posible mediante instrumentos completamente diferentes -pero complementarios- a los aplicados desde la disciplina, ya que esta intenta regir a la multiplicidad de los hombres pero tomándolos como cuerpos individuales que hay que vigilar, adiestrar y eventualmente castigar, en cambio el biopoder se ejerce a los hombres como especie, como masa global afectada por los procesos propios de la vida. Es decir que aborda a la población con problemas colectivos en serie (de poder, políticos, económicos, científicos, biológicos) que son fáciles de establecer debido a que se desarrollan durante un tiempo más o menos largo, y actúa introduciendo mecanismos reguladores que intervendrán en el nivel de las determinaciones generales a fin de fijar un equilibrio, mantener un promedio, establecer una cierta homeostasis y lograr la regularidad, con el fin último de optimizar la vida.

Se trata entonces de un poder continuo de regularización que reagrupa los efectos de masas propios de una población, controlando la serie de acontecimientos riesgosos que pudieran producirse y compensando sus efectos. Es una tecnología de poder que se articula a la disciplina sobrepasando los límites de su propia incumbencia, desbordando el marco local e institucional donde estaban contenidos, a fin de favorecer la regulación global desde diferentes niveles.

Sin embargo, Tosacano López (2008) refiere que el elemento que va a circular articulando lo disciplinario y lo regulador es la norma. Ésta puede ser aplicada tanto al cuerpo (controlando el orden disciplinario) como a la población (controlando sus acontecimientos aleatorios), mediante un doble juego de tecnologías, las de la disciplina por un lado, y las tecnologías de regulación, por el otro lado.

Siguiendo a Foucault (2001) “La sociedad de normalización es una sociedad donde se cruzan, según una articulación ortogonal, la norma de la disciplina y la norma de la

regulación” (p.217). Por ejemplo, consideremos lo que pasa dentro de las organizaciones sanitarias, allí se articulan una serie de mecanismos que disciplinan el cuerpo (reloj de entrada-salida, planillas de turnos laborales, manual de técnicas y procedimientos, registro de actividades laborales) y a su vez, otros mecanismos de regulación estipulados en reglamentos internos y/o normas de organización y funcionamiento, que recaen sobre la población total induciendo determinadas conductas como cumplir con el uniforme institucional, respetar la estructura jerárquica, permanecer en la institución durante todo el turno laboral, entre otros.

De esta manera, el biopoder y la norma tratan de afirmar, organizar, gestionar y administrar la vida, valiéndose de diferentes dispositivos para generar y aplicar estrategias y técnicas recubiertas por el saber, la norma, la verdad y las instituciones, cuyo fin último es invadir, cercar, investir, administrar, prolongar y potenciar la vida funcionando siempre de manera normalizante. Es menester destacar que si bien la norma surge desde la observación de las conductas de los individuos favoreciendo la construcción de un saber que puede articularse como tal, solo en el instante de su actualización como regulación o corrección permite cerrarse sobre sí misma, dejando de ser una formulación abstracta para finalmente ser aplicada a los sujetos que se alejan de sus dictámenes.

En este sentido, la función de la norma es sancionar, calificar y eventualmente efectuar una corrección, sin excluir o rechazar, sino que intenta hacer notar la diferencia entre cumplir o no con ella para posteriormente reintegrarla a sus límites, es decir que no tiene como objetivo deshacerse de lo que no se ajusta a sus doctrinas, sino más bien actúa interviniendo y transformando los objetos, individuos o grupos a los cuales se aplica en su ejercicio mismo. En la disciplina, su puesta en práctica retícula al individuo hasta las más mínimas determinaciones y funciones, sancionando o corrigiendo las conductas o actos que no se apegan a ella, sin embargo el castigo será correctivo, un ejercicio de aptitud en miras a mejorar o enderezar la conducta, posicionándola –junto al individuo- en algún grado intermedio entre los polos positivo y negativo, favoreciendo su jerarquización, diferenciación y comparación.

Así, al sancionar sus actos se lo equilibra en la verdad. La norma deriva del individuo observado y retorna a él para corregirlo o cuantificarlo, permitiendo la integración de este acto a su ciclo de conocimiento y contribuyendo a la identificación del mismo

como un conocimiento normalizante verdadero. Ya no se trata solamente de una adquisición cognitiva sino que se extrae de los mismos individuos sobre los que ejerce el poder, afinándose y proliferándose por medio de su ejercicio, siendo transcripta y acumulada posteriormente en nuevas normas o nuevas formas de control, logrando homogenizar el espacio social en virtud de un lenguaje común o normalizante entre las instituciones. Se puede decir entonces, parafraseando a Hernández Delgado (2013), que la norma es norma en la medida que se convierte en acto de normalización, acto de corrección sobre una existencia.

Pero, cuando una norma no puede ser pensada en su entorno de norma puede ser confundida con una ley natural atribuyéndole una necesidad natural, es decir una única forma posible, legal y absoluta en la cual el fenómeno de la realidad puede manifestarse. Esto puede confundir obstruyendo toda alternativa de considerar esta manifestación como una posibilidad entre otra. Sin embargo, la norma que se ha legitimado como una ley natural, alcanza su estabilidad y poder de coacción porque logra disimular su carácter histórico y accidental, colocándose al margen de una lucha política. Esta naturalización favorece la acción de los sujetos y la práctica profesional bajo un halo de normalidad funcional, cuyos dictámenes se encuentran establecidos en la norma pero que no siempre son evidentes, ya que están insertos en ella y circulan libremente a través del rizoma que ha formado.

Los dispositivos de poder-saber:

El origen de los dispositivos: “Desde la episteme al dispositivo”

A fin de poner luz sobre los conceptos que subyacen a las nociones de episteme y dispositivo, será necesario adentrarnos en el pensamiento de Michel Foucault y desentrañar los tópicos que los generan para, posteriormente, trazar un hilo conductor de ideas que permitirá relacionarlos, hasta dilucidar las razones que condujeron al filósofo desde el concepto episteme hacia el de dispositivo.

De esta manera y para un mejor análisis (que responderá a los objetivos de ésta investigación) seguiremos los lineamientos planteados por Moro Abadía (2003) y, dividiremos al pensamiento de Michel Foucault en tres grandes momentos: el primero (también conocido como arqueología), se extiende desde sus escritos iniciales hasta

aproximadamente comienzos del año 1970¹³ y está centrado en el abordaje epistemológico del saber y la verdad, poniendo énfasis al análisis de las formaciones discursivas. El segundo momento, (también conocido como genealogía) comienza en 1970 hasta la publicación de la voluntad del saber, tomo I del libro *la historia de la sexualidad* en 1976; durante el mismo, Foucault analiza ahí las relaciones de poder que subyacen a los discursos y actúan conformando un entramado de redes y microestructuras dirigidas hacia el control, la manipulación y la dirección de las acciones de los sujetos. Durante el tercer momento (también conocido como etapa ética) que comenzó a finales de 1970 y continuó hasta el final de su vida en 1984, su interés se re-direccionó hacia el análisis de las sociedades occidentales, su comprensión social como sujetos de deseo y la relación de este concepto con la vida ética de cada individuo.

En este apartado solamente se analizarán los dos primeros momentos esbozados (arqueología y genealogía), a fin de hacer notar el paso del momento arqueológico al genealógico mediante el análisis de los conceptos de episteme y dispositivo como los principales de cada uno.¹⁴ De esta manera y, teniendo en cuenta que desde el análisis del saber se gesta la noción de episteme y desde el análisis del poder, la de dispositivo, analizaremos la brecha que los separa y que impedían a Foucault explicar el saber sin el poder generando el tránsito de un momento a otro.

Siguiendo la línea planteada, comenzaremos definiendo a la episteme como “el orden específico del saber, la configuración, la disposición que toma el saber en una determinada época y que le confiere una positividad en cuanto saber” (Mora Abadía, 2003, p. 29), sin embargo, esta definición en apariencia simple, nace a raíz de una serie de conceptos que fueron analizados por Michel Foucault a fin de explicar más claramente la génesis de la episteme.

Uno de ellos, fue el concepto de sistema, por medio del cual se establece que cualquier conjunto de relaciones se pueden mantener y/o transformar independientemente de las cosas que ligan. Esta definición nos habilita a considerar al sistema como una variable, cuya connotación histórica le permite mutar con el tiempo y las sociedades. Además, los elementos que la componen, no son significantes en sí mismos, sino que adoptan un

¹³Cuando se publica la obra: la arqueología del Saber -L'Archéologie du savoir; 1969.

¹⁴Mora Abadía (2003) sostiene que este paso de un momento se da porque que durante el momento arqueológico Foucault intentaba analizar las formas discursivas en su autonomía, pero se encontró con la imposibilidad de considerar al discurso como el que gobierna y regula a las relaciones que lo subyacen, razón por la cual se inclinó hacia una explicación que admitiera integrarlo a un campo de relaciones prácticas o de poder que actuarán envolviéndolo y derivaran en la regulación de las acciones de los sujetos.

significado de acuerdo a la posición relativa que adquieren en un conjunto (criterio de posición), habitualmente en el interior de una ordenación definida por una época y un lenguaje, conformando un sistema de redes constrictoras que impiden al sujeto escapar de su conjunto.

Sin embargo, este concepto construido por Michel Foucault fue abandonado más tarde, debido a que presentaba una serie de connotaciones que no convencían al filósofo, principalmente sus fuertes conexiones con el estructuralismo,¹⁵ probablemente por ello, redefine su concepto de episteme sobre la base de dos nociones diferentes: lo previo y la región intermedia. La primera, hace referencia a un conjunto de elementos construidos en las prácticas discursivas y definidos mediante un entramado de relaciones que especifican la forma, el rigor, los objetos de relación, los tipos de enunciación, los conceptos a manipular y aquellas estrategias que se utilizan para construir el discurso científico.

Mientras que la segunda, se relaciona directamente con “el campo de lo pensable, el espacio del saber” (Moro Abadía, 2003, p. 34) y está definido a partir de dos puntos de referencia:

- a) el conjunto de elementos que marcan para cada hombre el orden empírico de las cosas y las teorías que explican este orden, es decir “los códigos fundamentales de una cultura o de una época” (Escolar, 2004, p. 97), por ejemplo: el lenguaje, las jerarquías, los esquemas perceptivos, las palabras, las cosas, entre otros.
- b) el aparato reflexivo que explica el orden y las leyes a las que obedece, es decir las ciencias y la filosofía.

Entre estos dos polos, se sitúa la región intermedia planteada por Foucault, el espacio que incluye esta región sumado a los códigos ordenadores y las reflexiones sobre ellos, constituyen el saber; sin embargo, las condiciones de posibilidad de todo saber, están atravesadas por la episteme que marca cada cultura y cada época.

En este sentido, la episteme puede entenderse como:

¹⁵ Si bien antes de 1968 se pueden encontrar documentos que vinculan la filosofía de Foucault con el estructuralismo, a partir de ese año, rechaza cualquier vínculo con el mismo. “El estructuralismo es una categoría que existe para los otros, para quienes no lo son. Sólo desde el exterior se puede decir este o ese son estructuralistas. Es a Sartre a quien hay que preguntar qué son los estructuralistas. puesto que él considera que constituyen un grupo coherente (Lévi-Strauss, Althusser, Dumézil, Lacan y yo), un grupo que presenta una especie de unidad; sin embargo esta unidad, nosotros no la percibimos” (Mora Abadía, 2003, p. 33).

El conjunto de las relaciones que pueden unir, en una época dada, las prácticas discursivas que dan lugar a figuras epistemológicas, a ciencias, eventualmente a sistemas formalizados; el modo según el cual, en cada una de estas formaciones discursivas, se sitúan y se operan los pasajes a la epistemologización, a la cientificidad, a la formalización; la repartición de estos umbrales, que pueden entrar en coincidencia, estar subordinados los unos los otros o estar desfasados en el tiempo; las relaciones laterales que pueden existir entre las figuras epistemológicas o las ciencias, en la medida en que ellas provienen de prácticas discursivas vecinas, pero distintas (Casto, 2004, p.170).

Es decir que hablar de episteme no significa hablar de algún tipo de conocimiento o racionalidad que atraviesa a las ciencias y se manifiesta de manera soberana en el sujeto; sino que se trata más bien del “ conjunto de relaciones que se pueden descubrir, para una época dada, entre las ciencias, cuando se las analiza al nivel de sus regularidades discursivas” (Moro Abadía, 2003, p. 35) pero en realidad, no marca regularidades sino más bien relaciones, oposiciones, distancias entre los discursos científicos de cada época. La episteme es la condición histórica de posibilidad del conocimiento en una época determinada.

En este sentido, se trata de una figura dinámica cuyas coincidencias y disidencias se establecen y deshacen, determinando un campo inagotable de relaciones que nunca pueden darse por sentado y que favorecen la identificación de las coerciones y limitaciones que, en un momento dado, se imponen al discurso.

Sin embargo, esta concepción de episteme, fue duramente criticada incluso por el mismo Michel Foucault, quien alegaba que si bien, el concepto posibilitaba describir los discursos de las diferentes epistemes, lo hacía solamente desde el orden de lo discursivo y aunque postulaba ciertas regularidades periódicas, excluía los efectos de causalidad o continuidad que conformaban su génesis, imposibilitando con ello, la descripción de los cambios en sí mismos al presentar solamente sus resultados.

Estas auto-críticas desencadenaron en el filósofo la idea de que a su trabajo le faltaba el análisis del poder que subyace a la relación entre lo discursivo y lo no-discursivo; por ello, a partir de 1970 la importancia que le atribuyó a los elementos extra discursivos, lo condujeron a introducir el concepto de dispositivo. Sin embargo, este deslizamiento no puede reducirse a un simple paso desde un concepto a otro, sino más bien a tres líneas generales que dejan ver la brecha que los separa y determinan la razón del cambio paradigmático. Estas tres líneas marcan un cambio en:

1. La definición de las relaciones entre saber y poder: durante la etapa arqueológica Michel Foucault manejaba la idea de que el saber y el poder eran dos conceptos, en cierto sentido, independientes uno del otro, lo que permitía analizar a este último en su especificidad. Sin embargo, a partir de 1970 comienza a pensar en el poder como productor de saber y de la implicancia mutua de ambos conceptos, en este sentido afirma que “no existe relación de poder sin constitución relativa de un campo de saber, ni saber que no suponga y no constituya al mismo tiempo unas relaciones de poder” (Foucault, 2006, p.34). Esta nueva interpretación del binomio saber-poder, permite la reformulación del concepto de discurso y además, posibilita el tránsito desde la noción de episteme hacia la de dispositivo; debido a que en la primera, se podía notar una distancia entre el saber y el poder que conducían al filósofo a pensarla como una distribución esencialmente discursiva, cuya realidad objetiva se encontraría al margen de las relaciones de poder que pudieran actuar sobre ella; en cambio, mediante la segunda, logra un análisis de las relaciones entre el saber y el poder, entre lo discursivo y lo extra-discursivo, pensando a ambos elementos como inseparables en la mezcla de lo concreto, adquiriendo sentido bajo la luz del dispositivo que los ampara.
2. La concepción de las relaciones entre teoría y práctica: mediante el concepto de episteme Foucault pretendía realizar una descripción teórica de la conformación del saber en una determinada época, su análisis se centraba en lo discursivo, lo indeterminado. En cambio, mediante el concepto de dispositivo, le fue posible incursionar en el campo de las experiencias donde el saber y el poder, los discursos y prácticas, la verdad y la ética se constituyen en una red compleja de elementos donde lo discursivo y lo extra-discursivo se entremezclan, lo abstracto se concretiza, la teoría cobra sentido a la luz de la interpretación práctica. Es decir que, a partir de entonces ya no se trataba de realizar solamente un análisis teórico del saber, sino que más bien, se comenzaron a examinar los espacios donde el poder y el saber entran en juego y se entremezclan con las prácticas y los campos de experiencia.
3. El análisis de la existencia de procesos de subjetivación a través de los cuáles el individuo se convierte en sujeto. La noción moderna del hombre como sujeto de todo tipo de saber y objeto de un saber posible, que había sido planteada por el

filósofo Kant inaugurando la episteme del siglo XIX; condujo a Foucault hacia la idea de que el hombre moderno podía entenderse como una construcción determinada por una configuración concreta del saber; sostenía que “el hombre no es más que una invención reciente, una figura que no tiene ni dos siglos, un simple pliegue en nuestro saber que desaparecerá cuando este encuentre una nueva forma” (Foucault, 1966, p. 375). Por ello, durante el período arqueológico solamente se preocupó por definir los alcances del saber sin tomar en cuenta la relación que pudiera presentar con determinados procesos de poder y de subjetivación.

Sin embargo, durante el siguiente período y con la incorporación del concepto de dispositivo, Foucault plantea la existencia de procesos o líneas de subjetivación mediante los cuales el individuo se convierte en sujeto, (condiciones que lo convierte en sujeto/objeto de conocimiento). La incógnita ahora, estaba centrada no solo en el dispositivo, en la relación que este establece entre el saber y el poder, y las prácticas que ponen luz sobre las mismas; sino también, en los modos de subjetivación que se establecen para la conformación del ser humano como sujeto dentro de un espacio definido por un campo de conocimiento y un conjunto de reglas.

De esta manera, el deslizamiento de la episteme hacia el dispositivo puede resumirse como un cambio de visión hacia la manera de pensar el binomio saber-poder; la episteme solamente permitía el análisis del saber, mientras que el dispositivo fue planteado como algo mucho más inclusivo, que posibilitaba el análisis del binomio saber-poder, las prácticas que lo producían y las relaciones que se establecían entre ellos. Así, la episteme se reduce a un dispositivo netamente discursivo, mientras que el concepto de dispositivo abre un abanico de posibilidades de análisis para un conjunto heterogéneo de elementos tanto discursivos como no discursivos relacionados con el poder. Este movimiento tensional, nacido de las contradicciones provocadas por la arqueología del saber, conduce a Foucault a plantear una genealogía del poder, en la que trabajará hasta el año 1976, pero que marcará su obra y será analizada desde diferentes puntos durante el resto de su vida.

Dispositivos de saber-poder: Intentos de una conceptualización teórica

El diccionario de la real academia española (2001) define al dispositivo como un “mecanismo o artificio dispuesto para producir una acción prevista” (p.873), sin

embargo y siguiendo a Foucault (1991) este término tiene raíces y connotaciones mucho más complejas que se alejan de la simple idea de mecanismo para acercarse más bien, a la de una red que se establece entre elementos discursivos y no discursivos vinculando personas, discursos, instituciones, prácticas sociales, formas de gobernar, etcétera; favoreciendo con ello las relaciones de poder-saber, la construcción de relaciones entre individuos y la construcción de subjetividades al regular la forma de ser, hacer y conocer que tienen los individuos en un momento histórico determinado.

Un análisis más profundo de este término, permite afirmar que el dispositivo no es algo externo a la sociedad y al sujeto, como tampoco éstos lo son al dispositivo. Su surgimiento se produce a raíz de algún acontecimiento que lo hace aflorar; es decir que para vislumbrar su génesis, debemos establecer los acontecimientos históricos y condiciones de aparición que han actuado modificando un campo previo de relaciones de poder y que, por un lado, los han hecho intangibles (ya que adquieren alguna forma social como superficie de emergencia a trasluz de tecnologías disciplinarias particulares para cada sociedad), pero por el otro, los hacen visibles (ya que posibilitan la organización y sanción de las acciones de los sujetos), favoreciendo con ello el juego sutil de relaciones entre el saber y el poder.

Siguiendo este orden de ideas y en acuerdo a lo planteado por Martínez Posada (2013), el dispositivo conforma el espacio de saber-poder donde se procesan las prácticas discursivas y no-discursivas. Las formaciones discursivas producen objetos de los que se habla (dominio del saber), en tanto que las formas de enunciación organizan las posibilidades de la experiencia (dominio del poder) de acuerdo a diferentes condiciones de posibilidad, definidas por la historicidad en la que están inmersos. Esto significa que se halla inscripto en un juego de poderes pero ligado a unos aparatos de saber, que nacen de él pero actúan condicionándolo; por ello, cuando los individuos son atravesados por algún dispositivo, los discursos devienen prácticas, y producen en sus cuerpos formas de subjetividad y modos de ser (praxis, saberes, instituciones.) que lo conducirán a cumplir diferentes funciones como dirigir, administrar, fiscalizar, orientar y regular los pensamientos, comportamientos, gestos y actitudes de los sujetos.

Siguiendo a Deleuze (1990) los dispositivos pueden ser considerados como “una especie de ovillo o madeja, un conjunto multilíneal” (p.55), cuya constitución presenta líneas de diferente procedencia que siguen direcciones disímiles constituyendo procesos

en contante desequilibrio. Cada línea presenta ramificaciones y bifurcaciones que favorecen su cambio de posición, pero que a su vez, son tensadas por diferentes vectores como los sujetos en posición, las enunciaciones formulables, las fuerzas de ejercicio, los objetos visibles, entre otros; que le imparten una cierta regularidad definiendo su naturaleza. Una de líneas identificadas por Deleuze son las de visibilidad, referidas a la luz que hará visibles a los objetos preexistentes, y actuará conformando figuras inestables pero inherentes a cualquier dispositivo. La manera en que esta luz cae, se irradia y se esfuma permite distribuir lo visible y lo invisible, haciendo nacer o desaparecer los objetos que no existen sin ella.

Sin embargo, la historicidad del dispositivo esta dado no solo por regímenes de luz sino también por líneas de enunciación; estas últimas, nacen a raíz de las propias enunciaciones de cada época y actúan no solo distribuyendo variables, sino también marcando las posiciones diferenciales para cada dispositivo. No se trata de sujetos ni objetos sino de diferentes regímenes para lo visible y lo enunciable, “su función es hacer hablar a través de la producción de un régimen de enunciación concreto” (Moro Abadía, 2003, p. 38).

Por otra parte, existen líneas de fuerza que atraviesan al dispositivo por todos sus ángulos, se mezcla estrechamente con las demás líneas rectificándolas, trazando tangentes, envolviendo los trayectos de unas líneas con otras y marcando precedente entre el ver y el decir, regulando el tipo de relaciones que pueden producirse, penetrando las cosas y las palabras, pero sin embargo no se la puede distinguir; “se trata de la dimensión del poder” (Deleuze, 1990, p.156) considerada la tercera dimensión interna y variable del dispositivo que incluye en su seno no solo al poder, sino también al saber.

Finalmente, se plantean otra línea que es la que atraviesa a las líneas de fuerza cuando estas se curvan, repliegan, ejercen o afectan a sí mismas en lugar de entrar en una relación lineal con otra fuerza; se trata de las líneas de subjetivación, que suministran una cuota de subjetividad al dispositivo, siempre y cuando éste lo permita; ya que se trata de un proceso de individualización relacionada a personas o grupos pero despojado de las relaciones de fuerza establecidas como saberes constituidos, o sea que se refieren al individuo y permite describir la manera en que éste se convierte en sujeto-objeto de conocimiento. Pueden ser consideradas como líneas de fuga, aunque no es seguro que

todo dispositivo las implique. Sin embargo, es probable que estas líneas de subjetivación sean el borde extremo del dispositivo e influyan en el paso de un dispositivo a otro. Asumiendo el rol de líneas de fractura, favorecen el escape del sí mismo desde los poderes y saberes de un dispositivo, hacia el amparo de los saberes y poderes de otro.

De esta manera, los dispositivos se componen de muchas líneas que los atraviesan, se entrecruzan y mezclan, brindándole singularidad mediante las relaciones e implicancias que se establecen entre ellas debido a su constante cambio de posición. Además, la habilidad para fisurarse y transformarse en provecho de un nuevo dispositivo, lo dota de un carácter eminentemente novedoso y creativo. Ayudados por las líneas de subjetivación, cuanto más se alejan de las dimensiones del saber y el poder, más hábiles se tornan para trazar nuevos caminos de creación que pueden ser modificados, abandonados o reanudados hasta lograr la ruptura del antiguo dispositivo y el surgimiento del nuevo. “Son máquinas para hacer ver y hacer hablar [...]; pertenecemos a ciertos dispositivos y obramos por ellos. La novedad de un dispositivo respecto al anterior es lo que llamamos su actualidad, nuestra actualidad” (Deleuze, 1990, p. 159).

De esta manera y siguiendo a Foucault (1991), el dispositivo puede ser definido como:

Un conjunto decididamente heterogéneo que comprende discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas; en resumen, los elementos del dispositivo pertenecen tanto a lo dicho como a lo no dicho, el dispositivo es la red que se establece entre esos elementos. (p.128)

A continuación se presenta una ilustración que permite hacer notar la red que se establece entre los elementos que componen al dispositivo:

Imagen I: Descripción esquemática de un dispositivo:



Fuente: Moro Abadía, 2003, p. 39

Como puede observarse en el esquema anterior, el dispositivo crea un haz de relaciones favoreciendo la conformación de una red entre diferentes formas de comportamiento, tipos y relaciones de sujetos y objetos, instituciones, procesos económicos, sociales, técnicos, sistemas de normas, entre otros. Traza un juego entre lo discursivo y lo no discursivo, marcando regularidades que gobiernan dispersiones pero que colocan a las prácticas como soporte final. Cada efecto positivo o negativo, deseado o no, entra en consonancia o contradicción con los demás exigiendo un reajuste e implicando un perpetuo juego de rellenamiento estratégico. Sin embargo, estos dispositivos no capturan a los individuos en su red, sino que producen juegos de poder-saber que los atraviesan sutilmente encorsetándolos de manera inestable bajo sus efectos.

Dispositivos organizacionales:

De acuerdo a Penna (2007) los dispositivos organizacionales pueden ser entendidos como todos aquellos instrumentos capaces de condicionar las acciones de los sujetos que en ella se desempeñan, facilitando, regulando y/o mejorando los procesos organizacionales de toma de decisión, comunicación, resolución de problemas e integración horizontal y vertical de personas y grupos.

Su génesis tiene lugar dentro de las diferentes organizaciones, mediante la acción de poderes específicos y variados que actúan favoreciendo la ramificación de las relaciones de poder y la conformación de dispositivos, que adquiriendo diferentes formas, permiten imponer procedimientos que recaen sobre el individuo/cuerpo en forma de técnicas disciplinarias o también, sobre la población/especie como una biopolítica compuesta por tecnologías de poder que actúan como una serie de intervenciones y controles reguladores, configurando y reconfigurando las acciones de los sujetos al penetrar hasta en los más íntimos resquicios de su existencia, normalizando no solo sus acciones individuales, sino también su vida en general.

En este sentido y debido a que se encuentran inmersos e inherentes a todas las organizaciones, tienden a naturalizarse haciendo casi imperceptible su presencia y facilitando con ello, la convivencia con el entorno laboral. De esta manera, lo que en un principio eran reglas obligatorias que incluían normas, reglamentos, convenios, etcétera, pasan a convertirse en parte necesaria de la organización olvidando su carácter mediador en vistas a la consecución de los objetivos concretos de la organización. Es así

como “se cumple el deber por el deber, sin cuestionarse sobre lo fundado o infundado de dicho deber” (Barriga, 1979, p. 26).

Seguidamente y respondiendo a los intereses de este trabajo, realizaremos una descripción de los dispositivos que permiten regular las actividades de los individuos y grupos dentro de las organizaciones. Para ello y en primer lugar, nos centraremos en aquellos cuyas redes se desplazan sobre los grupos en general, estableciendo jerarquías y normatizando lo correcto y lo incorrecto, para luego abocarnos al análisis de la disciplina y las técnicas disciplinarias, considerándolas como dispositivos de poder que permiten el control del cuerpo individual mediante la regulación de sus acciones y sus prácticas.

Dispositivos de regulación organizacional:

El organigrama:

Según García-Tenorio Ronda, García Merino, Sanchez Quirós y Santos Alvarez (2006) el organigrama es la representación esquemática y visual simplificada de la estructura formal que adopta la organización. En él, se definen sus unidades componentes, las relaciones de autoridad y la comunicación entre las mismas

Su finalidad es proveer un cuadro global de la organización, estableciendo los niveles jerárquicos e informando a los miembros su posición dentro de la misma y la relación con el resto de la organización. Favorece la detección de fallas en los diferentes departamentos, la superposición de funciones, el alcance del control que debe llevar a cabo cada eslabón del organigrama, entre otras.

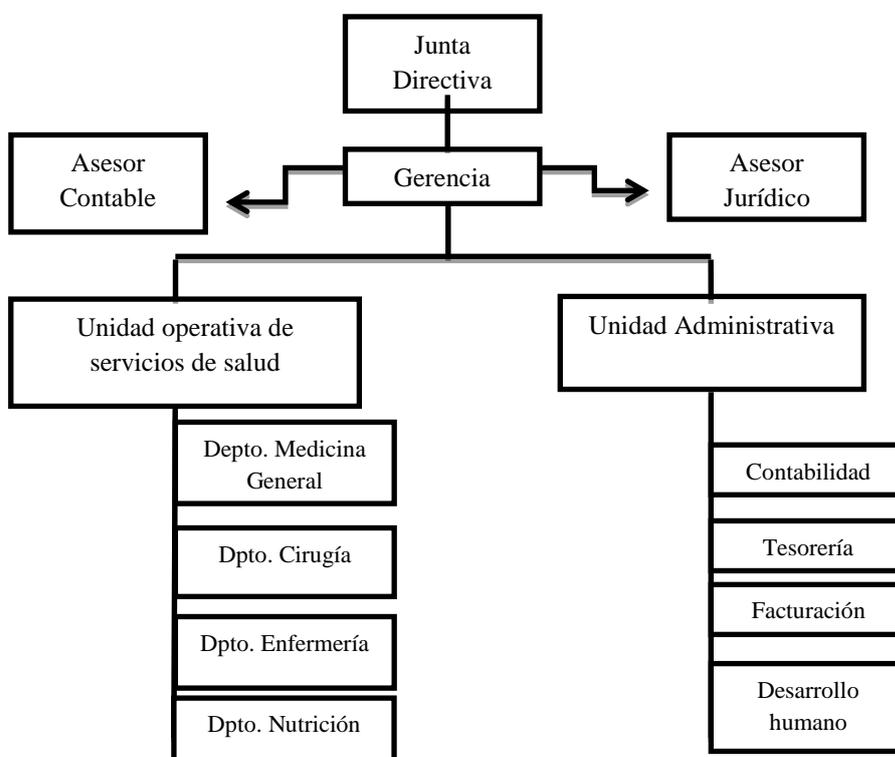
En este sentido y básicamente, el organigrama se estructura siguiendo tres niveles de distribución; el primero denominado estratégico, corresponde a la cúpula directiva o nivel más alto de dirección, es aquí donde se toman las decisiones institucionales y se establecen las políticas, estrategias y objetivos de la organización en general. El segundo o nivel directivo intermedio, contiene las líneas de autoridad directa e inmediatamente superior a los empleados operativos. Las decisiones o acciones establecidas a este nivel, deben responder a las políticas institucionales establecidas y ser informadas a los escalafones superiores, si esto implica el desvío de los intereses institucionales o afecta en alguna medida el correcto desempeño de la actividad laboral de la empresa. Finalmente, el tercer nivel u operativo, es el encargado de la ejecución de

las actividades y funciones específicas de la empresa, corresponde a los sujetos que están en contacto directo con los usuarios de servicios prestados por la organización.

Como resultado de la estructura descrita y tomando lo planteado por Balderas Pedrero (2012) los organigramas pueden adoptar diferentes formas, entre las más comunes encontramos:

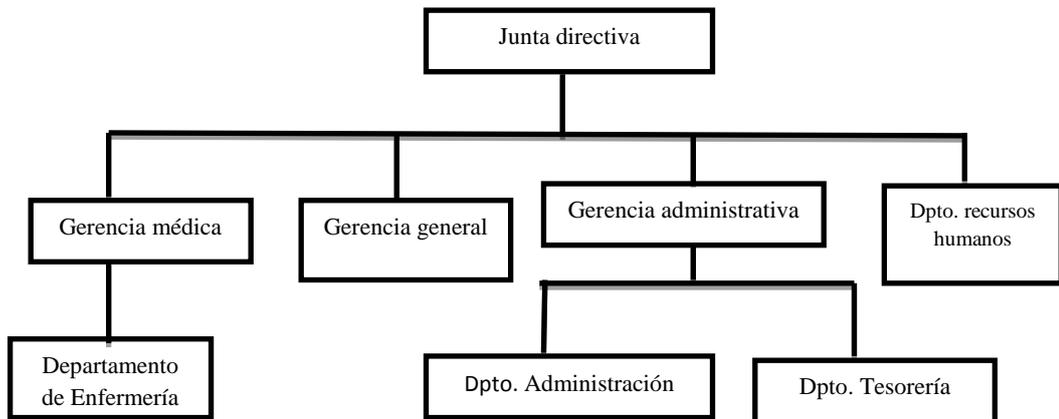
Organigrama lineal: aquí la autoridad fluye por orden descendente y solo de una fuente. Aunque define claramente las jerarquías, propicia la centralización del poder, impidiendo el ascenso escalafonario y favoreciendo la autocracia, la toma de decisiones arbitrarias y la rigidez de autoridad. Su estructura se gráfica a continuación:

Imagen II: Representación esquemática del organigrama lineal



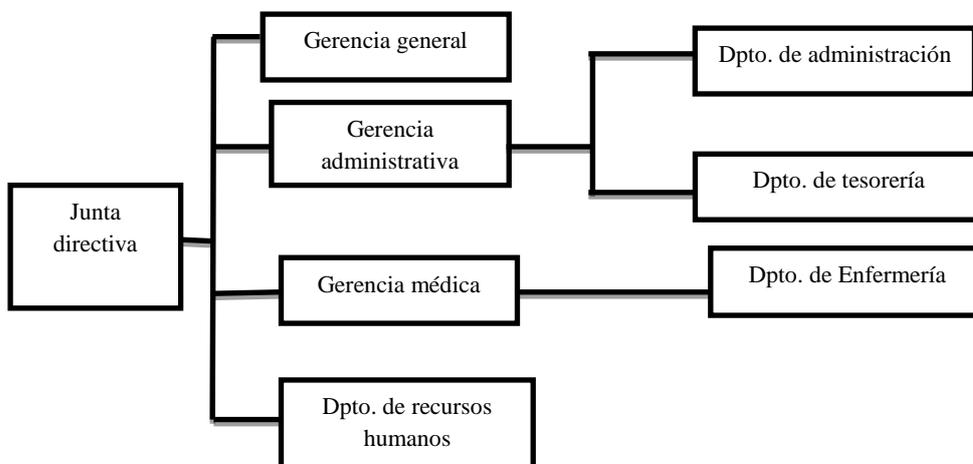
Organigramas verticales o piramidales: donde se presentan las unidades organizativas ramificadas desde abajo hacia arriba, desagregando los niveles jerárquicos en forma escalonada. Sin embargo, esta estructura hace claramente visible la idea de superior/subordinado, lo que puede acarrear a la degradación del clima organizacional, debido a que enfatiza las diferencias jerárquicas existentes. Su representación gráfica se establece de la siguiente manera:

Imagen III: Representación esquemática de un organigrama vertical



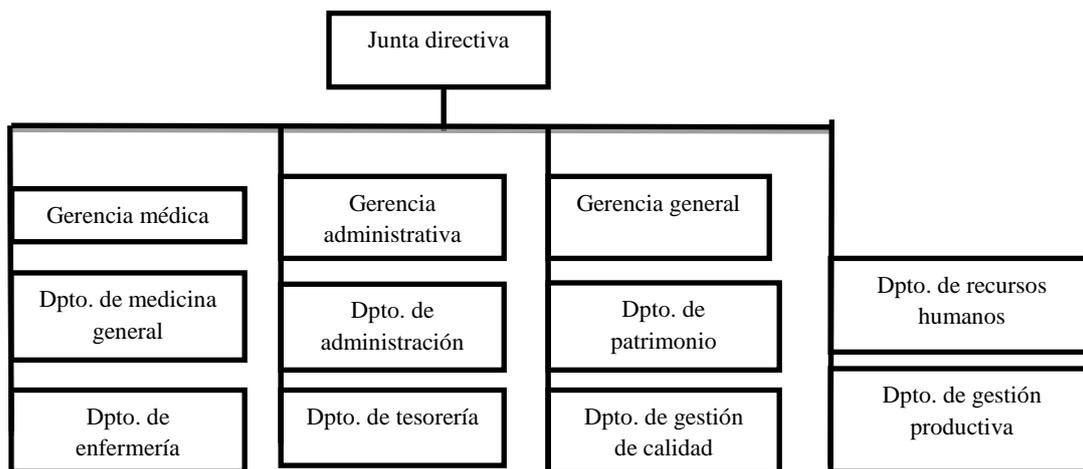
Organigrama horizontal: aquí se despliegan a las unidades jerárquicas de izquierda a derecha. Así, en el extremo izquierdo se colocan a los representantes o al órgano que constituye la cúpula directiva y a partir de ahí, se van estableciendo los sucesivos niveles hasta llegar a la base de la pirámide organizativa. Este tipo de representación, es más amable a las organizaciones ya que difumina la idea de opresión superior/subordinado, debido a que en la escala no se lo representa por encima de los demás escalafones, sino a su izquierda, dando la sensación de *estar a la par* de los trabajadores. Su estructura gráfica sigue el siguiente orden:

Imagen IV: Representación esquemática de un organigrama horizontal



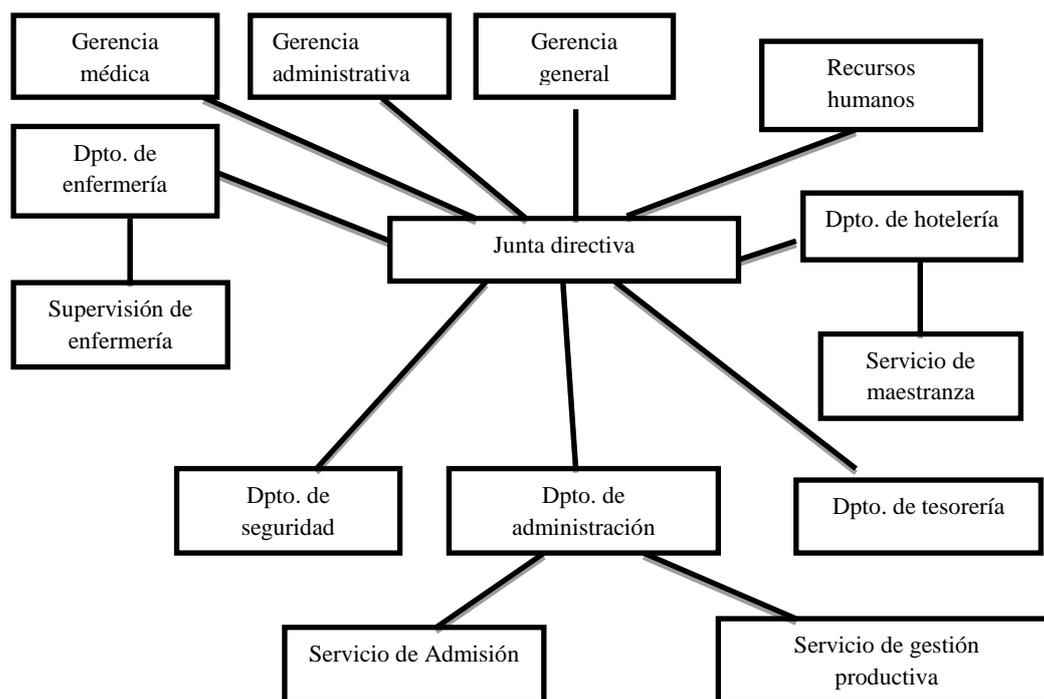
Organigrama mixto: caracterizado por combinar los criterios horizontales y verticales de los organigramas anteriormente expuestos, ampliando las posibilidades de representación de las unidades en un espacio reducido. Se representa de la siguiente manera:

Imagen V: Representación esquemática de un organigrama mixto



Organigrama radial y circular: aquí la figura u órgano de máxima autoridad se coloca en el centro del diagrama y desde ahí se trazan líneas que indican las relaciones de autoridad, comunicación y dependencia entre las unidades. Sin embargo, esta estructura enfatiza la idea de dispersión organizativa, por lo cual, no suele ser muy utilizado. Su estructura se grafica como se presenta a continuación:

Imagen VI: Representación esquemática de un organigrama circular



Convenios colectivos de trabajo:

En concordancia a lo estipulado por la Asociación de Trabajadores de la Sanidad Argentina -ATSA- (2014) podemos entender a los convenios colectivos de trabajo como un contrato celebrado entre un sindicato o grupo de sindicatos y uno o varios empleadores, para regular todos los aspectos de la relación laboral. Mediante el mismo, se determinan las condiciones de trabajo que van a estar vigentes durante un determinado período de tiempo, para una determinada franja territorial y tomando como base los requisitos mínimos que establece la ley federal de trabajo.

Su objetivo es dar respuesta a los problemas sociales que surgen de la relación entre las empresas (o empleadores) y los trabajadores. Los contenidos del contrato se establecen mediante diferentes cláusulas, como las de extensión y seguridad social que están más relacionadas a los logros y participación en los gremios y, las cláusulas normativas que se dirigen específicamente a la relación laboral empresa-trabajador regulando y estableciendo las jornadas de trabajo, las funciones específicas de cada trabajador, los días de descanso, licencias especiales y vacaciones, el monto de los salarios y las remuneraciones sobre el sueldo básico, las disposiciones relacionadas a la capacitación o adiestramiento inicial y permanente de los trabajadores, las prestaciones a los

trabajadores, las causas de imposición de correcciones, las sanciones disciplinarias, entre otros.

Los mencionados convenios colectivos, pueden surgir a partir de la vía ordinaria mediante un acuerdo pasivo entre las entidades implicadas o bien, por medio de huelga laboral como medida de fuerza ante la falta de acuerdo entre dichas entidades y las demás partes intervinientes. En ambos casos, se trata de una puja del poder entre las organizaciones implicadas, ya que si bien cada parte lucha en pro de sus intereses, juntas tejen las redes que van a sujetar al trabajador bajo un manto de aparente equilibrio con alta regulación laboral, que actúan encorsetando al trabajador bajo sus dictámenes, sometiendo a los cuerpos y convirtiéndolos en una fuerza productiva, logrando dirigir su accionar bajo formas de control naturalizado y poco percibido por el mismo.

