

CUESTIONANDO CON CRITERIO Y FUNDAMENTO LA INDICACIÓN MÉDICA: UN ANÁLISIS DE LAS RELACIONES INTERSUBJETIVAS ENTRE MÉDICAS RESIDENTES Y ENFERMERAS

Luciana Cecilia Reif*

RESUMEN

El objetivo del presente artículo es analizar las relaciones intersubjetivas entre las médicas residentes y las enfermeras que se desempeñan en la terapia neonatal de un hospital público de Buenos Aires. Se eligió un abordaje metodológico cualitativo, mediante la realización de entrevistas semiestructuradas. Entre los resultados más sobresalientes se puede destacar el cuestionamiento de enfermería a las indicaciones médicas, que implica la defensa de su autonomía ocupacional al poner en disputa los saberes médicos. En tanto y en cuanto los saberes interdisciplinarios no se pongan en común en espacios grupales, es difícil que no se produzcan obstáculos en las relaciones intersubjetivas que perjudiquen la producción del cuidado.

PALABRAS CLAVE: enfermería, residencia médica, Argentina, producción del cuidado, relaciones intersubjetivas.

QUESTIONING MEDICAL INDICATION WITH JUDGMENT AND RATIONALE: AN ANALYSIS OF INTERSUBJECTIVE RELATIONSHIPS BETWEEN RESIDENT PHYSICIANS AND NURSES

ABSTRACT

The aim of this article is to analyze the intersubjective relationships between medical residents and nurses working in neonatal therapy in a public hospital in Buenos Aires. A qualitative methodological approach was chosen, by means of semi-structured interviews. Among the most outstanding results, we can highlight the nursing questioning of medical indications, which implies the defense of their occupational autonomy by challenging medical knowledge. As long as interdisciplinary knowledge is not effectively shared in group spaces, it is difficult to avoid obstacles in intersubjective relationships that may harm the production of care.

KEYWORDS: Nursing, Medical Residency, Argentina, Production of care, Intersubjective relationships.

INTRODUCCIÓN

Las organizaciones sanitarias tienen en la producción del cuidado su objetivo final. Mientras que los términos *tratar*, *curar* o *controlar* aluden a prácticas limitadas de aplicación de tecnología y procedimientos, hablar de *cuidado* implica rescatar al acto de producción de salud como una interacción que no se restringe meramente a los saberes técnicos, sino que supone la construcción de proyectos terapéuticos en el marco de un encuentro entre trabajadores/as y usuarios/as (Ayres Carvalho Mesquita, 2002). La dimensión cuidadora se encuentra presente en cualquier práctica de salud, sin pertenecer a un recorte profesional específico.

Podríamos decir que todos/as los/as trabajadores/as participan y contribuyen, desde diferentes lógicas y saberes, al cuidado de los/as usuarios/as, a través de la confluencia de sus procesos de trabajo (Merhy, 2006). Son las relaciones intersubjetivas entre los/as trabajadores/as las que ponen de manifiesto el modo en que se vinculan estos diferentes procesos, interdependientes y organizados para alcanzar la producción del cuidado.

Para Campos (2009) los/as trabajadores/as de la salud son producto del sistema de relaciones en el que están sumergidos, siendo a la vez productores del mismo. En este punto, la solución al problema de la alienación y falta de compromiso de los/as trabajadores/as de la salud es irresoluble si no se enfrenta el patrón de subjetivación que predomina en la práctica sanitaria; ya que esto impacta en las relaciones intersubjetivas entre los diferentes grupos ocupacionales, y por ende en la producción del cuidado. Estos modos de subjetivación imprimen determinados valores y modos de actuar, lo que implica que, para analizar el proceso de trabajo en salud, es necesario dilucidar cómo el/la trabajador/a (y también el usuario/a) se constituyen como sujetos morales y políticos (Merhy, 2006).

En el presente artículo nos centraremos en las relaciones intersubjetivas entre las médicas residentes y las enfermeras que se desempeñan en la terapia neonatal de un hospital público del sur del conurbano bonaerense. Una de las formas en las que se vinculan los procesos de trabajo de ambos grupos ocupacionales es a través de las indicaciones que las primeras les transmiten a las segundas. Por un lado, están las indicaciones que se prescriben luego de finalizado el pase diario. El pase diario es una instancia de deliberación que sucede a la mañana junto con la jefa o coordinadora de sala y las médicas internas del día, en donde las residentes informan del estado del neonato y se toman las decisiones más importantes para el tratamiento de los mismos. Estas indicaciones son volcadas en el chasis de enfermería, que es la indicación con la que se manejan las enfermeras sobre todo para la aplicación de

* Becaria posdoctoral del CEIL-CONICET, Argentina. Docente de la Lic. de Enfermería en la Universidad Nacional de Avellaneda (UNDAV), Argentina. lc.reif@gmail.com

medicación y la alimentación del neonato. Por el otro hay indicaciones que pueden surgir en cualquier momento de la jornada laboral¹.

El objetivo del artículo es analizar las relaciones intersubjetivas entre las médicas residentes y las enfermeras focalizando en la vinculación que surge entre ambos colectivos cuando las médicas residentes les transmiten indicaciones a las enfermeras.

Los/as residentes y enfermeros/as se encuentran estrechamente ligados por la interdependencia implicada en sus tareas; ya que ambos grupos, con sus funciones respectivas, hacen un seguimiento diario y cercano de la evolución de los neonatos internados. De este modo las relaciones intersubjetivas entre ellos impactan en el cotidiano de la producción del cuidado. Creemos que indagar las relaciones intersubjetivas entre residentes y enfermeros/as reviste de un especial interés. Un estudio precedente ha encontrado una relación de tensión entre ambos grupos profesionales, en donde de manera diaria el saber experimentado de la enfermería suele colisionar con el saber formalmente reconocido de los/as médicos/as residentes generando conflictos de poder. Este estudio da cuenta de la complejidad de los diversos elementos que intervienen en la configuración de dicho vínculo, a saber: destrato, desconsideración, indiferencia, disputa por el saber formal y la experiencia, tensión por el resentimiento en el poder, temor a los errores, negación de los mismos, falta de reconocimiento a las soluciones frente a los errores, entre otras cuestiones (Amable *et al.*, 2018).

