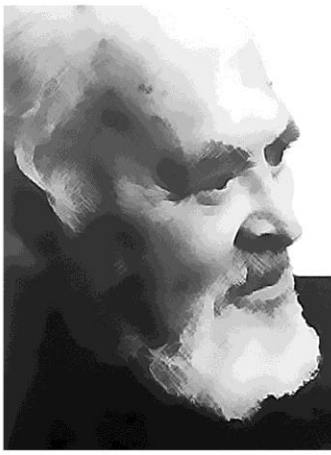


Repositorio Digital Institucional
"José María Rosa"

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

María José Caño Nappa

Síndrome de incertidumbre laboral en los profesionales de enfermería del hospital público descentralizado Dr. Guillermo Rawson, Provincia de San Juan

Tesis presentada para la obtención del título de Maestría en Metodología de la Investigación Científica del Departamento de Humanidades y Artes

Director

Analía Virginia Ponce

https://doi.org/10.18294/rdi.2017.173996

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

Caño Nappa, María José. (2016). *Síndrome de incertidumbre laboral en los profesionales de enfermería del hospital público descentralizado Dr. Guillermo Rawson, Provincia de San Juan* (Tesis de Maestría). Universidad Nacional de Lanús. Recuperada de http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/descarga/Tesis/MAMIC/Cano_M_Sindrome_2016.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

TESIS de MAESTRÍA en

METODOLOGÍA de la INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

Título

Síndrome de incertidumbre laboral en los profesionales de enfermería del Hospital Público Descentralizado Dr. Guillermo Rawson, Provincia de San Juan.

Maestrando: *María José Caño Nappa*

Directora de tesis: *Dra. Analía Virginia Ponce*

Codirector de tesis: *Dr. Félix Alejandro Gómez*

San Juan-2016

Este trabajo está dedicado al gran amor de mi vida
mi esposo Emiliano.
A nuestras hijas, Fiorella y Giuliana.
A mi querida amiga María Cecilia Poggi
compañera incondicional de la vida y
el camino de la Metodología.
Y a cada uno de los enfermeros que conforman el
colectivo profesional del que soy parte.

Quiero agradecer a mi directora de tesis Dra. Analía Virginia Ponce y a mi co director Dr. Félix Alejandro Gómez por haberme aceptado como su tesista y por la maravillosa dirección, el tiempo invertido, la paciencia y todo el conocimiento que generosamente han compartido conmigo.

Agradezco a mi mamá, a mi hermana y a mi suegra por acompañarme en este camino.

Les agradezco especialmente a Nora Nappa y a Isabel Gironés de Sánchez por el apoyo dado y confianza que siempre me tuvieron.

A la directora de la Carrera de Enfermería de la Universidad Nacional de San Juan, Magister Margarita Maldonado, a la vice directora Esp. Mirna Montero y a todo el equipo docente.

Agradezco a todos mis compañeros del Servicio de Terapia Intensiva Adultos del hospital Dr. Guillermo Rawson por el apoyo recibido durante las innumerables horas de escritura de mi tesis y especialmente a mi muy estimado amigo y compañero Emilio Illanes.

A las autoridades del Departamento de enfermería del Hospital Dr. Guillermo Rawson, Jefa del Departamento, Licenciada Laura García, Jefa de la División, Licenciada Stella Maris Pérez y particularmente a la sub Jefa de División Enfermería, Licenciada Estela Castillo.

Agradezco a todos los profesionales de enfermería del hospital Rawson que desinteresadamente participaron en la investigación.

A las autoridades en enfermería y compañeros del Centro Cívico de la provincia de San Juan.

Y a todos los amigos, colegas y alumnos que siempre han creído y creen en mí.

INTRODUCCIÓN

> "…Las enfermeras son a la vez encargadas y responsables de su práctica profesional. El ámbito de la práctica de enfermería no se limita a determinadas tareas, funciones o responsabilidades, sino que es una combinación de conocimientos, juicios y capacidades que permiten al colectivo profesional desarrollar cuidados directos y de evaluar sus resultados, de defender los pacientes y la salud, de supervisar y delegar en otros, de dirigir, gestionar, enseñar, realizar investigaciones…".
>
> Consejo Internacional de Enfermería, 2013.

El Consejo Internacional de Enfermería en su publicación *Páginas Informativas* divulgada en Enero de 2014, explica que la crisis mundial de los recursos humanos de salud y en enfermería, en particular, se caracteriza por graves desequilibrios en el ámbito laboral.

El informe señala que los motivos de la crisis son diversos y complejos pero uno de los principales es los entornos poco saludables y el desfavorable ambiente de la organización para el trabajador, asociado esto a la exposición a riesgos ocupacionales, la discriminación y la violencia física y psicológica, la remuneración insuficiente, equilibrios inestables entre el trabajo y la vida personal, las cargas de trabajo excesivas y las posibilidades limitadas de desarrollo profesional entre otras.

A partir de la observación de esta problemática general en nuestra región y provincia, nos centramos en la institución sanitaria que nuclea la mayor cantidad de profesionales de enfermería en la provincia de San Juan (Argentina), el Centro de Salud Hospital Público Descentralizado Dr. Guillermo Rawson (H.P.D.G.R.) para estudiar qué características particulares presenta desde su historia y situación singular.

En el hospital Dr. Guillermo Rawson, esta problemática se manifiesta en los enfermeros, en parte, por expresiones verbales (quejas) en relación a la nueva planta física hospitalaria y a la redistribución de los puestos de trabajo, disconformidad, malestar por las condiciones laborales prevalentes en el hospital, confusión ante las múltiples líneas de autoridad, frustración ante la falta de reconocimiento profesional y

del propio desempeño entre colegas, entre otras. Y por otra parte, se manifiesta también en las conductas observables como el agotamiento, la ansiedad, la irritabilidad etc.

Considerando estas manifestaciones reconocemos un conjunto de signos y síntomas que denominamos *síndrome de incertidumbre laboral en enfermería (SILE)*[1]. Este síndrome, conformado principalmente por tensiones laborales no observables en forma directa, pero específicas y situadas temporo-espacialmente en el caso particular del centro de salud local referenciado, se evidencia en - al menos - dos dimensiones, a las que llamamos *manifestaciones verbales y conductas observables*.

El problema de investigación se identifica en la situación paradojal dada por la emergencia de este síndrome en un contexto de mejores condiciones edilicias y tecnológicas. Nos preguntamos ¿cuáles son y cómo podemos interpretar los factores que se vincularían con la aparición del SILE, en un contexto socio histórico hospitalario en el que no parece justificado?

Desde el paradigma de simplicidad o del pensamiento simplificante el problema de investigación planteado en esta tesis pareciera ser incoherente según una lógica de los procesos de causalidad lineal, en el que una causa es seguida por un solo efecto. Este efecto, en esta misma lógica, se espera que sea proporcional y consecuente a la causa que lo originó.

Pero la problemática cobra sentido y se transforma en un problema de investigación científica, con un objeto de investigación distintivo, si se concibe desde otras perspectivas teóricas como es la teoría de la complejidad y desde una epistemología ampliada al contexto socio cultural.

El propósito de esta investigación es describir e interpretar, en el contexto socio histórico hospitalario, los factores que se vinculan con la aparición de lo que hemos denominado *síndrome de incertidumbre laboral en enfermería* que presenta, actualmente, el personal profesional de enfermería del centro de salud Hospital Público Descentralizado Dr. Guillermo Rawson.

La metodología propuesta para abordar la problemática descripta se sustenta en la perspectiva de diseño flexible, presentada por Juan Ignacio Piovani, en la estrategia de

[1] La denominación *Síndrome de incertidumbre laboral en enfermería (SILE),* ha sido elaborada en conjunto por las tesista y directora en el marco de este trabajo de investigación

investigación de estudio de caso expuesta por Nélida Archenti (entre muchos otros) y en un enfoque mixto de investigación expresado en la triangulación intra-método, de acuerdo a Néstor Cohen y el mismo Piovani.

La estructura de un diseño flexible de investigación nos permitió captar las particularidades del *síndrome de incertidumbre laboral en enfermería*, objeto a investigar, e introducir cambios en el diseño durante la ejecución del proceso de investigación. El diseño flexible, según Piovani, prevé una serie de estrategias metodológicas, pero además posibilita la adecuación e incorporación de otras estrategias requeridas durante el desarrollo de la investigación.

Por su parte, la estrategia de investigación de estudio de caso nos facilita el análisis intenso de las relaciones entre muchas variables que definen a la unidad de análisis, inserta en un marco histórico social que establece las circunstancias únicas del entorno de la unidad. En esta investigación se utiliza el estudio de caso por lo que no se pretende lograr generalizaciones estadísticas, por el contrario se busca interpretar las relaciones del caso en su contexto particular.

De acuerdo a los objetivos expuestos, el estudio de caso se enmarca en un diseño explicativo e interpretativo; por las características que presenta el objeto de estudio se integran ambos tipos de diseños. De acuerdo al momento de la recolección de los datos, el diseño es de tipo prospectivo y retrospectivo. En lo referido al número de mediciones se trata de un estudio transversal.

El contenido de la tesis está organizado en seis capítulos: el primero de ellos denominado *Contexto del problema,* presenta una descripción situacional de los componentes históricos, institucionales y disciplinares desde los cuales hemos planteado el problema de investigación. Estos componentes se describen a partir del proceso histórico del centro de salud Hospital Dr. Guillermo Rawson y la reconstrucción parcial de la historia de la enfermería del hospital.

En el segundo capítulo, *Planteamiento del problema,* se traza la pregunta rectora de nuestro proceso de investigación, la hipótesis y los objetivos. El tercer capítulo *Consideraciones teóricas,* desarrolla el marco de referencia teórico de la investigación. Los tópicos centrales que constituyen esta sección están comprendidos en dos puntos: perspectivas de sistemas complejos y la posición epistemológica asumida.

El cuarto capítulo *Categorías analíticas,* analiza las condiciones de trabajo actuales, locales e institucionales de los enfermeros profesionales del H.P.D.G.R. Para esta investigación las condiciones laborales actuales se clasificaron en: las propias de la práctica profesional y las generadas en y por las relaciones interpersonales. En el quinto capítulo *Diseño metodológico,* se despliega el diseño metodológico de la investigación. En el sexto y último capítulo *Análisis e interpretación de la información,* se expone el tratamiento y análisis de datos, entendiendo a cada uno como un momento diferenciable del mismo proceso, sólo en términos analíticos. Finalmente se presentan las *Conclusiones* a las que hemos arribado.

CAPÍTULO I

Contexto del problema

Este capítulo presenta una descripción situacional de los componentes históricos, institucionales e históricos disciplinares desde los cuales podemos ubicar el problema de investigación, que se puede mirar desde diferentes ángulos. Desde el primero se recorre la historia del centro de salud Hospital Público Descentralizado Dr. Guillermo Rawson, (H.P.D.G.R.), desde su creación, transitando las diferentes modificaciones estructurales y/o institucionales hasta su reconstrucción, iniciada en el año 2003 y concretada en las fases I y II en el 2009.

Desde el segundo ángulo se reconstruye, parcialmente, la historia de la enfermería situada en el H.P.D.G.R. Dada la escasa de documentación histórica escrita, la misma se elaboró a partir del testimonio de algunos actores e informantes claves hospitalarios. El relato histórico logrado comienza desde el nombramiento de la primera jefa de enfermería profesional, pasando por todas las épocas vivenciadas por este colectivo hospitalario, finalizando con el actual Departamento de Enfermería.

1. 1. Procesos históricos – institucionales

Los primeros datos sobre el hospital provincial figuran ya en el acta fundacional de Juan Jufré (el español conquistador y fundador de la ciudad). En 1660, en el Archivo General de la provincia, aparecen por primera vez registrados los hospitales públicos. En los siglos XVIII y XIX, el principal nosocomio, a causa de las escasas políticas en materia, es trasladado en varias oportunidades.

En principio, el hospital, funcionó en unos caseríos aledaños a la iglesia de San Pantaleón (1862), después (1890) se instaló en el predio que hoy ocupa la plaza General Paz. Es en esta época donde el hospital recibió el nombre de Dr. Guillermo Rawson[2], en memoria de este médico sanitarista que acababa de fallecer.

[2] Dr. Guillermo Rawson:(1821 – 1890). Fue médico, higienista, sanitarista y político argentino, que se desempeñó como Ministro del Interior durante la presidencia de Bartolomé Mitre, entre1862y1868 Además, impulsó la creación de la Cruz Roja Argentina, en junio de1880. Hijo de un médico

El hospital, a fines del 1800, fue establecido en la *"calle ancha del naciente"*, denominación pretérita de la actual Av. Rawson, donde se construiría el edificio definitivo de la institución, pero recién en 1910 daría comienzo la obra que tardaría varias décadas en finalizarse.

El centro de salud Dr. Guillermo Rawson fue fundado a comienzos del siglo pasado como respuesta a la imperiosa necesidad de los sanjuaninos de tener una institución de salud que respondiera al creciente incremento demográfico. En Noviembre de 1913 se puso la piedra fundacional del actual pabellón histórico[3], los cambios edilicios continuaron con la construcción de este pabellón y el de clínicas, iniciándose diez años más tarde la obra del pabellón central.

Isabel Gironés de Sánchez [4] advierte que en la época anterior al terremoto de 1944 (que destruyó a toda la ciudad), el centro hospitalario ya contaba con el pabellón de clínica, cirugía, quirófano y con la aparatología propia de un hospital urbano. En los años siguientes al terremoto se realizaron numerosas obras de mantenimiento, conservando siempre la estructura de pabellones.

El esquema de organización edilicia del hospital, responde a principios arquitectónicos franceses, de allí la construcción de un "…Hospital Monumento…"[5]; principal ejemplo de esto es el pabellón de administración, actual edificio histórico. Diseñado con una estructura de pabellones separados unos de otros, se esperaba que cada uno funcionara como un micro - hospital.

A principios de la década de 1950 se construyó el Hospital de Niños, cuyo edificio de emplaza por calle Santa Fe, contando con planta baja y alta. Esta nueva edificación, a

---

estadounidense, Rawson realizó sus estudios primarios en su ciudad natal, San Juan. Se trasladó a Buenos Aires para completar sus estudios secundarios y posteriormente se doctoró en medicina en la Universidad de Buenos Aires. Inició su carrera profesional en la misma ciudad de San Juan

[3] El *pabellón histórico* es la construcción edilicia que se emplaza actualmente sobre la Avenida Rawson. Se denomina *pabellón histórico*, porque es la única estructura que se conserva del hospital construido a principios del siglo XX

[4] Gironés de Sánchez, Isabel. *La ciudad perdida, Memoria Urbana de San Juan. Preterremoto 1930 – 1944*. San Juan – Argentina. Editorial FFHA. 2005. pp. 121

[5]Gabinete de Historia de la Arquitectura de la Facultad de Arquitectura, Urbanismo y Diseño de la Universidad Nacional de San Juan. *Relato histórico del Hospital Dr. Guillermo Rawson.* Dirigido por el Arq. Domingo Miranda. Recuperado el 01/04/2014, desde <http://www.creacom.unsj.edu.ar/reproductor.php?Id=84&capitulo=1>

pesar de su nombre, no es un hospital independiente, es un servicio conformado por varios sectores dependientes del Hospital Rawson.

El Club de Leones de San Juan, en los años 1960, propone la creación de la Casa Cuna San Juan, la cual se fundó el 1 de Junio de ese mismo año. Desde entonces, la tarea de esta organización ha sido y es, la asistencia a niños abandonados o con problemas judiciales, en coordinación con los Juzgados de Menores provinciales.

En el periodo de la década de 1960, la estructura hospitalaria tuvo importantes modificaciones edilicias. Se amplía el pabellón central creando al norte el edificio de Consultorios Externos y al sur el Servicio de Médicos de guardia con ingreso por la Av. Rawson. A estas remodelaciones le sigue la construcción de la morgue hospitalaria y judicial.

Durante los años de la última dictadura militar la actualización de la infraestructura quedó paralizada. En los años de 1980 se retoman las obras y se inauguran los servicios de Terapia Intensiva adultos, pediátricos y neonatales, la Unidad coronaria y el Servicio de urgencias. Las terapias intensivas fueron creadas en forma independiente, funcionando cada una en su propio edificio.

Recién en la década del 1990, la tecnología tuvo un avance significativo en el ámbito hospitalario. El hospital adquirió el primer equipo provincial de tomografía axial computada. También en esta época comenzó a organizarse el Servicio de Ingeniería Clínica.

A fines de la década de los 90, debido la obsoleta estructura edilicia, el crecimiento demográfico provincial y las exigencias tecnológicas de la época actual, se inicia el proyecto de reconstrucción del viejo Hospital Rawson. "…Las repetidas crisis que sufriera el país fueron interrumpiendo la construcción del mismo, que recién se concretaría en el año 2003, pudiéndose inaugurar la fase I y II en Junio de 2009…"[6]

[6] Ministerio de Salud Pública de la Provincia de San Juan. Guía de Servicios de Salud. Recuperado el 24/06/2013, desde <http://sanjuan.gov.ar/panel/repositorio/subidas/noticias/fckeditor/file/salud/guia_de_recursos_en_salud_-_san_juan.pdf>

1. 1. 1. El nuevo Centro de Salud Hospital Dr. Guillermo Rawson

El jueves 18 de Junio de 2009 la presidente de la Nación, Dra. Cristina Fernández de Kirchner junto con el gobernador de la provincia, Ing. José Luis Gioja inauguraron dos de las tres fases de construcción del nuevo hospital Rawson.

El traspaso de los servicios afectados al nuevo edificio se pudo concretar recién a fines del 2009 y durante todo el año 2010, cuando se adquirió toda la aparatología necesaria y se chequeó el funcionamiento normal de los equipos e instalaciones.

La nueva estructura edilicia del hospital es un "…sistema arquitectónico integrado…"[7], construido en un solo bloque con varias vías de acceso. El edificio tiene una zona de circulación exclusiva para el personal hospitalario y otra con acceso a pacientes y familiares, ambas interconectadas entre sí. Además se unificaron algunos sectores que funcionaban en diversos espacios en el antiguo edificio. Ejemplo de esto son los quirófanos que en el nuevo hospital se unificaron en el centro quirúrgico.

El nuevo edificio, con una superficie cubierta de 39.000 m^2[8], es una moderna construcción de 5 niveles, zonificado en tres áreas: a) subsuelo, b) planta baja y entrepiso, c) 1° y 2° piso. Tiene una capacidad de 520 camas, que serán habilitadas en su totalidad cuando finalice la fase III.

En la I y II fase se habilitaron 24.000m^2[9], con una capacidad de 380 camas para la internación. Además, comenzaron a funcionar los sectores de esterilización, lavandería, cocina, y el comedor para todo el personal hospitalario. El sector de internación está organizado en habitaciones para dos pacientes con baño privado; equipamiento médico de avanzada tecnología y mobiliario completo. Las nuevas instalaciones, también, cuentan con salas de espera, Admisión general de pacientes y Centro de información.

El Hospital en la actualidad es el "…centro de salud más completo de la provincia de San Juan, cuenta con un servicio de Urgencias, Terapia Intensiva de adultos, pediátrica y neonatal, Maternidad, Pediatría, Cardiología, Traumatología, Quirófanos, Consultorios Externos, Laboratorios, entre otros…"[10]y[11], estas condiciones descriptas

[7]Centro de Salud Hospital Público Descentralizado Dr. Guillermo Rawson. Recuperado 20/10/2014, desde <www.hospitalrawson.gov.ar>
[8] Ibídem
[9] Ibídem
[10] Ibídem

hacen que sea la institución de salud provincial que tiene mayor cantidad de personal de enfermería a su cargo.

1. 1. 2. Historia de la Enfermería en el Hospital Dr. Guillermo Rawson

En el año 1962, llegada desde el país limítrofe trasandino, se hace cargo de la División Enfermería del hospital la Enfermera Universitaria, en ese momento, Nelly Albisrojas. Ella se convirtió en la primera jefa profesional que tuvo la institución sanitaria. El personal a su cargo no tenía, en su mayoría capacitación formal en enfermería, (poseían formación meramente empírica) contando solamente con unos pocos egresados de la Escuela de la Cruz Roja.

En la época anterior a la Sra. Albisrojas, el personal que cumplía funciones de enfermería en el hospital, no tenía en su mayoría un título o certificado que los habilitara para tal actividad. Estos enfermeros lograron habilidades y destrezas para atender pacientes en la práctica diaria. Muchas de estas personas pertenecían a diferentes claustros religiosos.

Recién en el año 1963 se incorporan al hospital las primeras enfermeras profesionales sanjuaninas, graduadas fuera de la Provincia, provenientes principalmente de la Universidad Nacional de Córdoba y en segundo término de la Universidad Nacional de Rosario.

A fines de la década de los años 60 se crea la Carrera de Enfermería, perteneciente a la Universidad Católica de Cuyo, cuyas primeras egresadas se incorporaron al sistema de salud hospitalario a partir de 1975. Todas ellas con el título de Enfermeras universitarias se desempeñaron como supervisoras de enfermería.

En el año 1982 en remplazo de la Sra. Nelly Albisrojas, asume como jefa de División Enfermería la Lic. Elsa Moreira, egresada de la Universidad Nacional de Córdoba, acompañándola como sub – jefa la Lic. Ester Sánchez, proveniente de la

[11] Nota: Los servicios trasladados en la fase I y II fueron los siguientes: Anatomía Patológica, Anestesiología, Cirugía General, Farmacia, Ginecología, Hematología y Hemoterapia, Laboratorio Central, Maternidad y Centro Obstétrico, Nefrología y Diálisis, Neonatología, Neurocirugía, Nutrición, Oftalmología, Otorrinolaringología, Pediatría, Quirófano, Servicio Social y Traumatología

Universidad Nacional de Rosario, ambas bajo el régimen laboral de la Ley 2580[12] en calidad de interinas.

Los cargos de jefa y sub – jefa tenían una carga horaria de 44 horas semanales, lo que les permitía asignar las horas de trabajo en turno mañana para tareas de gestión y conducción y en la tarde realizar actividades vinculadas a tareas administrativas, organizativas y educativas de la división.

Se puede describir la gestión de la Lic. Elsa Moreira como un periodo pujante, en constante crecimiento para el colectivo de enfermería institucional. Se redactaron manuales de procedimientos sobre al funcionamiento de los servicios. Sus contemporáneas y el personal a su cargo recuerdan que:

> "…Elsa Moreira tenía una modalidad de trabajo muy organizada y estructurada. En su gestión se hacía planificación de todas las actividades de División Enfermería. Las supervisoras realizaban planificación anual de las actividades de enfermería de cada uno de los servicios, además, cálculo mensual de ausentismo del personal y una serie de actividades más, que son competencia profesional y que con en el trascurso del tiempo se han ido perdiendo. Este tipo de actividades organizativas que se han ido perdiendo, tanto en la División como en los servicios, han sido reemplazadas por otras actividades que muchas veces no son competencia de enfermería…"[13].

En esta gestión, todo el personal de enfermería que ingresaba por primera vez al hospital rotaba por los diferentes servicios durante un periodo de 6 meses aproximadamente, en lo que se denominó *periodo de reconocimiento*. Esta actividad estaba organizada, dirigida y supervisada por la jefa de Enfermería del hospital.

El periodo de reconocimiento, consistía en una rotación del personal de reciente ingreso, por todos los servicios hospitalarios, cuyo objetivo principal era orientar al futuro personal en su desempeño laboral. En este periodo se desarrollaban dos tipos de

[12] Gobierno de la Provincia de San Juan. Poder Ejecutivo. Ley 2580, *Carrera asistencial, preventiva y sanitaria, para los profesionales universitarios del arte de curar*, sancionada el 27 de Abril de 1961
[13] Testimonio de un agente del personal de enfermería recuperado por la autora con el propósito de documentar y reconstruir la historia de Enfermería. San Juan – Argentina. 2015

actividades, por un lado, la observación de la práctica profesional del personal de enfermería de los diferentes servicios (cabe señalar que los rotantes no realizan atención directa de pacientes). Y por otro lado se le brindaba una introducción al área administrativa hospitalaria. Esta consistía en la lectura y análisis de las resoluciones y normativas vigentes, tanto de la División Enfermería como de los diferentes servicios y del nosocomio en general.

El plantel de enfermería que tenía la Lic. Elsa Moreira a su cargo estaba compuesto principalmente por auxiliares de enfermería, egresados del Curso de Auxiliares de Enfermería que dictaba la Secretaria de Salud Pública, a cargo en principio de la enfermera universitaria Delia Darold. La institución de salud se caracterizaba en aquel momento, por una capacidad tecnológica de baja y mediana complejidad.

A mediados de la década del 80 se concursaron los cargos de jefa y sub jefa de la División Enfermería del hospital, ocupados hasta ese momento por la Lic. Moreira y la Lic. Sánchez. Los cargos son ganados por la Lic. Sonia Caballero y la Lic. Ana Irene Yornet, respectivamente, convirtiéndose así en las primeras jefa y subjefas de División Enfermería concursadas según la Ley 2580 en el ámbito hospitalario.

La nueva conducción de la División Enfermería trajo consigo varios cambios, que se reflejaron fundamentalmente en la modalidad de trabajo que imponía la jefatura de la División al cuerpo profesional. Estela Castillo recuerda que "…la gestión de Elsa Moreira fue distinta a la de Sonia Caballero, pero también el hospital era distinto…"[14]

Este estilo de conducción, ya no tan estructurado y organizado, como el de la gestión predecesora, estuvo mediado por una seria de factores; entre los prevalentes podemos mencionar: el déficit de personal de enfermería que tenía el hospital y la complejización de la institución a partir de la incorporación de las servicios de Terapia Intensiva Adultos, Pediátrica, Neonatológica y el Servicio de Nefrología.

La jefatura de la División, con el transcurso del tiempo, fue centrando su esfuerzo en adecuar la dotación de personal de enfermería a estas nuevas demandas, a estas nuevas necesidades. Los enfermeros fueron asignados a los diferentes servicios

[14] Ibídem

hospitalarios, según los requerimientos de personal de cada uno y no por su perfil profesional como fue en gestiones anteriores.

En el año 1986 egresaron las primeras licenciadas en enfermería de la Universidad Católica de Cuyo, de las cuales muchas ya eran personal del hospital. Desde entonces hasta la actualidad esta Casa de altos estudios ha sido y es la principal formadora de profesionales de los cuales se nutre la institución de salud.

Otro hito histórico que marcó el curso de la historia de la enfermería en el hospital Dr. Guillermo Rawson, fue la incorporación del programa provincial de profesionalización de enfermería en el año 1998, desarrollado en la provincia por la Universidad Católica de Cuyo, el cual permitió a los auxiliares de enfermería que tenían más de cinco años de experiencia laboral, realizar en dos años la carrera de Enfermería Universitaria y en dos años más, la Licenciatura.

Después de la jubilación de la Lic. Sonia Caballero en el año 2004, se hace cargo de la División, la Lic. Estela Castillo. La misma se desempeñó en el cargo en forma interina, sin concursar desde el 2004 hasta 2007. En este último año dejó el cargo de la División y pasó a ocupar el cargo concursado de supervisora del Servicio de Maternidad.

Las problemáticas predominantes en el último tiempo del periodo de gestión de la Lic. Sonia Caballero y durante la jefatura de la Lic. Estela Castillo fueron principalmente el déficit de personal de enfermería, déficit de insumos a nivel hospitalario, problemas con la obsoleta estructura edilicia y con el equipamiento tecnológico.

Además de las problemáticas ya mencionadas que tuvo que enfrentar la Lic. Castillo durante su gestión, se pueden identificar, en este periodo, dos eventos históricos que tuvieron una repercusión muy importante en la enfermería hospitalaria de ésta institución. Estos fueron la creación del Directorio y la incorporación de las primeras Enfermeras en Control de Infecciones (ECI).

En el año 2005 se produce una importante transformación en la estructura organizativa del hospital, se creó el Directorio. La dirección del centro de salud pasó de estar centrada en un solo director a un directorio conformado por cinco integrantes: el director administrativo, el ejecutivo, el de personal y dos gerentes, uno técnico y otro administrativo.

Esto influyó significativamente en el cuerpo profesional y en el equipo de conducción de Enfermería del hospital, debido, en gran parte, a que se desconocían los roles de cada uno de los integrantes del directorio. A partir de la modificación del directorio, la División de Enfermería comenzó a depender del Gerente Técnico en todo lo que respecta al área técnica y del Director de Personal en lo referido a los recursos humanos.

En el año 2007 se incorporó la primera enfermera al Comité de Infectología, capacitada formalmente en el área, lo que significó un importante avance disciplinar para el colectivo profesional hospitalario. La Lic. María Elena Garepia fue la responsable de organizar las actividades de las Enfermeras en Control de Infecciones. La labor de las ECI, en el hospital, permitió la incorporación de muchas normas de prevención de infecciones y la adquisición, conjuntamente, de los recursos materiales requeridos para el cumplimiento de las mismas.

La Lic. Zunilda Montaña de Bazán concursó y ganó, en el año 2007, el cargo de jefa de División de Enfermería. La Lic. Montaña históricamente había cumplido funciones asistenciales y de gestión en diversos cargos en el centro de salud Hospital Dr. Marcial Quiroga[15], por lo que al momento del concurso nunca había trabajado en el hospital Rawson. Esto la convirtió en la primera jefa de División concursada proveniente de otra institución sanitaria.

Esta condición especial de la Lic. Montaña influyó en el desarrollo de su gestión como jefa. Si bien la Lic. Montaña estuvo en la institución de salud rawsina solamente cuatro años, su periodo de jefatura tuvo un impacto crítico, tanto para ella como para el equipo de conducción hospitalario (supervisores y jefes de unidad), de acuerdo al relato de las enfermeras del hospital Rawson. Los conflictos superaron al colectivo de enfermería y se extendieron al directorio del hospital. Varias enfermeras que transitaron ese periodo lo recuerdan como una etapa crítica, desfavorable para el cuerpo de enfermería institucional.

En los últimos tiempo de su gestión, y próxima a la jubilación, la Lic. Montaña comenzó a delegar muchas actividades en los profesionales que la acompañaban en la

[15] El Centro de Salud Hospital Dr. Marcial Quiroga es la otra institución de Salud Pública de alta complejidad que tiene la provincia de San Juan

División Enfermería, entre los cuales podemos destacar la participación de la Lic. Stella Maris Pérez, quien asume, como consecuencia de la jubilación de la Lic. Ana Irene Yornet, como sub jefa de la División, en el año 2010.

En el año 2011, después de la jubilación de la Lic. Montaña se hace cargo de la División Enfermería la Lic. Stella Maris Pérez, en un primer momento sola, sin sub jefe designada hasta unos seis (6) meses después, en que asume como sub jefa de la División, la Lic. Estela Castillo.

Por iniciativa y durante la gestión del directorio conformado por la Dra. Beatriz Salanitro y el Dr. Mario Tinto, entre otros, y en cumplimiento de la ley de descentralización hospitalaria[16], se plantea en el 2010, la creación del Departamento de Enfermería en el centro de salud Dr. Guillermo Rawson.

En 2011 se crea el Departamento de Enfermería, el cual comienza a funcionar recién en el año 2012.La primera jefa de Departamento designada en ese cargo fue la Lic. Laura García, quien desempeña el cargo actualmente. A partir de este hecho y como consecuencia del mismo se vio modificado el organigrama de enfermería, el cual quedó estructurado de la siguiente manera: Jefatura de Departamento, Jefatura de División, Sub - Jefatura de División, Supervisoras, Jefatura de unidad y personal asistencial. También dependen del Departamento de Enfermería los supervisores de turno tarde y turno noche y las enfermeras en Control de infecciones.

La Jefatura del Departamento de Enfermería, según lo especifica la Ley 2580 tiene estipulado en el escalafón profesional, un grado VIII y 44 horas, distinto a la asignación que tienen las Jefaturas de los otros Departamentos en el hospital (grado V – 44 horas); la diferencia en el grado implica una diferencia en la remuneración, a menor grado, mayor son los haberes percibidos.

La asignación del grado VIII para la Jefatura del Departamento de Enfermería, se fundamenta en el Capítulo VI, Artículo 7° de la Ley 2580, el cual expresa que:

> "…El Servicio Provincial de Salud establecerá para los profesionales universitarios de sus servicios diez grados de escalafón de profesionales. La carrera asistencial y

[16] Ley Provincial Número 7573.*Programa de descentralización de centros de atención de la salud de gestión pública*. San Juan – Argentina

> preventiva comenzará con el grado noveno y culminará en el grado sexto, salvo las obstetras, dietistas, fonoaudiólogas, kinesiólogos, terapeutas y enfermeras universitarias, que comenzarán en el grado décimo y culminarán en el grado octavo…"[17].

A partir de la conformación del Departamento de Enfermería y bajo la gestión de la Lic. García se logró ampliar el espacio físico que ocupaba la División hasta ese momento, y adquirir mobiliario y recursos humanos acorde a las nuevas necesidades que trajo consigo la incorporación del Departamento.

Esta nueva gestión también propone una nueva estructura para el Departamento de Enfermería, la cual quedaría conformada por: la Jefatura de Departamento y una Sub - Jefatura del área administrativa y otra Sub - Jefatura del área técnica.

La jefatura del Departamento, en lo que lleva de gestión, ha intentado recuperar la dinámica de trabajo entre los niveles de conducción. Para ello se han formado comisiones de trabajo, integradas por las enfermeras gestoras de los diferentes servicios, que abordan diversas problemáticas disciplinares en el hospital. También se han organizado nuevamente las reuniones mensuales de los supervisores de enfermería, entre otras actividades.

Un evento con profundas repercusiones en todo el cuerpo profesional de enfermería fue la construcción del nuevo edificio hospitalario. Si bien la edificación se inició en el año 2003, inaugurándose recién la nueva planta en Junio de 2009, el proceso de redistribución de los servicios comenzó a principios de la década de los años 90.