Sin embargo, las comisiones sindicales que actúan en estos espacios de poder, se constituyen mediante una cantidad variable de delegados elegidos dentro de la organización laboral de acuerdo número de trabajadores en relación de dependencia que tenga dicha institución, de esto se desprende que si el plantel estable de trabajadores disminuye, también lo hace la cantidad de delegados sindicales por empresa. Este hecho, conlleva a la pérdida de poder sindical para las negociaciones tendientes a brindar bienestar a los trabajadores, despejando el camino hacia la preeminencia de intereses de la empresa y desencadenando condiciones de trabajo tendientes a la individualización y con variadas consecuencias, como por ejemplo, las planteadas por Drolas; Montes Cato y Pichetti (2005) a saber:

- 1- Proliferación de diferentes formas de contratación (contrato a término sin relación de dependencia, régimen de monotributo) y multifuncionalidad operativa de tareas.
- 2- Personalización de salarios y aumento de los adicionales en detrimento a su composición fija (adicionales por productividad y presentismo, aumento de las horas extras), lo que conlleva a que los montos destinados a los aportes de seguridad social se reduzcan, disminuyendo con ello el bienestar futuro de los trabajadores.

- 3- Resolución de conflictos laborales dentro de la empresa, sin injerencia sindical, conllevando a la imposición de relaciones individualizadas donde la empresa sale beneficiada.

Pese a lo antedicho, el papel de los sindicatos en la actualidad es sumamente importante debido a su intervención en las relaciones laborales y en las luchas, hacia los beneficios globales de los trabajadores de diferentes organizaciones. Su actividad pone claramente en relieve la resistencia del pueblo al poder de los modelos burocráticos organizacionales.

Sin embargo, cada convenio colectivo de trabajo varía de acuerdo al tipo de organización con la cual lo celebre (empresa-sindicato). Por ejemplo, dentro de las organizaciones de salud, se pueden encontrar diferentes convenios según sean entidades de orden público o privado. En este sentido y teniendo en cuenta que el presente trabajo hecha sus raíces sobre una organización privada de salud de orden sindical, cuyas prestaciones se realizan a personas que cuenten con la obra social correspondiente al sindicato o que se encuentren afiliados a la mutual¹⁶, seguidamente se desarrollarán algunos puntos pertenecientes al Convenio Colectivo de Trabajo (CCT) 107/75 (o de mutualidades) que es el que rige en las organizaciones con las mencionadas características. Para la elección de los puntos a tratar en este apartado, se tuvo en cuenta aquellos que marcan más fuertemente la impronta de poder y la regulación de la acción de los trabajadores de enfermería que en ella se desempeñan, se trata de los relacionados al pago de haberes salariales, el período de vacaciones, los francos y la jornada laboral.

En este sentido y según el mencionado convenio colectivo, los haberes salariales se percibirán mensualmente, pero no especifica el momento exacto de su realización. Los montos se adecuarán a los estipulados para las diferentes categorías laborales, siendo el monto bruto estimado para julio del año 2014 \$ 7.434,00 mensuales y a partir de octubre del 2014 el monto asciende a \$ 8.177,40 mensuales. A estos montos se sumarán los adicionales o remuneraciones sobre el básico que serán diferentes de acuerdo al área de desempeño del profesional y la antigüedad. El personal de enfermería que se desempeña en las áreas de terapia intensiva, cirugía, parto y esterilización recibirá un adicional de 10 % sobre su sueldo básico inicial, mientras que los que se desempeñan en

¹⁶ Las mutuales son entidades sin fines de lucro que forman parte de las asociaciones sindicales. Se sostienen mediante el aporte de las personas que se asocian a ella. Su finalidad es solucionar problemas comunes de las personas, especialmente en lo relacionado a la salud, donde actúa potenciando la cobertura de la obra social del sindicato al cual pertenece.

sectores de internación, emergencias y maternidad no contarán con adicionales. En cuanto a la antigüedad laboral dentro de la institución, todos los trabajadores de la incrementarán sus ingresos un 1,5 % para el primer año de antigüedad, un 3% para el segundo y desde ahí un incremento de 1,5 % anual hasta su jubilación.

Por otra parte, la duración de la jornada laboral que se desempeñen en las áreas de internación, maternidad y emergencias deberá ser de ocho horas diarias y cuarenta y cuatro semanales, mientras que los que se desempeñan en las áreas de terapia intensiva y unidad coronaria deberán cumplir seis horas diarias y treinta y seis semanales. Los francos o descansos deberán ser de cuarenta horas semanales como mínimo computados desde la hora que ingresan habitualmente a sus trabajos, pero como excepción el CCT establece que el empleador puede otorgar una semana un franco y la siguiente semana dos francos.

El período de licencia anual reglamentaria (L.A.R-Vacaciones) se establece de acuerdo a lo estipulado por la Ley de contrato de trabajo N° 20.744 pero con la variante de que en el CCT 107/75 los días de L.A.R son hábiles, es decir, se computan por la cantidad de días laborales que comprendiera el período correspondiente (es decir, se calculan los días de lunes a viernes como un día entero y los sábados como medio día, los domingos no se computan, por lo cual cada domingo dentro del periodo de L.A.R es un día adicional de vacaciones). En cuanto a la duración, establece que el período de descanso anual continuado dependerá de sus años de antigüedad laboral, de esta manera si la antigüedad laboral no excede los cinco años, el trabajador gozará de catorce días corridos de licencia; si la antigüedad es mayor de cinco años y no excede los diez, el período será de veintiún días, cuando la antigüedad supere los diez años pero no exceda los veinte, será de veintiocho días y desde los 20 años de antigüedad en adelante, el período será de treinta y cinco días.

Este derecho al descanso del trabajador se concederá dentro de un período comprendido entre el primer día del mes de octubre hasta el último día del mes de abril del siguiente año. La fecha estipulada para las vacaciones deberá ser comunicada por el empleador al empleado por escrito con una anticipación mínima de cuarenta y cinco días. Por otra parte y cuando las vacaciones no se otorguen simultáneamente a todos los trabajadores, las mismas deberán ser acordadas individualmente o por grupo, rotando los períodos

destinados a cada trabajador a fin de que cada uno cuente con L.A.R por lo menos en una temporada de verano cada tres períodos.

Como se puede evidenciar, el CCT 107/75 establece diferencia entre los profesionales de enfermería de acuerdo a las áreas de desempeño profesional, siendo mayores los beneficios para aquellos que se desempeñan en los sectores cerrados como terapia intensiva, quirófano y unidad coronaria. Sin embargo de los cuatro aspectos abordados en este apartado, el incremento por antigüedad laboral, la cantidad de francos semanales y el período de L.A.R es igual para todos los profesionales de enfermería. Estos lineamientos establecidos en los convenios favorecen no solo el control estricto de la actividad sino también de los descansos del trabajador, generando un círculo de regulación tan minucioso que favorece el control de los aspectos más mínimos de la relación laboral. En este sentido por un lado brinda amparo y protección al trabajador, evitando las relaciones laborales de total subordinación y carencia de libertad, pero por otro brinda los lineamientos que permitirán al empleador sancionarlo o aplicar medidas disciplinarias en caso de que el empleado no cumpla con lo que en la ley o convenio se establece. Por esta razón es importante que el trabajador conozca las herramientas jurídicas que regulan su actividad laboral, ya que ello favorecerá la lucha por sus derechos, evitará los abusos de poder de parte del empleador y creará un clima institucional de armonía, donde el respeto a los derechos sea recíproco.

Normas de la organización y reglamentos internos:

Las normativas organizacionales “son señalamientos de observancia general que se establecen para orientar las acciones en sentido positivo” (Balderas Pedrero, 2012, p. 104). Su formulación favorece el establecimiento de pautas que señalen líneas generales y requisitos de acción para llevar a cabo las actividades en un marco de orden y disciplina en vías al logro de los objetivos organizacionales. En este sentido, es necesario que se encuentren fijadas por escrito y sean accesibles a todos los miembros de la empresa, para que puedan conocerlas y actuar de acuerdo a lo que establecen.

En cambio, las reglas o reglamentos internos constituyen indicaciones de carácter imperativo que establecen las medidas disciplinarias, el orden y los requisitos para el adecuado funcionamiento de la organización y los parámetros de actuación organizacional que favorecen la convivencia armónica del personal, un ambiente

disciplinado y la realización de acciones concretas. Su función es formalizar la estructura organizativa de la institución laboral (derechos, obligaciones y responsabilidades de la institución y del trabajador) y establecer las relaciones funcionales y atribuciones específicas del personal directivo, jerárquico, operativo y administrativo.

Tal como lo afirma Cortés (2014) la confección del reglamento interno depende exclusivamente del empleador y su contenido se determina libremente, debe adecuarse a las leyes, reglamentos generales, convenios colectivos y contratos vigentes que tengan relación directa con la organización y que puedan influir en la regulación institucional. Su confección debe especificar los horarios de la jornada laboral (entrada y salida) y las de cada turno laboral, los descansos, los tipos de remuneración (sueldo básico y adicionales), el lugar día y hora de pago, identificar a las personas a quienes los trabajadores deben dirigir sus reclamos, consultas y sugerencias, las formas de comprobación de las obligaciones previsionales y laborales, las normas de prevención de enfermedades, seguridad e higiene laboral, las sanciones que se pueden aplicarse de acuerdo al tipo de infracciones que se efectúa y la manera de accionar en esos casos.

Cabe destacar que tanto las normas como los reglamentos institucionales deben estar expresados por escrito, estar acordes con las leyes laborales que rigen a la organización (convenios colectivos de trabajo, ley de carrera sanitaria, ley de ejercicio profesional) y ser socializadas con todos los miembros de la organización a fin de asegurar su cumplimiento para servir como instrumentos efectivos de control. El incumplimiento de lo establecido en las normas y reglamentos institucionales puede acarrear sanciones disciplinarias que varían según la falta cometida, puede tratarse de un llamado de atención verbal, una suspensión de días de actividad laboral sin descuento de haberes salariales, una suspensión de días de actividad laboral con retención de haberes salariales o bien, medidas más graves como la destitución del personal que cometió la falta.

La disciplina como dispositivo poder en la regulación organizacional:

Según Michel Foucault (2006) durante la edad clásica (época que entre nosotros llamaremos *neoclásica*) se produjo todo un descubrimiento del cuerpo como objeto y blanco del poder. En este sentido, se entendió al cuerpo como algo que se manipula, da forma, educa, controla, corrige, y éste responde obedeciendo, multiplicando sus fuerzas,

volviéndose hábil, útil, dócil. En palabras de Foucault (2006) “es dócil un cuerpo que puede ser sometido, que puede ser utilizado, que puede ser transformado y perfeccionado” (p.140), deviniendo en objeto dentro de la sociedad y quedando atrapado por un juego de poderes que actúan desde una multiplicidad de puntos inherentes a las relaciones personales, a la operatividad cotidiana y al nivel de las practicas más elementales, desencadenando una función productora que conllevará a la diversificación e individualización de cada uno de los sujetos.

En este sentido, el encorsetamiento del cuerpo dentro del ejercicio de poder para hacerlo más productivo, dio lugar a diferentes tipos de controles; por un lado, se comenzó a controlar el cuerpo activo por medio de la aplicación de un poder infinitesimal, aplicado a cada una de sus partes (los movimientos, actitudes, rapidez, destreza en la realización de su tarea), y por otro, se comenzó a controlar la eficacia (economía) de estos movimientos, su organización interna y la dominación de las fuerzas, logrando con esto una coerción constante que se dirige más a los procesos de actividad que a los resultados y se lleva a cabo mediante una codificación que retícula tiempo, espacio y movimientos.

Se desarrolla así la disciplina, entendida como el conjunto de métodos que permite el control minucioso de las operaciones del cuerpo, garantizan la sujeción constante de sus fuerzas y les imponen una relación de docilidad-utilidad. Dicha disciplina, fabrica cuerpos dóciles y los atrapa bajo unas redes de poder que lo exploran, desarticulan y recomponen, actuando sobre ellos a fin de que hagan lo que se desea, operen como se quiere, según las técnicas, la rapidez y la eficacia que se determina, ejerciendo así el poder. En este sentido, la disciplina aumenta la utilidad del cuerpo tornándolo más obediente bajo una relación sutil de sujeción estricta.

Sin embargo, estas fuerzas no provienen de un poder central sino que se produce por medio de una concatenación de tácticas locales que se despliegan y articulan formando dispositivos de poder. Los procedimientos de poder destinados al manejo, potenciación de sus aptitudes, eficacia y productividad caracterizan a las disciplinas configurando a su vez una anatomo-política del cuerpo. Nadie escapa a la mirada del otro y todo se tiende a nivelar bajo lo considerado *normal*.

De acuerdo a Díaz (2010) se imponen tácticas disciplinarias individualizantes que actúan particularizando a los sujetos, nivelándolos, hasta que aprenden a cumplir con la

norma y son asimilados al sistema. Aunque si no actúan bajo la normalidad se los individualiza también con el castigo.

En este sentido, la disciplina controla los cuerpos generando individualidades y conformando cuatro características principales que la definen:

- 1- es celular (porque distribuye los espacial),
- 2- es orgánica (porque engloba actividades),
- 3- es genética (porque acumula tiempo),
- 4- es combinatoria (porque compone fuerzas). Para ello genera tácticas que permiten construir aparatos donde el producto de la fuerzas se encuentra aumentado por la combinación calculada de cuerpos localizados, actividades codificadas y aptitudes conformadas.

De esta manera, el poder disciplinario tiene como función principal enderezar conductas para multiplicar y utilizar fuerzas. En este sentido, separa, analiza, diferencia, desarrolla procesos de desarticulación hasta las singularidades necesarias, conformando individuos como objeto e instrumento.

Técnicas disciplinarias:

Para lograr el control de los cuerpos la disciplina presenta una serie de métodos y técnicas cuyo objetivo es coaccionar sobre el sujeto y manejar su tiempo, espacio y movimientos para lograr cuerpos dóciles, sometidos, ejercitados para cumplir con las obligaciones que le son impuestas. Para controlar plantea la distribución de los individuos en el espacio, el control de la actividad y los medios del buen encauzamiento, que actúan por medio de diferentes técnicas que han sido analizadas por Plebani (2003) y que serán desarrolladas a continuación siguiendo los pilares planteados por Foucault.

Distribución de los individuos en el espacio:

La clausura: esta técnica de control implica “la especificación de un lugar heterogéneo a todos los demás y cerrado sobre sí mismo [...] lugar protegido de la monotonía disciplinaria” (Foucault, 2006, p. 145). En este sentido, la clausura permite saber en qué lugar estará cada sujeto en cada momento y cuando deberán dejar de estar ahí para dirigirse a otro lugar. Esto a fin de dominar la fuerza del trabajo concentrando las fuerzas de producción, obteniendo de ellas el máximo de eficacia, evitando los

inconvenientes (agitaciones, robos, interrupciones en la jornada laboral) y protegiendo los materiales, herramientas y demás bienes.

La localización elemental o división en zonas: la disciplina se organiza en un espacio celular, analítico, evitando la formación masiva de grupos. Por ello establece “a cada individuo su lugar y en cada emplazamiento un individuo” (Foucault, 2006, p. 146). En este sentido, se organiza el espacio disciplinario en tantos sectores como sea necesario a fin de repartir a cada sujeto en un lugar específico para poder dominarlo y utilizarlo. Se pretende lograr el control individual de ausencias y presencias, la localización exacta de cada sujeto en el espacio, la tarea que se encuentra realizando en cada momento, el control de las comunicaciones útiles e interrupción de aquellas que no lo son, es decir, poder vigilar en cada instante la conducta de cada sujeto, apreciarla, sancionarla, medir sus cualidades y/o méritos.

Los emplazamientos funcionales: en esta regla, se fijan lugares determinados para crear espacios útiles y responder también a la necesidad de vigilar. En este sentido, se distribuye a los individuos en el espacio a fin de aislarlos y localizarlos teniendo en cuenta las necesidades de producción y las diferentes formas de producción que se requieran. Con ello se logra, no solo comprobar la presencia del sujeto, su aplicación al trabajo y la calidad del trabajo realizado, observando, caracterizando, apreciando y contabilizando las características de la fuerza individual (vigor, rapidez, habilidad, constancia), sino también, comparar a los obreros entre sí, clasificarlos según su habilidad y rapidez, además de seguir los estadios sucesivos de la producción, dividiéndola según sus fases, estadios, operaciones elementales y también, de acuerdo a los individuos que la realizan.

Rango: en la disciplina, cada individuo es un elemento que se define por el lugar que ocupa en una serie y por la distancia que los separa de los otros. Los elementos son intercambiables, se caracterizan por el lugar que ocupan en una clasificación, es decir, por el rango. “la disciplina individualiza los cuerpos por una localización que no los implanta, pero los distribuye y los hace circular en un sistema de relaciones” (Foucault, 2006, p. 149).

Así, la organización de un espacio complejo (arquitectónico, funcional y jerárquico) permite asignar lugares individuales, favoreciendo aún más el control de cada sujeto y el trabajo simultáneo de todos. Son espacios donde se permite la circulación operatoria

mediante la fijación de lugares, celdas, puestos, jerarquías y rangos. Es decir, son espacios mixtos reales, ya que rigen la disposición espacial (pabellones, salas, mobiliarios), pero ideales debido a que están proyectadas sobre la ordenación de las estimaciones, caracterizaciones y jerarquías. Por ejemplo, distribuir a los enfermos, separarlos por patología o cuidados necesarios, dividir el espacio hospitalario y clasificar las enfermedades. Otro ejemplo puede constituir el caso de un faltante (ausencia) de un personal operativo en un área determinada, en la disciplina de enfermería, cuando un enfermero falta a su turno de trabajo, se solicita a otro enfermero que lo suplante, este último no conoce la especialidad de esa sala donde cubrirá la falta y puede que no le guste y tampoco quiera aprenderla, pero sin embargo, ha ocupado el lugar, el espacio del enfermero faltante. No se lo ha seleccionado por su idoneidad, ni capacidad, ni preferencias personales, solamente se lo destino a ocupar un *espacio vacío*.

De esta manera, el rango trata de imponer el orden: organizar lo múltiple, buscar un instrumento para recorrerlo y dominarlo, conformando así cuadros vivos que favorecen la caracterización de individuo como unidad y la transformación de multitudes peligrosas y confusas en multiplicidades ordenadas, cuyo fin será lograr el mayor número de efectos positivos posibles.

Control de la actividad:

El empleo del tiempo: para esta técnica de control se establecen tres procedimientos: el establecimiento de ritmos, obligar a ocupaciones determinadas, y regular ciclos de repetición.

En este sentido, Michel Foucault (2006) se refiere a las escuelas, los conventos y las fábricas, como los principales maestros de la disciplina; si bien, sus relatos datan de siglos anteriores, aún en la actualidad se puede evidenciar la presencia de los mismos métodos disciplinarios. De esta manera, se establecen *rutinas* para las diversas actividades fijando ritmos y horarios de actuación y ciclos de repetición; en algunos casos no solo se estipulan horas determinadas, sino que se ponen a contar en cuartos de horas, minutos y segundos. Por ejemplo, todas las personas deberán llegar a su lugar de trabajo a las 7:00 de la mañana y ocupar la posición asignada a las 7:15 A.M, antes de realizar cada actividad deberán lavarse las manos, ofrecer su trabajo a Dios y comenzar la acción. Deberán realizar el lavado de manos antes y después de cada actividad que

implique manejo de equipos o utensilios que contengan algún tipo de suciedad, al sonar la campana de salida, el trabajador deberá agradecer nuevamente a Dios por la jornada laboral, hacer la señal de la cruz y retirarse lentamente.

Sin embargo, el tiempo medido y pagado, debe ser un tiempo de buena calidad es decir, que durante todo lo que dure la jornada de producción, el cuerpo debe estar aplicado al ejercicio de la actividad. En este sentido, la exactitud, la aplicación y la regularidad son las virtudes fundamentales del tiempo disciplinario.

Elaboración temporal del acto: Se define aquí una especie de esquema anatómico-cronológico del comportamiento. “El tiempo penetra al cuerpo y con él, todos los controles minuciosos del poder” (Foucault, 2006, p. 156). Se descomponen los gestos y movimientos ajustando al cuerpo a unos imperativos temporales y estableciendo, desde el exterior, un ritmo colectivo y obligatorio de realización de tareas que deviene en un programa de elaboración del propio acto, comandando sus fases y desarrollo. En este sentido, se controla durante el acto la posición del cuerpo, de los miembros, las articulaciones, la dirección de los movimientos, su amplitud, duración y orden de sucesión prescripto

El establecimiento de la correlación del cuerpo y el gesto: esta técnica disciplinaria permite controlar la eficacia y rapidez del sujeto en la realización de la actividad mediante el establecimiento de relación entre el gesto y la posición global del cuerpo. El buen empleo del cuerpo permite el buen empleo del tiempo, impidiendo los espacios de ociosidad o inutilidad. En este sentido, todo el cuerpo debe ser puesto en actividad como soporte del acto requerido.

Articulación cuerpo-objeto: el poder invade la superficie de contacto entre el cuerpo y el objeto que manipula, estableciendo reglamentaciones o leyes de construcción de operaciones que actúan amarrando el sujeto al objeto y constituyendo un cuerpo-máquina, un cuerpo-instrumento. Se establece en esta técnica, las relaciones que el cuerpo debe mantener con el objeto que manipula, determinando un cifrado instrumental que descompone el gesto global en series y luego se las correlaciona estableciendo una maniobra de actuación determinada.

Utilización exhaustiva del tiempo: la disciplina procura la utilización creciente del tiempo (economía positiva), extrayendo cada vez más instantes disponibles y a partir de

allí, más fuerzas útiles. Esto significa que es necesario intensificar el uso del tiempo, fraccionarlo y lograr que el máximo de rapidez se una al máximo de eficacia. Se forma así, un cuerpo mecánico, compuesto de sólidos, sometido a movimientos, susceptible de operaciones específicas que tienen su orden, tiempo, elementos constitutivos. Sin embargo, este cuerpo sometido a mecanismos de poder, ofrece nuevas formas de saber debido a que el cuerpo dibuja correlaciones esenciales entre ejercicio que se le impone y resiste o rechaza espontáneamente lo incompatible, mediante actitudes violentas y/o posiciones forzadas (músculos contraídos, cambios de humor, estrés).

Los medios del buen encauzamiento:

La vigilancia jerárquica: es un dispositivo que coacciona con la mirada, a través de un juego de *ver-sin ser visto*, generando así un aparato de poder donde la sola mirada produce efectos de poder y los medios de coerción permiten hacer visible aquellos sobre quienes se aplica. Esta vigilancia implica toda una arquitectura específica, ya que no solamente se vigila el espacio exterior (arquitectura edilicia), sino también el espacio interior, haciendo visibles a quienes se encuentran dentro de las estructuras edilicias, conduciendo hasta ellos los efectos del poder, transformándolos, modificándolos.

Se trata de un control continuo e intenso que se extiende a lo largo de todo el proceso de trabajo e implica no solo en la producción (cantidad de materia prima elaborada, tipo de instrumentos utilizados, cantidad y dimensión de productos), sino también, la actividad de los hombres (habilidad, manera de trabajar, rapidez, eficacia, conducta), su aplicación se realiza mediante empleados, vigilantes, controladores y/o supervisores. “Se hace indispensable un personal especializado, constantemente presente y distinto de los obreros” (Foucault, 2006, p.179).

La vigilancia se convierte en un operador económico decisivo para la producción y una herramienta necesaria para la aplicación del poder disciplinario, convirtiéndolo en un sistema integrado y vinculado a la economía. Si bien se ejerce por medio de individuos, permite un sistema de relaciones cuyo funcionamiento se realiza como una maquinaria y en todos los sentidos (de arriba hacia abajo; de abajo hacia arriba y lateralmente), esto hace que todos los sujetos estén atravesado integralmente por los efectos del poder, desencadenando una suerte de vigilantes perpetuamente vigilados. Sin embargo, el poder disciplinario que descansa en este dispositivo es, por una parte, absolutamente indiscreto, omnipresente y siempre alerta, debido a que controla sin cesar a aquellos

mismos sujetos encargados de controlarlo, y por otra parte absolutamente discreto, ya que funciona permanentemente y en silencio. Se manifiesta, según a Gallagher (2004), por un juego ininterrumpido de miradas calculadas, tejiéndose una constante red de supervisión¹⁷ que consigue el desarrollo de una especie de óptica del poder (alianza entre la visibilidad y el poder) que permite llevar a cabo técnicas de vigilancia físicas mediante un juego de espacios, líneas, pantallas, haces, grados y sin recurrir en principio a la violencia, la fuerza o el exceso.

La sanción normalizadora: todos los sistemas disciplinarios funcionan como pequeños mecanismos penales, ya que presenta sus propias leyes, sus delitos especificados, sus formas de sanción y sus instancias de juicios. Se trata de penalizar (sancionar) las fracciones más pequeñas de conducta, todo aquello que no se ajusta a las reglas institucionales o se desvía de ellas.

En este sentido y siguiendo a Foucault (2006) se genera una red de micro penalidad, poniendo atención al tiempo (retrasos, ausencias, interrupción de tarea), al cuerpo (actitudes incorrectas, gestos impertinentes, suciedad, desprolijidad), la palabra (charla, insolencia), la actividad (descuido, falta de atención), la manera de ser (desobediencia, descortesía) y la sexualidad (indecencia, falta de recato), desarrollando al mismo tiempo una serie de procedimientos sutiles de castigo (castigos leves, privaciones menores, pequeñas humillaciones, sanciones). El orden de los castigos respeta a un orden artificial dispuesto explícitamente por una ley, programa o reglamento, y también, unos procesos naturales y observables, como lo son el tiempo de una actividad, el nivel de aptitud, las reglas establecidas. Así, todo lo que no se ajusta o se aleja de la regla, es castigado.

La función del castigo disciplinario es esencialmente correctiva, y su finalidad se centra en reducir las desviaciones y encauzar la conducta. Sin embargo, presenta un sistema doble de gratificación-sanción que favorece, por un lado, la calificación de las conductas y las cualidades a partir de lo que está bien y lo que está mal (buenas y malas técnicas, buenas y malas notas), y por otro, gratifica o sanciona de acuerdo al polo al cual se incline la actuación del sujeto, jerarquizando las individualidades desde su índole, virtudes, nivel y valor; a partir de lo cual, distribuye rangos o grados para

¹⁷ Cuando la mirada de la autoridad se interioriza se desencadena un juego de miradas donde el controlador vigila pero a su vez es vigilado por aquellos a quienes está controlando. Michel Foucault (1980) plantea al Panóptico de Jeremías Betham como dispositivo modelo que favorece la vigilancia jerárquica.

señalar desviaciones, jerarquizar cualidades, competencias, aptitudes y también, vigilar y recompensar.¹⁸En este sentido, se pretende medir en términos cuantitativos y jerarquizar en términos de valor, capacidades, nivel y naturaleza de los sujetos, a fin de establecer un límite que permite definir las diferencias o fronteras entre lo *normal* y lo *anormal*, comparando, jerarquizando, homogenizando, excluyendo, normalizando.

Aparece entonces el poder de la *norma*, mediante todo un juego de estatutos, privilegios, adscripciones, es decir todo un juego de grados de normalidad, que tal como lo plantean Jiménez (2012) y Galarraga Rodríguez (2005), clasifican, jerarquizan y distribuyen rangos permitiendo la homogeneidad social del cuerpo pero individualizándolo, a su vez, al permitir desviaciones, determinar niveles, fijar especialidades y hacer útiles las diferencias ajustándolas entre ellas.

El examen: en esta técnica confluyen la ceremonia del poder, las formas de experiencia, el despliegue de las fuerzas y el establecimiento de la verdad, produciendo una articulación perfecta entre la vigilancia jerárquica y la sanción normalizadora, ya que permite calificar, clasificar y sancionar al sujeto por medio de una visibilidad constante de su cuerpo. En el interior de esta técnica, las relaciones de poder se superponen y las relaciones de saber se hacen notables. En este sentido, se utilizan relaciones de poder que permiten obtener y construir cierto saber, no solamente a nivel de la conciencia y las representaciones de lo que se cree saber, sino también a nivel de lo que hace posible una actuación política, “el examen no se limita a sancionar un aprendizaje, es uno de sus factores permanentes, subyacentes, según un ritual de poder perfectamente prorrogado” (Foucault, 2006, p. 191).¹⁹

Dentro del examen, la articulación del poder y el saber se produce mediante tres mecanismos:

- 1- Invierte la economía de la visibilidad en el ejercicio del poder: el poder disciplinario se ejerce haciéndose invisible pero impone un principio de visibilidad obligatorio. Es decir, los sometidos son los que tienen que ser vistos,

¹⁸La disciplina recompensa mediante ascensos, cambios de puesto de trabajo y rango; pero también castiga, haciendo retroceder en los escalafones o perdiendo los beneficios ganados, y muchas veces también, degradando al sujeto.

¹⁹ En este sentido y dentro de las organizaciones sanitarias, la inspección y observación discontinua y rápida ponen al enfermo en constante situación de examen.

garantizando con esto el dominio del poder que se ejerce sobre ellos y manteniendo su sometimiento.

- 2- Hace entrar la individualidad en un campo documental: el examen que coloca a los individuos en un campo de vigilancia los sitúa también en una red de escritura, una espesor de documentos que los captan e inmovilizan, un sistema de registros intenso y de acumulación documental, con métodos de identificación, señalización y descripción específicos. De esta manera y mediante el aparato de escritura, se logra la constitución del individuo como objeto descriptible, analizable y se lo mantiene bajo la mirada del saber permanente, estableciendo sus rasgos singulares, aptitudes y capacidades propias. Constituyendo además, un sistema comparativo que permite la descripción de grupos, la caracterización de hechos colectivos, la estimación de desviaciones de unos individuos en relación a otros y su distribución dentro de la población que lo contiene.
- 3- Permite hacer de cada individuo un caso: permitiendo que se constituya en un objeto para el conocimiento y una presa para el poder. En este sentido, el individuo como caso permite que se lo pueda describir, juzgar, medir y comparar a otros, pero también encauzar, corregir, clasificar, normalizar y excluir.

De esta manera y siguiendo a Castro (2006) el examen constituye una modalidad de poder que permite la fijación ritual y científica de las diferencias individuales, teniendo en cuenta la propia singularidad del individuo y vinculada a los rasgos, medidas, desvíos y las notas que lo caracterizan; transformándolo así en objeto y efecto del poder y del saber, debido a que garantiza las grandes funciones disciplinarias de distribución y clasificación, extracción máxima de fuerzas y tiempo, y composición óptima de aptitudes favoreciendo la creación de una individualidad celular, orgánica, genética y combinatoria.

Las organizaciones sanitarias como asilo para los dispositivos de poder-saber.

Sistema sanitario: una breve referencia.

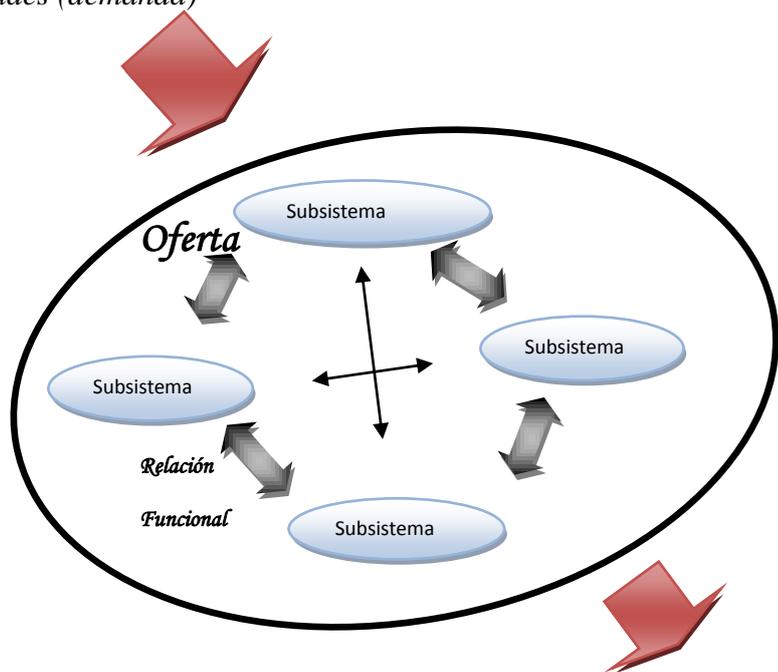
El sistema sanitario puede ser entendido como un conjunto complejo de elementos (o subsistemas) organizados e interrelacionados para brindar servicios de salud de manera universal, integral, equitativa, flexible y eficiente. Esta interrelación produce un efecto

final (producto), resultado de la acción mancomunada de cada uno de sus elementos componentes. En líneas generales, de acuerdo a Gervas y Pérez Fernández (2011), se encuentra integrado por organizaciones públicas y privadas, reguladas por el mandato político e institucional de cada país, pero con el objetivo común de brindar atención a la salud de los individuos, familias y comunidad, disminuyendo la morbi-mortalidad mediante acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, como así también la preparación para una muerte digna.

Su organización básica implica una relación oferta-demanda: los integrantes del sistema de salud, realizan determinadas acciones en respuesta a las necesidades de atención de los sujetos, recibiendo a cambio, una remuneración por los servicios prestados. A continuación se presenta un esquema que resume lo antedicho:

Imagen VII: El sistema de salud y sus interrelaciones

Necesidades (demanda)



Servicio (producto, resolución)

Fuente: Colo de Isis et. al, 2012, p. 4-6

De esta manera, al demandar atención el individuo se introduce a un sistema compuesto por diferentes componentes o subsistemas (organizaciones públicas, privadas, obras sociales, profesionales prestadores de servicio, entre otros) que se encuentran interconectados mediante procedimientos de referencia y transmisión de la información

que ordenan la circulación interna de estos sujetos en el sistema, también implica “un cierto ordenamiento territorial regionalizado y un comportamiento social, que sigue más o menos disciplinadamente, las normas de ingreso y circulación” (Testa, 2009, p. 162).

Los recursos necesarios para la prestación de servicios pueden agruparse en materiales, humanos, financieros y de conocimiento, siendo estos últimos de vital importancia para evitar que la actividad del sistema no se convierta en un circuito automático de prácticas donde primen los intereses económicos, sino que se actúe en torno a los objetivos generales del sistema sanitario en su conjunto. En este sentido, Drever (1991) sostiene que para brindar una atención de calidad, los componentes del circuito deben estar organizados de manera tal, que la distribución de prestaciones y sujetos se realice con total naturalidad y con la mayor calidad de atención posible. Estos componentes pueden ser resumidos en tres grandes grupos:

- 1- Los proveedores de atención sanitaria: que incluyen no solo a los profesionales de salud (enfermeros, médicos, bioquímicos, farmacéuticos, nutricionistas, kinesiólogos), sino también, a las organizaciones e instituciones (seguros de salud, centros de salud ambulatorios, hospitales, sanatorios, laboratorios, compañías de ambulancias o empresas) que prestan soporte socio-sanitario mediante el compromiso de todos sus integrantes.
- 2- Los receptores de la prestación de servicios: integrados por los individuos, familia y comunidad.
- 3- El Gobierno Nacional y Provincial, encargados de regular el funcionamiento de los servicios sanitarios mediante la formulación de leyes, decretos, normas y reglas generales.

La interrelación de cada uno de estos elementos conforma un circuito de retroalimentación que permite la subsistencia del sistema en general.

Por otra parte, los servicios prestados por las organizaciones componentes del sistema sanitario, tienen diferentes costos y diferentes formas de financiación; de esta manera, puede provenir de:

- a. el pago directo y voluntario del usuario al proveedor, sin intermediarios de ningún tipo (liberal);

- b. estar supeditados a la suscripción voluntaria del demandante a seguros de salud pertenecientes a compañías privadas (prepagas), que cubren la asistencia a una serie de prestaciones contratadas por la empresa;
- c. por seguros sociales obligatorios (obras sociales) contratadas por la institución laboral de la persona que demanda servicios y financiado mediante cuotas proporcionales a los salarios que son abonados por la institución laboral al sujeto;
- d. mediante servicios nacionales de salud, cuya subvención se realiza a través de dinero procedente de los presupuestos generales del estado e influidos directamente por las decisiones y lineamientos políticos de cada país.

En este sentido, tanto la salud como el sistema sanitario que la ampara, son expresión de una determinada cultura en un tiempo, geografía e historia dada, “los sistemas sanitarios no existen en el vacío” (Gérvás y Pérez Fernández, 2011, p. 90), ya que indefectiblemente, se encuentran atravesados por las redes de poder-saber que se tejen dentro de la sociedad que los cobija y, por los dispositivos que surgen como resultado de las necesidades sucedidas a partir de la articulación de cada uno los elementos que la componen.

El sistema de salud en la Argentina: un poco de historia.

Desde sus comienzos hasta la actualidad, el sistema de salud Argentino ha atravesado por diferentes etapas que se fueron sucediendo de acuerdo a los intereses políticos de cada época. En este sentido, en el año 1880 se produce la inauguración del sistema de salud nacional, mediante la creación de la primera institución de salubridad denominada Departamento Nacional de Higiene; su surgimiento respondía a la necesidad de mejorar las condiciones de higiene y salud públicas, llevando a cabo tareas de limpieza general en los municipios y control de los puertos como sitio de intercambio regional, nacional e internacional, a fin de impedir el ingreso al país de las grandes epidemias de viruela, tifus, fiebre amarilla, cólera y fiebre tifoidea que azotaban al mundo. De acuerdo a López (2006) tanto esta institución como los primeros hospitales y asilos que se fueron creando durante la época, contaban con el apoyo financiero y la regulación del Estado Nacional, generando con ello un tipo de poder centralizado en el Estado.

Posteriormente, en el año 1943, el Departamento Nacional de Higiene se transformó en Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social, quien junto a la Secretaría de

Trabajo y Previsión Social, impulsaron y promovieron la solidaridad de los organismos gremiales para conseguir mejores condiciones de vida, dando lugar a la formación de las obras sociales e impulsando la creación de instituciones de salud privadas, donde solamente se atendían a las personas que poseían obra social y que coincidentemente, correspondían a la clase social más privilegiada. Siguiendo a Jacquier, Dos Santos, Wolhein y Martínez (2011) este hecho y el propósito de mantener la accesibilidad a la salud de los sectores menos pudientes, estimularon al gobierno nacional para la formación de más hospitales, centros de salud y establecimientos para crónicos. Sin embargo, para ambos sectores (públicos y privados) tanto la coordinación como la regulación de las actividades, continuaba estando en manos del poder Nacional representado esta vez, por el Ministerio de Salud y Acción Social de la República Argentina.

En años posteriores, las cuestiones de atención médica, prevención y fiscalización de la salud, que hasta el momento pertenecían a la Secretaría de asistencia social, pasaron a manos de la Secretaría de salud y con ella, al establecimiento de un mecanismo financiador de las prestaciones sanitarias que conllevaría a la constitución de un Seguro de salud y, en coordinación con la Secretaría de seguridad social del Estado, promulgarían la Ley 18.610 para el establecimiento formal de las obras sociales en el territorio Argentino. Según Perrone y Teixidó (2007) dicha ley establecía que todos los trabajadores en relación de dependencia tenían la obligación de afiliarse a una obra social, situación que por una parte, actuó generando diferencias entre los trabajadores, los no-trabajadores y también, entre los propios trabajadores de diferentes ramos; pero por otra, generó un flujo importante de dinero que contribuyó a modificar las relaciones de poder entre las organizaciones de regulación, financiamiento y prestación de servicios, condicionando los fondos del sistema de salud, las procedencias y destinos de los sujetos que demandaban servicios.

Por otra parte y hacia el año 1974, se conforma el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), que asignaba al estado la responsabilidad de hacer efectivo el derecho a la salud actuando como financiador y permitiendo la incorporación de provincias, universidades y al sector privado, mediante la firma de convenios. Sin embargo, este sistema no contó con el apoyo de las organizaciones gremiales y del sector privado, lo que hizo que devenga en fracaso.

Después del golpe de Estado que sufrió la República Argentina en el año 1976, la descentralización del sistema de salud se tornó aún más evidente, debilitándose el protagonismo del Estado y favoreciendo con ello, el desarrollo de un mercado de servicios de salud que reorientaba los objetivos de la atención desde la salud pública, hacia un servicio mucho más tecnologizado, fragmentado y orientado a las prestaciones institucionales.

De esta manera y siguiendo Tobar (2001), para el año 1990 la función del estado se encontraba en franca agonía, la lógica imperante del momento condujo a la consolidación de un modelo ideológico neoliberal²⁰, donde primaba el protagonismo del mercado. Este hecho repercutió en el polo administrativo-financiero de los sistemas de salud, acentuando aún más la descentralización, privatización y puesta en marcha de programas focalizados en aspectos particulares de la realidad sanitaria.

Si bien, los cambios en el sistema sanitario argentino continuaron sucediéndose durante los años posteriores y hasta la actualidad, la contextualización histórica realizada nos permite afirmar que cada época y cada crisis que atravesó el país marcó el devenir del sistema sanitario, haciéndolo mutar desde un modelo centralizado donde el estado cumplía el rol principal hacia otro completamente descentralizado, que hacía notar su fragmentación en varios subsistemas que cohabitan desarticuladamente y difieren en cuanto al origen de los recursos, los servicios que prestan y la población a la que dirige su atención.

El sistema de salud argentino en la actualidad:

Acuña y Chudnovsky (2002) plantean que en la actualidad el sistema de salud argentino se encuentra compuesto por el subsector de salud público, el subsector de la seguridad social y el subsector privado; estos tres subsectores no solo se encuentran poco integrados entre si y también, fragmentados en su interior. Debido a la complejidad de cada uno de ellos, a continuación se desarrollará su constitución básica a fin de hacer

²⁰Según Garzón Espinosa (2010) se trata de un cambio en la configuración de la economía de la época, orientándola hacia la liberación del Estado en lo que respecta a las actividades productivas, modernización económica y apertura del mercado. Se adoptan líneas de acción fuertemente respaldadas por los sectores empresariales y financieros, organismos de crédito internacional y gobiernos de los principales países desarrollados. Sus principales efectos fueron la desregulación nacional e internacional del comercio y las finanzas, la privatización de muchos organismos y servicios estatales, la cesión del compromiso de regular las actividades macroeconómicas y el empleo, confrontaciones entre el gobierno y los sindicatos; lo que produjo el desplazamiento del poder a favor del capital a costas del debilitamiento de la capacidad de negociación de los trabajadores, el incremento de trabajos temporales y la reducción de los fijos; entre otras.

notar las características generales que los definen y las responsabilidades que tienen en cuanto a la prestación de servicios de salud hacia la comunidad.