Será necesario a su vez, comprender los modos en que la práctica sanitaria ha contribuido a la producción subjetiva de cada grupo ocupacional, deteniéndonos en sus procesos de socialización profesional e institucional. Rovere (2003) sostiene que no es posible comprender la profesión médica sin comprender las lógicas institucionales desplegadas en las organizaciones sanitarias, así como tampoco sin comprender los aspectos menos formalizados como las relaciones interpersonales, los valores simbólicos y la cultura que se comparte en el hospital. En este sentido, las residencias médicas pueden entenderse como un dispositivo mediante el cual los recién egresados/as devienen en médicos/as a través de un proceso formativo de socialización profesional e institucional (Dursi y Millenaar, 2017). A su vez, como exponremos en los resultados, podemos vincular el proceso de trabajo de las médicas residentes bajo estudio con el concepto de autonomía responsable de Friedman (1977), al sostener que su formación como especialistas en neonatología las insta también a ser responsables no solo de cada paciente, sino también de controlar y seguir de cerca el trabajo que realiza enfermería. Por su parte, enfermería, profesión que ha ocupado históricamente una posición social subordinada en el sector salud (Ramacciotti y Valobra, 2015), fue concebida desde la lógica hospitalaria como un trabajo de pura ejecución donde las enfermeras lo que debían aprender era a saber

¹ Con indicación o prescripción nos referimos al término que describe los pasos a seguir para recuperar la salud del paciente, puede implicar una prueba diagnóstica, un procedimiento médico o un determinado medicamento.



aplicar con exactitud las indicaciones del médico (Martin, 2015). Si bien sus competencias han ido ampliándose por el proceso de profesionalización que atravesó dicha ocupación, tal como señala Aspiazu (2017, p. 29), «dicho proceso no es aún suficiente para revertir las tendencias de la falta de personal ni la necesidad de una mayor valorización de la ocupación en términos salariales y laborales».

El artículo está organizado de la siguiente manera: primero, detallaremos el abordaje metodológico utilizado, mediante la realización de entrevistas semiestructuradas a las médicas residentes y enfermeras que trabajan en la terapia neonatal de un hospital público en Buenos Aires, tanto en el turno de mañana como en el de tarde. En segundo lugar, describiremos la socialización profesional e institucional de ambos grupos ocupacionales. Para el personal de enfermería, comprenderemos la asociación temprana de la enfermería con el trabajo de mujeres, vinculándolo a conocimientos naturales no calificados. Además, exploraremos cómo el proceso de profesionalización y búsqueda de legitimidad y autonomía se construyó en tensión con la profesión médica (Martin, 2015). En el caso de las médicas residentes, comprenderemos a la residencia como un dispositivo de formación a través del cual los/as residentes devienen médicos, con el verticalismo y la sensación de tener que estar permanentemente disponibles como rasgos prototípicos de la formación y cultura hospitalaria (Dursi y Millenaar, 2017).

Pasando a la exposición de los resultados, después de describir el funcionamiento del servicio, profundizaremos en las características del vínculo que surge entre médicas residentes y enfermeras a través de las indicaciones transmitidas por las primeras. Pondremos énfasis en la división de la tarea, con las médicas encargadas de la concepción y las enfermeras de la ejecución. Evidenciaremos cómo la realización de la tarea de enfermería, por los canales y flujos de información del servicio de neonatología, es vital para la toma de decisiones que realizan las médicas. A partir de este punto, sostenemos que, a pesar de ser responsables de la ejecución, las enfermeras cuestionan las indicaciones médicas, poniendo su criterio y fundamento en disputa, y desafiando los saberes médicos. Esto las construye subjetivamente como enfermeras comprometidas, especialmente al poner su formación y experiencia, ligadas a la observación y el manejo manual, como habilidades que construyen su *expertise* como enfermeras especialistas en neonatología.

Frente a esta resistencia daremos cuenta de la respuesta de las médicas residentes: o bien comprenden que las enfermeras se involucren y en este sentido hacen hincapié en la importancia de explicarles por qué se toman determinadas decisiones, lo cual termina reconstruyendo el sentido colectivo del trabajo; o bien sostienen que pese a que las enfermeras cuestionen su tarea es aplicar la indicación. Respecto a este último punto, sostenemos que la autonomía responsable que insta a las médicas residentes a responsabilizarse de la tarea que realiza enfermería dificulta la posibilidad de que las mismas consideren la relevancia del aporte que realiza enfermería a la producción del cuidado. Por último, en las reflexiones finales haremos hincapié en la importancia de que existan espacios de diálogo interdisciplinarios, en donde todos los grupos ocupacionales puedan participar con sus saberes en la toma de decisiones inherentes a la producción del cuidado.



ABORDAJE METODOLÓGICO

El diseño metodológico se orientó a un estudio de caso con finalidad descriptiva explicativa, con un abordaje de tipo cualitativo. El trabajo de campo se realizó entre julio y agosto del 2021. La población de estudio son las médicas residentes (que realizan una jornada diaria de 8 horas a 17 horas) y las enfermeras del turno mañana (6 horas a 12 horas) y tarde (12 horas a 18 horas) que desempeñan sus tareas en el área de terapia del servicio de neonatología de un hospital público del sur del conurbano bonaerense. La decisión de seleccionar estos dos turnos de enfermería se debe a que son los que más tiempo comparten su jornada laboral con las médicas residentes. Respondieron las entrevistas la totalidad de las médicas residentes que se encontraban haciendo su rotación en la terapia neonatal, siete (7) médicas residentes. Respecto al personal de enfermería, de acuerdo a lo informado por su coordinadora, se encontraban trabajando 6 enfermeras en el turno mañana y 6 en el turno tarde. Debido a la predisposición a responder la entrevista se pudo entrevistar a 4 de cada turno, es decir, 8 enfermeras en total.

Dado que se trata de una actividad altamente feminizada, en Argentina, las mujeres constituyen el 70 por ciento del empleo en el sector de la salud (East, Laurence y López Mourelo, 2020), nos referiremos a ambos grupos ocupacionales en femenino (las residentes, las enfermeras), sin desconocer que también se encuentran compuestos por varones. Por otro lado, lo haremos también para cuidar la identidad de los pocos trabajadores hombres, ya que si nos referimos a ellos en masculino serían fácilmente identificables y perderíamos el anonimato que corresponde legal y éticamente. En las transcripciones de los extractos de las entrevistas que utilizaremos en el análisis cambiaremos los nombres de los/as trabajadores/as mencionados/as utilizando nombres de fantasía para resguardar su identidad.

El hospital fue seleccionado por ser un hospital interzonal caracterizado como de segundo nivel de atención por su nivel de complejidad y con una alta demanda por parte de la población. La decisión de enfocarse en el servicio de Neonatología fue una sugerencia de uno de los informantes claves, sustentada en la complejidad que presentaba dicho servicio.

Para abordar el problema de investigación elegimos una metodología cualitativa a través de la realización de entrevistas. La investigación cualitativa «se enfoca a comprender y profundizar los fenómenos, explorándolos desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación con el contexto» (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista, 2008, p. 364). La técnica escogida por ser considerada la más adecuada de acuerdo a los objetivos planteados fue la entrevista semiestructurada². Consideramos que la entrevista es una herramienta metodológica que permite rescatar la experiencia cotidiana de los actores a partir de su propio

² En el anexo se presenta el cuestionario guía que se utilizó para la investigación. Este artículo forma parte de una investigación más abarcativa, razón por la cual la guía de preguntas no corresponde solamente a los objetivos que guían el presente artículo, sino a toda la investigación.



relato (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista, 2008). Si bien hubiera sido deseable también acompañar la investigación con la herramienta metodológica de la observación participante, la segunda ola del covid-19 que se produjo en la Argentina en abril del 2021 y la incertidumbre permanente respecto a las posibles aperturas y cierres hicieron que se priorizara la herramienta metodológica de la entrevista, ya que permitiría realizar entrevistas en forma remota.