En el año 1992 se inició el proceso de traspaso de los servicios ubicados en la antigua estructura hospitalaria al nuevo block quirúrgico, inaugurado en el año 1992, emplazado en los cruces de las calles Av. Rawson y General Paz. Más de una década tuvo que pasar desde que se inició el proceso de mudanza de los primeros servicios hasta que se inauguró la nueva planta física. El comité a cargo de la organización del traspaso de los servicios, que todavía funcionaban en la vieja estructura, al nuevo edificio, estuvo

[17] Ley N° 2580, *Carrera asistencial, preventiva y sanitaria, para los profesionales universitarios del arte de curar*. Sancionada el 27 de Abril de 1961.Gobierno de la Provincia de San Juan. Poder Ejecutivo. San Juan – Argentina

integrado mayormente por médicos, entre otros profesionales. Los profesionales de enfermería no participaron de esta comisión.

Como resultado de esta política de trabajo, en los procesos de toma de decisiones relacionados a la mudanza y re distribución, participaron directamente los supervisores de enfermería de los servicios afectados quedando relegada la División de Enfermería. Esto dificultó la organización del personal e insumos que requirió la nueva estructura hospitalaria.

El traspaso de la vieja planta física a la nueva construcción hospitalaria tuvo lugar durante el periodo de jefatura de la Lic. Zunilda Montaña. Con motivo de la mudanza la Lic. Montaña creó una comisión de dos enfermeras, conformada por la Lic. Divi Luna y la Lic. Graciela Vargas, quienes colaboraron con la reorganización de los recursos humanos e insumos de ropería requeridos en el nuevo hospital.

El cambio edilicio trajo consigo una sucesión de problemas, uno de los más relevantes que tuvo que enfrentar el colectivo de enfermería fueron los espacios que les destinaron. Todos aquellos espacios, que en los planos de la nueva estructura estaban asignados a Enfermería, fueron redistribuidos en su mayoría a otros sectores al momento de la inauguración de la nueva institución, de acuerdo al relato de los enfermeros que vivenciaron la mudanza. La consecuencia inmediata de esto se materializó cuando las supervisoras ingresaron a la nueva planta y encontraron restringidos los espacios físicos y el mobiliario disponible para trabajar.

CAPÍTULO II

Planteamiento del problema

Después de la descripción, en el capítulo precedente, del contexto general de la problemática de investigación damos paso en esta sección al planteo del interrogante, pregunta rectora de nuestro proceso de investigación; también se expone la hipótesis al problema planteado.

Es pertinente establecer desde que definición de *hipótesis* se construyó la de esta investigación. Adherimos a la explicación dada por Roxana Ynoub, la cual plantea la hipótesis como un "…supuesto que expresa la pauta de inteligibilidad, que coincide tentativamente, con la pauta de regularidad que presenta el objeto investigado…"[18], la autora aclara que el término regularidad no es sinónimo de determinismo lineal.

El concepto de regularidad como hipótesis admite diversos significados, puede construirse hipótesis determinísticas, probabilísticas, estocásticas, organísmicas, historicistas entre otras. Incluso en los fenómenos no lineales la regularidad es siempre un supuesto presente.

2. 1. El problema de investigación

El "personal profesional de enfermería"[19]del centro de salud Hospital Público Descentralizado Dr. Guillermo Rawson, presenta un conjunto de signos y síntomas que denominaremos *síndrome de incertidumbre laboral en enfermería (SILE)*. El problema de investigación se identifica en la situación paradojal dada por la emergencia de este síndrome en un contexto de mejores condiciones edilicias y tecnológicas. Nos preguntamos ¿cuáles son y cómo podemos interpretar los factores que se vincularían con la aparición del SILE, en el contexto socio histórico hospitalario en el que no parece justificado?

[18] Ynoub, Roxana. *Cuestión de método. Aportes para una metodología crítica*. Buenos aires – Argentina. Editorial Cengage Learning. 2014. pp. 44
[19] Para esta investigación se consideraran en la categoría *Personal profesional de enfermería* a los enfermeros universitarios y licenciados en enfermería

Similares problemáticas han sido interpretadas en múltiples ocasiones como Síndrome de Burnout[20], también denominado Síndrome de desgate profesional. Pero, creemos que en el contexto socio histórico en que se ubica el problema, el Burnout, resultaría insuficiente para describir e interpretar nuestro problema de investigación.

Un primer relevamiento en el escenario de la investigación, basado en la naturaleza del trabajo de enfermería, "…cuidar a personas que padecen sufrimientos tanto físicos como psicológicos…"[21], nos posibilitó delinear las condiciones generales en las que ha surgido el síndrome. El SILE, conformado principalmente por tensiones laborales no observables en forma directa, pero específicas y situadas temporo-espacialmente en el caso particular del centro de salud local referenciado, se evidencia en al menos dos dimensiones, a las que llamaremos manifestaciones verbales y conductas observables.

Las manifestaciones verbales se expresan mediante quejas por: la redistribución de los puestos de trabajo, disconformidad con la nueva planta física hospitalaria[22], malestar por las condiciones laborales[23] prevalentes en hospital, confusión ante las múltiples líneas de autoridad, frustración ante la falta de reconocimiento profesional y del propio desempeño entre colegas, confusión referida a ambigüedades emanadas de los responsables jerárquicos, entre otras. Por otra parte, las conductas observables son el agotamiento, la ansiedad, la irritabilidad, etc.

El centro de salud Hospital Dr. Guillermo Rawson, está ubicado en la ciudad Capital de la Provincia de San Juan. El nosocomio es de gestión pública descentralizada,

[20] Síndrome de Burnout: se define como un síndrome psicológico que implica una respuesta prolongada a estresores interpersonales crónicos en el trabajo. Se caracteriza por presentar un progresivo desgaste profesional, cuyos síntomas se describen como pérdida de energía hasta llegar al agotamiento, ansiedad, depresión y desmotivación por el trabajo. En Maslach, C. *Comprendiendo el Burnout*. En Ciencia y Trabajo. 2009 Abril/Junio, N 32. pp.37. Fundación Científica y Tecnológica – Asociación Chilena de Seguridad ACHS

[21] Mingote Adán, J. y Pérez García, S. *Estrés en la Enfermería. El cuidado del cuidador*. Madrid – España. Editorial Díaz de Santo. 2003

[22] En el año 2003 se inicia la construcción del nuevo edificio del hospital Rawson, cuya obra principal finalizó en el 2009

[23] El Consejo Internacional de Enfermería señala que en las instituciones sanitarias hay algunos elementos esenciales que en su conjunto constituyen las condiciones de trabajo de los enfermeros. En esta investigación las condiciones laborales actuales se clasificarían en: unas, las propias de la práctica profesional y las otras, las generadas en y por las relaciones interpersonales

calificado por el Gobierno Provincial con el máximo nivel de Atención Médica (Grado VIII)[24]y el más alto en Complejidad Hospitalaria (Grado IV).

Proporciona asistencia sanitaria en un área de cobertura de 600.000 habitantes, con una dotación de 2200 agentes entre personal sanitario y administrativo. De acuerdo a los datos estadísticos ofrecidos por el hospital, la institución recibe, aproximadamente, a 1.200 pacientes por día.

El Hospital, fundado a comienzo del siglo XVIII, reconstruido casi en su totalidad en los albores de la década del 2000, es referente provincial por ser el único centro de salud que recepciona emergencias de alta complejidad. En este, además de la asistencia a los pacientes, se llevan a cabo tareas de docencia e investigación en todas las especialidades.

El Departamento de Enfermería de este centro hospitalario, organizado con una jefa de departamento, una jefa y una sub-jefa de división, tiene alrededor de 1000 enfermeros a su cargo, entre los cuales se pueden diferenciar dos niveles: profesionales y no profesionales. El nivel profesional incluye enfermeros universitarios y licenciados en enfermería. El segundo nivel lo componen los auxiliares de enfermería.

El nivel profesional se debería vincular laboralmente con el Estado bajo el régimen de la ley N° 2580, ley que nuclea a los profesionales en el área de Salud Pública provincial, pero en la actualidad, además de la ley N° 2580 arriba mencionada existen otros regímenes como la ley N° 8313 y ley N° 7492 por los cuales establecen relación laboral con el Estado. En estos dos últimos regímenes, los profesionales no cuentan con los mismos beneficios que los que están en la ley N° 2580.

2. 2. Hipótesis

Los factores que se vincularían con la aparición del SILE, evidenciado en manifestaciones verbales y conductas observables que presenta el personal profesional de enfermería del centro de salud H.P.D.G.R., serían emergentes del contexto socio histórico de trabajo hospitalario.

[24] Gobierno de la Provincia de San Juan. Poder Ejecutivo. Decreto N° 0130

Identificamos dos tipos de factores: los extra profesionales[25] y los intra profesionales.

Los extra profesionales se refieren al entorno de trabajo de los enfermeros y comprenden los cambios en la planta física y las modificaciones organizacionales, ambos, asociados al evento histórico/institucional de la construcción del nuevo hospital (1998 - 2009).

Este evento modificó sustancialmente el escenario de trabajo de los enfermeros. La nueva estructura edilicia remplazó la antigua disposición hospitalaria de pabellones, los cuales funcionaban como micro hospitales, por una moderna construcción integrada, dinámica y unificada de 5 pisos.

Si bien los profesionales de enfermería cuentan en la actualidad con una planta física moderna en donde trabajar, la mudanza habría originado una experiencia de desarraigo con pérdida de los espacios de convivencia y desorganización de las áreas de trabajo. El nuevo hospital, también, incrementó el número de camas disponibles para la internación, esto habría traído como consecuencia el aumento en la demanda de atención de enfermería y la expansión de los espacios físicos donde trabajan los enfermeros, lo que habría convertido en difusos los límites espaciales laborales de cada profesional.

El nuevo hospital, también, ha modificado la estructura organizativa de la institución referente al personal de enfermería. Estas modificaciones están representadas en la incorporación de nuevos profesionales al hospital y la reasignación de los puestos de trabajo en el staff permanente de enfermeros.

Los factores intra-profesionales describen algunas condiciones laborales locales/institucionales de los enfermeros que generarían un entorno laboral desfavorable para estos profesionales.

Estas condiciones se clasificarían a su vez en: *las propias de la práctica profesional* como son las dobles jornadas laborales, la rotación por turnos diurnos y nocturnos, la falta de autonomía en la actividad profesional, la ausencia de participación en los procesos de toma de decisiones del equipo de salud, la multiplicidad de líneas de autoridad y la falta de concursos para el ascenso de categorías como reglamenta la ley

[25] La palabra *profesional* indica exclusivamente a los profesionales de enfermería

N° 2580. Y *las generadas en y por las relaciones interpersonales* representadas por agresiones verbales y/o físicas entre los integrantes del equipo de salud.

Con el fin de corroborar la hipótesis, se han planteado los siguientes objetivos:

2. 3. Objetivos

Principal: Describir e interpretar, en el contexto socio histórico hospitalario, los factores que se vinculan con la aparición del síndrome de incertidumbre laboral en enfermería que presenta, actualmente, el personal profesional de enfermería del centro de salud Hospital Público Descentralizado Dr. Guillermo Rawson.

Específicos:

1. Reconocer los cambios en la planta física, surgidos a partir de la inauguración de la fase I y II del centro de salud H.P.D.G.R. y que afectaron a los profesionales de enfermería de dicha institución.
2. Reconocer las modificaciones organizacionales en el colectivo profesional de enfermería, surgidas a partir de la inauguración de la fase I y II del centro de salud H.P.D.G.R. y que afectaron a estos profesionales.
3. Reconstruir el impacto de los cambios de la planta física y las modificaciones organizacionales desde la perspectiva de los enfermeros.
4. Caracterizar y explicar las condiciones laborales actuales (locales/institucionales) de los enfermeros profesionales del centro de salud H.P.D.G.R., que generan un entorno laboral desfavorable, en el periodo comprendido entre el mes de Junio y Julio de 2015.
5. Relacionar los factores estresores entre sí.

CAPÍTULO III

Consideraciones teóricas

3. 1. Perspectiva de Sistemas Complejos

Al momento de intentar responder a nuestra hipótesis se considera conveniente adoptar la perspectiva de Sistemas Complejos como marco de referencia teórico de esta investigación. El estudio de los fenómenos sociales ha mostrado las limitaciones de una visión lineal, propia de las ciencias físicas durante la Modernidad. La crisis de las ciencias legaliformes a partir de principios de siglo XX ha abierto camino a nuevas visiones en las que la complejidad adquiere protagonismo al dar respuestas más adecuadas para ciertas problemáticas, no sólo en el campo de las Ciencias Sociales sino también en el dominio de las Ciencias Naturales.

A los fines de esta investigación consideraremos dos puntos interrelacionados entre sí. El primero de ellos se refiere a las perspectivas desde las cuales se planteó el problema y el segundo, cómo la perspectiva de Sistemas Complejos permitió definir la pregunta de investigación y construir nuestro objeto de estudio.

Primer punto: perspectivas desde las cuales se planteó el problema

El problema empírico de investigación se identificó, en un primer análisis, desde un *modelo de causalidad lineal*, lo que Edgar Morin identifica como el "…paradigma de simplicidad…o el pensamiento simplificante"[26]. En la transformación del problema empírico a un problema de conocimiento en el proceso de investigación, se advirtió la necesidad de un abordaje distinto y superador al de la causalidad lineal para situar, reconstruir e interpretar nuestro objeto de estudio.

[26] Morin, Edgar. *Introducción al pensamiento complejo.* 5ª reimpresión. Editorial Gedisa. Barcelona – España. 2001. pp. 29 y pp. 89. Pensamiento simplificante: este pensamiento es incapaz de concebir la conjunción de los uno y lo múltiple. Yuxtapone la diversidad sin concebir la unidad
Paradigma de la simplicidad: es un paradigma que pone orden en el universo. El orden reduce a una ley a un principio. La simplicidad ve lo uno y ve lo múltiple, pero no puede ver que lo uno puede ser al mismo tiempo lo múltiple

Este modelo resulta insuficiente para explicar por qué aparece el SILE en unas condiciones de trabajo renovadas, que a priori y desde una visión lineal representarían una mejora y no un obstáculo para el desempeño profesional. Esto es así, toda vez que las conductas y las vivencias humanas se resisten a la interpretación lineal de los modelos en la concepción clásica de las ciencias naturales. La teoría de la complejidad constituye una alternativa más adecuada para intentar dar respuesta.

El modelo de causalidad lineal, busca explicar y predecir los fenómenos naturales por medio de ecuaciones lineales[27]; fue un triunfo de la revolución científica del siglo XVII sobre la tradición aristotélica – medieval. Esta última, postuló un motor inmóvil como la causa primera de todo el movimiento en el mundo.

Se reemplaza, en palabras de Rolando García, la concepción del mundo compuesto por sustancias con sus propiedades, según Aristóteles, por un mundo donde prevalecen las relaciones. Por lo tanto el objeto de estudio "…se define por sus relaciones y no las relaciones por la naturaleza del objeto…"[28]. Se origina un nuevo modo de interrogar la naturaleza y consecuentemente un nuevo tipo de respuestas.

Morin agrega al respecto, que la ciencia galileana, elimina positivamente al sujeto, esto se justifica al considerar a los objetos de estudio independientes del sujeto observador, en tanto estos objetos pueden ser observados y explicados en sí mismos. El autor expone además, que la idea de un universo de hechos objetivos librado de juicios valorativos e interpretaciones subjetivas ha sido el bastión de la ciencia moderna.

La concepción moderna de la ciencia considera que los fenómenos naturales se deben explicar en términos de causalidad. El Empirismo lógico, en especial el Círculo de Viena constituye la posición epistemológica que mejor expresa la visión moderna de la ciencia y que ha sido cuestionada a partir de mediados del siglo XX por diversos autores.

---

[27] Ecuaciones lineales: Una ecuación lineal se caracteriza por tener una única solución, los fenómenos que responden a las ecuaciones lineales tienen una trayectoria única. Extractado de Gómez, Félix, Tesis doctoral *Propuesta de un modelo de desarrollo científico basado en la Teoría de la Complejidad.* Universidad Nacional de Lanús. Departamento de Humanidades y Artes. Doctorado en Filosofía. 2011

[28] García, Rolando. S*istemas complejos. Conceptos, método y fundamentación epistemológica de la investigación interdisciplinaria.* 1ª Edición. Barcelona – España. 2006. pp. 114

A mediados del siglo XX las numerosas críticas a los cánones establecidos por el círculo de Viena condujeron, nuevamente, a profundos cambios en la concepción de ciencia (nivel epistemológico) y en la concepción del mundo y su forma de describirlo (nivel científico). A partir de esta crisis cobra relevancia la idea de *organización*, donde el punto focal ya no son las relaciones sino las relaciones entre relaciones.

García expresa que el tema central en muchos campos dominantes de la ciencia comienza a ser "…los fenómenos que involucran procesos de evolución y cambio cualquiera sea su naturaleza (física, química, biológica y además social), que tienen lugar en conjuntos organizados cuyo análisis no es fragmentable en conjuntos aislados…"[29].

La ciencia posmoderna, así, introduce la idea de objeto de estudio como un conjunto organizado, concebido y explicado desde la teoría de sistemas, en principio, para evolucionar luego a la teoría de sistemas complejos.

Segundo punto: perspectiva teórica que permitió definir la pregunta de investigación y construir nuestro objeto de estudio

Si bien la problemática en estudio se pensó inicialmente desde un marco de causalidad lineal, no fue esta perspectiva teórica la que facultó desarrollar el problema de investigación. Es a partir de la identificación del *síndrome de incertidumbre laboral* que visualizamos las limitaciones de esta perspectiva teórica para abordar el problema propuesto (las razones de la aparición del SILE). Desde la teoría de Sistemas Complejos, como propuesta teórica y con elementos que ésta propone, pudimos precisar el interrogante e identificar nuestro objeto de estudio como un sistema complejo, entendido este como:

> "…un sistema en el cual los procesos que determinan su funcionamiento son el resultado de la confluencia de múltiples factores que interactúan de tal manera que el sistema no es descomponible (...) por lo tanto ningún sistema complejo puede ser

[29] Ibídem. pp. 117

descripto por la simple adición de estudios independientes sobre cada uno de sus componentes…"[30].

Los elementos sobre los que se organiza el eje teórico de la perspectiva de Sistemas Complejos son los indispensables para describir y explicar la relación entre los procesos que se dan en lo que hemos construido como objeto de estudio: la diversidad de factores que en su entramado dan lugar a la emergencia del SILE.

Comenzaremos presentando una concepción de *complejidad*, seguida con la conceptualización de *sistemas* y *sistemas complejos* para finalmente abordar el *caso particular de las organizaciones de cuidado de salud como sistemas complejos*.

3. 1. 1. Complejidad

Con respecto a la complejidad Edgar Morin señala que la "…misma no puede más que expresar nuestra turbación, nuestra confusión, nuestra incapacidad para definir de manera simple, para nombrar de manera clara, para poner en orden nuestras ideas…", agrega además, "…que es complejo aquello que no puede resumirse en una palabra maestra, aquello que no puede retrotraerse a una ley, aquello que no puede resumirse a una idea simple…"[31]. Lo anterior, sería un avance en la caracterización negativa para comprender la categoría "complejidad". Progresemos ahora en su caracterización positiva.

A *prima facie* la complejidad se concibe como un tejido de elementos heterogéneos, vinculados estrechamente entre sí, en los que se puede identificar a la vez lo uno y lo múltiple. Morin reconoce que, en efecto, la complejidad es un entramado de eventos, acciones, interacciones, retroacciones, determinaciones, azares que conforman nuestro mundo fenoménico.

La complejidad presenta, además, una serie de rasgos que se pueden caracterizar como angustiantes, entre ellos podemos mencionar el desorden, lo inextricable, lo enredado, la ambigüedad, lo incierto, la incertidumbre entre otras. El conocimiento, en

[30] Ibídem. pp. 182

[31] Morin, Edgar. *Introducción al pensamiento complejo.* 5ª reimpresión. Editorial Gedisa. Barcelona – España. 2001. pp. 21

sentido tradicional, advierte Morin, pretende ordenar los fenómenos y por lo tanto rechaza las características antes mencionadas, pero este ejercicio, también, elimina otros rasgos propios de la complejidad.

Uno de los primeros dominios científicos que incorpora la teoría de la complejidad a su acervo teórico es la Física, pero no el único. Con el correr del tiempo los fenómenos antropo – sociales, también evidencian la necesidad de ser conceptualizados desde la complejidad.

Morin indica que el surgimiento del paradigma de la complejidad podrá ser posible a partir de la sustitución del paradigma de "…disyunción – reducción - unidimensionalización… por el paradigma de la distinción/conjunción…"[32] que permita distinguir sin desarticular y asociar sin reducir. Aparece así un nuevo orden complejo de los fenómenos.

García advierte que el término *complejidad* no tiene definición como sustantivo, lo que se define habitualmente es el adjetivo *complejo*, también indica que es necesario precisar el término para el evento en el que será empleado.

Morin plantea una serie de vías que transita la complejidad. Presentamos una descripción concisa de cada una de ellas a partir del desarrollo de las mismas, formulado por Félix Gómez[33].

Primera vía. Azar y desorden: por medio de la teoría termodinámica del calor[34] se introduce este concepto en el campo de la Física. La definición de azar y desorden hacen desaparecer la concepción que afirma que desde un punto inicial se puede deducir una secuencia ordenada de sucesos. La presencia de azar y desorden hacen imposible resolver la incertidumbre.

Segunda vía. Abandono de los límites: Gómez señala que los límites que se abandonan son los establecidos por las ciencias naturales, como es la singularidad, la localidad y temporalidad. Agrega además, que la Física relativista ha forzado el

[32] Ibídem. pp. 34
[33] Gómez, Félix. ob. cit., pp. 71
[34] Termodinámica del calor: agitación a nivel de las estructuras atómicas y moleculares. Extractado de Gómez, Félix. Tesis doctoral *Propuesta de un modelo de desarrollo científico basado en la Teoría de la Complejidad.* Universidad Nacional de Lanús. Departamento de Humanidades y Artes. Doctorado en Filosofía

abandono de una concepción de un espacio y un tiempo absolutos. Por lo tanto la situación o posición del observador determina las mediciones.

Tercera vía. Complicación: Se puede conceptualizar a la complicación como un enredo o dificultad que se origina a partir del encuentro de diversas cosas. Los fenómenos biológicos y sociales, dice Gómez, presentan un entramado de interacciones que superan las posibilidades de resolución de las computadoras más potentes.

Cuarta vía. Desorden y organización: del vínculo incompatible pero obligado, entre estas dos nociones emerge el orden a partir del ruido. "…El principio *order from noise* formulado por Heinz von Forster a finales de los años 50, significa que los fenómenos ordenados pueden surgir de la turbulencia desordenada…"[35].

Quinta vía. Complementariedad de lo uno y lo múltiple: el principal ejemplo de esto es el sistema que a partir de diversos elementos conforma una organización unida. Lo uno y lo múltiple no pueden, por lo tanto, separarse en entidades diferenciadas ni fusionarse entre sí.

> El sistema, cita Gómez, "… es a la vez más y menos que la suma de las partes. En un artículo titulado *A propos de la complexité*, Morin presenta un ejemplo ilustrativo: todo individuo lleva en sí múltiples posibilidades de realización, posibilidades que la sociedad, las normas y las condiciones generales del entorno restringen. Cada individuo concreta alguna de éstas…"[36].

Sexta vía. Principio hologramático: este principio indica que cada punto de un holograma tiene toda la información del conjunto. Se advierte que solo una fracción de esa información se expresa en cada punto hologramático. Este principio puede aplicarse tanto a los individuos, en cuanto organización biológica y social, como a los fenómenos sociales.

Séptima vía. Crisis de los conceptos cartesianos de claridad y distinción: esta vía hace referencia a la crisis en los criterios de demarcación, atribuidos a los

[35] Gómez, Félix. Tesis doctoral *Propuesta de un modelo de desarrollo científico basado en la Teoría de la Complejidad.* Universidad Nacional de Lanús. Departamento de Humanidades y Artes. Doctorado en Filosofía. 2011. pp. 73
[36] Ibídem. pp. 74

neopositivistas, entre lo que se considera ciencia y no ciencia. Gómez señala que esta crisis supera los criterios de demarcación y se extiende al límite existente entre el objeto y su entorno.

Octava vía. Presencia del observador: en las ciencias sociales el sujeto y objeto se identifican en la persona, el ser humano. Hay una interrelación y una mutua correspondencia entre el observado y el observador. Resulta por lo tanto que las ciencias sociales tuvieron que abandonar la idea de objetividad al momento de conocer el objeto construido. "…En su lugar, las reglas de la complejidad señalan la necesidad de integrar al observador con el objeto de su observación…"[37].

Novena y última vía. La contradicción: en términos lógicos una contradicción tiende a eliminar una de las partes, pero la microfísica a través del conflicto entre las concepciones corpuscular y ondulatoria de las partículas elementales ha demostrado que éstas pueden complementarse y no necesariamente una eliminar a la otra.

3. 1. 2. Sistemas

En palabras de Rolando García un sistema es una "… representación de un recorte de la realidad (...) que sea analizable como una totalidad organizada, en el sentido de tener un funcionamiento característico…"[38]. Se entienden como funcionamiento del sistema a la combinación de actividades que puede realizar el mismo a partir de la relación de las funciones de sus partes.

García clasifica a los sistemas en dos grandes grupos diferenciados[39]: en el primero de ellos se describen los sistemas descomponibles, mientras que en el segundo grupo se presentan los sistemas no-descomponibles.

En el primero, las partes constitutivas del mismo se pueden aislar y transformarse independientemente una de otras, una parte puede modificarse sin alterar las otras. Por lo tanto un sistema descomponible sofisticado puede catalogarse como complicado pero no complejo. Ejemplo de esto, de acuerdo al autor, es una casa.

---

[37] Ibídem. pp. 75
[38] García, Rolando. *El conocimiento en construcción. De las formulaciones de Jean Piaget a la teoría de sistemas complejos.* Editorial Gedisa. Barcelona – España. 2000. pp. 68
[39] Ibídem. pp. 68

En la segunda clase encontramos los sistemas no-descomponibles. Estos son "…sistemas constituidos por procesos determinados por la confluencia de múltiples factores que interactúan de tal manera que sus partes no son aislables…"[40]. En consecuencia las partes o componentes de este tipo de sistema dependen una de las otras, la modificación en una de ellas, modificará el resto. Cada componente debe ser explicado en función del todo. A diferencia de los primeros, a estos se los puede caracterizar como sistemas complejos.

3. 1. 3. Sistemas complejos

Un sistema complejo es definido por García como la unión de múltiples procesos cuyas interrelaciones componen la estructura de un sistema que actúa como una totalidad organizada. García menciona como otra característica, la heterogeneidad de los elementos componentes y principalmente lo que éste denomina "…la interdefinibilidad y mutua dependencia de las funciones que cumplen dichos elementos dentro del sistema total…"[41].

Un sistema complejo no es igual que un sistema complicado. El reloj mecánico es el clásico ejemplo de lo que sería un sistema complicado, en este se identifica y caracteriza el movimiento de cada pieza que corresponde exactamente al movimiento de las otras piezas de la máquina reloj, todas ellas son determinadas por un mecanismo pre-establecido. Por el contrario en el sistema complejo los elementos constitutivos heterogéneos e interdependientes se relacionan entre sí de manera no determinista. En estos sistemas las mismas condiciones de inicio, producen salidas diferentes, dependiendo de las interacciones entre los elementos.

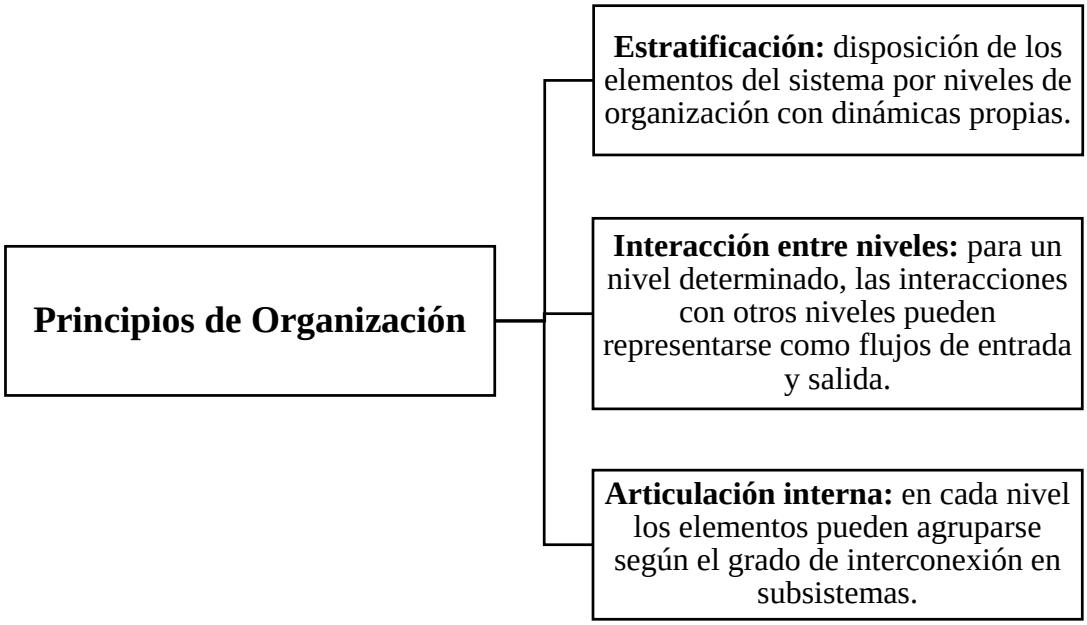
Como empíricamente resulta imposible abordar todos los elementos de un sistema determinado, incurrimos en la generalización estéril de que todo interactúa con todo, dice García. Consecuentemente, se deberá estudiar un número limitado de elementos extraídos del sistema complejo, en función de los objetivos planteados para cada

[40] Ibídem pp. 68
[41] García, Rolando. *Interdisciplinariedad y sistemas complejos.* En Leff, E. (compilador) *Ciencias Sociales y Formación Ambiental*. Editorial Gedisa. UNAM. Barcelona – España. 1994

investigación. Para ello el autor propone dos principios, el de organización y evolución[42]que se presentan en los siguientes esquemas.

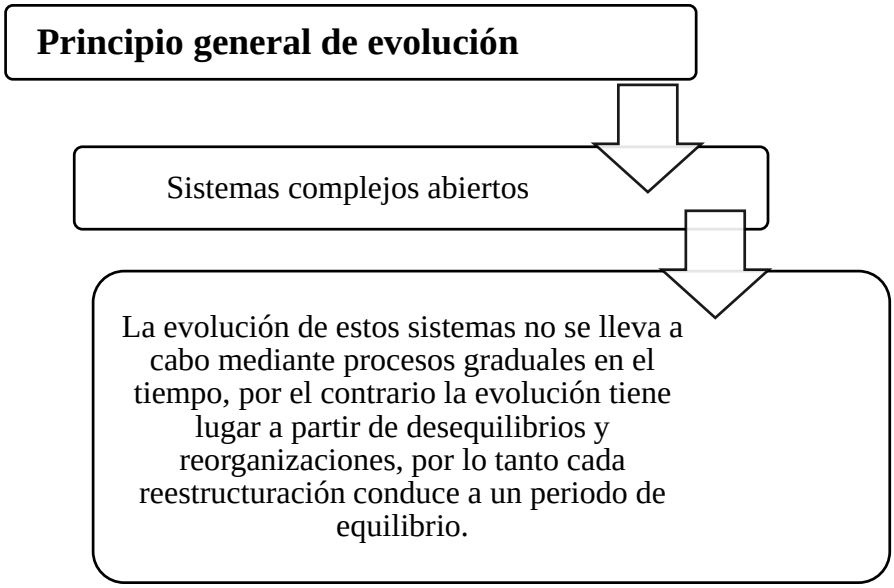
[42] García, Rolando. *El conocimiento en construcción. De las formulaciones de Jean Piaget a la teoría de sistemas complejos.* Editorial Gedisa. Barcelona – España. 2000. pp. 68

Esquema N° 1: Principios de Organización



Fuente: García, Rolando. ***El conocimiento en construcción. De las formulaciones de Jean Piaget a la teoría de sistemas complejos.*** **Editorial Gedisa. Barcelona – España. 2000. Elaboración propia**

Esquema N°2: Principio de Evolución



Fuente: García, Rolando. ***El conocimiento en construcción. De las formulaciones de Jean Piaget a la teoría de sistemas complejos.*** **Editorial Gedisa. Barcelona – España. 2000. Elaboración propia**

Concebir el objeto de estudio, de la investigación, como un sistema complejo requiere, según García, una serie de consideraciones teóricas que se exponen a continuación.

Definibilidad de un sistema complejo

Primero: de acuerdo a los expuesto por el autor "…el sistema no está definido, pero es definible…"[43]. La definición del sistema en cuestión surge durante el proceso de investigación, por lo que para cada investigación la definición será única.

Segundo: las características de los sistemas complejos no son observables en forma directa, en el sentido que postuló el empirismo lógico, señala García. Por el contrario "…suponen una previa construcción de relaciones por parte del sujeto…"[44].

Tercero: a partir de considerar los hechos empíricos y la teoría[45] en conjunto surgen las características de los sistemas. En otras palabras las características que observamos en un sistema no se originan exclusivamente en el plano empírico y tampoco son elaboradas únicamente desde las concepciones teóricas.

Cuarto: García explica que la función solidaria de la teoría consiste en tornar claros los hechos, organizarlos, jerarquizarlos y explicarlos en términos de causalidad no lineal.

Componentes de un sistema complejo

Construir un sistema, según García, significa "…elegir los elementos abstraídos del material…empírico…e identificar un cierto número de procesos entre dicho conjunto de elementos…"[46]. Para el autor es imprescindible reconocer que los procesos no son los datos dados empíricamente, ni es la interpretación de esos datos, son las relaciones identificadas o inferidas entre los elementos del conjunto.