El subsector público:

El subsector público, brinda atención al 48 % de la población del País en forma gratuita, a través de una red de hospitales y centros asistenciales que operan en tres niveles: nacional, provincial y municipal. Su distribución geográfica es muy amplia, abarcando a los lugares más remotos, considerados como no rentables por los otros subsectores.

Debido a que su población blanco está integrada en su mayoría por personas de bajos recursos económicos o que carecen de la cobertura de los demás subsectores, los costos de servicio son financiados mediante los impuestos federales regulados y distribuidos por el Ministerio de Salud Pública de la Nación, quien a su vez, se encarga de coordinar y financiar los programas nacionales de salud, administrar el sector salud en general, diseñar programas de atención, elaborar leyes y normas, ejecutar acciones que permitan coordinar las actividades entre los distintos subsectores, entre otros.

Sin embargo, la responsabilidad por los servicios públicos de salud municipales y provinciales, se encuentra en manos del gobierno y los Ministerios de Salud de cada provincia, quienes se encargan de fiscalizar el funcionamiento de los servicios, administrar las instituciones y establecimientos públicos, formar y capacitar al recurso humano del sector, coordinar las actividades intersectoriales, regular las actividades vinculadas a investigación, entre otros; pero siempre dentro de su jurisdicción e instrumentando esquemas de funcionamiento ligeramente diferentes en estructura y sistemas de redes de atención que los brindados a nivel nacional.

El subsector de seguridad social:

Este subsector está integrado por las denominadas obras sociales, creadas por organizaciones sindicales en respuesta a las necesidades crecientes de atención de salud de sus trabajadores. Brinda cobertura aproximadamente al 45 % del total de la población del Nacional y se financia por medio de las contribuciones conjuntas entre empleadores (6%) y trabajadores (3%) que se encuentran en relación de dependencia laboral. Estas contribuciones son de carácter obligatorio y tienen como población blanco no solo a los trabajadores asalariados, sino también a sus familiares directos y familiares a cargo.

Las obras sociales que integran este subsector pueden dividirse en nacionales y provinciales. Las primeras, junto al Instituto Nacional de Seguridad Social de Jubilados y Pensionados, conforman el Sistema Nacional de Seguro de Salud cuya regulación se realiza por medio del gobierno nacional; en cambio, las segundas, agrupan solamente a los empleados estatales de cada provincia y a los jubilados de cajas provinciales, su rasgo distintivo es que los empleados son afiliados obligatorios, es decir, no pueden optar por otra obra social que no sea la su trabajo le provee. Sin embargo, las mismas aceptan la afiliación voluntaria de personas que optan por incorporarse. Cabe destacar que cada una las obras sociales provinciales se maneja independientemente, razón por la cual, presentan mucha heterogeneidad en cuánto a su financiación, al marco jurídico en el que están encuadradas, la población blanco y las prestaciones que brindan.

Como es de notar, se trata de un subsector altamente descentralizado donde prima la variedad de obras sociales con muy diferentes capacidades de cobertura, hecho que responde a la fuerza de lucha del sindicato de trabajadores que las cobija. Sin embargo, esto puede producir algunos conflictos, ya que la alta politización del sector hace que muchas veces se generen situaciones que privilegien más los objetivos de las luchas políticas que necesidades sanitarias de la población

El subsector privado:

Está integrado por un conjunto de empresas que brindan acceso a una red de servicios sanitarios mediante afiliación voluntaria y el pago de una mensualidad. En general está integrado por las empresas prestadores de servicio (clínicas, sanatorios, hospitales, servicios auxiliares de salud, centros de diagnóstico y tratamiento, profesionales de salud de orden privado) y por las empresas de medicina prepaga. Su financiación se puede realizar de tres maneras:

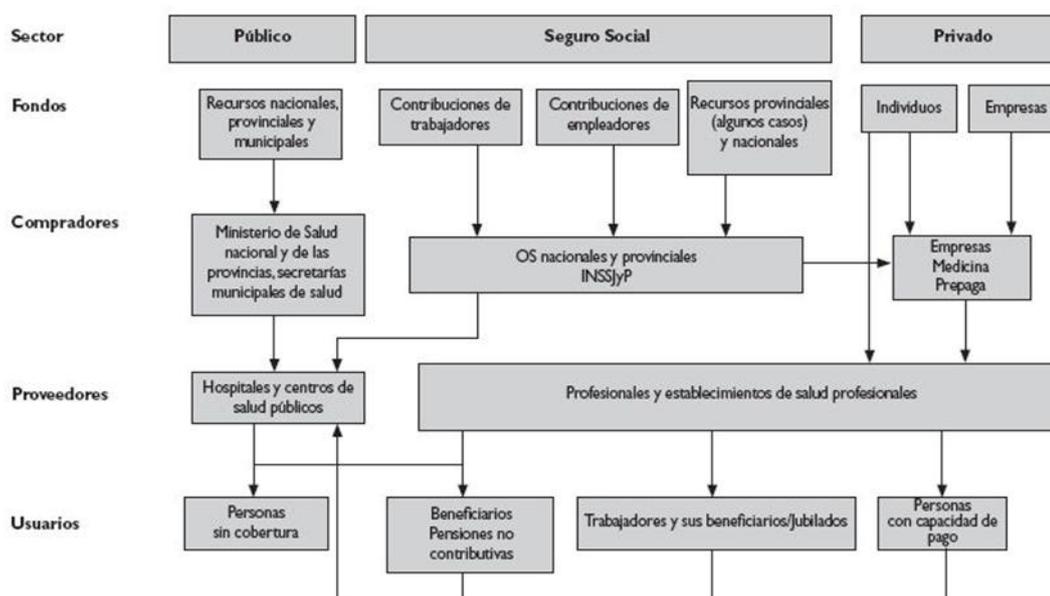
1. Mediante el aporte voluntario de los usuarios a las empresas de medicina prepaga,
2. mediante la utilización simultánea de prepagas y obras sociales (doble afiliación),
3. mediante el aporte económico personal del usuario (dinero en efectivo de su bolsillo).

De acuerdo a Taffani (2012) las empresas de medicina privada como las prepagas y mutuales, ofrecen cobertura a aproximadamente el 7 % de la población total de la

República Argentina (2.954.418 personas aproximadamente). De ellos, alrededor del 70 % se concentra en Capital Federal y el Gran Buenos Aires. Los usuarios de este subsector, son generalmente personas de medianos y altos ingresos que deciden utilizar este tipo de asistencia debido a la amplia cartera de precios, servicios y prestadores que incluye, habitualmente mayor que el ofrecido por las obras sociales.

Como es de notar, los tres subsectores mencionados presentan algunas características similares pero también otras muy diferentes, esta articulación relativa se ilustra en el siguiente gráfico:

Imagen VIII: El sistema de Salud Argentino en la actualidad



Fuente: Bello y Beceril-Montekio, 2011, p. 2.

El gráfico nos permite observar que aunque el estado sea el encargado de regular las actividades de cada uno de los subsectores, las posibilidades de acceso a los servicios son diferentes de acuerdo a los recursos económicos de los goce la persona que los requiere. En este sentido, las obras sociales y prepagas contratan servicios del subsector privado (organizaciones sanitarias privadas) para brindar atención a las personas de medianos y altos recursos. Mientras que el subsector público atiende a toda la población que lo solicite, poniendo especial atención a las personas que no están cubiertas por obras sociales o servicios de medicina prepaga y que habitualmente corresponde a personas de escasos recursos. Siguiendo a Pulleiro (2013) estas características de los servicios públicos por un lado, actúan resguardando a las obras sociales por medio de la

prestación de servicios sin cargo para la población asegurada y por otro, compensa los desequilibrios de la economía actual y la situación socio-sanitaria de la República Argentina.

Las organizaciones: generalidades.

Una organización puede definirse como “un sistema social o conjunto de personas en relación de interdependencia” (Álvarez, 2007, p. 75) construida para alcanzar fines específicos, los elementos que la componen surgen, se mantienen o desaparecen como producto de un proceso organizativo en constante cambio. Sus características definatorias se puede resumir en:

- a. división de trabajo, poder, responsabilidades y comunicación;
- b. presencia de centros de poder y factibilidad para sustituir a las personas que ocupan cargos en la misma.

La primera característica se orienta específicamente al cumplimiento de los objetivos organizacionales, definiendo para cada persona que en ella se desempeñe, puestos laborales con determinadas responsabilidades y sujeto a diferentes relaciones de poder que tejen hilos horizontales y/o verticales que de una u otra manera lo atraviesan y desencadenan acciones de mando o subordinación. Mientras que la segunda, tiene como blanco controlar los esfuerzos mancomunados de la organización en general y dirigirlos hacia la consecución de los fines establecidos en la misma, para ello debe revisar continuamente su actuación global y modificar la estructura, en caso de ser necesario, a fin de mantener y/o aumentar la eficiencia y eficacia de los servicios prestados.

Si bien, la administración de las organizaciones se puede analizar desde diferentes puntos de vista, este apartado se orientó desde el enfoque de sistemas, ya que permite considerarlas como “un todo cuyas partes se encuentran íntimamente relacionadas” (Balderas Pedrero, 2009, p. 18) a fin de alcanzar un objetivo común. Estos sistemas se constituyen mediante un modelo de entrada-proceso-salida, integrado por un conjunto de variables que en suma permiten el funcionamiento global de la organización.

En este sentido, la entrada se corresponde a las acciones, interacciones, expectativas, energía, información y materia prima, entre otros elementos; el proceso a las tareas, relaciones interpersonales, la estructura y la cultura organizacional, y las salidas a los productos, servicios, dirección y cohesión del sistema. Cada una de estas partes, actúan

conformando un circuito de retroalimentación que relaciona, tanto a las variables internas de la organización como a su intercambio permanente con el entorno que la rodea.

Este circuito de interacción, debe incluir necesariamente los siguientes pasos:

- 1- el entorno que requiere servicios estimula a las organizaciones para la formulación de objetivos prestacionales;
- 2- la cúpula directiva de la organización, compatibiliza con esos objetivos y establece líneas de mando horizontales y verticales para dirigir las acciones de los miembros de la institución hacia ese fin;
- 3- el objetivo final es subdividido en otros parciales que determinarán las actividades necesarias para lograrlo. Este hecho implica la definición de una estructura de tareas, el orden jerárquico entre ellas y la división del trabajo que favorecerá el establecimiento de los procesos organizacionales;
- 4- la acción mancomunada del grupo permite el desarrollo del producto/ servicio requerido que es brindado nuevamente al entorno cumpliendo los objetivos organizacionales planteados.

En este sentido, los componentes que integran a la organización se tornan sumamente relevantes a la hora de comprender los pilares que deben articularse para que el modelo entrada-proceso-salida sea posible, y que los objetivos de la organización puedan cumplirse sin contratiempos. Estos componentes pueden agruparse, a grandes rasgos en:

- Los componentes internos: constituidos por los objetivos de la organización, la cultura organizacional, la estructura, las actividades, las estrategias, los procesos, las fuentes de originalidad, las personas que la integran, los conocimientos que poseen y que permiten llevar a cabo las tareas, como así también, las fuerzas destructoras, equilibradoras, evolutivas y reproductoras.
- Los componentes externos: integrados por el entorno en general y especialmente por el mercado, los clientes, los proveedores, los sindicatos, el mercado de factores, el gobierno.
- Los estados: referido a los movimientos internos que hacen a la permanencia o no de la organización. Aquí se incluyen el estado de supervivencia, la adaptación, el crecimiento y el desarrollo organizacional.

Cada uno de ellos debe actuar permitiendo una homeostasis dinámica²¹ que posibilite la adecuada relación entre los insumos que recibe, los que necesita para operar como sistema y aquellos que brinda como productos.

Finalmente y para que la empresa sea exitosa, es necesaria la intencionalidad colectiva del grupo humano que la compone. Esto significa, que el apoyo mancomunado de los objetivos organizacionales se llevará a cabo en la medida de que éstos coincidan con los objetivos personales de cada miembro que compone la organización. Por ello, quienes la dirigen, deben estimular el sentimiento de pertenencia y participación efectiva de cada miembro, a fin de lograr la articulación entre ambos objetivos y llegar a la conformación de una empresa triunfante y en desarrollo creciente.

Las organizaciones sanitarias:

Dentro del extenso universo de las organizaciones, se pueden vislumbrar aquellas cuyo objetivo está centrado en brindar servicios de salud. Estas organizaciones sanitarias, se estructuran conformando unidades complejas de múltiples dimensiones donde la coexistencia de diversos roles, status y pautas de relación hacen posible un entramado de relaciones e interacciones entre diferentes agentes como el gobierno, los usuarios, las obras sociales y/o prepagas, los sindicatos y mutuales, los proveedores de servicios de salud, entre otros.

Todos ellos, mediante distintos niveles de interacción, luchan en pro de lograr el cumplimiento de sus objetivos particulares y en suma, los del servicio sanitario, cuyo eje se centra en brindar atención equitativa, eficiente y eficaz para asegurar la satisfacción de las necesidades de los usuarios.

En la actualidad las organizaciones de salud pueden dividirse en públicas (o estatales) y privadas. Estas categorías responden a los organismos reguladores o administradores que las rigen y también, a la forma de financiación que tiene los servicios que brindan. Así las primeras, son gestionadas y administradas desde el gobierno del país que baja líneas políticas (mediante leyes, reglamentos, convenios) hacia el gobierno provincial y, este a su vez, al municipal. Sin embargo, cada provincia y municipio se encarga de gestionar y administrar la organización sanitaria que le compete, financiando las

²¹Entendida como un movimiento constante de autoreglulación que permite la subsistencia del sistema mediante el control de las variables internas y externas.

atenciones brindadas mediante fondos provenientes del pago de los servicios públicos de toda la población.

En cambio las segundas (si bien deben adecuarse a los lineamientos políticos generales establecidos por los gobiernos), se gestan desde los sindicatos, mutuales o entidades privadas quienes además se encargan de administrar y regular la actividad interna de la organización estableciendo las pautas de relación, los modos de acción, las prestaciones que serán brindadas y los usuarios que podrán acceder a ellas. Además según Abeledo (2010), gozan de una financiación variada proveniente de las obras sociales, los servicios de medicina prepaga y también desde el pago directo de quien demandan servicios. Su cartera de usuarios está integrada mayoritariamente por personas de mediano y altos recursos

Sin embargo, el éxito de estas organizaciones no se produce solamente por contar con financiación suficiente, sino que para el correcto desempeño de sus actividades requiere una articulación entre los recursos económicos, materiales y humanos que la conforman, siendo estos últimos de vital importancia debido a que todos los momentos y las modalidades de atención en salud, dependen de la existencia y coordinación de un conjunto coherente de personal capacitado, cuya actuación se encuentra regulada por diferentes modelos de práctica, valores generales, normas, reglas, roles y mecanismos de control previamente establecidos por las políticas institucionales de la organización y dirigidas hacia la consecución del objetivo y la misión final de la misma.

Restrepo (2001) plantea que el campo de salud actual, se perfila eminentemente multidisciplinario. Sin embargo, dentro la larga lista de profesionales habilitados para intervenir en el ámbito de las organizaciones sanitarias u hospitalarias, se destaca particularmente la presencia de administradores/gestores, médicos y enfermeras. En este sentido, el cuerpo médico conforma el núcleo duro de las organizaciones en sus distintas jerarquías y especialidades. Si bien goza de cierta autonomía de acción, su rol dentro de las organizaciones no se limitan solamente a las actividades prestacionales, sino que habitualmente ocupa puestos de gerencia y dirección, lo que actúa reforzando la preeminencia del modelo hegemónico que impera dentro de éstas y hace que las decisiones tanto institucionales como prestacionales queden supeditadas a sus designios.

Sin embargo, es el personal de enfermería quién representa el 50% a 60% de la fuerza laboral de los sistemas sanitarios, concentrando el mayor porcentaje de costos fijos en

los presupuestos destinados a tal fin. Su accionar dentro de la organización es dependiente o independiente de acuerdo a la relación contractual celebrada entre ambos. Es decir que el trabajador puede tener una relación de contrato en relación de dependencia, un contrato sin relación de dependencia a tiempo predeterminado o pertenecer a la categoría de monotributo.

La modalidad de monotributo establece una relación laboral pero sin dependencia institucional, es decir que el trabajador brinda un servicio a la institución, recibe una remuneración a cambio, pero no tiene relación legal con la institución, lo que implica que sea el mismo quien deba realizar sus aportes de seguridad social (jubilación y obra social) por medio del pago voluntario de una cuota mensual a la organización federal de impuestos públicos (AFIP). En cambio, las otras dos modalidades o condiciones de contratación se diferencian del régimen de monotributo, por generar una relación legal entre la institución y el trabajador, habitualmente el pertenecer a esta modalidad implica más obligaciones tanto del trabajador hacia la institución (como por ejemplo cumplir más guardias laborales, estar sujeto a sanciones en caso de incumplimiento de normas o reglamentos institucionales), y de esta hacia el empleado, algunas de estas obligaciones son realizar los aportes de obra social y jubilación del empleado, contar con una aseguradora de riesgos laborales que cubra los accidentes que pudiera sufrir, realizar campañas de prevención de enfermedades (vacunación), entre otras.

Los profesionales de enfermería constituyen uno de los escalafones más importantes a la hora de evaluar la calidad de atención brindada por las organizaciones sanitarias, ya que se encargan de ofrecer cuidados de salud durante las veinticuatro horas del día y todos los días del año; este hecho hace necesaria su distribución en diferentes turnos y áreas laborales con el objetivo final de mantener cubiertas las necesidades de atención de los usuarios que demandan servicios.

Su actividad laboral, depende de la regulación institucional tanto a nivel macro (por medio de normas, convenios colectivos de trabajo y leyes nacionales) donde se estipulan las tareas y funciones pertenecientes a cada categoría de personal, como a nivel micro, mediante un juego de diferentes dispositivos de saber-poder que actúan controlando y disciplinando las acciones de estos trabajadores.

Así y de acuerdo a Chaux Mayorga (2006), mediante acciones supresoras y la aplicación de ciertos dispositivos, la organización sanitaria conduce a estos

profesionales hacia la conformidad para con los valores y creencias institucionales, generando una relación de docilidad-utilidad que favorece la conformación de cuerpos dóciles para ser utilizados, transformados y perfeccionados en vistas a cumplir los objetivos de la organización, logrando una aparente homeostasis interna que permite maximizar las fuerzas de producción, favoreciendo la supervivencia de la empresa y la prestación de un servicio de calidad.

Sin embargo, tras este manto de aparente equilibrio se gesta un entramado de redes de poder-saber que favorece la reproducción del modelo médico hegemónico imperante en las organizaciones sanitarias, influyendo sobre la enseñanza, la situación laboral y la autonomía de las profesiones. En este sentido, la sumisión del personal de enfermería a los órdenes institucionales reproduce este modelo y produce personal más *obediente* y menos *cuestionador* que actúa por encima de sus propios intereses y naturaliza el modelo de prestación institucional, desencadenando un sentido de pertenencia y una conformidad para con los intereses de la organización y contribuyendo al logro de los objetivos institucionales y de aquellos que detentan el poder en los sistemas de salud.

Desde este posicionamiento, en el capítulo siguiente se presenta el esquema metodológico utilizado para describir y analizar los dispositivos de poder saber imperantes en una organización sanitaria del sector privado, desentrañando las sutilezas en la aplicación de los mismos.

Capítulo II:

Metodología utilizada para el análisis de los dispositivos de poder-saber que regulan la práctica de Enfermería:

Aspectos lógico-metodológicos de la Investigación:

Para llevar a cabo este trabajo, se realizó un estudio de tipo cuali- cuantitativo con abordaje descriptivo e interpretativo. Las unidades de análisis estuvieron conformadas por cada uno de los enfermeros profesionales y Licenciados en Enfermería que se desempeñan laboralmente dentro de la organización privada de salud referente al objeto de estudio de la presente investigación.

Para la selección de mismas se solicitó al Departamento de Recursos Humanos, un registro de todos los Enfermeros y Licenciados en Enfermería que se encontraban en relación de dependencia laboral. Posteriormente y teniendo en cuenta que la organización está estructurada por ocho sectores de especialidad: Servicio de Emergencias, Internación quirúrgica y maternidad; Terapia neonatal; Terapia Pediátrica; Internación pediátrica; Internación polivalente adultos; Unidad de terapia intensiva adultos y servicio de cirugía; se separó a cada unidad de análisis por área de desempeño laboral y luego se procedió a la selección de aquellos que tenían una relación de dependencia laboral, este grupo sumaba un total de 40 individuos. Posteriormente se seleccionó mediante una técnica de muestreo aleatorio simple, obteniéndose 3 unidades de análisis por sector.

Las variables analizadas fueron la aplicación de dispositivos de poder-saber y la regulación de la práctica de enfermería.

La aplicación de los dispositivos de poder-saber: entendida como la puesta en práctica de un sistema de elementos heterogéneos (sistemas de normas, reglas, procesos técnicos, tipos de clasificación de sujetos, entre otros) que adquieren una configuración específica y son utilizados para conducir las acciones de los sujetos.

Para su abordaje se plantean las siguientes dimensiones e indicadores:

- 1- Aplicación de dispositivos de regulación institucional: entendido como los instrumentos que establecen tanto las obligaciones y prohibiciones teóricas y prácticas a las que deben ajustarse los trabajadores, como la estructura de mando que se establece dentro de la misma. (Reglamentos internos, normativas institucionales, organigrama institucional).

Sus indicadores fueron:

- a- Presencia y cumplimiento del organigrama institucional: se solicitó el mencionado instrumento a los representantes del departamento de recursos humanos de la institución, posteriormente y mediante el análisis documental, la observación, la entrevista a informantes clave y los datos de la encuesta auto-administrada, se corroborará la estructura jerárquica presentada en el gráfico con las líneas jerárquicas funcionantes (dirección general, dirección médica, departamento de enfermería, personal operativo) dentro de la organización, estableciendo además el cumplimiento de las funciones pertenecientes a cada escalafón y las líneas de comunicación que se establecen entre ellas.
 - b- Presencia y cumplimiento de los reglamentos internos de funcionamiento institucional: se solicitó a los representantes del departamento de recursos humanos el mencionado instrumento y posteriormente se realizó el análisis documental correspondiente, corroborándose su puesta en práctica mediante la observación, articulando los lineamientos generales que estipulan (uso de uniforme institucional, permanencia en las áreas laborales estipuladas, permanencia dentro de la institución durante todo el horario laboral) y el acatamiento del personal de enfermería.
- 2- Aplicación de convenios colectivos de trabajo: entendido como la puesta en práctica de los lineamientos gestados a partir de un contrato celebrado entre un sindicato (o grupo de sindicatos) y la organización sanitaria en estudio, referidos a los aspectos normativos de la relación laboral. En esta dimensión nos centramos solamente en los aspectos más relevantes que hacen visible la regulación de la actividad laboral.

Sus indicadores fueron:

- a. Regulación de Salarios: mediante el análisis del convenio colectivo de trabajo aplicado dentro de la organización sanitaria en estudio y la aplicación de una encuesta auto-administrada a los profesionales de enfermería que trabajan en la institución, se indagó si la misma realizaba el pago de los haberes salariales según el monto establecido por el convenio de acuerdo a la categoría laboral que tenía cada unidad de análisis estudiada (enfermeros operativos pesos 7.434,00 –Julio 2014- 8.177,40-diciembre2014-)

- b. Remuneraciones sobre el básico: mediante una encuesta autoadministrada y el análisis documental, se analizó si la organización sanitaria en estudio, brinda remuneraciones adicionales sobre el sueldo básico que reciben como pago de sus actividades laborales (Adicional del 10% para el personal que trabaja en las áreas de cirugía, parto y esterilización; 100% de recargo en guardias extras de turno nocturno y 150% si trabaja en los días que le corresponde franco, si existiera solución de continuidad entre una guardia y la siguiente; en caso contrario se abonará el 50% y 100% respectivamente; el personal que desempeñe sus funciones en turno nocturno recibirá un 10% más sobre su básico).
 - c. Regulación de jornada laboral: mediante una encuesta auto-administrada y el análisis documental, se determinó la cantidad de horas diarias que trabaja cada unidad de análisis durante el período de un mes (8 horas, 12 horas, 16 horas) y luego, mediante el análisis del convenio colectivo de trabajo, se determinó si lo establecido en este último es lo que se cumple dentro de la organización.
 - d. Regulación de los descansos: Mediante el análisis de las planillas de guardia laboral y los datos de la encuesta auto-administrada, se estableció si la institución cumple con la planificación las horas de descanso pautados por el convenio colectivo de trabajo: un franco de 24 horas cada 4 guardias diurnas para las áreas no críticas y un franco de 24 horas cada 2 guardias para las áreas críticas.
- 3- Aplicación de técnicas disciplinarias: entendidos como aquellos métodos de control (vigilancia jerárquica, control del tiempo y la actividad; sanción normalizadora y examen) aplicados dentro de la organización sanitaria para ordenar la práctica profesional.

Sus indicadores fueron:

- a. Distribución de individuos en el espacio: Mediante la observación se analizó la estructura edilicia de la organización, identificando la división del personal de

enfermería por áreas o sectores fijos y determinación de funciones o cargos ocupados en cada sector (asistencial, coordinador, supervisor).

- b. Control de la actividad: mediante la observación, la entrevista a informantes clave y la encuesta auto-administrada, se analizó de qué manera se controla el empleo del tiempo (actividades rutinarias pautadas en horarios fijos; designación de tareas para momentos sin actividad rutinaria); la elaboración temporal del acto (control de los pasos a seguir para la realización de las técnicas y procedimientos propios de la disciplina enfermera); establecimiento de correlación del cuerpo y el gesto (adecuación del cuerpo y gestos según procedimientos a realizar) y la articulación cuerpo objeto (utilización de cada uno de los elementos de trabajo según un procedimiento en particular establecido por la institución).
- c. Aplicación de la vigilancia Jerárquica: mediante la observación y la aplicación de una encuesta autoadministrada se analizó la manera en que se lleva a cabo la vigilancia de las acciones y desempeño laboral de los profesionales de enfermería dentro de la organización (presencia constante de supervisores de área, presencia de cámaras de seguridad, planillas de turnos laborales, control de entrada-salida)
- d. Aplicación de la sanción normalizadora: mediante la aplicación de una encuesta auto-administrada y la entrevista a informantes clave, se analizaron los motivos de sanción (olvido u omisión de tareas rutinarias, conflictos laborales, ingreso/egreso de la institución fuera del horario estipulado, conflictos en la atención directa a usuarios) y la forma de aplicación de las mismas (llamados de atención verbales; llamados de atención escrito, suspensión de actividades, prohibición de realizar determinadas actividades).
- e. Aplicación del examen: mediante una entrevista, la encuesta auto-administrada y la observación se analizó de qué manera se evalúan las acciones del personal de enfermería dentro de la organización sanitaria (Evaluaciones escritas; evaluaciones en proceso; observación contante de actividades por el supervisor o jefe de servicio).

Por otra parte y la segunda variable que hemos denominado Regulación de la práctica de enfermería, se entendió como un mecanismo que sirve para ordenar la acción del personal de enfermería dirigiéndolos hacia fines organizacionales específicos.

Para su análisis se planteó la siguiente dimensión e indicadores:

- 1- Consecuencias de la aplicación de los dispositivos de saber-poder: entendida como aquellos efectos que produce la puesta en práctica de los dispositivos en estudio sobre el accionar del personal de enfermería y favorecen la regulación de su práctica.

Los indicadores fueron:

Regulación de la práctica de enfermería por la aplicación de dispositivos de disciplinamiento: mediante una encuesta auto-administrada y la observación se analizó: la obediencia y ejecución inmediata y adecuada las órdenes que le son dadas por los mandos medios (supervisores) - sin realizar objeciones, rebeldías y/o sugerencias-; la permanencia en sector de trabajo asignado durante todo el horario laboral, sólo trasladándose a otros sectores en caso de ser necesario y para actividades que su desempeño profesional requiera; el cumplimiento de horarios de entrada y salida - realiza la toma de guardia 10 minutos antes de la hora de salida del turno anterior y se retira de su guardia puntualmente culminadas las 8 horas de trabajo-; asistencia a todas las guardias activas planificadas en la planilla de turnos laborales; realiza todas las actividades asignadas en los horarios de rutina estipulados sin retrasarse o adelantarse más de una hora; el registro en la historia clínica las actividades realizadas sobre los usuarios de servicios de salud, inmediatamente después de haberlas hecho; si acepta y firma llamados de atención, suspensiones y sanciones en general sin realizar descargos, objeciones, rebeldías.

Regulación de la actividad por aplicación de dispositivos de poder institucionales: mediante la aplicación de una encuesta auto-administrada y la observación se analizó si las unidades de análisis en estudio: respetan las líneas de autoridad establecidas dentro de la institución, obedeciendo los lineamientos y órdenes presentadas por sus superiores directos (supervisores de área) e informando a éstos cualquier situación que requieran su intervención dentro del servicio laboral asignado. Cumplen voluntariamente con lo establecido en las normas y reglamentos institucionales, sin requerir algún tipo de

sanción para ello (llamado de atención verbal, escrito, suspensión de actividades, entre otros).

Regulación de la actividad por la aplicación de convenios colectivos de trabajo: mediante la aplicación de una encuesta auto-administrada y el análisis documental se examinará si las unidades de análisis en estudio: reciben los haberes salariales básicos y los adicionales sobre el mismo -en caso de que su actividad laboral lo requiera- según lo establecido en el correspondiente convenio (para este estudio CCT 107/75); cumplen con la planificación de sus guardias laborales (8 horas diarias) y gozan de los días de descanso (un día libre -24 horas- cada 4 guardias diurnas para las áreas no críticas- servicio de internación, emergencias, esterilización- y un día libre -24 horas- cada 2 guardias -diurnas o nocturnas- para las áreas críticas: terapia neonatal y pediátrica; terapia intensiva de adultos; quirófanos.) pautados en el convenio colectivo de trabajo.

Sistema de Matrices de datos:

Siguiendo a Samaja (2008), la descripción realizada anteriormente habilita a plantear un sistema de matrices de datos compuesto por tres niveles, que se representan a continuación:

Matriz del Nivel Supraunitario:

Unidad de análisis	Variable	Valor	Dimensión	Indicador
Dispositivos institucionales de poder-saber	Dispositivos que regulan la organización institucional	<p>Altamente regulado: se cumplen los cuatro indicadores.</p> <p>Medianamente regulado: Se cumplen tres de los indicadores</p> <p>Regulado: Se cumplen dos de los indicadores.</p> <p>•Poco regulado: se cumple menos de dos indicadores.</p> <p>•No Regulado: No se cumple con ningún indicador.</p>	Documentos Institucionales que regulan la estructura jerárquica	1. Presencia de la representación gráfica de la estructura jerárquica de la organización. Procedimiento: Solicitar el organigrama a los representantes de recursos humano.
			Documentos Institucionales que regulan la organización interna institucional	a) Dimensión: Presencia de reglamentos internos de organización y funcionamiento institucional. Procedimiento: corroborar presencia de reglamentos internos.
			Documentos institucionales que regulan la práctica laboral	Dimensión: Presencia de convenios colectivos de trabajo. Procedimiento: solicitar información al departamento de recursos humanos sobre el convenio colectivo de trabajo que se aplica en la institución.
			Dispositivos institucionales que regulen la actividad laboral	1-Dimensión: Presencia de instrumento de control de actividad. Procedimiento: corroboración del método institucional utilizado para establecer los Horarios de entrada y salida del personal; el turno laboral, las actividades realizadas por el personal; instrumentos que permiten el control constante de las actividades de todo el personal institucional (supervisión constante, presencia de cámaras de seguridad, distribución espacial específica).

Matriz del Nivel de anclaje:

Unidad de análisis	Variable	Valor	Dimensión	Indicador
Funcionamiento de los dispositivos de saber-poder que regulan las prácticas	Aplicación de dispositivos de poder-saber que regulan la práctica profesional	Altamente aplicado: se cumplen los siete indicadores •Medianamente aplicado: Se cumplen cinco de los indicadores planteados. •Aplicado: Se cumplen tres de los indicadores planteados. •Poco aplicado: se cumple dos de los indicadores planteados. •No aplicado: No se cumple con ningún indicador.	Aplicación del organigrama institucional	Dimensión: Presencia de una estructura jerárquica. Procedimiento: Observar el cumplimiento de la estructura gráfica de jerarquías presentada en el organigrama.
			Aplicación de los reglamentos internos de organización institucional por área laboral.	b) Dimensión: Acatamiento de reglamentos internos institucionales. Procedimiento: observar uso de uniforme institucional, permanencia en las áreas laborales estipuladas, permanencia dentro de la institución durante todo el horario laboral.
			Aplicación de los convenios colectivos de trabajo	Cumplimiento del convenio colectivo de trabajo. Procedimiento: observar monto de salario aportado a cada trabajador según título profesional; adicionales sobre el sueldo según el área de desempeño laboral; duración de la jornada laboral y periodos de descanso o días libres (franco) entre una guardia y la otra.
			Aplicación de técnicas disciplinarias:	a) Distribución de individuos en el espacio. Procedimiento: Observar la división del personal de enfermería por áreas o sectores fijos, determinación de funciones o

				<p>cargos ocupados en cada sector (asistencial, coordinador, supervisor).</p> <p>b- Control de la actividad. Procedimiento: Observar de qué manera se controla empleo del tiempo (actividades rutinarias pautadas en horarios fijos; ocupación de los momentos sin actividad pautada); elaboración temporal del acto (adecuación a técnicas y procedimientos estipulados según manuales de enfermería); establecimiento de correlación del cuerpo y el gesto (adecuación del cuerpo y gestos según procedimientos a realizar); articulación cuerpo objeto (utilización de cada uno de los elementos de trabajo según un procedimiento en particular establecido por la institución).</p> <p>c) Dimensión: aplicación de la vigilancia Jerárquica. Procedimiento: observar el ejercicio de la vigilancia por los supervisores de servicio.</p> <p>d) Dimensión: Aplicación de Sanción Normalizadora. Procedimiento: observar cómo y cuándo se ejecutan las sanciones: llamados de atención verbales; escrito; suspensión de actividades, prohibición de realizar determinadas actividades.</p> <p>e) Dimensión: Análisis de las formas de Examen. Procedimiento: Observar de qué manera se realiza el control de las saber de los enfermeros. Evaluaciones escritas; evaluaciones en proceso; observación contante de actividades por el supervisor o jefe de servicio.</p>
--	--	--	--	--

Matriz del Nivel Sub-unitario:

Unidad de análisis	Variable	Valor	Dimensión	Indicador
Consecuencias de la aplicación de los dispositivos de poder-saber	Cumplimiento de los dispositivos de poder-saber	<p>Alto cumplimiento: Se cumplen los cuatro indicadores</p> <p>Escaso cumplimiento: Se cumplen por lo menos dos indicadores</p> <p>Cumplimiento Nulo: Se cumplen menos de dos indicadores</p>	Cumplimiento del organigrama jerárquico	a-cadenas de mando según orden jerárquico. Procedimiento: observar el acatamiento de las órdenes y las líneas que se establecen para ello.
			Cumplimiento de los reglamentos institucionales	<p>a-Observar la obediencia de lo estipulado en los reglamentos de la institución.</p> <p>Procedimiento: el personal de enfermería asiste y se retira de su lugar de trabajo en los tiempos estipulados; presenta uniforme adecuado, acata órdenes; asiste a las guardias planificadas.</p>
			Cumplimiento de convenio colectivo de trabajo	<p>a-observar el cumplimiento de lo estipulado en el CCT de trabajo respectivo.</p> <p>Procedimiento: el sueldo, los adicionales, la duración de la jornada laboral y los periodos de descanso institucionales, se corresponden a lo estipulado en el CCT.</p>
			Cumplimiento de los mecanismos de control	<p>a-observar el cumplimiento de los dispositivos de control institucionales.</p> <p>Procedimiento: el personal de enfermería acata ordenes, permanece en su área laboral durante toda la jornada laboral; realiza las actividades asignadas de acuerdo a los reglamentos internos de la institución, en horarios de rutina. Responde correctamente a las exigencias institucionales pasando con éxito los exámenes realizados.</p>

La recolección de los datos se llevó a cabo durante el año 2014. Para su puesta en práctica, se tuvo en cuenta los períodos en los que según estadísticas sanatorias, se presentaba una disminución significativa del ingreso de pacientes y de las internaciones en los diferentes sectores; hecho que permitió aplicar los instrumentos de recolección de una manera más segura sin interrumpir en la actividad laboral de las unidades de análisis. Antes de la aplicación definitiva del instrumento, se llevaron a cabo dos pruebas piloto, que favorecieron la realización de los ajustes necesarios para que los datos recabados fueran los deseados.

De esta manera y como instrumento de recolección de datos se utilizaron: entrevistas a informantes clave, encuestas auto-administradas, análisis documental y observación no participante.

Mediante la primera, se pretendió recabar datos para poner luz sobre los dispositivos de saber-poder que existen y la manera en que son aplicados dentro de la organización. Para ello y, se realizaron entrevistas a personas que ocupan cargos jerárquicos medios y superiores, utilizando un cuestionario semi-estructurado, constituido por algunos datos de identificación y preguntas abiertas y cerradas. Este proceso se llevó a cabo a posteriori de la obtención del consentimiento por parte del entrevistado y mediante un encuentro “cara a cara” en un lugar y horario establecidos para tal fin, pero siempre dentro de la organización sanitaria.

Por otra parte y para indagar la percepción de los profesionales de enfermería que realizan funciones asistenciales dentro de la organización, respecto a los dispositivos de poder y la manera en que le son aplicados; se llevó a cabo una encuesta auto-administrada con presencia del investigador, dentro del sitio de investigación y en un horario convenido junto a cada componente de la muestra. La encuesta aplicada consistió en un cuestionario con preguntas cerradas y opciones múltiples.

Posteriormente, se llevó a cabo el análisis documental, por medio del cual se pretendió analizar detenidamente los lineamientos que componen los dispositivos de poder aplicados en la institución, para analizar luego su cumplimiento o incumplimiento. Cada uno de los documentos examinados en el apartado de análisis de los datos, fue suministrado por los informantes clave seleccionados.

Finalmente y por medio de la observación no participante se logró una articulación metodológica que hizo posible corroborar cada una de las afirmaciones producidas desde la encuesta auto-administrada y la entrevista a los informantes clave, incrementando con ello, la validez y confiabilidad de los datos obtenidos.

Para el análisis y la interpretación se realizó una triangulación metodológica de técnicas cualitativas y cuantitativas. Las primeras sirvieron para describir la aplicación de los dispositivos de poder a la luz de los referentes teóricos construidos. Mientras que las técnicas cuantitativas expusieron los datos recabados desde la encuesta aplicada a las unidades de análisis, que actuaron haciendo evidentes los diferentes dispositivos de poder-saber aplicados para regular la práctica. Así también y para reflejar con mayor claridad estos resultados se presentan los gráficos correspondientes.

En el siguiente capítulo se presenta el análisis detallado de las variables, dimensiones, valores e indicadores seleccionados que nos permitió identificar los dispositivos de poder-saber, aplicados a la práctica de enfermería y su correspondiente efecto de regulación, desde la óptica institucional prevista en las normativas consultadas y los aportes obtenidos desde la aplicación del instrumento y la observación de la realidad.

Capítulo III

*Los dispositivos de poder-saber en una Organización Privada de Salud. Posadas,
Misiones. Año 2014*

El sitio de investigación seleccionado para este estudio, estuvo conformado por el Sanatorio “Camino complejidad Médica” ubicado en la calle Junín 2459 de la Ciudad de Posadas, Misiones. Se trata de una organización sanitaria de orden sindical surgida desde el interés de los Directivos de la Obra Social y el Sindicato de Camioneros de la provincia de Misiones, quienes propusieron su creación en diferentes reuniones a nivel provincial e hicieron eco en la Asociación Mutual de Camioneros (entidad creada desde el Sindicato) desde donde se gestionaron los medios y recursos económicos necesarios para la conformación de un sanatorio que brindara atención exclusivamente a los afiliados de su obra social.

En la actualidad, el Sanatorio Camino depende económica y administrativamente de la Asociación Mutual de Camioneros de la provincia de Misiones, que se encuentra ligada de manera parcial al Sindicato, ya que su administración interna y las decisiones relacionadas a la compra de insumos, reparación de equipos y gestión de recursos humanos se realizan de manera autónoma, pero una vez por año (como mínimo), los directivos de la Asociación Mutual (Presidente y Gerente) deben rendir cuentas (estadísticas y administración de recursos económicos) a los directivos del Sindicato de Camioneros a fin de dar a conocer de qué manera se manejan los recursos y poner al corriente de los avances y retrocesos de la organización sanitaria que se ha conformado.²²

Así y desde el mes de Agosto del año 2008, el Sanatorio “Camino Complejidad Médica” se encuentra en funcionamiento atendiendo a los afiliados de la obra social de Camioneros y de otras obras sociales –Nacionales y Provinciales- como así también a pacientes denominados “Mutualizados Especiales” o “Cuentas Especiales” que son aquellas personas que no poseen obra social o no cuentan con recursos económicos para solventar los gastos de la atención sanatorial y son amparados por el Sindicato de Camioneros quien se encarga de cubrir los costos relacionados a las atenciones brindadas.

