

Una aproximación al modelo médico hegemónico como representación social del colectivo enfermero

An approach to the hegemonic medical model as a social representation of the nursing collective

Darío Oscar Siani¹ y Marcos Antonio Requena Arellano²

Resumen

El artículo reporta la tesis doctoral de uno de los autores cuyo objetivo fue describir percepciones de licenciados en enfermería respecto del modelo médico hegemónico (MMH) y su relación con la gestión de enfermería. La investigación tuvo enfoque hermenéutico, nivel descriptivo, y diseño transversal. Se utilizó un muestreo voluntario de 93 licenciados en enfermería cursantes de posgrado en una universidad privada Argentina, que se desempeñan en organizaciones sanitario-asistenciales del Área Metropolitana de Buenos Aires. Se aplicó un análisis cualitativo de contenido, coherente con el método comparativo continuo de la Teoría Fundamentada. Se hallaron 26 categorías perceptuales que dan cuenta de la presencia del MMH en las organizaciones sanitario asistenciales. Estos hallazgos, constituyen un avance en el conocimiento de los modos mediante los cuales el MMH es percibido por licenciados en enfermería, y confirmaron una variedad de aportes teóricos previos sobre el mismo, así como sobre las representaciones sociales.

Palabras Clave

Modelo médico hegemónico; representaciones sociales; clima organizacional; organizaciones sanitarias.

Abstract

The article reports the doctoral thesis of one of the authors whose objective was to describe the perceptions of nursing graduates regarding the hegemonic medical model (HMM) and its relationship with nursing management. The research had a hermeneutic approach, descriptive level, and transversal design. A voluntary sample of 93 graduate nursing students in a private university in Argentina who work in health care organizations in the Metropolitan Area of Buenos Aires, was used. A qualitative content analysis was

¹ Dr. en Psicología Social (Universidad Argentina John F. Kennedy), Lic. en Relaciones Industriales (Universidad Argentina de la Empresa), Lic. en Relaciones Públicas (Universidad Argentina John F. Kennedy), Maestrando en Psicología Empresarial y Organizacional - proyecto aprobado - (Universidad de Belgrano), Director de la Licenciatura en Gestión de Recursos Humanos de la Universidad Maimónides. Consultor y coach organizacional. Mail de contacto: siani.dario@maimonides.edu

² Dr. en Educación (Universidad Católica Andrés Bello), Mgs. en Psicología Cognitiva (Universidad Católica Andrés Bello), Lic. en Filosofía (Universidad Central de Venezuela). Coordinador de Investigación del Área de Ciencias Humanas y Sociales, Universidad Siglo 21. Investigador en procesos de aprendizaje y autorregulación académica. Profesor del Posgrado en Educación, Universidad Católica Andrés Bello. Contacto: marcos.requena@ues21.edu.ar

applied, consistent with the continuous comparative method of the Grounded Theory. Twenty-six perceptual categories were found that show the presence of the HMM in health care organizations. These findings constitute an advance in the knowledge of the ways in which the HMM is perceived by nursing graduates, and confirmed a variety of previous theoretical contributions about it, as well as about social representations.

Key Words

Hegemonic medical model; social representations; organizational climate; healthcare organizations.

Introducción

El presente artículo expone los antecedentes y resultados de un trabajo de tesis en el marco del Doctorado en Psicología Social de la Universidad Kennedy. Los datos fueron levantados entre 2017 y 2018. La vacancia de conocimiento que se buscó cubrir se refirió a que no se encuentra en la literatura científica investigaciones que den cuenta de los "anclajes organizacionales" del MMH en las organizaciones sanitario asistenciales, toda vez que se verifica en el estado del arte una abundante y muy fuertemente concordante producción sobre la caracterización del mismo en cuanto a aspectos teóricos en el orden antropológico, psicosocial, cultural, y en cuanto al modo de entender la salud, la enfermedad y el ejercicio de la medicina.

En el contexto del presente artículo, se entiende por "anclaje organizacional" las manifestaciones materiales específicas del MMH en la organización sanitario asistencial, expresadas por medio de comportamientos, políticas, procedimientos, reglas de operación funcional y todo otro signo de la cultura organizacional. Para mayor abundamiento sobre esta vacancia luce necesario señalar que, en cuanto a la presencia del MMH en las organizaciones sanitario-asistenciales y sus efectos en el funcionamiento de las mismas, solo se pudieron localizar en el estado del arte descripciones de orden general. En esta línea de trabajo se presentarán algunos ejemplos a continuación.

