



**Universidad de la República
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Sociología
Monografía Licenciatura en Sociología**

**El trabajo colaborativo de los trabajadores de la salud: una
mirada desde la perspectiva de los Médicos, Nurses y
Enfermeras**

**Ana Costa Amado
Tutor: Soledad Nión Celio**

Montevideo, Uruguay

2021

INDICE

1) Introducción	1
2) Marco Teórico	3
2.1 Saberes y habilidades	4
2.2 Responsabilidad y funciones	4
2.3 Autoridad y jerarquía	5
2.4 Status social	6
2.5 Relación médico y enfermera	7
2.6 Tensiones en el ámbito laboral	7
2.7 Naturalización de las tensiones	8
2.8 Confianza	9
3) Antecedentes	11
4) El sistema de salud en Uruguay	15
5) Problemática	20
6) Justificación	22
7) Preguntas de la Investigación, Hipótesis y Objetivos	24
8) Metodología	25
8.1 Justificación metodológica	25
8.2 Tipo de relevamiento	25
8.3 Muestreo	26
8.4 Trabajo de campo	27
9) El trabajo colaborativo entre los Médicos, Nurses y Enfermeras	29
9.1 Reforma de la Salud	30
9.2 Saberes y habilidades	32
9.3 Funciones y responsabilidad	33
9.4 Autoridad y jerarquía	34
9.5 Status social	36
9.6 Relación médico y enfermera	37
9.7 Las tensiones en el ámbito de la salud y su naturalización	38
9.8 Confianza	40
10) Reflexiones finales	42
Bibliografía	45
Anexos I Cuadro descriptivo del análisis de campo	49
II Pauta de la entrevista	50
III Entrevistas	51

AGRADECIMIENTOS

Esta felicidad que siento, quiero que llegue
al barrio que está detrás de las estrellas y te alcance papo, ¡te amo con todo mi corazón!

Quiero agradecer primeramente a Soledad mi tutora, por su paciencia y dedicación, y en especial a mamá, cucu, Nacho y Ale, que me incentivaron siempre y no dejaron que baje los brazos, ¡los amo!.

1. INTRODUCCIÓN

El trabajo como toda actividad de interacción e intercambio comprende relaciones sociales que se desarrollan en un contexto determinado. Es un espacio de socialización, valorado como uno de los vínculos más importantes de la persona con la realidad.

Esa actividad se convierte entonces en un espacio fundamental para establecer relaciones sociales, como eje de grupos, comunidades y sociedades, a la vez que es reconocido como ámbito clave para la construcción de la identidad personal y social.

Debe entenderse que el trabajo no es una actividad que se desarrolle de forma aislada, sino que implica ciertas interacciones con otros, exigiendo una tarea de colaboración y cooperación.

Para poder trabajar en equipo es necesario adquirir conocimientos, valores y conductas que contribuyan a la cultura del trabajo en equipo, fomentando estrategias que promuevan y faciliten la cooperación de cada uno de los integrantes que conforman el equipo de salud.

Surge entonces la importancia de entender como vivencian el trabajo colaborativo los médicos, nurses, y enfermeras, en un contexto con un complejo sistema prestacional, donde el Médico, depende cada vez más de personal y equipos especializados. Con la integración de nuevos grupos profesionales, nuevas tecnologías y equipos de trabajo multidisciplinarios; conformados por profesionales con diversas formaciones, habilidades, funciones y roles diversos, que trabajan con un objetivo común, la salud de los pacientes.

Esta investigación se realizó en el marco del taller de Sociología del Trabajo (2013), enfocada en los trabajadores de la salud (médicos, nurses y enfermeras), se sitúa en los espacios de primer nivel de atención de salud. Estos espacios se encuentran enmarcados en una rutina eventual, donde los trabajadores tienen un contacto más cercano a la población y se da el primer contacto con el paciente.

La metodología utilizada en la investigación fue de tipo cualitativa, se realizaron entrevistas exploratorias, buscando obtener información de las diversas creencias, actitudes, opiniones o valores, en relación a como los trabajadores de la salud vivencian el trabajo colaborativo.

A continuación, este trabajo se estructura en diez capítulos, además de contener la bibliografía utilizada y un anexo donde se detallan datos e información del trabajo de campo y de las entrevistas realizadas.

En el primer capítulo se encuentra el marco en el que se desarrolló el estudio y la relevancia social que tiene el mismo.

En el segundo capítulo, se exponen las bases o elementos teóricos que sustentan el trabajo. Este consta de ocho apartados que profundizan en las dimensiones en las que se enfocará la investigación: saberes y habilidades, responsabilidad y funciones, autoridad y jerarquía, status social, relación médico y enfermera, tensiones en el ámbito laboral, naturalización de las tensiones y confianza.

En el tercer capítulo, se hará una breve reseña de diversas investigaciones que abordaron las características del trabajo de los profesionales de la salud.

En el cuarto capítulo se contextualiza el ámbito donde los profesionales desarrollan su trabajo, profundizando en los cambios que ha sufrido el sistema de salud de nuestro país luego de la reforma.

El quinto capítulo, se orienta hacia la definición del problema de investigación.

En el sexto capítulo se encuentra la justificación y la relevancia de la temática de la investigación.

El séptimo capítulo tratará las preguntas que guiaron esta investigación, la hipótesis a constatar y los principales objetivos buscados.

El octavo capítulo está destinado a exponer la metodología seguida para abordar la problemática planteada.

En el capítulo noveno, se profundizará en el análisis de las diferentes dimensiones que conformaron este trabajo.

Finalmente, en el décimo capítulo, se exponen los principales resultados que surgieron a lo largo del trabajo de campo y las reflexiones que estos hallazgos generaron.

2. MARCO TEÓRICO

Los trabajadores de la salud se encuentran inmersos en una estructura de trabajo donde la cooperación se hace necesaria ya desde su formación.

En este ámbito laboral tan particular, la adaptabilidad juega un papel importante, ya que los trabajadores deberán ajustar las estrategias de trabajo en base a la información recibida del medio en el que desempeñan sus tareas, deberán ser capaces de adoptar conductas como reubicación de roles o recursos, identificar oportunidades para mejorar e innovar sus prácticas rutinarias, y adaptarse a las eventualidades que puedan surgir en el transcurso de su trabajo.

En ese trabajo colaborativo se articulan diversas dimensiones a analizar, para conocer como estos profesionales vivencian el trabajo colaborativo las cuales serán desarrolladas a continuación.

Una de estas, son las diversas formaciones del equipo de trabajo y sus consecuencias.

Rojas Ochoa et ál (2007), menciona que se debe mirar siempre la historia de la profesión a la hora de formar a los profesionales de la salud, sobre todo la historia social de la medicina y la salud pública, ya que es una gran fuente de formación integral de los trabajadores de la salud.

Cuando se piensa en cooperación entre los trabajadores de la salud rápidamente aparecen las diferencias, las cuales Biaggini et ál (2015), considera como producto de las múltiples formaciones de grado, de las diferentes funciones de profesionales o de no profesionales, de los diversos saberes que poseen, de la experiencia de trabajo.

Todas estas diferencias devienen de distintos modos de pensar la salud y también de diversos posibles modos de atender las necesidades de salud.

Constituir un equipo de salud, según estos autores, requiere entonces, trabajar pensando en esas posibles diferencias y siendo parte del mismo, transformar las prácticas habituales y valorar los distintos saberes, los distintos modos de hacer y las diversas percepciones del proceso de salud, enfermedad y atención.

Para lograr la cooperación, el trabajo en equipo como propuesta de acción coordinada, llevada a cabo por dos o más personas, Bertolotto et ál (2009), considera importante platearse objetivos comunes, respeto y consideración hacia las funciones, saberes y habilidades de los demás miembros del equipo.

2.1 SABERES Y HABILIDADES:

La profesión médica se identifica, para Briozzo et ál (2006), entre los grupos sociales por su saber y por el compromiso en la aplicación práctica de ese saber.

Según este autor, el saber médico es patrimonio de la profesión médica y se comparte en interacción con el resto de los profesionales de la salud. Este saber es necesario para el desarrollo social (en los aspectos vinculados con la salud) y también debe ser reconocido y prestigiado por la sociedad.

En el profesionalismo médico se encuentra además el control de la organización del trabajo, el cual implica un compromiso profesional más allá de las circunstanciales organizaciones a donde se desempeñe, enfocándose siempre en el trabajo en equipo y en la ética profesional de una labor tan noble como lo es el trabajo en salud, el cual requiere de una gran responsabilidad a la hora del desempeño de sus funciones.

2.2 RESPONSABILIDAD Y FUNCIONES:

Al hablar del rol de los profesionales de la salud, para Franco et ál (2015), nos introducimos en el modelo de atención y de manera casi premeditada, nos preguntamos por el cambio hacia un modelo de atención integral, comunitarista con un enfoque basado en la participación social y en el trabajo colaborativo.

En primer lugar, es necesario enfatizar que el rol de los profesionales de la salud se materializa en el equipo de salud con una orientación colectiva y comunitaria.

El equipo de salud siguiendo la concepción de Franco et ál (2015), debe actuar con la responsabilidad inherente a sus funciones, ha de asumir objetivos comunes, desarrollar actividades propias del primer nivel de atención, hacerlo desde una perspectiva interdisciplinaria, con un enfoque individual, familiar y comunitario, con énfasis en la prevención de la enfermedad y la promoción de salud.

Este autor sostiene además que los trabajadores de la salud deben recibir una formación multidimensional, debiendo enfocarse, en varios niveles disciplinares de la práctica en salud del trabajo en equipo.

Franco et ál (2015), considera que vivimos en una época en la cual la interdisciplinariedad es discutida e indicada como un remedio para todas las dificultades en el mundo de hoy. Entonces en un medio donde el trabajo multidisciplinario se encuentra tan presente, ¿qué pasa con los roles y características de cada uno de estos profesionales?

Nos encontramos según Vitolo et ál (2012), frente al deterioro de la imagen del médico, hoy las enfermeras tienen tareas y responsabilidades específicas sobre los pacientes que trascienden al médico.

Este autor sostiene que el profesional en enfermería competente, es aquel que utiliza sus conocimientos, habilidades y actitudes para emitir juicios clínicos, solucionar problemas y realizar tareas de forma responsable en la búsqueda de la prevención y promoción de salud.

Además, el profesional en enfermería debe ser la conexión o unión entre los profesionales de la salud, el paciente y su familia.

Por su parte Prieto et ál (2015), sostiene que es la enfermera quien crea relaciones, mediante el reconocimiento mutuo enfermera paciente, conociendo sus percepciones y necesidades, y negociando el cuidado para alcanzar los objetivos propuestos en el plan de cuidados que tiene el equipo de salud.

Entonces frente a estos cambios planteados por los autores antes mencionados, cabe indagar sobre la importancia de la autoridad y jerarquía entre los trabajadores de la salud.

2.3 AUTORIDAD Y JERARQUIA:

El profesional de la salud es considerado por Villalbí et ál (2012), como aquel que posee conocimientos científicos y habilidades que le permiten desempeñar un destacado papel en el mantenimiento de la salud, toma decisiones sobre el inicio y final de la vida, con una labor destinada a la prevención de enfermedades, que debe servirse de un trabajo colaborativo y multidisciplinario.

En el campo de la salud, la autoridad es asociada entonces a la capacidad o competencia del profesional para emitir juicios sobre diagnósticos, cuidados y/o educación para la salud, en un sentido, directivo y controlador, está determinado por las reglas, normas hospitalarias y directrices gubernamentales a las cuales deben adaptarse.

En la medida que las funciones de la autoridad se cumplan, en palabras de Évora et ál (2012), serán más positivas las características del equipo de salud y hará que la práctica médica se mueva en una postura de respeto por la autonomía, la libertad y la dignidad del paciente, solo así se estará en frente de una atención humanizada.

Por el contrario, una conducta que exige sometimiento, obediencia, falta de respeto por la autonomía, la libertad y la dignidad del paciente; con una finalidad centrada en el propio saber del profesional, sin tomar en cuenta el conocimiento de los integrantes del equipo de profesionales, se estará frente a una conducta autoritaria.

Se deja clara la necesidad de que los profesionales cultiven y practiquen una fuerte conciencia crítica de su poder y que esta conciencia esté siempre atenta para que, en la medida de lo posible, adquieran una relación interactiva y de responsabilidad inherente a su función.