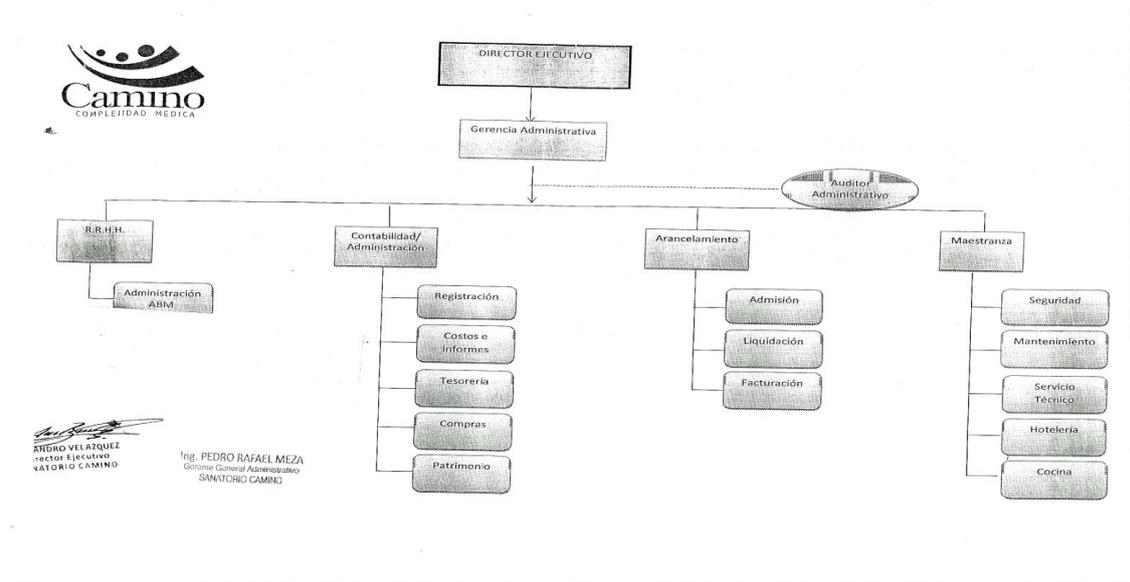
En este sentido y si tomamos como guía para el análisis de los dispositivos institucionales de poder-saber el sistema de matrices exhibido en el capítulo II de este trabajo, podemos decir que en relación a la primera dimensión de la matriz supraunitaria

²²Esta relación se mantiene debido a que la comisión directiva del Sindicato de Camioneros es quien escoge los integrantes de la comisión directiva de la Asociación Mutual de Camioneros.

referida a la presencia de dispositivos que regulan la estructura jerárquica, la organización institucional se plasma en un organigrama lineal²³ cuya disposición jerárquica se inicia con un Director Ejecutivo del cual dependen las Gerencias Administrativa y Asistencial respectivamente. El organigrama presenta solamente dos niveles jerárquicos de los que se desprenden distintos sectores, tanto administrativos como médico-asistenciales, que no especifican jerarquías sino que se limitan a enunciar las variadas especialidades tanto médicas como administrativas que presenta la organización. Dentro de las especialidades médicas existe un nivel destinado a la Enfermería, pero tampoco delimita escalas jerárquicas sino que también, deja ver los diferentes sectores o áreas de especialidad prestacional, destacándose la consulta externa como una de ellas.

Cómo puede observarse en los diagramas que se presentan a continuación, el organigrama institucional posee firmas del Director Ejecutivo y del Gerente General Administrativo como instancias de validación vigente en la institución:

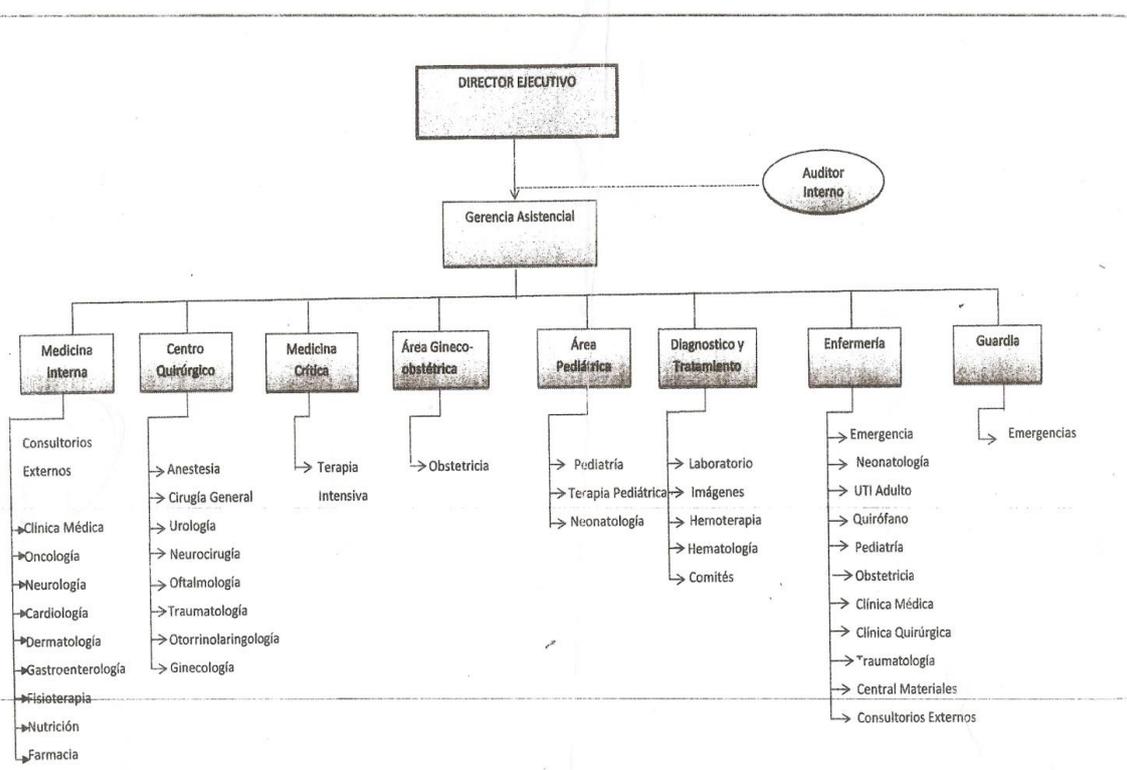
Imagen IX: Organigrama administrativo del Sanatorio "Camino Complejidad Médica". Posadas, Misiones. Año 2014



Fuente: Dpto. de Recursos Humanos. Sanatorio "Camino Complejidad Médica"

²³ El organigrama lineal denota una estructura jerárquica donde la autoridad fluye por orden descendente y solo de una fuente. Este hecho tiene como ventaja la clara definición de los niveles de jerarquía institucional, pero a su vez, propicia la centralización del poder, impidiendo el ascenso escalafonario y favoreciendo la autocracia, la toma de decisiones arbitrarias y la rigidez de autoridad.

Imagen X: Organigrama médico-asistencial del Sanatorio "Camino Complejidad Médica". Posadas, Misiones. Año 2014



Fuente: Dpto. de Recursos Humanos. Sanatorio "Camino Complejidad Médica"

El organigrama presentado, si bien es una distribución esquemática y visual simplificada de la estructura formal que adopta la organización, no define con claridad las unidades componentes, las relaciones de autoridad y la comunicación entre las mismas, sugerencias básicas destacadas por García- Tenorio et. al (2006). Además, este desvío en la construcción del esquema de jerarquía hace difícil apreciar el cuadro global de la organización, ya que posee una marcada ausencia de los niveles jerárquicos y de las relaciones de superioridad o subordinación que en ella se presentan. Este hecho, dificulta la especificación normativa y el reconocimiento de la posición que le cabe a cada uno de los integrantes de la misma, su relación con el resto de los miembros que la componen, la detección de fallas en los diferentes niveles, la superposición de funciones y el control que se debe llevar a cabo desde cada eslabón que compone la organización jerárquica de la empresa.

Básicamente en un organigrama se debería distinguir una estructura en tres niveles de distribución: a- uno estratégico, correspondiente a la Cúpula Directiva o nivel más alto de decisión, desde donde se establecen las políticas, estrategias y objetivos generales de

la empresa; b- un intermedio, que contenga las líneas de autoridad directas e inmediatamente superiores al nivel operativo, donde se toman las decisiones que deben responder a las políticas institucionales establecidas desde el nivel jerárquico superior. Los integrantes de este nivel tienen la función de dar a conocer los acontecimientos institucionales relevantes tanto a la cúpula directiva como a los niveles inferiores, constituyéndose así en un nexo entre ambos; y c- un nivel operativo, encargado de las funciones específicas de la empresa, integrado por los sujetos que están en contacto directo con los usuarios de servicios que presta la organización. Esta estructura mínima y los aspectos mencionados, son sustantivos para analizar la formulación y aplicación de las políticas institucionales, el ejercicio del control dentro de la organización y la regulación de las actividades de todos los trabajadores contemplados en el organigrama.

Teniendo en cuenta estos aspectos, y retomando el análisis de la estructura jerárquica del Sanatorio “Camino Complejidad Médica”, podemos afirmar que su esquema gráfico no se corresponde a la estructura básica detallada anteriormente. Así también y tomando como guía la primera dimensión de la matriz de anclaje exhibida en el capítulo precedente, podemos decir que la aplicación del organigrama institucional presentado no se vislumbra en la estructura edilicia, así como tampoco es claro desde la visión de los informantes clave y los enfermeros profesionales sujetos de análisis. En este sentido y desde los datos recabados mediante la observación no participante realizada, se puede evidenciar una organización Jerárquica distribuida ediliciamente y ordenada en cinco niveles:

El primero o superior correspondiente a la Dirección ejecutiva, cuyo lugar físico de acción se encuentra el último piso (4º piso) de la organización y está dividida en dos sectores, uno que permite el trabajo operativo del director mediante una oficina y el otro, que corresponde a la sala de reuniones, donde se presenta una mesa larga con diez sillas y artefactos tecnológicos utilizados para tal fin.

El segundo o un nivel superior intermedio correspondiente a la cúpula gerencial, compuesta por el Gerente general, Gerente administrativo y Gerente médico, cuyas oficinas son individuales y se encuentran también en el 4º piso de la organización.

El tercer nivel corresponde a los jefes de servicio, presenta una distribución diferente ya que se corresponde a las áreas en las que se desempeñan. En el caso de Enfermería, la jefatura se encuentra en el primer piso de la organización, ediliciamente se trata de una

oficina correspondiente al Jefe de Enfermería, cuya función es constituir el nexo entre los niveles jerárquicos inferiores y los superiores, controlar el trabajo de los supervisores de enfermería y representar el canal de comunicación formal entre los niveles mencionados.

Inmediatamente inferior a la jefatura de enfermería y, ocupando el cuarto lugar de la escala jerárquica, se encuentran los supervisores de área, que no tienen un lugar físico propio, sino que se distribuyen en los diferentes servicios asistenciales desempeñando variadas funciones. En total la organización cuenta con cuatro supervisores de enfermería, uno encargado de supervisar los servicios de Guardia de Emergencias en la planta baja del sanatorio y Terapia Intensiva, en el tercer piso del edificio; otro es el encargado de las áreas de Neonatología y Terapia Pediátrica ubicadas en el primer piso de la organización y también supervisa el sector de Internación Pediátrica presente en segundo piso. El tercer supervisor está a cargo de las áreas de Internación Quirúrgica y Maternidad en el primer piso del sanatorio y también del servicio de internación Polivalente de Adultos en el segundo piso. Finalmente, el cuarto supervisor controla el área de quirófano y esterilización, ambos presentes en el tercer piso del sanatorio.

Por otra parte y en el nivel inferior de la escala jerárquica, se encuentra el personal asistencial u operativo de Enfermería, compuesto por 38 Enfermeros profesionales y 10 Licenciados en Enfermería, todos ellos pertenecientes al plantel profesional permanente de la organización. A ellos se les suman un porcentaje de profesionales enfermeros en condición de monotributo (aproximadamente 8 enfermeros), cuya práctica se realiza de manera eventual prestando servicios a la institución con guardias activas esporádicas. (Notas de campo. 2014).

Esta estructura observada, condice con la mencionada en las entrevistas realizadas a informantes clave pertenecientes a los escalafones de autoridad medio y superior, en ella se puede evidenciar una estructura jerárquica diferente a la que plantea el esquema del organigrama pero similar a la observada en el trabajo de campo, solamente que la estructura expresada en la entrevista contiene cuatro niveles de autoridad, ya que presenta a los supervisores y enfermeros asistenciales como integrantes del escalafón inferior. Esta disparidad se puede notar en la siguiente expresión:

“...En el Sanatorio tenemos un Gerente Ejecutor (que es lo máximo), después un Gerente General que es tanto de la Mutual de Camioneros como del Sanatorio, en esa misma línea está la Directora Médica y el

Gerente Administrativo, abajo están los Jefes de Área: Jefe de Enfermería, Jefe de Administración, Jefe de Admisión, Jefe de Recursos Humanos y el Tesorero, y después más abajo está todo el personal operativo, entre ellos los supervisores y asistenciales en general y bueno, de enfermería en particular...”
IC. 2014

Como se puede evidenciar, existe una discrepancia entre lo presentado en el esquema gráfico y lo expresado por el informante clave, ya que este último menciona una estructura jerárquica ordenada con cadenas de mando definidas y que responden a la distribución de un organigrama lineal cuya autoridad máxima, en este caso, estaría representada por el Gerente Ejecutor, sin embargo el análisis documental y los datos de la observación reflejan la figura de un Director Ejecutivo como eje máximo vertebrador del organigrama.

Es menester destacar que el cargo jerárquico de Director Ejecutivo representa al nexo entre una organización y sus socios, cuya función es informar a los agentes externos los objetivos, logros y gestión de la organización y los empleados. En este nivel se toman las decisiones más importantes sobre estrategia y política empresarial. En cambio, el Gerente es un intermediario entre los trabajadores de niveles jerárquicos intermedios y la dirección de la empresa, cuya función es organizar, integrar, dirigir, controlar y evaluar todas las actividades de la misma. Si bien y concordancia con lo establecido por Montalván Garcés (1999) ambas funciones se relacionan íntimamente, lo que varía es el grado de responsabilidad institucional en relación a las decisiones que se adopten y al manejo de la empresa en general. Hecha esta salvedad, es necesario destacar que el informante clave expresa que el Gerente Ejecutor “... *es lo máximo...*” refiriéndose a la máxima autoridad institucional, lo que lleva a pensar en el uso de este término como un sinónimo de la figura del Director Ejecutivo presente en el esquema del organigrama.

Sin embargo, la divergencia entre la estructura gráfica, lo expresado en la entrevista y lo observado en el trabajo de campo, deja entrever una estructura inestable ya que las relaciones de autoridad no están esquemáticamente definidas. Las principales consecuencias de esta inflexión pueden ser la superposición de funciones y las fallas en los canales formales de comunicación, ya que al no vislumbrarse con claridad las cadenas de mando y no contar con una normatización de las diferentes posiciones jerárquicas, es probable que las funciones atribuidas a cada uno de los eslabones componentes tampoco se encuentren definidas, hecho que repercutirá negativamente en toda la organización debido a que la comunicación de órdenes y pedidos de informes

podría ser solicitada por cualquier miembro de los escalafones medio y superior sin respetar los canales de comunicación jerárquica.

En el caso de Enfermería, que es el objeto de nuestro estudio, este desvío queda evidenciado por comentarios realizados en el apartado otros (especificar) de la encuesta auto-administrada aplicada al personal operativo de la mencionada disciplina. A continuación se transcriben las tres expresiones más representativas:

“Lo que menos hay acá es un organigrama. Es muy variable la estructura. No sabes ni quien es el jefe. A veces cuando llamás para pedir algo a la persona que está por ejemplo, en la Gerencia Administrativa, te responden que ya no está más ahí. No te informan nada de los cambios y ya no sabemos a quién responder” IC. 2014

“El organigrama acá no se cumple. Porque por ejemplo, a mí y a los chicos acá, a veces nos llama el Gerente Administrativo para darnos órdenes o pedirnos informes y después, somos nosotros quienes le contamos al supervisor lo que pasó” IC. 2014

“Es todo un tema el organigrama acá, más en relación a las órdenes, porque hoy te dan una orden, mañana otra, después una contraorden y vos tenés que acomodarte. Lo único bueno es que las órdenes las da el supervisor, pero también, acá cambian de supervisor a cada rato y cada uno que viene, tiene una manera diferente de trabajar” IC.2014

Las transcripciones anteriores refuerzan, aún más, la idea de una estructura jerárquica y cadenas de mando poco definidas, variables y confusas a los ojos de los enfermeros asistenciales, ya que no solo plantean el incumplimiento de los canales de comunicación formales, sino que también refuerzan la idea de una superposición de funciones entre las escalas jerárquicas superiores e intermedias, ya que mencionan el pedido de informes directamente de las escalas jerárquicas superiores a las inferiores, siendo que este pedido debería ser solicitado al supervisor o jefe de servicio y este a su vez, al personal operativo con la consiguiente retroalimentación.

Siguiendo a Foucault (1988), el ejercicio del poder implica una relación entre miembros individuales y colectivos donde unos seden momentáneamente el poder generando una relación de fuerzas siempre tensas que brinda a algunos la capacidad de dirigir la acción de otros. El poder circula, funciona y se ejercita en cadena estableciendo una organización reticular, donde cada fuerza puede afectar y ser afectada por otra, desencadenando una incitación recíproca y/o una provocación permanente, que hace necesaria la formación de diagramas estratégicos de distribución de fuerzas y la constitución de determinadas tácticas, técnicas, funcionamientos y maniobras que

invaden sutilmente los cuerpos, pasan por ellos, a través de ellos y se apoyan en ellos, haciendo posible que en esas redes los individuos siempre estén en condiciones de sufrir o ejercer el poder.

En este sentido, el organigrama constituye un dispositivo de poder-saber que surge a raíz de la necesidad institucional de organizar las escalas de mando. Cuando los individuos son atravesados por algún dispositivo, los discursos devienen prácticas y producen en sus cuerpos formas de subjetividad y modos de ser (praxis, saberes, instituciones), hecho que los conducirá a cumplir diferentes funciones como dirigir, administrar, fiscalizar, orientar y regular los pensamientos, comportamientos, gestos y actitudes de los sujetos.

En una organización disciplinada, cada elemento se define por el lugar que ocupa en una serie y por la distancia que lo separa de los otros. Los elementos son intercambiables, se caracterizan por el lugar que ocupan en una clasificación, es decir por el rango. En palabras de Foucault (2001) “la disciplina individualiza los cuerpos por una localización que no los implanta, pero los distribuye y los hace circular en un sistema de relaciones”. (p.149)

Así, la organización de un espacio complejo como una organización sanitaria, hace necesaria la implementación de dispositivos como el organigrama, que permitirá la circulación de los sujetos en un sistema de relaciones operatorias mediante la asignación de lugares, puestos, jerarquías y rangos individuales, imponiendo un orden, organizando lo múltiple y favoreciendo el control de cada uno y el trabajo simultáneo de todos a fin de lograr el mayor número de efectos positivos posible.

Sin embargo, al no visualizarse con claridad la aplicación del dispositivo y el establecimiento de rangos, es probable que su cumplimiento también se vea afectado haciendo que las acciones generales de la empresa se tornen desorganizadas lo cual derivaría en un desequilibrio institucional interno y probablemente un retraso en la consecución de los objetivos organizacionales. De esta manera y, continuando el camino exhibido desde el nivel sub-unitario del sistema de matrices de datos propuesto, se analizarán las consecuencias del desvío en el cumplimiento del organigrama institucional, las mismas han sido expresadas por nuestras unidades de análisis en frases como:

“El gerente a veces nos manda notas directamente a los enfermeros del sector para que le pasemos información, nosotros le avisamos al supervisor lo que nos pidió y este a veces no está ni enterado. Así que por las dudas, ahora si piden algo de arriba, directamente le pasamos y listo, para evitar problemas más que nada” IC. 2014

“La mayoría de las veces obedezco órdenes, pero a veces le digo que sí nomas y después hago lo que quiero, igual nadie me controla y si vienen a controlar resulta que ya es otra persona, así que no pasa nada” I.C. 2014

Como se evidencia en las afirmaciones anteriores, la estructura jerárquica de la organización no está claramente definida a los ojos de los enfermeros asistenciales que en ella se desempeñan. Sus expresiones refuerzan, aún más, la idea de una estructura imprecisa, donde las funciones están superpuestas, las líneas de autoridad poco claras y los canales de comunicación formal desvirtuados. Si bien y siguiendo a Foucault (2006) quien sostenía que en el establecimiento de rangos los lugares pueden ser intercambiables, es evidente que este intercambio debe conllevar a una continuidad de las líneas de acción de los mandos medios o superiores que han sido desplazados, ya que el análisis de los datos deja a tras luz la discontinuidad en las prácticas y/o la inobservancia a las órdenes que han sido brindadas a los enfermeros asistenciales, debido a una rotación de rangos que dificulta lograr una continuidad de las prácticas y un mejor control de los trabajadores, a fin de evitar que el personal operativo atraviese las líneas de autoridad y realice actividades que no están contempladas dentro de sus misiones y funciones.

El establecimiento de una estructura clara de jerarquía, redundaría en beneficios para toda la organización, ya que sus integrantes podrán visualizar e incorporar las escalas de mando y sentir la responsabilidad de respetar cada una de ellas. El organigrama especificaría los rangos mediante un instrumento que recorra y domine a los trabajadores, favoreciendo su caracterización por la conformación de cuadros vivos que actuaría transformando multitudes confusas y peligrosas en multitudes ordenadas, cuya práctica se dirija exclusivamente a cumplir los objetivos de la organización.

Sin embargo, dentro del Sanatorio “Camino Complejidad Médica” la organización y regulación de las actividades laborales cuenta con otro dispositivo institucional denominado Reglamento Interno -propuesto como segunda dimensión de la matriz supra-unitaria- cuya finalidad es establecer las medidas disciplinarias, el orden y los requisitos para el adecuado funcionamiento de la organización. En este sentido y desde

el análisis documental, se puede evidenciar un instrumento que especifica muy claramente los siguientes puntos:

- 1- Lineamientos generales para la admisión y contratación del personal en general: desarrolla en diez artículos, la manera en que selecciona el personal, quienes serán los encargados de realizar esta selección, cuales son los requisitos formales que debe cumplir el aspirante al cargo, las formas de contratación a la que podrá acceder de acuerdo a las necesidades institucionales y, la información que se le brindará en relación a las funciones que le corresponderá desarrollar en su puesto de trabajo, así como los objetivos, organización y funcionamiento de la empresa.
- 2- Los derechos y obligaciones de los trabajadores en general: donde se presentan dos artículos generales. El primero referido a los derechos del trabajador en relación a la remuneración mensual de haberes salariales, las gratificaciones de carácter excepcional que pudiera establecer la empresa, los descansos semanales y anuales, el uso de licencias por causas justificadas, el derecho a la capacitación y actualización de conocimientos, el derecho a contar con seguro de trabajo, estar inscripto al régimen previsional correspondiente, ascender en la escala jerárquica si su rendimiento, experiencia y capacitación lo ameritan, utilizar los canales de comunicación formales para la realización de sugerencias, reclamos y observaciones. Y el segundo artículo, establece las obligaciones que tiene el trabajador con la empresa, como por ejemplo: cumplir puntualmente el horario de trabajo, ejercer sus funciones con eficiencia y eficacia, comportarse de acuerdo a las normas de cortesía y buen trato, guardar discreción absoluta sobre los documentos, información, procesos y actividades que realice dentro de la institución, permanecer en su lugar de trabajo, dedicarse exclusivamente a cumplir sus funciones y además, especifica otras obligaciones relacionadas a las normas de seguridad e higiene generales, entre ellas: no ingerir alimentos ni infusiones tipo mate fuera de los lugares establecidos para tal fin.
- 3- Las Obligaciones del trabajador surgidas a partir de la aplicación del Convenio Colectivo de Trabajo imperante dentro de la organización: este apartado consta de un solo artículo donde se especifica en primer lugar, el cumplimiento del uniforme institucional, donde especifica el lugar donde deberá cambiarse de

ropa tanto para entrar como para retirarse de la organización, cuando deberá hacerlo y menciona detalladamente cada uno de los puntos que incluye el uniforme. En caso del personal de enfermería puntualiza que como parte del uniforme, deberá utilizar un reloj pulsera, presentarse sin alhajas-solamente se permite el uso de alianza-, el personal femenino debe tener el cabello recogido o corto, maquillaje en tonos suaves y discretos, el personal masculino deberá tener el pelo corto y para ambos se prohíbe el uso de *piercing* durante el horario de trabajo, los zapatos deberán ser cerrados, sin taco, suela de goma y de color blanco. Seguidamente este mismo punto, hace referencia a los horarios de trabajo y entrega de guardia, cambio de turno laboral y procedimiento a aplicar en caso de llegar tarde a trabajar.

- 4- El cumplimiento de la jornada laboral y el horario de trabajo, mencionando que el supervisor de servicio es el encargado de hacer cumplir las normas de asistencia, puntualidad y permanencia del personal, que se encuentran especificadas en el siguiente ítem.
- 5- Las normas de asistencia, puntualidad y permanencia del personal contiene 7 artículos en los cuales hace referencia a la obligación del empleado a concurrir puntualmente a su lugar de trabajo, registrando su asistencia al ingreso y salida en los sistemas de control establecidos por la empresa, en caso de retrasarse más de diez minutos para ingresar al lugar de trabajo, se tomarán las previsiones legales correspondientes al caso. Este punto además especifica cuando se considerará que el empleado no asistió al lugar de trabajo (no concurrir, ingresar después del tiempo establecido, no registrar el ingreso), la justificación de las ausencias, las sanciones que pudieran aplicarse en caso de tardanzas reiteradas y la obligación de permanecer en su lugar de trabajo durante todo el turno laboral.
- 6- El sistema remunerativo, por medio de un solo artículo indica que el pago de la remuneración se realizará de acuerdo a lo estipulado en el Convenio Colectivo de trabajo que se aplique en la organización.
- 7- Las Horas Extras: presenta seis artículos donde, en primer lugar, conceptualiza el término e indica cuándo no se considera que se han cumplido horas extras. Seguidamente menciona que el trabajador no puede ser obligado a realizarlas, pero en caso de aceptar. En tanto que su incumplimiento por inasistencia puede

ser sancionado, salvo debida justificación, finalmente especifica la programación de las mismas y la forma de pago.

- 8- Las Faltas y Sanciones: detalla, en primer lugar, los casos en que se considera que el trabajador cometió faltas (incumplimiento de obligaciones, violación de normas legales, situaciones que puedan dañar el prestigio institucional) y, seguidamente, se especifica en qué casos se aplicarán las sanciones y el grado de severidad de las mismas.
- 9- Los Permisos y Licencias, describiendo las situaciones en las que el trabajador puede acceder a ellas, quienes serán los encargados de concederla y de qué manera serán compensadas por el trabajador, en caso de que la situación lo requiera.
- 10- Los Premios Estímulos, detalla en un artículo las maneras de recompensa del personal y las situaciones que puedan ameritarlas.
- 11- La Higiene y Seguridad laboral, donde se establecen las medidas necesarias para garantizar y salvaguardar la vida e integridad física de los trabajadores y terceros, mediante la prevención y eliminación de las causas de accidentes, protección de instalaciones y propiedades de la institución.
- 12- Las Disposiciones complementarias: hacen referencia a los derechos de la empresa a dictar normas y/o disposiciones que complementen o amplíen el reglamento interno de la institución.

Como se puede evidenciar, este reglamento deja claramente estipulados los parámetros de funcionamiento y actuación organizacional que favorecen un ambiente laboral armónico, la convivencia interna del personal y los aspectos que no solo formalizan la estructura organizativa de la institución, sino que también sirven para regular las actividades de cada uno de los trabajadores que en ella se desempeñan.

Siguiendo a Cortés (2014) el contenido del reglamento interno se determina libremente por el empleador pero debe adecuarse a las leyes laborales y convenios colectivos de trabajo vigentes, que tengan relación directa con la organización y puedan influir en la regulación institucional de las actividades. Así también, deben estar expresados por escrito y ser socializados a todos los miembros de la organización, a fin de convertirse

en un instrumento efectivo de control, ya que el incumplimiento de lo estipulado en el mismo puede conllevar a la aplicación de sanciones disciplinarias cuya severidad se adecuará a la falta cometida.

En este sentido y, desde las entrevistas realizadas a informantes clave, se puede apreciar el cumplimiento de estos lineamientos generales mediante expresiones como la siguiente:

“Hay un reglamento interno que le hicimos firmar a todo el personal a partir de este año, donde asentamos las políticas institucionales siempre respetando el Convenio Colectivo de Trabajo y Ley de Contrato de Trabajo” I.C. 2014

Se vislumbra aquí, una articulación entre el reglamento interno y las leyes y convenios normativos que rigen para la regulación de las actividades dentro del sanatorio y que influyen en la elaboración de los mismos. Esta coyuntura favorece a la organización, ya que le brinda el marco legal que servirá de apoyo por si se presentaren problemas del tipo jurídicos. Además, al mencionar que “...Le hicimos firmar a todo el personal...” (I.C 2014) se interpreta la socialización de este reglamento con el resto de los miembros integrantes de la organización, lo cual indica que los trabajadores conocen las reglas generales bajo las cuales deben actuar y también las consecuencias de su incumplimiento.

En este sentido, se puede pensar que los reglamentos internos son producto de lo que Michel Foucault (1991) denominaba prácticas sociales discursivas y no discursivas²⁴ ya que ellas favorecen la producción de verdad.²⁵ Lo dicho y lo visto se derivan de ellas y es por su intermedio por el cual se forman las cosas u objetos que actúan transformando e instaurando la realidad mediante la configuración de una compleja red de positivities o entrecruzamiento de estrategias (objetos, enunciaciones, conceptos, elecciones teóricas) distribuidas entre las instituciones, los comportamientos, las

²⁴ De acuerdo a lo establecido por Foucault (1991) las prácticas sociales engendran dominios del saber que se valen de conceptos, objetos, métodos, acciones, etcétera, para formar esquemas de informaciones que luego se transforman en diferentes tipos de discursos. Las prácticas discursivas, designan el conjunto un conjunto de reglas históricas determinadas en espacio y tiempo que se han elaborado, en una época y para un área social específica, las condiciones de ejercicio de la función enunciativa, en cambio las prácticas no discursivas se refieren a la práctica o hacer en torno a esos discursos. En este sentido, no es posible concebir a una sin la otra, ya que no es posible analizar las prácticas fuera del discurso y viceversa.

²⁵ Según Foucault (1991) la voluntad de verdad está apoyada sobre una base y distribución institucional, acompañada por una red de prácticas profesionales (libros, profesiones, bibliotecas) y por las diferentes formas que puede adoptar el saber, tiene a ejercer sobre los demás discursos una cierta presión y poder de coacción, ya que intenta tomarlos a su cargo a fin de modificarlos y/o fundamentarlos para con ello elaborar un discurso verdadero.

técnicas, los tipos de clasificación, los modos de caracterización, los procesos económicos, etcétera.

Siguiendo este orden de ideas, son las prácticas discursivas las que posibilitan la formación de enunciados mediante la construcción de esquemas, el establecimiento de sucesiones y orden, la distribución y agrupación de elementos que actúan y valen como conceptos. Pero, para que este enunciado se considere verdadero debe adecuarse a las reglas de verdad establecidas desde un determinado campo enunciativo e integrar el conjunto de formaciones discursivas consideradas como verdaderas en un momento histórico determinado. Esto, permitirá entretejer un haz de relaciones que primeramente acreditarán la veracidad del discurso para luego considerarlos sólidos y favorecer su dispersión anónima mediante textos, libros, y obras que se convertirán en estrategias del saber para transmitir conocimiento y verdad.

Sin embargo, tanto las formaciones discursivas, como los enunciados, el régimen de los conceptos y objetos, los cambios y transformaciones en los discursos, responden a un corpus institucional y/o de saber, que actúa según un juego de permisiones y restricciones, estableciendo una intrincada relación entre saber-poder-deseo, que cobra especial relevancia dentro de la institución ya que a veces actúa tranquilizando y otras veces, censurando el discurso. En el primer caso, permite asegurar que el discurso emitido se encuentre dentro del orden de la legalidad por ser regulado, ordenado y limitado por normas y reglas. En el segundo caso, coacciona marcando el rumbo que puede seguir el discurso, señalando lo que se puede o no hacer dentro de esa institución, de esta manera el poder impone límites al deseo.

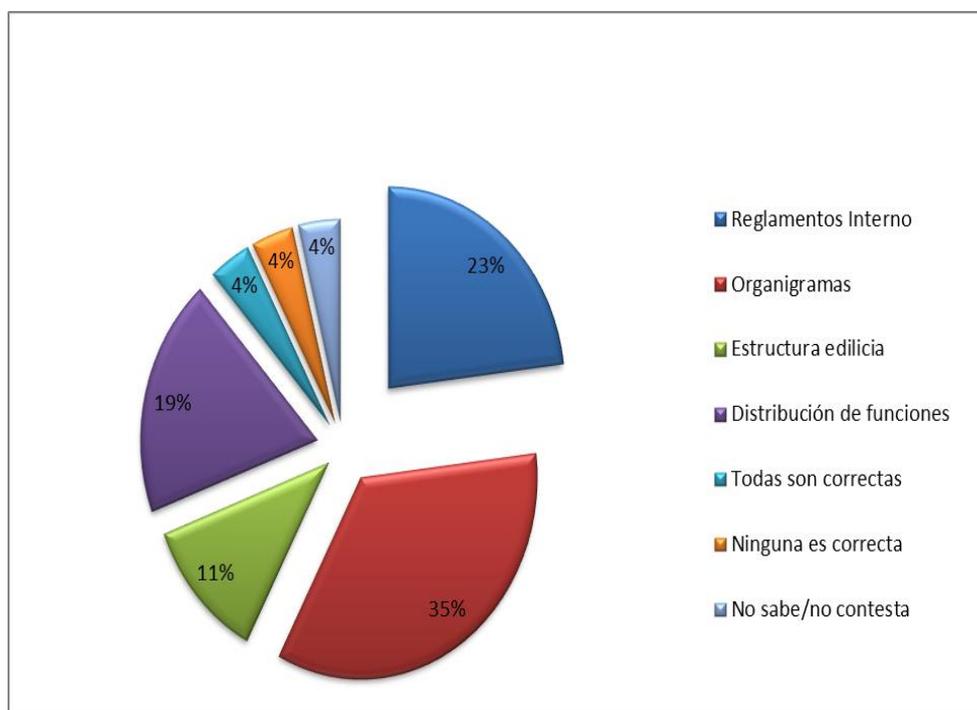
Al aplicar estos conceptos a la realidad que nos convoca, podemos decir que, el reglamento interno nace a raíz de una práctica organizacional desordenada, con finalidad de transformarla generando acciones reguladas bajo un cierto orden de normalidad pre-establecido. Su formulación obedece a las leyes y convenios colectivos de trabajo que se convierten en las reglas de verdad establecidas desde el campo enunciativo de legalidad sanitaria. Así también se ajusta a la realidad de la organización en la cual se aplica, ya que actúa según un corpus de saber institucional brindando los derechos y restricciones que considere adecuados a fin de tranquilizar o censurar el discurso y/o las prácticas que en ellas se producen.

En este sentido, la aplicación del reglamento significa un ejercicio del poder. Sin embargo, no es posible pensar en poder sin relacionarlo a un saber, ya que el primero controla al segundo estableciendo y ejercitando distintas estrategias y procedimientos de control. A su vez, el saber y la verdad hacen la ley, producen un discurso verdadero que decide, transmite y lleva adelante el mismo poder. El saber se relaciona a las sustancias, a las materias formadas y a las funciones formalizadas por ver y hablar, mientras que el poder moviliza las materias no formadas, pasando por puntos singulares que indican la aplicación de una fuerza; gracias a esta articulación es posible producir, generar y construir nuevos sujetos.

Esto significa que la aplicación y socialización del Reglamento Interno entre los trabajadores de la organización seleccionada para este estudio, no sólo hace posible la regulación de las actividades dentro de la misma sino que también, favorece la relación entre saber y poder a la que hacíamos referencia anteriormente, ya que al conocer las reglas del juego dentro de la institución, los trabajadores tienen el poder de exigir el cumplimiento de los lineamientos que defiendan sus intereses, pero a su vez, deberán respetarlo y obedecerlo, ya que también brinda a la organización el poder de censurar y sancionar aquellas acciones que se desvíen del objetivo central de la misma o de las normas establecidas dentro de ella.

De este modo, para los trabajadores del Sanatorio “Camino Complejidad Médica” sería realmente beneficioso conocer lo que estipula el reglamento a fin de luchar por sus derechos y conocer sus obligaciones. Sin embargo, cuando se indagó al personal operativo de Enfermería sobre el instrumento que consideraban como regulador de la actividad dentro del mismo, se pudo evidenciar un leve desconocimiento del mencionado dispositivo para dicho fin. Situación que se ilustra en el siguiente gráfico:

Gráfico I: Instrumento que favorece la regulación de las actividades dentro del Sanatorio "Camino Complejidad Médica" según elección de los enfermeros asistenciales. Posadas, Misiones. Año 2014



Fuente: elaboración propia

En esta pregunta, se le solicitaba al personal operativo de enfermería que señale el o los instrumentos que consideraba adecuados para regular la actividad institucional. Del análisis del gráfico se desprende que si bien, varias de las unidades de análisis escogieron dos o más opciones, solamente un 23 % consideró al reglamento institucional como un dispositivo de poder efectivo para regular la actividad dentro del mismo. Se puede evidenciar que el mayor porcentaje (35%) consideró que el organigrama era el dispositivo más adecuado, sin embargo y, desde el marco teórico elaborado, podemos decir que la función del mismo no es de regulación sino de organización jerárquica. Así también y en menor porcentaje hubo unidades de análisis que sostuvieron que la distribución de funciones (19%), también actuaba regulando la actividad institucional. Sin embargo, desde la perspectiva de Foucault (2006), el establecimiento de rangos y/o emplazamientos funcionales solamente contribuyen a incrementar el control institucional sobre la actividad de los trabajadores favoreciendo con ello su regulación. Es decir, el control permite vigilar las actividades para verificar su cumplimiento o corregir cualquier desviación evidente, en cambio la regulación se

refiere más a someter o sujetar a los trabajadores bajo las normas o reglamentos que rigen dentro de la organización. De esto se deriva que la regulación de las actividades permite el ejercicio del poder mediante el control de su cumplimiento.

Finalmente y, en menor medida, se evidencia la elección de la estructura edilicia como reguladora de la actividad, siendo que esta podría actuar solamente como instrumento de organización institucional. La elección de la opción todas son correctas (4%) denota una confusión entre aquellos dispositivos que permiten la regulación y aquellos que favorecen el control, mientras que la elección de ninguna es correcta (4%) marca un desconocimiento de los dispositivos de poder institucionales, al igual que de la opción no sabe/no contesta (4%).

De lo ante dicho se desprende que las unidades de análisis en cuestión, presentan un leve desconocimiento de aquellos dispositivos que permiten la regulación de las actividades institucionales y aquellas que favorecen el control y la organización de la misma. Este hecho puede conllevar a que las relaciones de poder que se dan dentro de la organización inclinen la balanza hacia el logro de los intereses organizacionales por sobre los intereses de los trabajadores. Es aquí que la postura de Díaz (2010) cobra relevancia, puesto que para que se den verdaderas relaciones de poder es necesaria la libertad de los participantes. Esta condición posibilitará y desencadenará diversas reacciones, conductas y modos de comportamiento que actuarán resistiéndose y ejerciendo fuerzas contrarias al poder que le es aplicado. Cuando esto no se cumple, es decir, cuando el sujeto no puede desplazarse; escaparse o reaccionar; ya no se está en presencia de relaciones de poder sino de dominio. Sin embargo y siguiendo a Lugo Vásquez (2002) no existe poder sin saber, no es posible resistir al poder sin un saber que genere cierta resistencia ante la aplicación de los dispositivos que habilitaran el ejercicio del mismo. La carencia del saber conlleva a una pérdida del poder que puede desencadenar su abuso por parte de quienes simbolizan la autoridad dentro de las organizaciones, desencadenando situaciones de opresión y sometimiento como aplicación excesiva de sanciones disciplinarias, exceso de horas extra, condiciones inadecuadas de trabajo, sobrecarga laboral, entre otras.

Sin embargo y, desde la observación realizada, se puede afirmar que las unidades de análisis no sólo desconocen parcialmente la función del reglamento institucional como regulador de la actividad laboral, sino que también, no están completamente informados

sobre los lineamientos generales que el mismo estipula. Este hecho se aleja de los datos recabados desde la entrevista a informantes clave, donde se afirma que:

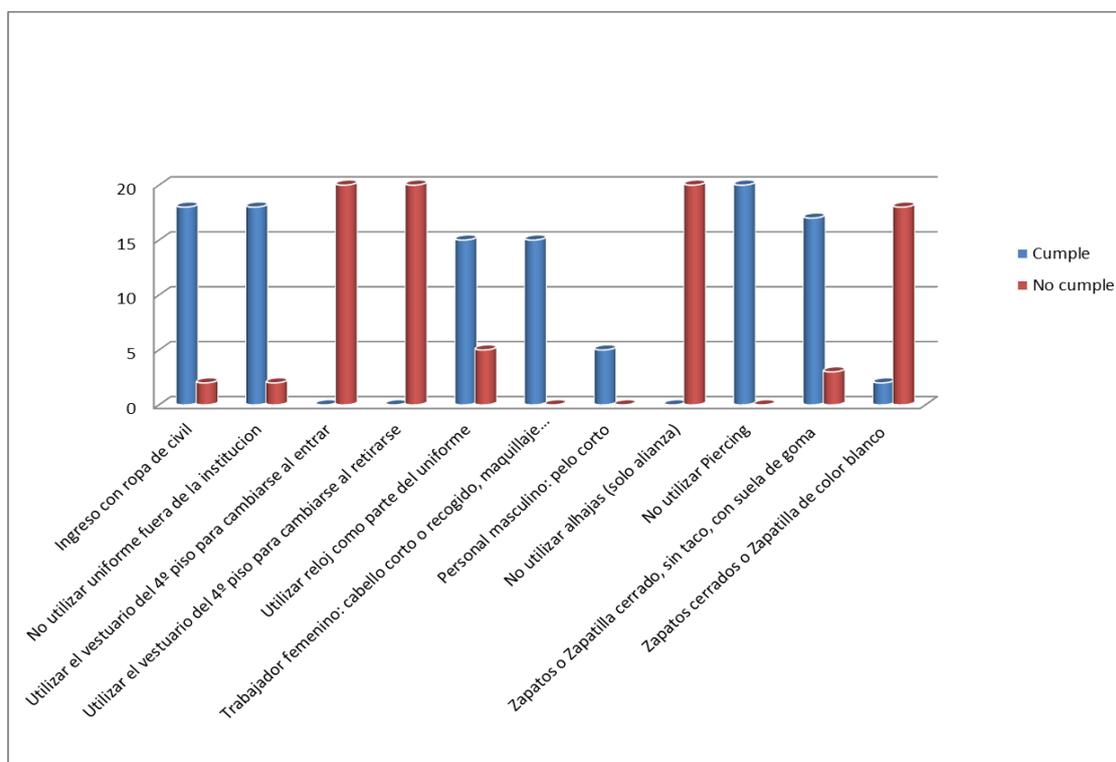
“A todos se le dio el reglamento. Se le hizo firmar, se les notificó y se le entregó una copia” (IC.2014)

Como se evidencia en esta frase el informante resalta, con un fuerte énfasis, la socialización del Reglamento y la entrega de una copia a cada personal que trabaja en la organización. Esta discrepancia entre lo observado en las unidades de análisis y lo afirmado por el informante clave, tratará de ser resuelta a continuación mediante el abordaje de la segunda línea planteada como guía en la matriz de anclaje elaborada, desde donde se realiza el análisis de la aplicación del mencionado reglamento y su cumplimiento por parte de los enfermeros asistenciales de la organización sanitaria en estudio.