Todas las entrevistadas eligieron que la entrevista se realizara en forma presencial, en el mismo lugar de su trabajo, en los momentos y espacios en los que pudieron hacerse un tiempo para responder. Esto implicó que muchas veces se coordinaran con sus compañeras de trabajo para que las suplían o las llamaran en caso de que tuvieran que realizar alguna tarea de la jornada laboral. En algunos casos, debido a la necesidad de realizar alguna tarea que no podía ser hecha por otra trabajadora, o en casos de imprevistos u urgencias que requirieron la intervención de las médicas residentes y/o enfermeras, la entrevista tuvo que ser suspendida y retomada en un próximo encuentro. Las entrevistas duraron en promedio 1 hora y media, siendo la que menos duró 1 hora y la que más duró 2 horas. Esto dependió de la predisposición y el relato de las trabajadoras.

Al comienzo de cada entrevista se entregó un Formulario de Consentimiento Informado, en donde se informó a las participantes sobre lo siguiente: la investigación atiende a los Lineamientos para el Comportamiento Ético en las Ciencias Sociales y Humanidades del Comité de Ética de CONICET, y se orienta mediante la Guía de Buenas Prácticas Clínicas de Investigación en Salud Humana (Resolución Ministerio de Salud n.º 1480/2011). Además, el estudio respeta los Principios Éticos para la Investigación con Seres Humanos estipulados por la Declaración de Helsinki y la Ley 11044 de Investigaciones Científicas en Seres Humanos del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y su Decreto Reglamentario, y la Ley 25316 de Protección de Datos Personales.

LA SOCIALIZACIÓN PROFESIONAL E INSTITUCIONAL EN AMBOS GRUPOS OCUPACIONALES

LA PROFESIONALIZACIÓN DE ENFERMERÍA EN CONFLICTO CON LA PROFESIÓN MÉDICA

En los últimos años diferentes autoras en nuestro país han puesto la mirada en el trabajo de cuidado de enfermería. Desde diferentes enfoques teórico-conceptuales, como la economía del cuidado, los riesgos psicosociales del trabajo o la psicodinámica del trabajo; se han abordado la precariedad de las condiciones de empleo de la enfermería (Micha, 2015; Aspiazu, 2017), la falta de reconocimiento de sus labores (Malleville y Beliera, 2020), la asociación del trabajo de enfermería con habilidades y saberes supuestamente naturales en las mujeres (Pereyra y Micha, 2016), o las situaciones de violencia laboral (Wlosko y Ros, 2019).



Uno de los consensos generales de la comunidad científica acerca del trabajo de enfermería pone el acento en el complejo proceso de profesionalización por el que ha pasado dicha ocupación, que sigue hasta nuestros días. Para el presente artículo es importante rescatar que la profesionalización de enfermería se fue construyendo de manera conflictiva con la profesión médica (Ramacciotti y Valobra, 2015).

Siguiendo a Martin (2015), la enfermería ejercida por mujeres fue una asociación temprana, con el surgimiento mismo de la profesión, e históricamente naturalizada. Esta asociación permitió la exclusión de los varones de esta actividad y la casi absoluta feminización de la tarea. Esta división se trasladó al campo sanitario de manera que los/as médicos/as se manejaban en el campo científico, y las enfermeras en cambio en el empírico. Desde la cuestión práctica, la enfermería parecía más ligada al conocimiento natural que las mujeres tenían sobre las tareas domésticas que a una tarea basada en procedimientos, conocimientos y técnicas que era necesario aprender. De esta manera el rol reservado para las enfermeras en un primer momento estuvo ligado a cuidados que no requerían calificación (Ramacciotti y Valobra, 2015).

A principios del siglo xx, la enfermería se empezó a dictar en hospitales escuelas, con el sistema de hogar escuela. Si bien los/as médicos/as recibieron bien la posibilidad de disponer de estudiantes enfermeras sin mayores costes económicos durante las 24 horas del día, muy pronto empezaron a reconocer conflictos latentes y de competencias entre la práctica médica y la de enfermería. De acuerdo a la indagación histórica realizada por Martin (2015), el director del Instituto de Medicina Experimental, Ángel Roffo, llamó en este sentido a promover la separación de las esferas de intervención y afirmó que no había que formar eruditas, ya que cuando la enfermera sabe más de lo que necesita, es un peligro pues ya tiende a invadir el terreno del médico. A su vez señalaba que las enfermeras lo que debían aprender bien era a saber aplicar con exactitud las indicaciones del médico.

Tomando lo dicho anteriormente, es posible elucidar cómo la profesionalización de la enfermería y la búsqueda de la legitimidad y autonomía de su propio campo de conocimiento y ejercicio se fue construyendo de manera conflictiva con la profesión médica, entendiendo las relaciones desiguales de poder en la relación entre ambas profesiones. Tal como señalan Ramacciotti y Valobra (2015), dentro de la sociología de las profesiones permanece la discusión respecto a si la enfermería es una profesión autónoma o debe catalogarse como una ocupación «paramédica». Dentro de esta última postura, si bien reconocían la importancia de las enfermeras para asistir a la práctica médica, no había mucha claridad sobre cómo ceder responsabilidades y atribuciones sin perder el terreno propio de la práctica médica.

LA RESIDENCIA COMO DISPOSITIVO DE PROFESIONALIZACIÓN INSTITUCIONAL

Si bien, como indica la Ley de Educación Superior, el título de grado de médico/a habilita el ejercicio de la profesión para cualquiera de sus especialidades, muchos/as egresados/as eligen continuar su formación a través de posgrados, siendo la residencia la modalidad más elegida, con una duración de entre 2 y 5 años. Según



el registro de profesionales del Ministerio de Salud de la Nación (MINSAL), de 2440 médicos/as que certificaron su especialidad entre 2009 y 2013, el 60% lo hicieron acreditando haber realizado una residencia (Dure y Dursi, 2015).

La residencia es un sistema de formación de posgrado para profesionales del área de la salud, que se caracteriza por ofrecer oportunidades de práctica intensiva y supervisada en ámbitos asistenciales. Al finalizar las residencias, los/as médicos/as adquieren el título de especialista. De acuerdo a la distribución etaria y por sexo se puede corroborar la tendencia a la feminización de las profesiones de salud, ya que la mayoría de los/as jóvenes que realizan la residencia en salud son mujeres entre 24 y 33 años. Según datos del 2014, el 72% de los/as residentes con financiamiento nacional son mujeres y la edad media es de 29,3 años, siendo superior en el caso de los hombres (30,08 años) (OPS/OMS, 2015).

Como mencionamos en la introducción, las residencias pueden comprenderse como un dispositivo de profesionalización institucional; entre los rasgos distintivos de esta socialización podemos mencionar el verticalismo, ligado al lenguaje militar, al castigo como fantasma permanente, y la sensación de tener que estar constantemente disponibles (Dursi y Millenaar, 2017). Los/as residentes de los primeros años son los que cargan con más tareas, bajo la premisa de que es necesario que adquieran experiencia para afrontar ciertos esfuerzos o responsabilidades. En un estudio llevado a cabo por Dursi y Millenaar (2017) a médicos/as residentes de la provincia de Buenos Aires, los/as propios/as residentes han expresado disconformidad con el sistema jerárquico y sus consecuencias: sobrecarga de trabajo en los/as residentes de los primeros años, falta de libertad para discutir las decisiones de un superior, generando un ámbito que favorece el maltrato, el señalamiento del error y la falta de reconocimiento a los aportes que ellos/as realizan.