---

[43] García, Rolando. S*istemas complejos. Conceptos, método y fundamentación epistemológica de la investigación interdisciplinaria.* 1ª Edición. Editorial Gedisa. Barcelona – España. 2006. pp. 39
[44] Ibídem. pp. 42
[45] Teoría: García emplea el término teoría en un sentido muy amplio, que incluye no solamente a las teorías científicas formulas con cierto rigor, sino también, al conjunto de afirmaciones y suposiciones, explicitas e implícitas, sobre la base de las cuales un investigador establece sus hipótesis. En García, Rolando. S*istemas complejos. Conceptos, método y fundamentación epistemológica de la investigación interdisciplinaria.* 1ª Edición. Editorial Gedisa. Barcelona – España. 2006
[46] García, Rolando. *El conocimiento en construcción. De las formulaciones de Jean Piaget a la teoría de sistemas complejos.* Editorial Gedisa. Barcelona – España. 2000. pp. 71

Los elementos del sistema no son independientes, por el contrario se determinan mutuamente.

El limitar[47] un sistema implica dos problemas "…1) la definición de los límites en forma tal que reduzca al mínimo la arbitrariedad en el recorte del mismo y 2) la forma de tomar en cuenta las interacciones del sistema con el medio externo…"[48].

Por lo tanto un conjunto de relaciones formará la estructura del sistema. La elección de estas relaciones no es azarosa ni sistemática, está guiada por el interrogante y los objetivos que plantea la investigación. Por esta razón el sistema construido en el contexto de una investigación determinada es único.

3. 1. 4. Los sistemas de cuidado de salud como sistemas complejos

La teoría de los Sistemas Complejos brinda un enfoque interesante para abordar las organizaciones humanas complejas, dado que como establece Raymond Thietart los subsistemas que los integran interactúan entre sí de diversas maneras componiendo una multiplicidad de bucles[49] de acción y reacción. Esto hace que el sistema presente una actuación mucho más rica y compleja que la simple sumatoria de las acciones individuales.

En un artículo de 1995 [50] Thietart y Bernard Forgues proponen el Modelo de Sistema Dinámico no Lineal, potencialmente caótico para las organizaciones, señalando que las fuerzas que interaccionan dentro del sistema son, por un lado, fuerzas de estabilización que ayudan al control, la planificación y la permanencia de la estructura de la organización y por otra parte fuerzas de inestabilidad como las provocadas por la iniciativa individual y la innovación y que conducen al cambio. Esta combinación de fuerzas impulsan a las organizaciones hacia el caos matemático, esto es una situación de equilibrio inestable y dinámico en los cuales el sistema se modifica permanentemente, lo

[47] El término limites, en este contexto, no se refiere solamente a las fronteras físicas

[48] García, Rolando. S*istemas complejos. Conceptos, método y fundamentación epistemológica de la investigación interdisciplinaria.* 1ª Edición. Editorial Gedisa. Barcelona – España. 2006. pp. 48

[49] El concepto de bucle es típico de la teoría de los Sistemas Dinámicos no Lineales. El sistema se retroalimenta y esta retroalimentación puede ser positiva amplificando los efectos como en el acople de un micrófono y parlante o negativa

[50] Thietart, R.A. y Forgues B. *Caos Theory and organization*. Volumen 6. N° 1. Organization Sciencie.1995

cual hace imposible la predicción a largo plazo y en el que las prácticas exitosas del pasado resultan ineficaces y deben modificarse para lograr los resultados requeridos.

La adopción de esta concepción permite preparar a las organizaciones para un futuro desconocido al que lo conducen las iniciativas de gestión, la innovación y la asunción de riesgos.

En el caso particular de las organizaciones de cuidado de salud la aplicación de la teoría de Sistemas Adaptativos Complejos puede verse en su especificidad. Las organizaciones de salud presentan una diversidad de formas de organización y de interacciones entre los subsistemas involucrados, en su relación con otras organizaciones tanto de salud como de otro tipo, por lo que la dinámica interna no puede estudiarse con un modelo rígido y simple.

Las organizaciones de salud, al igual que otras organizaciones se han estudiado tradicionalmente como sistemas mecánicos. La metáfora de la máquina lleva a considerar que si el sistema no funciona como estaba previsto se debe identificar la parte responsable del mal funcionamiento y reemplazarla. Si lo que falla es la coordinación, se deben ajustar las interconexiones entre las partes del sistema. Este modelo de organización, como cualquier otro, es de hecho una simplificación de la realidad. Como dice Geoffrey Goldstein "…todos los modelos están equivocados, pero hay algunos que funcionan mejor que otros…"[51]. Con esto en vista, cuando no se puede avanzar en la atención sanitaria por falta de coordinación, racionalización e integración entre los diversos niveles y dentro de cada nivel, resulta claro que el modelo mecánico no resulta

[51] Traducción *ad hoc* de conferencia de Goldstein incluida en la serie *Complejidad, no linealidad y psique*. Recuperado el 5/03/2016. Desde <http://www.psychomedia.it/pm/science/nonlin/front/goldlec2.htm> Psychomedia Complexity, Non-linearity and Psyche
The 7 Conferences Nuove frontiere della scienza, coordinated by M. Pigazzini
Organizations as Nonlinear Systems: Implications for Managers by Jeffrey Goldstein
Lecco, July 3 1997, Auditorium A.P.I.
El punto no es que un concepto o imagen de una organización es verdadero y los otros son falsos. Como el profesor de uno de mis colegas dijo a su clase un día: "Todos los modelos están equivocados, pero algunos modelos son mejores que otros." De hecho, las teorías del caos, de los sistemas dinámicos no lineales y la de la complejidad, están ofreciendo un nuevo modelo alternativo de lo que son las organizaciones, un modelo que, en aspectos importantes, es mejor que los modelos anteriores. Este nuevo modelo está proporcionando no sólo los nuevos constructos teóricos, sino que tiene importantes implicaciones sobre cómo los administradores pueden gestionar de manera más efectiva. Este nuevo modelo presenta maneras de ir sobre la gestión que pueden ser más útiles que los modelos anteriores.

adecuado. Esto ha llevado a la utilización de los sistemas complejos adaptativos, en particular a partir de la década de 1960, y así la concepción sistémica, ha producido una mejor interpretación de las organizaciones de atención de salud.

Este nuevo encuadre teórico requiere una adecuación en la metodología de investigación. En lugar de centrar la indagación en una perspectiva positivista en la que las hipótesis son sometidas a contrastación empírica debe buscarse un nuevo marco en el que se alcance la legitimación de las hipótesis de otro modo. Esto se torna dificultoso ya que en un sistema complejo, la emergencia y la auto-organización son fluidos. Conceptos centrales como el de *liderazgo*, por ejemplo, que se resisten a una medición directa pueden expresarse mediante metáforas discursivas suponiendo que el liderazgo es un "…atractor extraño…".[52] Del mismo modo, otras relaciones existentes entre los miembros de las organizaciones fluctúan permanentemente.

> "…La complejidad se refleja en el número, variedad y fragmentación de los actores involucrados en la prestación de asistencia sanitaria: pacientes potenciales (usuarios de prácticas de prevención), pacientes reales, profesionales, organizaciones proveedoras, organizaciones compradoras (que incluyen grandes empleadores que contratan servicios para sus empleados), aseguradoras, y proveedores..." [53] .

Como resulta claro en la cita, no se ha mencionado la diversificación entre médicos y enfermeros como tampoco la presencia de otros actores como personal administrativo, personal de limpieza y maestranza, familiares de los pacientes, entre otros. A medida que el tipo y el número de actores se incrementa, la complejidad crece.

[52] El concepto de *atractor* es central en la teoría del Caos y se representa visualmente mediante ciertas representaciones gráficas en el comportamiento del sistema. El patrón de "alas de mariposa" es uno de los tantos atractores extraños El atractor extraño señala al sistema como una organización que tiene historia porque el sistema que se encuentra siempre en equilibrio inestable, se modifica permanentemente en pos de la adaptación, siguiendo una trayectoria que nunca vuelve a estados previos.

[53] Traducción ad hoc de pp 271 Begun, James W., Zimermman Brenda y Dooley Kevin : *Health Care Organizations as Complex Adaptative Sytems* , capítulo publicado en Mick , S.M.y Wyttenbach, M. Advances in Health Care Organization Theory , San Francisco; Jossey-Bass. 2003. pp 253 a 288

Y esto conduce a la incapacidad de diagnosticar y diseñar intervenciones eficaces para la innovación y mejora de la asistencia sanitaria basados en la coordinación y el control.

3. 2. Posición epistemológica asumida

A partir de la premisa de que no existe metodología sin supuestos epistemológicos ni epistemología sin sustento metodológico entendemos que se justifica la incorporación de un apartado epistemológico en esta tesis.

Para este contexto definimos a la metodología como"…la porción central de un *continuum* de análisis crítico (…) entre los postulados epistemológicos que hacen posible el conocimiento y la elaboración de las técnicas de investigación…". La metodología nos permite recortar la realidad a estudiar, transformar los hechos de la naturaleza y lo social en datos, seleccionar las técnicas cuantitativas y/o cualitativas, las matrices de datos, las unidades de análisis, las variables intervinientes, los criterios de evaluación, la recolección de datos y su posterior análisis. En resumen, asocia todos los elementos necesarios para poner en acción el proceso mismo de investigación.

Para abordar viejos y nuevos problemas de investigación y dar paso a nuevos conocimientos, los científicos, los metodólogos y epistemólogos deberían resignar el ideal dogmático de la existencia de un solo método para las ciencias. Recurrimos a la perspectiva de epistemología ampliada como marco filosófico, entre otros, desde el cual se pretende situar, construir e interpretar nuestro objeto de estudio.

A continuación, se realiza una brevísima presentación de la epistemología tradicional, también, denominada línea hegemónica o fundadora[54]. Describimos esta perspectiva porque es, aun en la actualidad, la epistemología predominante en las investigaciones en el campo disciplinar de enfermería y otros. Pero la consideramos insuficiente para abordar una problemática como la planteada en esta investigación. Continuamos luego con el desarrollo general de una epistemología alternativa a la primera, la que algunos autores denominan epistemología ampliada al ámbito político social[55].

[54] Díaz, Esther. *Entre la tecnociencia y el deseo. La construcción de una epistemología ampliada*. Buenos Aires – Argentina. Editorial Biblos. 2010. pp. 19
[55] Ibídem. pp. 24

La disposición para conocer se remonta a los comienzos de la humanidad. Los griegos ya distinguían el conocimiento verdadero, *episteme*, del conocimiento común o la mera opinión, la *doxa.* Pero es recién en los primeros decenios del siglo XX, en que la reflexión sobre el conocimiento científico se consolida como una disciplina filosófica autónoma, denominada Epistemología.

En palabras de Esther Díaz la Epistemología es una disciplina filosófica que se encarga de discutir y reflexionar cómo "…el científico concibe y construye teorías científicas…", la autora además, identifica la Epistemología con la denominación de "…filosofía de la ciencia…"[56]. Por su parte la Real Academia Española la define como la doctrina de los fundamentos y métodos del conocimiento científico.

En el año, 1922 un grupo de filósofos e intelectuales conformaron una sociedad de indagación sobre el conocimiento científico, conocida como el Círculo de Viena. Este movimiento formado en la ciudad que lleva ese nombre en Austria, se abocó fundamentalmente a la lógica de la ciencia y fundaron lo que luego se identificaría como epistemología tradicional o línea fundadora.

Autodenominados empiristas o positivistas lógicos, el propósito primordial del Círculo fue fusionar todas las ciencias, en lo que posteriormente se conocería como monismo metodológico[57]. Desde esta perspectiva científica – matemática del mundo, se abocaron al análisis lógico del lenguaje con técnicas y métodos matemáticos.

Díaz señala que esta línea "…sostiene que la epistemología debe concentrarse en la estructura lógica de las teorías sin atender a los problemas de la relación entre la ciencia y los contextos sociales…"[58]. Esta línea teórica se centra en el contexto de justificación, ignorando el contexto de descubrimiento[59].

---

[56] Díaz, Esther. *Metodología de las ciencias sociales.* Buenos Aires – Argentina. Editorial Biblos. 4ª reimpresión. 2010. pp 18
[57] Ibídem. pp 23
[58] Ibídem. pp 24
[59] Con fines de análisis suele afirmarse que la producción y posterior validación de las teorías científicas responden a dos ámbitos diferentes: contexto de descubrimiento y contexto de justificación. El primero, comprende la manera en que los investigadores arriban a sus conjeturas, hipótesis. Este contexto de inscribe en el devenir personal del científico, en sus relaciones de poder, en sus sueños y en todo aquello que pueda influir en la enunciación de sus teorías. El segundo, en cambio abarca todo lo relativo a la validación del conocimiento científico; por lo tanto se refiere a la estructura lógica de las teorías y su posterior puesta a prueba. Extractado de Díaz, Esther. *Metodología de las ciencias sociales.* Buenos Aires – Argentina. Editorial Biblos. 4ª reimpresión. 2010. pp 24

A partir de la consolidación de la idea de un solo método para todas las ciencias, trazan una línea entre aquellas disciplinas que pretenden ser ciencia y aquellas que no lo son. El criterio fundante de distinción entre disciplinas científicas y no científicas fue la adopción del método de las ciencias naturales.

La incorporación y aceptación de un solo método, postura denominada *monismo metodológico*, no solo se impuso en las ciencias naturales sino también se extendió al campo de las disciplinas sociales. Estas últimas, según los neopositivistas, deben reducirse al método de las ciencias naturales si aspiran a ser reconocidas como ciencias.

Los integrantes del Círculo de Viena, luego del ascenso del nazismo en Austria en 1936, se vieron obligados a huir a otros países, principalmente a Estados Unidos, lo que originó la disolución del movimiento. Muchos de estos científicos y filósofos continuaron desarrollando su Filosofía, el Positivismo lógico, ya no como una asociación, sino de forma diferente en el país que les dió hospitalidad, articulándose con nuevos pensadores.

A las corrientes sucesoras de este movimiento, desarrolladas en Europa y principalmente en Estados Unidos, se les suman en el tiempo otras perspectivas filosóficas, todas ellas denominadas actualmente neopositivistas o simplemente positivistas. A pesar de las discrepancias entre estas líneas, logran conciliar algunos puntos, entre los que podemos mencionar:

- ✓ La convicción de que la razón humana se reduce a los límites de la racionalidad científica.
- ✓ La exigencia de unificar y formalizar el lenguaje de la ciencia, a través del lenguaje de la Matemática.
- ✓ La prescripción de la neutralidad ética de la ciencia.
- ✓ El mandato de que la Epistemología debe concentrarse en la estructura lógica, contexto de justificación o historia interna de las teorías sin atender a los problemas de la relación ciencia – sociedad.
- ✓ La determinación de un solo método para todas las ciencias: el monismo metodológico.

Si concebimos a la ciencia como el quehacer científico emergente de prácticas sociales epocales, es pertinente suponer que la ciencia no está dada de una vez para

siempre. Los enunciados y teorías científicas son cambiantes en cuanto a su cientificidad y valor de verdad, no solo de un momento histórico a otro sino en el mismo momento. Esto nos abriría el camino a otros tipos de Epistemologías.

A mediados y fines del siglo XX, el movimiento identificado como Epistemología ampliada, alternativa, crítica a la concepción heredada o línea fundadora, comenzó a reflexionar sobre la ciencia como un fenómeno integral, sin limitarse únicamente a los aspectos lógico – metodológicos, atendiendo además del contexto de justificación, al contexto de descubrimiento.

La Epistemología ampliada, agrega a la definición de Epistemología de la concepción heredada, el análisis de las "…condiciones históricas que posibilitan los modos de acceso al conocimiento…"[60]. Se concibe a la ciencia desde un contexto histórico, además, considera que es importante estudiar de qué manera todos los actores involucrados con la investigación científica influyen en la aceptación o el rechazo de las teorías.

De acuerdo a lo expresado por Díaz, la concepción de Epistemología ampliada nos posibilita el encuentro con nuestro objeto de estudio, no sólo desde la racionalidad de los métodos, sino fundamentalmente a través de la comprensión de las luchas de poder, los procesos históricos, los factores socio – económicos y los idearios colectivos preponderantes en el contexto de esta investigación.

En el siguiente cuadro se presentan las principales características de la corriente de Epistemología Ampliada.

[60] Ibídem. pp. 47

Cuadro N° 1: Principales características de Epistemología Ampliada

A fines del siglo XX, surge como una corriente opuesta a la concepción heredada o línea fundadora, el movimiento identificado como epistemología ampliada, alternativa o crítica
Esta perspectiva agrega a la definición de Epistemología, el tema del análisis de las condiciones históricas que posibilitan los modos de acceso al conocimiento, para que una comunidad científica establezca acuerdos sobre problemas, métodos, simbologías y estados de las cosas
Reflexiona sobre la ciencia como un fenómeno integral, sin limitarse únicamente a los aspectos lógico – metodológicos
Concibe a la ciencia desde un contexto histórico, por lo tanto, contempla las relaciones de poder social
Considera que también es importante estudiar de qué manera los investigadores inciden en la aceptación o el rechazo de las teorías, más allá de su pertinencia teórica
Reconoce la responsabilidad moral de los científicos
Analiza los factores políticos, sociales, y económicos
Considera a la cultura imperante

Fuente: Díaz, Esther. Metodología de las ciencias sociales. Buenos Aires – Argentina. Editorial Biblos. 4ª reimpresión. 2010 y Díaz, Esther. Entre la tecnociencia y el deseo. La construcción de una epistemología ampliada. Buenos Aires – Argentina. Editorial Biblos. 2010. Elaboración propia

Capítulo IV

Categorías analíticas

4.1. Condiciones laborales de los enfermeros: introducción

Para introducirnos en este tema, partimos de la concepción de trabajo como "…un componente central en la conformación de la subjetividad e identidad social de los individuos y colectivos…"[61].Adherimos a esta posición, no obstante debemos considerar que también, el mismo trabajo en ocasiones puede ser causa de accidentes, enfermedades y estrés que afecta la salud y bienestar de los trabajadores.

La conexión entre trabajo y trabajador, según explica Hugo Spinelli, es compleja y recíproca. El autor, agrega además, que esta relación debe ser concebida en el contexto de trabajo del trabajador. "…Entre los trabajadores de la salud, el proceso de trabajo moviliza a los sujetos en su totalidad: en cuerpo, en intelecto, con emociones diversas que circulan del llanto a la alegría y en su capacidad relacional…"[62].

Las organizaciones de salud, como es el caso de los hospitales, presentan una dinámica de trabajo diferente a otras organizaciones. La organización institucional se caracteriza por su "…singularidad y complejidad…"[63], esto se debe en gran medida a que este tipo de entidades trabajan con la salud, la enfermedad y el cuidado, todos estos procesos complejos, en sí mismos a lo cual se le agrega el hecho de que funcionan los 365 días del año, 24 horas por día y atendiendo emergencias permanentemente.

El Consejo Internacional de Enfermería señala que en las instituciones sanitarias "… hay algunos elementos esenciales…" que en su conjunto constituyen las condiciones de trabajo de los enfermeros. Estos elementos generalmente "… fortalecen y favorecen a los profesionales de enfermería, a su vez, tienen consecuencias positivas para los pacientes y la economía de la organización…". En ocasiones estos mismos elementos influyen de manera negativa en los enfermeros, lo que genera "…entornos de

[61] Spinelli, H., Trotta, A., Guevel C. y Coll. *La salud de los trabajadores de la salud. Trabajo, empleo, organización y vida institucional en hospitales públicos del aglomerado Gran Buenos Aires, Argentina, 2010-2012*. OPS/OMS Argentina. CABA – Buenos Aires. 2013. Recuperado el 22/06/2014, desde <http://www.paho.org/arg/images/gallery/pub69.pdf?ua=1> pp. 5
[62] Ibídem. pp. 7
[63] Ibídem. pp. 7

trabajo poco saludables, los cuales, afectan a la salud física y psicológica…"[64] de los trabajadores de la salud por el estrés que causan.

El Consejo menciona una serie de factores que se relacionan con el estrés laboral, entre los que podemos destacar los que se incluyen en el siguiente cuadro.

Cuadro N° 2: Factores relacionados con el estrés laboral

Factor	*Definición*
Condiciones laborales	Los turnos y el trabajo en fines de semana, la remuneración inadecuada, los horarios de trabajo, el conflicto, la discriminación, el peligro en el entorno laboral.
Las relaciones en el trabajo	la calidad de las relaciones con los compañeros, subordinados o supervisores
El conflicto y la ambigüedad en las funciones	Los roles, funciones, expectativas y deberes mal definidos.
La estructura y el ambiente de la organización	La política y la práctica de la comunicación, los cambios importantes en el lugar de trabajo, la cultura de la organización, la falta de participación en la adopción de decisiones.
La superposición trabajo - familia	Exigencias de tiempo y expectativas contrapuestas
Desarrollo de la carrera profesional.	Infrautilización de las capacidades o imposibilidad de llegar al potencial pleno, cambiar a una posición mal adaptada a las capacidades e intereses de la persona, expectativas laborales imprecisas, inseguridad en el puesto de trabajo y falta de oportunidades para aprender y avanzar
Naturaleza del puesto de trabajo	La cantidad de empuje físico y emocional que se precisa, la carga y el ritmo de trabajo.

Fuente: Consejo Internacional de Enfermería

[64]Consejo Internacional de Enfermería. Recuperado el 20/06/2014. Desde <http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact_sheets/17d_FSEntornos_positivos_practica_profesionales_atencion_salud-Sp.pdf>

4. 1. 1. Condiciones laborales analizadas por el Consejo Internacional de Enfermería

El Consejo internacional de enfermería (CIE) es una federación de más de 130 Asociaciones Nacionales de Enfermeras (ANE) que representan a los enfermeros de todo el mundo. Fundado en 1899, el CIE es la primera y más amplia organización internacional de profesionales de enfermería. Dirigido por enfermeros, trabaja en el plano internacional para: procurar cuidados de enfermería de calidad, promover políticas de salud acertadas en todo el mundo, fomentar el avance de los conocimientos de enfermería e impulsar la presencia mundial de una profesión de enfermería respetada y recursos humanos competentes y satisfactorios.

La finalidad del CIE "…es representar a los enfermeros mundialmente en el ámbito internacional…". Los objetivos que persigue está federación comprenden:

→ "…Influir en la política de enfermería, social y de salud y en las normas profesionales y socioeconómicas en todo el mundo.

→ Ayudar a las asociaciones nacionales de enfermeros (ANE) a mejorar las normas de la enfermería y la competencia de los enfermeros.

→ Promover el fortalecimiento de asociaciones nacionales fuertes de enfermeros.

→ Representar a los enfermeros y a la enfermería en el plano internacional.

→ Establecer, recibir y gestionar fondos y fideicomisos que contribuyan al progreso de la enfermería y del CIE…"[65].

El interés actual del CIE en la práctica profesional se dirige principalmente a tres aspectos: desarrollo del liderazgo profesional, codificación internacional de la práctica profesional de enfermería y promoción de contextos laborales saludables. De estos temas de interés central plantearemos especialmente el de contextos saludables o positivos para las prácticas profesionales de enfermería.

[65] Consejo Internacional de Enfermería. Recuperado el 30/03/2015. Desde <http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/Constitucion_CIE.pdf>

Para el CIE los contextos positivos de trabajo son: "…contextos laborales que favorecen la excelencia y el trabajo idóneo. En particular tratan de conseguir la salud, la seguridad y el bienestar individual del personal, favorecen la prestación de cuidados de calidad a los pacientes y mejoran la motivación, la productividad y los resultados de las personas y las organizaciones…"[66].

Los numerosos elementos que conforman los contextos positivos de trabajo los convierten en fenómenos complejos que requieren ser abordados desde diferentes posiciones para ser interpretados en su totalidad.

Los elementos que propone el CIE son los siguientes[67]:

- ✓ Políticas de salud, seguridad y bienestar en el trabajo que tratan los riesgos laborales, la discriminación, la violencia física y psicológica y los problemas de seguridad personal.
- ✓ Cargas de trabajo y demandas laborales normales y manejables.
- ✓ Un clima de la organización que refleje unas prácticas eficaces de dirección y gestión, un buen apoyo entre los compañeros, participación de los trabajadores en la adopción de decisiones y unos valores compartidos.
- ✓ Planes y cargas de trabajo que permiten un equilibrio saludable entre el trabajo y la vida personal del trabajador.
- ✓ Igualdad de oportunidades y de tratamiento laboral.
- ✓ Posibilidades de desarrollo y avance profesional.
- ✓ Identidad profesional, autonomía y control de la práctica laboral.
- ✓ Seguridad en el trabajo.
- ✓ Salario adecuados.
- ✓ Niveles adecuados de dotación de personal.
- ✓ Apoyo, supervisión y función de tutores.

[66]Ibídem. Recuperado el 30/03/2015. Desde <http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/Constitucion_CIE.pdf>

[67]Ibídem. Recuperado el 30/03/2015. Desde <http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact_sheets/9d_FS-Positive_Practice_Environments.pdf>

- ✓ Comunicaciones abiertas y transparencia intra y extra equipo de enfermería.
- ✓ Programas de reconocimiento.
- ✓ Acceso a equipos, suministros y personal de apoyo idóneos.

Según la caracterización anterior mencionada, y su respectivo análisis, podemos inferir que un contexto laboral poco saludable es el que carece de varios de estos elementos o los satisface de manera incompleta.

A continuación se presentan las consecuencias que pueden tener estos contextos laborales en los enfermeros según el mismo Consejo Internacional de Enfermería

¿Qué consecuencias tiene el contexto laboral poco saludable?

Las consecuencias inmediatas de los contextos poco saludables o negativos impactan en primer lugar en los trabajadores, en nuestro caso de investigación los profesionales de enfermería, y en segundo lugar en el paciente, receptor de los cuidados de este profesional. Por lo tanto los entornos negativos afectan tanto a los prestadores como a los usuarios del sistema de salud.

El CIE insiste en que las condiciones laborales desfavorables o poco saludables generan consecuencias nocivas, no solo para la salud física de los profesionales, sino fundamentalmente para la salud mental.

El Consejo señala como posibles causas de esta situación: largas jornadas de trabajo, el escaso reconocimiento social de práctica profesional de enfermería, difíciles relaciones laborales, remuneración insuficiente, violencia física y verbal, rotación de turnos, inestabilidad laboral y el subempleo, entre otros.

También reconoce que si bien estas condiciones desfavorables son comunes a muchos lugares de trabajo, cada sistema e institución de salud, tiene una dinámica y características únicas que hacen que las condiciones laborales presenten particularidades distintivas para cada entorno laboral.

Desde el planteo teórico del CIE, las condiciones laborales deben ser caracterizadas y explicadas desde diferentes enfoques, que consideren los factores

locales en sus dimensiones tanto históricas como sociales, económicas, políticas y profesionales.

A partir de la posición propuesta por el Consejo Internacional de Enfermería, y que asumimos como nuestra, las condiciones laborales de los profesionales de enfermería se clasifican, en el marco de esta investigación y de acuerdo a la hipótesis formulada en: a) las propias de la práctica profesional y b) las generadas en y por las relaciones interpersonales.

Las primeras comprenden: las "…dobles jornadas laborales, la rotación por turnos diurnos y nocturnos, la falta de autonomía en la actividad profesional, la ausencia de participación en los procesos de toma de decisiones del equipo de salud, multiplicidad de líneas de autoridad, características del ambiente físico…"[68] y la falta de concursos para el ingreso y ascenso de categorías como reglamenta la Ley N° 2580.

Las segundas incluyen "… agresiones verbales y/o físicas entre los integrantes del equipo de salud…".[69]

4.1.2 Condiciones laborales actuales, locales e institucionales de los enfermeros: consideraciones críticas

Condiciones laborales propias de la práctica profesional

Dobles jornadas laborales

La doble jornada laboral, denominada por el Consejo como horas extraordinarias, son definidas por esta federación como "…las horas o jornada de trabajo que realiza el personal de enfermería, después de su turno normal de trabajo…"[70]. Estas horas pueden realizarse bajo la categoría de obligatorias y/o voluntarias.

La doble jornada laboral obligatoria corresponde a aquellas horas que se le impone realizar al profesional sin que este tenga opción a negarse. Por lo general en el sistema

[68] Mingote Adán, J. y Pérez García, S. *Estrés en la Enfermería. El cuidado del cuidador*. Madrid – España. Editorial Díaz de Santo. 2003. pp. 50
[69] Ibídem. pp. 51
[70] Consejo Internacional de Enfermería. Recuperado el 30/03/2015. Desde <http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact_sheets/9b_FS-Horas_extraordinarias-Sp.pdf>

de salud provincial la negativa a cumplir los recargos horarios es pasible de sanción, según lo previsto por la ley. La causa más frecuente de esta situación es la escasez de personal de enfermería en los servicios.

Por otra parte las horas extraordinarias que voluntariamente efectúan los enfermeros se deben a causas muy distintas que las obligatorias. Uno de los principales motivos del incremento voluntario de horas es el deseo de aumento de la remuneración económica. Es habitual que los profesionales de enfermería, en pro de mejorar sus salarios, mantengan dos trabajos simultáneos o realicen horas extras en uno de ellos.

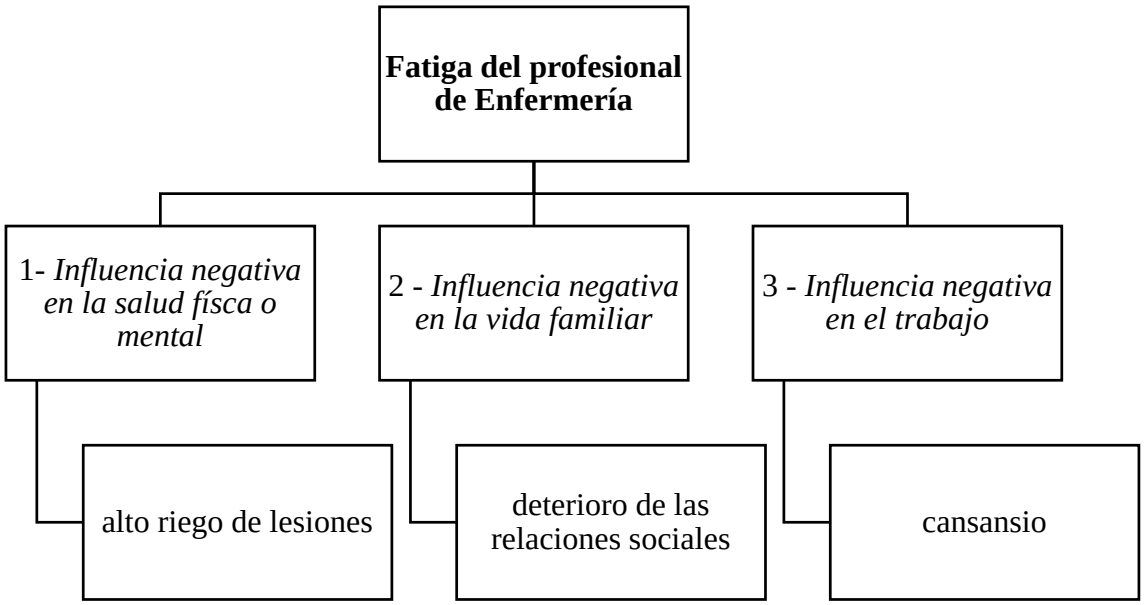
En el sistema de salud de la provincia, lo que incluye el hospital Rawson, la doble jornada laboral no implica un aumento sueldo. Los recargos horarios del personal, tanto los obligatorios como los voluntarios son devueltos a los profesionales con días francos[71], no incrementándose el salario percibido por estos.

Los efectos negativos que generan en la salud de los trabajadores las jornadas muy largas de trabajo, de más de diez horas, son iguales tanto para quienes las realizan en forma voluntaria o no. Estos efectos están relacionados con la presencia de fatiga física y mental en los enfermeros, además "…de cambios que se producen en la dinámica de la vida familiar y social…". Una de las principales consecuencias de estos efectos es una progresiva disminución de la calidad de atención que reciben los pacientes.

Al respecto el CIE aporta el siguiente esquema:

[71] Franco: se denomina al periodo de descanso en el que el personal no trabaja en el hospital

Esquema N° 3: Efectos que tienen las dobles jornadas laborales sobre la salud de los profesionales de enfermería



Fuente: Consejo Internacional de Enfermería

Rotación de turnos de trabajo

El Consejo internacional de enfermeras en su publicación *Declaración de Posición* "…reconoce que muchos servicios de enfermería deben ser accesibles durante las 24 horas del día, 365 días al año…", una de las maneras más razonable y accesible de lograr esto es dividir las 24horas de trabajo en turno diurnos y nocturnos.

Al mismo tiempo, señala que el trabajo desarrollado en turnos rotativos está íntimamente vinculado a efectos negativos en la salud de los profesionales, en las relaciones con su entorno inmediato y en su capacidad para brindar cuidados continuos, por lo tanto afecta a los servicios que se dispensan.

Las situaciones desfavorables que se producen a partir del trabajo en turnos rotativos son diversas. En ocasiones no se cuenta con un transporte público adecuado para el ingreso y egreso de los lugares de trabajo. Otra cuestión no menos importante es el horario en la que comienzan y finalizan los turnos, estos inusuales horarios exponen frecuentemente a los enfermeros a escenarios de inseguridad.

Como ya se ha mencionado, los turnos rotativos de trabajos están vinculados a efectos negativos en la salud física y mental de los trabajadores. En relación a la primera se observan asiduamente desórdenes del sueño, trastornos digestivos, fatiga física, obesidad, ingesta inadecuadas de alcohol y drogas entre otros. En cuanto a la salud mental se ve incrementado el padecimiento del Síndrome de Burnout[72] y depresión.

Otra cuestión de vital importancia para los profesionales de enfermería es cómo los turnos rotativos de trabajo durante los siete días de la semana impactan negativamente en su vida social y relacional.