Para ello, abordaremos tres dimensiones del reglamento institucional, las cuales consideramos orientadas específicamente a la práctica de enfermería. Se trata de: 1-La utilización del uniforme institucional, 2- la permanencia en las áreas laborales estipuladas, y 3- la permanencia dentro de la organización durante todo el horario laboral.

Seguidamente y para el análisis de la primera dimensión se utilizaron once indicadores cuyos valores nacen a raíz de la lista de cotejo aplicada y se representan en el siguiente gráfico:

Gráfico II: Cumplimiento del uniforme institucional según indicadores establecidos en el Reglamento Interno. Sanatorio "Camino Complejidad Médica". Posadas, Misiones. Año 2014



Fuente: Elaboración propia.

De aquí se desprende que los enfermeros asistenciales cumplen parcialmente los lineamientos estipulados en el dispositivo institucional sujeto de análisis. Sin embargo y a fin de lograr una lectura más detallada de los datos volcados en el gráfico, a continuación se realizará una articulación entre lo evidenciado en este último y los hallazgos registrados en las notas de campo realizadas durante la observación.

De esta manera, el primer y segundo indicador revelan que un 90% de las unidades de análisis no utiliza el uniforme fuera del sanatorio camino, ya que ingresa a la institución con ropa de civil (o de calle), se viste con el uniforme institucional para desempeñar sus funciones profesionales dentro del mismo y al culminar su turno laboral (antes de retirarse de la institución), se vuelve a poner la ropa de civil. Sin embargo, un 10% no cumple estos indicadores, ingresando o egresando de la organización con el mismo uniforme con el que ha desempeñado sus funciones laborales. Este hecho ha sido indagado de manera informal durante el desarrollo de la observación no participante, obteniéndose respuestas como:

“Pasa que a veces me levanto sobre la hora y para no tardar en tomarle la guardia a las chicas ya vengo vestida de mi casa, igual vivo cerca.” (I.C. 2014)

“No me cambio porque me hace perder tiempo. Viste que yo trabajo en el Hospital también y cuando salgo de acá tengo que tomar el colectivo o un taxi para no llegar tarde allá y si me pongo a cambiarme de ropa, me atraso y se me complica” (I.C. 2014)

Si bien, estas expresiones revelan claramente el incumplimiento de lo estipulado en Reglamento, hacen notar que las unidades de análisis que se encuentran fuera de regla, priorizan llegar temprano a sus lugares de trabajo por sobre cumplir con las prohibiciones relativas al uso del uniforme al entrar o salir de la institución. Pero, lo que más llama la atención es que de todas las unidades de análisis estudiadas el 70% trabajan en dos organizaciones (I.C.2014) y sin embargo, el porcentaje de cumplimiento de los indicadores presentados supera este número. Hecho que lleva a pensar que, la mayoría de los enfermeros estudiados, conoce la normativa en relación a este indicador y que la inobservancia del 10 %, se debe más a cierta postura personal que al acatamiento de las obligaciones profesionales establecidas en las diferentes organizaciones.

En relación al tercer indicador, referido a la utilización del vestuario situado en el primer piso de la institución para cambiarse la ropa tanto al ingreso como egreso a la misma, se puede notar que existe un 50 % de cumplimiento y otro 50 % de incumplimiento por parte de las unidades de análisis. Esto significa que existe un equilibrio porcentual entre los que cumplen y no cumplen lo establecido en el reglamento.

Desde la observación se pudo evidenciar que los primeros, corresponden a aquellos que desempeñan sus labores en los sectores de internación quirúrgica, maternidad, internación polivalente de adultos e internación pediátrica ubicados en el primer y segundo piso de la organización respectivamente. Mientras que los que no cumplen la norma, pertenecen a los sectores de Emergencias, Neonatología, Terapia Pediátrica y Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos, ubicadas en la planta baja, primer y tercer piso respectivamente.

De acuerdo a esto, es posible pensar que la cercanía que existe entre el lugar de desempeño y el vestuario, tiene cierta relación con el acatamiento a este indicador. Sin embargo, se presenta el caso del personal de Neonatología, Terapia Pediátrica y

Emergencias que no acatan la norma y se encuentran a la misma distancia edilicia del vestuario que el personal perteneciente a los sectores de internación quirúrgica, maternidad, internación polivalente de adultos e internación pediátrica, que si lo hacen.

Cabe destacar que los profesionales que no utilizan el vestuario para realizar el cambio de ropa correspondiente, lo hacen en los sanitarios del sector donde le corresponde cumplir la guardia laboral. Este hecho condujo a indagar informalmente el porqué de este incumplimiento, obteniéndose respuestas como:

“Es más cómodo y no tardo tanto en llegar para tomar la guardia” (I.C 2014).

“Pasa que hay mucha gente ahí abajo y si espero hasta que terminen de cambiarse y hablar, voy a llegar demasiado tarde acá y mi compañero tiene que irse” (I.C 2014).

Si bien, lo planteado en estas expresiones se desvía de lo estipulado en el reglamento, podría considerarse oportuna teniendo en cuenta que todo el personal operativo del sanatorio (personal de maestranza, nutrición, traslado, seguridad) utiliza el mismo sitio para el cambio la ropa de calle por uniforme y viceversa, situación que sumada al pequeño espacio físico destinado a ello (aproximadamente 10 metros cuadrados), produce una acumulación excesiva de personas, haciendo difícil la movilidad dentro del mismo en horarios pico de cambio de turno, retrasando el arribo a la guardia de que aquellos enfermeros que están ingresando a su turno laboral.

En el caso de los enfermeros que si cumplen la norma, se ha observado que en ocasiones y si llegan en horarios donde el vestuario está muy ocupado, realizan la toma de guardia con ropa de civil y luego se dirigen hacia el vestuario para ponerse la ropa de trabajo. Esta práctica se aleja de la norma pero agiliza el cambio de turno permitiendo la entrada y salida del personal en los horarios estipulados.

Por otra parte y, en relación a la utilización de reloj de pulsera como parte del uniforme, la observación hace notar que un 75% cumplen esta norma y un 25 % no lo hacen. Es menester destacar que, para el caso de la disciplina de enfermería, la utilización de este dispositivo es necesaria ya que optimiza el cumplimiento de diferentes actividades propias de la profesión, principalmente el control de signos vitales (frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria), control de goteo²⁶ y cumplimiento del horario para la

²⁶ Entendida, de acuerdo a Potter y Perry (2001) como el control de la cantidad de gotas de solución intravenosa (conocida comúnmente como suero) administrada durante un intervalo de tiempo prescrito a fin de cumplir con las necesidades de hidratación de la persona que demanda servicios. El control de goteo se realiza contabilizando cada gota desde el circuito de infusión del suero

administración de medicaciones o tratamientos, entre otros. Sin embargo, el incumplimiento de esta norma no implica el incumplimiento de las actividades profesionales, sino más bien la utilización de otro dispositivo para el mismo fin.

Los datos de la nota de campo revelaron que las unidades de análisis que no contaban con reloj de pulsera, utilizaban su dispositivo telefónico móvil (celular) para realizar los controles mencionados con anterioridad, esto es especialmente aplicable a los profesionales que se desempeñan en áreas no restringidas como internación polivalente de adultos, maternidad e internación quirúrgica. Mientras que aquellas unidades de análisis que se desempeñan en áreas cerradas o restringidas (terapia intensiva de adultos y pediátrica, neonatología) utilizaban los datos del monitor de parámetros múltiples²⁷ para realizar los registros de signos vitales, la bomba de infusión²⁸ para el control de goteo y el reloj de pared para la realización de la administración de medicamentos o técnicas horarias en general.

Si bien, estas prácticas alejadas de la normativa permiten el cumplimiento de las actividades profesionales, no siempre son aceptadas institucionalmente. Esto es especialmente aplicable a la utilización del celular como herramienta de trabajo, ya que de acuerdo a la entrevista realizada a informantes clave, el uso del mismo se encuentra restringido dentro de la organización. Seguidamente se transcribe la expresión que respalda lo antedicho:

“Se envió una circular donde se restringía el uso de celulares durante los horarios de trabajo en todos los sectores de atención al público y se le advirtió, que si no cumplen con esto se les va a realizar un llamado de atención” (I.C. 2014)

Esta afirmación, agrega un plus de gravedad al incumplimiento del indicador al que hacemos referencia en este apartado, ya que mediante la circular enviada, por los Directivos de la Institución, se advierte la aplicación de medidas disciplinarias si el personal utiliza el teléfono celular durante la atención al público. Esta insubordinación de las unidades de análisis puede ser interpretada como un acto de rebeldía hacia las

hacia la persona, durante el lapso de un minuto. Dependiendo de las necesidades de hidratación, las cantidades de gotas por minuto pueden variar, de acuerdo a la regla, entre siete, catorce, veintiuno, veintiocho, treinta y cinco, cuarenta y dos, cincuenta y seis, o bien se administran según indicación médica.

²⁷ Se trata de un equipamiento o dispositivo médico diseñado para controlar, detectar, procesar y desplegar en forma continua los parámetros fisiológicos del paciente (signos vitales). Presenta un sistema de alarmas que suenan cuando se presenta alguna alteración fisiológica fuera de los límites deseados o establecidos.

²⁸ Siguiendo a Potter y Perry. 2002 es un dispositivo electrónico que administra sustancias y soluciones intravenosas de manera controlada y bajo programación previa.

líneas jerárquicas de autoridad, o bien, como una omisión a la regla por creer que las represiones solo constituyen una amenaza, sin probabilidades de ser ejecutadas.

Finalmente, los restantes indicadores que integran la dimensión “cumplimiento del uniforme institucional” serán analizados de manera conjunta mediante una articulación entre imágenes tomadas en el trabajo de campo, los datos arrojados por la lista de cotejo y aquellos evidenciados desde la observación participante realizada.

En este sentido, desde el análisis del gráfico presentado anteriormente y en consonancia con la siguiente imagen se puede afirmar que el 100 % de las unidades de análisis cumplen con los indicadores referidos al aspecto del cabello (corto o recogido en mujeres y corto en varones) y al maquillaje en caso de las mujeres (maquillaje suave). También se puede notar la ausencia de *piercing* que corresponde a otro lineamiento establecido desde el Reglamento institucional.

Imagen XI: Cumplimiento de los indicadores aspecto del cabello, maquillaje y ausencia de *piercing*, según dimensión uniforme institucional. Sanatorio "Camino Complejidad Médica". Posadas, Misiones. Año 2014



Fuente: Imagen de autoría propia.

Sin embargo, los indicadores referidos a las características de los zapatos presentan algunas discrepancias sobre la regla. Ya que los datos de la observación (y que se evidencian en las imágenes fotográficas presentadas) hacen notar que el 85 % de las unidades de análisis utiliza zapatos cerrados, sin taco y con suela de goma, pero existe un 15 % que no lo hace, utilizando calzados o sandalias abiertas que en ocasiones

presenta tacos ligeros. Así también, el color utilizado se aleja del reglamento, ya que solamente el 10% de las unidades de análisis estudiadas utiliza el color blanco normalizado, mientras que el 90% restante prefiere los colores oscuros como el negro, azul, gris, gama de marrones en las áreas no restringidas, a los que se le sumaban colores un poco más llamativos como el rosa o el verde, cuyo uso era preferencial en las áreas cerradas o restringidas.

Por otra parte, la utilización de alhajas presentó un 100% de incumplimiento, ya que en todos los casos se observó el uso de cadenas o collares de diferente grosor, a lo que se le suman aros, anillos (no alianzas) y pulseras, atribuidos especialmente al personal de sexo femenino.

Cabe destacar que estos últimos indicadores pueden parecer irrelevantes a la luz de la práctica profesional de enfermería, pero cobran importancia si tomamos en cuenta que la presentación personal, no sólo forma parte de los lineamientos estipulados en el reglamento, sino que también ha sido resaltada por el informante clave en la siguiente expresión:

“Todos en el Sanatorio tienen que venir bien presentables, con el pelo bien atadito, zapatos o zapatillas cerradas y de colores claros, sin mucho maquillaje y si tienen aros colgantes o demasiadas joyas se les hace sacar, por el tema de los microorganismos y eso. Todos vienen bien uniformados, porque a los directivos no le gusta que el personal este disfrazado”. (IC.2014)

Esta afirmación presenta dos polos, por un lado, refuerza lo que dictamina el reglamento pero por otro y, especialmente en relación al uso de alhajas, lo suaviza. Como puede verse, el mismo informante clave, no menciona que está prohibido su uso, sino que solamente hace referencia a que si las unidades de análisis se presentan con muchas joyas o aros colgantes se les solicita quitárselos. Este hecho, hace pensar en una posible flexibilidad institucional sobre la aplicación del Reglamento, ya que el informante clave, al pertenecer a la escala jerárquica, debería velar por su estricto cumplimiento. Sin embargo, su respuesta marca una relativa importancia a la gravedad del hecho, haciendo parecer que se trata más de una cuestión de aspecto personal e higiene que de una prohibición establecida institucionalmente.

Por otra parte y continuando con el análisis general de las categorías establecidas para este apartado, podemos decir que la segunda dimensión relacionada a la permanencia de los profesionales de enfermería en su área laboral durante todo el turno de trabajo,

arrojó datos que demostraron un cumplimiento parcial del mismo, conclusión a la que se arriba desde los datos recabados a partir de la observación participante realizada, donde se detectó que en momentos de poca actividad laboral o demanda de pacientes, los enfermeros asistenciales se trasladaban a otros sectores fin de socializar con sus colegas o compartir algún refrigerio. Este hecho fue más notable en áreas laborales no restringidas (Internación Polivalente de Adultos, Quirúrgica y Maternidad, Internación Pediátrica), donde permanecían un 80 % del tiempo en los sectores destinados a su actividad laboral, y un 2% del tiempo se reunían en alguno de los tres sectores a fin de conversar, festejar un cumpleaños y/o compartir algún refrigerio. La selección del sector donde se realiza el encuentro depende de la actividad laboral que haya en cada servicio, habitualmente se prefiere aquel con mayor demanda laboral, ya que ello posibilitaría que el enfermero de turno pueda estar presente en la reunión.

En cuanto a las áreas cerradas (Quirófano, Terapia Intensiva de Adulto, Terapia Intensiva Pediátrica y Neonatología) y en el servicio de Emergencia, se pudo observar que solo esporádicamente se trasladan a otros sectores a fin de compartir refrigerios o conversar con sus colegas, en caso de hacerlo los momentos elegidos eran el turno nocturno o los fines de semana a la tarde o a la noche. Estos momentos coinciden con la ausencia de jefes de servicio, supervisores y/o directivos de la institución.

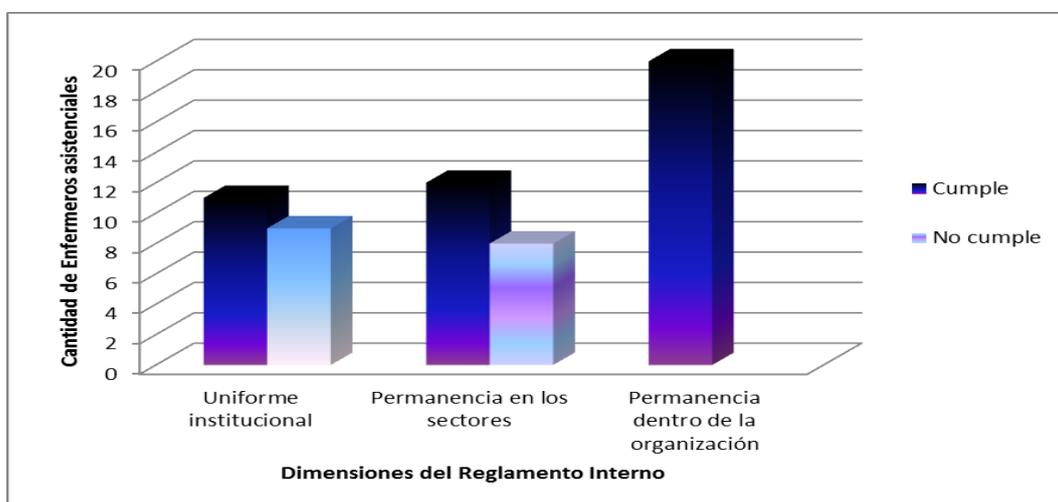
Sin embargo y en todos los casos, suelen movilizarse a otros sectores durante cortos períodos de tiempo para realizar actividades propias de su función, como por ejemplo: colaborar con el personal de traslado en la movilidad de pacientes desde un sector a otro para estudios diagnósticos y/o cirugías, o bien cumplir funciones que le son delegadas como buscar o llevar materiales al servicio de esterilización, buscar medicación en el servicio de farmacia, entre otras. Debemos tener en cuenta que estas últimas actividades forman parte de aquellas propias de los supervisores de servicio, pero ante la ausencia de estos o, en momentos de mucha necesidad y urgencia, es el propio enfermero el que las realiza.

Finalmente y, en relación a la última dimensión de análisis referida a la permanencia de los enfermeros dentro de la organización durante todo el horario laboral, se constató un 100% de cumplimiento, ya que todas las unidades de análisis ingresaban y se retiraban de la organización en los horarios estipulados, realizando movimientos de sector intra-institucional solamente para las actividades mencionadas en el párrafo anterior. Se

destaca que durante todo el tiempo en que se realizó la observación ninguna unidad de análisis se retiró de la organización para realizar actividades extra-institucionales. El cumplimiento de esta dimensión puede significar dos cosas, un conocimiento y cumplimiento cabal del reglamento o bien, un compromiso institucional arraigado culturalmente o naturalizado en los trabajadores.

Seguidamente y a fin de resumir los hallazgos de las tres dimensiones estudiadas, se presenta el siguiente gráfico:

Gráfico III: Cumplimiento de los indicadores del Reglamento Institucional, según dimensiones de análisis. Sanatorio "Camino Complejidad Médica". Posadas, Misiones. Año 2014



Fuente: elaboración propia.

Aquí se hace evidente el cumplimiento parcial del reglamento institucional a la luz de las categorías estudiadas, ya que como se puede notar solamente la última dimensión analizada contó con el 100 % de cumplimiento, las demás presentaron variaciones que no eran exclusivas de un área en particular, sino que se fueron dando en los diferentes sectores con una cierta regularidad lo que conduce a pensar en que se trata más de costumbres institucionales que a rebeldías sobre la norma.

Así, en relación a la utilización del uniforme institucional, podemos concluir que solamente el 55% de ellas cumple con todos los indicadores y que un 45% no acata uno o más de los lineamientos presentes en el mismo. Los puntos de mayor incumplimiento fueron la utilización del vestuario para realizar el cambio de ropa a la entrada y salida

del turno laboral, la utilización de reloj de pulsera como parte del uniforme, el color de los zapatos y el uso de alhajas.

Mientras que la permanencia en los sectores laborales durante todo el turno de trabajo, presentó un incumplimiento del 60 % que se vio más reflejado en las áreas de Internación Polivalente de Adultos, Internación Quirúrgica, Maternidad e Internación Pediátrica, mientras que en las áreas cerradas este hecho se hacía evidente con muy poca frecuencia y generalmente los fines de semana o durante el turno noche, cuando los supervisores de servicio se encontraban ausentes. Sin embargo, el restante 40% de las unidades de análisis permanecía en las áreas laborales durante el turno de trabajo, coincidiendo esto con la presencia de los supervisores de servicio o bien, con una alta demanda laboral.

Como se mencionó en párrafos anteriores, la inobservancia al reglamento no se da solamente en los enfermeros asistenciales de un sector en particular, sino que es un patrón que repite y distribuye por varios de los servicios de enfermería de la organización, hecho actúa interrumpiendo la correcta aplicación del dispositivo y generando, por ende, desvíos en la regulación de las actividades profesionales.

En este sentido y si tomamos en cuenta las nociones de biopoder y norma trabajadas por el filósofo Michel Foucault (1998) Y Aguilera Portales (2010), podemos decir que el reglamento interno puede ser entendido como un dispositivo de poder nacido desde el ejercicio del biopoder, el cual no sólo pretende controlar a los individuales sino también regular las acciones de la población en general. Esto es posible mediante la articulación entre la anatomopolítica que busca aumentar aptitudes, arrancar fuerzas y estimular el crecimiento paralelo de utilidad y docilidad de los cuerpos, integrándolos a un sistema de controles eficaces y económicos que buscan domesticar al cuerpo y al individuo; y el biopoder, cuya integración y actuación favorecen la regulación de la vida de los hombres como especie.

Sin embargo, el elemento que va circular articulando lo disciplinario y lo regulador es la norma, que puede ser aplicada tanto al cuerpo individual (controlando el orden disciplinario) como a la población (controlando sus acontecimientos aleatorios), mediante un doble juego de tecnologías, nacidas de cada una de ellas. Así, la norma trata de afinar, organizar, gestionar y administrar la vida, valiéndose de diferentes dispositivos para generar y aplicar estrategias y técnicas recubiertas por el saber, la

verdad, la norma y las instituciones, cuyo fin último es invadir, administrar, investir, prolongar y potenciar la vida funcionando siempre de manera normalizante.

La función de la norma es sancionar, calificar y eventualmente efectuar una corrección, sin excluir o rechazar, sino haciendo notar la diferencia entre cumplir o no con ella para posteriormente reintegrar al transgresor hacia sus límites. Es decir que, su objetivo no es deshacerse de quien no se ajusta a sus lineamientos, sino intervenir y transformar a los objetos, individuos o grupos sobre los que se ejerce, formando una red sobre ellos a fin de regular sus más mínimas determinaciones y funciones, sancionando las conductas o actos que se escapan de ella mediante un castigo correctivo, cuyo fin será mejorarla o enderezarla favoreciendo la clasificación, jerarquización, diferenciación y/o comparación de cada individuo. De esta manera, al sancionar sus actos se los equilibra en la verdad, ya que la norma se deriva del individuo y retorna a él para corregirlo o cuantificarlo, integrándose a su ciclo de conocimiento y contribuyendo a la identificación del mismo como un conocimiento normalizante verdadero.

Sin embargo, dentro del Sanatorio “Camino Complejidad Médica” los desvíos en el cumplimiento de la norma favorecen las acciones fuera de ella coartando así el logro de los objetivos organizacionales. Su aplicación debería hacer posible el ejercicio acabado del poder-saber, logrando una regulación equilibrada de las actividades por medio de un juego de permisiones y restricciones que favorezcan el sosiego o la censura del deseo de transgresión mediante acciones correctivas, y que a su vez permita a quienes la integran hacerse partícipes de esta relación, mediante la socialización del dispositivo que aporta el poder-saber necesarios para generar resistencia con el objeto de impedir una regulación extrema que coarte su libertad y desencadene relaciones de subordinación.

Sin embargo y retomando algunos aspectos analizados con anterioridad, muchas de las unidades de análisis desconocen la existencia del reglamento interno dentro de la organización y solamente el 23 % lo considera como un dispositivo que favorece la regulación de las actividades.²⁹ Estos hechos, sumandos a al cumplimiento parcial del mismo por parte de los enfermeros asistenciales analizados, lleva a pensar que su inobservancia puede deberse más al desconocimiento de lo que estipula que a cuestiones de rebeldía personal hacia su aplicación.

²⁹ Datos provenientes de análisis de datos realizados con anterioridad.

Pero y siguiendo a Hernández Delgado (2013) debemos tener en cuenta que la norma deviene norma en la medida en que se convierte en acto de normalización, control o corrección de las acciones de los individuos y los grupos. Por ello y a fin de evaluar la aplicación institucional de la misma, se dirigió la mirada hacia las consecuencias que acarrea su incumplimiento por parte de las unidades de análisis (tal como lo sugiere la segunda dimensión de la matriz sub-unitaria propuesta). Las respuestas que se transcriben a continuación son producto de indagaciones informales surgidas a partir de los hallazgos de la observación participante realizada, entre las más representativas se encuentran las siguientes:

“...Habitualmente no pasa nada, porque son cosas sin importancia ¿viste?, Por ahí si la supervisora ve, viene y te pide verbalmente que te saques los aros si son colgantes, pero así de los zapatos y eso, no dice nada...” (I.C 2014)

“...Sancionarte por eso no, por ahí te dicen verbalmente pero casi nunca dicen nada, lo importante es que cumplas con tu trabajo” (I.C 2014)

“... No, no dicen nada. Porque nos reunimos cuando no hay trabajo o cuando ya terminamos de hacer todo...” (I.C 2014)

Las expresiones anteriores hacen notar una flexibilidad institucional sobre la aplicación del reglamento, ya que las unidades de análisis mencionan que sólo en ocasiones la supervisora les pide verbalmente que acaten algún lineamiento, lo cual podría interpretarse como un llamado de atención verbal. Pero después, al asegurar que habitualmente “*no dicen nada*” esta medida disciplinaria pierde intensidad, generando en los trasgresores la sensación de que su postura y accionar son adecuados a los ojos de sus superiores. Es menester destacar que en ningún caso, las unidades de análisis hicieron referencia a la aplicación de medidas correctivas más rigurosas como llamados de atención escritos o suspensiones. Hecho que conduce a pensar que el incumplimiento de las dimensiones del reglamento analizadas con anterioridad, responden a esta flexibilidad y falta de aplicación de medidas correctivas más rigurosas, generando círculo vicioso de trasgresión-aceptación que puede devenir en cultura institucional.

Además, el cumplimiento parcial del reglamento interno permite considerar, a su vez, la aplicación relativa de mecanismos disciplinarios, más específicamente a aquellos dirigidos al control sobre la actividad y la vigilancia jerárquica. De acuerdo a Foucault (2006), la aplicación de medidas disciplinarias da forma, educa, controla, corrige; y los

individuos actúan obedeciendo, multiplicando sus fuerzas, volviéndose dóciles, hábiles, útiles, deviniendo en objeto dentro de la sociedad y quedando atrapado por un juego de poderes que actúa desde una multiplicidad de puntos inherentes a las relaciones personales, a la operatividad cotidiana y al nivel de las prácticas más elementales.

El ejercicio del poder que se dirige al cuerpo para hacerlo más productivo, implica no sólo el control del cuerpo activo por medio de la aplicación de un poder infinitesimal a cada una de sus partes (movimientos, actitudes, rapidez), sino también el control de la economía del cuerpo; es decir su organización interna, sus movimientos en el espacio y la dominación de las fuerzas. Sin embargo, son fuerzas que no provienen de un poder central, sino que se produce por medio de una concatenación de tácticas locales que se despliegan y articulan formando dispositivos de poder.

De esta manera y teniendo en cuenta que la aplicación del biopoder se logra mediante su articulación al poder disciplinario -haciendo posible el cruce de la norma de la regularidad y la norma de la disciplina- podemos afirmar que dentro de la organización en estudio están presentes las normas de regulación, pero que sin embargo, su aplicación presenta algunas debilidades por adolecer –en apariencia- de mecanismos disciplinarios que hagan posible su puesta en práctica y cumplimiento³⁰.

Continuando con el análisis de los dispositivos que permiten la aplicación del poder-saber dentro del Sanatorio “Camino Complejidad Médica” y siguiendo la línea planteada desde la matriz supra-unitaria elaborada, nos centraremos en el Convenio Colectivo de Trabajo (CCT) que rige para la organización regulando la práctica de enfermería.

De acuerdo al marco teórico elaborado, un CCT es un contrato celebrado entre un sindicato o grupo de sindicatos y uno o varios empleadores, para regular todos los aspectos de la relación laboral. Según ATSA (2014) el mismo determina las condiciones de trabajo que van a estar vigentes durante un determinado periodo de tiempo, para un determinada franja territorial y tomando como base los requisitos de la Ley Federal de Trabajo. Su objetivo es dar respuesta a los problemas sociales que nacen desde la relación entre la empresa y los trabajadores. Pueden surgir por la vía ordinaria mediante un acuerdo pasivo entre las entidades implicadas o bien, por medio de una huelga

³⁰ El análisis de las técnicas disciplinarias aplicadas dentro de la organización, será desarrollada en apartados posteriores, al examinar los dispositivos institucionales que regulen la actividad laboral.

laboral como medida de fuerza ante la falta de acuerdo entre las entidades implicadas. Sin embargo, esta puja de poder entre las diferentes partes que luchan en beneficio de sus intereses, por un lado, pone en relieve la resistencia del pueblo al poder de los modelos burocráticos organizacionales, pero al mismo tiempo permite tejer redes que atraviesan al trabajador y lo mantienen bajo un manto de aparente equilibrio con alta regulación laboral, favoreciendo el sometimiento de los cuerpos bajo una tecnología de poder sutil y apenas perceptible, convirtiéndolos en una fuerza productiva por medio de la normatización de sus actividades.

Sin embargo, Drolas, Montés Cató y Pichetti (2005) sostienen que la aplicación del CCT se transforma en un dispositivo de poder útil tanto para la organización, ya que favorece la regulación de las actividades laborales, -por medio del control de su cumplimiento y la aplicación de medidas correctivas por su incumplimiento-, como para los trabajadores, ya que les permite luchar por sus derechos y resistirse a la aplicación excesiva del poder organizacional.

Es menester destacar que los mencionados dispositivos varían de acuerdo al tipo de organización con la cual se celebre (empresa-sindicato). Así y dentro de las organizaciones sanitarias, se pueden encontrar diferentes convenios según sean entidades de orden público o privado. El Sanatorio “Camino Complejidad Médica” pertenece al subsector privado del Sistema de Salud Argentino. Siguiendo Jacquier, Dos Santos, Wolhein y Martínez (2011) este subsector se integra por un conjunto de empresas que brindan acceso a una red de servicios sanitarios mediante la afiliación voluntaria y el pago de una mensualidad. A grandes rasgos pueden financiarse por medio del aporte de empresas de medicina pre-pagas, mediante el aporte personal del usuario o mediante el aporte de obras sociales. Este último caso corresponde a la organización en estudio, cuya financiación se realiza por medio del aporte del usuario a la obra social de Camioneros de Misiones que le brinda acceso a una gran cartera de servicios, los cuales pueden ser ampliados si el usuario además, se afilia a la Asociación Mutual de Camioneros.

De esta manera y teniendo en cuenta que el Sanatorio al que hacemos referencia pertenece a una Asociación Mutual, es razonable pensar que la regulación de las actividades se realizará de acuerdo a un convenio en particular propio de las mutualidades. A continuación se transcribe parte de la entrevista realizada al informante

clave, donde menciona los convenios aplicados dentro del sanatorio y específicamente el que regula la práctica de Enfermería:

“Actualmente Enfermería se rige por el CCT 107/75 de la Asociación de trabajadores de la Sanidad (ATSA), y este es el que nos toca a nosotros por ser una entidad mutual o sea, estar bajo el régimen de mutualidad”. (IC. 2014)

Como se puede notar el informante clave menciona claramente la utilización del CCT 107/75 para la regulación de las prácticas de enfermería. El análisis documental revela que este convenio puede ser aplicado al personal administrativo, técnico y de maestría de las Asociaciones Mutuales, Instituciones de Beneficencia y en general a entidades asistenciales sin fines de lucro. Su estructura plantea cincuenta artículos distribuidos en ocho capítulos, que expresan muy claramente los siguientes puntos:

- I- Categorías y Remuneraciones: resume en diez artículos las nociones relativas a la mensualización de los haberes, el concepto de hora extra y su determinación, las remuneraciones por categorías, presentando una escala salarial donde especifica el monto del salario básico correspondiente a cada personal, en el caso de enfermería el monto bruto estimado para el mes de Julio del año 2014 era de \$7.434,00 mensuales y a partir de octubre del mismo año ascendía a 8.177,40 mensuales. Asimismo detalla las remuneraciones sobre el básico haciendo mención al adicional por título, por manejo de caja económica, por antigüedad laboral (todos los trabajadores incrementarán sus ingresos 1,5% para el primer año de antigüedad, un 3% para el segundo y desde ahí en adelante un 1,5% anual hasta la jubilación). Por trabajo en áreas cerradas (el personal de enfermería los que se desempeñan en las áreas de terapia intensiva, cirugía, parto y esterilización recibirán un adicional del 10 % sobre el sueldo básico inicial), por manejo de computadoras, por trabajo en turno nocturno (el personal que desempeñe sus funciones en turno nocturno recibirá un 10 % de aumento sobre su sueldo básico, un 100% de recargo en guardias extras de turno nocturno y 150% si trabaja en días que le corresponde franco). Por otra parte, hace especial mención al concepto de sueldo básico y a las remuneraciones del personal jerárquico, especificando en este mismo apartado las funciones inherentes a cada categoría profesional (Cabo –o jefe- de cirugía, Cabo-o jefe- de piso,

Enfermero, Instrumentadores, jefes o encargados, administrativos, ayudantes, camilleros, mucamas, personal de mantenimiento, personal de cocina).

II- Jornada y Horarios: este capítulo detalla en siete artículos los siguiente puntos:

1-excepciones a la Ley de Contrato de Trabajo sobre el horario normal que debe cumplir cada trabajador, de acuerdo al área laboral en la que se desempeñe. Dentro de la incumbencia de enfermería hace mención a que la jornada normal en terapia intensiva, unidad coronaria, riñón artificial y clímax deberá ser de 6 horas, sin mencionar excepciones para los demás servicios de desempeño de estos profesionales. 2- Seguidamente señala que cada trabajador deberá cumplir un máximo de ocho horas diarias y cuarenta y cuatro semanales, 3-en relación a los francos o días libres hace referencia a que deben ser de cuarenta horas como mínimo computadas desde la hora en que ingresan habitualmente a sus trabajos, tomando como excepción a los empleadores que otorguen en una semana un franco y en la siguiente dos y así sucesivamente. 4- a continuación menciona que se permitirán los cambios de turno de trabajo con los compañeros del establecimiento si esto no otorga gastos adicionales al empleador. 5-se deberá mantener a los trabajadores en su horario habitual y sin modificación de las condiciones de trabajo, en caso de que el cambio sea necesario y el personal no este de acuerdo, se planteará el problema al organismo correspondiente quien deberá solucionar el percance. Esto no se aplica cuando los cambios son por un lapso determinado de tiempo y bajo acuerdo del personal interviniente 6- habilita a los trabajadores a ejercer sus funciones fuera de la organización, siempre y cuando esto no irrumpa en sus labores intra institucionales. 7- menciona que la institución deberá cubrir el lugar del personal que se ausente imprevistamente por enfermedad, licencia o suspensión.

III- Licencias y Permisos: Aquí se detallan los períodos de tiempo que el trabajador tiene derecho a gozar por Licencia anual reglamentaria, Licencias especiales, Licencias especiales por índole de la tarea, Permisos especiales, Permiso para rendir exámenes, Permisos para donar sangre.

IV- Bonificaciones Especiales: hace referencia a los derechos de aquellas personas que cumplen el servicio militar (conservación del puesto de trabajo y pago

del 10% del sueldo); el derecho a exigir el pago de guardería infantil como adicional (25% del sueldo básico de mucama o 35% si tiene solo un hijo), y el subsidio por fallecimiento de familiares (30% de un sueldo básico de mucama vigente en el momento del deceso).

V- Vacantes y reemplazos: menciona en dos artículos que las vacantes de puesto deberán ser cubiertas por personal de la misma sección u otra sección que le siga en antigüedad y reúna las condiciones profesionales de capacidad, idoneidad y cumplimiento exigidas por la organización. En caso de que sea necesario reemplazar temporalmente a algún trabajador, se procederá igual que en el artículo anterior, hasta reemplazar todos los lugares necesarios.

VI- Otros beneficios: resume en catorce artículos las normas para preservación de la salud del personal (control psicofísico), accidentes de trabajo, feriados optativos, ropa de trabajo, clasificación de trabajo, tareas de telefonista nocturno, atención de calderas, ascensos de peones y medios oficiales, suministro de café con leche, tareas livianas, suministro de leche, guardarropas y baños, depósitos de dinero y beneficios adquiridos.

VII- Disposiciones especiales: presenta cuatro artículos donde establece Feriado Nacional por día del Gremio de la Sanidad; la autorización para colocar un pizarrón sindical en la organización, la provisión de planilla de categorías del personal y la formación de paritarias de interpretación.

VIII- Obra social: donde expresa que cada empleador deberá aportar el 1% del total de las remuneraciones salariales que se liquide a los trabajadores como contribución especial para la formación y capacitación profesional de todos los trabajadores de la sanidad.

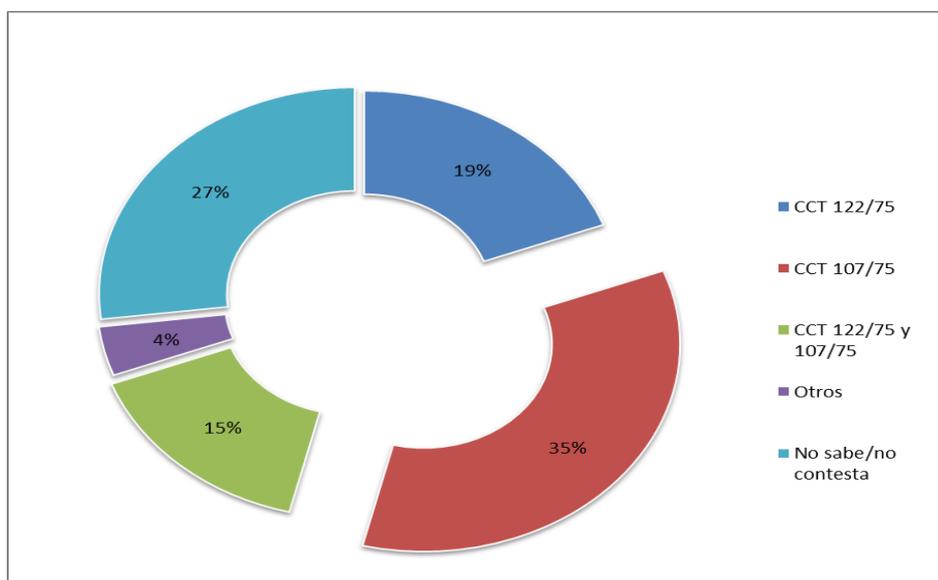
Como se puede apreciar, el CCT deja claramente estipulados los lineamientos generales que favorecen la regulación de la práctica laboral dentro de las organizaciones sanitarias. Este hecho redundará en beneficios tanto para los trabajadores como para la organización ya que, al exponer todo lo relativo a la relación de la empresa con los empleados, por un lado permite al trabajador conocer sus derechos y obligaciones con respecto a la empresa y denunciar irregularidades frente al Sindicato y al Ministerio de Trabajo en caso de que las hubieren; mientras que por otro lado, ampara a la

organización frente al comportamiento de sus empleados, transformándose así en un dispositivo sumamente eficaz de regulación que permite darle un ámbito de legalidad a las relaciones empresa-empleado.

De esta manera, los convenios colectivos cumplen tres funciones muy importantes: 1- resguardan los derechos del trabajador, 2- permiten a la empresa hacer cumplir los deberes atribuidos a los primeros y 3- brindan a ambos la posibilidad de recurrir a un ente regulador superior (Ministerio de Trabajo), en caso que alguna de las partes implicadas no cumpla con sus obligaciones.

Sin embargo y, teniendo en cuenta la importancia de conocer los lineamientos que estipula el convenio para la práctica laboral de los trabajadores, desde las encuestas realizadas al personal operativo de enfermería se pudo evidenciar un leve desconocimiento del CCT que se aplica dentro de la organización sujeto de estudio. Esto se hace evidente en el siguiente gráfico:

Gráfico IV: Convenio Colectivo de Trabajo que regula la práctica laboral según elección de los enfermeros asistenciales. Sanatorio "Camino Complejidad Médica". Posadas, Misiones. Año 2014



Fuente: elaboración propia

En este ítem, se le solicitaba a las unidades de análisis que señalen el CCT que consideraban como regulador de sus actividades dentro de la organización. Como opciones se le brindaron dos acuerdos el 107/75 que rige para las empresas de salud del subsector privado, pero dependientes de Asociaciones Mutuales; y el 122/75 que regula

a todas las organizaciones sanitarias de orden privado. Como otra opción se planteó una articulación entre ambos convenios, esto debido a que durante el trabajo de campo, en ocasiones se escuchaba mencionar al personal operativo esa coyuntura entre convenios y al realizar esta encuesta la autora consideró interesante conocer qué proporción de unidades de análisis realmente estaba convencido de esa posibilidad. Finalmente, se plantearon las opciones “otros” considerando la diversidad de Convenios Colectivos existentes y también, la opción no sabe/no contesta, teniendo en cuenta a los enfermeros asistenciales que no tenían conocimiento cabal sobre el dispositivo de regulación institucional y consideraban que las opciones presentadas no eran correctas.

De esta manera, el análisis de los datos marca que, solamente el 35% de las unidades de análisis tenían presente al CCT 107/75 como dispositivo que amparaba sus derechos como trabajador dentro de la organización mutualizada en la que se desempeñan. Mientras que un 19 %, contestó que su institución se regía por el CCT 122/75 que, si bien, nuclea a las organizaciones sanitarias, solamente incluye a las del subsector privado no aplicándose a las de orden mutual. Por otra parte, el 15 % de los encuestados refirieron que el Sanatorio presentaba una articulación entre dos convenios el 107/75 y el 122/75, esta respuesta desencadenó una indagación informal donde se cuestionó el porqué de esta elección obteniéndose la siguiente respuesta:

“Yo sabía que nos manejamos con el CCT 122/75 para todo excepto las vacaciones, que esas si son por el CCT 107/75 porque son días hábiles, el resto todo con el 122/75. La verdad que nos conviene seguir con esa mezcla entre los convenios” (IC.2014)

Se hace notar aquí el desconocimiento en relación a la función que tiene el CCT como regulador de las actividades, ya que dentro de una misma organización y más para una sola disciplina, no es posible realizar la articulación a la que hace referencia la unidad de análisis, debido a que la aplicación del convenio busca –justamente- la unificación de criterios para el correcto funcionamiento de la organización, brindando amparo y protección a los trabajadores y seguridad legal a las empresas. Por ello, una mezcla entre ambos convenios, no sólo es incorrecta, sino que confunde el fin último de este dispositivo como regulador de las actividades organizacionales.