CUESTIONANDO LA INDICACIÓN

De acuerdo a lo relatado por la jefa del área, el servicio de neonatología del Hospital se encarga de recepcionar y tratar a los recién nacidos, tanto los sanos como aquellos que se encuentren en estado de riesgo. El servicio se encuentra dividido en tres sectores: sala de partos, internación conjunta y terapia neonatal, esta última se encuentra a su vez dividida en bajo riesgo y unidad de cuidados intensivos o alto riesgo. En el presente artículo nos enfocaremos en la terapia. En lo que refiere al personal, el servicio de neonatología cuenta con una jefa de área o servicio, una coordinadora de sala, médicas de planta y médicas internas, un equipo de residentes con su respectiva jefa y su instructora y un equipo de enfermeras con su respectiva coordinadora. Las médicas residentes son residentes de primero a quinto año y se dividen en el sector de terapia neonatal, donde se encuentran la mayoría, y en el sector de internación conjunta, donde hay de 2 a 4 residentes. Las médicas residentes tienen a cargo pacientes específicos, cuya distribución y organización coordinan entre ellas. Por su parte, la tarea de la enfermería es el cuidado y la asistencia del recién nacido, sea crítico o no. La enfermería tiene que brindar higiene, confort, cuidar el neurodesarrollo, administrar la medicación, anotar todo lo que

se hace y estar atenta a las necesidades del recién nacido y la familia. La coordinadora de enfermería es la que organiza el trabajo diario del día y divide la cantidad de pacientes entre las enfermeras de cada turno.

Una de las formas en las que se vinculan el proceso de trabajo de las médicas residentes y las enfermeras es a través de las indicaciones que las primeras les transmiten a las segundas. Por una parte, se encuentran las indicaciones que se prescriben cuando finaliza el pase diario, que se vuelcan en el chasis y las enfermeras se manejan con ellas durante toda su jornada. Por otra parte, hay otras indicaciones que pueden surgir en cualquier momento de la jornada laboral. Veámoslo de acuerdo a lo que relatan las enfermeras y las médicas residentes:

Ellos mismos te dicen. O, por ejemplo: «ahora lo van a revisar», le encuentran algo: «¿de quién es este paciente?», «de fulano de tal», «bueno, mirá, hay que hacerle una extracción o lo que sea», o: «se suspende esto, ponele esto», cosas así (enfermera turno tarde).

Por ejemplo, les solicitamos que nos saquen algún laboratorio para poder tomar alguna conducta, si hay que rotar de antibiótico, o si hay que suspender, o tomar alguna otra conducta, también (médica residente).

Una de las tareas de enfermería consiste en aplicar dichas indicaciones, las mismas pueden referirse a una extracción de sangre o muestra de orina para un pedido de laboratorio, al plan alimentario, y a las medicaciones. La organización del trabajo del servicio de neonatología en lo que refiere a este aspecto divide la tarea de concepción por un lado y la de ejecución por el otro. Mientras que en la primera participan tanto las médicas residentes como las internas junto con la jefa y la coordinadora del servicio, a través del pase diario como principal instancia de deliberación y toma de decisiones, la tarea de ejecución queda a cargo del personal de enfermería.

Esto lo que genera es que las médicas residentes dependan del trabajo que realiza enfermería, por el lugar que ocupan las enfermeras en la cadena de transmisión de la información (Crozier y Friedberg, 1990). Las médicas residentes son conscientes de que para realizar su trabajo dependen de que enfermería realice su tarea o lo que ellas les solicitan:

Y, a veces depende, por ejemplo, si una les solicitó un laboratorio, por lo general ellos son los que aplican la percutánea, que es una vía central, eso lo aplica enfermería, no lo aplica el médico. Ahí dependemos de ellos para que ellos puedan administrar la medicina que el médico le indicó (médica residente).

Ellos hacen un control de signos vitales y todo que lo anotan en un chasis, nosotros después miramos esos chasis, o sea que dependo del control que hagan ellos. Si ellos no me anotaron el día anterior, por ejemplo, cuánto pis hizo el chico, (...) y yo ahí ya no puedo hacerles los cálculos a los chicos, en definitiva, sí dependemos del laburo que hacen ellos (médica residente).



A través de estos relatos es posible ver cómo la realización de la tarea de enfermería es vital para la toma de decisiones respecto al tratamiento del paciente. Lo que puede evidenciarse también es que las médicas residentes esperan que el personal de enfermería ejecute su tarea. De acuerdo a lo que dice la entrevistada en el último fragmento, la imposibilidad de seguir la evolución del paciente puede ser consecuencia de una indicación mal aplicada, poniendo de manifiesto cierta concepción simplista del trabajo de enfermería como pura ejecución. La psicodinámica del trabajo refuta la división entre trabajo de concepción y ejecución tal como lo concibió la organización científica del trabajo, de la mano de Taylor. Para esta corriente todo trabajo es de concepción; el trabajo es por definición humano, ya que se convoca ahí donde el orden tecnológico-maquinal es insuficiente (Dejours, 1998). En esta manera que tiene el servicio de neonatología de concebir la organización y división de tareas, las enfermeras se ven restringidas en la posibilidad de tomar decisiones sobre su propio trabajo.

Tal como relata una enfermera entrevistada, si bien las mismas pueden formarse como especialistas en neonatología, esto no implica un reconocimiento de esa formación por parte del servicio:

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

Si bien, como veremos a continuación, el personal de enfermería resiste y utiliza su autonomía para salirse de este rol pasivo, que además es más ilusorio que real (ya que toda tarea por más simple que sea nunca es de pura ejecución), esta forma de concebir el trabajo trae consecuencias en las relaciones intersubjetivas entre médicas residentes y enfermeras.

A contramano de la pura ejecución, las enfermeras resisten las indicaciones médicas de diferentes formas. A fines prácticos y analíticos podemos distinguir dos formas en que cuestionan las indicaciones que reciben por parte de las médicas residentes y rehúsan hacer la tarea: a través de la elaboración de un criterio y fundamento propio, y a través del desinterés y la voluntad discrecional. En el presente artículo nos detendremos en la primera de estas formas.

CUESTIONANDO CON CRITERIO Y FUNDAMENTO

Las enfermeras pueden cuestionar la decisión de la médica residente y rehusar hacer la tarea, contraponiendo su propio criterio o fundamento. Antes de adentrarnos en las características que tiene este tipo de cuestionamiento, es necesario dar cuenta de la percepción que tiene el personal de enfermería respecto a la forma-



ción de las médicas residentes, porque lo que se pone en juego, en definitiva, es una disputa en torno a los saberes. Las enfermeras sostienen que las médicas residentes se encuentran en formación, y al afirmar esto realizan una distinción entre su experiencia y el conocimiento incipiente de las médicas residentes. Veamos algunos relatos de las entrevistadas:

Se están formando acá. Ellos pasan en rotaciones cada tanto, llegan acá a la «neo» y se tienen que formar acá y no están capacitados todavía (enfermera turno mañana).