Esa autoridad y jerarquía que se desprende de las habilidades, conocimientos y funciones de estos trabajadores, les otorga un determinado status social.

2.4 STATUS SOCIAL:

El status social del médico posee según Horwitz et ál (2016), un código ético que le otorga la potestad exclusiva para aplicarlo.

El ejercicio de la profesión no es sólo una actividad individual, ella es desempeñada por un conjunto de “colegas”, en el sentido amplio del término, formando una comunidad, que les brinda identidad y pertenencia.

Según el autor, desde el punto de vista ético, la actividad profesional no es sólo un medio para conseguir una meta que está situada fuera de ella. La meta que le da sentido y legitimidad social y moral es interna, y consiste en proporcionar a la sociedad un bien específico. Todo el grupo profesional ha de profesar un conjunto de valores que muchos autores coinciden en resumir en: altruismo, integridad, disciplina, eficiencia y compromiso.

En este marco, Freidson et ál (1978), ha planteado que el profesionalismo constituye una forma única de regulación del ejercicio profesional.

Este autor considera que el profesionalismo constituye un esfuerzo por rearticular y enfatizar los valores que han caracterizado, tradicionalmente, a la medicina. Desde el punto de vista social, representa una oportunidad que descansa en un posicionamiento activo para reafirmar los valores del ideario profesional, para promoverlos, fomentarlos y ejercerlos.

De aquí deriva el imperativo para que los médicos comprendan el origen y la naturaleza del status profesional y de las obligaciones para sustentarlo.

El saber y las habilidades del profesional le otorgaran status social, pero además le exigirá compromiso y dedicación en cada paso que dé en su trabajo individual y en la relación con los demás integrantes del equipo de salud.

2.5 RELACIÓN MÉDICO Y ENFERMERA:

El saber hacer de las enfermeras las coloca en una posición de asimetría con respecto al saber médico. A la vez, el poder médico que tiene como referencia una profesión con clara supremacía en la institución de la salud, genera otra asimetría, como sostiene Etcheverry et ál (2014).

La composición de ambas asimetrías está en la base de la tensión de la relación enfermería/ medicina, dado que en general no se establecen relaciones de cooperación o complementación, sino de tipo suplementario.

Este autor entiende que las relaciones interpersonales con los pares pueden estar marcadas por la conflictividad, teñidas por las concepciones antes mencionadas acerca del poder de los grupos y personas.

Se da además el aumento de los interlocutores de la enfermera ya que actualmente la atención de los pacientes es multidisciplinaria participando de la misma internista, interconsultores, terapistas intensivos, Kinesiólogos, Nutricionistas y muchas veces residentes en formación, según Batthyany et ál (2019). Lo que genera que la visión de la enfermera como mera ejecutora subalterna de órdenes del médico está virando poco a poco, entrenadas en áreas tan importantes como terapia intensiva, emergentología, control de infecciones, etc.

La aparición de la historia clínica electrónica es otro factor de cambio, la comunicación entre los médicos y las enfermeras y el resto de los prestadores es cada vez más electrónica y menos “cara a cara”. Las enfermeras que dependían del médico a cargo para conocer los antecedentes importantes de la historia del paciente y así planificar sus cuidados, dependen ahora de una computadora.

En este contexto de cambios cabe preguntarnos, ¿Cuáles son las condiciones en las que pueden surgir tensiones?

2.6 TENSIONES EN EL AMBITO LABORAL:

El desbordamiento del rol de enfermería, según Etcheverry et ál (2014), puede ser un motivo de tensión, es decir, cuando la enfermera se ve obligada a realizar tareas para las que no se preparó, y que trascienden el rol “previsto”, aunque aparecen algunos rasgos omnipotentes, con connotaciones morales, como si dentro del rol estuviera establecido que se debe poder.

El autor sostiene que el poder en su acepción de potencia se pone en juego en ese plano, dado que, frente al sufrimiento del otro, no entra en el horizonte de posibilidades el no poder realizar el trabajo.

Por otra parte, la falta de reconocimiento puede acarrear consecuencias importantes para el desempeño de la función de enfermería. Asimismo, la identidad social está en la base de la identidad profesional, que de alguna manera legitima el saber hacer de cualquier profesión.

Entonces si el saber hacer está en duda, la identidad profesional se va resquebrajando, con los efectos negativos tanto en la construcción de la necesaria confianza en sí mismo para trabajar, como con otras derivaciones relativas al bienestar en el trabajo y el buen relacionamiento interpersonal.

Es importante entender entonces, que los actores también producen discursos referidos a la autopercepción de la manera como cada uno se desempeña, aquí aparece la significación social del rol de estos profesionales, con sus conexiones entre lo organizacionalmente establecido y con lo que se espera socialmente de ellos.

2.7 NATURALIZACIÓN DE LAS TENSIONES:

En palabras de Marques et ál (1981), “la naturalización se define como un fenómeno que lleva a las personas a considerar sus acciones, creencias y vivencias como naturales, y por ende fuera de su control” (Marqués, 1981, pág 32).

En relación a la naturalización de tensiones en el ámbito laboral Jorgón et ál (2019), considera que la inercia de la costumbre o posiblemente la necesidad de adaptación, llevará al trabajador a naturalizar su ambiente, su espacio, sus relaciones, sus labores, su todo.

Este autor sostiene que el fenómeno de la naturalización expone ciertas particularidades en relación a la forma como los sujetos lidian con el malestar propiamente asociado al conflicto, o a lo que el autor llama ,inicuo (algo que no tiene equidad o es injusto), esto puede verse a través de posturas conscientes e inconscientes como restar importancia a los acontecimientos, pensar en otra cosa, justificar los hechos, callar frente a la realidad, desviar la atención, entre otras estrategias de afrontamiento. El autor entiende que los sujetos no eliminan el malestar ni la subsecuente tensión; es así como las personas, pese a naturalizar las condiciones de tensión, son conscientes de su presencia.

Siguiendo esta línea de pensamiento Nión et ál (2018), sostiene que, en relación al riesgo laboral, existen procesos de naturalización de las condiciones laborales por parte del trabajador, que los llevan, en diferentes circunstancias, a no considerarlas perjudiciales, entendiendo que su situación es injusta, pero considerándola, según la autora, “incambiable”.

Nión et ál (2012), en relación a los trabajadores del área forestal manifiesta:” *En primer lugar, como ya mencionamos, se naturaliza el ritmo de trabajo y la necesidad de “hacer buena letra”, el tener que “rendir” para poder tener continuidad en el empleo”. (...). “A partir de la naturalización de estas condiciones laborales se naturaliza a su vez la asunción de ritmos de trabajo intensos, más allá de la exposición a condiciones climáticas adversas o las omisiones de prevención de enfermedades que dichos ritmos impliquen”*. (Nión 2012, pág: 130).

Es necesario entonces tener claro que las tensiones que surjan dentro del equipo de salud, pueden ser naturalizadas, y de las entrevistas realizadas será clave conocer cuáles son las tensiones que surgen, y como son integradas a las rutinas de trabajo de los profesionales de la salud.

Surge aquí la importancia del respeto hacia cada integrante del equipo y sobre todo la confianza, buscando superar cuestiones que dificulten el trabajo cotidiano de estos los profesionales.

2.8 CONFIANZA:

El correcto funcionamiento de los equipos solo puede desarrollarse en un ámbito de confianza mutua sobre todo en aquellos escenarios médicos en los que se presentan situaciones inesperadas o de emergencia, según Rando et ál (2016).

Para esta autora, la confianza es difícil de lograr, pero cuando es genuina, genera un micro clima de respeto y de libertad en el cual los integrantes de diferentes disciplinas pueden expresar sus opiniones con la certeza de que serán escuchadas.

La agresión hacia algún miembro del equipo, debido a la emisión de opiniones diferentes, genera de inmediato la destrucción del clima de confianza necesario para llegar al más alto nivel de trabajo en equipo.

Siguiendo esta línea de pensamiento, Hernández et ál (2015), menciona que cuando los miembros de un equipo colaboran, son capaces de compartir sus ideas creativas sin miedo a que otro miembro se adjudique sus logros. También, cuando los miembros de un equipo

sienten que pueden confiar en sus compañeros, plantearán las preocupaciones que considera son relevantes para alcanzar los objetivos.

Entonces, el trabajo en equipo se fundamenta en la confianza, cada miembro de un equipo debe generar confianza, cultivarla a través de sus acciones, palabras y esforzarse en mantenerla.

Para Hernández et ál (2015), cada miembro del equipo de salud debe ser capaz de confiar totalmente en otras personas con las que trabaja, manifestando los problemas que puedan surgir y que afectan al ambiente del equipo avanzando todos juntos hacia su objetivo en común, la salud de los pacientes.

3. ANTECEDENTES

En los últimos 20 años se han publicado varios estudios sobre la práctica colaborativa de los trabajadores de la salud, estos estudios allanan el camino de la investigación, para entender que cambios y permanencias ha tenido el trabajo colaborativo entre estos profesionales.

Rando et ál (2016), menciona que el trabajo en equipo multidisciplinario aumenta la seguridad de los pacientes, minimiza los errores médicos, mejora la satisfacción y el rendimiento del personal de salud y posiblemente evita gastos generados por mala praxis y complicaciones.

La autora considera que la implementación del trabajo médico en equipos de salud es compleja y parecería ser una utopía principalmente en países con escasos recursos dedicados a la salud.

El Sindicato Médico del Uruguay, según Rando et ál (2016), comenzó a promover la creación de centros nacionales de referencia, pese a esto la existencia de grupos estables de trabajo sigue siendo poco común en nuestro país.

El entrenamiento formal de los equipos multidisciplinarios es para la autora, un “debe” de la educación médica universitaria y la transformación del trabajo médico individual en trabajo de equipo parece una utopía.

Un factor a destacar, de la situación que plantea esta autora en nuestro país, es la importancia de la educación interprofesional, ya que se hace necesario preparar a los diferentes profesionales para trabajar de manera colaborativa, la toma de decisiones debería de realizarse en equipo estableciendo objetivos comunes.

En España, por ejemplo, González Requena et ál (2015), sostiene que el equipo entre los trabajadores sanitarios produce beneficios a los pacientes, disminuyendo la estancia hospitalaria y los costes generados, aumentando la seguridad de los procesos y técnicas realizadas. Según esta autora también contribuye a mejorar la satisfacción de los profesionales, ayuda a manejar el estrés y mejora la comunicación entre ellos.

Se hace pertinente aquí preguntarnos qué elementos son importantes para el desarrollo del trabajo en equipo entre los profesionales de la salud.

Uno de los elementos clave según manifiesta González Requena et ál (2015), para conseguir que el equipo trabaje conjuntamente es la comunicación entre los profesionales, una buena comunicación en la que el dialogo es la base del proceso comunicativo.

Otro de los elementos principales en los equipos es la existencia de objetivos integrados, fijar objetivos y revisar necesidades en los que todos los miembros tengan opción de participar activamente.

Para la autora, el trabajo en equipo en los hospitales se ha vuelto más necesario debido a que el cuidado del paciente es cada vez más complejo, y requiere de una colaboración eficaz de los diferentes profesionales.

Siguiendo esta línea de pensamiento, un artículo, publicado en EE. UU (2004), destaca la importancia de la comunicación, el respeto, la comprensión de sus funciones y competencias, así como estar abierto al aprendizaje y la formación son los pilares fundamentales para fomentar la colaboración.

Vemos como se hace importante, la formación y el respeto a las competencias de cada uno de los trabajadores a la hora de llevar adelante el trabajo en equipo.

En estudios realizados en Ecuador (2013), enfocados en estudiantes de medicina y enfermería se encontró que la colaboración entre los diferentes profesionales se asocia a una mejor atención al paciente.

Entre los comentarios realizados por los estudiantes se destaca lo que dijo un estudiante de medicina: “Fue una gran experiencia de aprendizaje, trabajar juntos permite ver lo que todo el mundo aporta” y una estudiante de enfermería dijo *“Siento que he aprendido mucho más trabajando juntos como un equipo, es genial la experiencia de ver a los profesionales unidos para cuidar a los pacientes”*. (Zwarenstein, 2013, p.45).