Por otra parte, un 4% de las unidades de análisis consideraron que ninguno de los dos CCT presentados regía en la organización, sino que se aplicaba algún otro convenio que no podían especificar ya que, según refirieron “no recordaban el número” (IC.2014).

Finalmente, se constató que el 19 % de las unidades de análisis desconocen o no están seguros de cuál es el convenio que rige su actividad, esto sumado a la confusión entre convenios a la que hacíamos referencia anteriormente, puede convertirse en un hecho preocupante ya que esta carencia de saber puede originar una pérdida de poder del trabajador hacia la lucha por sus derechos, favoreciendo la aplicación de un poder-saber institucional que desencadene situaciones desfavorables como la subordinación de los trabajadores hacia condiciones laborales donde primen los valores institucionales por sobre los personales, haciendo posibles situaciones de bajos salarios, negativa ante solicitud de licencias especiales, omisión de días libres, sobre carga laboral, entre otros.

En este sentido, la aplicación del CCT hace posible el ejercicio del biopoder dentro de la organización ya que no sólo permite regular la vida de los sujetos individuales, sino también, la de los grupos o poblaciones. Este ejercicio del poder activa valores morales a expensas de valores jurídicos, es decir que la circulación de la legalidad (producto de reglamentaciones y leyes emitidas), va cargando peso moral en los procedimientos brindándoles categoría ética. Así, la biopolítica se desarrolla y expande a expensas de cuestiones que se originan en los mismos objetos sobre los cuales interviene, pero a quienes impregna de valores trascendentales. Según Díaz (2010) la influencia del biopoder en lo jurídico deviene en que lo ideal se torne mandato, cuyas raíces son administrativas pero que al activarse se imponen como norma moral y actúan dirigiendo las acciones que se emprenden a favor o en contra de los imperativos biopolíticos.

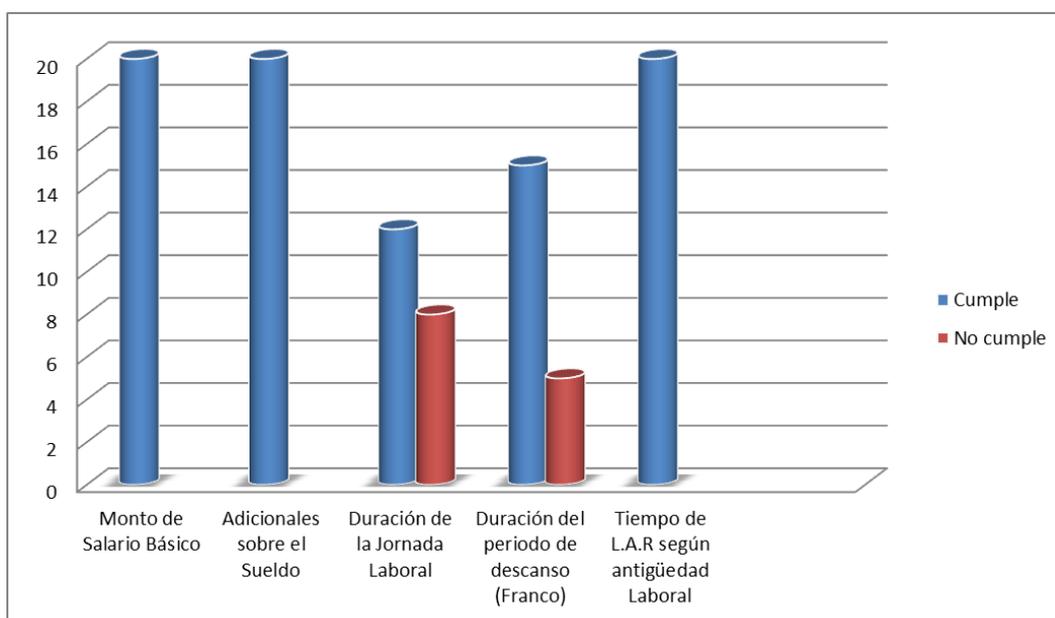
Por otra parte, el dispositivo al que hacemos referencia permite la conformación de espacios de saber-poder donde se procesan las prácticas discursivas y no discursivas. Las formaciones discursivas producen objetos de los que se habla (dominio del saber), en tanto que las formas de enunciación organizan las posibilidades de la experiencia (dominios del poder) de acuerdo a diferentes condiciones de posibilidad, definidas por la historicidad en la que están inmersos. Esto significa, que el dispositivo se halla inscripto en un juego de poderes pero ligado a unos aparatos de saber, que nacen de él pero actúan condicionándolo, por ello, cuando los individuos son atravesados por algún dispositivo, los discursos devienen prácticas y producen en sus cuerpos formas de subjetividad y modos de ser (praxis, saberes) que lo conducirán a cumplir diferentes funciones como dirigir, administrar, fiscalizar, orientar y regular los pensamientos, comportamientos, gestos y actitudes de los sujetos.

Siguiendo esta línea, el CCT puede considerarse como un dispositivo de poder-saber que circula en el espacio organizacional y se convierte en norma de regulación de la práctica laboral. Esta última gestada a partir de la observación de las conductas de los sujetos y devuelta a ellos como verdad establecida, saber adquirido o conocimiento normalizante verdadero. Su aplicación no sólo favorece el ejercicio del biopoder sino que, además hace posible la conformación de un espacio social homogéneo donde prime un lenguaje común y se dé lugar a nuevas formas de control que actuarán regulando la actividad laboral de todos los trabajadores contribuyendo tanto al logro de los objetivos organizacionales como al de los objetivos personales de cada uno de sus integrantes.

De esta manera y recuperando los hallazgos del análisis de los datos, es posible pensar que el conocimiento parcial de los enfermeros asistenciales sobre el CCT que regula su actividad laboral, pueda producirse por una aplicación adecuada y sutil del mismo, hecho que desencadena en los trabajadores la sensación de desempeñarse profesionalmente bajo una cierta normalidad reglamentaria, haciendo innecesario el conocimiento cabal del dispositivo aplicado y de los lineamientos que estipula, por considerar que su cumplimiento se encuentra asegurado institucionalmente.

Siguiendo esta línea y a fin de examinar la observancia del CCT 107/75 dentro de la organización sujeto de análisis como abordaje de la tercer punto de análisis propuesto en la matriz de anclaje elaborada, se indagó al personal operativo de Enfermería sobre las siguientes dimensiones: 1- el monto del salario básico aportado por la empresa a su categoría profesional; 2- la posibilidad de goce de adicionales sobre el sueldo, 3- la duración de la jornada laboral; 4- los períodos de descanso –francos o días libres- entre una guardia y la siguiente; 5- Tiempo de Licencia Anual Reglamentaria (L.A.R) según Antigüedad. La elección de estas categorías se realizó teniendo en cuenta la especificidad de su aplicación para la disciplina de enfermería. Hecha esta salvedad, a continuación se presenta el gráfico producto del análisis de los datos:

Gráfico V: Cumplimiento Organizacional del CCT 107/75 según elección de los enfermeros asistenciales. Sanatorio "Camino Complejidad Médica". Posadas, Misiones. Año 2014



Fuente: elaboración propia

Como se puede observar, el gráfico demuestra un 87 % de cumplimiento de las dimensiones analizadas en este apartado. Sin embargo y a fin de realizar una lectura más exhaustiva de los datos, a continuación se analizará de manera individual cada una de las categorías planteadas, realizando una articulación entre datos recabados de diferentes fuentes a fin de validar aquellos nacidos desde la aplicación de la encuesta.

En este sentido, comenzaremos analizando la observancia institucional sobre la remuneración salarial básica del empleado de acuerdo a la categoría profesional y, los adicionales que pudiera presentar dependiendo del área de desempeño y las funciones que realice. Para ello y a fin de cumplir con los requisitos de validez y confiabilidad del dato, hemos solicitado al Departamento de Recursos Humanos de la institución un recibo de sueldo perteneciente a alguno de los enfermeros asistenciales sujetos de análisis, con el objetivo de corroborar el 100 % de cumplimiento de las mencionadas dimensiones que habían resultado desde la aplicación de la encuesta.

Es menester destacar que a fin de resguardar el anonimato de la unidad de análisis -cuyo recibo de sueldo será presentado a continuación-, se ha eliminado cualquier referencia que pudiera permitir su identificación. Hecha esta salvedad seguidamente se presenta el

recibo de haberes salariales donde se puede evidenciar el cumplimiento de las categorías mencionadas:

Imagen XII: Recibo de haberes salariales. Sanatorio "Camino Complejidad Médica". Posadas, Misiones. Año 2014

Empleador:		3	
ASOCIACION MUTUAL CHOFERES DE CAMIONES		MACRO	
Domicilio: Posadas - Mision		Recibo Nº	
Localidad:		CUI:	
LEGAJO Nº	NOMBRE Y APELLIDO:	F. INGRESO:	DOCUMENTO:
CATEGORIA	DEPOSITO:		
2010	SUELDO BASICO	7.434,00	
2026	ANTIGUEDAD SANIDA	253,57	
2027	ADIC. TIT. LIC. EN	633,94	
2055	ART 9.2	447,98	
2057	ART 9.1	447,98	
2058	AJUSTE LIQ. ANTER	123,00	
2061	ADICIONAL POR CAR		500,00
4010	APORTE JUBILATORI	674,60	
4020	LEY 19032	183,98	
4047	SINDICATO ATSA	122,65	
4070	OBRA SOCIAL 3 %	183,98	
9999	REDONDEO		0,50
TOTAL HABERES:			
TOTAL DEDUCC.			
TOTAL			
NETO A COBRAR			

RECIBI CONFORME LA SUMA DE PESOS:

ASOCIACION MUTUAL CHOFERES DE CAMIONES DE MISIONES
FIRMA DEL EMPLEADOR

Fuente: Depto. Recursos Humanos. "Sanatorio Camino Complejidad Medica"

El documento precedente corresponde a una unidad de análisis con título de Licenciado en Enfermería, que se desempeña durante el turno diurno en un área cerrada de trabajo. Como se puede observar este recibo de haberes corrobora el cumplimiento del CCT en relación a la remuneración básica correspondiente a la categoría de enfermero profesional asistencial. El salario (que ha sido resaltado en negro al propósito del análisis) corresponde a lo estipulado según la escala salarial del CCT 107/75 hasta el mes de julio del año 2014. Por otra parte, se puede evidenciar el aporte de varios adicionales sobre el básico, como por ejemplo el correspondiente al título de Licenciado en Enfermería, el artículo 9.1 y 9.2 del Convenio colectivo de trabajo que se refieren al pago del adicional por sector cerrado y al de manejo de Computadora (o PC) respectivamente y, además el abono del adicional por antigüedad laboral dentro de la organización.

En relación la antigüedad como dimensión de análisis, debemos tener en cuenta que la misma condiciona la cantidad de días de Licencia Anual Reglamentaria de la que

pueden gozar las unidades de análisis. Los datos recabados a partir de la encuesta evidenciaron un 100% de cumplimiento de esa dimensión, lo cual fue validado desde la entrevista a informantes clave quienes expresaron lo siguiente:

“...El tiempo de L.A.R se calcula según la antigüedad del personal. Desde el año a los 4 años son 14 días, después de los 5 años hasta los 9 son 21 días, a partir de los 10 años hasta los 19 le corresponden 28 días y desde los 20 años de antigüedad en adelante ya son 35 días, si no me equivoco. Igual está en el CCT 107/75, siempre miramos antes de planificar y vemos cual es la situación de cada enfermero en particular...” (IC.2014)

Esta afirmación entra en consonancia a lo estipulado en el CCT aplicado dentro de la institución, el cual a su vez hace referencia a la Ley de Contrato de Trabajo (Ley 20.744) como reguladora madre de esta disposición. En este sentido y de acuerdo a Hernández Delgado (2013), las leyes son las que legitiman a los dispositivos de normalización (convenios colectivos y reglamentos), ya que constituyen la verdad absoluta, la única forma posible y legal en la cual el fenómeno de la realidad puede manifestarse, alcanzando estabilidad y poder de coacción por medio de la lucha política.

Por otra parte y en relación a la duración de la jornada laboral, el 60 % de las unidades de análisis señalaron que cumplen guardias de ocho horas diarias, mientras que el 40 % restante señaló que en ocasiones sus guardias laborales suelen extenderse entre doce y dieciséis horas más. Si tenemos en cuenta lo estipulado en el dispositivo de poder analizado en este apartado, la carga horaria total para los trabajadores de enfermería que se desempeñen en áreas asistenciales no restringidas, debe ser de ocho horas diarias y cuarenta y cuatro semanales y, para aquellos que se desempeñen en áreas de Terapia Intensiva, Riñón Artificial y Unidad Coronaria la jornada normal se reduce a seis horas diarias y treinta y seis semanales.

A todas luces estos hechos significan una trasgresión institucional hacia aplicación del CCT para los horarios laborales. Ya que en el caso de los enfermeros asistenciales que se desempeñan en las áreas no restringidas (Internación polivalente de adultos, Maternidad, Internación quirúrgica e Internación Pediátrica) el horario de trabajo excede, en ocasiones, las ocho horas diarias incrementando con ello la cantidad de horas de trabajo semanales. En relación a las unidades de análisis cuyas funciones se llevan a cabo en las áreas restringidas, dentro de las opciones presentadas en la encuesta se incluía la jornada laboral de seis horas, sin embargo ninguna de ellas seleccionó esta

opción como válida, hecho que hace más fuerte aún, la afirmación realizada anteriormente.

El análisis documental revela una planilla de turnos laborales con formato único para todas las áreas de enfermería, en la cual se planifican guardias activas con una distribución del personal en tres turnos laborales (Mañana-Tarde-Noche). Si tenemos en cuenta que el cuidado de enfermería se lleva a cabo las 24 horas del día, la mencionada distribución horaria denota guardias de ocho horas por turno para todos los servicios sin excepción. A continuación se presenta un modelo del dispositivo que respalda lo antedicho:

Imagen XIII: Planilla de guardias laborales. Sanatorio "Camino Complejidad Médica". Posadas, Misiones. Año 2014.

		PLANILLA DE GUARDIAS DE ENFERMERIA SERVICIO DE INTERNACION POLIVALENTE 2 PISO Mes de 201 4																															
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
		F	T	M	M1	M1	M1	F	M	M	F	M	N	F	F	M	M1	N	F	M1	M	M	N	F	M	M	F	M	M	M	M	M	
		M	M	F	M	M	M	F	T	M	F	M	M	T	T	F	M	M	F	F	M	M	T	N	F	T	T	T	T	F			
		T	T	N	F	T	N	N	N	F	T	T	T	T	T	F	M	M	N	F	F	T	T	N	F	T	T	F	N	N	F	T	
		N	N	N1	N	N	F	F	N1	N	N	N	N1	F	F	N	N	F	N1	N	N	N	F	N1	N	F	N	N	N1	F	N	N1	
		T1	F	T	T	T1	T	T	T	Fe	Fe	Fe	F	N	N	T1	F	T	T	T	T	T1	F	T	T1	F	M1	T1	T1	F	T	T1	
																											M				N		

SUPERVISORAS DE INTERNACION

JEFA DE ENFERMERIA

Fuente: Jefatura de Enfermería. Sanatorio “Camino Complejidad Médica”

La imagen anterior corresponde a una planilla de turnos laborales, vigente al momento de la recolección de los datos, dentro de la organización sujeto de estudio. Es necesario destacar que a fin de mantener el anonimato de las unidades de análisis, se han eliminado los nombres y las firmas de los responsables.

En este sentido, la lectura detenida del instrumento deja entrever una planificación laboral fija en tres turnos, contando con dos profesionales para el turno mañana, uno para el turno tarde y otro para el turno noche. Se puede notar además, el agregado de guardias activas ocasionales en lapicera, lo cual lleva a pensar que su incorporación

responde a un incremento en la carga laboral, haciendo necesaria la utilización de refuerzos para cubrir con todas las actividades del servicio, idea que encuentra eco, en la planificación de un personal con guardias rotativas (T-T1; N-N1). Esta situación de sobre carga laboral y horaria fue indagada de manera informal obteniéndose, como más representativa, la siguiente respuesta:

“...Últimamente los enfermeros estamos rotando por todos lados. Porque viste que hay menos personal de enfermería, hay muchísimo trabajo y es necesario cubrir todos los sectores. Justamente por eso, a veces nos planifican directamente en otro sector o sino, cuando nuestra guardia está tranquila y si estamos entre dos, uno se va a colaborar en los servicios que están más moviditos...” (IC.2014)

Esta expresión pone luz sobre los conceptos presentados anteriormente, explicando el porqué de la sobre carga horaria a la que hacían referencia algunas unidades de análisis, pero también permite evidenciar una sobre carga laboral que aparentemente excede la capacidad de recursos humanos de enfermería que se encuentra planificado por sector. Si tenemos en cuenta que el CCT de trabajo estipula entre sus artículos la relación enfermero-cantidad de pacientes a cargo, podemos pensar que esta relación no está siendo completamente observada dentro de la organización, pero cuyo análisis no se realizará aquí por exceder los límites establecidos para este apartado.

De esta manera y siguiendo el CCT, dentro de la organización sujeto de análisis no solo se presenta una sobre carga horaria para el personal de las áreas no restringidas, sino también una inobservancia del régimen de seis horas diarias y treinta y seis semanales que se establecen para las áreas restringidas, ya que como hemos mencionado anteriormente la planificación mensual de guardias se realiza bajo un régimen unificado para todo el personal de enfermería del Sanatorio. Esta situación que fue certificada por el informante clave durante la entrevista abierta realizada, mediante las siguientes expresiones:

“...El personal de Enfermería trabaja ocho horas. Ocasionalmente trabaja doce o dieciséis horas, pero siempre con consentimiento de la persona y de acuerdo a la carga laboral que haya en el momento. De todas maneras, si es necesario que haga doble turno después se les paga la guardia o se devuelve con francos...” (IC. 2014)

“... No se hace diferencia horaria entre el personal de áreas cerradas y los sectores de internación, el CCT dice que deben cumplir seis horas, pero acá siempre se les planificó ocho y nunca paso nada...” (IC. 2014)

Las transcripciones precedentes refuerzan los hallazgos descriptos para esta dimensión de análisis, ya que no solo asegura la planificación ocasional de más horas diarias sino que además, menciona la uniformidad horaria para todos los servicios de enfermería sin excepción. Sin embargo y solo en el caso de planificación de guardias extra, hace referencia al pago del monto correspondiente a la realización de la misma o a la devolución de la carga horaria extra en días libres, mientras que en ningún momento menciona de que manera se retribuye las dos horas extras desempeñadas fuera del CCT por el personal de Terapia intensiva.

En este sentido y si retomamos la expresión del informante clave donde sostiene que "...el CCT dice que deben cumplir seis horas, pero acá siempre se les planificó ocho y nunca paso nada..." (IC.2014), se pueden pensar en dos hipótesis diferentes, por un lado, que la planificación de guardias de ocho horas esta establecida institucionalmente formando parte de la cultura de la organización lo cual, la hace incuestionable o bien, que dentro de la organización sanitaria en cuestión, el ejercicio del poder -mediante la aplicación del CCT- se realiza de una manera tan sutil que hace casi imperceptible su aplicación sobre las unidades de análisis, logrando la sumisión de sus cuerpos hacia los imperativos biopolíticos casi sin resistencia y activando en ellos, una serie de valores morales que brindan un sentido ético al cumplimiento de lo establecido institucionalmente.

Por otra parte, el análisis de la última dimensión planteada referida a la duración del período de descanso (franco) que deben gozar semanalmente los enfermeros profesionales del Sanatorio "Camino Complejidad Médica", habia arrojado -desde la encuesta aplicada- que el 75% de los mismos consideraba que la planificación de guardias permitía cumplir lo estipulado en el CCT 107/75, mientras que un 25% sostenía que sus períodos de descanso eran inferiores a las cuarenta horas semanales acordadas en el mismo.

Sin embargo, desde el análisis documental se puede evidenciar el cumplimiento cabal del mencionado lineamiento. Ya que si tomamos como ejemplo la planilla de guardias laborales presentada anteriormente, podremos observar que la planificación de días libres se realiza de manera tal que la persona pueda gozar de un día entero (veinticuatro horas) más dieciseis horas libres entre una guardia y la siguiente. Este hecho sumado a las notas de campo realizadas durante el período de observación participante, evidencian el cumplimiento de esta dimensión por la organización sujeto de análisis. En este

sentido, se puede considerar que la discrepancia entre los datos arrojados por la encuesta y aquellos nacidos desde el análisis documental y la observación, solamente se debieron a errores de cálculos matemáticos de los enfermeros asistenciales, a la hora de marcar en la encuesta la cantidad de horas correspondientes a sus francos.

De esta manera, es posible afirmar que el Sanatorio “Camino Complejidad Médica” cumple en un 92 % los lineamientos estipulados para las dimensiones de análisis propuestas, haciendo notar una regulación institucional aceptable hacia las actividades laborales de los trabajadores. Sin embargo, debemos tener en cuenta que si bien, la relación de poder que se establece entre estos y la empresa genera beneficios para ambos, también puede actuar favoreciendo la construcción de redes de poder que, tras un manto de aparente equilibrio organizacional, actúe sometiendo a los cuerpos tanto individuales como grupales, hacia acciones que los transformen en fuerzas útiles inmersas en universos de alta regulación, donde las acciones que se realicen fuera de la norma puedan ser corregidas y castigadas.

En este sentido y siguiendo a Foucault (1998) para que puedan establecerse verdaderas relaciones de poder es necesario que éste circule, funcione y se ejercite formando redes en constante tensión donde cada fuerza pueda afectar y ser afectada por otra, lo cual hará necesaria la formación de esquemas de distribución de fuerzas que contribuyan a la generación de estrategias que invadan los cuerpos conduciendo sus acciones y generando reacciones. Sin embargo, es el establecimiento de normas el que favorecerá la regulación de las actividades por medio de un doble juego de poder, por un lado una serie de mecanismos que disciplinan al cuerpo (planilla de guardia, pago de haberes salariales) y por otro aquellos que regulan la actividad de las poblaciones, induciendo conductas, por medio de la aplicación de dispositivos que buscan normalizar la vida, sancionando y corrigiendo aquellas actitudes que trasgredan esa normalidad establecida, desequilibrando el sistema dentro del cual se aplique.

En este sentido, las inobservancias institucionales a la aplicación del CCT de trabajo podrían producir consecuencias desfavorables para la homeostasis institucional, generando reacciones, conductas y modos de comportamiento que favorecerían la resistencia al poder que le es ejercido. Sin embargo, continuando con la guía planteada desde la tercera dimensión de la matriz sub-unitaria y desde la observación participante

realizada podemos afirmar que no se han evidenciado efectos o reacciones negativas de las unidades de análisis hacia las transgresiones institucionales a la norma.

Así y en relación a la planificación de ocho horas de trabajo para los enfermeros profesionales que se desempeñan en las áreas restringidas (Terapia Intensiva, Unidad Coronaria y Riñón Artificial), se ha observado que el personal cumple pasivamente su guardia, ingresando y retirándose de la organización en los mismos horarios que los trabajadores de las áreas no restringidas. Así también, la utilización de los enfermeros de un sector como refuerzo para la guardia activa de otro sector, es realizada de manera espontánea y pasiva, haciendo pensar que se trata más de una costumbre institucional que de inobservancias al CCT aplicado. Solamente en dos o tres casos, se escuchó al enfermero quejarse en voz baja a su compañero de guardia, sobre esta necesidad institucional que colaborar con otro servicio.

En este mismo sentido y en relación a la planificación de doce o dieciséis horas extra de guardia, se ha observado que en una primera instancia el supervisor o jefe de enfermería, busca el consentimiento del trabajador para la realización de la misma y que ante su negativa, se dirige hacia otra persona haciéndole el mismo planteo hasta hallar al sujeto que ocupará ese lugar. En todos los casos el supervisor menciona que "...se te va a pagar la guardia..." (IC.2014), hecho que muchas veces desencadena la aceptación del pedido.

Si tenemos en cuenta que estos tres casos observados implican un desvío institucional sobre la aplicación de CCT y que, el personal afectado por el mismo no presenta reacciones al respecto, podemos pensar que ello se debe a dos razones que serán analizadas de manera general a continuación pero cuyo estudio exhaustivo supera los alcances de este trabajo, ellas son: el desconocimiento del CCT aplicado y sus lineamientos o bien, el temor a un ejercicio de poder institucional que desencadene consecuencias indeseables sobre el trabajador.

El primer punto entra en consonancia con una de las cuestiones examinadas al principio de este apartado donde se presentaba el CCT seleccionado por los profesionales de enfermería como regulador de las actividades, en ese análisis se evidenció el desconocimiento y confusión de los sujetos en estudio en relación al dispositivo, ya que del 100% de los encuestados solamente el 35% logró contestar correctamente, mientras que el resto de las respuestas oscilaban entre las demás opciones presentadas. Esto hace

pensar que si solamente ese pequeño porcentaje conoce el CCT que regula su actividad, es probable que un porcentaje aún menor conozca lo que realmente se estipula en cada uno de sus artículos. Este desconocimiento puede favorecer las condiciones irregulares a las que estamos haciendo referencia, ya que siguiendo a Ovejero Bernal y Pastor Martín (2001) “no es posible ejercer un poder sin antes haberse apropiado de un saber y viceversa” (p. 100), ya que el saber permite la formación de verdades que esconde, en su manto, toda una voluntad de poder que actúa condenando al silencio los discursos excluidos y ordenando bajo la normalidad a los discursos aceptables, encorsetándolos a su vez en los criterios, procedimientos, instituciones y personas que pueden distinguir un discurso verdadero de uno falso. Así, el conocer los lineamientos del CCT los enfermeros asistenciales podrán luchar por sus derechos, o en otras palabras, ejercer el poder que le brinda el saber que han adquirido, generando la lucha necesaria para modificar la situación.

Por otra parte y como segundo punto hemos planteado que la ausencia de reacciones ante las inobservancias institucionales al CCT, pueden deberse al temor de los empleados de sufrir represalias que impliquen no solo aplicación desmedida de dispositivos de disciplinamiento sino también, despidos o sanciones severas que vayan en detrimento de sus intereses personales. Hecho que produce la adaptación de los individuos al poder que le es aplicado. Sin embargo y considerando que Díaz (2010) plantea que “una relación de poder es del orden de la lucha” (p. 102) donde el sujeto puede desplazarse, escaparse o reaccionar a fin de resistirse al poder evitando las relaciones de dominio, es probable que las reacciones de las unidades de análisis sean esas pequeñas demostraciones de inconformidad expresada verbalmente entre compañeros de trabajo, pero que no llegan a las escalas jerárquicas medias y superiores quizás, por temor a represalias.

En este sentido y en consonancia a lo planteado por Drolas, Montes Cató y Pichetti (2005) las consecuencias de la aplicación parcial del CCT puede desencadenar relaciones laborales inestables, sobrecarga laboral, proliferación de diferentes formas de contratación, multiplicidad operativa de tareas, resolución de conflictos laborales dentro de la empresa sin injerencia sindical, personalización de salarios y aumento de los adicionales en detrimento de su composición fija disminuyendo con ello el bienestar futuro de los trabajadores. Por ello, el rol de los sindicatos como reguladores de la relación laboral, es sumamente importante ya que su intervención pone de manifiesto la

resistencia del pueblo al poder de los modelos burocráticos organizacionales, logrando con ello una homeostasis en el sistema y dirigiendo las miradas hacia el logro de los objetivos de las partes implicadas en la relación laboral.

Pero sin embargo, el equilibrio interno dentro de la organización también puede ser posible mediante la aplicación de dispositivos institucionales enfocados hacia la regulación de cada una de las actividades realizadas por los trabajadores. En este sentido, Foucault (2006) señala que durante la edad neoclásica, se produjo el descubrimiento del cuerpo individual como objeto y blanco del poder, entendiéndolo como algo que puede ser manipulado y que responde deviniendo objeto dentro de una sociedad y siendo atravesado por un juego de poderes que actúan desde diferentes puntos desencadenando una función productora que permitirá la diversificación e individualización de cada uno de los sujetos.

Este ejercicio del poder hacia el cuerpo individual generó diferentes tipos de controles que buscaban en principio, controlar al cuerpo activo mediante la aplicación de un poder infinitesimal aplicado a cada una de sus partes, para luego controlar la eficacia de esos movimientos, su organización interna y la dominación de sus fuerzas, favoreciendo una coerción constante que actúa dividiendo al tiempo, espacio y movimientos a fin de controlar más de cerca los procesos de actividad y no tanto sus resultados.

Por ello y a fin de analizar los dispositivos institucionales que regulan la actividad laboral de los enfermeros profesionales que se desempeñan en la organización sujeto de estudio, realizaremos una coordinación entre los indicadores guías propuestos para la cuarta dimensión de las matrices supra-unitaria y de anclaje, a fin de analizar paralelamente la presencia y aplicación de los mencionados dispositivos.

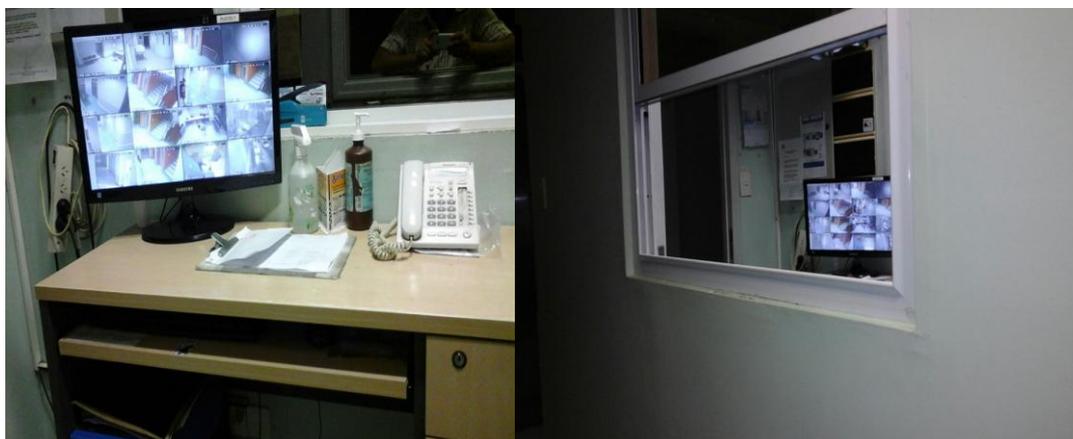
De esta manera y primer lugar realizaremos un recorrido imaginario por la organización, poniendo énfasis en las áreas comunes y específicas por las cuales transitan habitualmente las unidades de análisis, a fin de identificar y describir los instrumentos que contribuyan al control de su actividad laboral, para luego analizar de qué manera son aplicados y verificar su efectividad como mecanismo regulador analizando su acatamiento por parte de las mismas.

El recorrido propuesto comienza por la puerta lateral de servicio por la que ingresan todos los trabajadores. Debido a que habitualmente se encuentra cerrada, el acceso se

logra mediante el llamado a través de un timbre intercomunicador y posterior a ser identificado por el personal de seguridad a través de las cámaras que se encuentran en el extremo superior derecho del acceso. Los primeros pasos dentro de la organización y la observación crítica de la realidad, permiten detectar la presencia de una gran variedad de dispositivos de control que desarrollan en el visitante una sensación de estar permanentemente vigilado.

El área donde se encuentra la oficina de seguridad está estratégicamente ubicada entre la zona de acceso de los trabajadores y la del público en general (que ingresa a la organización por la puerta principal). Sus paredes laterales presentan ventanas que permiten ver los movimientos desde el interior de la oficina hacia afuera pero no a la inversa, a esto se le suma la presencia de monitores en los cuales se observan imágenes proyectadas por las cámaras de seguridad que se encuentran distribuidas en los diferentes sectores de la organización. Seguidamente se presenta una imagen que pretende graficar lo antedicho:

Imagen XIV: Área de seguridad. Sanatorio "Camino Complejidad Médica". Posadas, Misiones. Año 2014.



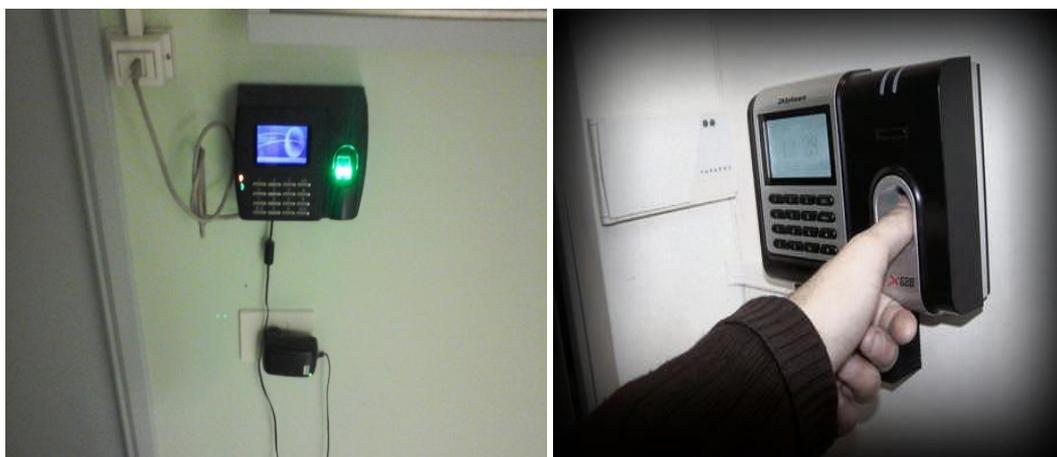
Fuente: Elaboración Propia.

Como se puede observar, las proyecciones de las cámaras de seguridad reflejadas en los monitores permiten controlar todos los movimientos que se producen dentro de la organización las 24 horas del día y todos los días del año. Cuando el oficial de seguridad percibe movimientos extraños, acumulación de personas, peleas o alguna acción que altere el equilibrio interno de la organización, está autorizado a actuar directamente y/o informar a los mandos jerárquicos superiores a fin de que se tomen las medidas necesarias para restablecer el orden perdido o corregir la trasgresión detectada.

Este efecto de ver sin ser visto, puede ser relacionado a la noción de panóptico estudiada por Foucault (2006) en el libro vigilar y castigar, ya que la presencia de los dispositivos mencionados anteriormente provoca en las personas un estado consciente y permanente de visibilidad que garantiza el funcionamiento automático, visible e inverificable del poder. Solamente se puede ver el dispositivo, sin estar seguro de si el vigilante se encuentra presente o ausente o del momento preciso en el cual se está siendo observado. Esta acción automatizada y desindividualizada del poder actúa sometiendo a los cuerpos a un campo de visibilidad que reproduce por su cuenta las coacciones del mismo, haciéndolas jugar sutil y espontáneamente sobre las propias personas sobre las cuales se aplica, aumentando la eficacia en su accionar, favoreciendo la disciplina y manteniendo con ello la homeostasis del sistema.

Sin embargo, este no es el único dispositivo de poder que se encuentra en el área de acceso a la organización, ya que en la zona lateral izquierda de la misma se puede observar el reloj de asistencia que debe ser utilizado por cada uno de los trabajadores tanto al ingreso como el egreso de la organización. La siguiente imagen trasluce lo mencionado:

Imagen XV: Reloj digital para registrar el ingreso y egreso institucional. Sanatorio "Camino Complejidad Médica". Posadas, Misiones. Año 2014.



Fuente: Elaboración Propia.

Este instrumento utiliza la tecnología para detectar la huella dactilar del trabajador y reconocer sus cualidades biológicas, lo cual lo convierte en un dispositivo sumamente fiable para lograr el control exacto de las horas trabajadas por cada empleado, debido a

que asegura que sea el mismo trabajador quien deba registrar sus movimientos incrementado con ello la confiabilidad del dato obtenido.

Una vez que el trabajador ingresa su dígito pulgar en la máquina, esta lo reconoce y acumula la información en un registro informático que todos los meses es solicitado por el supervisor de servicio a fin de controlar más detenidamente si el trabajador cumplió con las ocho horas laborales estipuladas en el CCT aplicado dentro de la organización. Seguidamente presentamos una imagen una parte de la planilla electrónica a la que hacemos referencia. Se destaca que a fin de resguardar la identidad de la unidad de análisis, se ha eliminado cualquier indicio que permita su identificación.

Imagen XVI: Planilla de reporte de asistencia. Sanatorio "Camino Complejidad Médica". Posadas, Misiones. Año 2014.

Reporte de fichadas y horas - Fecha: 05/03/2014 - Hora: 10:57 a.m. - Sector: Todos - Desde: 01/02/2014 - Hasta: 05/03/2014
Empleado:

Reporte de fichadas y horas									
Categoría: Asistencial	Vi 01/02/2014	E 07:49 - S 12:38 E 15:59 - S 20:39		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
	Sa 02/02/2014	E 07:54 - S 11:57		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
Internación Polivalente	Lu 04/02/2014	E 08:01 - S 09:37 E 11:17 - S 19:21 E 20:40 - S 21:51		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
	Ma 05/02/2014	E 07:34 - S 14:26 E 17:40 - S 20:05		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
	Mi 06/02/2014	E 08:10 - S 13:22 E 16:38 - S 19:00		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
	Ju 07/02/2014	E 08:06 - S 15:33 E 19:06 - S 20:55		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
	Vi 08/02/2014	E 08:18 - S 14:00 E 16:19 - S 19:04		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
	Mi 13/02/2014	E 07:25 - S 14:11 E 19:11 - S 21:01		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
	Ju 14/02/2014	E 08:00 - S 12:26 E 15:14 - S 19:15		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
Internación Maternidad	Vi 15/02/2014	E 08:00 - S 14:20 E 16:02 - S 18:15		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
	Sa 16/02/2014	E 08:11 - S 12:04		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00

Fuente: Departamento de Recursos Humanos. Sanatorio "Camino Complejidad Médica".

La imagen presentada corresponde al registro de ingresos y egresos de un enfermero profesional que se desempeña laboralmente en horarios discontinuos pero que en total debe cumplimentar ocho horas de trabajo diarias. Como se puede observar, el registro electrónico permite la detección exacta de los días, horas y minutos que ha permanecido cada trabajador dentro de la organización, estos horarios, deben entrar en consonancia

con las guardias activas planificadas en la planilla de turnos laborales³¹, si los registros de ambos dispositivos no coinciden, es decir si el trabajador se encuentra planificado y no registra entrada y salida o viceversa, el mismo no recibe los haberes salariales correspondientes al día no asentado (I.C. 2014).

La articulación entre el registro electrónico de asistencia y la planilla de turnos laborales también se hace evidente en los datos de identificación del sector laboral de desempeño y del cargo ocupado por cada unidad de análisis (que se pueden visualizar en la primera columna de la planilla de asistencia). En este sentido, ambos dispositivos permiten el registro del sector laboral al que está destinada cada unidad de análisis y el puesto que ocupa dentro de una clasificación. Este orden, favorece el control de la actividad ya que hace posible conocer y controlar el lugar que debe ocupar cada sujeto en un momento determinado y cuando debe dejar de estar ahí para dirigirse a otro sitio. Según Foucault (2006) la distribución de los individuos en el espacio, permite dominar las fuerzas de trabajo concentrando las fuerzas de producción, obteniendo de ellas el máximo de eficacia, evitando inconvenientes (agitaciones, robos, interrupciones de la jornada laboral) y protegiendo los materiales, herramientas y demás bienes.

Además en la disciplina, los elementos se definen por el lugar que ocupan en una serie y por la distancia que lo separa de los otros. Dentro de un espacio complejo como una organización sanitaria, el establecimiento de rangos permite asignar lugares individuales, favoreciendo aún más el control de cada sujeto y a su vez, el trabajo simultáneo de todos. Son espacios mixtos reales que permiten la disposición espacial y la circulación operatoria de los sujetos debido a la fijación de lugares, puestos, jerarquías y rangos; sin embargo, estos espacios son ideales e intercambiables ya que solamente buscan ordenar lo múltiple mediante un instrumento que pueda recorrerlo y dominarlo, permitiendo a su vez la caracterización del individuo como unidad y la transformación de multitudes peligrosas y confusas en multiplicidades ordenadas.

Siguiendo este orden de ideas, la distribución a la que hace referencia Foucault (2006), también se encuentra reflejada en la estructura edilicia de la organización ya que se pudo observar una división por zonas que impide la formación masiva de grupos, aspecto fundamental para la aplicación de la disciplina. A fin de analizar más

³¹ Esta planilla fue presentada y trabajada anteriormente durante el análisis del Convenio Colectivo de Trabajo que rige para la institución.

detenidamente este aspecto disciplinar, a continuación se realizará una descripción de la estructura edilicia organizacional como parte del recorrido imaginario propuesto al comienzo de este apartado.

De esta manera, la planta baja de la organización presenta, (además del servicio de Seguridad analizado anteriormente) dos áreas claramente definidas: una de circulación no restringida y otra de circulación semi-restringida. En la primera se realizan las actividades de atención al público en general. Está conformada por la puerta de acceso principal, la sala de espera, los consultorios médicos de atención externa, el servicio de admisión donde se realizan los registros y movimientos de ingresos-egresos de todos los usuarios de servicios de salud, y la sala de extracción y toma de muestras para los análisis bioquímicos de laboratorio.

En la segunda área solamente pueden ingresar las personas que trabajan en la organización y aquellas que buscan atención de emergencia para la salud o estudios diagnósticos. Está integrada por el servicio de Diagnóstico por Imágenes (área de tomografía, rayos X, ecografía y mamografía); y por el Servicio de Emergencias, compuesto por 1-sala de shock donde se atienden las urgencias que impliquen peligro de vida; 2- una sala de yeso donde se brinda atención traumatológica a aquellas personas que han sufrido fracturas no complejas; 3- una sala de observación que permite a los usuarios del servicio permanecer internados durante cortos periodos de tiempo, mientras se decide su ingreso o egreso institucional; 4- una sala de vacunación donde los profesionales de enfermería realiza la inmunización tanto del personal de salud del sanatorio como de la población en general y 5- un office de enfermería, donde permanecen constantemente los profesionales de salud que trabajan en el sector, ya que aquí se recibe a los usuarios del servicio de asistencia sanitaria que ingresan de manera ambulatoria y que, posterior a su examen por el profesional médico es derivado a alguno de los sectores mencionados anteriormente o bien, es dado de alta por requerir solamente cuidados ambulatorios. El recurso humano de enfermería de este servicio, está compuesto por cinco enfermeros asistenciales distribuidos en turnos de ocho horas, un supervisor de enfermería³² y un médico de guardia que realiza turnos de doce o veinticuatro horas diarias.