Ellos están aprendiendo todo el tiempo. Los hacen con los residentes superiores, la médica de guardia no, medio como que lo hace el superior, hay de primero, segundo, tercero. Y aprenden a medida que van haciendo las cosas (enfermera turno tarde).

De esta manera el personal de enfermería, a través del cuestionamiento a las decisiones a ser ejecutadas, disputa los saberes médicos haciendo valer su propio saber, en donde se destaca su formación especializada en el servicio de neonatología, sus años de experiencia y la valoración clínica del neonato a través de la observación. Veamos el relato de algunas de las enfermeras entrevistadas:

Por ejemplo, si yo veo que el bebé no quiere estar boca abajo, por más que venga la médica, le decís: «mirá, lo puse recién», y fundamentás el por qué. Si viene la médica y dice: «quiero que esté boca abajo», «no, mirá, lo puse hace veinte minutos, no le gustó» y la médica te hace caso, entonces eso para mí es una decisión autónoma (enfermera turno mañana).

Depende todo siempre del bebé, si sufrió pinchazos, pasó por muchos procedimientos en pocas horas, que son seis horas y tocar seis horas a un bebé es muchísimo, entonces decimos: «El antibiótico quedará para el siguiente turno», y así (enfermera turno tarde).

O, un paciente que no está en condiciones, puedo poner una percutánea, viene la médica y me dice: «a este paciente hay que ponerle una percutánea, el paciente está inestable», yo me niego, no lo voy a poner. Se fundamenta por qué no hacerlo (enfermera turno tarde).

Según el relato de las enfermeras, rehusar hacer la tarea que se le solicita o cuestionar una decisión tiene que ver con poner en juego su propio criterio y defenderlo en base a su formación y experiencia. Si bien la mitad de las enfermeras entrevistadas tienen más de diez años de antigüedad en la neonatología, y por lo tanto cuentan con formación y experiencia, de acuerdo a lo relatado por las mismas cuando tienen alguna duda con algún procedimiento le consultan a la coordinadora, que es la enfermera con más experiencia. A contramano de la pura ejecución, la resistencia que oponen las construye subjetivamente como trabajadoras que se involucran y comprometen en la evolución del paciente, a través de la elaboración de un criterio propio que es de ellas como profesionales enfermeras, diferenciándose del saber médico, que tiene otros criterios.



Digamos, vos hacés una valoración del chico, si está para bañarse o no. Si no hay bebés que no se bañan desde que nacen. Si está con oxígeno no lo puedo llevar a lavar. Nosotros los llevamos a la bachita para bañarlos. O sea, uno ve. (...) tengo ojo clínico para ver si al bebé puedo sacarlo de la incubadora (enfermera turno mañana).

Las de confort, con la madre, hasta el canguro, que le decimos nosotros, que es el apego que tiene el con la madre, eso también lo consideramos nosotros siempre y cuando, por ejemplo, entra un bebé que está estable pero tiene baja temperatura, entonces le digo a la mami: «a ver, tomá la temperatura y si tiene 35.8, es bajo ya», y si viene la médica y te dice: «no, porque este bebé tiene que hacer apego», vos le decís: «no, mirá, el bebé está con 35.8, la mamá no lo puede alzar ahora» (enfermera turno mañana).

En los relatos es posible evidenciar cómo la formación del personal de enfermería se encuentra íntimamente ligada a la habilidad manual y a la observación. El trabajo de enfermería supone pasar una gran parte de la jornada laboral al lado de los neonatos, trabajando de manera continua sobre el paciente en comparación con las médicas residentes, que lo revisan y observan solo una vez por día; es por ello que las enfermeras desarrollan con mayor profundidad la habilidad manual y observacional. Dichas habilidades, adquiridas a través de la experiencia, conforman la *expertise* de las enfermeras y las diferencian de las habilidades o conocimientos que tiene la medicina.

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

Nosotros valoramos y vemos, si un bebé está bien, cómo está y las expresiones del bebé las tomamos como, por ejemplo: si tiene cara de dolor. La clínica, el ojo clínico de la enfermera tiene mucho que ver. El color del bebé, si está irritable, o no (enfermera turno tarde).

Puiggrós y Gómez Sollano (2009), quienes analizan las interrelaciones entre la educación y el trabajo, indagan en aquellos saberes que son generados por los sujetos en el marco de la misma práctica laboral, denominándolos como saberes socialmente productivos. La experiencia puede considerarse como uno de ellos. Se entiende por experiencias aquellas situaciones por las cuales los sujetos pasan y se ven transformados en su identidad. La experiencia en este sentido puede considerarse como una frontera en la cual hay una posibilidad de producción de algo diferente. La experiencia de las enfermeras es un aspecto central y entra en juego en sus relaciones intersubjetivas con las médicas residentes. La puesta en práctica de dicha experiencia supone para las enfermeras, en ciertas ocasiones, rehusar seguir las indicaciones prescriptas por las residentes al pie de la letra, y poner en juego su propio criterio.

Frente a esta resistencia a las indicaciones las médicas residentes responden de dos maneras divergentes: o bien valoran y comprenden que las enfermeras puedan cuestionar e involucrarse en la atención al paciente, o bien creen que pese



a cuestionar su tarea es cumplir con lo que se les pide. Si bien realizamos esta distinción es necesario aclarar que no son dos procesos opuestos, sino que pueden ser complementarios. Veamos algunos ejemplos:

Ellos están mucho con el paciente, mucho más que nosotros, conocen a las madres, conocen a los padres, entonces tienen otra relación con el paciente que a veces hay conductas que si les decimos: «hacé esto», parecen arbitrarias o pueden generar esa sensación de: «no lo están ayudando» (médica residente).

Si yo voy, le indico algo a Karina y ella no está de acuerdo, te lo pelea, te lo pelea, te lo pelea. Lo mismo que Ruben, pero bien igual, después lo terminan haciendo, pero sí, a veces pasa. Claro: «che, mirá le voy a subir la leche», «no, no le aumentes nada», ahí uno va y los escucha porque están ellos mucho con el paciente (médica residente).

Sí, generalmente pasa en uno de los turnos que son muy puntillosos, por así decirlo, sí te dicen «¿Por qué les pedís tanta sangre? Por qué esto, pero sí tienen...». Y hay turnos que hay enfermeras muy atentas, también, que se ponen a leer las historias de los pacientes, ven los cultivos, ven lo que les pasó, cómo evolucionó (médica residente).