Se visualiza ya desde su formación, la importancia que le dan los estudiantes de enfermería y medicina a el trabajo en equipo, ya que esta modalidad de trabajo, será de gran importancia para el desarrollo de sus funciones a futuro.

Por su parte, Del Barrio et ál (2010), describe el trabajo en equipo como la existencia de una unidad en la que haya una buena comunicación coordinación y colaboración entre los diferentes miembros del equipo.

Según este autor, es necesario una actitud positiva, confianza y respeto mutuo, así como la participación conjunta en la toma de decisiones.

Entre las barreras encontradas para llevar a cabo el trabajo, se encontraba según este autor, el propio concepto de “trabajo en equipo”, ya que cada profesional tiene una percepción diferente del significado y también el predominio del poder médico dificulta la interacción entre el equipo.

Aquí se encuentra la problemática de esta investigación que se enfocó en conocer como estos profesionales vivencian el trabajo colaborativo para el desarrollo de un objetivo común.

El autor concluye en su estudio que trabajar en equipo mejora la calidad de los cuidados, proporcionando eficiencia e integralidad; ayudando a conocer mejor las necesidades de cada paciente evitando errores, tomando las mejores decisiones para él.

Por otra parte, un estudio publicado en (2014) en EE. UU, hace foco en rol de las enfermeras, este estudio afirma que estas profesionales suelen tener dificultad para enseñar sus roles a los demás, y cuando lo hacen se centran mayormente en tareas físicas. El estudio sostiene que esto puede deberse a que la planificación de los estudios no está bien delimitada, no se define cuáles son las competencias propias de una enfermera: sus roles, conocimientos propios y habilidades.

Los autores de este estudio como dificultad para trabajar en equipo, destacan la superioridad del médico, es decir la cultura jerárquica, la posición que ocupa en la parte superior de la pirámide compuesta por diferentes profesionales de la salud, y la importancia de su status social.

Se puede visualizar aquí como los roles, las habilidades la cultura jerárquica y los diversos conocimientos influyen a la hora del desempeño del trabajo de estos profesionales.

Siguiendo la línea del saber médico, Mitjavila et ál (1998), estudia el tema de la responsabilidad en las labores de los médicos, de su autonomía y habilidades. Sostiene: “La autonomía del saber medico tiene origen en su carácter radicalmente profesional. En efecto estamos frente a una verdadera profesión cuando determinada ocupación goza de una legitima autonomía organizada”. (Mitjavila, 1998, pág. 28).

Según esta autora dos elementos deben destacarse de esta definición, en primer lugar, el hecho de tratarse de una autonomía concedida deliberadamente por la sociedad, y, en segundo lugar, su alcance en términos del derecho exclusivo para determinar quiénes pueden legítimamente ejercer su trabajo y cómo debería realizarse este.

En otras palabras, la sociedad “es quien les otorga” esa autonomía a los médicos, pero es también quien les exige que su autonomía sea bien ejercida.

Es una cuestión de orden, lo que mueve los hilos de estos trabajadores en base a lo que se les otorga e impone. Esto implica que cada uno de ellos, sea movido por sus conocimientos, su ética, etc., pero además que lleve consigo la carga de eso que se le impone por su formación académica.

Es imprescindible entender como las relaciones desiguales de poder entre los diferentes miembros del equipo afectan al trabajo en equipo en palabras de Reeves et ál (2010).

Este autor enfatiza la importancia que tiene entender si las relaciones desiguales entre los trabajadores de la salud influyen en el desempeño de sus labores lo que la investigación intento relevar a la hora del trabajo de campo.

En otra línea de pensamiento, un estudio realizado por Jansen et ál (2008), afirma que no es factible la implementación de estructuras de trabajo en equipo.

Este articulo apoya la teoría; en la que el desarrollo del equipo puede verse afectado por los factores políticos, pero además a esto se le suma el papel que desarrolla cada profesional, sobre todo los médicos que tiene una gran responsabilidad y no están para la labor de trabajar en equipo.

Aquí se puede apreciar un punto de vista contrario al manejado hasta el momento, donde cuestiones políticas, ideológicas y de formación podrían jugar en contra al desarrollo del trabajo en equipo, sobre todo de los médicos, según lo que maneja Jansen et ál (2008).

Es claro que, en la mayoría de los estudios antes mencionados, la comunicación, el respeto a la formación y a las competencias de cada trabajador se hacen esenciales a la hora del desarrollo del trabajo en equipo influyendo directamente en el paciente. se visualiza la importancia que tiene el trabajo colaborativo en el trabajo de los profesionales de la salud, tanto para la atención del paciente, como para el desarrollo de la labor de cada uno de los integrantes del equipo de trabajo.

Pero cabe señalar que, en estos equipos de profesionales, con diversas formaciones, habilidades, que cumplen diversos roles, pueden surgir tensiones, vinculadas, por ejemplo, a las relaciones desiguales de poder (donde aparece la autoridad médica), o a las dificultades en la definición de los roles de integrantes del equipo de salud, sus conocimientos propios y habilidades. Se hace necesaria la coordinación entre los integrantes del equipo para que sus funciones no se vean afectadas.

Es por esto que se destacó en varios de los estudios, la importancia de que los profesionales de la salud desde su formación, ya sean instruidos para el trabajo en equipo, buscando lograr así funcionar de manera colaborativa teniendo como meta un fin común. Luego de repasar cada uno de los estudios antes mencionados, no se encontró la visión del trabajador de la salud con respecto al trabajo en equipo, cómo estos profesionales vivencian el trabajo colaborativo, y qué importancia tiene para ellos a la hora de desempeñar su trabajo, cuestiones en las que se centró esta investigación.

4. EL SISTEMA DE SALUD EN URUGUAY

El inicio del siglo XX plantea un cambio de paradigma de la atención sanitaria, según plantea Fernández et ál (2003), estamos ante el pasaje del paradigma industrial (asistencia colectiva, gestión de producción, gestión por objetivos) a otro llamado paradigma de la flexibilidad (asistencia colectiva, gestión de calidad, empresa de servicios), lo que afecta directamente a los trabajadores de la salud.

La reforma de la salud en Uruguay, es sin dudas un ejemplo de esto y el cambio más significativo que se ha dado en el sistema de salud en los últimos años.

En 2005 el gobierno inicio un plan de reforma al sistema de salud, basado en la construcción de un sistema que racionalizara servicios, que ahorrara costos, mejorara la justicia social en el acceso a las prestaciones, y desarrollara la eficiencia del sistema.

Con la creación de la ley N° 18211 se crea el Sistema Nacional Integrado de Salud esta ley promulga en su artículo 4° los objetivos del nuevo sistema, el cual busco, promover el desarrollo profesional continuo de los recursos humanos para la salud, el trabajo en equipos interdisciplinarios y la investigación científica fomentando la participación activa de trabajadores y usuarios.

El artículo 34°, plantea como será la organización del nuevo sistema el cual funcionará en redes por niveles de atención, según las necesidades de los usuarios y la complejidad de las prestaciones. Teniendo como estrategia la atención primaria en salud priorizando el primer nivel de atención, donde se enfoca esta investigación.

La aplicación efectiva de una estrategia de Atención Primaria en Salud, en palabras de González et al (2006), implicó poner en el centro de todo el sistema las necesidades y los derechos de los ciudadanos a través de la prevención de la enfermedad, la educación y promoción de la salud poniendo, énfasis en el desarrollo activo de conductas de cuidado y participación social de los usuarios y de los trabajadores de la salud.

Para ello fue fundamental la integración a través de programas de las acciones de salud colectiva que actuaran sobre los hábitos de la gente y al contexto en que desarrolla su actividad.

Creándose programas que trabajarían temáticas de Nutrición, Mujer y Género, Programa Nacional de Salud Bucal, de ITS/SIDA, de Discapacidad, entre otros, generando cambios en los centros de salud y nuevas demandas a los profesionales que allí desempeñaban sus funciones.

La participación social permitió entonces que los directamente involucrados pudieran identificar necesidades y demandas, generando más eficacia y eficiencia en la toma de resoluciones y elaboración de políticas.

La ejecución de estas modificaciones propuestas para el sistema, para González et ál (2006), requería recursos humanos calificados, capacitados y comprometidos con los objetivos de la reforma. Es por ello que se hizo hincapié en la necesidad de instalar equipos interdisciplinarios, capaces de dar respuestas a los problemas de salud de la población.

Para ello era necesario producir modificaciones en la relación sanitaria del personal de salud con los usuarios, en las prácticas asistenciales que privilegien acciones de promoción de salud.

Al mismo tiempo, se requirió de una gestión del cuidado de la salud con involucramiento y participación de todos los actores y sectores, teniendo en cuenta la complejidad del proceso de construcción social de la salud.

En el caso de la enfermería, se elaboró como parte de un trabajo regional, el proyecto TCC de Enfermería, en el que se dio prioridad al desarrollo del equipo de enfermería, teniendo previsto los siguientes productos: Primer Censo Nacional de Enfermería; reperfilamiento de la enfermería con base en APS; profesionalización de los auxiliares de enfermería; y el plan de desarrollo de la enfermería a nivel nacional.

Gallo et ál (2015), menciona que uno de los pilares en lo que se asentó y asienta la reforma y el sistema de salud uruguayo, es la concepción de la salud como un derecho humano fundamental con responsabilidad del Estado.

La reforma se sustentó entonces en diversos cambios de modelo de financiamiento con el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), creándose además el Fondo Nacional de Salud (FONASA).

La forma de financiamiento se enfocó en alcanzar los objetivos sanitarios y sociales del sistema de salud; redistribuyendo ingresos, reduciendo la carga de la atención en salud, dirigiéndose a la mayor parte de los habitantes, siendo proporcional a los ingresos del núcleo familiar y solidaria con los más necesitados.

La tarea consistió en lograr abandonar el modelo, individualista, medicalizado, super especializado y de medicina reparatoria, que generaba inequidad, difícil acceso a los servicios y prestaciones, altos costos con bajos beneficios; para convertirlo en un modelo de atención que considerara integralmente a la persona, a la familia y a la comunidad, y que integrara el fomento de la promoción de la salud.

Dentro de los grandes cambios generados por la reforma se encuentra la calidad de los servicios de salud, la instrucción, y la adaptación de los trabajadores de la salud, para Gallo et ál (2015), se fomentó el mejoramiento del desempeño y de la educación del personal.

Según este autor, el aspecto educativo tuvo dos facetas principales: la educación para la preparación de profesionales y técnicos, y la educación para el desempeño del personal en activo. Ambas sufrieron cambios muy notables como consecuencia de las reformas del sector y a su vez tuvieron un impacto en dichas reformas.

La formación educativa del personal profesional y técnico, se definió unánimemente en términos de la inadecuación de los perfiles de salida ante los requerimientos sociales y epidemiológicos y de los servicios de salud.

Los recursos humanos en esta área también sufrieron cambios, según Brito et ál (2018) en lo que respecta a la gestión de recursos humanos, en los servicios de salud durante las reformas sectoriales es preciso hacer determinadas aclaraciones.

La primera se refiere al énfasis que pone esta definición de gestión sobre el trabajador de salud (individual y colectivo) y su trabajo, incluidos no solo los aspectos técnicos de su ejercicio profesional, sino las relaciones sociales e institucionales que este genera y en las cuales se ubica.

Al hablar de la gestión de los recursos humanos (o de la gestión del trabajo, se trata de una función noble, esencial y compleja), Brito sostiene que no se trata de *“aquellos que hacen las oficinas de personal”* (Brito,2018, p.14), sino de la teoría y la práctica en torno a los procesos económicos, políticos, técnicos y culturales, que afectan al trabajador y a su manera de contribuir a la atención de la salud de la población, en una institución especializada que es a la vez un lugar de empleo.

El autor considera que las reformas de los servicios públicos, han transformado las condiciones institucionales de la gestión. Se está tomando un nuevo rumbo en la orientación y fines de la gestión de los recursos humanos y también en su contenido.

Siguiendo la línea de pensamiento de este autor, se entiende que los desafíos que enfrenta hoy el sistema de salud, guardan relación con el logro de una mejor calidad en el desempeño, una mayor productividad, un mayor compromiso institucional, y participación en las decisiones que afectan al trabajador y al usuario.

Esta reforma contiene herramientas de gestión particular, generando consecuencias no solo a nivel de los usuarios, sino también de los trabajadores de la salud, como cambios

en las formas de trabajo, en la cantidad de usuarios, generando que el trabajo diario aumentara.