Dado que el Consejo visualiza al mismo tiempo la necesidad de la rotación por turnos y los riesgos que esto conlleva tanto para la salud física y mental del enfermero como los cuidados que proporciona, recomienda una serie de condiciones laborales propicias para los enfermeros que trabajan en turnos rotativos:

→ "…Planes de turnos que tengan en cuenta periodos de descanso.

→ Duración de los turnos y el orden de rotación.

→ Asignación de puestos y servicios de trabajo según las características del personal de enfermería.

→ Acceso a los servicios de salud ocupacional.

→ Programas para la reducción del estrés.

→ Acceso a la formación continua.

→ Acceso a servicios adecuados de cuidados a los hijos.

→ Un transporte seguro.

→ Acceso a servicios de restaurante.

→ Protección contra las prácticas discriminatorias…"[73].

[72] Definido en el Capítulo II pp 20

[73]Consejo Internacional de Enfermería. Recuperado el 30/03/2015. Desde <http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/C07_Trabajo_por_turnos-Sp.pdf>

Autonomía profesional

La autonomía profesional es un tema complejo en la disciplina de enfermería que puede ser abordado desde diferentes perspectivas. Esta temática, además, ha sido, es y será motivo de reflexión de los principales teóricos de la profesión.

En función del propósito de esta investigación la autonomía profesional se planteará desde el ámbito de la práctica, para ello recorreremos brevemente lo que el CIE cita del análisis de Silvina Malvárez y María Consuelo Castrillón Agudelo[74].

El ámbito de la práctica de enfermería es definido por el CIE como una combinación de conocimientos, juicios y capacidades que en conjunto facultan al enfermero para que planifique, ejecute y evalúe cuidados directos e indirectos a la persona y su entorno, tanto de la sana como enferma. También desarrollan actividades de supervisión, gestión, liderazgo, enseñanza e investigación.

Ya que el ámbito de la práctica de enfermería es dinámico y responde a necesidades locales, los contenidos de la definición anterior deben adaptarse y ajustarse de acuerdo a las diversas situaciones sociales, políticas y económicas locales y por ende a los requerimientos en materia de salud que tiene esa población.

Las competencias profesionales, ya sean los conocimientos, capacidades o juicios, como las responsabilidades y los deberes profesionales son descriptos desde el ámbito de la práctica de enfermería. Es este mismo ámbito el que define el grado de autonomía que tienen o pueden tener estos profesionales en el desarrollo de su actividad.

Si bien hay estándares internacionales que fijan los límites de la autonomía profesional, cada ámbito de la práctica llevado a un contexto particular presenta características propias y únicas relacionadas al entorno donde se da.

Malvárez[75] describe a la enfermería como un servicio público que trabaja para preservar la vida y la salud de las personas desde diferentes perspectivas como: la

[74]Consejo Internacional de Enfermería. Recuperado el 30/03/2015. Desde <http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/B07_Ambito_practica_enfermeria-Sp.pdf>

[75] Malvárez, Silvina, M. *Panorama de la fuerza de trabajo en enfermería en América Latina*. Washington – E.E.U.U: Número 39. Organización Panamericana de la Salud. 2005. pp. 1

humana, ética, interpersonal y terapéutica. Según Kerouac[76], la característica singular del ámbito de la práctica de enfermería es el cuidado de la persona: individuo, familia, grupo, comunidad y sociedad que en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud.

Al respecto Malvárez define al objeto de estudio e intervención de la enfermería como el cuidado humano involucrado en la constitución, vivencia, desarrollo, protección y recuperación de la salud destinada a la persona, como ser cultural, a la familia, a los grupos y a la comunidad en general.

Por su parte Castrillón Agudelo plantea que los enfermeros proveen un servicio a la comunidad en el cual "…el compromiso social de la práctica de enfermería es con el cuidado de la vida y salud de la gente…El cuidado constituye el objeto del saber y del quehacer principal de enfermería…"[77], agrega la autora.

Los enfermeros son sujetos culturales, formados en el ámbito académico para desempeñarse profesionalmente como actores sociales que participan, "…a través de sus relaciones de poder, en la construcción de la historia nacional, en la estructuración y dinámica de los campos de la salud y de la ciencia en el contexto de la dinámica social y en la edificación del futuro como instancia constituyente de la identidad subjetiva y social…"[78].

La situación del ámbito de la práctica que prevalece en enfermería en América Latina, según Castrillón, es crítica, esta práctica profesional está sometida a las condiciones del mercado laboral. "…en los actuales servicios de salud se ha distanciado, a los enfermeros, de las actividades correspondientes a su preparación técnica para

[76] Citado por Malvárez en Malvárez, Silvina, M. *Panorama de la fuerza de trabajo en enfermería en América Latina*. Washington – E.E.U.U: Número 39. Organización Panamericana de la Salud. 2005. pp. 1
[77]Castrillón Agudelo, Maria Consuelo y Nájera, Rosa. *La enfermería en América Latina: Situación actual, áreas críticas y lineamientos para un plan de desarrollo.* Artículo publicado por la Asociación Latinoamericana de Escuelas de Enfermería. Recuperado el 30/03/2015. Desde <http://www.aladefe.org/articulos/la_enfermeria_en_america_latina.pdf >
[78]. Malvárez, Silvina. *Recursos Humanos de enfermería: desafíos para la próxima década*. Revista *Enfermería Universitaria.* Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Universidad Nacional Autónoma de México. Volumen. 2 Número 3. Año 2. Septiembre – Diciembre 2005. pp 12

realizar actividades diversas…"[79]. Sin duda esta situación impacta negativamente en la autonomía profesional.

La autora, también, advierte una diferencia en el desarrollo de la autonomía en la práctica hospitalaria con respecto a la práctica comunitaria. En la primera, la autonomía de los enfermeros queda desplazada por la autoridad de los superiores y la autoridad técnica del médico. Mientras que en la segunda, las condiciones del ámbito de la práctica hacen posible una mayor autonomía profesional.

También hay que reconocer que los enfermeros, además de disponer de relativa autonomía, "…trabajan estrechamente vinculadas a otros saberes del campo de la salud en lo que puede denominarse un trabajo interdisciplinario…"[80]. Los enfermeros coordinan su práctica y colaboran con otros profesionales de diversas disciplinas en pro del bienestar de la persona receptora de la atención de salud.

Participación en los procesos de toma de decisiones del equipo de salud

Los profesionales de enfermería no trabajan solos, su actividad siempre se desarrolla en equipo, ya sean conformados por los propios pares o por otros profesionales del sector salud, los cuales conforman los equipos interdisciplinarios.

El colectivo de enfermería profesional "…representa un 50 a 60 % de la fuerza laboral del sistema de salud…"[81], por lo que debieran tener un rol activo en la planificación y adopción de decisiones en los servicios de salud. El CIE también, advierte la necesidad de que estos profesionales participen en la elaboración de políticas públicas para el sector salud.

El papel que Enfermería debería desempeñar en los procesos de toma de decisiones está vinculado "…con la estrecha relación existente entre estos profesionales

[79] Castrillón Agudelo, Maria Consuelo y Nájera, Rosa. *La enfermería en América Latina: Situación actual, áreas críticas y lineamientos para un plan de desarrollo.* Artículo publicado por la Asociación Latinoamericana de Escuelas de Enfermería. Recuperado el 30/03/2015. Desde <http://www.aladefe.org/articulos/la_enfermeria_en_america_latina.pdf >
[80] Ibídem. Recuperado el 30/03/2015
[81] Ibídem. Recuperado el 30/03/2015

y el paciente con su familia en todos los contextos…"[82]. Las enfermeras, según el Consejo, hacen las veces de intérprete de las necesidades y expectativas que tienen las personas sobre los cuidados de su salud.

Uno de los principales obstáculos que encuentran las enfermeras a la hora de participar en los procesos de toma de decisiones es la escasa preparación formal en el área de gestión y liderazgo y por ende en los procedimientos que estos procesos requieren.

Malvárez[83] plantea implementar la estrategia de agendas de trabajo con múltiples sectores laborales entre los que se destaca el sector salud, educación, organizaciones profesionales y organismos multilaterales entre otros, para fortalecer la participación de enfermería en análisis estratégico, diseño de políticas y planificación de recursos humanos de enfermería.

La autora, además, propone recrear los sistemas de gestión de recursos humanos de enfermería mediante la adopción de una seria de medidas tales como:

> "…Transformación de la estructura y dinámica funcional de los servicios de enfermería hacia un enfoque gerencial de carácter horizontal cooperativo que favorezca las relaciones de carácter profesional, la conducción participativa y el trabajo en equipo
>
> Análisis del trabajo y definición de criterios de dotación de personal y asignación de funciones y su articulación con los mecanismos de acreditación institucional y re-certificación profesional.
>
> Adopción de la educación permanente en servicio como estrategia de garantía de calidad y motivación de los enfermeros, basada en pedagogías problematizadoras que vinculen educación y trabajo.
>
> Mejoramiento de las condiciones de empleo y trabajo de los enfermeros que aborden los problemas de conflictividad laboral, salarios, jornada de trabajo,

[82]Consejo Internacional de Enfermería. Recuperado el 30/03/2015. Desde <http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/D04_Participacion_adopcion_decisiones_elab._politicas-Sp.pdf>

[83] Malvárez, Silvina. *Recursos Humanos de enfermería: desafíos para la próxima década*. Revista *Enfermería Universitaria.* Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Universidad Nacional Autónoma de México. Volumen. 2 Número 3. Año 2. Septiembre – Diciembre 2005. pp 10

beneficios sociales, estímulos, apoyo al progreso y garantía de seguridad para el personal de enfermería…"[84].

El Consejo Internacional de Enfermería recomienda que las organizaciones profesionales de los países miembros adopten una serie de estrategias que promuevan la participación activa de los enfermeros en los equipos de trabajo. Para ello propone:

"…Incorporar nuevos modelos y estrategias de gestión.
Presentar constantemente, en los planos nacional e internacional, una imagen positiva de la enfermería ante la dirección y los interesados clave en la política general.
Difundir las investigaciones y los conocimientos específicos de la disciplina.
Desarrollar y mantener constantemente redes adecuadas que permitan establecer relaciones de trabajo en colaboración con organizaciones gubernamentales y no gubernamentales…"[85].

Condiciones laborales generadas en y por las relaciones interpersonales

Agresiones verbales y/o físicas entre los integrantes del equipo de salud

El informe sobre salud mundial del año 1997 de la Organización Mundial de salud (OMS) señala que la agresión o violencia ha aumentado en los últimos decenios en todas sus formas. El término "violencia" engloba abusos de diferente índole, entre ellos podemos mencionar: comportamientos humillantes, degradantes hacia el bienestar físico – mental y conductas que atentan contra la dignidad y el valor de la persona.

La OMS, también advierte, que la agresión no hace distinción de sexo, raza, clase socioeconómica, credo religioso, educación y lugar de trabajo. Con relación al ámbito laboral de la salud, el CIE, manifiesta que el grado de violencia en los contextos de trabajo y en los grupos profesionales alcanza la magnitud de una epidemia mundial[86]. La

[84] Ibídem. pp 11

[85]Consejo Internacional de Enfermería. Recuperado el 30/03/2015. Desde <http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/D04_Participacion_adopcion_decisiones_elab._politicas-Sp.pdf>

[86]Ibídem. Recuperado el 30/03/2015. Desde <http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact_sheets/19k_FS-Violencia-Sp.pdf>

violencia de género prevalente en mujeres convierte a la enfermería, donde mayoritariamente los individuos pertenecen al género femenino, en víctimas de actos de violencia.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) define la violencia laboral como "…un comportamiento ofensivo mediante intentos vengativos, crueles, maliciosos o humillantes de minar la moral de una persona o de un grupo de empleados…"[87]. Estos pueden incluir:

Comportamientos agresivos durante un periodo de tiempo.

La exclusión de oportunidades de crecimiento profesional.

Comentarios humillantes.

Críticas constantes e inoportunas en público o en privado.

Responsabilidades laborales irrazonables o injustificadas.

Retención deliberada de información que afecte a los resultados del trabajo

Exceso de trabajo o de cargas con fines punitivos.

El Consejo reprueba todas las formas de abuso y violencia contra el personal de enfermería, además, sostiene que "…para dispensar cuidados de calidad… estos profesionales… deben tener garantizado un entorno de trabajo seguro y un trato respetuoso…"[88].

Se pueden reconocer dos categorías generales de violencia ejercida sobre el colectivo de enfermería: la primera, provenientes del paciente y familiares y la segunda generada en el propio equipo de salud.

Los actos de violencia que los pacientes y su entorno familiar tienen hacia los profesionales de enfermería, por lo general se deben al estrés, sufrimiento y dolor que causa la enfermedad y la muerte. Las enfermeras adquieren a lo largo de su práctica profesional destrezas y habilidades para manejar estas situaciones en forma saludable para ellas y los pacientes.

---

[87] Consejo Internacional de Enfermería. Recuperado el 30/03/2015. Desde <http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact_sheets/19l_FSAcoso_laboral_sector_salud-Sp.pdf>

[88] Ibídem. Recuperado el 30/03/2015. Desde <http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact_sheets/19l_FSAcoso_laboral_sector_salud-Sp.pdf>

Por el contrario la violencia que se gesta en el seno del equipo de salud, como el trato irrespetuoso, desvalorización profesional y personal entre otros, no mejora a lo largo de la práctica laboral, si no que se agudiza con el transcurso del tiempo. Cualquier integrante del equipo de salud puede convertirse en actor/ejecutor de violencia. Pero son frecuentemente los médicos, debido a la estrecha relación laboral que mantienen con el equipo de enfermería, los protagonistas de actos violentos. La violencia, también, puede provenir del propio equipo de enfermería.

La agresión también puede ser ejercida no solo por una persona en concreto, sino por la propia institución. Es el caso en el que las condiciones laborales no garantizan un entorno seguro para los profesionales de enfermería, hay excesiva carga de trabajo, los profesionales son responsables de situaciones que exceden sus incumbencias profesionales y las exigencias laborales son desproporcionadas según el perfil profesional.

El CIE ha identificado una serie de consecuencias, tanto físicas como mentales, producto de la violencia laboral:

→ "…Deterioro de la calidad de los cuidados dispensados al paciente.
→ Deterioro de la calidad de las relaciones interpersonales.
→ Baja autoestima del personal de enfermería.
→ Niveles más altos de estrés y de enfermedades con él relacionadas.
→ Sentimientos de extrañeza, incredulidad, vergüenza, culpabilidad, ira, miedo e impotencia.
→ Depresión y culpabilidad personal, que pueden conducir a una pérdida de confianza en sí mismo y a poner en peligro no sólo al enfermero sino también a los pacientes.
→ Insomnio y pérdida de apetito.
→ Niveles bajos de satisfacción laboral.
→ Mayores costos para los empleadores y para el sistema de salud
→ Mayor ausentismo y un mayor número licencias médicas por enfermedad.
→ Pérdida de capacidad de solución creativa de los problemas.

→ Impacto negativo en la vida personal de los enfermeros…"[89]

4.2. Marco normativo local: Ley provincial N° 2580 y sus modificatorias "Carrera asistencial, preventiva y sanitaria, para los profesionales universitarios del arte de curar"

En Abril del año 1961 el Poder Ejecutivo del Gobierno de la Provincia de San Juan, bajo la gobernación del Dr. Américo García sancionó la Ley número N° 2580 para los profesionales especializados en materia de Salud Pública que ejercían cargos rentados, en aquel momento, por el Servicio Provincial de Salud, hoy actual Ministerio de Salud Pública.

La ley denominada *Carrera Asistencial y Preventiva y Sanitaria, para los profesionales universitarios del arte de curar* incluía profesionales"…médicos, odontólogos, bioquímicos, químicos, psicólogos, bacteriólogos, farmacéuticos, obstetras, dietistas, fonoaudiólogos, kinesiólogos, terapeutas y enfermeros diplomados en universidad nacional privada o extranjera, cuyo título sea reconocido oficialmente…"[90]; y presten servicios rentados en el área de salud pública provincial.

Originalmente la ley no hace distinción entre enfermeros universitarios y licenciados en enfermería, esto se debió en gran medida a la ausencia de profesionales de enfermería en la provincia en aquella época.

Cabe señalar que las primeras profesionales de enfermería ingresan a la provincia en la década del 60 provenientes de las principales universidades nacionales. A este auge profesional, también se suma la creación la de primera Escuela Provincial de Enfermería perteneciente a la Universidad Católica de Cuyo en el año 1969.

La ley *Carrera Asistencial y Preventiva, y Sanitaria* clasifica a los profesionales universitarios, con títulos habilitantes o inscriptos en el respectivo registro provincial, en dos categorías: 1) profesionales de Carrera Asistencial y Preventiva y 2) profesionales de Carrera Sanitaria.

---

[89] Ibídem. Recuperado el 30/03/2015. Desde<http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact_sheets/19l_FSAcoso_laboral_sector_salud-Sp.pdf>

[90] Gobierno de la Provincia de San Juan. Poder Ejecutivo. Ley N° 2580, *Carrera asistencial, preventiva y sanitaria, para los profesionales universitarios del arte de curar*. Texto s/Ley N° 7090-Dic. 2000

La Carrera Asistencial y Preventiva comprende a los profesionales que desempeñan tareas asistenciales y de promoción y fomento de la salud, en los ámbitos hospitalarios y la Carrera Sanitaria corresponde a los profesionales, especializados en el área de salud pública, que realizan principalmente tareas de medicina social (actualmente Atención Primaria de la salud) preventiva, profiláctica o administrativa, ya sean en forma exclusiva o complementándose con labores asistenciales en el primer nivel de atención médica.

Nuestro objeto de estudio está centrado en los profesionales de enfermería contemplados en la Ley N° 2580 que desarrollan su actividad en términos de la Carrera Asistencial y Preventiva, particularmente en el Hospital Dr. Guillermo Rawson.

La ley establece para los profesionales universitarios X grados de escalafón. La Carrera Asistencial y Preventiva comenzará con el grado IX y culminará en el grado VI, excepto las disciplinas de obstetricia, dietología, fonoaudiología, kinesiología, terapeutas y enfermeros universitarios, que comienzan en el grado X y culminarán en el grado VIII. Por su parte la carrera sanitaria comenzará en el grado IX y culminará en el grado I. El ingreso a la carrera será siempre por el grado inferior del escalafón.

Los enfermeros en el centro de salud Dr. Guillermo Rawson que se desempeñan en la Carrera Asistencial y Preventiva correspondiente a lo que establece la ley comentada antes, ingresan con el grado X, con posibilidad de ascenso hasta el XIII, como máximo.

Para ser designado en los distintos grados que contempla la ley, los profesionales deberán cumplir con los siguientes requisitos: a) Poseer título expedido por cualquier Universidad Nacional del país y/o reconocida por ley de la Nación, b) Haberse inscripto en el registro respectivo de la provincia, c) Tener domicilio real y legal en la Provincia con residencia efectiva de un año ininterrumpido como profesional

En el artículo 16°, la ley establece que los profesionales para ser designados en un cargo del Servicio Provincial de Salud, deberán presentarse a concurso de los cargos vacantes o a crearse, mediante la inscripción y presentación de toda la documentación que consideren necesaria y exija la norma legal y su reglamentación.

El jurado del concurso se conformará por un representante del Servicio Provincial de Salud, dos representantes de la Asociación gremial con mayor número de socios

correspondientes a la profesión que se concursa y un representante de la Asociación Científica o ente académico de la disciplina en concurso.

El ingreso a la carrera, a través de la modalidad de concurso, permite que el profesional goce de las garantías de estabilidad. Esto quiere decir que no podrá ser separado de su cargo, ni cambiado de su puesto, ni rebajado de categoría, dejado cesante o exonerado, sino en virtud de causales justificadas fijadas en esta ley y la previa ejecución del sumario administrativo correspondiente.

A lo largo de los años y por decisión de las diferentes gestiones políticas provinciales, se comenzó a ingresar al régimen de la ley N° 2580, no solo por los concursos, si no de manera interina a través del nombramiento del profesional en un cargo disponible. Esta práctica se ha impuesto a la de concursos y en la actualidad es la forma prevalente de ingreso a la carrera.

La estabilidad laboral de los profesionales interinos no concursados, si bien son empleados estatales y su remuneración se equipara a la de los agentes concursados, no es igual a los de los segundos.

El ascenso de categorías prevista por la Ley, debería darse mediante la modalidad de concurso, pero se ha generado históricamente una situación análoga al ingreso de la carrera en forma interina.

En el centro de salud Dr. Guillermo Rawson las primeras enfermeras profesionales, en el régimen de la Ley N° 2580, ingresaron a mediados en la década de los años 60. Estas profesionales, inicialmente ocuparon los cargos en forma interina. A mediados de la década de los años 80 se concursaron los cargos de jefatura y sub jefatura de la División Enfermería del hospital, siendo éstos los primeros, pero no los únicos cargos institucionales concursados.

En la década de los años 90 se concursaron en su mayoría los cargos de supervisión en enfermería de los servicios hospitalarios. Estos supervisores dejaron sus cargos a partir del 2004 momento en que concursan y ganan otros cargos, fundamentalmente en el área de Atención Primaria de salud. Por lo que en la actualidad los cargos de supervisión en enfermería están ocupados en un 90% de forma interina.

En el año 2004 se concursaron (según la ley N°2850) por última vez un número importante de cargos de enfermería en toda la provincia (más de 100) tanto en los

hospitales como en las zonas sanitarias. Muchos de los cargos concursados en esta instancia en el hospital Dr. Guillermo Rawson fueron de atención directa a los pacientes. En el año 2008 se registran los últimos concursos realizados en esta institución de salud.

Capítulo V

Diseño Metodológico

5. 1. Diseño flexible

La metodología de esta investigación se sustenta en tres ejes. El primero corresponde a la perspectiva de *diseño flexible*, presentada por Juan Ignacio Piovani[91]. El segundo comprende la estrategia de investigación de *estudio de caso* expuesta por Nélida Archenti[92], entre muchos otros autores. Y el último eje incorpora el enfoque mixto de investigación expresado en la noción de *triangulación intramétodo*, de acuerdo a Néstor Cohen y el mismo Piovani[93].

La estructura de un diseño flexible de investigación nos permitió captar las particularidades del *síndrome de incertidumbre laboral en enfermería*, objeto de investigación mismo, e introducir cambios en el diseño durante la ejecución del proceso de investigación; nos habilitó -en otras palabras - a retroalimentar las etapas del proceso a medida que estas se fueron desarrollando.

El diseño flexible, según Piovani, prevé una serie de estrategias metodológicas, pero además posibilita la adecuación e incorporación de otras estrategias requeridas durante el desarrollo de la investigación.

5. 2. El estudio de caso

Dada la polisemia de la palabra *caso* es imperativo, en este diseño metodológico, seleccionar una definición de este término. Siguiendo lo propuesto por Ezequiel Ander Egg, definimos el caso para esta investigación como una "…situación particular… objeto de la investigación…"[94]. Se puede concebir al estudio de caso en las ciencias

[91] Marradi, Alberto Archenti, Nélida y Piovani, Juan Ignacio. *Metodología de la Ciencias Sociales*. Buenos Aires – Argentina. Editorial Emecé. 2007. pp. 74
[92] Ibídem. pp. 237
[93] Cohen, Néstor y Piovani, Juan Ignacio. *La metodología de la investigación en debate*. 1 ed. Editorial Edulp. Universidad Nacional de La Plata. La Plata – Argentina. 2008. pp.121
[94]Ander Egg, Ezequiel. *Métodos y técnicas de investigación social IV*. *Técnicas para la recogida de datos e información.* 1ª Edición. 3ª reimpresión. Buenos Aires – Argentina. Editorial Distribuidora Lumen. 2003. pp. 313

sociales, de acuerdo a este autor, como el abordaje complejo de un problema, fenómeno o proceso, el cual puede darse en un individuo, grupo, organización o una comunidad.

La estrategia de investigación del estudio de caso nos facilita el "…análisis…profundo… de las relaciones entre muchas propiedades o variables concentradas en la unidad de análisis…"[95], inserta en un marco histórico social que define las circunstancias únicas del entorno de la unidad.

Ander Egg señala al respecto que la piedra basal para el estudio de caso es considerar al caso y su contexto, tanto físico como social y relacional, en una estrecha correspondencia recíproca entre ambos. Esta relación es, también, indivisible y dinámica.

El estudio de caso, para Archenti, no pretende generalizaciones estadísticas, por el contrario busca interpretar las relaciones del caso en su contexto particular. Ander Egg plantea una variante a esta posición y señala que hallazgos evidentes o sólidos derivados del estudio de caso podrían ser generalizados, a través de una inferencia inductiva, a todos los casos similares.

El caso que analizamos en esta investigación, los profesionales de enfermería del H.P.D.G.R., presenta características que lo hacen único en la provincia, por lo que la finalidad de la investigación no es la generalización estadística, si no el estudio en profundidad de las variables cualitativas (con algunos indicadores cuantitativos) en su contexto.

Al respecto Steve. J. Taylor y Robert Bogdan señalan que "…cuando resumimos las palabras y actos… de los actores involucrados en el problema… a ecuaciones estadísticas, perdemos de vista el aspecto humano de la vida social…"[96]

5. 2. 1. *El caso: Los profesionales de Enfermería*

El caso está constituido por todo el personal profesional de enfermería, tanto en la categoría de enfermeros universitarios como licenciados en enfermería, relacionados laboralmente con el Estado a través de la ley provincial N° 2580, denominada *Carrera*

[95] Marradi, Alberto Archenti, Nélida y Piovani, Juan Ignacio. *Metodología de la Ciencias Sociales*. Buenos Aires – Argentina. Editorial Emecé. 2007. pp. 237
[96] Taylor, Steve J. y Bogdan, Robert. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona – España. Editorial Paidós.1987. pp. 21

asistencial, preventiva y sanitaria, para los profesionales universitarios del arte de curar.

Cabe señalar, nuevamente en este apartado, la distinción entre enfermeros universitarios y licenciados, introducida en el Capítulo II. El personal de enfermería según el título académico alcanzado, se clasifican en: 1) Enfermeros: aquellos profesionales que han obtenido un título universitario intermedio con tres años de cursado y 2) Licenciados: en esta categoría se agrupan todos los que han alcanzado un título universitario de grado.

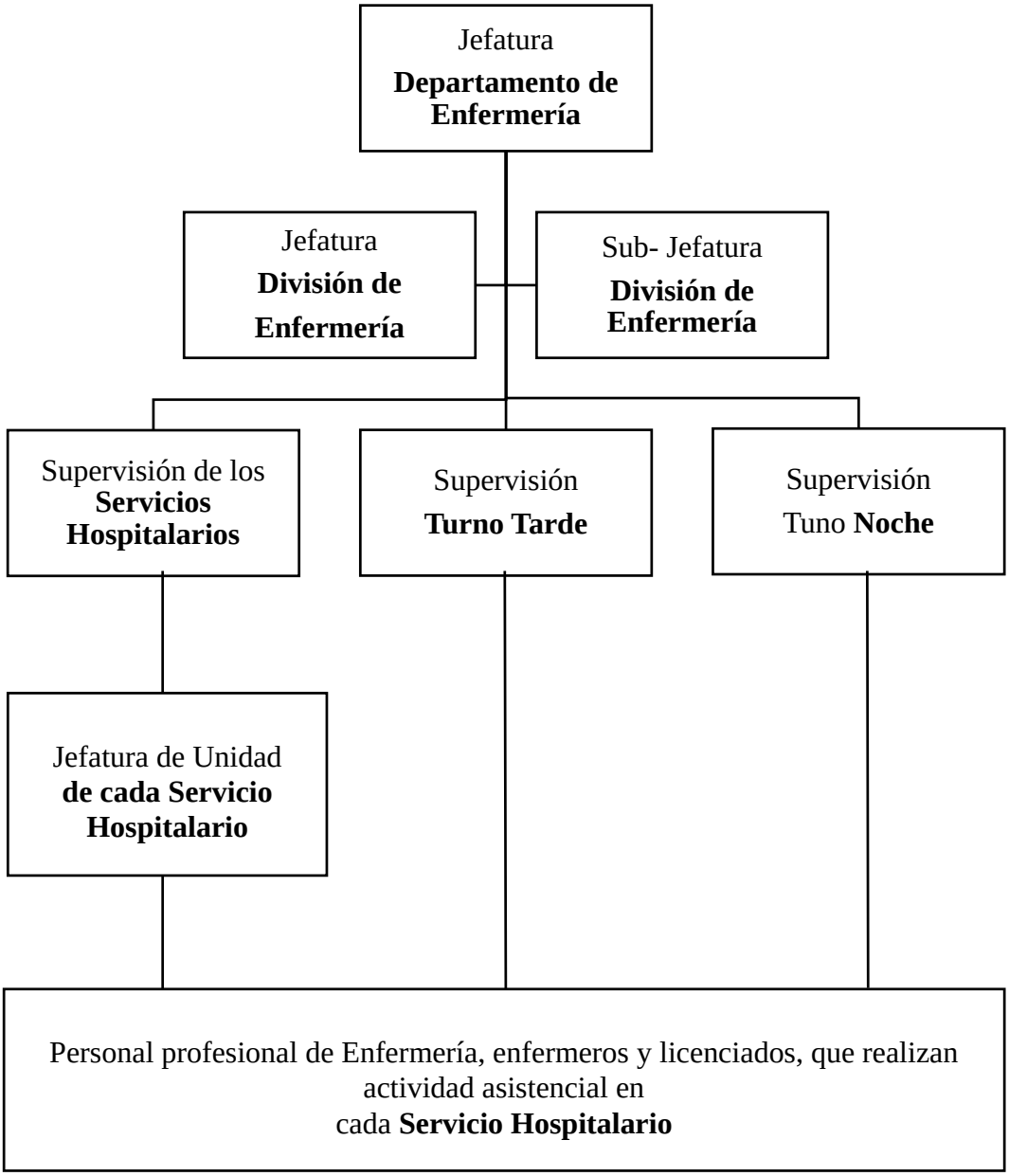
En el hospital, también, encontramos enfermeros no profesionales. Este nivel lo componen los que han obtenido un certificado de auxiliares de enfermería, emitido por una entidad no universitaria.

Debido a los elementos constitutivos del caso, lo subdividiremos en múltiples unidades de análisis, lo que Archenti denomina "…diseño incrustado…"[97] para estudios de caso. Los diseños incrustados tienen por objetivo profundizar el análisis del caso; para ello se abordan varias unidades de análisis, que en su conjunto conforman el caso.

Desde la perspectiva de diseño incrustado para estudios de casos, la configuración de nuestro caso se presenta en el siguiente esquema:

[97] Marradi, Alberto Archenti, Nélida y Piovani, Juan Ignacio. *Metodología de la Ciencias Sociales*. Buenos Aires – Argentina. Editorial Emecé. 2007. pp. 242

Esquema N°4: Configuración del caso en estudio



Fuente: Centro de Hospital Público Descentralizado Dr. Guillermo Rawson. Cuadro de elaboración propia

Los profesionales que conforman el caso, de acuerdo al esquema presentado, desempeñan funciones diferenciadas según lo establecido por las resoluciones N° 1430/87 y 1430/96 del Ministerio de Salud Pública Provincial.

La jefa de Departamento, a cargo del Departamento de Enfermería, es la principal autoridad de enfermería en el organigrama hospitalario. La misma, conjuntamente, con la jefa y sub – jefa de División de Enfermería desarrollan tareas de conducción, gestión y educación.

Los supervisores de enfermería, dependientes de este departamento, son la principal autoridad en enfermería que tiene cada servicio hospitalario, también tienen funciones de conducción, gestión y educación a nivel local. Los mismos constituyen el nexo entre el nivel jerárquico superior y el personal asistencial.

Además de esta, existen los Supervisor de Turno Tarde y Supervisor de Turno Noche. Estos supervisores tienen la función de conducir a todo el personal de enfermería en los turnos y días que los integrantes del Departamento y los supervisores de los servicios no están en el hospital. Por lo tanto, el Supervisor de Turno representa la máxima autoridad en enfermería en el hospital durante su turno de trabajo.

Continuando con el orden jerárquico descendente en el plantel de enfermería, encontramos a los jefes de unidad de cada servicio. Estos dependen directamente de los supervisores de los servicios o de los supervisores de turno. Los jefes de unidad concentran su actividad en conducir y acompañar a los enfermeros asistenciales.

Finalmente, en el último escalón jerárquico, ubicamos al personal de enfermería, tanto enfermeros como licenciados, que realizan atención directa a los pacientes, ya sea a los que se encuentran hospitalizados como aquellos ambulatorios.

Una característica importante que tienen todos los enfermeros profesionales que integran el caso, es que se relacionan con el actual Ministerio de Salud Pública provincial a través de la ley N° 2580, denominada como *Carrera asistencial, preventiva y sanitaria, para los profesionales universitarios del arte de curar*.

Esta ley sancionada en Abril del año 1961 por el Poder Ejecutivo del Gobierno de la Provincia de San Juan, denominada a partir del año 2015 Ley N° 71 - Q[98], es la norma legal vigente en el territorio provincial sobre la carrera del personal profesional de la salud en el sector público. La Ley contempla el nucleamiento principalmente con profesionales médicos y en menor medida otras disciplinas del área de la salud como son: enfermería, nutrición, kinesiología, psicología, asistentes sociales, odontología entre otros.

La carga horaria que estipula la ley para los profesionales, en la actualidad, varía entre veinticuatro (24) a treinta y seis (36) horas de cumplimiento semanal. En el hospital Rawson los cargos que ocupan los profesionales de enfermería son de treinta y seis (36) horas, salvo algunas excepciones de veinticuatro (24) horas, que están en proceso administrativo de transformarse a treinta y seis (36) horas.

Al servicio se ingresa, según lo estipulado en la ley N° 2580, bajo la condición de *interinos*, lo cual puede modificarse por la de *concursado* mediante el procedimiento de concurso a cargos vitalicios, reglamentados por la misma ley; situación que puede darse en cualquier área ministerial incluido el hospital. Los profesionales de enfermería, en general, participaron por última vez en los concursos de la ley N° 2580 en el año 2003.