De acuerdo a lo relatado, las médicas residentes comprenden que el personal de enfermería al pasar mucho tiempo con el paciente se encuentra íntimamente ligado a él y también es responsable de su evolución, por lo cual como trabajadoras comprometidas no pueden simplemente aplicar una conducta si no están de acuerdo o la consideran arbitraria y carente de sentido. Es necesario para las mismas que el trabajo que realizan tenga un sentido y un para qué. De esta manera algunas médicas residentes hacen hincapié en la importancia de explicarles por qué se toman determinadas decisiones. Para Campos (2006), ubicar al trabajo en la centralidad de cada equipo, llenar de sentido y significados los actos, se vuelve fundamental para evitar la alienación del trabajo en salud. Es necesario entonces la elucidación entre los equipos de salud de un por y para qué del trabajo (Spinelli, 2010). La ausencia de redes que den sentido y significado al trabajo, que generen sentimientos de pertenencia e identidad, pueden producir lógicas alienadas que impacten en el proceso de trabajo y en la salud de los/as trabajadores/as; lógica que provoca en el trabajo cotidiano un grado cada vez mayor de alejamiento, desinterés de sus trabajadores/as, así como la fragmentación en los procesos de trabajo (Campos, 2006). En este sentido, cuando las médicas residentes se toman el tiempo de explicarles a las enfermeras por qué se toman las decisiones es posible reestablecer de manera colectiva el para qué del trabajo, conectando esa indicación con la producción del cuidado como objetivo final.

La contracara de este tipo de encuentros intersubjetivos son aquellas situaciones donde las residentes no toman en consideración el aporte del personal de enfermería. En el relato de las médicas residentes entrevistadas aparece la idea de que muchas enfermeras se encasillan en su opinión:



Entonces estaban cerrados como «Tengo 20 años de experiencia, no succiona para mí y no va a succionar» En algunas cuestiones están un poco encasillados con su opinión o de lo que ellos creen de su experiencia, pero la realidad es que hay cosas que hay que ser más abierto y modificando ciertas cosas se puede lograr algo más por el paciente (médica residente).

En un sentido similar una médica residente relata que por más que la enfermera cuestione, su tarea es aplicar la indicación que le fue prescripta:

Y a veces te vienen a cuestionar a vos porque sos el que expresa la decisión, pero no sos el que la tomó. De hecho, muchas veces nos pasa, que te dicen: «¿por qué le vas a volver a poner la vía a este paciente?», «y, yo tampoco estoy de acuerdo, pero es la decisión del pase y de coordinación y hay que hacerlo» (médica residente).

De acuerdo a la entrevistada, la obligación de enfermería de ejecutar la tarea está dada por el hecho de que la responsabilidad y la toma de decisiones cae sobre las médicas residentes; ya que ellas cargan sobre sus hombros una responsabilidad grande de ser las vías transmisoras entre lo que deciden las médicas internas y la jefa o coordinadora del servicio, y lo que tiene que aplicar enfermería. Si bien participan de los espacios decisorios, no son quienes tienen la última palabra para determinar las conductas a seguir. Las médicas residentes no siempre pueden dar espacio al cuestionamiento de las enfermeras porque tienen encima la exigencia de sus propias jefaturas.

Podemos vincular el proceso de trabajo de las médicas residentes a lo que Friedman (1977) llamó *autonomía responsable*, o al *control burocrático* en términos de Edwards (1983). Sostenemos esto ya que la formación como especialistas, de acuerdo a lo que les inculcan las jefaturas de servicio, implica la responsabilidad sobre cada paciente, y a su vez la responsabilidad por controlar y seguir de cerca el trabajo que realiza enfermería. La residencia pasa entonces a cumplir los tres requisitos del *buen trabajador*, que menciona Edwards (1990): estar orientado a reglas, conocerlas y estar dispuesto a seguirlas; estar pendiente de las tareas y de la correcta marcha del trabajo más allá del seguimiento de las reglas, asumiendo la responsabilidad por el proceso de trabajo; y, por último, tener un compromiso activo, lealtad, entusiasmo, autodirección y autocontrol (Köhler y Artiles, 2006). Si bien con excepciones y matices, es posible dar cuenta el peso de responsabilidad que recae sobre las médicas residentes:

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

Y esas cosas siempre hay que ir a chequear. Es nuestro trabajo también como residentes chequearlo, porque si algo de esas cosas de enfermería están mal, no van



a ir al enfermero, van a venir a nosotros que somos los que tendríamos que haber chequeado. Es una de las pautas de trabajo nuestras (médica residente).

Se vuelve difícil, con la autonomía responsable como uno de los modos en que se subjetiva la práctica de las médicas residentes, que las mismas consideren el aporte que realiza el personal de enfermería a partir de su formación y experiencia.

REFLEXIONES FINALES

Entre los resultados más sobresalientes se puede destacar que el cuestionamiento de las decisiones a ser ejecutadas por parte de enfermería, a partir de la construcción y elaboración de un criterio propio, implica para este grupo ocupacional la defensa de su autonomía ocupacional, haciendo valer su propio saber y poniendo en disputa los saberes médicos. La respuesta de las médicas residentes frente a estas resistencias o demandas no es unívoca. Cuando las médicas residentes valoran la necesidad del involucramiento de enfermería y de hacer un aporte específico a partir de su experiencia, se puede abrir un espacio de diálogo que permita una producción del cuidado que aloje a la dimensión cuidadora; de otro modo, cuando las médicas residentes sostienen que pese a la resistencia las enfermeras tienen que cumplir con lo que se les pide porque es su tarea, esta dimensión cuidadora se empobrece.

A su vez, se vuelve necesario que la gestión en salud trabaje en pro de mejorar las relaciones intersubjetivas entre los diversos grupos ocupacionales. La concepción simplista que tiene la institucionalidad hospitalaria sobre el trabajo de enfermería como pura ejecución, potenciado por la autonomía responsable que insta a las médicas residentes a hacerse cargo de lo que realiza o no el personal de enfermería, resulta perjudicial a la producción del cuidado en su conjunto, perjudicando la formación de colectivos de trabajo.

Merhy (2006), en esa línea, llama a pensar y reflexionar el modo de ampliar la dimensión cuidadora, no solo para mejorar la eficacia y la adecuación de procesos de cuidado orientados al/a usuario/a, sino también para desencadenar procesos más grupales y compartidos al interior del equipo que permitan espacios de acción en común y cooperación entre profesionales. Para este autor, el término «publicizar» tiene justamente este sentido, el de la construcción de espacios públicos para la expresión colectiva de los intereses, encerrados como privados.

La explicación que las médicas residentes realizan a las enfermeras, aclarando el porqué de determinadas indicaciones, permite reestablecer el sentido colectivo del trabajo; sin embargo, es insuficiente, en tanto la experiencia y formación de enfermería no es puesta en juego en ningún espacio de debate y toma de decisiones.