La investigación en este caso indaga en la incidencia de estos cambios, en los trabajadores y en el desarrollo de sus funciones.

Debe entenderse que la reforma de la salud en el Uruguay ha sido y viene siendo un proceso en constante perfeccionamiento y como todo proceso siempre estará en revisión y adecuación a los cambios que se presenten incidiendo directamente en los trabajadores de la salud.

Para entender cuál fue la incidencia de los cambios de la reforma en los médicos, nurses y enfermeras de la salud, sería interesante conocer cuál es el perfil de estos trabajadores en la última década.

En una investigación que tiene como coordinadora a Batthyany et al (2018), se sostiene que las enfermeras uruguayas constituyen una población predominantemente femenina, los investigadores manifiestan que esta situación es una constante observada en toda la región y el mundo, por la propia configuración histórica de las sociedades en donde las mujeres desde tiempos históricos son las encargadas del cuidado.

Mientras que el 92.2% de las licenciadas son del sexo femenino, ese porcentaje desciende al 81.7 para el caso de las auxiliares en enfermería.

En la investigación, se encontró, además, que la concentración de auxiliares y licenciadas en enfermería no se da sólo en Montevideo y en su área metropolitana, sino también en las capitales departamentales con respecto a las localidades del interior y a las zonas rurales de cada departamento. Con excepción de los departamentos de Canelones y Colonia en los demás departamentos el porcentaje de Licenciados en Enfermería que viven en las capitales departamentales supera el 60%.

Se encontró una concentración de licenciadas en enfermería en Salto, estos datos dejan a la vista, según los investigadores, el impacto que ha tenido el Programa de Licenciatura de Enfermería en Regional Norte de la UDELAR, incrementando el número de enfermeras que se quedan en el medio. Siendo las políticas de descentralización de la Universidad, una de las estrategias para reducir el déficit de enfermeras y mejorar su distribución territorial.

Estos datos evidencian que se deberían crear nuevos cargos para el equipo de enfermería enfocados en el nivel profesional estimulando la radicación en el interior de estos profesionales para fortalecer el primer nivel de atención.

Esto deja claro que, si bien la reforma comenzó a sentar sus bases en 2005, aún queda mucho por hacer, exigiendo un continuo perfeccionamiento y readecuación de los profesionales de la salud.

En lo que respecta al número de médicos, según Batthyany et ál (2018), en Uruguay no se reflejan las enormes brechas existentes en otros países de la región, nuestro país mantiene una diferencia histórica y estructural importante entre Montevideo y el interior en relación a la cantidad de médicos por habitante.

En 2018, aproximadamente el 60% de la población del país residía en algún departamento del interior, mientras que la cantidad de médicos en actividad en esta región apenas supera los 5 mil profesionales.

En la investigación se manifiesta que para 2018 Montevideo albergaba el restante 40% de la población del país, contando con un total de 10.229 médicos en actividad según el Registro de Afiliados Colegio Médico de 2007.

Los datos de la investigación muestran una clara diferencia entre Montevideo e interior en relación a la distribución de los médicos, con una densidad de 74 médicos cada 10 mil habitantes en Montevideo en comparación con los 24 cada 10 mil habitantes en el interior del país.

Pese a esto, según manifiestan los investigadores si se observa la evolución que ha tenido este indicador por área geográfica, de los datos antes mencionados de la investigación, se constata una continua disminución de la brecha.

Por ejemplo, en el año 1996 la cantidad de médicos cada 10 mil habitantes en Montevideo quintuplicaban al valor que registraba el indicador en el interior del país; luego de 20 años la relación es de 3 a 1.

En Montevideo, en los últimos 20 años, el incremento porcentual del indicador fue de aproximadamente 16%, en comparación con un incremento porcentual de 100% en el interior, lo que estrecha las diferencias que se venían dando, y sin dudas mejora la atención en el interior del país, lo que puede estar relacionado con las demandas de la reforma, enfocados en una mejor atención que alcance a todo el país.

De los datos recabados en la investigación se entiende que la reforma de la salud viene transformando las condiciones institucionales de la gestión. Se está tomando un nuevo rumbo en la orientación y fines de la gestión de los recursos humanos y también en su contenido, tendiendo incidencia directa en el usuario y en los trabajadores de la salud.

5. PROBLEMÁTICA

A partir del año 2005, Uruguay comenzó un proceso transformador del sistema de salud cuyo objetivo fue avanzar hacia la universalización de la protección social en materia de salud a toda la población. Dicho sistema propuso cambios en su modelo de financiamiento, gestión y atención. El cambio de modelo de atención tuvo como una de sus bases fundamentales la estrategia de atención primaria en salud y la priorización del primer nivel de atención.

En este nivel, el abordaje del proceso salud enfermedad tiene una estrecha relación con aspectos sociales y culturales de las personas, familias y comunidades. Exige, por lo tanto, competencias disciplinares específicas del área social y de los equipos de salud.

Los objetivos del sistema de salud en Uruguay se basan en proteger la salud de las personas y mejorar la calidad de vida, orientando sus servicios según la necesidad de la población, brindando protección social y financiera frente a los riesgos de enfermarse.

A través del Sistema Nacional Integrado de Salud se pretendió asegurar el acceso universal a servicios integrales de salud orientados por principios de equidad, continuidad, oportunidad, calidad según normas, interdisciplinariedad y trabajo en equipo.

Esto supone la exigencia del trabajo colaborativo entre los profesionales de la salud, el cual se desarrolla en el marco de una organización y estructura de trabajo específica, mediante relaciones profesionales e interpersonales que se despliegan en las rutinas diarias de trabajo.

Estos profesionales conviven en un espacio y tiempo determinados, donde comparten no solo el trabajo, sino momentos de descanso, luego de jornadas de trabajo, lo que hace aún más particular ese ámbito y espacio laboral.

El espacio de trabajo y sus diferentes funciones, no está exento de tensiones, estas tensiones pueden generar dificultades a la hora del desarrollo del trabajo, y pueden estar o no naturalizadas como forma de desarrollar sus funciones como algo intrínseco a la dinámica de trabajo y a las diversas dimensiones que conforman el trabajo colaborativo.

En ese trabajo colaborativo se articulan la autoridad y jerarquía que tiene el médico por su formación, o la nurse o enfermera como resultado de su experiencia, que a través de sus funciones, saberes y habilidades desarrollan un trabajo de gran responsabilidad, donde la confianza en el saber del otro se hace esencial y donde el status social juega un papel importante para el médico, el equipo de salud y la sociedad.

Existen diversos trabajos que se enfocan en el ejercicio de cada uno de estos profesionales por separado, esta investigación buscó conocer cómo se vivencia el proceso de trabajo colaborativo, desde la perspectiva de los médicos, nurses y enfermeras, a través del análisis de las dimensiones que lo componen.

6. JUSTIFICACIÓN

Este trabajo surgió desde la curiosidad de conocer como es el trabajo de los profesionales de la salud, enfocado en conocer como vivencian el trabajo colaborativo los médicos, nurses y enfermeras, en un medio donde la salud de las personas es el objetivo común; donde conviven un grupo de profesionales que proviene de diferentes formaciones, con diversos valores, habilidades y funciones, los cuales deben sortear los imprevistos cotidianos del trabajo en salud, y donde trabajar en equipo y la cooperación son una exigencia a la hora de desempeñar sus funciones.

A través del análisis de cada una de las dimensiones se indago como estos profesionales vivencian el trabajo colaborativo en un ambiente donde pueden existir tensiones.

Se busco conocer desde la perspectiva de los profesionales, sus vivencias y su reflexividad en torno a las tensiones que puedan surgir, o la naturalización de las mismas. En los estudios expuestos en los antecedentes de la investigación, se encontró una descripción de la importancia del trabajo en equipo de los profesionales de la salud, desde una óptica en la que se destaca la importancia para el paciente y para el funcionamiento del trabajo de los integrantes del equipo, pero lejana a la propia vivencia de los trabajadores.

De estos estudios se desprende que el trabajo en equipo aumenta la seguridad de los pacientes y el rendimiento del personal de salud, contribuye a mejorar la satisfacción de los profesionales, ayuda a manejar el estrés y mejora la comunicación entre ellos.

Se habla, además, de la necesidad de que esto profesionales mantengan una actitud positiva, confianza y respeto mutuo, así como la participación conjunta en la toma de decisiones; sin adentrarse en las vivencias y experiencias que los trabajadores pueden aportar en relación a su tarea.

Haciéndose pertinente entonces una mirada más interiorizada al respecto donde sean los protagonistas quienes describan ese trabajo colaborativo y sus experiencias en la práctica cotidiana.

Finalmente, existió una motivación personal buscando generar un aporte que contribuya a profundizar sobre la mirada de los trabajadores de la salud en referencia al trabajo colaborativo como requisito, para el desarrollo de una función tan noble como la de trabajar en salud.

Si bien ya han pasado 8 años desde que se realizó la investigación, en un contexto donde no existía la pandemia, la cual ha generado en las profesionales una mayor exigencia en su trabajo, enfrentándose a algo desconocido que los interpela día a día.

Cabe destacar que la temática en la que se enfocó, es actual y permanente, ya que el trabajo colaborativo de estos profesionales forma parte del desarrollo de sus funciones, para enfrentar los desafíos que el mundo les presenta.

La investigación presento un análisis a pocos años de la puesta en práctica de la reforma, enfocado desde la perspectiva de los profesionales de la salud, lo que dejó una visión de la temática más interiorizada y un campo abierto a futuras investigaciones, para visualizar los cambios y permanencias en un escenario de pre y post pandemia.

7. PREGUNTAS DE LA INVESTIGACIÓN:

¿Cómo los médicos, nurses y enfermeras vivencian el trabajo colaborativo en el primer nivel de atención en salud?

¿Cuáles son las tensiones que se generan en el trabajo colaborativo según estos profesionales de la salud?

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN:

Objetivo General: Comprender como estos profesionales vivencian el trabajo colaborativo y conocer las tensiones que surgen en este ámbito laboral.

Objetivos Específicos:

1-Describir la organización del trabajo entre estos profesionales.

2-Analizar los vínculos de autoridad y jerarquía que se establecen en el cumplimiento de sus funciones.

3-Conocer cuáles son las tensiones que surgen y como son integradas a las rutinas de trabajo de los profesionales de la salud.

4- Explorar la existencia de elementos de naturalización de las tensiones como parte del trabajo.

HIPOTESIS DE TRABAJO:

El trabajo colaborativo es un requisito esencial entre los médicos, nurses y enfermeras, para lograr el objetivo de cuidar la salud de los pacientes.

8. METODOLOGÍA DE TRABAJO

8.1 Justificación metodológica

Esta investigación se realizó desde un abordaje cualitativo, realizando un estudio de índole exploratorio, desde una mirada comprensivista. A través de las entrevistas realizadas se busco conocer como vivencian el trabajo colaborativo los médicos, nurses y enfermeras del área pública en cinco Hospitales y en tres Sanatorios del área privada de la ciudad de Montevideo.

La elección de este tipo de metodología se basó en que los métodos y las técnicas empleadas por la misma, permiten en mayor medida, la intercomunicación del investigador con el campo y sus miembros como parte explícita de la producción de conocimiento.

Mediante la representación cualitativa de la realidad Flick et ál (2004), considera que es posible acceder al mundo de vida subjetivo de las personas que interactúan en la realidad social donde el objeto mismo de la investigación se construye.

De esta manera el paradigma cualitativo permite un mayor acercamiento a las diferentes concepciones y opiniones de los sujetos, comprendiendo mejor sus puntos de vista.

La adopción del diseño cualitativo se debió a la necesidad de conocer la totalidad del fenómeno a estudiar, procurando entender el comportamiento de los entrevistados.

8.2 Tipo de relevamiento

La técnica para el relevamiento de la información se basó en la utilización de la entrevista explorativa de tipo flexible ya que permitió reservar la posibilidad de incluir elementos en la medida que se realizaba el trabajo de campo.

La entrevista permite según Blanchet et ál (1987), que el objeto mismo de investigación sea analizado a través de la experiencia que de él poseen los sujetos entrevistados, logrando llegar a una mayor comprensión tanto a nivel colectivo como individual de la problemática a abordar.