³² Como se mencionó en apartados anteriores, este trabajador también supervisa el área de Terapia Intensiva de Adultos.

El ascenso por las escaleras de servicio, conduce al primer piso de la organización que también cuenta con dos áreas bien delimitadas. Del lado derecho del pasillo de circulación común se encuentra el servicio de Internación Quirúrgica y Maternidad: que ediliciamente se compone de dos office de enfermería: uno limpio en el que permanecen los profesionales para preparar medicación, alistar el equipo para diferentes procedimientos, realizar registros o bien, descansar y, uno sucio, donde se depositan los materiales no estériles o aquellos que deben ser limpiados para llevarlos a esterilizar. Toda el área presenta una disponibilidad de once camas, diez de ellas permiten la internación individual y solamente una, está preparada para la internación conjunta de dos usuarios diferentes (habitación compartida). Además aquí, se encuentra el servicio de Hospital de Día donde se realizan los tratamientos de quimioterapia a los usuarios con patología oncológica.

El recurso humano de enfermería se conforma por cinco profesionales distribuidos en diferentes turnos de acuerdo a la carga laboral diaria que se presente. Cabe destacar que debido a las características de las personas que se internan en el sector, estos profesionales son los únicos que permanecen constantemente en el área para la asistencia a los usuarios de servicios de salud. Los profesionales médicos no realizan guardias activas completas en el servicio, sino que solamente asisten para evaluar la evolución de los sujetos, completar las historias clínicas y actualizar las medicaciones que se requieren para el tratamiento farmacológico.

Por otra parte, la segunda área que conforma este piso está ubicada a la izquierda del pasillo de circulación general y se trata de un área de circulación restringida. Por ello, el acceso a la misma se logra mediante el llamado por un timbre intercomunicador y la autorización de la entrada por alguno de los trabajadores del área. Este sector incluye dos servicios, la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) que cuenta con cuatro camas y una habitación de aislamiento y, el área de Neonatología, que brinda cuidados intensivos a los recién nacidos de hasta 30 días de vida. Ambos sectores presentan una parte específica de atención para cada especialidad y un área compartida por ambos. La estructura compartida, se compone del office de enfermería limpio³³ y el office sucio, baños de servicio, oficina del supervisor de enfermería y área médica.

³³ Las actividades realizadas en los office limpio y sucio de enfermería de todos los sectores de la organización, son similares a los descritos para el área de Internación Quirúrgica y Maternidad.

En cuanto a los profesionales de salud, ambos sectores cuentan con un total de diez enfermeros profesionales que cumplen guardias activas de ocho horas y pueden ser planificados para cumplir sus funciones en cualquiera de las dos áreas; siete médicos especialistas en Terapia Pediátrica y Neonatología que llevan a cabo guardias activas de doce horas dentro del servicio y, un supervisor de enfermería.³⁴

De esta manera y continuando el ascenso por la escalera de servicio, llegamos al segundo piso de la organización, que presenta una estructura edilicia similar a las áreas analizadas con anterioridad, solamente que aquí ambos servicios son de circulación no restringida. Al lado derecho del pasillo le corresponde el Servicio de Internación Polivalente de Adultos donde se atienden a usuarios de todas las edades con diferentes patologías clínicas. Está conformado por un total de quince camas, distribuidas en once habitaciones individuales y dos compartidas; un office de enfermería limpio, un office de enfermería sucio, un consultorio médico y un botiquín de farmacia donde se guardan solamente medicaciones de urgencia. El recurso humano está integrado por cinco enfermeros profesionales distribuidos en diferentes turnos, dos médicos clínicos que se desempeñan en turnos matutinos y vespertinos y, un supervisor de enfermería³⁵.

Por otra parte, el extremo lateral izquierdo del pasillo de circulación común corresponde al sector de Internación Pediátrica, donde se realiza la atención de niños mayores de 30 días hasta los 14 años de edad. Ediliciamente cuenta con ocho camas y un office limpio de enfermería, donde solamente se encuentra el profesional enfermero, ya que el resto del equipo de salud permanece en el área de Terapia Pediátrica y Neonatología. Esto debido a que los profesionales médicos y el supervisor son compartidos entre los tres sectores de asistencia, no siendo así para los enfermeros asistenciales que se desempeñan en el área, ya que ellos conforman un grupo de cuatro profesionales exclusivos que cumplen guardias permanentes en el servicio. Solamente en casos excepcionales y si la carga laboral de los otros sectores supera a su recurso humano, estos son requeridos para cubrir guardias activas.

³⁴ Quien se desempeña en entre ambas áreas y que además, está a cargo del servicio de Internación Pediátrica que será descrito más adelante en este mismo apartado.

³⁵ que comparte su desempeño con el área de Internación Quirúrgica y Maternidad analizada anteriormente.

El tercer piso de la organización, tiene la misma disposición espacial de las áreas descritas anteriormente, pero en este caso ambas son de circulación restringidas, por lo cual el acceso a las áreas se logra mediante el llamado por un timbre intercomunicador y la autorización de la entrada por alguno de sus trabajadores.

En el extremo derecho del pasillo de circulación común se encuentra el Servicio de Cirugía (quirófanos), ediliciamente se integra por el área de esterilización central donde se realizan los procedimientos de recepción de material provenientes de los diferentes sectores de la organización con la finalidad de ser acondicionados, esterilizados (por medio de calor seco, húmedo y óxido de etileno) y entregados nuevamente al sector correspondiente. Y por el área de cirugía propiamente dicha, compuesto por tres quirófanos y una sala de partos provistos de equipos especiales para cada cirugía y aires acondicionados especiales que permiten renovar hasta un 98% del aire que en ellos se encuentra, hecho que disminuye considerablemente el riesgo de infección del sitio quirúrgico por agentes patógenos externos.

El recurso humano está compuesto por cinco enfermeros profesionales, seis instrumentadores quirúrgicos, un supervisor de servicio exclusivo para el sector, cuatro anesthesiólogos y una gran variedad de médicos cirujanos de diferentes especialidades Cabe destacar que solamente los dos primeros realizan guardias activas dentro de la organización, ya que los demás solamente son prestadores de servicio y se hacen presentes en caso de ser necesarios.

En el otro extremo del pasillo, se encuentra la Unidad de Terapia Intensiva de Adultos (UTI) compuesta por ocho camas, incluyendo una sala para usuarios que requieran aislamiento biológico de algún tipo. Todas las unidades³⁶ cuentan con aire acondicionado, panel de gases en la cabecera de cada cama, lavabos para higiene de manos (para personal de salud o familiares que quieran tener contacto con el usuario internado en el sector) y cortinas entre una cama y la siguiente, a fin de mantener la intimidad de los usuarios. El office de enfermería se encuentra dispuesto de manera tal, que permite la visualización de todos los usuarios internados y de los respectivos monitores de controles vitales. El recurso humano se compone por seis profesionales médicos que cumplen guardias activas de veinticuatro horas, un supervisor y cinco

³⁶ Entendida como el espacio compuesto por la cama, mesa de luz, panel de oxígeno, luces de emergencia y todo aquello que se dispone a cercanía del usuario de servicio para brindarle una mejor atención.

profesionales de enfermería que llevan a cabo turnos de ocho horas con una distribución de dos enfermeros asistenciales por turno.

Finalmente el cuarto y último piso de la organización, corresponde al área de gestión, administración y Provisión de Fármacos sanatoriales. La primera se encuentra conformada por tres oficinas de gerencia: una Médica, a cargo de un director profesional médico; una Administrativa: a cargo de un profesional de la contabilidad y, una General o Ejecutiva, a cargo de uno de los miembros de la cúpula directiva del sindicato de camioneros; la segunda está integrada por las oficinas del departamento de administración y recursos Humanos; y la última corresponde al departamento de farmacia desde donde se proveen todos los fármacos, descartables y/o insumos necesarios para la adecuada atención de salud de los usuarios del servicio sanatorial. Cabe destacar que la institución cuenta con servicios tercerizados de lavandería y una cocina que se encuentra ubicada en una casa contigua a la institución, desde donde provienen los alimentos para los usuarios de salud del mismo.

De esta manera, la descripción realizada permite corroborar una estructura disciplinaria bien delimitada, organizada en tantos sectores como se considere necesario a fin de repartir a cada sujeto en un lugar específico y lograr con ello, lograr su dominio y utilización. Esta distribución espacial, busca alcanzar el control individual de presencias y ausencias, conocer la localización exacta de cada sujeto en el espacio, la tarea que se encuentra realizando en cada momento, controlar las comunicaciones útiles e interrumpir aquellas que no lo son, es decir, pretende vigilar a cada instante la conducta de cada sujeto, a fin de apreciarla, sancionarla o bien, medir sus cualidades y méritos.

Además y siguiendo a Foucault (2006) la distribución espacial favorece la creación de espacios útiles por permitir aislar y localizar a los sujetos teniendo en cuenta las necesidades y diferentes formas de producción que se requieran. Estos emplazamientos funcionales no solo hacen posible comprobar fehacientemente la presencia del sujeto dentro de la organización, la dedicación y calidad del trabajo que realiza, sino que también observarlo, caracterizarlo, apreciarlo, contabilizarlo y compararlo con los demás obreros, clasificándolo según su habilidad, rapidez, conducta y desempeño en general.

Sin embargo, para llevar a cabo el control efectivo de los cuerpos mediante la aplicación de técnicas disciplinarias también es necesario contar con dispositivos que estipulen las

actividades que deben realizar durante su jornada laboral, la manera en la que deben llevarlas a cabo y contar con algún mecanismo de vigilancia jerárquica que asegure su cumplimiento. Por ello y a continuación se pondrá luz sobre los dispositivos institucionales que se apliquen directamente a la práctica profesional, a fin de examinar su desempeño como mecanismo de poder y analizar los efectos directos sobre la labor de las unidades de análisis. Particularmente indagaremos sobre los dispositivos institucionales que permitan: 1- controlar el empleo del tiempo; 2- controlar la elaboración temporal del acto, 3- aplicar la vigilancia jerárquica y 4-llevar a cabo el examen de los trabajadores.

En este sentido y a fin de abordar el primer punto planteado anteriormente, se indagó a los informantes clave sobre la existencia de algún dispositivo que se utilice para tan fin, obteniéndose la siguiente respuesta:

En todos los servicios hay una planilla de rutinas donde figuran los horarios de los fármacos que deben ser administrados y las actividades que deben realizar los enfermeros con el paciente. Después ellos deben registrar lo que hicieron en la Historia clínica. Entonces, lo que hacen los supervisores es controlar la historia clínica de cada paciente y ver que está anotado y que no, para evaluar si se cumplieron o no la actividades. Eso es lo único que tenemos para controlar la práctica de nuestros enfermeros, porque el resto ellos ya saben, por algo fueron a la Universidad (I.C. 2014).

La expresión anterior pone en evidencia la existencia de escasos dispositivos para el control minucioso de las actividades realizadas por las unidades de análisis. Sin embargo, las planillas de rutina a las que hace referencia el informante son efectivas para controlar el empleo del tiempo debido a que establecen ritmos de acción, determinan obligaciones y demandan ciclos regulares de repeticiones, lo cual favorece la economía positiva del tiempo, extrayendo de los cuerpos cada vez más instantes disponibles y a partir de allí, fuerzas útiles, lineamientos de disciplinamiento básicos establecidos por Foucault (2006).

En este sentido y desde las notas de campo producto de la observación no participante realizada, se puede afirmar que este dispositivo es sumamente efectivo para establecer rutinas dentro de la práctica profesional de las unidades de análisis. Ya que se pudo corroborar como, luego de tomar la guardia en el horario estipulado, cada uno de los profesionales analizados estudia la planilla de rutinas, organizando sus actividades diarias de acuerdo a las prioridades de atención de los usuarios del servicio de salud. Cada uno de los procedimientos y actividades son realizadas en los horarios

establecidos en la planilla, solamente en casos excepcionales y por razones de urgencia, se evidenciaron retrasos en el cumplimiento de los mismos, sin embargo y pese a ello, antes de culminar el turno laboral todas las actividades eran llevadas a cabo.

De acuerdo al marco teórico elaborado a la luz de los pilares planteados por Foucault (2006), al establecer rutinas, se fracciona e intensifica el uso del tiempo logrando el máximo de rapidez y eficacia, conllevando a la producción de un cuerpo mecánico, sometido a movimientos y susceptibles de operaciones específicas que tienen un orden, tiempo y elementos constitutivos. Así, el tiempo laboral medido y pagado, se convierte en una jornada de producción donde el cuerpo destinado al ejercicio de una actividad logre una regularidad, exactitud y elaboración del acto que permitan cumplir con los imperativos que demanda el tiempo disciplinario.

Sin embargo, además de contar con un dispositivo que establezca las actividades a realizar, es necesario contar con otro que estipule de qué manera se elabora el acto, ya que en ocasiones el cumplimiento de los tiempos establecidos, no significa justamente, una correcta aplicación de los procedimientos³⁷. Por ello y a continuación indagaremos sobre el dispositivo institucional que favorezca el control de la elaboración temporal del acto para posteriormente verificar su cumplimiento por las unidades de análisis.

De esta manera y si retomamos la expresión del informante clave presentada anteriormente, podemos evidenciar que en el último fragmento de su discurso menciona que “Eso es lo único que tenemos para controlar la práctica de nuestros enfermeros” (I.C. 2014), este hecho articulado a los datos de la observación realizada, permiten afirmar que dentro del sanatorio “Camino Complejidad Médica” no se encuentra ningún dispositivo (manual, libro, etc.) que estipule de qué manera y en qué tiempos deben ser llevados a cabo los procedimientos propios de la práctica profesional de enfermería. Si a este análisis le sumamos la otra parte de la expresión donde sostiene que “el resto ellos ya saben, por algo fueron a la Universidad” (I.C. 2014), podemos concluir que quizás, la presencia del mencionado dispositivo no se considera sumamente relevante a los ojos de las escalas jerárquicas medias y superiores, debido a que los profesionales de enfermería fueron formados en la academia utilizando dispositivos similares a los manuales que debería tener disponibles en el servicio.

Si tenemos en cuenta los lineamientos planteados por Foucault (2006), podemos sostener que el dispositivo disciplinario estudiado en este apartado, constituye uno de los más representativos para el control de la práctica profesional de las unidades de análisis, ya que se trata de un instrumento que establece cada uno de los pasos y tiempos de las técnicas propias de la profesión de enfermería. Su presencia en la institución haría posible 1- el control de la elaboración temporal del acto, ya que descompone los gestos y movimientos de cada sujeto, ajustándolos a un campo de imperativos temporales que establecen desde el exterior los ritmos y fases para el desarrollo de cada acción, 2- el establecimiento de la correlación del cuerpo y el gesto, debido a que favorece el control de la efectividad y rapidez de cada sujeto en la realización de las actividades impidiendo los espacios de ociosidad o inutilidad y 3- la articulación cuerpo-objeto, porque controla la relación que el cuerpo debe mantener con el objeto que manipula, determinando un cifrado instrumental que descompone el gesto instrumental en series para luego llevar a cabo una maniobra determinada.

La ausencia de manuales de técnicas y procedimientos en la organización puede conllevar a una práctica profesional desorganizada por adolecer de pasos y fases establecidas. Si bien, las actividades se cumplen (de acuerdo a lo observado en la aplicación de planilla de rutinas), la ausencia del mencionado dispositivo impiden analizar desde la observación, si las mismas se realizan de acuerdo a las técnicas, procedimientos, normas de higiene sanitaria, seguridad y ética, que rigen para la profesión y que debería estar establecidas institucionales.

Sin embargo, para controlar el desarrollo de las actividades a la luz de los objetivos institucionales, se hace imprescindible la aplicación de la vigilancia Jerárquica que dentro de los servicios de internación del sanatorio “Camino Complejidad Médica” toman la forma de supervisores de enfermería. De acuerdo al maco teórico elaborado, su función favorece el control de los individuos por la sola coacción de la mirada, generando un aparato de poder que en un juego de ver sin ser visto, produce efectos de poder, extendiéndose a lo largo de todo el proceso de trabajo atravesando no solo la producción (realización de técnicas y procedimientos durante el turno), sino también la actividad de cada sujeto (habilidad, manera de trabajar, rapidez, eficacia).

En este sentido y a fin de analizar la función del supervisor como dispositivo de poder y su desempeño como controlador de la práctica profesional de las unidades de análisis, a

continuación se realizará una breve articulación de los tres primeros puntos presentados al comienzo de este apartado, a fin de dejar en evidencia de qué manera se aplica el poder y las técnicas disciplinarias en los diferentes servicios de la organización. Para ello, se presentará muy brevemente un resumen general de los datos más relevantes de un turno laboral de trabajo dentro de la organización³⁸.

El análisis de las notas de campo hace evidente una práctica profesional similar para los profesionales de enfermería de todos los sectores, ya que luego de comenzar la jornada laboral, organizan sus actividades de acuerdo a la planilla de rutinas, posteriormente realizan registros en la historia clínica del usuario de servicio, realizan algunas actividades independientes (baño en cama, contención emocional) y luego permanecen en el office limpio de enfermería atendiendo las demandas de trabajo que se presenten.

Por su parte, los supervisores de enfermería se encargan de las funciones administrativas (solicitud de informes, medicaciones, gestionar traslados), hecho que le insume una gran cantidad de tiempo, ya que durante todas las jornadas observadas el supervisor permanecía en los servicios solamente durante cortos períodos de tiempo, especialmente al inicio del turno o bien, al final del mismo. Sus presentaciones esporádicas se realizaban para traer insumos, llevar pedidos, o buscar datos de las historias clínicas de los usuarios de servicio. En este sentido y teniendo en cuenta nuestro punto de análisis, la única instancia de control observada ha sido la corroboración de que las actividades rutinarias que figuran en la planilla de rutinas (procedimientos y medicaciones a realizar) estén registradas en la historia clínica del usuario.

El análisis crítico de esta situación deja entrever una gran flexibilidad en el control de la actividad de los profesionales de enfermería. Esto debido a que la corroboración de los datos de la planilla de rutinas y los volcados en la historia clínica, no presentan la validez y confiabilidad necesarias como para pensar en un práctica profesional correcta, ya que puede ocurrir que el enfermero registre en la historia clínica acciones que en la práctica no realiza, o viceversa. Además, la ausencia de supervisión sobre las prácticas profesionales pueden generar situaciones de daño a los usuarios o acarrear problemas graves para la institución como lo es, la mala praxis.

³⁸ Es necesario destacar que los datos que se presentan a continuación son el resumen de jornadas de observación llevadas a cabo con cada unidad de análisis en sus respectivo servicio asistencial,

Si tenemos en cuenta el marco teórico elaborado, la sola presencia del supervisor debería generar en los trabajadores un estado consciente de estar siendo vigilado por haber desarrollado técnicas de vigilancia física mediante un juego de espacios, líneas, pantallas, haces, grados, sin recurrir en principio a la violencia, fuerza o exceso, contribuyendo con ello a un desarrollo más eficaz de las actividades. Sin embargo en la práctica ese control no se hizo evidente desde la observación, hecho que llevó a indagar informalmente a las unidades de análisis, sobre las formas de control que se aplican dentro de la organización, obteniéndose -entre las más relevantes-las siguientes respuestas:

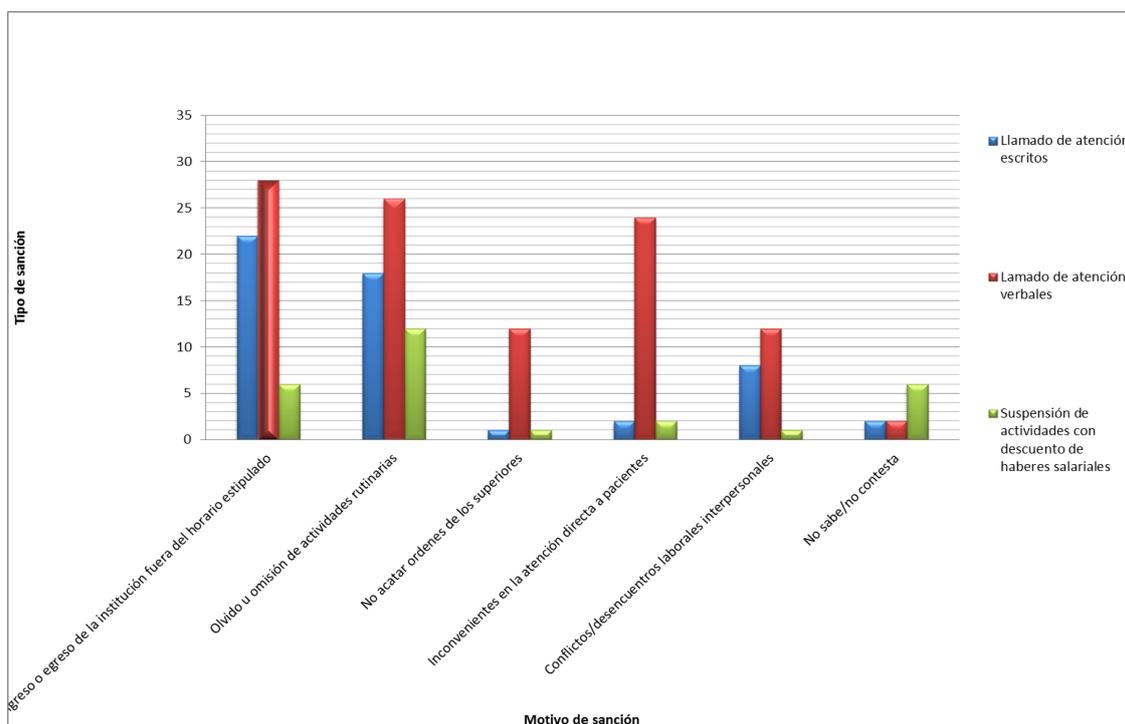
“¿El control de la práctica?, y mira...no se controla. Porque viste que el supervisor está ocupado en otras cosas y viene muy poco para acá. Si pasa algo, le avisamos por teléfono...” (I.C. 2014)

“Te controlan los registros más que nada, porque viste que tienen mil cosas para hacer y se hace difícil que vengan a mirar como trabajas” (I.C. 2014)

Las expresiones presentadas refuerzan aún más la idea de una carencia de control disciplinario sobre la práctica y una figura débil del supervisor de enfermería como dispositivo de poder. Estas situaciones pueden generar actitudes de insubordinación, acciones poco eficaces, pérdida de tiempo y baja productividad, todo lo cual actuaría en detrimento de los objetivos organizacionales coartando sus logros y conllevaría a la aplicación de sanciones disciplinarias, cuya gravedad se ajusta a la importancia que la propia organización la desviación de la norma producida.

Siguiendo a Foucault (2006), todos los sistemas disciplinarios funcionan como pequeños mecanismos penales ya que presentan sus propias leyes, formas de sanción e instancias de juicio, penalizando las fracciones más pequeñas de conductas o todo aquello que no se ajusta a las reglas institucionales o se desvíe de ellas. Por ello y a continuación se analizarán las consecuencias que acarrearán las trasgresiones de las normas disciplinarias por las unidades de análisis en estudio y cuáles son los motivos más frecuentes por los cuales se aplica la sanción normalizadora. El análisis de las encuestas se resume en el siguiente gráfico:

Imagen XVII: Tipo de sanción aplicada según motivo de sanción. Sanatorio "Camino Complejidad Médica". Posadas, Misiones. Año 2014.



Fuente: elaboración Propia

El análisis del gráfico, vuelve a relucir la idea de flexibilidad en el control a la que veníamos haciendo referencia anteriormente. Ya que como se puede observar, existe un predominio de las instancias de llamado de atención verbal por sobre las otras formas de sanción en todas las categorías analizadas. Sin embargo y durante la entrevista los informantes clave, explicaron:

“antes de hacerle un llamado de atención escrito o una suspensión, se realizan tres llamados de atención verbales, si el enfermero no modifica su accionar y continúa cometiendo la misma falta, en ocasiones posteriores la sanción aplicada es mayor hasta llegar a la suspensión de actividades con descuento de haberes salariales o bien, el despido” (I.C.2014).

Esta situación, sumada al análisis del gráfico donde se evidencia que los demás tipo de sanción son aplicados en menor porcentaje, conduce a plantar dos hipótesis diferentes, la primera es que las unidades de análisis son flexibles, obedientes y que responden a la primera señal de que han cometido un error, modificando inmediatamente su accionar antes de que la pena sea mayor, y la segunda es que son conscientes de la flexibilidad en

el control institucional, lo cual las lleva a cometer pequeñas trasgresiones y evaluar los resultados; si la falta no fue identificada, no se le prestó la atención suficiente o no generó sanciones, puede que la vuelva a realizar³⁹, caso contrario se detiene.

Por otra parte, también es importante notar que los motivos de sanción se alejan de la práctica profesional diaria de los enfermeros asistenciales, ya que si bien en la encuesta se le brindó la opción “errores en la aplicación de técnicas y procedimientos”, esta no contó con ninguna elección. Esta situación puede articularse con los aspectos trabajados en apartados anteriores donde se hacía notar la ausencia de vigilancia jerárquica sobre la práctica diaria de las unidades de análisis.

Se destaca en el gráfico la importancia que le brinda la organización a los aspectos relacionados al cumplimiento de los horarios de trabajo y el desempeño de actividades rutinarias, siendo a su vez, las dos dimensiones con mayor porcentaje de aplicación de sanciones. Lo cual dirige la mirada hacia el supervisor de enfermería, puesto que la detección de ingresos y egresos fuera de los horarios estipulados por medio del control mensual de la planilla informática de asistencia y, el control de la articulación entre las actividades de la planilla de rutinas y su registro en la historia clínica del usuario, son dos de sus funciones principales dentro de la organización.

También se hace notar la importancia que le brinda ésta a la opinión de los usuarios respecto al desempeño de las unidades de análisis, aunque en su mayoría verbales, no dejan de estar presentes en las respuestas de los encuestados, al igual que los problemas interpersonales y aquellos derivados de conflictos con los superiores.

Se debe tener en cuenta que la función del castigo disciplinario es esencialmente correctiva y su finalidad se centra en reducir las desviaciones y encauzar la conducta. Al aplicarlo, se genera una red de micropenalidades que pone atención a los tiempos, al cuerpo, a la palabra, a la actividad, a la manera de ser, desarrollando una serie de procedimientos sutiles de castigo, donde la gravedad de los mismos respeta a un orden artificial dispuesto explícitamente por un reglamento o ley que estipula cuánto y bajo qué concepto la pena será aplicada. Este análisis se respalda en los lineamientos del autor que venimos desarrollando y deja ver que dentro de la organización en estudio, la

³⁹ Es interesante retomar aquí lo trabajado para la aplicación del reglamento interno, donde se observaron trasgresiones en la utilización del uniforme institucional (uso de aros, zapatillas de colores, celulares para control de signos vitales) como las mismas no fueron corregidas en su momento, ahora ya no implican preocupación para las unidades de análisis.

aplicación de sanciones está más relacionada a trasgresiones de carácter institucional y en menor medida, a aquellas propias de la práctica profesional de enfermería e inherentes al cuidado del sujeto como objeto disciplinar.

No obstante, la aplicación de la disciplina no solo se busca corregir las prácticas de los trabajadores sino también calificarlas y clasificarlas, lo cual es posible mediante la aplicación del examen a su actividad profesional. Siguiendo esta línea y a fin de conocer la manera en que se evalúa la práctica de los enfermeros asistenciales dentro de la organización sujeto de estudio, se indagó a los informantes clave obteniéndose la siguiente respuesta:

“En la actividad, si es colaborador, si es predispuesto. Su actitud. En las técnicas la calidad de atención. Por ejemplo, yo los observo en el office, cuando están preparando la medicación, pero siempre disimuladamente mientras charlo. No se hacen evaluaciones por escrito. Hubieron formularios para evaluar pero se dejaron de usar” (I.C. 2014).

El análisis de las expresiones anteriores y su articulación con las notas de campo elaboradas, traslucen un sistema de evaluación que podríamos llamar *en proceso*⁴⁰; sin embargo aquí, no nos referimos específicamente a la aplicación directa de técnicas y procedimientos, sino a un sistema de evaluación visual que prioriza las características personales (predisposición, prolijidad, disciplina) y la calidad de atención que se ofrece a los usuarios de servicios de salud, y que se refleja no solo en la satisfacción de estos últimos en relación a los cuidados brindados por las unidades de análisis, sino también en la convivencia armónica con los compañeros de trabajo, a la ausencia de quejas por parte de los demás profesionales que conforman el equipo interdisciplinario, al orden que mantiene dentro de su servicio laboral y también a la calidad de los registros de enfermería que elabora en la historia clínica.

Estas técnicas de examen favorecen la articulación del poder y el saber por imponer un principio de visibilidad obligatorio que coloca a los sujetos en un campo de vigilancia y los sitúa en un red de miradas controladas, de escritura, de un sistema de registros (historia clínica) y/o una acumulación documental con métodos de identificación, señalización y descripción específicas que logra la constitución de sujetos como objetos descriptibles y analizables conservados bajo la mirada permanente del saber,

⁴⁰ o dicho de otra manera, una evaluación que se realiza mediante la observación de la práctica profesional de cada trabajador mientras la lleva a cabo

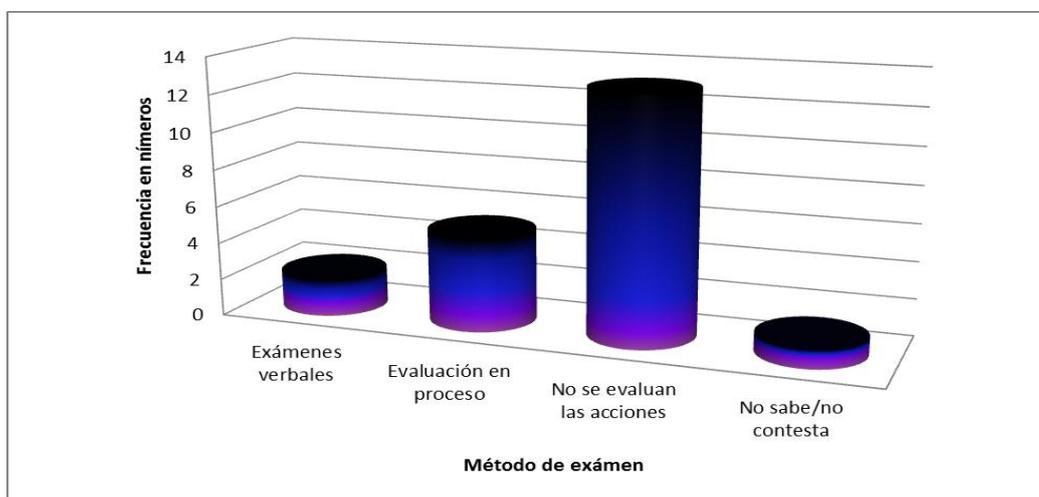
estableciendo no solo sus rasgos, aptitudes y capacidades singulares, sino también un sistema comparativo que permite la descripción de grupos, la caracterización de hechos colectivos, la estimación de desviaciones de unos individuos en relación a otros y su distribución desde la población que lo contiene, individualizando a cada sujeto y permitiendo que se constituya en objeto de conocimiento y presa del poder, favoreciendo tanto su descripción, medición y comparación como exclusión, sanción, clasificación y normalización.

Sin embargo, estas afirmaciones entran en discordancia con aquellas presentadas en apartados anteriores donde se sostenía una actuación flexible del supervisor de enfermería como dispositivo de poder, obligando a repesar esa premisa. Ya que si bien, durante las instancias de observación no participante realizada, solamente se pudo corroborar el control de la práctica desde el cumplimiento de actividades rutinarias registradas en la historia clínica, se debe tener en cuenta que ésta también es una forma de examinar la actividad de los trabajadores ya que sus registros contienen datos de identificación personal (firma, sello) que permiten conocer quien desarrolla las actividades pautadas y cuál es el tiempo utilizado para ello, hecho que favorece la clasificación de los sujetos de acuerdo a la rapidez en su desempeño y su calificación por ausencia de quejas o eventos de mala praxis profesional.

Además y de acuerdo a los datos recabados, las formas de evaluación institucional están basadas en otros parámetros. Así, el hecho de que el supervisor no acompañe al enfermero hasta la habitación del usuario para fiscalizar la realización de procedimientos, no quiere decir que no esté controlando su desempeño, sino que los hace indirectamente y utilizando otros medios, pero esperando producir en los trabajadores el efecto consciente de estar siendo permanentemente vigilados.

Sin embargo, este sistema poco definido de evaluación genera en las unidades de análisis diferentes opiniones al respecto, las mismas son resumidas en el siguiente gráfico:

Gráfico VI: Método de examen aplicado a la práctica de los profesionales de enfermería. Según elección de los enfermeros asistenciales. Sanatorio "Camino Complejidad Médica". Posadas, Misiones. Año 2014



Fuente: elaboración propia

Se puede notar aquí que un 62 % de los encuestados considera que no se realiza evaluación de las actividades. Esto puede deberse a la manera sutil en que se aplican los procesos de evaluación, ya que se alejan de aquellos tipo de exámenes aplicados en las escuelas de formación profesional (escrito, verbal) para ir más lejos, analizando los saberes teórico-prácticos desde una visión más amplia, por medio de la concatenación de un sinnúmero de dispositivos que generan una visión más acabada del desempeño profesional de los trabajadores.

Por otra parte, un 24% considera que se aplica la evaluación en proceso a la cual ya había hecho referencia el informante clave. Esta situación puede significar que algunas de las unidades de análisis están más pendientes de las actividades y desempeño laboral de los supervisores de enfermería, lo cual les permite identificar el sistema de evaluación sutil que aplica. De acuerdo a Foucault (2006) el poder disciplinario hace posible esta situación, ya que se manifiesta por un juego ininterrumpido de miradas calculadas a partir de diferentes sujetos y en todos los sentidos, que tejen una constante red de supervisión desarrollando una especie de óptica del poder. Esto trasladado a la realidad que nos convoca significa que los supervisores controlan y evalúan pero a su vez, sufren las mismas acciones desde sus subordinados quienes observan constantemente las acciones identificando los diferentes momentos de la relación profesional.

Por otra parte, un 9% hace mención a evaluaciones verbales, pero las mismas no han sido constatadas desde la observación, mientras que un 2% escogió la opción no sabe/no contesta por no encontrarse seguro de si sus acciones eran examinadas o no, ambos hechos reafirman la aplicación sutil del dispositivo haciendo casi imperceptible su manera real de aplicación.

De esta manera, el examen constituye una modalidad de poder que permite la fijación de las diferencias individuales, teniendo en cuenta la propia singularidad del individuo y transformándolo en objeto y efecto del saber y del poder, ya que garantiza la máxima extracción de fuerzas y tiempo y la composición óptima de aptitudes que contribuyan a lograr los objetivos de la organización.

Pero, la aplicación de las técnicas disciplinarias puede desencadenar consecuencias tanto para la organización como para los trabajadores, generando actitudes que interrumpen la homeostasis del sistema. El abordaje de las mismas se propone desde la cuarta dimensión de estructura propuesta para la matriz sub-unitaria, cuyo fin será conocer si la aplicación de las técnicas trabajadas en este apartado logra el disciplinamiento de las unidades de análisis. Para ello y en primer lugar se indagó a los informantes clave, obteniéndose las siguientes respuestas:

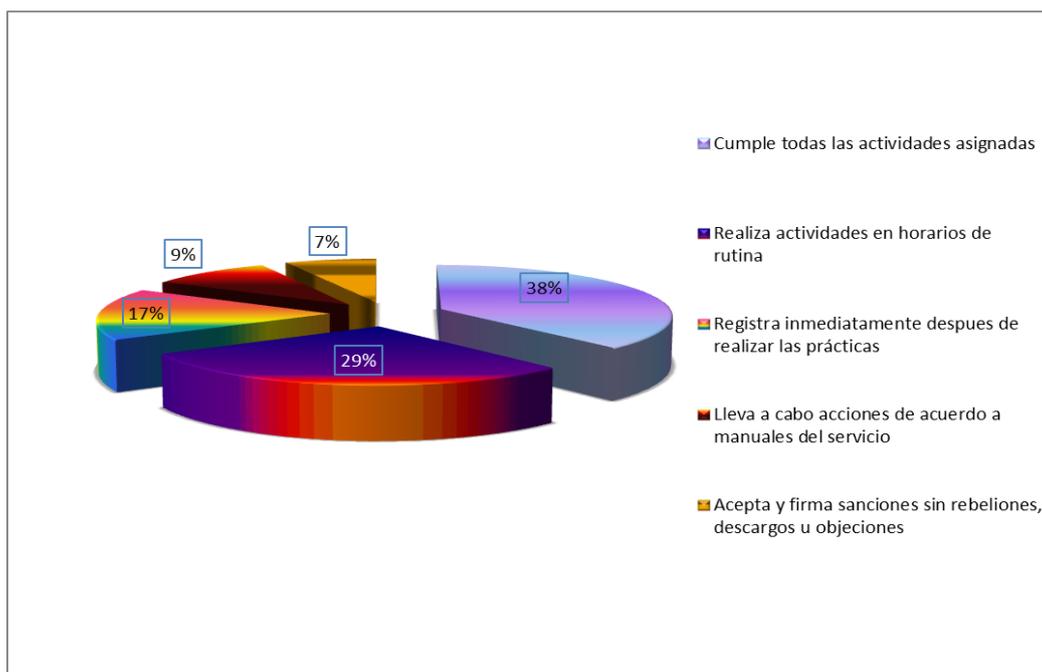
“Enfermería en general sí, son todos muy disciplinados. Tienen buena actitud, vienen presentables, son educados, llegan a horario, trabajan bien. Aunque, en realidad la gente más nueva es más disciplinada, los más antiguos tienen incorporadas cuestiones que son difíciles de erradicar y que a esta altura forman parte como de la cultura institucional, pero bueno, algunas cosas vamos a ir modificando de a poco”. (I.C. 2014)

Esta expresión denota la presencia institucional de trabajadores altamente disciplinados a los ojos de los informantes clave. De acuerdo a Foucault (2006) la disciplina se logra al garantizar la sujeción constante de las fuerzas mediante la aplicación de un conjunto de métodos que producen cuerpos dóciles, atrapados bajo redes de poder que lo exploran, desarticulan y recomponen actuando sobre ellos a manera de lograr que hagan lo que la organización desea, según las técnicas, la rapidez y la eficacia que se determina.

No obstante y para verificar esta consecuencia de la aplicación de los dispositivos de poder-saber en las unidades de análisis, en la encuesta aplicada se examinó cual era el grado de cumplimiento de las actividades más habituales dentro de la organización. En

esta pregunta se le brindaban múltiples opciones y los encuestados debía señalar cuál o cuáles eran las actividades que llevaban a cabo con más frecuencia durante su horario de trabajo, el análisis de los datos arrojó el siguiente gráfico:

Gráfico VII: Cumplimiento de las actividades laborales según elección de los enfermeros asistenciales. Sanatorio "Camino Complejidad Médica". Posadas, Misiones. Año 2014



Fuente: elaboración propia

El gráfico genera la hipótesis de que las unidades de análisis no son tan disciplinadas como lo refiere el informante clave, sin embargo los datos de la observación señalan que muchas de las actividades presentadas no pueden ser cumplidas debido a la dinámica propia de los servicios. En este sentido, solamente un 38 % de ellas cumple con todas actividades asignadas por los jefes de servicio, mientras que un porcentaje aún menos (29%) indica que realiza las actividades planificadas en las planillas de rutina exactamente en los horarios establecidos.

De acuerdo a los datos de la observación no participante realizada en varias oportunidades los supervisores solicitan verbalmente a las unidades de análisis, la realización de actividades en carácter de urgente y solo en pocas ocasiones se pudo constatar el cumplimiento inmediato del pedido. Fueron varios los casos donde las

unidades de análisis escuchan atentamente al supervisor pero realizan las actividades cuando consideran oportuno o bien, cuando terminan de realizar alguna otra tarea. Esto podría interpretarse como acciones de rebeldía hacia la autoridad, pero si tenemos en cuenta que se trata de servicios de salud donde se prioriza la atención a los sujetos, esta noción pierde relevancia, quedando como relevante el hecho de que en algún momento de la guardia laboral la actividad es llevada a cabo.

Así también y en relación a la realización de tareas rutinarias, los profesionales de enfermería establecen un rango de prioridades antes de llevarlas a cabo, ya que los horarios de medicaciones son similares para la mayoría de los usuarios de servicios y hay quienes se encuentran en condiciones de salud más frágiles y requieren atención urgente, por lo cual estarán primero en la lista. El resto de los usuarios es atendido posteriormente con mucha dedicación pero sin tener tanto en cuenta el horario establecido. Esto se relaciona al pequeño porcentaje de enfermeros (17%) que señalaron el registro inmediato en la historia clínica de aquellas actividades realizadas sobre los usuarios de servicio. Ya que en el día a día los profesionales de enfermería primero llevan a cabo todas las actividades asignadas a todos los usuarios de servicios y una vez culminadas, se dirigen al office de enfermería a realizar los mencionados registros.