Como sostiene Merhy (2006), los actos de salud no se producen exclusivamente a través de la dimensión centrada en los saberes disciplinares específicos de cada profesión; sino también a través de la dimensión cuidadora que tiene todo acto de salud y que es transversal a todos los/as trabajadores/as. En la medida en que los saberes profesionales no se transversalicen, en espacios donde a través de un diálogo y consenso se llegue a la elaboración de acuerdos y decisiones conjuntas, es difícil



pensar que no habrá obstáculos en las relaciones intersubjetivas que perjudiquen la producción del cuidado.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMABLE, M, ALBERTI, P. y CASSANI LAHAM, L. (2018). *El proceso de trabajo relacional en enfermería como determinante intermedio en la calidad de la atención. Un estudio de transferencia en el Higa Luisa C. de Gandulfo*. Informe final presentado ante la Dirección de Investigación para la Salud. Ministerio de Salud de la Nación. Mayo de 2018.
- ASPIAZU, E. (2017). Las condiciones laborales de las y los enfermeros en Argentina: entre la profesionalización y la precariedad del cuidado en la salud. *Trabajo y sociedad*, (28), 11-35.
- AYRES CARVALHO MESQUITA, J.R. (2002). Conceptos y prácticas en salud pública: algunas reflexiones. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 20 (2), 0-18.
- CAMPOS, G.W.S. (2009). *Método paideia: análisis y co-gestión de colectivos*. Lugar Editorial.
- CAMPOS, G.W.S. (2006). *Gestión en salud*. Lugar Editorial.
- CROZIER M. y FRIEDBERG E. (1990). *El actor y el sistema: las restricciones de la acción colectiva*. Alianza.
- DEJOURS, C. (1998). De la psicopatología a la psicodinámica del trabajo. DESSORS D & GUIHO-BAILLY, M. (comps.) *Organización del trabajo y salud. De la psicopatología a la psicodinámica del trabajo* (pp. 23-76). Lumen.
- DURE, I. y DURSI, C. (2015). Las residencias nacionales en argentina: políticas y gestión. Duré, M.I. & Cadile M.D.C. *La gestión de recursos humanos en salud en argentina. Una estrategia de consensos* (pp. 125-166). Ministerio de Salud de la Nación.
- DURSI C y MILLENAAR V. (2017). Motivaciones, expectativas y experiencias en la formación como especialistas de jóvenes médicos: informe de investigación. *Informe de investigación* (pp. 1-48). Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.
- EAST, S., LAURENCE, T. y LÓPEZ MOURELO, E. (2020). *COVID-19 y la situación de las trabajadoras de la salud en Argentina*. OIT Argentina, ONU Mujeres Argentina, UNPFA Argentina. https://www.ilo.org/buenosaires/publicaciones/WCMS_754614/lang--es/index.htm.
- EDWARDS, R. (1990). *El conflicto en el trabajo. Un análisis materialista de las relaciones laborales en la empresa P.K*. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- EDWARDS, R. (1983). *Conflicto y control en el lugar de trabajo. El mercado de trabajo: teorías y aplicaciones*. Alianza.
- FRIEDMAN, A. (1977). *Industry and Labour: Class Struggle at Work and Monopoly Capitalism*. The Macmillan Press.
- HERNÁNDEZ SAMPIERI, R., FERNÁNDEZ COLLADO, C. y BAPTISTA, P. (2008). *Metodología de la Investigación*. McGRAW-HILL.
- KÖHLER, HD. y ARTELES, M. (2006). *Manual de la sociología del trabajo y de las relaciones laborales*. Delta Publicaciones.
- MALLEVILLE, S., y BELIERA, A. (2020). El lugar del reconocimiento en el trabajo de enfermería. Repensando el concepto de precarización laboral. *Estudios del Trabajo. Revista de la Asociación Argentina de Especialistas en Estudios del Trabajo (ASET)*, (59), 49-51.
- MARTIN, A. (2015). Mujeres y enfermería: una asociación temprana y estable (1886-1940). BIERNAT C, CERDÁ JM y RAMACCIOTTI K (dirs.). *La salud pública y la enfermería en la Argentina* (pp. 257-286). Universidad Nacional de Quilmes.
- MERHY, E.E. (2006). *Salud: cartografía del trabajo vivo*. Lugar Editorial.



- MICHA, A. (2015). Las condiciones de trabajo de la enfermería en Argentina: algunos determinantes político-institucionales. *Estudios del Trabajo. Revista de la Asociación Argentina de Especialistas en Estudios del Trabajo (ASET)*, (49), 61-90.
- OPS/OMS. (2015). *Análisis de la distribución geográfica de médicos especialistas en la República Argentina*. https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/05/884869/2015_ops_ms_arg_eadp_demo_medica_argentina-1.pdf.
- PEREYRA, F., y MICHA, A. (2016). La configuración de las condiciones laborales de la enfermería en el Área Metropolitana de Buenos Aires: un análisis en el cruce del orden de género y la organización del sistema de salud. *Salud colectiva*, 12, 221-238.
- PUIGGRÓS, A. y GÓMEZ SOLLANO M. (2009). Saberes socialmente productivos. Educación, legado y cambio. Gómez Sollano, M. *Saberes socialmente productivos y educación. Contribuciones al debate* (pp. 23-37). UNAM.
- RAMACCIOTTI, K. y VALOBRA, A. (2015). Feminización y profesionalización de la enfermería (1940-1955). En: BIERNAT C, CERDÁ JM y RAMACCIOTTI K (dirs.) *La salud pública y la enfermería en la Argentina* (pp. 287-314). Universidad Nacional de Quilmes.
- ROVERE, M. (2003). Las residencias del equipo de salud: problemas y propuestas. En: DAVINI, C., GARCÍA DIÉGUEZ, M., ROVERE, M., DRISUM, M., BORRELL, M. R., GILLONE, A., BONAZZOLA, P., DOBRUSKIN, M., ALAVREZ, A., FURES, N., y LITOVSKY, G. *Las residencias del equipo de salud: desafíos en el contexto actual* (pp. 71-96). OPS. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Secretaría de Salud. UBA. Instituto Gino Germani.
- SPINELLI H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud Colectiva* 6 (3), 275-293.
- WŁOSKO, M., y ROS, C. (2019). Aportes de la Psicodinámica del Trabajo al análisis de la violencia laboral: análisis del caso de enfermería. *El trabajo: entre el placer y el sufrimiento, Lanús, Ediciones de la UNLa*, 71-114.



ANEXO

A continuación presentamos el cuestionario guía que se utilizó para la investigación.

APERTURA DE ENTREVISTA	<p>Presentación del tema de investigación: voy a estudiar la forma en que se organiza el trabajo en la terapia neonatal, entre residentes y enfermeras.</p> <p>Solicitar grabar la entrevista</p>
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS	<p>Edad</p> <p>Antigüedad en el puesto y en la organización</p> <p>Horario</p> <p>Nivel educativo (solo para enfermería)</p>
INICIO	<p>Primero contame un poco de tus tareas diarias, cómo es tu jornada laboral</p>
REGULACIÓN DE CONTROL	
ORGANIZACIÓN/DIVISIÓN DE TAREAS (CANALES DE COMUNICACIÓN)	<p>¿Cómo se organizan y dividen las tareas?</p> <p>¿Quién las asigna? ¿En qué circunstancias?</p> <p>¿Se consensúa la asignación y división de tareas? ¿Podés acordarlas con tus compañeras?</p> <p>¿Cómo te son transmitidas las tareas? ¿Por qué canales?</p> <p>Interfase:</p> <p>¿Recibís indicaciones de parte de las residentes/enfermeras?</p> <p>¿Dependés del trabajo que realizan las residentes/enfermeras para realizar el tuyo? ¿Cómo se organiza esa interdependencia?</p> <p>¿Las residentes/enfermeras saben que ustedes dependen de lo que ellas hagan?</p>
PARTICIPACIÓN EN LA TOMA DE DECISIONES	<p>¿Cómo se toman las decisiones en el cotidiano del trabajo?</p> <p>¿Quién las toma?</p> <p>¿Cuáles decisiones se toman en forma conjunta? ¿Cuáles en forma vertical?</p> <p>¿En qué instancias/momentos ustedes pueden tomar decisiones por cuenta propia?</p> <p>Interfase:</p> <p>¿En qué instancias/momentos ustedes como enfermeras/residentes pueden tomar decisiones por cuenta propia?</p> <p>¿Cuál es el margen que vos sentís que tenés para tomar decisiones propias?</p> <p>¿Cómo valorás la posibilidad de tomar decisiones?</p> <p>¿Las enfermeras/residentes te han cuestionado decisiones que tomaste?</p>
CONTROL/SUPERVISIÓN DE TAREAS	<p>¿Cómo se supervisan las tareas que realizás? ¿De qué manera?</p> <p>¿En qué espacios o momentos?</p> <p>¿Quién o quiénes están a cargo de la supervisión de las mismas?</p> <p>¿Ante quién o quiénes se reporta la supervisión de las tareas?</p> <p>Interfase:</p> <p>¿Sentís que es necesario a veces supervisar el trabajo que realizan las enfermeras/residentes?</p> <p>¿Podés esperar una supervisión de tu trabajo de parte de alguna enfermera/residente?</p>