En este sentido los diseños cualitativos permiten grandes ventajas dada su flexibilidad a la hora de estudiar un campo relativamente nuevo, y brindan a su vez la posibilidad de hacer dialogar a diferentes posturas en el mismo proceso de recopilación de datos.

La flexibilidad constituye una ventaja cuando se estudian fenómenos relativamente nuevos en estudio, como el trabajo colaborativo de los trabajadores de la salud. El diseño

al adoptar una postura abierta incentiva el surgimiento de ideas inductivas en el campo, que posteriormente serán conceptualizadas en categorías analíticas. *“La realidad epistémica (...) requiere, para su existencia, de un sujeto cognoscente, el cual está influido por una cultura y unas relaciones sociales particulares, que hacen que la realidad epistémica dependa de su definición, comprensión y análisis, del conocimiento de las formas de percibir, sentir y actuar, propias de esos sujetos cognoscentes.”* (Sandoval, 2002, pág: 28).

El estudio, al desarrollarse en el contexto laboral de los trabajadores de la salud, permite una mayor aproximación a las condiciones de trabajo y las dinámicas generadas en torno a la coexistencia de distintas realidades. Interesa para esta investigación recoger los aspectos relacionados a como los trabajadores de la salud vivencian el trabajo colaborativo, dando cuenta de la interpretación y significación que le dan los sujetos a su comportamiento.

La pauta de la entrevista abarco las dimensiones: trabajo en equipo, responsabilidad y funciones, autoridad y jerarquía, relación médico y enfermera, tensiones en el ámbito laboral, reforma de la salud, confianza.

Si bien la pauta fue dirigida a tres especialidades dentro del área de la salud, la batería de preguntas fue la misma, cabe señalar, que en algunos casos surgieron preguntas acotadas a lo que se me estaba contestando, y a cuestiones que surgieron en el momento de la entrevista.

8.3 Muestreo

En cuanto al perfil de los entrevistados, estos se pueden catalogar como informantes calificados, ya que son los profesionales hacia los cuales estaba dirigida esta investigación.

La elección de los entrevistados se realizó mediante un sondeo de trabajadores de la salud del primer nivel de atención, del área pública y privada de los Hospitales y Sanatorios de Montevideo.

En su mayoría los entrevistados contaban con experiencias en su trabajo y muchos de ellos se conocían entre sí, por compartir su lugar de trabajo, o porque habían oído sus nombres en algún momento.

Los profesionales se manifestaron motivados en su mayoría al contestar y en algunos casos me solicitaron los resultados de la investigación cuando esta concluyera, todos se prestaron a responder cada una de las preguntas formuladas.

Se plantearon no más de 10 preguntas y las respuestas fueron variadas desde muy concretas hasta extensas y explicativas, aunque en algunos casos debí volver a la pregunta para obtener más información.

Se trabajó mediante la estrategia de bola de nieve hasta lograr la saturación de la información, se contactó mediante mails a algunos profesionales y mediante el acercamiento de una primera persona, se buscó el efecto multiplicador, durante el trabajo de campo se realizaron 20 entrevistas en el área pública y privada 7 a médicos, 6 a nurses y 7 a enfermeros.

Para la realización de las entrevistas, la población debía presentar dos características: los profesionales debían reconocerse los unos a los otros; y la población no debía segmentarse en subgrupos para no generar encadenamientos.

La muestra asumió luego la existencia de una población que pudo abordarse en términos de una organización, con una estructura de una red social donde sus miembros se conectaban entre sí.

La saturación de la muestra se obtuvo tras el relevamiento de los datos necesarios para alcanzar categorías grupales significativas para la investigación.

La investigación se enmarco en los médicos, nurses y enfermeras ya que son los tres profesionales que trabajan en conjunción entre sí con el paciente en el primer nivel de atención. El área pública y privada fueron tomadas en cuenta en esta investigación, ya que en cada uno de ellas se vieron reflejadas diferencias y cambios en el trabajo y la gestión de los profesionales de la salud, sobre todo luego de reforma de la salud.

Número de entrevistas realizadas según área y profesión.

PROFESIONAL	SUB SECTOR	
	PÚBLICO	PRIVADO
MÉDICO	5	2
NURSE	2	4
ENFERMERA	4	3

8.4 Trabajo de campo

El trabajo de campo de esta investigación tuvo una duración aproximada de cuatro meses, entre mayo y septiembre del año 2013; a través de contactos que tenía en el hospital

Pereira Rossell comencé a contactarme para coordinar entrevistas con médicos/as, nurses y enfermeras/os de otros centros de salud.

En algunos casos envíe varios mails donde se presentaba un archivo adjunto informando la temática de mi proyecto y se solicitaba entrevistas.

A través de las entrevistas realizadas me propuse indagar en temas como las funciones, la organización del trabajo, existencia de diferencias entre el sector público y privado, la importancia de la cooperación, la reforma de la salud, etc.

Con el paso de los meses fui encontrando nuevas dimensiones a tener en cuenta para la investigación.

Las entrevistas contribuyeron sin duda en la investigación, pero cambiaron en varias oportunidades el rumbo de mi pregunta de investigación, si bien ya salieron temas que en la investigación ya se había planteado anteriormente, como las diferencia entre lo público y lo privado, el conocimiento, los saberes y demás cuestiones, surgió la categoría cooperación la cual se convirtió en el eje central en mi problema de investigación.

En cuanto a las dificultades del trabajo de campo, la primera cuestión fue el poco acceso a los profesionales al comienzo, sobre todo de los médicos y algunos directores que entreviste.

Transcurrieron varios meses de intentos infructuosos por diferentes vías de acceder a algunos médicos que me interesaba entrevistar, muchos no contestaban los mails enviados y otros se encontraban realizando otras actividades por las cuales no se llegó a entrevistarlos.

Otra cuestión fue el contexto donde se realizadas estas entrevistas, en algunos casos en las oficinas de estos profesionales, ámbitos más tranquilos; pero en otros momentos las entrevistas se realizaron en los pasillos donde circulaba gente, haciendo que, en ocasiones, los entrevistados se dispersaran, pese a esto todas las entrevistas se desarrollaron con normalidad.

9. EL TRABAJO COLABORATIVO ENTRE LOS MÉDICOS, NURSES Y ENFERMERAS

En este capítulo se describirá la organización del trabajo entre los profesionales de la salud, analizando los vínculos de autoridad y jerarquía que se establecen en el cumplimiento de sus funciones.

Se describirán cuáles son las tensiones que surgen, y como son integradas a sus rutinas laborales, buscando comprender cuales de estas tensiones son naturalizadas como parte del trabajo cotidiano.

Luego de realizada la investigación se encontró que las dimensiones a analizar no eran portadoras de la misma relevancia o pertinencia.

Las dimensiones que resultaron más pertinentes, fueron las funciones y responsabilidades, relacionadas ambas a la experiencia que le brindan los años trabajados por los profesionales, más allá del área donde desempeñen su trabajo.

La reforma de la salud fue otra de las dimensiones que se hizo pertinente ya que generó cambios relevantes en la gestión y en la práctica de los trabajadores debiéndose adaptar a las demandas de una reorganización del sistema de salud.

Por otra parte, las dimensiones autoridad y jerarquía aparecieron relacionadas con las habilidades y responsabilidades ya que esa autoridad y jerarquía que poseen estos profesionales, deviene de las habilidades y responsabilidades en las tareas que realizan.

La dimensión status social no fue considerada como relevante por los trabajadores entrevistados, la investigación encontró una relación entre el status social con la formación, los saberes y habilidades y la confianza, pero cabe acotar que si bien esa formación les otorga status y por ende un reconocimiento por parte de sus compañeros y de la sociedad(sobre todo en el caso de los médicos), estos “beneficios” o “potestades” son tomados por los profesionales como naturales y como consecuencia de su formación y por ende de saberes y habilidades.

En lo que refiere a la confianza, se pudo ver como esta dimensión se encuentra relacionada a los saberes y habilidades de cada profesional, haciéndolos merecedores de cierta confianza y status, la investigación encontró que esa confianza es una herramienta para que la cooperación se logre y se superen las tensiones que puedan surgir.

Por otra parte, la relación entre los profesionales entrevistados se describió en algunos relatos como una especie de cadena, la cual está compuesta por el vínculo entre los

médicos con sus ayudantes las nurses y estas a su vez relacionadas con sus ayudantes las enfermeras.

En ese vínculo que fue considerado por los profesionales entrevistados de gran importancia, para que cada “eslabón” desarrolle su trabajo de la mejor forma posible, se encuentran en conjunción todas las demás dimensiones. Ya que no se lograría nada sin los saberes y habilidades de cada profesional, realizando determinadas funciones que les requieren responsabilidades, con el ejercicio de la autoridad y jerarquía que les otorga un determinado status social, con confianza depositada en ellos para superar las tensiones que puedan surgir y enfrentar los cambios que el sistema les presente.

Por otra parte, las tensiones no fueron encontradas en los relatos de forma explícita, sino que se vieron definidas como “problemas” y “conflictos”, se entendió que son naturalizadas, ya que, según los entrevistados, estas forman parte de su día a día y son consecuencia del trabajo en equipo. Los profesionales tienen claro que ante el surgimiento de algo que pueda afectar el desarrollo de su trabajo, debe buscarse soluciones a corto plazo, enfocándose siempre en lograr una atención de calidad para el paciente.

La vivencia de la cooperación entre estas profesiones tema central en el que se enfocó la investigación, se vio como esencial para realizar el trabajo de los profesionales.

En ella convergen también todas las dimensiones trabajadas, ya que para que la cooperación se logre debe existir un vínculo entre los trabajadores, los cuales deben tener confianza entre sí, donde cada uno aporta desde sus saberes y habilidades, desarrollando sus funciones y responsabilidades, los cuales a su vez les otorgan autoridad y jerarquía además de un determinado status social, debiéndose adaptar a los cambios que el sistema les imponga como puede ser una reforma y donde las tensiones que puedan surgir, se naturalizan para lograr un objetivo común que es la salud de los usuarios.

9.1 Reforma de la salud:

La reforma de la salud generó cambios profundos enfocados sobre todo en el primer nivel de atención como sostiene González et al (2006), poniendo como eje central las necesidades y los derechos de los ciudadanos a través de la prevención de las enfermedades, la educación y poniendo, énfasis en la participación social de los usuarios y de los trabajadores de la salud.

Estos cambios son recogidos en los relatos de los entrevistados por ejemplo en la organización del trabajo, destacándose sobre todo en el número de usuarios que se trasladaron del área pública al área privada. Teniendo esto como consecuencia la

reorganización del trabajo de todos los profesionales, que en la mayoría de los casos expresaron consecuencias de tipo organizativas, administrativas y de gestión, por ejemplo:

Er: “¿Crees que la reforma de la salud generó cambios en tus labores y en la de tus compañeros?”

Eo: “Si” (se ríe). “Acá sin duda nos vimos un poco más aliviados, el FONASA nucleó bastante bien en lo privado a muchas personas, pero como te digo algunos pacientes se quedan por los médicos, yo que sé, si le preguntas a un trabajador de lo privado tal vez te diga que se sienten sobrecargadas también yo que sé. Sin duda el trabajo en lo público cambio para bien, no sé en lo privado.”

(Enfermera, sector público)

Se encontraron testimonios donde varios de las profesiones sobre todo del área privada, y de diversas formaciones, sufrieron el aumento de su trabajo debiéndose adaptar a los nuevos requerimientos del sistema.

Se relevo además que, si bien las mutualistas privadas fueron las más afectadas con los cambios, estas logaron adaptarse rápidamente, destacándose en varias entrevistas la organización y la buena gestión en el área privada de salud, como se señala a continuación:

Eo: “Ah sí, en esto hay varias cosas para decir, acá en lo privado se nos duplico el trabajo, logamos adaptarnos a los cambios siempre, creo que los hospitales se vieron un poco más aliviados, pero ya te digo los privados se nos llenó de gente, no se” (piensa). “Esta bueno que se les dé la oportunidad a la gente que acceda a un mejor servicio.”

(Nurse, sector privado)

Se visualizó que la reforma incidió directamente en la calidad de los servicios de salud, la instrucción de los trabajadores exigiéndoles una readecuación en cuanto a la organización y la gestión de sus labores, fomentando según manifiesta Gallo et ál (2016), el mejoramiento del desempeño y de la educación del personal.