5. 2. 2. La unidad de análisis

La unidad de análisis es cada profesional de enfermería con título de enfermero universitario o licenciado en enfermería. Este cumplir funciones tanto, asistenciales con pacientes internados o ambulatorios, como de gestión en el Centro de Salud Hospital Público Descentralizado Dr. Guillermo Rawson.

Además se vincula laboralmente al hospital Rawson a través de la ley N° 2580, ya sea en la modalidad de interino o concursado y depende del Departamento de Enfermería de la institución de salud.

Todo el personal de enfermería del hospital que no cumpla las condiciones antes descriptas, queda excluido del caso estudiado.

[98] Ley N° 71 – Q. A partir de fines del 2015 se modifica la denominación de la Ley N° 2580 a N° 71 – Q. El texto de la ley no sufrió modificaciones

La población blanco de esta investigación está conformada por todos los enfermeros profesionales, trescientos (300) en total, que cumplen con las características de la unidad de análisis mencionadas anterior mente.

5. 2. 3. Propiedades abordadas en el caso

Las variables y sus indicadores en estudio, pueden ser definidos y analizados desde la dimensión teórica a la dimensión empírica en un proceso denominado operacionalización[99] para algunos autores, también designado como operativización[100] para otros.

Elia Pineda y Eva Luz Alvarado señalan que la función básica de la operacionalización, en el proceso de investigación, es "…precisar el significado… que se le otorga a las propiedades observadas en las unidades de análisis…en un estudio determinado…agregan que…operacionalizar significa explicar cómo se medirán estas propiedades…"[101]

El proceso de operacionalización, para variables comienza, para las autoras, con la definición teórica de la variable en estudio, estas a su vez, deben ser transformadas en variables más específicas observables denominadas dimensiones. Por último para dar paso a la observación directa es preciso extraer de las dimensiones los indicadores.

El proceso de operativización, para Piovani, consiste en seleccionar indicadores empíricos de las definiciones conceptuales sobre las propiedades observadas en una investigación. Si bien el autor afirma que este proceso es habitual en los diseños estándar o cuantitativos no especifica ningún obstáculo que impida desarrollarlo en investigaciones de tipo cualitativas.

La naturaleza del caso nos permitió clasificar los atributos observados en la unidad de análisis en dos variables, ambas de características cualitativas.

La primera de ellas definida durante la etapa del diseño metodológico fue los *Factores extra profesionales*, dimensionada a priori en: a) *cambios de la planta física y*

[99] Pineda, Elia y Alvarado, Eva Luz. *Metodología de la Investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud. 2ª Edición. Washington – E.U.A. Editorial PALTEX – OPS 2008.* pp.110
[100] Marradi, Alberto Archenti, Nélida y Piovani, Juan Ignacio. *Metodología de la Ciencias Sociales*. Buenos Aires – Argentina. Editorial Emecé. 2007. pp. 81
[101] Pineda, Elia y Alvarado, Eva Luz. ob. cit., pp.111

b) modificaciones organizacionales que han influido negativamente en los profesionales de enfermería del hospital.[102]Los indicadores de estas dos dimensiones fueron redefinidos durante la etapa de tratamiento y análisis de datos.

A continuación presentamos una descripción de cada dimensión y sus respectivos indicadores:

1) La dimensión *cambios de la planta física* describe cómo el nuevo escenario de trabajo de los enfermeros (el nuevo edificio hospitalario) ha sido un espacio físico, en sus comienzos, generador de tensiones laborales para este colectivo profesional. Los indicadores que nos permitieron observar esta dimensión de la variable son indicativos del grado de participación o la intervención que tuvo este colectivo en el proceso de mudanza y de las decisiones que en consecuencia pudo tomar con respecto a la distribución de los espacios físicos en la nueva estructura edilicia.

Los indicadores seleccionados (todos de características cualitativas) que indican la dimensión *cambios en la planta física* son: el grado de participación del colectivo de enfermeros en el proceso de mudanza, distribución de los espacios en la nueva estructura hospitalaria, superposición de actividades en un mismo espacio físico y nuevas disposiciones de la planta física.

2) La dimensión *modificaciones organizacionales* comprende las modificaciones o transformaciones que sufrió la estructura organizacional de enfermería en el hospital como consecuencia del cambio del viejo al nuevo edificio.

Los indicadores definidos para esta dimensión señalan como los cambios en la planta física impactaron en la organización de los profesionales de enfermería y como la organización se adecuó a la nueva estructura hospitalaria. Los indicadores seleccionados son: proporción cantidad de paciente por enfermero, modificaciones que sufrió la organización de enfermería después de la mudanza y adecuación del personal a las nuevas disposiciones de la planta física.

La segunda variable observada en el estudio de caso correspondió a los *factores intra-profesionales*. La misma describió algunas condiciones laborales locales/institucionales de los enfermeros que generaron un entorno laboral desfavorable

[102] Definido en el Capítulo II pp 22

para estos profesionales; esta variable fue operacionalizada en dos dimensiones: *propios de la profesión y condiciones laborales generadas en y por las relaciones interpersonales.* Dadas las características complejas que presenta esta variable tuvimos que definir para la dimensión *propia de la profesión*, algunos indicadores de naturaleza cuantitativa.

Siguiendo el mismo esquema con el que presentamos la primera variable mencionada describimos cada dimensión y sus respectivos indicadores de la segunda variable en estudio, *factores intra- profesionales*:

1) La dimensión *propios de la profesión* comprende las condiciones laborales que tienen los profesionales de enfermería en el hospital Dr. Guillermo Rawson, estas indican el tipo de ambiente de trabajo disciplinar en términos de lo saludable y no saludable.

Para esta dimensión seleccionamos indicadores de naturaleza cuantitativa y cualitativa. En los primeros identificamos: cantidad de horas que trabaja por día, los segundos comprenden: la doble jornada laboral, el carácter de la doble jornada laboral, los efectos de la doble jornada, la realización de turnos rotativos, el carácter de la rotación, la percepción del personal acerca de los efectos de la los turnos rotativos, superposición entre las órdenes de jefes de distinto nivel, consecuencias laborales de esta superposición, el tipo de ingreso al sistema que reglamenta la Ley N° 2580 y proporción de concursados en relación a interinos.

Los indicadores grado de participación en el proceso de toma de decisiones en el equipo de Enfermería y grado de participación en el proceso de toma de decisiones en el equipo de Salud se subdividieron según el tipo de respuesta que eligieron los encuestados.

2) La dimensión *condiciones laborales generadas en y por las relaciones interpersonales* se refiere a la percepción que tienen los profesionales de enfermería con respecto a los hechos de violencia en la institución de salud. Esta dimensión tiene un indicador: percepción del personal acerca de los hechos de violencia laboral, el cual se subdivide en los tipos de hechos que predominan y los actores del sistema de salud entre los que se producen los hechos de violencia.

A continuación se presentan dos cuadros con el proceso de operacionalización de cada una de las variables en la investigación:

<u>Cuadro N° 3</u>: Proceso de operacionalización de la variable cualitativa Factores extra profesionales

Variable cualitativa	1 - Factores extra profesionales	
Definición conceptual	Se refieren al entorno de trabajo de los enfermeros y comprenden los cambios en la planta física y las modificaciones organizacionales, ambos, asociados al evento histórico/institucional de la construcción del nuevo hospital (1998 - 2009)	
Dimensiones	*1.1.Cambios en la planta física:* La nueva estructura edilicia remplazó la antigua disposición hospitalaria de pabellones, los cuales funcionaban como micro hospitales, por una moderna construcción integrada, dinámica y unificada de 5 pisos	*1.2.Modificaciones organizacionales:* El nuevo hospital, también, habría modificado la estructura organizativa de la institución referente al personal de enfermería
Indicadores	→ Grado de participación del colectivo de enfermeros en el proceso de mudanza → Distribución de los espacios en la nueva estructura hospitalaria → Superposición de actividades en un mismo espacio físico → Nuevas disposiciones de la planta física	→ Proporción cantidad de pacientes por enfermero → Modificaciones que sufrió la organización de enfermería después de la mudanza → Adecuación del personal a las nuevas disposiciones de la planta física

<u>Fuente</u>: Estructura del cuadro propuesta por Pineda, Elia y Alvarado, Eva Luz. *Metodología de la Investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud*. Cuadro de elaboración propia

<u>Cuadro N° 4</u>: Proceso de operacionalización de la variable cualitativa Factores intra profesionales

Variable cualitativas	2 - Factores intra profesionales	
Definición conceptual	Describen algunas condiciones laborales locales/institucionales de los enfermeros que generarían un entorno laboral desfavorable para estos profesionales	
Dimensiones	*1.1. Propios de la profesión*	*1.2.Condiciones laborales generadas en y por las relaciones interpersonales*
Indicadores	→ Cantidad de horas que trabaja por día → Realiza doble jornada laboral: Si – No → Carácter de la doble jornada laboral: Obligatorios o voluntarios → Efectos de la doble jornada: salud física o mental Positivo/Negativo (P/N). en la atención brindada a los pacientes: P/N. En la personal de los enfermeros: P/N → Realización de turnos rotativos: Si – No → Carácter de la rotación: Obligatorios o voluntarios → Percepción del personal acerca de los efectos de la los turnos rotativos en: salud física o mental P/N. Atención brindada a los pacientes: P/N. En la personal de los enfermeros: P/N → Grado de participación en el proceso de toma de decisiones en el equipo de Enfermería: Si – No *No participa:* mención del obstáculo que impide la participación *Si participa:* tipo de decisiones en las que participa: relacionadas con los pacientes. Programas de educación continua. Con la gestión y administración de los servicios de enfermería → Grado de participación en el proceso de toma de decisiones en el equipo de Salud: Si – No *No participa:* mención del obstáculo que impide la participación *Si participa:* tipo de decisiones en las que	→ Percepción del personal acerca de los hechos de violencia laboral: Si – No *Si existen*: Tipos de hechos que predominan: verbales – físicos – otras modalidades Actores del sistema de salud entre los que se producen los hechos de violencia: Enfermero – Enfermero Enfermero – Paciente y familia Enfermero – Médico Enfermero - Equipo de salud

	participa: relacionadas con los pacientes. Actividades que realizan los enfermeros en los servicios. Con la gestión y administración en el servicio → Superposición entre las órdenes de jefes de distinto nivel: Si – No → Consecuencias laborales de esta superposición: problemas en la comunicación – contraindicaciones en los cuidados de enfermería → Tipo de ingreso al sistema que reglamenta la Ley N° 2580: concurso - interino → Proporción de concursados en relación a interinos	

Fuente: Estructura del cuadro propuesta por Pineda, Elia y Alvarado, Eva Luz. *Metodología de la Investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud*. Cuadro de elaboración propia

5. 3. Estrategias para la recolección de datos

La fase de la recolección de datos se justifica desde un enfoque mixto de investigación expresado en la triangulación intramétodo. Cohen y Piovani sostienen que la triangulación metodológica en ciencias sociales está vinculada principalmente a tres objetivos, la convergencia, la completitud y la combinación. En este diseño se considera la triangulación como "…un modo de alcanzar una comprensión completa de un fenómeno desde distintas aspectos…".[103] Siguiendo la idea de los autores mencionados, esta investigación desarrolla la noción de combinación de métodos para la recolección de datos, en donde ambas perspectivas, cualitativa y cuantitativa se complementan.

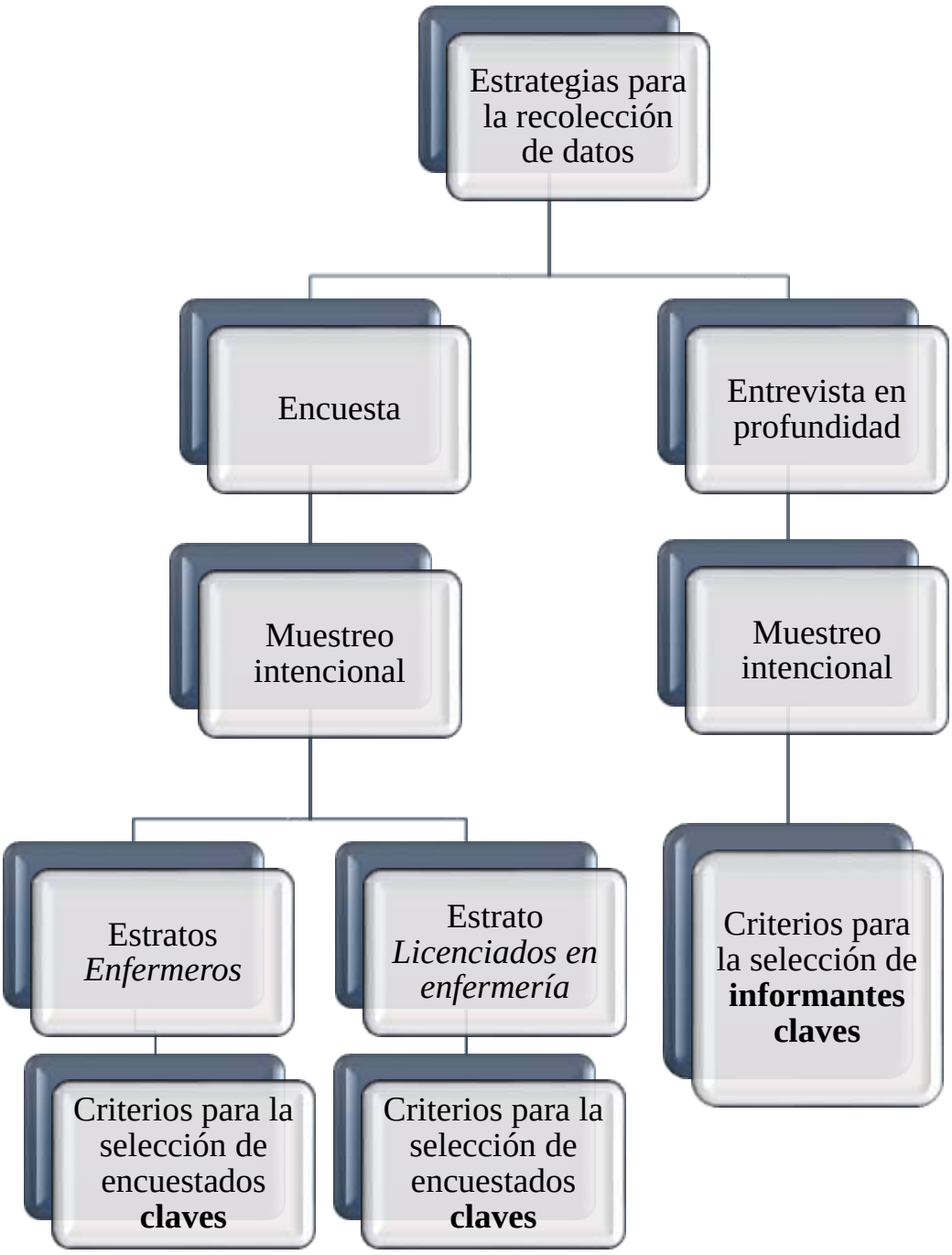
Desde esta posición emplearemos dos estrategias para la recolección de datos: la entrevista en profundidad[104] y la encuesta[105].

La información requerida para esta investigación se obtendrá de fuentes primarias.

A continuación se presenta un esquema de los métodos de recolección de datos y las fuentes empleadas en la investigación.

[103] Marradi, Alberto Archenti, Nélida y Piovani, Juan Ignacio. *Metodología de la Ciencias Sociales*. Buenos Aires – Argentina. Editorial Emecé. 2007. pp. 148
[104] Taylor, Steve J. y Bogdan, Robert. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona – España. Editorial Paidós.1987. pp. 100
[105] Marradi, Alberto Archenti, Nélida y Piovani, Juan Ignacio. *Metodología de la Ciencias Sociales*. Buenos Aires – Argentina. Editorial Emecé. 2007. pp. 203

<u>Esquema N°5</u>: Métodos de recolección de datos



<u>Fuente:</u> Elaboración propia

5. 3. 1. La entrevista

La primera estrategia, la entrevista en profundidad, definida por. Taylor y Bogdan como los "…reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes…dirigidos éstos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus experiencias…tal como las expresan con sus propias palabras… "[106], permite estudiar eventos ocurridos en el pasado y rescatar así las vivencias de los involucrados.

Estos autores diferencian tres tipos de entrevistas en profundidad: a) la historia de vida o autobiografía sociológica, b) las entrevistas dirigidas al aprendizaje sobre acontecimientos y actividades que no se pueden observar directamente y c) aquellas cuya finalidad es brindar información sobre una gama amplia de escenarios, situaciones o personas.

A través de la estructura del tipo b) de entrevista en profundidad, fue posible acceder a las experiencias y significaciones de los profesionales de enfermería sobre los cambios en la planta física y las modificaciones organizacionales. En este patrón de entrevista - dado que el investigador no estuvo presente en el momento de la ocurrencia de los hechos- los informantes cumplen el rol de verdaderos observadores del investigador. De este modo, el investigador va más allá de la observación directa y su conocimiento se apoya en la descripción que los actores primarios realizan de lo percibido.

Partimos de la propuesta de Taylor y Bogdan de que el "…investigador cualitativo no se interesa por la verdad *per se*, si no en perspectivas…"[107] para planificar los controles crusados en las entrevistas.

Los controles cruzados que utilizamos en nuestra entrevista en profundidad fueron: a - examinar la incoherencia de las historias en distintos relatos sobre el mismo evento, b-examinar la incoherencia a un mismo relato en los diferentes momentos de su desarrollo y c - advertir de posibles distorsiones en las historias relatadas.

[106] Taylor, Steve J. y Bogdan, Robert. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona – España. Editorial Paidós.1987. pp. 101
[107] Ibídem pp. 126

Para implementar este último control si bien fue de gran utilidad la familiaridad y el conocimiento que el investigador tenia de los actores y sus escenarios de trabajo, también debimos tener un particular cuidado de que esa misma familiaridad y conocimiento no contaminaran el escenario.

La selección inicial de los informantes, siguiendo el diseño flexible de la investigación, no se definió exhaustivamente antes de la recolección de los datos. Se utilizó un muestreo intencional[108], el cual a partir de una serie de criterios (detallados más adelante) nos permitió seleccionar, del caso en estudio, un conjunto de informantes claves que a su vez, originaron la posibilidad de entrevistar a otros actores de acuerdo a la información que se fue obteniendo.

Los registros de los relatos de las entrevistas se realizaron con un equipo de grabación, también se llevó paralelamente a éste, un registro manual en el cuaderno de notas de campo[109], del tono de voz, los gestos, movimientos de manos, postura, entre otras expresiones corporales de los entrevistados.

Para determinar la cantidad de entrevistas a realizar, se siguió el criterio de saturación desarrollado por Glaser y Strauss[110]. Planteamos, primariamente, dos por cada nivel jerárquico del estudio de caso. Durante el proceso de recolección de datos, además de estas ocho entrevistas – planteadas a *priori* - formalizamos cuatros más de acuerdo a los datos obtenidos.

A continuación se presenta una lista de los criterios para la selección de informantes claves:

1. Los informantes debían ser parte del caso.
2. Se eligieron inicialmente dos actores socio – institucionales por cada nivel jerárquico que constituyen el caso.
3. Los entrevistados tuvieron algún tipo de participación especial en el evento histórico – institucional de la construcción del nuevo hospital,

[108] Marradi, Alberto Archenti, Nélida y Piovani, Juan Ignacio. "*Metodología de la Ciencias Sociales*". Buenos Aires – Argentina. Editorial Emecé. 2007. pp. 222
[109] Taylor, Steve J. y Bogdan, Robert. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona – España. Editorial Paidós.1987. pp. 74
[110] Glaser y Strauss en Marradi, Alberto Archenti, Nélida y Piovani, Juan Ignacio. "*Metodología de la Ciencias Sociales*". Buenos Aires – Argentina. Editorial Emecé. 2007. pp. 223

como así también en las nuevas disposiciones organizativas que se dieron conjuntamente.

4. Los informantes al momento de la entrevista debían estar trabajando efectivamente en el hospital. No se consideraron todos aquellos que por licencias u otros motivos, no estaban trabajando en el periodo en que se realizaron las mismas.
5. Los actores involucrados accedieron libre y voluntariamente a ser entrevistados.
6. Los entrevistados formalizaron su aceptación a participar en la investigación mediante el formulario de consentimiento informado.
7. Partiendo del principio de que "…todos los entrevistados son a la vez similares y únicos…"[111], se invitó a participar a informantes claves que compartieran o no, la política de la gestión que tiene actualmente el departamento de enfermería del hospital.

Guía de la entrevista

ENTREVISTA en PROFUNDIDAD

Código del encuestado: ……...……Licenciado…Enfermero…
Servicio:…….Concursado ley 2580 SI NO
¿Desempeña cargo donde fue concursado?.....cargo actual concursado……

1. ¿Quién organizó la mudanza del viejo al nuevo edificio?
2. ¿Cómo fue el traspaso del viejo al nuevo hospital?
3. ¿Visitaron el edificio antes de la mudanza?
4. ¿Con qué tiempo de antelación les informaron que se mudan de edificio?
5. ¿Participaron en alguna instancia en la distribución de la planta física?
6. ¿Qué pudieron trasladar al nuevo edificio?
7. ¿Qué sintieron cuando se fueron del edificio viejo?
8. ¿Sabían a dónde iban?

[111] Ibídem pp. 22

9. ¿Conservaron su lugar de trabajo, en cuanto al servicio/sector?

10. ¿Necesitaron incrementar el número de enfermeros para cubrir las demandas de atención en el nuevo hospital?

11. ¿Cómo resolvieron el requerimiento de personal de enfermería?

12. ¿Qué sintieron cuando llegaron al edificio nuevo?

13. ¿Cuál fue el principal impacto que generó la mudanza en la organización de enfermería?

5. 3. 2. La encuesta

La segunda estrategia, la encuesta, permitió obtener información de la población indagada sobre "…actitudes, creencias y opiniones de los individuos en estudio…"[112], la encuesta se concretó mediante una cuestionario escrito, de tipo semi estructurado. El instrumento de recolección de datos elaborado como un formulario fue completado por los encuestados. Este permitió recolectar información de las condiciones laborales del personal de enfermería.

Dado que el estudio de caso está dividido naturalmente en dos estratos[113], enfermeros universitarios y licenciados, se decidió inicialmente dividir a la población en estos dos estratos mencionados.

Roberto Hernández Sampieri plantea que un estrato es una fracción de la población en estudio. Los estratos pueden variar de tamaño y atributos entre ellos, pero deben ser heterogéneos dentro de sí. Cada elemento de un estrato es excluyente y la suma de estos debe dar la población total.

Para estratificar una población se deben tener en cuenta las características que presenta la misma. Los estratos definidos para el estudio de caso se seleccionaron a partir de la clasificación de los profesionales de enfermería en: licenciados en enfermería, ciento ochenta (180) y enfermeros universitarios, ciento veinte (120).

Para determinar el tamaño de la muestra de cada estrato, se recurrió a la formula que plantea el muestreo estratificado proporcional, donde el número de la muestra se distribuye proporcionalmente al tamaño de los estratos expresados en número de unidades. Por lo tanto para el estrato de licenciados en enfermería se precisaron cincuenta y cuatro (54) unidades de observación. Mientras que para el estrato de enfermeros universitarios se requirió una muestra de treinta y seis (36) unidades de observación.

La elección de los encuestados se realizó en base a los criterios que se detallan a continuación:

---

[112] Marradi, Alberto Archenti, Nélida y Piovani, Juan Ignacio. "*Metodología de la Ciencias Sociales*". Buenos Aires – Argentina. Editorial Emecé. 2007. pp. 203

[113] Nota: el estrato designa a los segmentos mutuamente excluyentes de una población, establecidos con base en uno o más atributos. Polit, Denis. y Hungler, Bernadette. *Investigación científica en ciencias de la salud*. 5ª Ed. Distrito Federal – México. Editorial McGraw – Hill. 1997

1. Los encuestados debían ser parte del caso.
2. Los informantes - al momento de la realización de la encuesta - debían estar trabajando efectivamente en el hospital. No se consideraron todos aquellos que por licencias u otros, no se encontraban trabajando.
3. Los actores involucrados accedieran libre y voluntariamente a ser encuestados.
4. Los entrevistados formalizaran su aceptación a participar en la investigación mediante el formulario de consentimiento informado.
5. Para minimizar el sesgo[114] de representatividad de las variables en estudio, se propuso un criterio de diversidad en relación a: grupos etarios, sexo y posibles escenarios de trabajos, entendidos éstos como los distintos servicios hospitalarios.

Es preciso señalar que al momento del tratamiento de los datos no se observó una diferencia significativa entre el primer estrato compuesto por licenciados y el segundo constituido por enfermeros universitarios. La tendencia de todos los indicadores observados es la misma para ambos estratos. Por lo que para el tratamiento y análisis de los datos se unificaron ambos estratos en una única muestra constituida por licenciados y enfermeros.

El cuestionario

ENCUESTA

Código del encuestado: ……Licenciado…Enfermero…
Servicio:…….Concursado ley 2580 SI NO
¿Desempeña el cargo donde fue concursado?.....cargo actual concursado……

Por favor responda el siguiente cuestionario:

1. ¿Cuántas horas, en promedio, trabaja por día en el hospital?..... hs.

2. ¿En el hospital le permiten hacer doble jornada laboral (dos turnos de trabajos consecutivos)? SI NO.
   La respuesta que usted elija márquela con un círculo

[114] Nota: El sesgo de una muestra consiste en la representación sistemáticamente excesiva o deficiente de un sector de la población en la muestra según un atributo determinado. Polit, Denis. y Hungler, Bernadette. *Investigación científica en ciencias de la salud*. 5ª Ed. Distrito Federal – México. Editorial McGraw – Hill. 1997

3. Usted realiza la doble jornada laboral en forma: ***La respuesta que usted elija márquela con un círculo***
   Obligatoria
   Voluntaria
   Ambas

4. ¿Qué efectos tienen las dobles jornadas laborales sobre? ***La respuesta que usted elija márquela con un círculo***
   Su salud física o mental: Negativo/Positivo
   En la atención que le brinda a los pacientes: Negativo/Positivo
   En su vida personal: Negativo/Positivo

5. Usted ¿trabaja en turnos rotativos? SI NO. ¿Cuáles? TM…TT…TN. ***La respuesta que usted elija márquela con un círculo***

6. ¿Porque trabaja o trabajaría en turnos rotativos? ***La respuesta que usted elija márquela con un círculo***
   Motivos institucionales
   Razones personales
   Otros motivos. ¿Cuáles?

7. ¿Qué efectos tienen los turnos rotativos sobre? ***La respuesta que usted elija márquela con un círculo***
   Su salud física o mental: Negativo/Positivo
   En la atención que le brinda a los pacientes: Negativo/Positivo
   En su vida personal: Negativo/Positivo

8. ¿Participa en la adopción de algún tipo de decisión dentro del Equipo de Enfermería? SI NO.
   La respuesta que usted elija márquela con un círculo

9. En caso de responder que NO. ¿Qué o quién le impide participar?.....

10. En caso de responder que SI ¿En qué tipo de decisiones participa? ***La respuesta que usted elija márquela con un círculo***
    Las decisiones relacionadas con los pacientes
    Las decisiones relacionadas con el programa de educación continua
    Decisiones relacionadas a la gestión y administración del Servicio de Enfermería

11. ¿Participa en la adopción de algún tipo de decisión dentro del equipo de Salud? SI NO.
    La respuesta que usted elija márquela con un círculo

12. En caso de responder que NO. ¿Qué o quién le impide participar?.....

13. En caso de responder que SI ¿En qué tipo de decisiones participa? ***La respuesta que usted elija márquela con un círculo***
    Las decisiones relacionadas con los pacientes
    Las decisiones relacionadas con las actividades que realizan los enfermeros en el servicio
    Decisiones relacionadas a la gestión y administración del servicio donde trabaja

14. Indique ¿Cuántos jefes de Enfermería tiene en su servicio? ***La respuesta que usted elija márquela con un círculo***
    Supervisor:……
    Jefe de unidad:……

15. ¿De cuál de ellos recibe ordéneles directas? ***La respuesta que usted elija márquela con un círculo***
    Supervisor

Jefe de unidad
Ambos

16. ¿En algún momento las órdenes entre el supervisor y el jefe de unidad son contradictorias? SI NO. ***La respuesta que usted elija márquela con un círculo***

17. En caso de responder que SI ¿Qué consecuencias tiene en su trabajo?: desarrolle brevemente

    ……

18. Además del Supervisor y Jefe de unidad ¿de qué otros enfermeros recibe órdenes?.....

19. ¿Se ha concursado según el régimen de la Ley 2580? SI NO. ***La respuesta que usted elija márquela con un círculo***

20. En caso de responder que SI. ¿Cuántas veces se ha concursado?.....

21. Usted considera que en su lugar de trabajo hospitalario, ¿se producen hechos de violencia o agresión laboral? SI NO. ***La respuesta que usted elija márquela con un círculo***

22. Los hechos de violencia o agresiones que predominan en su lugar de trabajo son: ***La respuesta que usted elija márquela con un círculo***
    Verbales
    Físicas
    Otras modalidades ¿Cuáles?

23. ¿En qué consisten los hechos de violencia predominantes?

……

24. De los hechos de violencia que usted conoce ¿Entre que actores del sistema de salud se producen estos hechos? Puede marcar más de una opción. ***La respuesta que usted elija márquela con un círculo***

Enfermero – Enfermero
Enfermero – Paciente y familia
Enfermero – Médico
Enfermero - Equipo de Salud

5. 3. 3. *Consentimiento Informado*

El consentimiento informado es un proceso reflexivo, que se formaliza mediante un documento escrito de carácter informativo, por medio del cual se invita formalmente a las personas a participar en una investigación luego de brindarles la información necesaria y adecuada. El aceptar y firmar el consentimiento autoriza a una persona a participar en un estudio, como también, permite que la información recolectada durante el estudio, pueda ser utilizada por los investigadores en el tratamiento y análisis de datos y posterior comunicación de los resultados.

La legislación argentina define al consentimiento informado como "…la declaración de voluntad suficiente efectuada por… la persona investigada… luego de recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada…"[115]con respecto a:

→ La investigación propuesta, con especificación de los objetivos perseguidos.

→ Los beneficios esperados de la investigación.

→ Los riesgos que pudieran tener los participantes.

A continuación se presenta el formato escrito del consentimiento informado utilizado en la investigación:

[115] Ley Nacional N° 26.529 / 2009. *Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud.* Poder Legislativo Nacional. Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina. Noviembre de 2009

Formulario de consentimiento informado

Investigación de Tesis de Maestría
Síndrome de Incertidumbre Laboral en los Profesionales de Enfermería
Hospital Público Descentralizado Dr. Guillermo Rawson - Provincia de San Juan

Investigador principal: *María José Caño Nappa*

Directora de tesis: *Dra. Analía Virginia Ponce* - Codirector de tesis: *Dr. Félix Alejandro Gómez*

Participantes: *Personal profesional de Enfermería (ley 2580) Hospital Público Descentralizado Dr. Guillermo Rawson* (HPDGR)

Estimado entrevistado/encuestado: lo invitamos a participar en la Investigación de Tesis de Maestría ya mencionada. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar cualquier duda que pueda tener al respecto. Su participación es totalmente voluntaria y anónima, le garantizamos que toda la información que proporcione será utilizada únicamente para los fines de esta investigación quedando debidamente archivada en la Universidad Nacional de Lanús.

Una vez que haya comprendido todos los aspectos de la investigación de tesis de maestría en la que usted participará, se le pedirá que firme este documento.

1. Problema de investigación

El personal profesional de enfermería del centro de salud Hospital Público Descentralizado Dr. Guillermo Rawson presenta un conjunto de signos y síntomas que denominaremos "*síndrome de incertidumbre laboral en enfermería*". El problema de investigación se identifica en la situación paradojal dada por la emergencia de este síndrome en un contexto de mejores condiciones edilicias y tecnológicas. Nos preguntamos ¿cuáles son y cómo podemos interpretar los factores que se vincularían con la aparición del SILE, en el contexto socio histórico hospitalario en el que no parece justificado?

2. Objetivo principal

Describir e interpretar, en el contexto socio histórico hospitalario, los factores que se vinculan con la aparición del *síndrome de incertidumbre laboral en enfermería* que presenta, actualmente, el personal profesional de enfermería del centro de salud Hospital Público Descentralizado Dr. Guillermo Rawson.

3. Beneficios del estudio

Se espera que este estudio aporte nuevos formas de abordar la problemática de la incertidumbre laboral del personal profesional de enfermería del hospital Dr. Guillermo Rawson y otros centros de atención de la salud.

4. Estrategias para la recolección de datos

Se realizará una entrevista en profundidad a los informantes claves seleccionados y una encuesta semi estructurada a los profesionales que conforman la muestra.

5. Riesgos para usted asociados con la investigación

La participación es esta investigación no implica ningún riesgo, tanto en el ámbito personal como laboral.

Carta de Consentimiento Informado

Yo:…… DNI……
He leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado de las diversas características del estudio y entiendo bien sus diversos aspectos.

De manera que, a través de la presente, **CONVENGO** en participar en laInvestigación de Tesis de Maestría denominada *"Síndrome de Incertidumbre Laboral en los Profesionales de Enfermería del Hospital Público Descentralizado Dr. Guillermo Rawson - Provincia de San Juan"*

Firma……Aclaración……..….DNI……..

Lugar y fecha……

Firma del investigador……..…Aclaración……...DNI…….

Lugar y fecha……

Capítulo VI

Análisis e interpretación de la información

En este capítulo se presenta el tratamiento, análisis e interpretación de los datos recolectados. Se desarrollará primeramente la instancia de entrevistas en profundidad seguida por las encuestas.