CUALIFICACIONES/FORMACIÓN/ HABILIDADES	<p>¿Sentís que el trabajo que realizás requiere que estés formado/calificado?</p> <p>¿Qué tipo de habilidades o destrezas requiere tu trabajo?</p> <p>¿En qué crees que ayuda tu formación a las tareas que realizás?</p> <p>¿Sentís que se te pide que utilices tu formación para el desarrollo de tus tareas o es indistinto?</p>
	<p>Interfase:</p> <p>¿Sentís que las enfermeras/residentes están formadas para realizar su trabajo? ¿Sentís que es importante que lo estén? ¿Por qué?</p>
RESPONSABILIDAD POR SUS RESULTADOS	<p>¿Sentís que se te pide que te hagás responsable por los resultados de tu trabajo?</p> <p>¿Te piden que te responsabilices si hiciste algo mal? ¿Y si hiciste algo bien: la responsabilidad es individual o grupal?</p> <p>¿Sentís que tenés control o algún alcance sobre los resultados de tu trabajo (o se pierde con la vorágine del día a día)?</p>
AUTONOMÍA COLECTIVA	
ESPACIOS DE DELIBERACIÓN	<p>¿Existen espacios o momentos para que ustedes acuerden, intercambien o consientan las tareas que tienen que realizar?</p> <p>¿Cuál o cuáles son esos espacios?</p> <p>¿Quiénes participan? ¿Quiénes no?</p> <p>¿Qué importancia tienen para vos esos espacios? ¿Los considerás necesarios?</p>
	<p>Interfase:</p> <p>¿Existen espacios o instancias de deliberación e intercambio entre residentes y enfermeras? ¿Cómo son?</p> <p>Si no existen formalmente ¿cómo se dan en la práctica esos intercambios? ¿En qué momentos y de qué manera?</p>
CONFIANZA	<p>¿Confías en las tareas que realizan tus compañeras de trabajo? ¿Por qué?</p>
	<p>Interfase:</p> <p>¿Confías en las tareas o información que viene de las enfermeras/residentes?</p> <p>¿Sentís que las enfermeras/residentes confían en el trabajo que vos realizás?</p> <p>¿Te expresan de alguna manera esa confianza o desconfianza?</p> <p>¿Cómo?</p>
RECONOCIMIENTO	<p>¿Sentís que tu trabajo es valorado o reconocido? ¿Por parte de quiénes sí y por parte de quiénes no? ¿Cómo se expresa ese reconocimiento?</p>
	<p>Interfase:</p> <p>¿Sentís que tu trabajo es reconocido por las enfermeras/residentes?</p> <p>¿Sentís que es necesario, que te sirve que te reconozcan cuando hacés algo bien?</p>

<p>COOPERACIÓN</p>	<p>¿Existe cooperación para realizar las tareas? ¿Cómo se da esa cooperación? ¿En qué espacios y momentos? ¿Entre quiénes sentís cooperación y entre quiénes no? Si tuvieras que decirme quiénes forman parte del equipo de trabajo diario, ¿quiénes son?</p> <p>Interfase: ¿Sentís cooperación de parte de las enfermeras/residentes para la realización de sus tareas? ¿Por qué? ¿Sentís que hay un diálogo fluido/comunicación entre residentes y enfermeras para la realización de las tareas?</p>
<p>CONFLICTO</p>	<p>¿Qué momentos de conflicto o tensión identificás que son habituales en tu jornada? ¿Entre quiénes se dan esos momentos de tensión o conflicto? ¿Por qué?</p> <p>Interfase: ¿Qué momentos de tensión o conflicto identificás que son habituales con las enfermeras/residentes en tu jornada? ¿Por qué? ¿Qué obstáculos identificás para la realización de la tarea diaria en la relación con las tensiones con las enfermeras/residentes?</p>
<p>DISCRECIONALIDAD</p>	
<p>OBJETIVOS, INTERESES, EXPECTATIVAS RESPECTO A LAS TAREAS Y EL SENTIDO DEL TRABAJO</p>	<p>¿Cuál sentís que es tu objetivo personal o interés en tu trabajo? ¿Qué es lo que te moviliza a venir a trabajar cada día? ¿Qué sentido le encontrás a tus tareas?</p>
<p>TIEMPO</p>	<p>¿Sentís que podés controlar el tiempo en el que desarrollás tus tareas? ¿Se te pide que hagas rápido tus cosas? ¿Sentís que podés controlar el tiempo en el que tenés que terminar de hacer algo que otro compañero necesita (enfermero/residente) para continuar su tarea? ¿Si te piden algo podés tomarte el tiempo para hacerlo o tenés que apurarte para entregarlo?</p> <p>Interfase: ¿Sentís que las enfermeras/residentes se demoran más del tiempo necesario para realizar tareas de las que depende tu propio trabajo? ¿Sentís que tenés que estar esperando que las enfermeras/residentes hagan su trabajo para poder hacer el tuyo? ¿Sentís que tenés que volver a pedir cosas más de una vez?</p>
<p>RECURSOS MOVILIZABLES Y PERTINENTES</p>	<p>¿Qué recursos o capacidades sentís que tenés a disposición para poder hacer tu tarea sin depender de los demás? ¿Qué recursos o capacidades propias sentís que te dan más margen de libertad para poder hacer tu trabajo?</p>
<p>ZONAS DE INCERTIDUMBRE/IMPREVISTOS</p>	<p>¿Cuáles son los momentos de incertidumbre o imprevistos que se te presentan en tu tarea diaria (y no podés prevenir con anterioridad)? ¿Cómo se organizan ante esos imprevistos? ¿Hay una forma pautada o se pauta en el momento? ¿Recaen en vos esos imprevistos? ¿De qué manera? ¿Tuviste que tomar alguna decisión frente a algún imprevisto o urgencia? ¿Esos imprevistos/incertidumbre cómo son informados/mediante qué canales llegan? ¿Quiénes los transmiten?</p>