Con la reforma de la salud los profesionales se enfrentaron a cambios significativos en varios aspectos de su trabajo diario, buscado optimizar la atención de los pacientes y adaptándose a una reforma por demás significativa, como señala uno de los entrevistados:

Eo: “Si acá se llenó de gente las policlínicas y demás, claro se les hizo mucho más fácil a los usuarios ingresar a las mutualistas privadas, cambios de todo tipo, pero hay que adaptarse es parte de nuestro trabajo”. (Médico, sector privado).

Debemos entender entonces, que estos cambios en la atención fueron en primer lugar cambios culturales, los que no se dieron de manera automática, no solo se debió cambiar el enfoque del trabajo de los profesionales de la salud, haciendo hincapié en un trabajo de promoción en salud, sino que además esto requirió de un acercamiento más estrecho entre los trabajadores y los usuarios.

La transformación del modelo de atención ha comenzado y continuarla requiere nuevos y mayores pasos, hacia un cambio cultural que va desde los estilos de vida de la población hasta las instituciones y los trabajadores de la salud, quienes llevan a cabo el trabajo diario, para que la reforma continúe su camino hacia una atención de calidad para todos.

9.2 Saberes y habilidades:

Siguiendo la línea de pensamiento de Briozzo et ál (2006), el profesionalismo de los médicos está relacionado con la organización del trabajo, el cual le demanda un compromiso profesional más allá de las circunstanciales organizaciones a donde se desempeñe, enfocándose siempre en el trabajo en equipo y en la ética profesional.

En la investigación se encontró que el conocimiento y su importancia en este tipo de trabajos es relevante, los entrevistados consideran que cada uno desde su conocimiento, debe realizar su trabajo y lograr cumplir su función.

De las entrevistas se desprende que los profesionales tienen claro que sus conocimientos son parte importante para el desarrollo de su labor el cual les genera responsabilidad para con el paciente y con sus compañeros.

De lo recabado en las entrevistas se encontró además que ese saber genera que estos profesionales requieran ser valorizados en los cargos que ocupan, y por ende ser reconocidos a través de las remuneraciones que reciben por las labores que realizan; por ejemplo:

Er: “¿A qué se refiere con tener en cuenta a los trabajadores de la salud?”

Eo:” Muy sencillamente, le diría que se les tenga en cuenta, más allá del área en la que se desempeñen, más allá de ser médico o enfermera me parece que la valoración de nuestros trabajos es preponderante”.

“No sé, pero la enfermera más allá de que su labor sea solamente encargarse del cuidado del paciente, debe tenerse en cuenta que su labor es esencial en el día a día y eso creo no se tiene en cuenta en todas las instituciones. Le diría que el salario de las

enfermeras está por debajo de lo que debería estar y bueno no mucho más que eso le podría decir”.

(Médico, sector privado).

El saber fue descrito además como el resultado de un proceso de formación, el cual se consolida a treves de la práctica y del tiempo trabajado de los profesionales, otorgándoles reconocimiento, (sobre todo en el caso de los médicos), considerados como referentes, no solo entre sus compañeros de equipo de trabajo, sino también en la comunidad, y habilitándolos al multiempleo, como señala uno de los entrevistados:

Er: “¿Me podría explicar cómo es trabajar en estos tres hospitales?”

Eo: “Bien, capaz que suena algo complicado, pero los médicos estamos preparados para eso, en mi caso desde que obtuve el título ya pasaron casi 10 años así que imagínese que mi experiencia me ha enseñado mucho en mi trabajo. Busco siempre mi tranquilidad y busco además que las instituciones en las que trabajo sean de mi agrado en el tema de gestión y regulación”.

(Médico, sector privado).

Se puede entender entonces que los saberes y habilidades de estos profesionales les otorgan ciertas “potestades”, (sobre todo en el caso de los médicos), que se hacen relevantes a la hora del desarrollo del trabajo tanto en lo individual como así también con los demás integrantes del equipo de salud.

9.3 Funciones y responsabilidad:

De las entrevistas se desprende uno de los conceptos manejados por Franco et ál (2015), el cual sostiene el equipo de salud debe actuar con la responsabilidad inherente a sus funciones asumiendo objetivos comunes desde una perspectiva multidisciplinaria.

En los relatos las funciones aparecen definidas por los entrevistados de la mano de la responsabilidad que ellas les generan a los profesionales, destacando la importancia de trabajar en un equipo multidisciplinarios, como se describe a continuación:

Eo: “Me encargo de las salas 1 a la 15 del área de Cirugía” (...)” No se prepara un paciente para una intervención tiene cosas complicadas, los pacientes muchas veces tienen miedo o dudas sobre lo que se les va a realizar” (...)” Me ha tocado preparar a varias personas para biopsia, donde el trabajo que realizan todos mis compañeros en las diversas áreas es esencial y donde los resultados muchas veces no son alentadores”
(Enfermera, sector público)

En varios casos de las entrevistas se desprenden relatos, de la complejidad de las funciones que realizan y de lo que esas funciones requieren, como preparar a un paciente

para ser operado, acompañar al paciente y a su familia en algunos momentos que pueden ser difíciles de sobrellevar, como el caso de los diagnósticos de enfermedades terminales; por ejemplo:

Eo: Me encargo de ordenar las muestras, de etiquetarlas y como te imaginaras es un trabajo de mucha responsabilidad ya que estas manejando cuestiones complicadas como puede ser el resultado de un examen sea cual sea su tipo”.

Er:” Esa responsabilidad de la que habla, ¿cómo influye en su trabajo?”

Eo: “Y como ya te dije, imagínate que trabajar con estos fluidos que son de cuidado y perder uno de ellos sería muy complicado, sin duda esta debe de ser una de las áreas que exige mayor responsabilidad de nuestra parte”. (Nurse, sector privado).

Algunos de los trabajadores entrevistados, por ejemplo, del área de salud mental, designan sus funciones como un trabajo complejo de cambios permanentes.

En otra área de la salud, por ejemplo, del cuidado de bebés y niños, (en el caso de las entrevistas realizadas en el Pereira Rossel), el trabajo fue descrito también como de gran complejidad y responsabilidad, donde interviene todo el equipo de salud más allá de su formación.

Se pudo entender entonces que las funciones de cada uno de los integrantes del equipo de salud, van de la mano con la responsabilidad que ello le genera, buscando desempeñarse de la mejor forma posible, y entendiendo que las funciones de cada integrante del equipo inciden en el resultado del trabajo de todos.

9.4 Autoridad y jerarquía:

En la investigación la autoridad y la jerarquía se vieron reflejados en las entrevistas en relación a las potestades que se les brindan sobre todo a los médicos y las nurses.

Durante una de las entrevistas se expresó que el conocimiento y las competencias sobre todo de los médicos, los ubican como “primeros “en jerarquía brindándoles, por ejemplo, la capacidad de lograr mejores cargos, tanto en el área pública como privada.

En las entrevistas se encontró que las enfermeras, consideran que los médicos debido a su conocimientos y competencias, trabajan desde un lugar de supervisores de su trabajo y de toma de decisiones, no teniendo un contacto tan estrecho con el paciente, relacionado a lo que expresa Villalbí et ál (2012), el cual sostiene que el profesional de la salud posee conocimientos y habilidades que le permiten tomar decisiones, emitir juicios sobre diagnósticos desempeñado un rol directivo y controlador, por ejemplo:

Er: "¿Me contarías como es la labor de los médicos?"

Eo. "Si es la más fácil, te diría ellos vienen ven a los bebés y se van, nosotras somos las encargadas de estar todos los días, somos las que vemos los avances de los bebés y se les informa a ellos, que en si toman las decisiones y no siempre tiene en cuenta nuestras evaluaciones, yo que se, depende del médico, yo por lo general veo eso, cada uno hace su trabajo y se va".

(Enfermera, sector público)

Las nurses por su parte, se encargan de las tareas de gestión, organización y de brindar información a los médicos del trabajo con el paciente que realizan las enfermeras, como se señala a continuación:

Eo: " Bueno como yo, las enfermeras en mi área controlamos la sala, damos el informe a las Nurses, que son las encargadas de la parte administrativa más bien, y son las que tienen más contacto con el médico, te diría que son las que a veces deciden con los doctores en la realización de una intervención o no. Nosotras no, solo cuidamos al paciente y bueno más allá de eso no podemos hacer nada más. (Enfermera, sector privado).

Se entiende entonces que, en el equipo de trabajo de salud, la autoridad y la jerarquía se desprenden del conocimiento sobre todo de los médicos, generando distinciones entre los integrantes de equipo los cuales los asumen como propios de su trabajo diario, como se destaca a continuación:

Er: "¿Por qué decís que me ibas a explicar de arriba hacia abajo, ¿que los ordena de esa forma?"

Eo: "Y el conocimiento, nosotras no mandamos más que el médico, ni que las nurses ellos estudiaron más. Ojo yo me llevo bien con todos mis compañeros, pero ya te digo, será porque esto es público y todos andamos en las mismas. """.

(Enfermera, sector público).

La autoridad y la jerarquía con la que cuentan algunos de los trabajadores entrevistados son otorgadas por la institución en la que trabajan, pero además por la sociedad, brindándoles ciertas potestades debido a su formación.

Cabe acotar que esta autoridad y jerarquía devienen de su formación, saberes y habilidades, los cuales los llevan a desarrollar determinadas funciones de responsabilidad y confianza, que les otorgan un determinado status social sobre todo en el caso de los médicos.

Algo a destacar, es que las reivindicaciones salariales no se encontraron relacionadas a la formación de los profesionales, sino que en varias de las entrevistas surgió que existían

diferencias en relación al salario de acuerdo al área donde se desempeñaran, se encontró que en el área privada los trabajadores recibían mejores salarios.

Se puede manifestar que la autoridad y la jerarquía existen en este ámbito laboral, pero es sobre entendida y naturalizada por los integrantes del equipo de salud, ya desde su formación, terminando de reconocerse en la práctica de sus funciones.

Siguiendo esta línea de pensamiento surgen las palabras de Évora et ál (2012), quien manifiesta que en la medida que las funciones de la autoridad se cumplan y equipo de salud y la práctica médica se mueva en una postura de respeto por la autonomía, y la dignidad del paciente, se estará en frente de una atención humanizada.

9.5 Status Social:

En palabras de Horwitz et ál (2016), el status social del médico posee un código ético que le otorga la potestad exclusiva para aplicarlo.

En las entrevistas realizadas el status social se vio reflejado en relación a la experiencia y los conocimientos de los profesionales, en algunos casos los entrevistados sostuvieron que contaban con cierto “poder” en toma de decisiones o en algunos casos ocupando cargos donde se les brindan seguridad y comodidad.

De lo relevado en los relatos se encontró que el status social está relacionado, además, con la capacidad de estos profesionales de ser considerados referentes, en el caso de las nurses consideradas como referentes informativos de los médicos, estos últimos considerados referentes no solo dentro de su ámbito laboral sino también en la comunidad. Como expresa, Horwitz et ál (2016), desde el punto de vista ético, la actividad del profesional de la salud no es sólo un medio para conseguir una meta, sino que, en definitiva, esa meta consiste en proporcionar a la sociedad un bien específico, por ejemplo:

Er: “¿Me explicarías en qué consisten esas tareas extras?”

Eo: “Si acá mira, cuando falta nuestra encargada somos las enfermeras con más antigüedad las que tomamos las decisiones” (...) “En este tipo de trabajo la experiencia te da la capacidad de enseñar más allá de tus conocimientos en sí, el ser una referencia para tus subalternos es primordial muchas veces, y no solo a nivel laboral sino también fuera de tu lugar de trabajo, siempre un profesional de la salud es un referente para la comunidad”. (Enfermera, sector privado).

Se entendió entonces que los profesionales de la salud perciben que son poseedores de un cierto status social, no entendido como tal, sino manifestado en relación a ciertos

beneficios, potestades y distinciones con las que suelen contar, sobre todo en el caso de los médicos, como se menciona a continuación:

Er “¿Me explicaría a que se refiere cuando dice gestión y regulación?”

Eo: “Le podría decir que cada Hospital, Sanatorio o nosocomio tiene sus maneras y formas de gestionarse y yo siempre busco lugares donde a los médicos se les otorga el crédito que merecen y me gusta rodearme de gente que le guste lo que hace, y más refiriéndome a los hospitales públicos, ¿no le parece?”. (Médico, sector privado).