El tratamiento y análisis de los datos si bien constituyen una fase del proceso investigativo, se los puede identificar como dos componentes distintos de ésta. El tratamiento se refiere a la compactación de la información; Ynoub lo vincula con las "…actividades de manipulación, síntesis, e integración de resultados…"[116], mientras que el análisis está estrechamente relacionado con la interpretación de los datosa la luz del cuerpo teórico propuesto.

6. 1. Análisis de la información de las entrevistas

A través de la entrevista en profundidad fue posible acceder a las experiencias y significaciones que tuvieron los profesionales de enfermería respecto a los cambios en la planta física y las modificaciones organizacionales, surgidos a partir de la inauguración de la fase I y II del centro de salud H.P.D.G.R en el año 2009.

En el sistema hospitalario la mudanza del viejo al nuevo edificio ocasionó en el colectivo profesional de enfermería, por una parte la perdida de sectores o espacios físicos y por otra, la incorporación de nuevos lugares de trabajo.

Tanto la pérdida como la incorporación de espacios físicos modificaron los escenarios de trabajo de los enfermeros y por lo tanto la estructura organizativa.

En el marco de esta investigación agrupamos todas estas modificaciones bajo la variable cualitativa denominada *factores extra profesionales*, la que fue operacionalizada *a priori* en dos dimensiones:

[116] Ynoub, Roxana. *De la Disección a la Vivificación: el tratamiento y análisis de datos*. (Inédito) Modulo: Análisis y Procesamiento de Datos. Maestría en Metodología de la Investigación Científica. Universidad Nacional de Lanús. 2009

1 – Cambios en la planta física que se dieron en el hospital a partir de la inauguración del nuevo edificio y que afectaron a enfermería.

2 – Modificaciones organizaciones consecuentes a este evento producidas en el colectivo profesional de enfermería.

Estas modificaciones organizacionales en el cuerpo de enfermeros del hospital se produjeron a partir y como consecuencia, entre otros factores, del proceso de mudanza de la vieja a la nueva estructura hospitalaria. El grado de participación que tuvieron los enfermeros en este proceso definió, en gran medida, la distribución de los espacios físicos del nuevo hospital destinados para el uso de enfermería.

También tenemos que considerar que algunos servicios se dividieron dando lugar a nuevos servicios de internación, se duplicó la cantidad y modificó la distribución de las unidades de internación de pacientes. Estos cambios mencionados impactaron en la organización de los profesionales de enfermería en el hospital.

En las dimensión definidas, *cambios en la planta física y modificaciones organizaciones,* primero se analizaron los datos obtenidos con la entrevista en profundidad a través de la técnica de análisis de contenido, segundo a partir de este análisis se definieron las categorías emergentes y tercero, con estas categorías se construyeron tipologías.

6. 1. 1 Cambios en la planta física

Los sectores o espacios físicos que los enfermeros se vieron obligados a dejar, en el proceso de mudanza, son todos aquellos de uso privado del personal, o sea, son lugares que no estaban destinados a la atención de pacientes y tampoco se compartían con otros profesionales del hospital. Los espacios nuevos que se incorporaron en el nuevo edificio fueron en su mayoría, sectores designados para internación de los pacientes.

Para comprender la magnitud de los cambios edilicios a partir de la construcción del nuevo edificio es pertinente recordar, lo expuesto en el Capítulo I, el edificio pasó de tener una estructura edilicia de pabellones separados unos de otros, donde cada uno funcionaba como un micro hospital, a constituir una unidad integrada.

El pabellón era un gran espacio físico, donde las unidades de los pacientes[117] se ubicaban una al lado de otra sin mediar ningún elemento divisorio entre las mismas. En el extremo opuesto al ingreso del pabellón estaba el office de enfermería (denominado actualmente isla de trabajo) y en un sector diferenciado la sala de estar y vestuario del personal de enfermería. El enfermero ingresaba al pabellón y tenía una visión general e inmediata de todos los pacientes.

La nueva estructura edilicia del hospital, contrariamente a la anterior es un sistema arquitectónico integrado construido en un solo bloque con varias vías de acceso. El edificio tiene una zona de circulación exclusiva para el personal hospitalario y otra con acceso a pacientes y familiares, ambas interconectadas entre sí. Además se unificaron algunos sectores que funcionaban en diversos espacios separados en el antiguo edificio. Ejemplo de esto son los quirófanos, emplazados antiguamente en tres servicios, unificados nuevo hospital en el Centro Quirúrgico.

El sector destinado a la internación de pacientes en el nuevo hospital está organizado en habitaciones para dos pacientes con baño privado; equipamiento médico de avanzada tecnología, mobiliario completo y un sistema de timbre para llamar al personal de enfermería desde las habitaciones. Las nuevas instalaciones, también, cuentan con salas de espera, admisión general de pacientes y centro de información.

A continuación se presentan los indicadores a través de los cuales se analizaron los cambios en la planta física.

A. <u>Grado de participación del colectivo de enfermería en el proceso de mudanza</u>

Este indicador nos permite reconstruir el grado de participación de los profesionales de enfermería en la organización del traspaso desde el viejo al nuevo hospital.

[117] Unidad del paciente: espacio que ocupa un paciente internado en el hospital. El mismo podemos encontrar mobiliario acorde a un dormitorio, aparatología según sea el área hospitalaria donde este la unidad del paciente y ropa de cama

El cambio de edificio estuvo coordinado por un comité constituido por arquitectos, ingenieros y médicos[118]. En este comité no participó enfermería, según los enfermeros que vivieron la mudanza. Este comité excluyó del proceso de distribución y organización de la nueva planta física a la División Enfermería.

En la entrevista realizada al personal del departamento de enfermería surge que la División de Enfermería, en aquel momento, dispuso una *comisión*, denominada así por el Departamento de Enfermería, conformada por dos licenciados cuya función fue calcular la cantidad de personal requerido por los servicios en la nueva planta sanitaria.

En los servicios que fueron mudados en la fase I y II fueron los supervisores quienes coordinaron el traslado de su sector en particular. "…como supervisora del servicio…comencé a organizar cómo iba a ser el traslado (…), cada servicio fue organizando el traslado, cada supervisora organizó como iba a ser el traslado…"[119].

En algunos casos el supervisor preparó la mudanza con asistencia del jefe de unidad y los enfermeros asistenciales, esta consistió en organizar únicamente los materiales que iban a pasar al nuevo edificio. "…fueron los jefes de unidad con colaboración de los enfermeros los que organizaron el traspaso, participó casi todo el equipo de enfermería del servicio en la mudanza…"[120].

Los enfermeros del área de Infectología relatan una experiencia distinta a la de los otros profesionales de enfermería. "…nosotros fuimos parte de la organización de la nueva estructura…solamente con los temas relacionados a Infectología…"[121].

Los enfermeros en control de infecciones (ECI) tuvieron y tienen una situación particular en el hospital. Estos profesionales, en conjunto, con los médicos infectólogos constituyen el Comité de Infectología[122].

Los ECI acompañados por los otros integrantes de este comité pudieron visitar la nueva infraestructura en varias oportunidades antes de mudarse, "…si, varias visitas

[118] Este comité fue conformado por diversas disciplinas fue creado exclusivamente para organizar la mudanza del viejo al nuevo hospital

[119] Fuente: profesional de enfermería. Se conserva el anonimato Extraído de las entrevistas en profundidad realizadas en el Centro de Salud Hospital Dr. Guillermo Rawson. Abril – Junio de 2015

[120] Ibídem

[121] Ibídem

[122] El Comité de Infectología es un espacio interdisciplinario cuya finalidad es la investigación infectológica, vigilancia epidemiológica, prevención y de estudios de casos infectologicos y la elaboración y aplicación de recomendaciones y protocolos en prevención y control de infecciones

tuvimos…"[123]. Este Comité eligió los espacios físicos, en la nueva estructura edilicia, donde se instalaron con posterioridad. Podríamos decir que es el único caso en el que los profesionales de enfermería participaron activamente en la distribución de los nuevos espacios hospitalarios.

En general y salvo las excepciones antes mencionadas los profesionales del equipo de enfermería, tanto de los Servicios como de la División de Enfermería no habrían participado en la distribución de los espacios de la nueva planta física, "…no se les preguntó ni se les permitió opinar sobre la nueva planta física…"[124].

El traspaso de la vieja planta a la nueva estructura edilicia se realizó mayormente en un periodo de veinticuatro (24) horas. "…el traspaso fue de una sola vez, entre el turno mañana y tarde habíamos pasados todos los pacientes y casi todos los insumos y equipos…"[125].

En general el personal de enfermería afectado no recuerda con exactitud cuánto tiempo antes les avisaron del traspaso. El comité organizador le avisó a la División de Enfermería un mes, aproximadamente, antes de ejecutar el traspaso.

> "…Nos avisaron alrededor de un mes antes (…) fue rápido (…) no me acuerdo, pero no fue tanto tiempo porque ya estaba todo listo (...) no sabíamos nada hasta que se mudaron (…) un día llegamos a trabajar al hospital y ya se habían mudado…"[126].

Los ECI acompañados por los otros integrantes de este comité pudieron visitar la nueva infraestructura en varias oportunidades antes de mudarse, "…si, varias visitas tuvimos…"[127]. Este Comité eligió los espacios físicos, en la nueva estructura edilicia, donde se instalaron con posterioridad. Podríamos decir que es el único caso en el que

[123] Fuente anónima. Extraído de las entrevistas en profundidad realizadas en el Centro de Salud Hospital Dr. Guillermo Rawson. Abril – Junio de 2015
[124] Ibídem
[125] Ibídem
[126] Ibídem
[127] Fuente anónima. Extraído de la entrevistas en profundidad realizadas en el Centro de Salud Hospital Dr. Guillermo Rawson. Abril – Junio de 2015

los profesionales de enfermería participaron activamente en la distribución de los nuevos espacios hospitalarios.

En general y salvo las excepciones antes mencionadas los profesionales del equipo de enfermería, tanto de los Servicios como de la División de Enfermería no habrían participado en la distribución de los espacios de la nueva planta física, "…no se les preguntó ni se les permitió opinar sobre la nueva planta física…"[128].

Las categorías que surgen de este análisis son:

1) Comité organizador del traspaso sin participación de enfermería.
2) Comisión de traspaso conformada por dos licenciados en enfermería, dispuesta por el Departamento de Enfermería.
3) Organización de los supervisores con colaboración del jefe de unidad y el personal asistencial de aquellos servicios que iban a ser mudados.
4) Participación activa en la toma de decisiones en el proceso de mudanza de los enfermeros miembros del Comité de Infectología.

Se puede observar en este punto que no hubo una accionar conjunto del colectivo de enfermería, como surge de las entrevistas cada enfermero se encargó de lo que pudo al momento de la mudanza.

Al no participar activamente enfermería en la distribución de los espacios físicos de la nueva planta hospitalaria, estos se organizaron de acuerdo a las preferencias y necesidades de las otras disciplinas que trabajan en el hospital.

B. <u>Distribución de los espacios en la nueva estructura hospitalaria</u>

Con este indicador pretendemos reconstruir y analizar qué espacios físicos en la nueva estructura hospitalaria encontraron disponibles los profesionales de enfermería al momento de la mudanza.

Para interpretar la experiencia de la pérdida de los sectores o espacios físicos que vivió el personal de enfermería cuando se mudó al nuevo hospital es necesario describir

[128] Ibídem

cuales fueron los espacios que estos ocuparon habitual e históricamente en los servicios del viejo edificio y compararlos con los espacios en la nueva estructura edilicia.

A continuación presentamos una descripción y comparación de los espacios destinados a enfermería en la vieja y nueva estructura hospitalaria:

Office de enfermería: (llamado actualmente isla de trabajo) Era un espacio destinado a la preparación de material e insumos usados en la atención directa de los pacientes, en este mismo espacio se delimitaba una pequeña área de trabajo para tareas administrativas. En la nueva planta física este fue el único espacio que encontraron disponibles los enfermeros para uso propios.

El office de enfermería en el nuevo hospital fue un espacio más amplio con mobiliario nuevo y con los mismos usos que tenía anteriormente.

Vestuario: en este sector estaban ubicados los *locker* donde el personal guardaba sus pertenencias, acá los enfermeros se cambiaban de ropa para ingresar a las unidades de trabajo. Cada servicio y sector contaba con un vestuario propio. En la nueva estructura edilicia, el mismo fue reemplazado por un vestuario general para todo el personal hospitalario dispuesto en el subsuelo del nuevo edificio. Este vestuario emplazado en el subsuelo, si bien no presentaba problemas de accesibilidad o equipamiento, no resultó ser un espacio adecuado para el personal de enfermería. Los motivos dados por el mismo personal se detallan a continuación:

> "…El vestuario en el subsuelo quedaba muy lejos de los servicios (…) no reconocían este espacio de todos como propio (…) en algunas ocasiones nos abrieron los ficheros y robaron nuestras pertenencias (…) en el subsuelo hay muy poco tránsito de personal por lo que nos da temor cambiarnos en ese vestuario…"[129].

Sala de estar: este espacio equipado por lo general con mesa, sillas, heladera, microondas y en algunos sectores con cocina o anafe lo usaban los enfermeros en los momentos de descanso y de ingesta de alimentos, estaba ubicado físicamente en

[129] Fuentes anónimas. Extraído de las entrevistas en profundidad realizadas en el Centro de Salud Hospital Dr. Guillermo Rawson. Abril – Junio de 2015

cercanía a las unidades de internación de pacientes. En el nuevo hospital la sala de estar fue reemplazada por el comedor del hospital, ubicado al igual que los vestuarios, en el subsuelo.

El personal de enfermería en horarios pre establecidos podía ir al comedor a ingerir sus alimentos, el personal disponía en el comedor solamente de agua caliente; todos los alimentos y utensilios los tenían que llevar ellos. Fuera de los horarios pre establecidos los enfermeros no podían ocupar las instalaciones del comedor.

El cambio de la sala de estar al comedor generó una situación conflictiva para el personal de enfermería, ya que en la mayoría de las veces por la dinámica de trabajo de los servicios, los enfermeros no podían concurrir al comedor en los horarios pre fijados. En el turno noche los profesionales de enfermería cenan alrededor de la medianoche, horario en el que comedor permanecía y permanece cerrado. Otro obstáculo que percibieron los enfermeros al momento de usar esta instalación fue que según la cantidad de profesionales que estaban trabajando debían ir solos, situación que no vivían antes de mudarse.

Oficina del supervisor: esta es un área que ocupaba el supervisor y el jefe de unidad de enfermería, equipada con mobiliario propio de oficina, también fue un espacio conflictivo en la nueva estructura edilicia.

Inicialmente en el nuevo hospital no estaba dispuesto un lugar para este fin. Muchos supervisores se agruparon en una sola oficina y otros debieron compartir un espacio destinado a otras tareas. Algunos supervisores, instalados en la nueva planta física, se vieron obligados a dejar el espacio que tenían destinado como oficina para ser ocupado por otros integrantes del equipo de salud.

Como ya se ha mencionado estos profesionales no participaron en ninguna instancia con relación a la distribución de los espacios físicos del nuevo hospital, "…en visitas previas que tuvimos ya se veían las falencias que tenía el edificio, el comité organizador tomó nota de las observaciones, pero nada de eso se arregló o modificó…"[130]. A algunos supervisores, jefes de unidad y personal asistencial les permitieron visitar la nueva planta física en proceso de construcción "…a las jefas de

[130] Ibídem

unidad les mostraron la estructura edilicia, solamente les mostraron los espacios que iban ocupar, pero no pudieron decir nada…"[131].

En las visitas previas, a las nuevas instalaciones edilicias en construcción, los profesionales de enfermería tuvieron una pseudo participación, ya que en la mayoría de los casos no se tuvo en cuenta las observaciones que estos realizaron con respecto a los cambios que necesitaba el nuevo hospital según los requerimientos del colectivo enfermero, "…la distribución de los espacios no ha sido acorde a las necesidades reales, es una estructura edilicia muy de libro, muy de oficina pero no práctica…"[132].

La consecuencia inmediata que tuvo la falta de participación del cuerpo profesional de enfermería en el proceso de mudanza fue sin duda negativa.

Cuando ingresaron los enfermeros por primera vez a los nuevos servicios se encontraron con distintos escenarios de trabajo: por una parte estaban los primeros servicios que se mudaron, entre ellos el Servicio de Maternidad, donde el personal de enfermería encontró mobiliario disponible, pero no espacios físicos dispuestos exclusivamente para ellos.

El Servicio de Neonatología, que se mudó conjuntamente con el de Maternidad, tuvo otro escenario. El Servicio de Neonatología al igual que el Servicio de Pediatría y Nefrología, son consideradas áreas de trabajo cerradas por el restringido ingreso de familiares a los mismos, estos ocuparon y ocupan una importante superficie en el nuevo edificio.

A diferencia de los otros servicios y sectores mudados al hospital nuevo, el personal de enfermería de estos tres servicios antes mencionados, si encontró algunos espacios de uso exclusivo para enfermería cuando se trasladaron. En estos servicios había una oficina para el supervisor, un vestuario para el personal de enfermería y una sala de estar acondicionada para tal fin, todos con iluminación, calefacción y refrigeración adecuadas.

El Comité de Infectología ocupaba en el viejo hospital Rawson un espacio ubicado a la entrada de los quirófanos separado de estos. El sector destinado a

[131] Ibídem
[132] Ibídem

Infectología, era una construcción precaria de pequeñas dimensiones, los ECI la recuerdan como "…la cuevita de quirófano…"[133]. El Comité tenía en este espacio físico elementos mínimos para trabajar por lo que lo único que trasladaron, al momento de la mudanza, fue "…la cafetera y las tazas…"[134].

Las categorías que surgen de este análisis son:

1) Servicios con algunos espacios físicos disponibles para el personal de enfermería.
2) Servicios sin espacios físicos disponibles para el personal de enfermería.
3) Servicios con espacios físicos disponibles para los enfermeros miembros del Comité de Infectología.

C. Nuevas disposiciones de la planta física

Este indicador nos posibilita identificar como quedaron conformados los nuevos espacios físicos destinados para el personal de enfermería.

Al momento de la mudanza y en los primeros tiempos posteriores a la misma, los enfermeros no pudieron trasladar ninguna de las pertenencias que tenían en los servicios del viejo hospital.

¿Qué tenían y porqué eran importantes estos objetos? El personal de enfermería trabaja veinticuatro (24) horas por día, distribuidas en turnos de siete (7) horas (turnos diurnos) y diez (10) horas (turno noche), ya que el hospital funciona trescientos sesenta y cinco (365) días al año, veinticuatro (24) horas por día; cada agente debe cumplir una carga horaria determinada en el hospital, trabajar los feriados, días domingos, y días festivos[135]; esta carga horaria, entre otros motivos, hace que el personal perciba a la institución como "…la casa…"[136] como consecuencia de esto, equipan, especialmente la sala de estar o descanso, con elementos y mobiliario que consideran propios y de uso exclusivo de enfermería.

[133] Ibídem
[134] Ibídem
[135] Se consideran días festivos, día de la madre, día del padre, día del niño, Navidad, Año nuevo etc…
[136] Fuente anónima. Extraído de las entrevistas en profundidad realizadas en el Centro de Salud Hospital Dr. Guillermo Rawson. Abril – Junio de 2015

En estos espacios compartidos entre los enfermeros, había una serie de elementos adquiridos en forma conjunta y de acuerdo a las necesidades de cada servicio. De manera general en las salas de estar encontrábamos: heladera, anafe, cocina con horno, televisor, radio, microondas, horno eléctrico, dispenser de agua, sillas para descanso, banquetas, mantas, tazas, platos, vasos, cubiertos, termo y equipo de mate.

Como se puede observar son muchos los elementos que hacían que la sala de estar o descanso en el hospital se percibiera como *"la* casa". Éste además de ser un espacio de descanso, era un punto de encuentro que permitía cultivar las relaciones interpersonales entre los enfermeros. El comité organizador del traspaso no le permitió al personal de enfermería llevar ninguno de estos objetos al edificio nuevo.

> "…No, no, no, todo lo que eran muebles, todo ese tipo de cosas de la parte vieja no se trajo nada (…) del edificio viejo no se pudieron llevar nada de las pertenencias del personal de enfermería. En algunos casos perdieron lo que tenían, en otros no, lo guardaron en forma personal y con el tiempo lo trajeron nuevamente al hospital (…) les costó dejar sus cosas, muchas pertenencias, sus cariños, sus recuerdos. Tuvieron que ir allá con todas las cosas nuevas y dejar todas las cosas a las que estaban acostumbrados (…) la arquitecta me dijo 'no pueden llevar nada' (…) generalmente casi nada trasladaron (…) fue un cambio muy grande porque no se podían traer las cosas, uno hace pertenencia de su lugar de trabajo (…) a muchos compañeros les quedaron cosas en los locker que no pudieron ir a buscar…"[137].

Como surge del relato de los entrevistados, el personal de enfermería se vio coaccionado a dejar sus pertenencias al momento de mudarse. A esto se le suma el desafortunado hecho de que cuando llegaron al nuevo hospital no tenían lugar físico destinado para la sala de estar (tema desarrollado anteriormente). En un sentido figurado perdieron el espacio que reconocían como "casa" en el proceso de mudanza, "…es parte de mi vida el hospital, este lugar de trabajo me contiene…"[138].

[137] Ibídem
[138] Ibídem

Desde la perspectiva de *trabajo* que plantea Spinelli podemos definir la conexión entre el hospital Rawson y el personal de enfermería como compleja y recíproca, la cual debiera ser interpretada en el contexto del trabajo hospitalario.

La categoría que surge de este análisis es:

1) Pérdida del sentido de pertenencia.

D. Superposición de actividades en un mismo espacio

Este indicador nos permite explicar cuáles fueron los espacios físicos que ocupó el personal de enfermería en el nuevo hospital.

Durante el proceso de construcción, el edificio puso ser visitado por el personal jerárquico y asistencial de enfermería, que en esos momentos estaba trabajando, pertenecientes a aquellos servicios que iban a ser mudados. No todo el colectivo profesional institucional pudo conocer las nuevas instalaciones antes de su inauguración.

> "…Estuvo la gente que trabajaba permanentemente de mañana (…) no sabes cuánto me costó poder visitar el nuevo edificio (…) no nos dejaban ingresar al nuevo edificio por el riesgo que implicaba una obra en construcción, tampoco nos querían dar el elementos necesario como botines y cascos…"[139].

Todos los servicios que se mudaron cambiaron su disposición física en el nuevo hospital: muchos duplicaron las camas disponibles para la internación, además, incorporaron nuevos sectores de trabajo. En otros, no fue significativo el aumento de estas unidades pero los servicios de dividieron en dos partes ubicadas en pisos diferentes, el caso emblemático fue el Servicio de Maternidad, que con el tiempo se transformó en dos servicios; Maternidad y separado de éste el Centro Obstétrico.

[139] Ibídem

> "…fue impactante el hecho de que tuvieran habitaciones individuales, sobre todo con timbre (…) en la planta nueva tienen que caminar más, al principio les costó mucho…"[140].

En líneas generales, al personal de enfermería, le tomó más de un año, acomodarse en la nueva planta física. Recuperaron algunos elementos del viejo hospital y otros los adquirieron nuevos. En casi todos los casos hay una tendencia a reproducir los espacios que tenían. "…cambiaron los elementos pero la cultura no ha cambiado…"[141].

La falta de espacios destinados para el uso de enfermería unida a la necesidad de restaurar los sectores perdidos en la mudanza, dio origen a los nuevos espacios que en el contexto de esta investigación denominamos *"multiusos"*[142].

Estos lugares conseguidos en su mayoría por el personal asistencial, mediante "luchas de poder" con otras disciplinas hospitalarias, tienen varias finalidades. Por momentos se usan como vestuario, en ocasiones como sala de descanso, además habitualmente son depósitos de material y ropería[143]. "…el personal desayuna acá, merienda acá, cena acá, también se cambian y guardan sus cosas…"[144].

El espacio designado para el Comité de Infectología fue acorde a las exigencias previas del mismo antes de la mudanza. En los primeros tiempos los ECI compartían el espacio físico con los médicos infectólogos, posteriormente estos últimos se trasladaron a otros sectores en el nuevo edificio, quedando solamente el personal de enfermería en las oficinas asignadas.

Las categorías que surgen de este análisis son:

1) Surgimiento de los espacios *"multiusos"*.
2) Espacios ocupados por los enfermeros en Control de infecciones.

---

[140] Ibídem
[141] Ibídem
[142] El término *multiuso* es usado por los investigadores para designar estos nuevos tipos de espacios físicos como el que ocupa el personal profesional de enfermería
[143] Se denomina depósito de material y ropería a un espacio de almacenamiento de material descartables, medicación y ropa de cama
[144] Ibídem

La percepción que tuvieron los profesionales de enfermería de la mudanza estuvo relacionada con el escenario de trabajo que les tocó vivir, por lo que debió haber habido situaciones de disconformidad y conformidad.

Si bien es un hecho que todo los enfermeros coinciden en que dejaron un hospital en condiciones edilicias inhabitable, "…el edificio se nos caía a pedazos, las paredes tenían humedad, los techos goteaban cuando llovía (…) entraban las palomas por las ventanas (…) los baños en general no funcionaban…"[145], también surge del relato de estos mismos profesionales que, a pesar de las condiciones edilicias antes mencionadas, la percepción que tuvieron en la mudanza fue negativa.

Presentamos a continuación los relatos sobre la percepción de los profesionales de enfermería que tuvieron del traspaso:

> "…El cambio nos causó incertidumbre o algo así. Supongo que un 50 y 50, no ha sido del todo malo, porque si bien no tenemos espacios propios ni tomamos muchas decisiones, se trabaja mejor en un edificio nuevo…"
>
> "…Me molesta mucho, que siendo personal del hospital de hace mucho años, no pueda ingresar a todos los sectores de la parte nueva…"
>
> "…Fue traumática, porque se aceptaron decisiones tomadas por otros, que si o si se tenían que acatar, entonces no se estipularon ni los tiempos, ni la organización…"
>
> "…Al momento de la mudanza el personal tenía mucha sensación de incertidumbre, se impusieron nuevas reglas muy estrictas por parte de la gerencia del personal. En la nueva estructura se implementaron nuevas cosas que no se hacían en la parte antigua…"
>
> "…Fue negativo, no fue el orgullo de decir estoy en la casita nueva…"
>
> "…Miedo por los comentarios que hacían alrededor de las nuevas condiciones de trabajo…"
>
> "…Si bien causó un poco de ansiedad fue positivo porque existe una diferencia abismal entre el edificio viejo y el nuevo…"
>
> "…La gente estaba como loca y querían y no querían mudarse…"

[145] Ibídem

"…No se mudaron contentas…"[146].

6. 1. 2 Modificaciones organizacionales

El organigrama del personal profesional de enfermería en el hospital estaba conformado por el cargo de jefatura y sub – jefatura de División Enfermería, supervisores y jefes de unidad de los servicios y supervisores de Turno Tarde y Noche, y por último encontramos al personal asistencial.

Los cambios mencionados en la planta física, en el apartado 6. 1. 1**,** modificaron la dinámica de trabajo de los enfermeros. El nuevo hospital, con mayor cantidad de metros cuadrados y por lo tanto más unidades de internación, requirió una mayor dotación de personal de enfermería. No solo se debió incrementar la cantidad de los enfermeros asistenciales, también los supervisores y jefes de unidad aumentaron su número.

Las modificaciones organizacionales configuran la segunda dimensión de la variable cualitativa *factores extra profesionales.* Los indicadores que describen esta dimensión se presentan a continuación:

A. <u>Proporción cantidad de pacientes por enfermero</u>

Este primer indicador señala como se modificó la proporción entre los pacientes y profesionales de enfermería requeridos para su atención.

Como consecuencia del cambio de edificio se modificó en líneas generales el escenario de trabajo para los enfermeros; como se mencionó anteriormente los servicios aumentaron las unidades de internación, se crearon nuevos sectores y se dividieron algunos servicios, todos estos cambios generaron mayor demanda de personal de enfermería.

Estas modificaciones edilicias y estructurales le permitieron a la División de Enfermería justificar la incorporación de nuevo personal al plantel hospitalario. Pero como la dotación de enfermeros era ya deficitaria en el viejo edificio, los nuevos profesionales incorporados al sistema cubrieron los faltantes ya existentes, por lo que

[146] Fuente anónima. Relatos extraídos de las entrevistas en profundidad realizadas en el Centro de Salud Hospital Dr. Guillermo Rawson. Abril – Junio de 2015

pudieron compensar sólo en parte las nuevas demandas. El personal asistencial tanto en el nuevo como en el viejo edificio tenía la percepción de que siempre faltó y falta personal de enfermería.

> "…Ingresó mucha gente nueva pero ahí estamos, no sobra, más bien estamos justos…"
>
> "…En muchos sectores se incrementó el personal, pero se aumentó más el trabajo que el personal de enfermería…"
>
> "…Las chicas han comentado que falta, falta mucha gente…"
>
> "…De antes de mudarnos visualizamos la necesidad de personal, después de una largo tiempo conseguimos más enfermeros (...) no está la demanda de personal abastecida al 100%..."
>
> "…Aumentaron los sectores y consultorio de atención pero no asignaron personal de enfermería a esas nuevas áreas, tuvimos que redistribuir el personal que había…"[147].

La categoría que surge de este análisis es:

1) El ingreso de enfermeros nuevos a la institución, no cubre las demandas de personal generadas a partir de la inauguración del nuevo edificio.

B. <u>Modificaciones que sufrió la organización de enfermería después de la mudanza</u>

Este indicador presenta la situación que tenía la organización del colectivo profesional de enfermería después del traslado del viejo al nuevo hospital.

En los primeros tiempos de funcionamiento del nuevo hospital, salvo algunas excepciones, el personal de enfermería mantuvo su lugar de trabajo en la estructura organizativa "…el personal es el mismo que en el edificio viejo…"[148]. Los cambios del personal de sector o servicio, fueron en su mayoría a pedido del mismo profesional.

A pesar de que la nueva situación hubiera exigido reajustes, se mantuvo la vieja organización.

[147] Ibídem
[148] Fuente anónima. Extraído de las entrevistas en profundidad realizadas en el Centro de Salud Hospital Dr. Guillermo Rawson. Abril – Junio de 2015

La categoría que surge de este análisis es:

1) Las modificaciones en la estructura organizativa de enfermería generadas a partir de la mudanza son mínimas.

C. Adecuación del personal de enfermería a las nuevas disposiciones de la planta física

A pesar de que no se modificó la estructura organizativa y en su mayoría los enfermeros conservaron su lugar de trabajo, el crecimiento organizacional no ha acompañado al desarrollo edilicio. En otras palabras, a partir del incremento de unidades, sectores y servicios destinados a internación se incorporaron nuevos enfermeros al sistema hospitalario pero la demanda de personal superó los ingresos.

Las consecuencias que percibieron y relatan el personal de esta situación se resume en la sensación compartida de un mayor desgaste del personal de enfermería.

"…En la mayoría de los servicios tienen exagerada demanda para el personal que tienen…"

"…En alguno sectores se incrementó el número de enfermeros, pero aumentó más la cantidad de trabajo, mientras el trabajo salga las autoridades no reconocen la necesidad de personal…"

"…El trabajo de la sala siempre te cansa porque nos sentimos coaccionados por los jefes y los propios compañeros…"

"…A pesar de las necesidades de materiales y personal de enfermería siempre se saca la guardia…"

"…Como enfermería es un servicio, el enfermero tiene que hacer todo aunque muera…"

"…Enfermería es diferente a otras áreas disciplinares en salud, los enfermeros no dejan de trabajar por condiciones laborales adversas…"

"…Las actividades generales de los sectores las realizamos todas…"

"…En muchos servicios es monstruoso como trabajamos…"

"…Siempre nos acomodamos a las distintas situaciones y sacamos la guardia…"

"…Están cansados pero siempre sacan las guardias…"

"…Aunque tengas más de 15 pacientes a cargo el trabajo hay que sacarlo…"[149].

De las expresiones del personal de enfermería citadas en el párrafo anterior podemos inferir que pese al aumento del volumen de trabajo estos profesionales igual *"sacan la guardia" "*Sacar la guardia" es una expresión de uso frecuente entre los enfermeros del hospital Rawson, en este caso el término *sacar* no se emplea literalmente, se usa en sentido figurado para indicar la acción de ejecutar las actividades de enfermería planificadas para la atención de los pacientes de un sector o servicio durante el turno de trabajo.

Los motivos que se vincularían con esta sobre carga-laboral exceden el propósito de esta investigación, pero sí podemos reconstruir desde la percepción de los propios enfermeros cómo fue el impacto que generó la mudanza sobre la organización.

El aumento en la demanda de trabajo acompañado por un déficit en la cantidad de enfermeros para esa demanda ocasionaría según el Consejo Internacional de Enfermería, un ambiente de trabajo poco saludable, tal como se describe en el Capítulo III. El incremento de la demanda acentuó el déficit porque el aumento de la planta fue tan insuficiente que ni siquiera mantuvo la situación pre-existente. El crecimiento de la planta (de personal de enfermería) en relación a la nueva demanda resultó así, incoherente.

6. 2. Análisis de la información de las encuestas

El objetivo que buscamos alcanzar a través del análisis de los datos obtenidos de las encuestas es caracterizar y explicar las condiciones laborales actuales (locales/institucionales) y las generadas en y por las relaciones interpersonales de los enfermeros profesionales del centro de salud H.P.D.G.R., que generan un entorno laboral desfavorable. Para ello se realizaron noventa (90) encuestas semi-estructuradas.

El Consejo Internacional de Enfermería identifica a las condiciones laborales como un conjunto de elementos esenciales en la institución de salud que configuran el contexto de trabajo del enfermero, en nuestro caso, en el hospital Dr. Rawson.

[149] Fuente anónima. Relatos extraídos de las entrevistas en profundidad realizadas en el Centro de Salud Hospital Dr. Guillermo Rawson. Abril – Junio de 2015

Las condiciones laborales, según las particularidades de la institución donde se desarrollen pueden adquirir características positivas o negativas; éstas últimas generan entornos de trabajo poco saludables que afectan la salud física y psicológica así como las relaciones interpersonales entre los enfermeros y el equipo de salud.