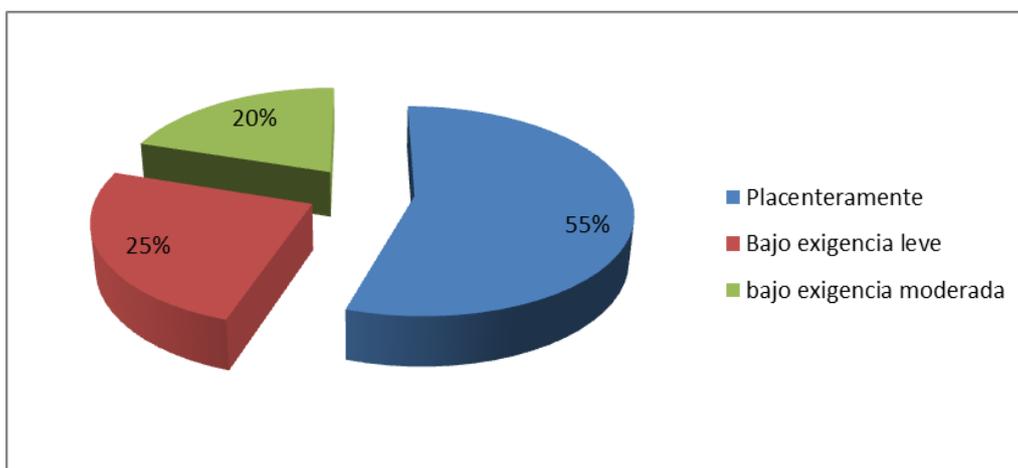
Es de notar que un 9% refiere llevar a cabo acciones de acuerdo a los manuales de servicio, esto llama la atención al recordar que de acuerdo a lo analizado en apartados anteriores, los servicios no cuentan con manual de técnicas y procedimientos, situación que deriva en considerar a esta respuesta poco confiable. Por otra parte, solamente un 7 % señala que firma sanciones sin rebeliones, descargos u objeciones, situación que no significa justamente insubordinación o falta de disciplina, sino que es un efecto del poder sobre las personas libres, quienes pueden resistirse a la aplicación del mismo mediante acciones que permitan, en este caso, expresar su punto de vista en relación a la sanción que se le aplica.

En este sentido, las relaciones de poder que se producen en la práctica presentan puntos de enfrentamiento e inestabilidad que pueden generar conflictos, luchas y riesgos de inversión (por lo menos transitoria) de las relaciones de fuerza, pero, la organización reticular que establece el poder produce en los sujetos todo un campo de respuestas, reacciones y efectos que los constituyen como tales, generando valores morales a expensas de valores jurídicos, cargando peso moral a los procedimientos y brindándole

una categoría ética. Es decir, que tanto el poder-saber cómo la aplicación de dispositivos de disciplinamiento moldea a los sujetos y los encorsetan bajo sus dictámenes logrando cuerpos dóciles que actúan de acuerdo a los parámetros establecidos desde la sociedad o la organización que los cobija.

Al análisis realizado podemos articular otros datos relevados desde las encuestas donde se indagaba la opinión de las unidades de análisis respecto al nivel de exigencia al que se encontraba sometido dentro de la organización y que han dado lugar al siguiente gráfico:

Gráfico VIII: Nivel de exigencia laboral según la elección de los enfermeros asistenciales. Sanatorio "Camino Complejidad Médica". Posadas, Misiones. Año 2014



Fuente: elaboración propia

El análisis articulado de ambos datos hace notar que pese a los pequeños desvíos en la aplicación de los dispositivos de poder que hemos analizado a lo largo de este trabajo, el personal de enfermería es sumamente disciplinado. Ya que hemos demostrado que su práctica se encuentra regulada tan imperceptiblemente por diferentes dispositivos de poder que el cumplimiento de sus parámetros no se transforma en una obligación o algo impuesto desde las estamentos superiores, sino que se incorpora a su accionar desencadenando acciones autónomas y en equilibrio a las normativas institucionales que se aplican, conclusión a la que arriba a partir del gráfico presentado donde el 55% de los encuestados considera que el nivel de exigencia que le es aplicado permite un desempeño placentero de sus funciones y el otro 50% considera que sus actividades se realizan con un nivel de exigencia moderados y/o bajo. Si bien, esta poca exigencia o

flexibilidad en la aplicación de técnicas disciplinarias podría desencadenar insubordinaciones o rebeldías, para los enfermeros profesionales del Sanatorio “Camino Complejidad Médica” hipotéticamente puede significar un desempeño autónomo y confiable de sus labores profesionales.

De esta manera y en los distintos niveles de análisis realizados durante el desarrollo de este capítulo, se pueden comprobar las redes que teje el poder para encorsetar a los trabajadores bajo sus dictámenes y la resistencia de estos hacia dicho ejercicio. Sin embargo y aunque muchos lineamientos nacidos de los dispositivos de poder analizados no están explícitamente normalizados, se puede notar cómo se instituyen a través del uso y la costumbre o la aceptación pasiva por parte de aquel que ostenta un cargo de mayor jerarquía.

Reflexiones Finales:

La identificación de los dispositivos de poder-saber que regulan la práctica de enfermería dentro del sanatorio “Camino Complejidad Médica” de la Ciudad de Posadas, Misiones durante el año 2014, fue factible por medio de la aplicación de la perspectiva que plantea Michel Foucault a la realidad sujeto de análisis.

De esta manera se pudo corroborar que efectivamente el campo de actuación profesional enfermero se encuentra atravesado por dispositivos de poder que disciplinan sutilmente sus prácticas. Estos dispositivos se entifican como instrumentos efectivos que regulan la actuación profesional de las unidades de análisis estudiadas, es así que los métodos de observación (cámaras de seguridad, supervisión constante), los procedimientos de actuación (planilla de rutinas, manuales de técnicas y procedimientos) y los estatutos institucionales (reglamentos, CCT) se evidenciaron como no perceptibles por el personal de enfermería y están incorporados a su práctica cotidiana, encubriendo las fuertes relaciones de poder que ellas encierran y cuya aplicación requiere formas, organización y un funcionamiento en cadena.

Los dispositivos de poder-saber que se aplican en la práctica de la enfermería dentro de la organización presentan, en general, una discrepancia entre lo que plasma el instrumento y la forma en que es aplicado. De esta manera y retomando el análisis institucional, podemos decir que se forja en un esquema de organigrama lineal cuya disposición jerárquica que se inicia con un Director Ejecutivo del cual dependen las Gerencias Administrativa y Asistencial respectivamente, pero a partir de allí ya no se presentan elementos jerárquicos sino que se encuentran los diferentes sectores laborales tanto administrativos como médico-asistenciales. Este desvío hace difícil apreciar el cuadro global de la organización debido a que posee una marcada ausencia de los niveles jerárquicos y de las relaciones de superioridad o subordinación que en ella se presentan, como así también la identificación de sus unidades componentes, las relaciones de autoridad y la comunicación entre las mismas. Sin embargo y, desde la triangulación de métodos de recolección de datos realizado, se pudo corroborar un esquema naturalizado en la práctica diaria de los trabajadores de las escalas jerárquicas media y superior, diferente al plasmado en el organigrama que se presentó en el documento, el cual presenta una distribución más definida de las escalas de autoridad

haciendo notar las relaciones de subordinación y mando entre cada escalafón. Pero a pesar de ello, en la práctica y a los ojos de las unidades de análisis esta estructura no está clara, ya que las líneas de comunicación y jerarquías no son tomadas en cuenta por los mismos integrantes de la organización, desencadenando superposición de funciones y las fallas en los canales formales de comunicación, situación que se trasluce en la comunicación de órdenes y pedidos de informes solicitada por cualquier miembro de los escalafones medio y superior sin respetar los canales de comunicación jerárquica.

Por otra parte y en relación al reglamento interno institucional su formulación se articula con las leyes y convenios normativos que rigen para la regulación de las actividades dentro del sanatorio y que influyen en la elaboración de los mismos. Esta coyuntura favorece a la organización, ya que le brinda el marco legal que servirá de apoyo por si se presentaren problemas del tipo jurídicos. Un elemento clave para la correcta aplicación de este dispositivo, es la socialización con los demás miembros que integran la organización, hecho que relatado por el informante clave. Sin embargo, las unidades de análisis presentan un leve desconocimiento de este dispositivo, ya que si bien, lo identifican como un instrumento de regulación institucional, no conocen cabalmente sus lineamientos, ya que no sólo expresaron no conocer el dispositivo, sino que su aplicación no se hizo evidente a partir del análisis de tres dimensiones del mismo: 1- utilización del uniforme institucional, 2- la permanencia en las áreas laborales estipuladas, y 3-la permanencia dentro de la organización durante todo el horario laboral. A partir de ellas se pudo constatar que solamente la última dimensión es totalmente cumplida mientras que las demás presentaron variaciones que no eran exclusivas de un área en particular, sino que se fueron dando en los diferentes sectores con una cierta regularidad que conduce a pensar en que se trata más de costumbres institucionales que a rebeldías sobre la norma. Sin embargo, las trasgresiones detectadas no presentaron consecuencias graves para las unidades de análisis, ya que mencionaron que solo en ocasiones recibían algún llamado de atención verbal pero que habitualmente no pasaba nada, hecho que hace notar una cierta flexibilidad sobre la aplicación del dispositivo de poder sujeto de análisis, lo cual puede actuar generando círculo vicioso de trasgresión-aceptación que puede devenir en cultura institucional.

El análisis del Convenio Colectivo de Trabajo (CCT), también denotó un leve desconocimiento de las unidades de análisis en relación a los dispositivos de regulación institucional que son aplicados, ya que no supieron contestar bajo qué convenio se regía

la organización, este hecho y la intención de conocer si no se están trasgrediendo institucionalmente los pilares del citado dispositivo, llevó a indagar sobre cinco de las dimensiones más significativas para la práctica de enfermería 1- el monto del salario básico aportado por la empresa a su categoría profesional; 2- la posibilidad de goce de adicionales sobre el sueldo, 3- la duración de la jornada laboral; 4- los períodos de descanso y, 5- Tiempo de Licencia Anual Reglamentaria (L.A.R) según Antigüedad. Encontrándose que solamente se presentaba un desvío en relación a la duración de la jornada laboral para algunas áreas de desempeño, sin embargo esta situación no genera rebeldía en los trabajadores por ser una práctica naturalizada dentro de la organización. Esto hace que los lineamientos del CCT se cumplan casi en su totalidad permitiendo una correcta regulación de la práctica laboral.

En relación a los dispositivos que regulan la actividad laboral se pudo constatar la presencia de una gran variedad de dispositivos de control como las cámaras de seguridad distribuidas por toda la organización y oficiales de seguridad que observan los movimientos institucionales las 24 horas del día y todos los días del año; el reloj de asistencia cuyo registro es volcado a una planilla electrónica controlada mensualmente por el supervisor de enfermería que, en caso de constatar ausencias está autorizado a aplicar medidas disciplinarias a los trasgresores y también, la estructura edilicia que contribuye a la formación del espacio disciplinario por permitir la división por zonas, uno de los pilares planteados por Michel Foucault como técnica disciplinaria efectiva para lograr la mayor productividad de los trabajadores.

Sin embargo dentro de los servicios de enfermería, los dispositivos de control no son tan rigurosos, ya que solamente se pudo constatar la presencia de una planilla de turnos rutinarios y de supervisores como dispositivos de disciplinamiento. Sin embargo, las instancias de control de la actividad son escasas y muy flexibles, ya que las medidas de sanción normalizadora aplicadas son en su mayoría verbales y sus causas alejadas de la práctica profesional directa de las unidades de análisis, destacándose entre las más mencionadas el incumplimiento de los horarios de rutina, los ingresos fuera de horario laboral y las quejas de los usuarios de servicio.

En cuanto al examen como dispositivo que busca calificar y clasificar a los trabajadores podemos decir que dentro de la organización sujeto de análisis, se trasluce un sistema de evaluación aplicado durante la práctica profesional de los trabajadores y más

relacionada a las características personales (predisposición, prolijidad, disciplina) y la calidad de atención que se ofrece a los usuarios de servicios de salud. Cuyos indicadores nacen a partir de la ausencia de quejas, la convivencia armónica con los compañeros de trabajo e integrantes del equipo interdisciplinario, el orden de su lugar de trabajo, los registros de historia clínica completos, la ausencia de mala praxis, entre otros.

Sin embargo, esta forma de evaluación no es percibida por la mayoría de las unidades de análisis quienes consideran que no aplica esta técnica disciplinaria dentro de la organización, mientras que otros afirman que la evaluación se realiza en proceso, tal cual lo mencionaron los informantes clave. Ambas situaciones pueden deberse a la manera sutil en que se aplican los procesos de evaluación, alejados de la normalidad académica (exámenes escritos, orales) para lograr una visión más amplia de los saberes de las unidades de análisis a partir de otros dispositivos como ser los registros de la historia clínica donde figuran los datos de identificación y también el cumplimiento de las actividades asignadas.

Pese a todo lo ante dicho, los informantes clave consideran a sus trabajadores como sujetos muy disciplinados, lo cual se hizo evidente desde los datos de las encuestas a las unidades de análisis donde presentaban un alto índice de cumplimiento de actividades, que si bien, no se realizaban específicamente en los horarios establecidos o de la manera solicitada, se cumplían antes de finalizar el turno laboral.

De esta manera, el trabajo realizado hace notar que a pesar de los pequeños desvíos evidenciados en la aplicación de los dispositivos de poder-saber, dentro del Sanatorio “Camino Complejidad Médica” la aplicación de los mismos logra una regular la práctica profesional de enfermería, convirtiéndolos en sujetos disciplinados que se desempeñan placenteramente dentro de la organización desarrollando las actividades de manera autónoma y en equilibrio con las normativas institucionales que se aplican. Siguiendo a Michel Foucault (2001) y teniendo en cuenta los aspectos analizados, podemos considerar a la organización en estudio como una sociedad de normalización, donde se cruzan y articulan las normas de disciplina y las de regulación, logrando afirmar organizar, gestionar y administrar la vida, valiéndose de diferentes dispositivos, estrategias y técnicas recubiertas por el saber, el poder, la norma y la verdad.

Finalmente y de acuerdo a todo lo mencionado podemos sostener que la hipótesis planteada al inicio de este trabajo de investigación ha sido corroborada. Ya que el

campo de actuación profesional de enfermería está atravesado por una red de dispositivos de poder que disciplinan sus prácticas, emergiendo como instrumentos efectivos de regulación que se naturalizan en la práctica de estos profesionales pasando desapercibidos como dispositivos de poder y encubriendo a su vez, las fuertes relaciones de poder que ellas encierran.

Sin embargo, estos dispositivos están más dirigidos al cumplimiento de normas y reglamentos institucionales que a la regulación de la práctica directa del accionar de enfermería, alejándose de su objeto disciplinar que es el cuidado humano. Esto es especialmente importante, si tenemos en cuenta que los dispositivos de poder orientados a la profesión, deberían estar centrados en la construcción de la calidad de ese objeto disciplinar tendiente a lograr la satisfacción de los usuarios y contribuir a mejorar la calidad de vida y salud de los mismos, para con ello satisfacer a su vez, los objetivos de la organización.

Referencias bibliográficas:

- Abal Medina, P. (2007). *Dispositivos de Poder en las Empresas: Un estudio de la relación Capital-Trabajo en las grandes cadenas de Supermercados*. Ceil Piette-CONICET. Recuperado de <http://www.ceil-conicet.gov.ar/wp-content/uploads/2013/07/ii19abalmedina.pdf>
- Abeledo, A. (2010). *Salud Privada: Obras social y medicina prepaga en la Argentina*. Diario Clarin (online). Recuperado de http://www.ieco.clarin.com/empresas/Salud-privada-sociales-medicina-Argentina_0_296370635.html
- Acuña, C., Y Chudnovsky, M. (2002). *El Sistema de Salud en Argentina*. La Biblioteca Buenos Aires Ciudad. Recuperado de <http://www.bibleduc.gov.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/salud.pdf>
- Aguilera Portales, R. E. (2010). *Biopolitica, poder y sujeto en Michel Foucault*. Universitas. Revista de Filosofía, Derecho y Política. Recuperado de: <http://universitas.idhbc.es/n11/11-03.pdf>
- Álvarez, H. F. (2007). Principios de Administración. Córdoba. EUDECOR
- Ávila Fuenmayor, F. y. (2010). *El concepto de Biopolitica en Michel Foucault*. Revista de Filosofía "A parte Rei". Recuperado de <http://serbal.pntic.mec.es/AParteRei/avila69.pdf>
- Ávila-Fuenmayor, F. (Septiembre de 2007). *El concepto de Poder en Michel Foucault*. Revista A Parte Rei. Recuperado de <http://serbal.pntic.mec.es/~cmunoz11/avila53.pdf>
- Asociación de la Sanidad Argentina (2014). *Leyes, asignaciones y convenios*. Buenos aires. Argentina. Recuperado de <http://www.atsa.org.ar/Leyes/Main.html>
- Baldera Pedrero, M. d. (2009). *Administración de los Servicios de Enfermería. 5ª Edición*. México: Mc Graw-Hill Interamericana Editores, S.A.
- Balderas Pedrero, M. d. (2012). *Administración de los Servicios de Enfermería*. México: McGRAW-HILL interamericana Editores.
- Barriga, S. (1979). *El Análisis Institucional y la Institución del Poder*. Comunicación leída en la tercera semana de psicología. Universidad autónoma de Barcelona Recuperado: <file:///C:/Users/box5/Desktop/Dispositivos%20Institucionales/200610-268250-1-PB.pdf>
- Bellò, M., & Becerril- Montekio, V. (2011). *Sistemas de Salud en Argentina*. Revista Salud Pública en México. Recuperado de http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo_e4.php?id=002612

Calderon, G., & Nuñez, M. J. (2011). *¿Qué es el poder según Foucault?* Ensayo sobre Michel Foucault y el poder. Recuperado de <http://www.slideshare.net/amisfitgirl/ensayo-sobre-michel-foucault-y-el-poder>

Carpenito, L. J. (2002). *Diagnósticos de Enfermería. Aplicaciones a la práctica clínica*. (9 ed. ed.). Madrid: McGraw-Hill Interamericana.

Castro, E. (2004). *El Vocabulario de Michel Foucault. Un recorrido alfabético por sus temas, conceptos y autores*. Recuperado el Septiembre de 2013, de Universidad Nacional de Quilmes: <http://es.scribd.com/doc/11414155/Castro-Edgardo-El-Vocabulario-de-Mfoucault>

Castro, E. (2006). *Michel Foucault: sujeto e historia*. Tópicos. Revista online. N° 14: Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1666-485X2006000100008&script=sci_arttext

Chaux Mayorga, C. E. (2006). *Una mirada a las relaciones de poder en las organizaciones desde una perspectiva compleja*. Universidad Nacional de Colombia. Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/1229/1/carmenelisachauxmayorga.pdf>

Colo de Isasi, O., Fernández, M., D'elia, M., Castessana, M. J., Gonzales, A., & Godoy, D. (2012). *Organización del Sistema de Salud en la Argentina*. Cuaderno de Autoformación para trabajadores de la Salud. Recuperado de http://contenidosdigitales.ulp.edu.ar/exe/educacion_salud/Cuaderno_de_Auto_Formacion_para_Trabajadores_de_la_salud.pdf

Cortés, C. (2014). *El Reglamento Interno*. El postal de la Seguridad, la prevención y la salud en Chile. Recuperado de http://www.paritarios.cl/actualidad_reglamento_interno.htm

De Almeida Lopes Monteiro da Cruz, D., Andrucio de Mattos Pimenta, C., Vita Pedrosa, M. F., Fernandes da Costa Lima, A., & Rapone Gaidzinski, R. (2009). *Percepção de poder de enfermeiras frente ao seu papel clínico*. Revista Latinoamericana Enfermagem. Revista Latino-Am. Enfermagem vol.17 N°2 Ribeirão Preto. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692009000200015&script=sci_arttext&tlng=pt

Deleuze, G. (1990). *¿Qué es un dispositivo?* En B. Gots, E. Balbier, H. Dreyfus, M. Frank, & A. Glucksmann, *Michel Foucault, Filósofo*. (págs. 155-163). España: Guedisa.

Díaz, E. (2010). *Biopolítica y Ética*. (H. Potel, Ed.) Buenos Aires. Recuperado de <http://www.estherdiaz.com.ar/textos/biopolitica.htm>

Díaz, E. (2010). *La Filosofía de Michel Foucault* (4ta. Edición ed.). Buenos Aires, Argentina: Biblos.

Díaz, S. (2011). *El Biopoder de la biotecnología o biotecnopoder. Aportes para una Bio(s)estética*. Revista Ludus Vitalis. Vol XIX. N° 36. pp 193-211 Recuperado de: http://www.ludusvitalis.org/textos/36/36-09_diaz.pdf

Drever, A. (1991). *Epidemiología y Administración de los servicios de salud*. Organización Panamericana de la Salud.

Dreyfus, H., & Rabinow, P. y. (1984). *¿Cómo se ejerce el poder?* Rev. Un Parcours Philosophique. Recuperado de <http://www.unizar.es/deproyecto/programas/docusocjur/FoucaultPoder.pdf>

Drolas, A., Montes Cató, J., & Pichetti, V. (2005). *Las relaciones de Poder en los espacios de trabajo*. Ponencia presentada en XXV Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología.

Escolar, C. (2004). *Pensar en/con Foucault*. Revista Cinta de Moebius 20: Recuperado de <http://www.facso.uchile.cl/publicaciones/moebio/20/escolar.htm>

Española, R. A. (2001). *Diccionario de la lengua española* (Vol. I). Argentina: Planeta.

Foucault, M. (1980). *La Microfísica del Poder* (Segunda Edición ed.). (J. Varela, & F. Alvarez-Uría, Edits.) Madrid, España: La Piqueta.

Foucault, M. (1988). *Las palabras y las cosas: Una arqueología de las ciencias Humanas*. Siglo XXI Editores. Argentina.

Foucault, M. (1988). *El Sujeto y El Poder*. Recuperado el 10 de Diciembre de 2013, de Revista Mexicana de Sociología. Vol. 50; N° 3. Recuperado de <http://links.jstor.org/sici?sici=0188-2503%28198807%2F09%2950%3A3%3C3%3AESYEP%3E2.0.CO%3B2-A>

Foucault, M. (1991). *Saber y Verdad*. (J. Varela, & F. Alvarez-Uría, Edits.) Madrid, España: La Piqueta.

Foucault, M. (1996). *El orden del discurso* (1° edición ed., Vol. N°31). (J. Varela, F. Alvarez-Uría, Edits., & A. González Troyano, Trad.) Madrid, España: La Piqueta.

Foucault, M. (1998). *La Historia de la Sexualidad: La voluntad de Saber* (25 ed.). (U. Guñazú, Trad.) Madrid., España: Siglo XXI.

Foucault, M. (2006). *Vigilar y Castigar. Nacimiento de la prisión* (5ta reimpresión ed.). Buenos Aires, Argentina: Siglo Veintiuno editores.

Foucault, M., (2001). *Defender la sociedad. Curso en el Collage de France (1975-1976)*, Bs. As, pp. 217-238. Recuperado de <http://www.catedras.fsoc.uba.ar/heler/marzo%20de%201976.htm>

Galarraga Rodríguez, N. (2005). *Visión sobre las relaciones de poder enmarcadas dentro de una experiencia docente en la Universidad Central de Venezuela*. Acta

odontologica Venezolana. Recuperado de http://www.actaodontologica.com/ediciones/2006/2/poder_experiencia_docente.asp

Gallagher, S. (2004). Un Intercambio de Miradas. En J. Kincheloe, S. Steimberg, & L. Villaverde, *Repensar la Inteligencia* (págs. 74-84). Madrid, España: Morata S.L.

García Fanlo, L. (2011). *¿Qué es un dispositivo?: Foucault, Deleuze, Agamben*. A Parte Rei. Revista de Filosofía. Recuperado de <http://serbal.pntic.mec.es/~cmunoz11/fanlo74.pdf>

García-Tenorio Ronda, J., García Merino, M. T., Sanchez Quirós, I., & Santos Alvarez, M. V. (2006). *Organización y dirección de empresas*. Madrid: Thomson.

Garzón Espinosa, A. (Junio de 2010). *El Neoliberalismo, Características y Efectos*. Pijus Economicus. Recuperado de <http://www.agarzon.net/el-neoliberalismo-caracteristicas-y-efectos/>

Gérvas, J., & Pérez Fernández, M. (2011). *Prestación de servicios sanitarios: qué, quién, cuándo y dónde*. Recuperado el Agosto de 2014, de La refundación de la atención primaria. : <http://equipocesca.org/new/wp-content/uploads/2011/12/Qu%C3%A9-qui%C3%A9n-cu%C3%A1ndo-d%C3%B3nde-diciembre-2011.doc.pdf>

Gil, M. (2009). *Poder, verdad y normalidad: genealogía del hombre moderno a través de la lectura de M. Foucault*. Cuaderno de Materiales. Revista de Filosofía. Recuperado de: http://www.filosofia.net/materiales/articulos/a_28.html#firma

Godoy Arcaya, O. (1990). *Analítica del Poder: en torno a Michel Foucault*. Estudios Públicos. Ensayo. Recuperado de http://www.cepchile.cl/dms/archivo_1047_1443/.

Hernández Delgado, R. (2013). *La positividad de poder: la normalización y la norma*. Rev. Teoría y Crítica de la Psicología 3. Recuperado de <http://teocripsi.com/documents/3HERNANDEZ.pdf>

Irigibel-Uriz, X. (2008). *Enfermería disciplinada, poder pastoral y racionalidad medicalizadora*. Index Enferm (online), 17(4), 276-279. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000200024

Jacquier, N. M., Dos Santos, L., & Wolhein, L. y. Martinez, R. (2011). *Introducción a la Enfermería Comunitaria: una contribución a la salud colectiva*. Posadas, Argentina: Editorial.

Jimenez, A. (2012). *Michael Foucault. Los medios del Buen encauzamiento*. Recuperado de <http://prezi.com/unskqz-wbhmw/michael-foucault/>

Kanter, R. M. (1979). *El poder en la Organización*. Harvard Bussines Review. Recuperado de <http://www.derevistas.com/contenido/articulo.php?art=2522>

López, S. (2006). *El Sistema de Salud Argentino*. Material para la materia Medicina Social. Facultad de Trabajo Social. Universidad Nacional de La Plata. Recuperado de: http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/lopez_el_sistema_de_salud_argentino.%20El%20sistema%20de%20salud%20Argentino.pdf

Lugo Vazquéz, M. (2002). *Saber y Poder: Una relación compleja*. (B. U. México, Ed.) La Lámpara de Diógenes: Revista semestral de Filosofía. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84430602>

Martínez Posada, J. E. (2013). *El dispositivo: una grilla de análisis en la visibilización de las Subjetividades*. Rev. Tabula Rasa N° 19 pp 79-99: Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1794-24892013000200004&script=sci_arttext

Montalván Garcés, C. (1999). *Los recursos humanos para la pequeña y mediana empresa*. México: Universidad Iberoamericana.

Moro Abadía, O. (2003). *¿Qué es un dispositivo?* Empiria. Revista de Metodología de las Ciencias Sociales. N° 6. pp 29 a 46. Recuperado de: <http://espacio.uned.es/revistasuned/index.php/empiria/article/viewFile/933/854>

Moro Abadía, O. (2003). *Michel Foucault: De la épistémé al dispositivo*. (V. XLV, Ed.) Revista de Filosofía. Universidad de Costa Rica. Recuperado de <http://inif.ucr.ac.cr/recursos/docs/Revista%20de%20Filosof%C3%ADa%20UCR/Vol.%20XLI/No.%20104/Michael%20Foucault%20de%20la%20episteme%20al%20dispositivo.pdf>

Mulhe, M. (2009). *Sobre la Vitalidad del Poder. Una genealogía de la Biopolítica a partir de Foucault y Canguilhem*. Revista Ciencia Política Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-090X2009000100008&script=sci_arttext&tlng=en

Ovejero Bernal, A., & Pastor Matín, J. (2001). *La Dialéctica Saber/Poder en Michel Foucault: Un instrumento de Reflexión crítica sobre la Escuela*. Aula Abierta N° 77. Recuperado de <http://www.dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/45498.pdf>

Pedro Gómez, J. E., & Moraes Asencio, J. M. (2004). *Las organizaciones ¿Favorecen o dificultan una práctica de la enfermería basada en la evidencia?* Index de Enfermería, 26-31. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962004000100006&script=sci_arttext

Penna, A. (2007). *Los dispositivos como herramienta organizacional. Un instrumento para facilitar el trabajo de las organizaciones*. Recuperado de http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:xw_AcktoKM8J:www.fce.aural.edu.ar/aplic/webSIA/webSIA2004.nsf/6905fd7e3ce10eca03256e0b0056c5b9/3b07b9e25c4ec03303257abd00673e91/%24FILE/Los%2520dispositivos%2520como%2520h

herramienta%20para%20mejorar%20la%20organizacion.pdf+&cd=2&hl=es-419&ct=clnk&gl=ar

Perez Carballo-Veiga, J. F. (2013). *Control de gestión empresarial*. Rev. Texto y Caos, 29-39.

Pérez, A. (2014). *Mentórica. Blog de reflexión Política y Filosófica. Otro mundo es posible*. Recuperado de <http://alejandroperezp.wordpress.com/2014/03/12/poder-soberano-poder-disciplinario-biopoder-y-biopolitica-en-foucault/>

Perrone, N., & Teixidó, L. (2007). *Estado y Salud en la Argentina*. Revista de la Maestría en Salud Pública. Año 5. N° 10. Recuperado de http://msp.rec.uba.ar/revista/docs/010estado_y_salud_arg.pdf

Plebani, V. I. (2003). *El Poder pasa por Nosotros*. Recuperado el 01 de Diciembre de 2013, de Enfermería Global: <http://www.revistas.um.es/eglobal/article/download/625/651>

Potter, P. A., & Perry, A. G. (2001). *Fundamentos de Enfermería*. Barcelona: Elsevier.

Pulleiro, J. P. (2013). *La Salud que enferma*. Instituto de política y economía Siglo 21. Recuperado de <http://ipes21.org/articulos/la-salud-que-enferma>

Restrepo, H. (2001). Agenda para la acción en promoción de Salud. En H. Restrepo, & M. Hernán, *Promoción de la Salud ¿Cómo construir una vida saludable?* Bogotá: Editorial Médica Internacional.

Silva Cândia Velloso, I., Ceci, C., & Alves, M. (2010). *Reflexões sobre relações de poder na prática de enfermagem*. Revista Gaucha de Enfermagem, 31(2), 388-391. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000200026

Taffani, R. (s/r). Dossier Nacional de la Atención Primaria de la Salud y la Integración con otros Niveles de atención República Argentina. *Ministerio de la Salud. Presidencia de la Nación Argentina*. Buenos Aires, Argentina.

Testa, M. (2009). *Pensar en Salud*. Buenos Aires: Lugar Ediciones.

Tobar, F. (2001). *Breve historia de la prestación del Servicio de Salud en la Argentina*. Herramientas para el Análisis del Sector Salud. Rev. Medicina y Sociedad: Recuperado de <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/regionsanitaria6/files/2012/05/MedicinaSanitaria12.pdf>

Tosacano López, D. G. (2008). *Un estudio del biopoder en Michel Foucault*. Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Filosofía. Bogotá: Recuperado de <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/filosofia/tesis38.pdf>.

Anexos

Encuesta Auto-administrada:

Unidades de análisis:

Antigüedad Laboral:

Área o Sector laboral:

Título:

INTRODUCCION:

Usted ha sido seleccionado mediante un proceso de sorteo, para participar de la investigación que dará lugar a una tesis de Maestría. Su participación es vital para recabar datos que permitan conocer cuáles son los dispositivos utilizados por la institución a fin de regular la actividad de enfermería. Cabe destacar que se resguardará su total anonimato y que una vez utilizados (procesados) los datos se procederá a eliminar la fuente.

Instrucciones:

El presente cuestionario presenta preguntas de respuestas múltiples; esto significa que para su respuesta usted podrá seleccionar más de una opción o bien, detallar en el apartado otros (especificar) alguna opción que no esté contemplada en el listado. Deberá marcar con una X la o las opciones que considere correctas dentro del cuadrado.

En caso de no comprender alguna pregunta u opción, tenga a bien consultar con el entrevistador que permanecerá cerca suyo.

Muchas

Gracias.

CUESTIONARIO:

- | | | |
|----|---|--------------------------|
| 1 | Mediante que instrumento considera usted que se organiza el Sanatorio Camino: | |
| a) | Estatutos..... | <input type="checkbox"/> |
| b) | Organigrama Institucional..... | <input type="checkbox"/> |
| c) | Estructura edilicia..... | <input type="checkbox"/> |
| d) | Distribución de funciones..... | <input type="checkbox"/> |
| e) | Normas de organización y Funcionamiento..... | <input type="checkbox"/> |
| f) | Otras (Especificar)..... | <input type="checkbox"/> |
| g) | Todas son correctas..... | <input type="checkbox"/> |
| h) | Ninguna es correcta..... | <input type="checkbox"/> |
| | | |
| 2 | De qué manera considera usted que se controlan las acciones dentro de la Institución? | |
| a) | Control de entrada-Salida (Fichero, cuaderno, reloj)..... | <input type="checkbox"/> |
| b) | Planilla de turnos laborales..... | <input type="checkbox"/> |
| c) | Instrumento donde se establezcan las actividades a realizar durante el turno..... | <input type="checkbox"/> |
| d) | Instrumento de fiscalización continua (supervisores, cámaras de seguridad)..... | <input type="checkbox"/> |
| e) | Otros (especificar)..... | <input type="checkbox"/> |
| f) | Todas son correctas..... | <input type="checkbox"/> |

g) Ninguna es correcta.....

3- Cual de los siguientes convenios colectivos de trabajo se aplica/n dentro en su Institución Laboral?

- a) CCT 122/75.....
- b) CCT 108/75.....
- c) CCT 107.....
- d) CCT 107/75.....
- e) Otros.....
- f) (Especificar).....

4- Considera usted que el salario básico que percibe, ¿se corresponde a lo estipulado por la ley/convenio?

Para Enfermero/a Asistencial	
7,434,00 (Julio 2014)	
8,177,40 (Octubre 2014)	
5.750,00 pesos (Agosto 2013)	
6.300,00 pesos (Dic.2013)	

Otros (especificar).....

5-El sueldo se abona:

- a) En su totalidad, dentro de los primeros 10 días de cada mes.....
- b) En su totalidad entre el día 11 y 20 de cada mes.....
- c) En su totalidad después del día 20 de cada mes.....
- d) Se abona parcialmente los primeros 10 días de cada mes y la diferencia entre el día 11 y 30-31 de cada mes.....
- e) Otros (especificar).....

6- Su jornada laboral diaria dentro de la institución es de:

- a) 4 horas.....
- b) 8 horas.....
- c) 16 horas.....
- d) 24 horas.....
- e) Otros (especificar).....

7- ¿Cuántos horas de descanso (franco) tiene por semana?

- a) 8 horas.....
- b) 16 horas.....
- c) 24 horas.....
- d) Otros (especificar).....

8-Su Licencia Anual Reglamentaria, es de:

- a) 7 días.....
- b) 14 días.....
- c) 21 días.....
- d) 35 días.....
- e) Otros (especificar).....

9- Goza de su Licencia Anual Reglamentaria:

- a) En el período estipulado institucionalmente y en la cantidad de días correspondientes por antigüedad.....
- b) En el periodo estipulado institucionalmente pero con la cantidad de días fraccionados en dos periodos.....
- c) Fuera del periodo estipulado pero con la cantidad de días correspondientes.....
- d) Fuera del periodo estipulado y con los días fraccionados en dos etapas.....
- e) Otros (especificar).....

10-El servicio en el cual se desempeña cuenta con:

- a- Manual de técnicas y procedimientos.....
- b- Planilla de rutinas.....
- c- Memorándums para comunicación de órdenes o disposiciones.....
- d- Reglamentos institucionales.....
- e- Normas de Organización.....
- g-Todas son correctas.....
- h-Ninguna es correcta.....
- i-Otros (especificar).....

11- ¿De qué manera considera usted que el realiza el control de la actividad de Enfermería durante el turno laboral?

- a- Distribución de los enfermeros en diferentes espacios (por sectores).....
- b- Control del empleo del tiempo (Actividades rutinarias).....
- c- Control de elaboración del acto (Supervisión de técnicas y procedimientos de enfermería).....
- d- Control mediante aplicación de sanciones (llamados de atención verbales, escritos, sanciones).....
- e-Otros (especificar).....

12- De qué manera se evalúa su actividad laboral:

- a- Exámenes escritos.....
- b- Exámenes Verbales.....
- c- Evaluación en proceso (Demostración de técnicas y procedimientos).....
- d- No se evalúan las acciones.....

e- Otros (especificar).....

13- Cuales son los métodos de sanción aplicados dentro de la institución:

- a- Llamados de atención verbales.....
- b- Llamados de atención escritos.....
- c- Suspensión de actividades laborales SIN descuentos de haberes salariales.....
- d- Suspensión de actividades laborales CON descuentos de haberes salariales.....
- e-Despidos.....
- f-Todas son correctas.....
- g-En la Institución No se realizan sanciones.....

14- ¿Cuáles de los siguientes pueden ser considerados motivos de sanción (**llamado de atención verbal**)?:

- a- Ingreso o egreso de la Institución fuera del horario estipulado.....
- b- Olvidos u omisiones de las tareas rutinarias.....
- c-No acatar/omitir órdenes de los superiores.....
- d-Inconvenientes en la atención directa a los pacientes (quejas de pacientes, quejas de familiares).....
- e-Conflictos/descuentros laborales interpersonales.....
- f- Errores en la aplicación de técnicas y procedimientos.....
- f-Otros (especificar).....

15- ¿Cuáles de los siguientes pueden ser considerados motivos de sanción (**llamado de atención escrito**)?:

- a-Ingreso o egreso de la Institución fuera del horario estipulado.....
- b- Olvidos u omisiones de las tareas rutinarias.....
- c-No acatar órdenes/omitir de los superiores.....
- d-Inconvenientes en la atención directa a los pacientes (quejas de pacientes, quejas de familiares).....
- e- Conflictos/descuentros laborales interpersonales.....
- f-Errores en la aplicación de técnicas y procedimientos.....
- g-Otros (especificar).....

16- ¿Cuáles de los siguientes pueden ser considerados motivos de sanción (**suspensión de actividades**)?:

- a-Ingreso o egreso de la Institución fuera del horario estipulado.....
- b- Olvidos u omisiones de las tareas rutinarias.....
- c-No acatar órdenes/omitir de los superiores.....
- d-Inconvenientes en la atención directa a los pacientes (quejas de pacientes, quejas de familiares).....
- e- Conflictos/descuentros laborales interpersonales.....
- f-Errores en la aplicación de técnicas y procedimientos.....
- g-Otros (especificar).....

17- En su práctica diaria, usted:

- a- Cumple con todas las actividades asignadas.....
- b- Realiza las actividades en los horarios de rutina.....
- c- Se retrasa más de una hora en la realización de las actividades rutinarias.....
- d- Registra en la Historia clínica del paciente todas las actividades realizadas inmediatamente luego de realizarlas.....
- e- Lleva a cabo acciones de acuerdo al manual de técnicas y procedimientos del servicio.....
- f- Acepta y firma sanciones (llamados de atención, suspensiones) sin rebeliones, descargos u objeciones.....
- g- Otros (especificar).....
- h- Todas son correctas.....
- i- Ninguna es correcta.....

18- Durante su Jornada laboral, usted se desempeña:

- a- Placenteramente.....
- b- Bajo exigencia leve.....
- c- Bajo exigencia moderada.....
- d- Bajo mucha exigencia.....

Muchas gracias por su colaboración.

Entrevista abierta a informantes clave

Función:

Introducción:

Esta entrevista se realiza a fin de recabar datos para conocer cuáles son los dispositivos utilizados por la institución a fin de regular la actividad de enfermería. Su participación es vital para recabar datos que permitan conocer cuáles son los dispositivos utilizados por la institución a fin de regular la actividad de enfermería. Cabe destacar que se resguardará su total anonimato y que una vez utilizados (procesados) los datos se procederá a eliminar la fuente.

Cuestionario:

- 1- ¿Podría usted definir al Sanatorio “Camino Complejidad Médica”?
- 2- ¿Cómo se creó? ¿Depende de alguna entidad?
- 3- ¿Cómo se relaciona esta organización con la mutual/sindicato de camioneros?
- 4- ¿Cómo se organiza jerárquicamente el Sanatorio camino?
- 5- Mediante qué instrumentos se organiza internamente? (organigramas, normas y protocolos internos, reglamentos)
- 6- Cuentan con normas o reglamentos institucionales? Que se estipulan en los mismos?
- 7- Hablando de la profesión de enfermería: ¿de qué manera se regula su actividad?
- 8- Existe alguna ley o convenio? Como se aplica? ¿Qué es lo que regula específicamente? (salarios, licencias);¿Cómo se abonan los salarios del personal de enfermería?
- 9- ¿Presentan algún adicional? ¿Cuál?
- 10- Cuantas horas trabaja cada personal según su área laboral y régimen de contratación?
- 11- Cuantos francos tiene por semana cada trabajador? Como se calculan?
- 12- ¿Cómo se calcula la Licencia anual reglamentaria? Todos gozan de ese privilegio?
- 13- Existe algún instrumento de control de las actividades de enfermería?
- 14- ¿cómo se controla la actividad durante el turno laboral?
- 15- Hay algún instrumento que estipule las actividades que realiza el personal de enfermería?

16- Si el enfermero no cumple las funciones/obligaciones estipuladas, ¿existe algún régimen de sanción? ¿Cuál? Como se aplica y en qué casos?

17- Como se evalúa la actividad del personal de enfermería?

18- Considera usted que el personal a su cargo es disciplinado? Porque?

19- ¿Cómo definirías tu función dentro de la institución?

Muchas Gracias por su colaboración.

Guía de Observación no Participante

Categoría	Dimensiones	Si	No
Instrumento de Organización	Reglamento Interno		
	Estructura Edilicia		
	Distribución de funciones		
	Normas de organización y Funcionamiento		
	Organigrama		
Instrumento de Control	Control de entrada-Salida		
	Planilla de turnos laborales		
	Cuaderno de act. rutinarias		
	Manual de procedimientos		
	Supervisores		
	Cámaras de seguridad		
Cantidad de horas laborales	8 horas		
	16 horas		
	12 horas		
	Otros (.....)		
Dispositivos de organización del servicio de enfermería	Manual de técnicas y Procedimientos		
	Planilla de rutinas		
	Planilla de turnos laborales		

	Normas de organización		
	Libro de actas		
	Otros (.....)		
Dispositivo de control de la actividad de Enfermería	Distribución de los enfermeros en diferentes espacios		
	Control del empleo del tiempo		
	Elaboración del acto		
	Aplicación de sanciones		
	Aplicación de examen		
Tipos de examen aplicados	Escritos		
	Verbales		
	En proceso		
	Otros (.....)		
	Sin examen		
Indicadores de disciplina	Cumple con todas las actividades asignadas		
	Realiza las actividades en horarios de rutina		
	Se retrasa en la realización de actividades		
	Realiza técnicas según manuales de procedimientos		
	Obedece ordenes		
	Otros (.....)		