En relación a esto Freidson et ál (1978), considera que el profesional de la salud debe enfatizar los valores que han caracterizado, tradicionalmente, a la medicina. Ya que desde el punto de vista social el profesional debe reafirmar los valores buscando promoverlos, fomentarlos y ejercerlos. En otras palabras, el autor considera que el profesional debería utilizar esas potestades y beneficios para el bien común.

9.6 Relación Médico y Enfermera:

El trabajo entre los médicos y las nurses fue descrito como un trabajo de apoyo mutuo, en varias entrevistas se desprende que los médicos se apoyan en la toma de decisiones en las nurses, ya que son estas las que están en el cotidiano en la organización del trabajo de las enfermeras y con los pacientes; las nurses cumplen un rol de informantes para mantener al tanto a los médicos de la situación de cada paciente.

En lo que respecta a las enfermeras Etcheverry et ál (2014), considera que el saber de las enfermeras las coloca en una posición de asimetría con respecto al saber médico. El autor manifiesta además que las relaciones interpersonales en ámbitos laborales pueden estar marcadas por conflictos donde surjan cuestiones de poder.

De las entrevistas se desprende que las enfermeras son consideradas por los médicos, como ayudantes necesarias para que el trabajo del equipo de salud se desarrolle, como se señala en una de las entrevistas:

Eo: “Las enfermeras ya sea en el Clínicas o acá, siempre cumplen las mismas funciones de gran importancia ellas son las encargadas de la sala, del cuidado de los pacientes y las nurses hacen más bien una especie de trabajo de coordinación, de organización de historias clínicas y son las que tienen más contacto con los médicos de sala. El trabajo de las nurses y las enfermeras es de gran importancia para que nuestro trabajo se desarrolle bien” (...) “Las nurses están más instruidas como usted sabrá y eso hace a veces que con mis colegas hablemos de temas más complejos con ellas”.

(Médico, sector privado).

Las lógicas de relacionamiento que esta investigación encontró, en su mayoría dan cuenta de la relevancia de un trabajo donde la cooperación conforma el relacionamiento diario del trabajo de estos profesionales.

En varios casos, las personas entrevistadas catalogaron ese trabajo colaborativo como una “cadena” donde el fallo de uno de los eslabones genera problemas en el desarrollo de sus funciones.

Esa lógica laboral se encontró en la mayoría de las entrevistas a los profesionales de la salud, los médicos en reiteradas oportunidades catalogaron su trabajo como un trabajo de equipo, destacando la necesidad del trabajo de las enfermeras y las nurses para que sus labores se desarrollan de forma plena, por ejemplo:

Eo: “Bueno mira acá en mi área somos dos nurses y cuatro enfermeras, como ya te conté acá el trabajo de la Nurse es más bien de administración y el de las enfermeras es de cuidar a los pacientes (...) “Y los médicos de esta área con los que trabajo son los de las especialidades como te dije Oftalmólogo y médico Internista, ellos vienen atienden a sus pacientes y se van, no hacen mucho más que eso. Con nosotros tratan los temas de coordinación de consultas”.

(Nurse, sector privado).

La relación entre los médicos y las nurses se visualizó más estrecha y de apoyo mutuo, siendo las nurses catalogadas como referentes de los médicos y las enfermeras catalogadas por los médicos y las nurses como esenciales para el trabajo diario con el paciente, viéndose un equipo de trabajo donde el apoyo entre todos los profesionales es esencial para lograr sus funciones.

9.7 Las tensiones en el ámbito de la salud y su naturalización:

El desbordamiento del rol de enfermería, según Etcheverry et ál (2014), puede ser un motivo de tensión, es decir, cuando la enfermera se ve obligada a realizar tareas para las que no se preparó, y que trascienden el rol “previsto”, aunque aparecen algunos rasgos omnipotentes, con connotaciones morales, como si dentro del rol estuviera establecido que se debe poder.

En relación a la naturalización de tensiones en el ámbito laboral según Jorgón et ál (2019), la inercia de la costumbre o posiblemente la necesidad de adaptación, llevará al trabajador a naturalizar su ambiente, su espacio, sus relaciones, sus labores, su todo

Luego de realizar el análisis de las entrevistas se vio reflejada la naturalización de las tensiones que surgen entre los trabajadores de la salud.

La investigación encontró que las tensiones están relacionadas a cuestiones de la organización del trabajo diario, como pérdida de historias clínicas, quejas por los horarios, entre otras, a las que los profesionales le restaron importancia, y no fueron calificadas como tensiones sino como “problemas” o “conflictos”; por ejemplo:

Er: “¿Pero esa cooperación siempre se logra sin que haya tensiones por ejemplo?”

Eo: “Ah sí, en ese sentido, si usted investiga el trabajo va encontrar que en todos los trabajos del mundo hay conflictos, pero imagínese que en este tipo de trabajo si no se coopera y se sobrellevan ciertas cuestiones de fondo no se hace el trabajo”. (...)” Antes en las emergencias si tenía más contacto, pero todos los conflictos que podrían surgir se solucionaban hablando y pidiendo ayuda en muchos casos”. (Médico, sector privado).

Se entiende que al trabajar en un ámbito donde la colaboración entre los profesionales es esencial, donde la salud del paciente debe anteponerse a todo, las tensiones que pueden surgir deben tener una solución.

Los trabajadores tienen presente que sin ayuda de los demás, no es posible realizar en plena medida sus labores, deben tomar entonces decisiones rápidas para mitigar cualquiera sea el problema que afecte el desarrollo del trabajo, por ejemplo:

Er: “¿El trabajo de las Enfermeras y la Nurses es importante para realizar tus labores?”

Eo: “Obviamente, sin ellas todo sería más complicado, en la organización sobre todo de mi trabajo, además el grupo que se forma en esta área es una maravilla”. (...) “A veces surgen problemas que pueden ser por cosas tontas como la perdida de algunos datos o referencias de algún paciente, por ejemplo, pero si es algo más complejo siempre tratamos de que eso no nos afecte porque es un trabajo que si no se hace entre todo el equipo no se logra”.

(Médico, sector público).

Lo destacable aquí, es que las tensiones se superan y la cooperación toma las formas que sean necesarias, para que el trabajo se lleve a cabo, desde la ayuda mutua entre los trabajadores para resolver algún problema con pacientes, hasta cuestiones más complejas como el debate entre las nurses y los médicos sobre casos complejo; cómo se señala en una de las entrevistas:

Eo: “Bueno acá somos varios enfermeros, pero por lo general se trabaja bien, nos ayudamos entre nosotros y si surge algún problema lo tratamos de solucionar entre todos.”

Er: “¿A qué se refiere cuando dice que surgen problemas?”

Eo: “A problemas que pueden surgir como discusiones o pérdidas de materiales que pasan, yo que sé, gente desconforme con los horarios, no todos tenemos las mismas ideas, no pensamos igual” (...) “Yo creo particularmente que el trabajo debe ser en conjunto, sino no se logra nada.” (Enfermero, sector privado).

Se puede entender entonces que, a través del desarrollo del trabajo colaborativo, cada integrante del equipo aprende a resolver los problemas que forman parte del cotidiano, sin que esto los afecte en lo individual y en lo colectivo.

Esto se puede relacionar a lo que manifiesta Nión et ál (2018), en lo que tiene que ver con riesgo laboral, donde la naturalización de las condiciones laborales lleva a que el trabajador no las considere perjudiciales, sabiendo que esa situación es injusta, pero considerándola, “incambiable”.

La confianza se hace esencial aquí, ya que más allá de los problemas que puedan surgir los trabajadores tiene claro que sin confianza y superación de problemas, no se puede conformar un buen equipo de trabajo, sobre todo en un área laboral tan compleja como es el trabajo diario en salud.

9.8 Confianza:

Siguiendo las palabras de Rando et ál (2016), para que exista un correcto funcionamiento de los equipos de salud los profesionales deben trabajar en un ámbito de confianza mutua. La autora manifiesta que a pesar de que esa confianza es difícil de conseguir hará cuando es genuina genera un clima de respeto y libertad.

Si bien de las entrevistas surge un paralelismo con lo descrito por la autora en la investigación la confianza fue descripta, además, como consecuencia del saber y de las habilidades de cada profesional, y considerada esencial para el buen desempeño del equipo de salud.

Fue catalogada además como la fuerza que impulsa la labor de los profesionales y que ayuda a superar cualquier problema que pueda surgir, por ejemplo:

Er: “¿Me contaría de qué manera ellos colaboran con Ud.?”

Eo: “Si, mira, por ejemplo, las enfermeras practicantes me ayudan con el tema de los materiales así ya se van familiarizando con materiales e instrumentos” (...) “Es una cadena donde se rompe algún eslabón se rompe todo” (se ríe). (...) “Creo realmente que la confianza en el equipo de trabajo es esencial para que se logre nuestro objetivo que cuidar la salud de los pacientes” (...) “La confianza es la fuerza que nos da a cada uno que forma parte del equipo, saber que tenemos el respaldo de nuestros compañeros”. (Nurse, sector público).

En las entrevistas se vio la importancia de la confianza en el equipo, pero además, en la necesidad de que cada uno de los profesionales, en su calidad de técnico, confíe en sí mismo, siendo esto parte esencial para el desarrollo de las funciones de cada trabajador, como se señala a continuación:

Eo: “Mira, mi labor es ser la directora de esta área, esa es mi profesión, yo soy Nurse aquí hace más de 22 años y esa sería mi labor formal.”. (...)” Considero que la confianza que se ha depositado en mí en el desempeño de esta función es esencial para el desarrollo de mi trabajo, además de confiar en el equipo que dirijo es primordial ya que trabajar en salud requiere de un equipo sólido que se base en la confianza mutua”.
(Nurse, sector público).

En esa línea de pensamiento está lo expresado por Para Hernández et ál (2015), el cual considera que cada integrante del equipo de salud debe ser capaz de confiar totalmente en sus compañeros, tratando de solucionar los problemas que puedan surgir enfocados en un objetivo común.

Se puede entender entonces, que la confianza es considerada por los trabajadores como parte esencial de su trabajo, ayudándolos a superar las tensiones que puedan surgir y apoyándolos en su trabajo, buscando lograr a través del buen desempeño del trabajo en equipo, una atención de calidad de los pacientes.

10. REFLEXIONES FINALES

Partiendo de las preguntas que guiaron esta investigación ¿Cómo los médicos, nurses y enfermeras vivencian el trabajo colaborativo en el primer nivel de atención?, ¿Cuáles son las tensiones que se generan en el trabajo colaborativo según estos profesionales de la salud?, y luego del análisis de las dimensiones planteadas se encontraron los siguientes hallazgos:

En lo que tiene que ver con la reforma del sistema de salud, se visualizaron cambios principalmente en la organización del trabajo, llevando a que los profesionales debieran adaptarse y perfeccionarse para cumplir las demandas del sistema de salud.

De las entrevistas se desprende que en los hospitales públicos sobre todo los más grandes, como el Hospital de Clínicas y el Hospital Maciel, el trabajo es más intenso y requiere de mayor coordinación y colaboración entre los trabajadores para que todo lo que enfrenten en el día a día lo sobrelleven de la mejor manera posible.

En las áreas donde este trabajo en equipo se intensifica, y donde la cooperación se ve más claramente, es en las emergencias, allí la coordinación y acción rápida de los trabajadores es de suma importancia para el buen desarrollo de las labores, que en muchos de los casos se trata de emergencias que tienen que ver con la vida o la muerte de un paciente.

Mientras tanto en las salas de internación, si bien el trabajo colaborativo se vio reflejado no fue expresado tan cabalmente como si se dio en las emergencias de los hospitales públicos.

En el caso de los centros privados el trabajo si bien es desde antemano calificado por los entrevistados como un trabajo de cooperación, la investigación permitió comprobar que su lógica de acción es más estructurada o centrada en lo que cada uno tiene que hacer, pese a esto los entrevistados manifestaron en varios casos, la presencia de cooperación ante problemas que afectaran al trabajo en su conjunto.