Para algunos indicadores y solo con fines aclaratorios se presenta la información en tablas estadísticas de doble entrada.

A continuación desarrollamos el tratamiento y análisis de la variable *Factores intra-profesionales.* La misma fue dimensionada en: 1) *condiciones laborales propias de la profesión* y 2) *condiciones laborales generadas en y por las relaciones interpersonales.*

6. 2. 1 Condiciones laborales propias de la profesión

A. Cantidad de horas que trabajan por día los enfermeros

El personal profesional de enfermería del Hospital Rawson trabaja en promedio siete (7) horas por día. Las veinticuatro (24) horas del día que deben ser cubiertas por el personal de enfermería, son divididas laboralmente en tres turnos.

En los turnos diurnos, mañana y tarde, se cumplen jornadas de siete (7) horas cada uno, mientras que en el turno noche se efectivizan diez (10) horas. Una excepción a este sistema de turnos es el quirófano del Servicio Medicina de Urgencias, donde los enfermeros trabajan veinticuatro (24) horas por noventa y seis (96) horas de franco[150].

Según el CIE sería una condición laboral positiva trabajar en promedio siete (7) horas por día, ya que las jornadas de más de diez (10) horas de trabajo consecutivo tienen un impacto negativo.

El caso excepcional del hospital Rawson son los profesionales de enfermería que trabajan en el quirófano del Servicio Medicina de Urgencias, si bien estos realizan jornadas de veinticuatro (24) horas tienen programados periodos de descanso durante las horas laborales; además cuentan con un espacio acondicionado a tal fin, lo cual aminora el impacto negativo.

[150] Franco: se denomina al periodo de descanso en el que el personal no trabaja en el hospital

B. Doble jornada laboral

La doble jornada laboral es definida por el Consejo Internacional de Enfermería como "…las horas o jornada de trabajo que realiza el personal de enfermería, después de su turno normal de trabajo…"[151]. Estas horas, se denominan en nuestro ámbito hospitalario como *horas de recargo* o simplemente "recargo"[152].

El CIE, también, señala que *horas de recargo* pueden realizarse bajo la categoría de obligatorias y voluntarias. En nuestro hospital los recargos de tipo obligatorios también se los identifica como recargos por requerimiento hospitalario o necesidad del servicio, en este tipo de recargo el personal de enfermería es obligado a cumplir con otro turno de trabajo a continuación del que está realizando. En cambio, en los recargos de tipo voluntarios el enfermero por decisión propia elije recargarse.

Del total del personal encuestado, (noventa (90)), el 60% no realizan doble jornada laboral. Esto se debe a que actualmente en algunos servicios los supervisores de enfermería no le permiten al personal recargarse, excepto por necesidad del servicio o requerimiento hospitalario.

Del 40% restante que manifiestan recargarse en algún momento, lo hacen en forma obligatoria, el 63% y voluntariamente el 37%.

Los datos obtenidos de las encuestas sobre estas categorías se reflejan en la siguiente tabla:

Tabla N°1: Distribución de frecuencia de las categorías de la doble jornada laboral

Categorías	Total	Porcentaje
Recargo	36	40%
No Recargo	54	60%
No contesta	-	-
Totales	90	100%

Fuente: Datos obtenidos de las encuestas realizadas en el Centro de Salud Hospital Dr. Guillermo Rawson. Junio – Julio de 2015. Tabla de elaboración propia

[151]Consejo Internacional de Enfermería. Recuperado el 30/03/2015. Desde <http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact_sheets/9b_FS-Horas_extraordinarias-Sp.pdf>

[152] Recargo: identificado también como horas de recargo Son las horas o jornada laboral completa que realiza el personal de enfermería a continuación de su turno normal de trabajo

Tabla N°2: Distribución de frecuencia de las categorías de la doble jornada laboral según el tipo de recargo

Categorías	Total	Porcentaje
Recargo obligatorio	25	70%
Recargo voluntario	11	30%
No contesta	-	-
Totales	36	100%

Fuente: Datos obtenidos de las encuestas realizadas en el Centro de Salud Hospital Dr. Guillermo Rawson. Junio – Julio de 2015. Tabla de elaboración propia

El recargo de tipo obligatorio o por necesidad de servicio o a requerimiento hospitalario[153]definido anteriormente, se produce cuando el personal de enfermería asistencial diagramado no asiste a su turno de trabajo y el turno debe ser cubierto. El responsable de solucionar esta situación es el supervisor de enfermería del servicio donde se ha producido la ausencia. Si el supervisor no encuentra un reemplazo para cubrir el turno de trabajo se produce el recargo del personal que está trabajando, generándose un recargo de tipo obligatorio.

Las circunstancias que generan este tipo de recargo las detallamos a continuación:

- ✓ Ausentismo, con o sin aviso del personal asistencial de enfermería.
- ✓ Partes médicos.
- ✓ Sobrecarga de trabajo[154].
- ✓ Situaciones especiales: catástrofes naturales, desastres sociales, etc.

El recargo denominado *voluntario*, a diferencia del recargo obligatorio responde a motivos diferentes.

Podemos identificar dos razones por las que se produce el recargo categorizado como *voluntar*io en este hospital. En primer lugar, por cuestiones personales de cada enfermero.

[153] Nota: en el marco de esta investigación consideramos sinónimos las expresiones de *recargo de tipo obligatorio, recargo por necesidad de servicio, recargo por requerimiento hospitalario*

[154] Se denomina sobre carga de trabajo o sobre carga laboral a la situación en la cual la cantidad de trabajo excede la cantidad de trabajo promedio de un sector o servicio.

En segundo lugar, el personal de enfermería que espontáneamente decide colaborar con el sistema de salud para cubrir las necesidades de personal. Esta instancia es siempre una oportunidad para generar horas extras de trabajo que son devueltas al profesional que realiza el recargo, cuando este las requiera.

Los efectos que tienen la doble jornada laboral en el personal de enfermería se formulan en términos de efectos negativos y positivos con respecto a una serie de indicadores que se presentan en la siguiente tabla.

Tabla N°3: Distribución de frecuencia de los efectos de la doble jornada laboral

Efectos	**Efectos negativos**		**Efectos positivos**	
	total	**%**	**total**	**%**
Salud física y mental del personal de enfermería	38	42%	25	27%
Atención brindada al paciente	24	27%	27	30%
Ámbito personal del profesional	28	31%	38	43%
No contesta	-		-	-
Totales	90	100 %	90	100 %

Fuente: Datos obtenidos de las encuestas realizadas en el Centro de Salud Hospital Dr. Guillermo Rawson. Junio – Julio de 2015. Tabla de elaboración propia

El Consejo Internacional de Enfermería identifica como principal efecto negativo de la doble jornada laboral en el profesional de enfermería la fatiga física y mental, seguidos por el deterioro en el ámbito personal del profesional (vida familiar y social) y por último una atención deficiente al paciente.

Los efectos negativos y positivos observados en el personal de enfermería del hospital presentan valores similares, la disposición que muestran los datos en la tabla N° 3 al igual que los identificados por el Consejo, tienden a incrementarse en la categoría de salud física y mental del personal, seguida por la categoría de deterioro en el ámbito

personal. En menor medida a estas dos, el efecto negativo de la doble jornada se refleja en las deficiencias en la atención a los pacientes.

Por su parte los efectos positivos de la doble jornada laboral se concentran mayormente en la categoría de ámbito personal del profesional. Esta categoría de análisis incluye la vida familiar, social, actividades recreativas y deportes del profesional de enfermería.

Un análisis a *prima facie* de los datos presentados en la tabla N°3 nos indicaría que el personal hospitalario privilegiaría los días francos adicionales, obtenidos por el recargo (doble jornada laboral) a expensas de su salud física y mental. El recargo presenta por lo tanto simultáneamente ganancias (mejora en el ámbito de vida familiar y social) y pérdidas (resentimiento de su salud)

En un sentido figurado las ganancias y las pérdidas que presenta el recargo se pueden explicar para este contexto laboral de la siguiente manera: Si bien implica un esfuerzo y en muchas ocasiones deterioro físico y mental trabajar más de diez (10) horas consecutivas (recargo), también es real que la acumulación de horas de trabajo en el hospital se traduce en más cantidad de días libres o francos de los cuales dispone el enfermero.

Los días francos serían la posibilidad más cercana, real y concreta que tienen los enfermeros de encontrarse con sus familiares y programar actividades de tipos recreativas y deportivas fuera del ámbito laboral.

A pesar de que la doble jornada laboral tiene un impacto negativo sobre la salud física y mental de los enfermeros del hospital estos mismos profesionales prefieren realizar dobles jornadas de trabajo en pro del bienestar de su vida personal.

C. Rotación de turnos de trabajo

El Consejo internacional de enfermería reconoce que muchos servicios de enfermería deben estar disponibles para los pacientes durante las veinticuatro (24) horas los trescientos sesenta y cinco (365) días del año; por ello, una de las maneras más razonable y accesible de lograr esto es dividir las veinticuatro (24) horas de trabajo en turnos diurnos y nocturnos.

Al mismo tiempo, el CIE señala que el trabajo desarrollado en turnos rotativos está íntimamente vinculado a efectos negativos en la salud física y mental de los profesionales, las relaciones con su entorno familiar y social y en su capacidad para brindar cuidados continuos a las personas.

Como ya habíamos dicho, los turnos de trabajo en el centro de salud Dr. Guillermo Rawson se discriminan en turno mañana, tarde y noche. Los turnos diurnos de siete (7) horas de duración, se dividen en: turno mañana de 7 hs. a 14 hs. y turno tarde de 14 hs. a 21hs. El turno noche con mayor cantidad de horas que los diurnos, se extiende desde las 21 hs hasta las 7hs.

El 20% restante, que sí tiene turnos fijos de trabajo, cumple funciones en el turno mañana primordialmente y en forma secundaria en el turno tarde. Los únicos profesionales en el hospital Rawson que trabajan habitualmente en turno fijos de noche son los supervisores de ese mismo turno (Supervisor Turno Noche).

El análisis de la información obtenida a través de las encuestas nos permitió identificar que los motivos por los que el personal de enfermería rota son fundamentalmente de origen institucional y no de índole personal.

Del total de licenciados y enfermeros encuestados que rotan, un 90% lo hacen por los tres turnos debido a una exigencia institucional y no por elección personal de los enfermeros. Solamente el 10% de éstos rota por otros motivos, entre los que podemos identificar: preferencias personales, exigencias laborales extra hospitalarias y/o familiares.

En la siguiente tabla se presenta la frecuencia con la que trabajan en los turnos diurnos y nocturno:

Tabla N°4: Distribución de frecuencia de los turnos de trabajo: mañana, tarde y noche

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Turno mañana	25	34%
Turno tarde	20	28%
Turno noche	27	38%
No contestan	-	-
Total (enfermeros y licenciados)	72	100%

Fuente: Datos obtenidos de las encuestas realizadas en el Centro de Salud Hospital Dr. Guillermo Rawson. Junio – Julio de 2015. Tabla de elaboración propia

Es importante señalar en este punto que el personal nucleado bajo la Ley N° 2580 no percibe un adicional económico por la rotación de turnos tanto diurnos como nocturnos. La mencionada ley no especifica la obligatoriedad del régimen de rotación por los tres turnos, como tampoco un pago adicional por el mismo. El régimen de rotación de estos profesionales se debe en gran medida al sistema de organización de personal que tiene el hospital.

Como la indica la tabla N°5 el mayor porcentaje de rotación está dado en el turno noche, seguido por el turno mañana y finalmente el turno tarde. Esta distribución porcentual podemos vincularla a varias cuestiones.

En primera instancia este movimiento por el turno noche se debe al esquema organizativo de trabajo que tiene el hospital. El departamento de Personal, juntamente con el de Enfermería, tienen la necesidad de cubrir los requerimientos institucionales de enfermeros en este turno; se excluyen de este esquema aquellos servicios que no brindan atención en turno noche, como es el Servicio de Consultorios Externos, Hospital de Día del Servicio de Psiquiatría, entre otros.

En segunda instancia los enfermeros, en muchos casos y por razones de índole personal, optan por trabajar en turno noche, además de los diurnos. Es frecuente encontrar la combinación de turno noche con tarde o turno noche con mañana.

En los Servicios con internación de pacientes donde los enfermeros deben trabaja en turno noche, la rotación por este turno es obligatoria. Extraordinariamente se exceptúa a este personal de enfermería y por un periodo determinado de la rotación por el turno noche.

La elección de los turnos de trabajo, sobre todo los diurnos, es consensuada entre el personal afectado y la persona que realiza el cronograma mensual de guardia[155] de los enfermeros. Es responsabilidad de la supervisora y jefa de unidad de cada servicio diagramar el cuadro mensual del personal de enfermería.

La percepción de los efectos de la rotación en el personal rotante se ha formulado en los mismos términos que los efectos de la doble jornada laboral, los cuales se describen en la siguiente tabla.

Tabla N°5: Distribución de frecuencia de los efectos de la rotación de turnos de trabajo

Efectos	Efectos negativos		Efectos positivos	
	total	%	total	%
Salud física y mental del personal de enfermería	20	27%	20	27%
Atención brindada al paciente	16	23%	14	20%
Ámbito personal del profesional	36	50%	38	53%
No contesta	-		-	-
Totales	72	100%	72	100%

Fuente: Datos obtenidos de las encuestas realizadas en el Centro de Salud Hospital Dr. Guillermo Rawson. Junio – Julio de 2015. Tabla de elaboración propia

El análisis de la distribución de frecuencia de los efectos de la rotación de turnos de trabajo, mostraría en una primera aproximación una contradicción ya que los efectos tanto negativos como positivos son prevalentes en la misma categoría de análisis *Ámbito personal del profesional.*

Podríamos explicar esta información obtenida en función del tipo de cronograma mensual de guardia que tienen los enfermeros. Si bien es cierto, como hemos mencionado anteriormente, que los profesionales programados consensuan, en la mayoría de las veces, con quien realiza el cuadro, los días de franco y los turnos de trabajo que desearía realizar, en muchas ocasiones esta situación no es tal.

[155] Cronograma mensual de guardia: también denominado Cuadro del personal o de guardias, es un cronograma mensual donde figura la planificación de los turnos de trabajo que debe cumplir cada enfermero en el servicio

Por lo tanto cuando la programación del cuadro de guardia no es la esperada o en otras palabras no se ajusta a lo solicitado por el enfermero, esto impactaría negativamente en la organización de todas las actividades personales del mismo. Por el contrario si el cronograma de guardias es acorde a las necesidades y/o pedidos del enfermero, los efectos serán positivos para el ámbito personal de éste.

Las actividades que consideramos en la categoría de análisis *Ámbito personal del profesional* se incluyen los deportes, eventos familiares, eventos académicos, como también todo tipo de actividades recreativas.

El menor porcentaje en relación a los efectos positivos y negativos de la rotación de turno está representada por la categoría *Atención brindada al paciente* por lo tanto no afectaría significativamente la atención de los pacientes la rotación de los enfermeros por los tres turnos de trabajo.

D. Grado de participación en el proceso de toma de decisiones en el equipo de enfermería

Para esta investigación la autonomía profesional se plantea desde el ámbito de la práctica profesional. El ámbito de la práctica de enfermería es definido por el Consejo Internacional de Enfermería como una combinación de conocimientos, juicios y capacidades que en conjunto facultan al enfermero para que planifique, ejecute y evalúe cuidados directos e indirectos a la persona, tanto sana como enferma y su entorno.

La autonomía profesional, también, está relacionada con la planificación, y posterior ejecución de decisiones, en el área de educación, gestión y administración, que se llevan a cabo en el interior del equipo de enfermería.

El aspecto de la autonomía profesional abordado en este trabajo son los procesos de toma de decisiones del profesional de enfermería en su propio equipo y en el equipo de salud.

De la totalidad de los encuestados (90 agentes entre licenciados y enfermeros), el 60% no participa en los procesos de toma de decisiones en el equipo de enfermería. Los profesionales comprendidos en este porcentaje ejecutan decisiones tomados por otros (principalmente médicos).

El tipo de decisiones en las que participa el 40% restante, se presentan en la siguiente tabla.

Tabla N°6: Distribución de frecuencia del tipo de decisiones en las que participan los enfermeros en el *equipo de enfermería*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Decisiones relacionadas con el cuidado de los pacientes	20	55%
Decisiones relacionadas con la educación continua en enfermería	7	18%
Decisiones relacionadas a la gestión y administración del equipo de enfermería	8	22%
No contestan	1	5%
Total (enfermeros y licenciados)	36	100%

Fuente: Datos obtenidos de las encuestas realizadas en el Centro de Salud Hospital Dr. Guillermo Rawson. Junio – Julio de 2015. Tabla de elaboración propia

La mayor participación de enfermería al momento de tomar una decisión está relacionada con la atención de los pacientes. En el ámbito de la práctica de enfermería el paciente aparece como una figura central. Es en esta área donde se visualiza cierto grado de autonomía profesional.

Es un dato para destacar que las categorías minoritarias en la tabla de frecuencias sean las relacionadas a *educación continua en enfermería y gestión y administración del equipo de enfermería*. La escasa participación de los profesionales de enfermería en los procesos de toma de decisiones en estas áreas estaría relacionarla con dos cuestiones:

Por una parte, como declara el Consejo Internacional de Enfermería, en muchas ocasiones los profesionales de enfermería no están preparados para realizar actividades en el hospital que no sea las exclusivamente asistenciales.

Por otra parte, aparecen una serie de obstáculos, a nivel local, que dificultarían la participación de los enfermeros en las áreas antes mencionadas. Estos obstáculos los hemos podido categorizar mediante el análisis de contenido de una de las preguntas de la encuesta, generando así dos categorías.

La primera categoría tiene que ver con el modelo jerárquico percibido por el colectivo de enfermería. Las características que presenta este modelo surgen del relato

del personal encuestado, éstos describen un modelo autoritario, verticalista y maternalista[156].

El punto crítico de la organización jerárquica es el supervisor y en menor medida el jefe de unidad de los servicios hospitalarios. Muchos reconocen en la figura del supervisor de enfermería uno de los principales impedimentos para participar en los procesos de toma de decisiones en los equipos de enfermería.

La segunda categoría está relacionada con las funciones asistenciales de estos profesionales. Los niveles de conducción (supervisor – jefe de unidad) de enfermería presuponen que el personal que cumple estas funciones está capacitado únicamente para participar en los procesos de toma de decisiones relacionados con la asistencia a los pacientes, quedando excluidos de las decisiones que se adoptan en otras áreas de competencia profesional.

Consecuentemente con esto, en el hospital se percibe una desvalorización por parte del personal jerárquico hacia el personal asistencial en cuanto a la formación de posgrado, aptitud y desempeño laboral que estos últimos tendrían.

La participación de enfermería en los procesos de toma de decisiones en su propio equipo se identifica como una condición laboral negativa en el hospital Rawson. De la información recolectada emerge la figura del supervisor del servicio como una de los principales obstáculos que encuentran los enfermeros a la hora de participar.

E. Grado de participación en el proceso de toma de decisiones en el equipo de salud

El CIE señala que mundialmente los profesionales de enfermería, representan más del 50% de la fuerza laboral del sistema de salud. El Consejo propone que debieran tener un rol activo en la planificación y en los procesos de toma de decisiones en el equipo de salud y los servicios sanitarios.

De manera análoga a lo que plantea el CIE y contrariamente a los resultados obtenidos sobre la participación de los enfermeros del hospital en los procesos de toma de decisiones en el *equipo de enfermería,* en mayor porcentaje (77% de licenciados y

[156] Nota: el modelo se considera maternalista porque el 90% del personal que conforma el nivel de conducción en enfermería son mujeres

enfermeros encuestados) estos profesionales participan en los procesos de toma de decisiones en el *equipo de salud*, como lo muestra la siguiente tabla.

Tabla N°7: Distribución de frecuencia de la participación de enfermería en los procesos de toma de decisiones en el *equipo de salud*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Si participan	70	77%
No participan	20	23%
No contestan	-	-
Total (enfermeros y licenciados)	90	100%

Fuente: Datos obtenidos de las encuestas realizadas en el Centro de Salud Hospital Dr. Guillermo Rawson. Junio – Julio de 2015. Tabla de elaboración propia

El equipo de salud en el hospital Dr. Guillermo Rawson, si bien está mayormente conformado por médicos, es un equipo interdisciplinario. Es habitual la interacción de muchas disciplinas del campo de la salud al momento de la atención de los pacientes, entre éstas podemos mencionar: psicólogos, kinesiólogos, asistentes sociales, nutricionistas, licenciados en comunicación, además de los profesionales de enfermería.

A partir de los datos obtenidos podemos relacionar la mayor participación de los enfermeros en el equipo de salud a dos factores: 1) en el equipo de salud aparecen otras áreas, distintas al ámbito del equipo de enfermería, en las que pueden participar los enfermeros y 2) hay una menor interferencia de los elementos que obstaculizan la participación de los enfermeros en su propio equipo.

El tipo de decisiones en las que participan los enfermeros en el equipo de salud se resumen en la tabla que se presenta a continuación.

Tabla N°8: Distribución de frecuencia del tipo de decisiones en las que participan los enfermeros en el equipo de salud

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Decisiones relacionadas con los pacientes	30	33%
Decisiones relacionadas con las actividades independientes que realizan los enfermeros en el servicio	45	50%
Decisiones relacionadas a la gestión y administración del servicio	15	17%
No contestan	-	-
Total (enfermeros y licenciados)	90	100%

Fuente: Datos obtenidos de las encuestas realizadas en el Centro de Salud Hospital Dr. Guillermo Rawson. Junio – Julio de 2015. Tabla de elaboración propia

Las actividades que desarrolla enfermería en su práctica profesional (lo que incluye un servicio hospitalario) se clasifican según el CIE en: a) las *actividades independientes,* son aquellas actividades que realiza el personal de enfermería sin indicación de otro integrante del equipo de salud, b) las *actividades inter dependientes,* el personal de enfermería coordina las actividades con otros integrantes del equipo de salud y c) las *actividades dependientes,* son todas las actividades que enfermería realiza indicadas por otro/s integrante/s del equipo de salud.

El mayor porcentaje (50%) de participación en el proceso de toma de decisiones en el equipo de salud está representado por las actividades independientes de enfermería en el servicio.

Podemos observar entre el tipo de decisiones prevalentes en el equipo de enfermería y las prevalentes en el equipo de salud, un fenómeno en apariencia contradictorio. En su propio equipo, donde predomina un modelo jerárquico autoritario, verticalista y maternalista, los enfermeros participan menos; en cambio en el equipo de salud este modelo jerárquico se atenuaría con la interacción transdisciplinar, lo que permitiría una mayor participación de los profesionales de enfermería.

El porcentaje siguiente (33%) de la tabla de distribución de frecuencia, corresponde a las decisiones que se toman en cuanto a la atención de los pacientes y en menor medida a esta última los profesionales de enfermería participan en los procesos

relacionados a la gestión y administración. Este último punto muestra un paralelismo con la participación en los equipos de enfermería.

La participación de enfermería en los procesos de toma de decisiones en el equipo de salud del hospital se identifica como una condición laboral positiva o favorable.

F. Superposición entre las órdenes de jefes de distintos niveles

A modo descriptivo podemos mencionar que cada servicio del hospital tiene un solo supervisor de enfermería. El 67% de los servicios tienen un (1) jefe de unidad y en el 33% restante se desempeñan más de dos (2) jefes de unidad.

En algunos servicios hay un jefe de unidad en turno mañana y otro en turno tarde. Mientras que en otros servicios conformados por varios sectores, hay un jefe de unidad por cada uno de éstos. Algunos de los servicios que presentan esta situación son: Neonatología, Pediatría, Maternidad, Centro Obstétrico entre otros.

También existe, de manera informal, la figura de encargado de turno. El encargado de turno es aquel profesional que se desempeña en la atención directa de pacientes asistenciales y que reemplaza en algunas funciones al jefe de unidad en los turnos en que éste no está en el servicio o que reemplaza en algunas funciones al jefe de unidad cuando no se encuentra en el servicio. Es responsable, básicamente, por los recursos materiales y la atención de los pacientes del servicio; pero hay que aclarar que este profesional no está designado por resolución en las funciones que cumple como encargado de turno. Todos los profesionales de un servicio pueden ser candidatos y eventualmente cubrir este cargo.

En el equipo de enfermería las órdenes son impartidas en algunos casos por el supervisor, en otros por el jefe de unidad y también por ambos, como lo señala la tabla número 10.

Tabla N°9: Distribución de frecuencia de los actores que imparten órdenes en el equipo de enfermería

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Supervisor del servicio	13	15%
Jefe de unidad del servicio	13	15%
Ambos	64	70%
No contestan	-	-
Total (enfermeros y licenciados)	90	100%

Fuente: Datos obtenidos de las encuestas realizadas en el Centro de Salud Hospital Dr. Guillermo Rawson. Junio – Julio de 2015. Tabla de elaboración propia

Los datos obtenidos en las encuestas nos indican que el personal de enfermería asistencial de los servicios hospitalarios, recibe órdenes directas en un 70% de las veces tanto del supervisor como del jefe de unidad. En menor medida recibe órdenes solamente del supervisor o del jefe de unidad.

G. Consecuencias laborales de esta superposición

En un 55% de los casos en que las órdenes son dadas por el supervisor y por el jefe de unidad, las mismas resultan contradictorias entre sí. Las consecuencias de estas contradicciones, según lo manifestado por los encuestados, se pueden resumir en tres categorías: *relaciones interpersonales con consecuencias negativas entre los niveles de conducción (supervisor - jefe de unidad) y el personal asistencial, pérdida de la legitimidad del jefe de unidad al ser desautorizado repetidamente, impacto que tiene la contradicción de ordenes sobre el accionar del personal de enfermería asistencial.* Las mismas se plantean en forma decreciente, siendo la primera la más frecuente.

La primera tiene que ver con las relaciones interpersonales entre los niveles de conducción (supervisor - jefe de unidad) y el personal asistencial. "… si las órdenes que da la supervisora son contradictorias a las que da la jefa de unidad, hay que ignorar a la jefa de unidad…"[157]. El personal que recibe las órdenes se ve forzado a ignorar a uno de sus jefes. Esto afecta negativamente la relación con el jefe ignorado. Habría una imposición del supervisor sobre el jefe de unidad.

[157] Fuente anónima. Extraído de las encuestas realizadas en el Centro de Salud Hospital Dr. Guillermo Rawson. Junio – Julio de 2015

El hecho de que el personal asistencial reciba órdenes contradictorias genera una serie de sensaciones que se expresan como: ira, malestar, disgusto, desagrado y pérdida de interés por el trabajo, descontento y malhumor.

En la segunda categoría se describe las consecuencias de las contradicciones entre las órdenes dadas por el jefe de unidad y el supervisor. Si el supervisor contradice las órdenes dadas por el jefe de unidad ante los enfermeros asistenciales se produce una pérdida progresiva de legitimidad de este último jefe. Consecuentemente a esto, en muchas ocasiones "…el jefe de unidad no es reconocido como una autoridad competente en el servicio…"[158].

La tercera y última categoría está referida al impacto que tiene la contradicción de órdenes sobre el accionar del personal de enfermería asistencial. Las órdenes contradictorias, entre el supervisor y el jefe de unidad, en última instancia afectan principalmente la atención brindada a los pacientes, ya que en ocasiones no se sabe cómo proceder o hay que rehacer algunas tareas relacionadas a los pacientes. Pero este no es el único impacto sobre el personal de enfermería, al igual que la primera categoría esta situación desencadena una sucesión de sensaciones desagradables en los profesionales de enfermería.

El 60% del total de licenciados y enfermeros encuestados, no reciben órdenes directas de otros integrantes del equipo de enfermería. El 40% restante recibe órdenes de otros en algún momento de la jornada laboral.

Las órdenes impartidas a este 40% provienen principalmente de los enfermeros en control de infecciones, seguidos por el supervisor de turno tarde y noche, los encargados de turno y finalmente algunos pares, entendiendo a éstos como enfermeros de atención directa.

Exceptuando a los pares, los otros integrantes del equipo mencionados en el párrafo anterior tienen cierto grado de autoridad dada por la función que desempeñan. El caso de pares es distinto a los primeros, la autoridad que éstos invisten está legitimada por sus propios compañeros.

[158] Ibídem

Podemos observar que no hay una multiplicidad de líneas de autoridad, las órdenes son impartidas mayormente por el supervisor y el jefe de unidad. El personal de enfermería reconoce contradictorias las órdenes que recibe de estos dos jefes, lo que genera conflictos de tipo relacional y comunicacional entre otros. Esto último la convierte en una condición laboral negativa para los enfermeros del hospital.

H. Tipo de ingreso al sistema que reglamenta la Ley N° 2580

La Ley N° 2580 denominada *Carrera asistencial, preventiva y sanitaria, para los profesionales universitarios del arte de curar*, sancionada en 1961, nuclea a los profesionales universitarios especializados en materia de Salud Pública, en dos categorías: 1) Carrera Asistencial y Preventiva y 2) Carrera Sanitaria. Los profesionales que trabajan en el hospital se agrupan baja la primera clasificación.

La citada norma legal establece que los profesionales para ser designados en un cargo del Servicio Provincial de Salud, deben presentarse a Concurso de los cargos vacantes.

El ingreso al sistema que la ley N° 2580 reglamenta a través de la modalidad de concurso, permite que el profesional goce de las garantías de estabilidad laboral. Esto quiere decir que no podrá ser separado de su cargo, ni cambiado de su puesto, ni rebajado de categoría, dejado cesante o exonerado, sino en virtud de causales justificadas fijadas en esta ley y la previa ejecución del sumario administrativo correspondiente. De allí la importancia del concurso y el interés de los profesionales del hospital por concursar.

I. Proporción de concursados en relación a interinos

Actualmente el 20% (entre licenciados y enfermeros) de los profesionales del hospital que están relacionados con el Estado a través de la Ley N° 2580 se encuentran concursados, los restantes profesionales de enfermería pertenecientes al sistema según los lineamientos de la ley, tienen asignados los cargos en forma interina.

En el año 2004 y de acuerdo a lo establecido por la ley N° 2580 se concursaron numerosos cargos en el H.D.G.R., muchos de los cuales eran para ocupar puestos

asistenciales. Sin embargo muchos de estos profesionales no trabajan en la actualidad en la institución.

Otro hecho referente a la situación actual de los profesionales en el hospital fue la incorporación de enfermeros (contratados según el régimen de la ley N° 7492) al sistema sanitario regulado por la Ley N° 2580 y la Ley N° 8313, ambos en carácter de interinos a partir de 2013.

En resumen, del 100% del personal de enfermería bajo el régimen de la Ley N° 2580 el hospital solamente el 20% se encuentra concursado, los restantes profesionales ocupan los cargos en forma interina lo que genera una condición laboral negativa.

Esta condición laboral negativa resulta de la inestabilidad laboral que tienen los cargos interinos con respecto a los cargos concursados.

6. 2. 2 Condiciones laborales generadas en y por las relaciones interpersonales

La Organización Mundial de la Salud señala que la expresión *violencia laboral en salud* engloba abusos de diferente índole, entre ellos podemos citar: comportamientos humillantes, degradantes hacia el bienestar físico – metal y conductas que atentan contra la dignidad y el valor de la persona. El CIE, por su parte, manifiesta que el grado de violencia en los contextos de trabajo y en los grupos profesionales de enfermería alcanza la magnitud de una epidemia mundial

El personal de enfermería del hospital Dr. Guillermo Rawson, tanto los licenciados como los enfermeros perciben altos grados de violencia en su lugar de trabajo. Esto se refleja en la siguiente tabla.

Tabla N°10: Distribución de frecuencia sobre la percepción de violencia en el lugar de trabajo

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Si perciben violencia	60	66%
No perciben violencia	20	23%
No contestan	10	11%
Total (enfermeros y licenciados)	90	100%

Fuente: Datos obtenidos de las encuestas realizadas en el Centro de Salud Hospital Dr. Guillermo Rawson. Junio – Julio de 2015. Tabla de elaboración propia

El tipo de violencia que perciben los profesionales de enfermería se describe en la siguiente tabla

Tabla N°11: Distribución de frecuencia sobre el tipo de violencia percibido en el lugar de trabajo

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Violencia verbal	54	90%
Violencia física	-	-
Otras modalidades	6	10%
Total (enfermeros y licenciados)	60	100%

Fuente: Datos obtenidos de las encuestas realizadas en el Centro de Salud Hospital Dr. Guillermo Rawson. Junio – Julio de 2015. Tabla de elaboración propia

Más del 60% del total de los encuestados perciben algún tipo de violencia en su lugar de trabajo. Los hechos de violencia predominantes se agrupan en dos categorías: violencia verbal y otras modalidades, quedando una tercera categoría, violencia física sin datos obtenidos. En la categoría de "otras modalidades" se describen los hechos de agresión que se corresponden con la violencia institucional.

De las dos primeras categorías, la violencia verbal tiene el mayor porcentaje (90% entre licenciados y enfermeros), son muy pocos los casos que expresan violencia institucional (10%). En esta última categoría se describen aquellas situaciones en las que el personal de enfermería se encuentra en conflicto con el hospital. La percepción común del personal de enfermería afectado es que la institución los acosa a través de

acciones del personal que representa a la institución, esto es los supervisores de enfermería y jefes de unidad.

Algunas de las situaciones que el personal de enfermería describe en esta categoría son: persecución por parte de las autoridades, suspensión de franco sin consentimiento del afectado, acoso y hostigamiento laboral.

Los hechos de violencia verbal de acuerdo a lo narrado por los profesionales de enfermería lo hemos clasificado en dos tipos:

En el primero de ellos identificamos los *abusos de autoridad*; en esta clase reunimos todas las agresiones provenientes principalmente de los niveles jerárquicos, representados en la figura del supervisor y jefe de unidad de los servicios. Pero no son los jefes los únicos que abusan de su autoridad, también, resultan agresivos en algunos momentos los pares y por último los médicos. Hay un especial énfasis de los encuestados sobre el supervisor de enfermería.

Las acciones que identifica el personal de enfermería como abuso de autoridad son: gritos, gestos inapropiados, amenazas, discriminación, favoritismo y palabras inadecuadas.

Una segunda clase está conformada por lo que denominamos *comunicación mal intencionada,* la misma engloba los conflictos comunicacionales que se dan a partir de la interferencia voluntaria en el mensaje entre el enfermero emisor y el enfermero receptor.

Por lo general esta interferencia, además del emisor y receptor, esta generada por terceros. Los encuestados identifican como interferencias las calumnias, dichos distorsionados, fábulas, mentiras, descalificaciones, entre otras.

A continuación citamos algunos de los dichos del personal encuestado:

> "…hay amenazas y abuso de autoridad (…) situaciones de conflicto y convivencia (…) maltrato al personal (…) problemas de comunicación con la supervisora, no sabe escuchar (…) autoritarismo…"[159].

[159] Fuentes anónimas. Extraído de las encuestas realizadas en el Centro de Salud Hospital Dr. Guillermo Rawson. Junio – Julio de 2015

Los profesionales de enfermería, además, reconocen que las conductas que se desencadenan a partir de estos procesos comunicacionales distorsionados son negativas para el colectivo de enfermería.

Los hechos de violencia superan al equipo de enfermería e involucran otros actores del sistema de salud. En la siguiente tabla se detalla la frecuencia y entre quienes se producen las agresiones. La direccionalidad de los actores de la tabla es solo ilustrativo, los hechos de violencia se generan en ambos sentidos.

Tabla N°12: Distribución de frecuencia de los grupos entre los que se generan los hechos de violencia

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Enfermero – Enfermero.	30	33%
Enfermero – Paciente y familia.	18	20%
Enfermero – Médico.	16	18%
Enfermero - Equipo de salud.	26	29%
No contestan	-	-
Total (enfermeros y licenciados)	90	100%

Fuente: Datos obtenidos de las encuestas realizadas en el Centro de Salud Hospital Dr. Guillermo Rawson. Junio – Julio de 2015. Tabla de elaboración propia

Los principales actores que participan de los hechos de violencia pertenecen al colectivo de enfermería y son miembros del equipo de salud. El actor que aparece relacionado frecuentemente a situaciones de violencia en el propio equipo es el supervisor de enfermería.

Frecuentemente más de un miembro del equipo de salud pretende trabajar al mismo tiempo con el mismo paciente, esta lucha por los espacios de trabajo sería generadora de conflictos, percibidos como hechos de agresión laboral.

CONCLUSIONES

El camino que nos permitió encontramos en este lugar del proceso de investigación comenzó con la percepción de una problemática presente en el personal profesional de enfermería del Hospital Rawson, la cual denominamos *SILE Síndrome de Incertidumbre Laboral en Enfermería*[160].

Al *SILE,* lo hemos definido en el marco de esta investigación, como un conjunto de signos y síntomas conformado principalmente por tensiones laborales no observables en forma directa, pero específicas y situadas temporo-espacialmente en el Centro de Salud Dr. Guillermo Rawson. El mismo se evidencia en al menos dos dimensiones a las que llamamos manifestaciones verbales y conductas observables[161].

El problema de investigación se identificó en la situación paradojal dada por la emergencia de este síndrome en un contexto de mejores condiciones edilicias y tecnológicas, la pregunta de investigación se resume en ¿cuáles son y cómo podemos interpretar los factores que se vincularían con la aparición del SILE, en el contexto socio histórico hospitalario en el que no parece justificado?

El propósito de esta investigación no fue estudiar el síndrome en sí, el propósito pretendió describir e interpretar, en el contexto socio histórico hospitalario, los factores que se vinculan con la aparición del síndrome. La hipótesis propuesta plantea que los factores serían emergentes del contexto socio histórico de trabajo hospitalario. Para ello propusimos dos tipos de factores: los extra profesionales y los intra profesionales.

Las conclusiones a las que hemos arribado se presentan siguiendo el esquema de los factores mencionados anteriormente.

Factores extra profesionales

Estos factores se refieren a las experiencias y significaciones que tuvieron los profesionales de enfermería respecto a los cambios en la planta física y las

[160] Tema mencionado anteriormente en el Capítulo II Pág. 20 y 21
[161] Las manifestaciones verbales y conductas observables han sido descriptas en el Capítulo II Pág. 20 y 21

modificaciones organizacionales, surgidos a partir de la inauguración de la fase I y II del nuevo edificio del Centro de Salud H.P.D.G.R llevadas a cabo en el año 2009.

El cambio edilicio dio paso a nuevos escenarios de trabajo para los profesionales de enfermería en el hospital. Los profesionales de gran parte de los servicios que se trasladaron al nuevo edificio, en lo que fue la fase I y II, tuvieron una experiencia negativa del evento. Por el contrario las modificaciones organizacionales, que sufrió el colectivo de enfermería, simultáneamente al cambio de la planta física no tuvieron según los mismos profesionales, un impacto negativo para ellos.

Cambios de la planta física

La mudanza del viejo al nuevo edificio significó un proceso de más de un año de actividades conjuntas entre los principales actores que participaron de la misma. El actor central fue el *comité organizador*, conformado por miembros de diversas disciplinas entre los que podemos mencionar médicos, arquitectos, bioingenieros, entre otros; surge del análisis de los datos que la intervención de los profesionales de enfermería en este comité fue escasa.

Si bien la División de Enfermería, actual Departamento, comisionó a dos profesionales de enfermería para participar en el proceso de mudanza, éstos estuvieron destinados mayormente a la organización del material textil (sábanas, frazadas, cubre camas y demás) e insumos requeridos en el nuevo hospital; estos profesionales no intervinieron en la distribución u organización de los sectores del nuevo edificio.

La escasa participación de enfermería tuvo importantes consecuencias materializadas al momento de la mudanza las cuales se presentan a continuación:

Una de las consecuencias del cambio de edificio fue que los profesionales de enfermería dejaron los sectores o espacios de uso personal (sala de estar y vestuario) y de atención a los pacientes que tenían en el antiguo hospital, encontrando en las nuevas instalaciones disponibles solo los espacios destinados para la atención de los pacientes.

Esto no significa que se quedaron sin estos espacios personales, los mismos se reubicaron en el nuevo hospital. La sala de estar fue reemplaza por el comedor del hospital ubicado en el subsuelo del nuevo edificio. El personal en horarios pre determinados podía ir al comedor a ingerir sus alimentos, el mismo solamente le

proporcionaba agua caliente, fuera de estos horarios los enfermeros no podían ocupar las instalaciones del comedor. El vestuario, también fue reemplazado por un vestuario general para todo el personal del nuevo hospital, ubicado al igual que el comedor, en el subsuelo de la nueva planta física.

Tanto el comedor como el vestuario del nuevo hospital resultaron inapropiados para los enfermeros. Dada la acotada franja horario en la que estaba disponible el comedor para uso del personal de enfermería, muchos profesionales se vieron obligados a ingerir el desayuno, el almuerzo, la merienda y la cena en su lugar de trabajo, donde ya no contaban con espacio destinado para esta actividad.

La ubicación del vestuario (subsuelo) si bien resultaba accesible a todo el personal no fue un espacio que los enfermeros utilizaron para tal finalidad. Uno de los principales motivos de esto fue la falta de pertenencia que tenían del nuevo vestuario, generándose una situación análoga a la de la sala de estar.

La necesidad del personal de enfermería de restaurar los espacios perdidos en la mudanza (sala de estar y vestuario), dio origen a los nuevos espacios que en el contexto de esta investigación denominamos *multiusos*[162]. Los espacios multiusos fueron conquistas, en su mayoría por el personal asistencial de enfermería, mediante disputas con los miembros de otras disciplinas hospitalarias que también pretendían el espacio. Los mismos se utilizaron y se utilizan en la actualidad simultáneamente para distintos fines, en ocasiones como sala de descanso, sala de estar, depósitos de material, ropería, entre otros.

Otra consecuencia, de gran impacto negativo para los enfermeros, estuvo relacionada al hecho de que no les permitieron llevar ninguna de sus *pertenencias*[163] a las nuevas instalaciones edilicias, estos profesionales se vieron coaccionados a dejar los objetos de uso cotidiano al momento de mudarse. En un sentido figurado perdieron el espacio que reconocían como *casa*[164] en el proceso de mudanza.

Si bien es un hecho innegable que los enfermeros dejaron un hospital en condiciones edilicias inhabitables, también surge del relato de estos mismos

[162] Espacios multiusos, descriptos en el Capítulo VI. Pág. 95
[163] Pertenencias del personal de enfermería, descriptas en el Capítulo V. Pág. 89
[164] El término *casa* en el marco de esta investigación se describe en el Capítulo VI Pág. 93

profesionales que a pesar de ello la percepción que tuvieron de la mudanza fue negativa.

Le tomó más de un año al personal de enfermería acomodarse en la nueva planta física, recuperaron algunos elementos del viejo hospital y otros los adquirieron nuevos. En casi todos los casos hubo y hay una tendencia a reproducir los espacios que tenían en el antiguo edificio.

El traslado de los pacientes, materiales, insumos, equipamiento, como el tiempo que duró la mudanza no tuvieron consecuencias negativas significativas en el colectivo hospitalario de enfermería.

Modificaciones organizacionales

Como se mencionó al comienzo de este capítulo las modificaciones que tuvo la estructura organizativa de enfermería no acompañaron a las consecuencias negativas que si tuvo el cambio de la planta física, en la percepción de los profesionales de Enfermería.

El nuevo hospital al modificar la organización de los servicios y unidades de internación de los pacientes requirió mayor dotación de personal, esta situación permitió el ingreso de nuevo personal de enfermería a la institución, que por motivos ya mencionados en Capítulo VI, no cubrió las nuevas necesidades de personal. A pesar de este escenario de trabajo los profesionales de enfermería no percibieron negativa esta nueva situación laboral.

Factores intra profesionales

Estos factores describen algunas condiciones laborales que tiene el colectivo profesional de enfermería en el Centro de Salud Dr. Guillermo Rawson. El CIE reconoce a las condiciones laborales como un conjunto de elementos esenciales en la institución de salud que configuran el contexto de trabajo del enfermero, según las particularidades de la institución, las condiciones pueden adquirir características positivas o negativas, las últimas generan entornos de trabajo poco saludables que afectan la salud física y psicológica así como las relaciones interpersonales entre los enfermeros y el equipo de salud.

Clasificamos las *condiciones laborales en propias de la profesión y condiciones laborales generadas en y por las relaciones interpersonales.*

De acuerdo a la teoría de sistemas complejos no es pertinente ni posible fragmentar el análisis de las *condiciones laborales* de los enfermeros del hospital en conjuntos aislados, el análisis exige el abordaje de las condiciones en su conjunto incluyendo el ambiente donde se producen, García al respecto señala que:

> "…un sistema complejo es un sistema en el cual los procesos que determinan su funcionamiento son el resultado de la confluencia de múltiples factores que interactúan de tal manera que el sistema no es descomponible sino solo semi-descomponible. Por lo tanto ningún sistema complejo puede ser descripto por la simple adición de estudios independientes sobre cada uno de sus componentes…"[165].

Desde esta perspectiva teórica podemos concluir que las *condiciones laborales* tanto las *propias de la profesión* como aquellas *generadas en y por las relaciones interpersonales* que tienen los profesionales de enfermería hoy en el Centro de Salud Dr. Guillermo Rawson tienden a ser negativas.

A continuación se detallan los motivos que sustentan esta tendencia:

Condiciones laborales propias de la profesión

La *cantidad de horas que trabajan por día los enfermeros* se ajusta a las recomendaciones del Consejo Internacional de Enfermería. El Departamento de Enfermería del hospital en su programación habitual no diagrama al personal de enfermería más de diez (10) horas consecutivas de trabajo. Los profesionales reconocen que los recargos horarios son en su mayoría por requerimiento hospitalario o necesidad del servicio y no por elección personal.

Si bien la condición de trabajo de la *doble jornada laboral* que tienen los enfermeros en el hospital presenta las características recomendadas por el CIE, los

[165] García, Rolando. S*istemas complejos. Conceptos, método y fundamentación epistemológica de la investigación interdisciplinaria.* 1ª Edición. Barcelona – España. 2006. pp. 182

enfermeros tienden a percibir como una condición laboral negativa la normativa institucional que les impide recargarse voluntariamente.

Los datos empíricos que sustentan esta tendencia están representados en los efectos que tiene la doble jornada de trabajo en los enfermeros. Si bien en el tratamiento y análisis se observa una similitud en los datos obtenidos, el mayor porcentaje de efectos positivos se dan en la categoría de ámbito personal del profesional, esta categoría de análisis incluye la vida familiar, social, actividades recreativas y deportes de los enfermeros.

El análisis de los datos nos señala que el personal hospitalario privilegia los días francos[166] adicionales, obtenidos por el recargo (doble jornada laboral) a expensas de su salud física y mental. El recargo presenta por lo tanto simultáneamente ganancias (mejora en el ámbito de vida familiar y social) y pérdidas (resentimiento de su salud). Esta última categoría representa el mayor porcentaje de efectos negativos de la doble jornada laboral.

Una posible explicación de este fenómeno radica en que si bien trabajar más de diez (10) horas consecutivas implica un esfuerzo y en muchas ocasiones un deterioro físico y mental, también es real que la acumulación de horas de trabajo en el hospital se traduce en más cantidad de días libres o francos de los cuales dispone el enfermero. Los días francos son la posibilidad más cercana, real y concreta que tienen los enfermeros de encontrarse con sus familiares y programar actividades de tipos recreativas y deportivas fuera del ámbito laboral.

A pesar de que la doble jornada laboral, según refiere el Consejo Internacional de Enfermería, tiene un impacto negativo sobre la salud física y mental de los enfermeros, estos profesionales en el hospital Rawson prefieren realizar dobles jornadas de trabajo en pro del bienestar de su vida personal.

La *rotación de turnos de trabajo* (mañana, tarde y noche) resulta necesaria para cubrir la atención de enfermería, durante las (24) horas los trescientos sesenta y cinco (365) días al año, que requieren los pacientes hospitalizados. El CIE reconoce esta necesidad pero también señala que el trabajo desarrollado en turnos rotativos está

[166] Francos, descripto en el Capítulo VI. Pág. 102

íntimamente vinculado a efectos negativos en la salud física y mental de los profesionales, las relaciones con su entorno familiar y social y en su capacidad para brindar cuidados continuos a las personas.

En el hospital Rawson un alto porcentaje del personal profesional rota por los tres turnos. En su mayoría rotan debido a una exigencia institucional y no por elección personal. A pesar de que el CIE no recomienda la rotación, los profesionales de enfermería del hospital la consideran positiva siempre y cuando la rotación pueda consensuarse con quien realiza el cronograma mensual de guardia[167] (supervisora y jefa de unidad de cada servicio). Por el contrario si el diagrama mensual de guardias no se ajusta a lo solicitado por el profesional, los efectos de la rotación son negativos ya que estos desajustes impactan directamente en la vida privada del enfermero.

Los enfermeros *participan en el proceso de toma de decisiones en el mismo equipo de enfermería* básicamente en temas relacionados con la atención de los pacientes, mientras que en las áreas de educación, gestión y administración la participación de estos profesionales es escasa o nula. Es la figura del supervisor de enfermería o jefe de unidad la encargada de planificar y ejecutar todas las actividades que se dan en áreas diferentes a la de atención de pacientes.

La política del Departamento del Enfermería tiende a fomentar la participación en el proceso de toma de decisiones en el equipo de enfermería, en las áreas distintas a la atención de pacientes, al personal comprendido en los niveles jerárquicos[168] de este colectivo profesional, desplazando a los enfermeros con actividades asistenciales de estas áreas. La situación referenciada transforma en negativa esta condición laboral.

Si bien la política que impulsa a los enfermeros asistenciales a participar únicamente en las decisiones que conciernen la atención de los pacientes surge de los niveles superiores de conducción hospitalarios, el personal asistencial encuentra los mayores obstáculos para participar en otras áreas en la figura del supervisor de enfermería y el jefe de unidad.

[167] Cronograma mensual de guardias, descriptos en el Capítulo V. Pág. 109
[168] Los niveles jerárquicos comprenden jefatura del Departamento de Enfermería, jefatura y sub jefatura de la División Enfermería, Supervisoras de los Servicios y Turno Tarde y Noche y Jefes de Unidad

En el equipo de salud la *participación* de los profesionales de enfermería *en el proceso de toma de decisiones* presenta un cuadro diferente al descripto en el propio equipo de enfermería. Los enfermeros, particularmente los que realizan actividades de tipo asistencial, tienen mayores oportunidades de intervenir no solo en las decisiones que atañen a la atención de los pacientes, sino fundamentalmente en las actividades independientes que realizan los enfermeros en el servicio. En la práctica hospitalaria la toma de decisiones en el equipo de enfermería y en el equipo de salud se dan generalmente en forma simultánea. La participación en el proceso de toma de decisiones en el equipo de salud en tanto se produzca en forma diferenciada con el equipo de enfermería es una condición de trabajo positiva.

Las líneas de autoridad en enfermería están claramente definidas en el organigrama hospitalario de este cuerpo profesional, no obstante las órdenes de trabajo que se imparten al personal asistencial no siguen este organigrama jerárquico. Se observa una superposición entre las órdenes de jefes de distinto nivel; el nudo del conflicto, a partir de esta situación, se presenta entre el supervisor de enfermería y el jefe de unidad, si ambos imparten órdenes diferentes en el mismo momento al mismo personal, esto genera conflictos de tipo relacional y comunicacional entre otros. Esto último la convierte en una condición laboral negativa para los enfermeros del hospital.

Si bien un alto porcentaje de los profesionales de enfermería del hospital se encuentran vinculados al Estado bajo el régimen de la Ley 2580, estos profesionales no están concursados según lo previsto en la ley, ocupando los cargos en forma interina. La falta de concursos en los términos de la Ley N° 2580 se percibe como una condición laboral negativa porque no les permite obtener estabilidad laboral.

Condiciones laborales generadas en y por las relaciones interpersonales

Esta categoría de análisis está vinculada a la violencia laboral en salud. El personal de enfermería del hospital reconoce la presencia de violencia laboral en la institución de salud principalmente en la modalidad de violencia verbal, identifican en

segundo lugar algunos casos de violencia institucional[169], no obstante, no se han registrado hechos de violencia física.

La modalidad de violencia verbal comprende dos categorías: una de ellas, los abusos de autoridad, dados básicamente entre el supervisor de enfermería y/o el jefe de unidad y los enfermeros asistenciales y la otra categoría, los conflictos que surgen del proceso de comunicación entre los integrantes del equipo de salud. El proceso de comunicación no implica una situación problemática en sí misma, los conflictos se dan a partir de la interferencia, voluntaria y mal intencionada en el mensaje, entre el enfermero emisor y el enfermero receptor. La violencia comprendida en la categoría de violencia institucional, si bien se presenta en una proporción claramente inferior a la violencia verbal, tiene un importante impacto negativo en el personal de enfermería.

En esta última categoría se describen aquellas situaciones en las que el personal de enfermería se encuentra en conflicto con el hospital; la percepción común a todos los profesionales agrupados en esta clase es, que la institución "los acosa". El acoso proviene del personal que representa a la institución (supervisor de enfermería y jefe de unidad).

Los principales actores entre los que se producen los hechos de violencia o agresión en el hospital son en primer lugar los miembros del colectivo de enfermería y de éstos con los miembros del equipo de salud.

A modo de cierre y en respuesta a la pregunta de investigación podemos explicar que la aparición del *Síndrome de Incertidumbre Laboral* en Enfermería en el hospital Dr. Guillermo Rawson está vinculado a los dos factores propuestos como hipótesis: los extra e intra profesionales.

Los factores extra profesionales comprendidos en aquellos eventos situados en un momento histórico en la institución sanitaria, que si bien no se han generado ni han dependido del colectivo profesional de enfermería han impactado en este cuerpo disciplinar propiciando la aparición del SILE. Como parte de estos factores

[169] Violencia institucional, descriptos en el Capítulo VI. Pág. 120

reconocemos los cambios en la planta física y las modificaciones en la organización de enfermería generadas a partir de la mudanza.

Los segundos factores relacionados a la aparición del *SILE* son los factores interpersonales. Estos incluyen las condiciones laborales, las propias como las generadas a partir de la relación interpersonales que tienen los profesionales de enfermería en el hospital. Las condiciones de trabajo definen los entornos de trabajo en tanto positivo o negativo. El análisis en conjunto de estas condiciones laborales en el hospital muestra una tendencia hacia un entorno laboral negativo.

En síntesis, creemos que al momento de abordar las temáticas referidas a las tenciones laborales de los profesionales de enfermería en el hospital Dr. Guillermo Rawson es necesario realizar un análisis conjunto de la situación histórica y laboral de los actores involucrados.

BIBLIOGRAFIA

AnderEgg, Ezequiel. *Métodos y técnicas de investigación social*. *Acerca del conocimiento y del pensar científico.* Volumen I 4ª reimpresión. Buenos Aires – Argentina. Editorial Distribuidora Lumen. 2001.

Métodos y técnicas de investigación social. La ciencia su método y la expresión del conocimiento científico. Volumen II. 1ª ed. Buenos Aires – Argentina. Editorial Lumen. 2004.

Métodos y técnicas de investigación social. Cómo organizar el trabajo de investigación. Volumen III. 1ª ed. 3ª reimpresión. Buenos Aires – Argentina. Editorial Lumen. 2010.

Métodos y técnicas de investigación social. Técnicas para la recogida de datos e información. Volumen IV. 1ª Edición. 3ª reimpresión. Buenos Aires – Argentina. Editorial Distribuidora Lumen. 2003.

Métodos y técnicas de investigación social. Elaboración, análisis e interpretación de datos. Volumen V. 1ª ed. 3ª reimpresión. Buenos Aires – Argentina. Editorial Lumen. 2003.

Métodos y técnicas de investigación social. Redacción y presentación de los estudios e investigaciones. Volumen VI. 1ª ed. 3ª reimpresión. Buenos Aires – Argentina. Editorial Lumen. 2003.

Asti Vera, Carlos y Ambrosini, Cristina. *Estructuras y procesos. Temas de epistemología*.1ª ed. 1ª reimpresión. Buenos Aires – Argentina. Editorial Educando. 2005.

Castrillón Agudelo, María Consuelo y Nájera, Rosa. *La enfermería en América Latina: Situación actual, áreas críticas y lineamientos para un plan de desarrollo.* Artículo publicado por la Asociación Latinoamericana de Escuelas de Enfermería. Recuperado el 30/03/2015. Desde <http://www.aladefe.org/articulos/la_enfermeria_en_america_latina.pdf >

Centro de Salud Hospital Público Descentralizado Dr. Guillermo Rawson. <www.hospitalrawson.gov.ar>

Cohen, Néstor y Piovani, Juan Ignacio. *La metodología de la investigación en debate*. 1 ed. Universidad Nacional de La Plata. La Plata – Argentina. Editorial Edulp. 2008.

Consejo Internacional de Enfermería. C.I.E. <http://www.icn.ch/es/>

Dei, Daniel. *La tesis. Como orientarse en su elaboración.* 4 ed. Buenos Aires – Argentina. Editorial Prometeo. 2011.

Díaz, Esther en *Perspectivas Metodológicas*, Año 2, Nº 2, pp. 5-22: Publicación anual del Departamento de Humanidades y Artes de la Universidad Nacional de Lanús. Buenos Aires –Argentina.
<http://www.estherdiaz.com.ar/textos/metodo.htm>

Entre la tecnociencia y el deseo. La construcción de una epistemología ampliada. Buenos Aires – Argentina. Editorial Biblos. 2010.

Metodología de las ciencias sociales. 4ª reimpresión. Buenos Aires – Argentina. Editorial Biblos. 2010.

El poder y la vida. Modulaciones epistemológicas. Editora. 1 edición. Buenos Aires – Argentina. Editorial Biblos. 2012.

Eco, Humberto. *Como se hace una tesis. Técnicas y procedimientos de investigación, estudio y escritura.* 23ª edición. Barcelona – España. Editorial Gedisa. 1999.

Gabinete de Historia de la Arquitectura de la Facultad de Arquitectura, Urbanismo y Diseño de la Universidad Nacional de San Juan. *Relato histórico del Hospital Dr. Guillermo Rawson.* Dirigido por el Arq. Domingo Miranda. Recuperado el 01/04/2014, desde <http://www.creacom.unsj.edu.ar/reproductor.php?Id=84&capitulo=1>

García, Rolando. *El conocimiento en construcción. De las formulaciones de Jean Piaget a la teoría de sistemas complejos.* Editorial Gedisa. Barcelona – España. 2000.

Interdisciplinariedad y sistemas complejos. En Leff, E. (compilador) *Ciencias Sociales y Formación Ambiental*. Editorial Gedisa. UNAM. Barcelona – España. 1994.

Sistemas complejos Conceptos, método y fundamentación epistemológica de la investigación interdisciplinaria. 1 Edición. Editorial Gedisa. Barcelona – España. 2006.

Guía de Servicios de Salud. Ministerio de Salud Pública de la Provincia de San Juan. Recuperado el 24/06/2013, desde
http://sanjuan.gov.ar/panel/repositorio/subidas/noticias/fckeditor/file/salud/guia_de_recursos_en_salud_-_san_juan.pdf

Gironés de Sánchez, Isabel. *La ciudad perdida, Memoria Urbana de San Juan. Pre terremoto 1930 – 1944*. San Juan – Argentina. Editorial FFHA. 2005.

Gobierno de la Provincia de San Juan. <http://sanjuan.gov.ar/>

Gómez, Félix Alejandro. Tesis doctoral *Propuesta de un modelo de desarrollo científico basado en la Teoría de la Complejidad.* Universidad Nacional de Lanús. Departamento de Humanidades y Artes. Doctorado en Filosofía. 2011.

Hernández Sampieri, Roberto. *Metodología de la Investigación*. 4ª ed. D. F. – México. Editorial. McGraw-Hill. 2007.

Ley Nacional N° 26.529 / 2009. Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Poder Legislativo Nacional. Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina. Noviembre de 2009.

Malvárez, Silvina, M. *Recursos Humanos de enfermería: desafíos para la próxima década*. Revista *Enfermería Universitaria.* Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Universidad Nacional Autónoma de México. Volumen. 2 Número 3. Año 2. Septiembre – Diciembre 2005.

> *Panorama de la fuerza de trabajo en enfermería en América Latina*. Washington – E.E.U.U: Número 39. Organización Panamericana de la Salud. 2005.

Marradi, Alberto. Archenti, Nélida y Piovani, Juan Ignacio. *Metodología de la Ciencias Sociales*. Buenos Aires – Argentina. Editorial Emecé. 2007.

Mingote Adán, José y Pérez García, Santiago. *Estrés en la Enfermería. El cuidado del cuidador*. Madrid – España. Editorial Díaz de Santo. 2003.

Ministerio de Educación de la Nación. http://portal.educacion.gov.ar/

Ministerio de Salud Pública de la Provincia de San Juan. <http://sanjuan.gov.ar/Default.aspx?cId=18>

Mombrú, Andrés. *Nueva Bitácora, perspectiva crítica de la reflexión científica*. 1ª ed. Buenos Aires – Argentina. Editorial L.J.C. 2009.

Morin, Edgar. *Introducción al pensamiento complejo.* 5ª reimpresión. Editorial Gedisa. Barcelona – España. 2001.

Palma, Héctor y Pardo, Rubén. *Epistemología de las ciencias sociales, perspectiva y problemas de las representaciones científicas de lo social*.1ª ed. Buenos Aires – Argentina. Editorial Biblos. 2012.

Paredes de Scarso, Leonor. *Dos hospitales históricos de la ciudad de San Juan*. San Juan – Argentina. Editorial El Autor. 2003.

Pineda, Elia. y Alvarado, Eva Luz. Metodología de la Investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud. 2ª Edición. Washington – E.U.A. Editorial PALTEX – OPS 2008.

Polit, Denis. Y Hungler, Bernadette. *Investigación científica en ciencias de la salud.* 5ª Ed. Distrito Federal – México. Editorial McGraw – Hill. 1997.

Real Academia Española. Diccionario de la RAE, Vigésimo segunda edición.<http://www.rae.es>

Samaja, Juan. *Epistemología y Metodología, Elementos para una teoría de la investigación científica*. 3ª ed. 6ª reimpresión. Buenos Aires – Argentina. Editorial Eudeba. 2005.

Spinelli, Hugo. Trotta, A. Guevel Carlos. y Coll. *La salud de los trabajadores de la salud. Trabajo, empleo, organización y vida institucional en hospitales públicos del aglomerado Gran Buenos Aires, Argentina, 2010-2012.* OPS/OMS Argentina. CABA – Buenos Aires. 2013. *Recuperado el 22/06/2014, desde* <http://www.paho.org/arg/images/gallery/pub69.pdf?ua=1>

Taylor, S.J. y Bogdan, R. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona – España. Editorial Paidós.1987.

Ynoub, Roxana. *El proyecto y la metodología de la investigación*. 1ª Ed. Buenos aires – Argentina. Editorial Cengage Learning. 2007.

Cuestión de método. Aportes para una metodología crítica. Buenos aires – Argentina. Editorial Cengage Learning. 2014.

INDICE GENERAL

Introducción……..…….. 4

Capítulo I: Contexto del problema

1. 1. Procesos históricos– institucionales……..……... 8

1. 1. 1. El nuevo centro de Salud Hospital Dr. Guillermo Rawson ……... 11

1. 1. 2. Historia de enfermería en el Hospital Dr. Guillermo Rawson 12

Capítulo II: Planteamiento del problema

2. 1. El problema de investigación ……. 20

2. 2. Hipótesis……..... 22

2. 3. Objetivos……..…….. 24

Capítulo III: Consideraciones teóricas

3. 1. Perspectiva de sistemas complejos …… 25

3. 1. 1. Complejidad ……... 28

3. 1. 2. Sistemas …….. 31

3. 1. 3. Sistemas complejos …… 32

3. 1. 4. Los sistemas de cuidado de salud como sistemas complejos ……. 36

3. 2. Posición epistemológica sumida ……... 39

Capítulo IV: Categorías analíticas

4. 1. Condiciones laborales de los enfermeros: introducción ……..….. 44

4. 1. 1. Condiciones laborales analizadas por el Consejo Internacional de Enfermería ……. 46

4.1. 2. Condiciones laborales actuales, locales e institucionales de los enfermeros: consideraciones críticas …… 49

4. 2. Marco normativo local: Ley provincial N° 2580 y sus modificatorias “Carrera asistencial, preventiva y sanitaria, para los profesionales universitarios del arte de curar” ……..…….. 60

Capítulo V: Diseño metodológico

5. 1.Diseño flexible …….. 64

5. 2. El estudio de caso …….. 64

5. 2. 1. El caso: Los profesionales de Enfermería …….. 65

5. 2. 2. La unidad de análisis …….. 69

5. 2. 3. Propiedades abordadas en el caso…….. 70

5. 3. Estrategias para la recolección de datos …… 77

5. 3. 1. La entrevista ……..……..…….. 79

5. 3. 2. La encuesta …….…….. 83

5. 3. 3. Consentimiento Informado ……..……... 87

Capítulo VI: Análisis e interpretación de la información

6. 1. Análisis de la información de la entrevistas ……..…… 90

6. 1. 1.Cambios en la planta física …….…… 91

6. 1. 2. Modificaciones organizacionales …….....…… 104

6. 2. Análisis de la información de las encuestas ……..… 107

6. 2. 1. Condiciones laborales propias de la profesión ……... 208

6. 2. 2. Condiciones laborales generadas en y por las relaciones interpersonales ……... 125

Conclusiones.…… 129

Bibliografía...…….... 139

INDICE de ESQUEMAS, CUADROS, TABLAS y GRAFICOS

Esquema N° 1: Principios de organización …….…….. 34

Esquema N°2: Principio de evolución …… 34

Cuadro N°1: Principales características de Epistemología Ampliada ...…. 43

Cuadro N°2: Factores relacionados con el estrés laboral…… 45

Esquema N° 3: Efectos que tienen las dobles jornadas laborales sobre la salud de los profesionales enfermería ……..... 51

Esquema N°4: Configuración del caso en estudio ..…… 67

Cuadro N° 3:Proceso de operacionalización de la variable cualitativa: factores extra profesionales ……. 74

Cuadro N° 4: Proceso de operacionalización de la variable cualitativa: factores extra profesionales ……. 75

Esquema N°5: Métodos de recolección de datos …… 78

Tabla N°1:Distribución de frecuencia de las categorías de la doble jornada laboral ……. 109

Tabla N°2: Distribución de frecuencia de las categorías de la doble jornada laboral según el tipo de recargo ……. 110

Tabla N°3: Distribución de frecuencia de los efectos de la doble jornada laboral ……. 111

Tabla N°4: Distribución de frecuencia de los turnos de trabajo: mañana, tarde y noche ……..……. 114

Tabla N°5: Distribución de frecuencia de los efectos de la rotación de turnos de trabajo …….. 115

Tabla N°6: Distribución de frecuencia del tipo de decisiones en las que participan los enfermeros en el equipo de enfermería …… 117

Tabla N°7: Distribución de frecuencia de la participación de enfermería en los procesos de toma de decisiones en el equipo de salud ……. 119

Tabla N°8: Distribución de frecuencia del tipo de decisiones en las que participan los enfermeros en el equipo de salud ……..……... 120

Tabla N°9: Distribución de frecuencia de los actores que imparten órdenes en el equipo de enfermería ……. 122

Tabla N°10: Distribución de frecuencia sobre la percepción de violencia en el lugar de trabajo ……...…… 126

Tabla N°11: Distribución de frecuencia sobre el tipo de violencia percibido en el lugar de trabajo…… 126

Tabla N°12: Distribución de frecuencia de los grupos entre los que se generan los hechos violentos …….. 128