En varios casos los entrevistados catalogaron ese trabajo en equipo como una “cadena” donde el fallo de uno de los eslabones genera problemas en todo el trabajo

Es por esto que se entendió que más allá del área en que cada profesional desarrolle sus funciones, de su formación y habilidades, es clara la necesidad del trabajo colaborativo que tiene cada uno de los integrantes del equipo de salud.

En lo que respecta a los saberes y habilidades se puede concluir el saber se vio catalogado como consecuencia de la formación de estos trabajadores, basado en los años de práctica, y promotor de cierto reconocimiento (sobre todo en el caso de los médicos), siendo estos

considerados como referentes, por los demás integrantes del equipo de salud y por la comunidad.

Estas dimensiones se encontraron relacionadas con la confianza, el status social y la autoridad y jerarquía que se les otorga a los médicos.

Las funciones que realizan los trabajadores de la salud se vieron relacionadas a la responsabilidad que les demandan, donde el trabajo colaborativo entre los profesionales fue descrito nuevamente como esencial.

Las dimensiones autoridad y jerarquía se vieron descritas en relación a ciertas potestades y beneficios que perciben tener (sobre todo los médicos), en la toma de decisiones sobre pacientes, capacidad para lograr mejores cargos, etc.

Se visualizó que la autoridad y jerarquía es percibida por los trabajadores, como algo natural que devienen de su formación. Se vio claramente la relación de estas dimensiones con el saber, las habilidades, funciones y responsabilidades, confianza y status social.

La dimensión status social se encontró mayormente en el caso de los médicos, los cuales no lo perciben como tal, sino que lo vivencian al ser considerados referentes tanto en su ámbito laboral como en la sociedad, esta dimensión se encontró relacionada con los saberes, habilidades, la autoridad y la jerarquía, las funciones y responsabilidades, y la confianza.

En el caso de la relación médico enfermera, esta se vio como un vínculo de apoyo mutuo, el cual se visualizó más estrecho entre los médicos y nurses; y entre las enfermeras y nurses, el trabajo colaborativo entre ellos se vivencia como algo cotidiano y esencial para el desarrollo de sus funciones, esta dimensión se encontró relacionada con los saberes y habilidades, las funciones y responsabilidades y la confianza las cuales juegan un papel determinante en la relación entre los profesionales.

Las tensiones fueron descritas por los profesionales como “problemas” o “conflictos”, la naturalización de las tensiones fue la dimensión que surgió luego de la investigación ya que se buscó indagarlas por separado, entendiéndose luego del análisis que ambas van de la mano, ya que en un trabajo donde la cooperación es la base para un buen desarrollo del trabajo de estos profesionales, las tensiones deben pasarse por alto, y ser resueltas en la inmediatez, lo que se logra, según el relato de los entrevistados, a través de la confianza entre los integrantes del equipo de salud.

La confianza es entendida por los profesionales como una necesidad a la hora del trabajo del equipo de salud, y como consecuencia del saber de los profesionales, sin la confianza en el saber del otro, el equipo de salud no sería posible.

Pero luego de la descripción de cada una de las dimensiones trabajadas en la investigación, surge nuevamente la pregunta como a través de estas dimensiones se ve reflejada la vivencia del trabajo colaborativo de los trabajadores de la salud.

Todas estas dimensiones convergen para que el trabajo colaborativo se desarrolle, ese trabajo de colaboración, es vivenciado por los profesionales, como algo cotidiano y esencial, desarrollándose a través de los saberes y habilidades de los profesionales, que se encuentran en un vínculo continuo donde cada uno cumple diferentes funciones que les insumen ciertas responsabilidades, debiéndose adaptar a las demandas del sistema. Donde la jerarquía y la autoridad son naturalizadas, al igual que el status social, los cuales devienen de sus formaciones, y donde la confianza en cada integrante del equipo de salud se vuelve una necesidad, para que las tensiones se sobrellevar, y se logre un trabajo colaborativo de calidad para el paciente.

Si bien no se encontró en la investigación relatos donde explícitamente los profesionales sostuvieran que vivencian el trabajo colaborativo como requisito, sí se puede sostener que lo consideran una necesidad que emerge del propio trabajo en equipo, algo esencial para lograr desempeñar su trabajo brindando una atención de calidad.

Sin dudas en futuras investigaciones se podrá profundizar sobre esta rama de la actividad, buscando conocer aún más sobre un campo de investigación tan complejo y fascinante, el cual en la actualidad con la aparición de la pandemia, enfrenta un gran desafío que interpela diariamente a los profesionales y a su trabajo.

11. BIBLIOGRAFÍA

Batthyany, Karina, González Francisco, Marcia Barbero M, Barrero Gabriel. (2018) *“La profesión médica en el Uruguay”*. Caracterización del perfil profesional y la inserción laboral de los médicos en el Uruguay. Colegio Médico del Uruguay.

Bertolotto, Antonio (2009): *La formación de Equipos Interdisciplinario de Salud*. Ponencia
Encuentro PMC “Promoción de la salud: el recorrido para encontrarnos” Buenos Aires.

Biaggini Graciela; Silvina Gygli (2015): *Trabajo en equipo redes y participación*. Gobernatura Universal de Salud. Ministerio de Salud de Argentina

Blanchet, Alain. (1987). *Técnicas de investigación en las Ciencias Sociales: Entrevistar*. Ed: Narea S.A. Madrid.

Etcheverry, Gabriela (2014) *“Relación asistencial y grupalidades en la enfermería hospitalaria”: el caso del Centro Hospitalario Pereira Rossell*.
Tesis para optar al título de Magister en Psicología Social. Facultad de Psicología
Universidad de la Republica.

Fabelo, José (2011). *Los valores y sus desafíos actuales*. La Habana. Editorial José Martí.

Fernández, Ana. (1992). *El campo grupal*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Flick, Uwe. (2004), *Un compañero para la investigación cualitativa*. Sage Publicación.

Freidson, Eliot. (1978) *La profesión médica un estudio de Sociología del conocimiento aplicado*. Red de bibliotecas universitarias.

González Requena, E. (2015): *“Practica colaborativa entre los profesionales del sistema de salud”*. Universidad de las Islas Baleares.

González, Tabaré y Olesker, Daniel (Compiladores) (2006) *“La Construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud” MSP*. Montevideo, Uruguay.

Hernández Vergara Mónica (2015) Tesis de grado “*Confianza en los equipos de trabajo*”. *El manejo de la confianza en los equipos de trabajo en investigaciones*, (2008-2013) Universidad Santo Tomás, División de Ciencias de la Salud, Facultad de Psicología Bogotá, Colombia.

Ramón Luz, Gorjón Francisco, (2019) *Armonía organizacional, conflicto y la naturalización de lo inicuo*. Universidad Autónoma de Nuevo León, México; Universidad Simón Bolívar, Colombia.

Marqués, Josep (1981). *No es natural. Para una sociología de la vida cotidiana*. Barcelona: Anagrama.

Nión, Soledad (2012) Tesis de Maestría: *La Construcción Social del Riesgo Laboral. Los trabajadores de la industria forestal uruguaya (fase rural)*. UDELAR. Facultad de Ciencias Sociales.

Prieto, Laura. (2015) *La Imagen Social de la Enfermería* Revisión Narrativa Trabajo final de grado. Universidad Autónoma de Madrid, España.

Reeves, Scott, Lewin, S., Espin, S., Zwarenstein, Merrick. (2010). Promoción del partenariado para la salud: trabajo en equipo interprofesional para la atención sanitaria y social.

Sandoval, Carlos (2002) “*Programa de especialización en Teoría, Métodos y Técnicas de Investigación social*”. Bogotá: Editores Arfo.

Villalbí Joan, Cusí Meritxell, Caylá Joan, Durán Julia, Guix Joan. (2012) *El ejercicio de la autoridad sanitaria: los principios, lo reglamentado y la incertidumbre*. Gac Sanit.

Vítolo Fabián (2012) *Relación Médico y Enfermera esencial para la seguridad de los pacientes*. Biblioteca Virtual Noble.

Zwarenstein, M., Rice, K., Gotlib-Conn, L., Kenaszchuk, C., & Reeves, S. (2013). Un estudio cualitativo de la comunicación y la colaboración entre médicos y otras profesiones en las salas de medicina interna general. Investigación de servicios de Salud.

Revistas:

Briozzo, Leonel (2007) *La crisis como oportunidad reformulando la relación sanitaria*.
Revista Médica Uruguay, Vol. 23, págs. 139-141.

Brito, Pedro (2018) *Impacto de las reformas del sector de la salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral*
Revista Panamá Salud Publica, págs. 43-54.

Del Barrio Miriam., Reverte, Mayte: (2010) *Evaluación del trabajo en equipo en seis unidades de cuidados intensivos de dos hospitales universitarios*.
Revista de Enfermería Intensiva Vol. 21, N.º. 4, 2010, págs. 150-160.

Évora, Mercedes; Yunexis, Teresa; Aguilera Nobalbo (2012): *Conductas autoritarias y de poder en la práctica médica. Consideraciones*.
Centro de Desarrollo de las Ciencias Sociales y Humanísticas en Salud
Revista Humanidades Médicas, págs. 252-261.

Franco, A (2015); *El rol de los profesionales de la salud en la atención primaria en salud (APS)*.
Revista Salud Pública, artículo de opinión, págs. 415-421, Medellín Colombia.

Gallo, Luis (2015): *El proceso de reforma de la salud en el Uruguay: pasado, presente y futuro*. Revista Monitor Estratégico, Edición nº7 págs. 38-43.

Horwitz, Nina (2006); *El Sentido Social del Profesionalismo Médico*.
Revista Médica de Chile Vol134, N°4, págs.: 520-524.

Jansen, Lois (2008) *Equipos sanitarios colaborativos e interdisciplinarios: ¿preparados o no?* *Revista de enfermería profesional*: Revista oficial de la Asociación Americana de facultades de enfermería. Págs.218–27.

Ni3n, Soledad; Pereyra, Valentina (2018) Art3culo Salud Colectiva Universidad Nacional de Lan3s *Construcci3n social del riesgo en el agro uruguayo: desaf3os a la actividad sindical*. p3gs 743-754.

Rando, Karina (2016) *Trabajo en equipo: 3es posible formar equipos m3dicos expertos a partir de profesionales expertos?* Art3culo de opini3n, Revista M3dica del Uruguay, Vol. 32, N31 p3gs 32, 59, 67.

Rojas, Francisco (2007) *El desarrollo de la econom3a global y su impacto sobre las pol3ticas de salud*. Revista Cubana Salud P3blica. p3gs. 253-259.

P3ginas web consultadas:

<http://www.parlamento.gub.uy>

<https://www.impo.com.uy/>

<https://www.colibri.udelar.edu.uy/>

<https://www.smu.org.uy>

ANEXO I

CUADRO DESCRIPTIVO DEL TRABAJO DE CAMPO

Número de entrevista	Fecha de la entrevista	Profesión	Área
1	15/5/2013	Directora de enfermería pediátrica.	pública
2	15/5/2013	Pediatra	pública
3	20/5/2013	Enfermera	pública
4	22/5/2013	Nurse	pública
5	27/5/2013	Medicina General	pública
6	4/6/0213	Enfermera	pública
7	7/6/2013	Enfermera	pública
8	10/6/2013	Medicina General	privada
9	10/6/2013	Nurse encargada de enfermería	privada
10	16/6/2013	Nurse	privada
11	12/9/2013	Enfermera	pública
12	18/9/2013	Medicina General	privada
13	18/9/2013	Nurse	privada
14	20/9/2013	Ginecóloga	pública
15	25/9/2013	Otorrinolaringólogo	pública
16	25/9/2013	Pediatra	pública
17	27/9/2013	Nurse	privada
18	30/9/2013	Odontóloga y Medica General	pública
19	30/9/2013	Enfermero	privada
20	30/9/2013	Enfermero	privada

Análisis de documentación secundaria

Se analizo la ley N°18211 reglamentada por el decreto N.º 2/008 de 08/01/2008, la cual promulga la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud, analizando los artículos N° 4 y N°34.

ANEXO II

Pauta de las entrevistas:

¿Podría contarme como es un día de su trabajo?

¿Me podría contar como es trabajar en esta institución?

¿Me explicaría como es el trabajo de sus demás compañeros?

¿Quién regula esas labores?

¿Cree que la reforma de la salud generó cambios en tus labores y en la de tus compañeros?"

¿Nota alguna diferencia entre el área pública y privada?