En cuanto a la caracterización del MMH que se pudo recuperar en el estado del arte, cabe señalar que desde sus primeras apariciones en los escritos de Menéndez (1988) hasta la actualidad, las descripciones del MMH desarrolladas por distintos autores han girado de manera fuertemente concordante alrededor de los mismos rasgos constitutivos descriptos por primera vez por este autor.

Para Menéndez (1988), el MMH contiene una serie de rasgos considerados como estructurales. Ellos son: biologismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento del consumidor, legitimación jurídica, profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica, tendencias

inductivas al consumo médico.

Nowicki (2015) sostiene que el MMH tiene efectos en el funcionamiento operativo de las organizaciones sanitario-asistenciales, que van más allá de los aspectos relativos al ejercicio de la profesión médica en cuanto a la relación médico paciente. Este modelo impacta en las normas y procedimientos sobre los cuales deben ejecutarse las distintas actividades operativas dentro de la organización sanitaria, también en las líneas de relación funcional entre personas y entre puestos de trabajo, líneas de dependencia, responsabilidades, y mecanismos de coordinación y de control. Asimismo, ejerce influencia en el proceso de toma de decisiones al más alto nivel de la organización.

En relación a la calidad de atención y seguridad de los pacientes, Vitolo (2012) sostiene la importancia de estudiar la relación entre médicos y enfermeros, toda vez que de esta relación depende en gran medida la calidad de la atención y seguridad de los pacientes, como así también el nivel de conflictividad médico-legal.

Whitehead & Davis (2001) consideran necesario desarrollar en el sistema de salud un clima organizacional de mayor colaboración, cooperación, formación de equipos y trabajo multiprofesional. Para el logro de tal clima se requiere establecer relaciones de trabajo democráticas que permitan un mayor nivel de asociatividad entre iguales. Este necesario clima organizacional parecería no ser frecuente en las organizaciones de salud, especialmente entre los grupos profesionales de medicina y enfermería (Whitehead & Peter, 2001).

Con base en el contexto teórico-empírico hasta aquí descrito, la pregunta general que se buscó responder con la investigación fue: ¿Cuáles son las percepciones de los licenciados en enfermería respecto de los modos mediante los cuales el modelo médico hegemónico (MMH) se manifiesta y ejerce influencia como generador de obstáculos y conflictos en la gestión de enfermería que se lleva a cabo en las organizaciones sanitario asistenciales? La hipótesis fundamental que se buscó contrastar fue que los licenciados en enfermería presentan un amplio espectro de percepciones respecto de los modos mediante los cuales el MMH se manifiesta y ejerce influencia como generador de obstáculos y conflictos en la gestión de enfermería que se lleva a cabo en las organizaciones sanitario asistenciales.

Método

La investigación siguió una metodología cualitativa sobre un corpus documental, con nivel descriptivo y diseño transversal, levantándose los datos entre 2017 y 2018, referidos a la ocurrencia del fenómeno de estudio en organizaciones sanitario-asistenciales de gestión pública y privada del AMBA.

La población cuya percepción sobre el MMH fue estudiada estuvo conformada por todos los alumnos que cursaron en forma presencial la asignatura Negociación, correspondiente a la Maestría en Gerenciamiento Integral de Servicios de Enfermería que dicta la Universidad Maimónides en su Sede, situada en el barrio de Caballito (CABA), en los ciclos lectivos 2017 y 2018. Estos alumnos sumaron en total 151 y corresponden a las comisiones de días jueves y sábados, no habiendo más alumnos que cursen la asignatura Negociación en dichos ciclos lectivos. Los alumnos que participaron de la investigación tuvieron como lugar de residencia y trabajo el AMBA (zona urbana común que conforman la CABA y 40 municipios de la Provincia de Buenos Aires – primer y segundo cordón).

Se utilizó el tipo de muestra de participantes voluntarios, tal como suele utilizarse en ciencias sociales y médicas (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista, 2014). Las distribuciones de la muestra por edad, sexo y tipo de institución no se consideraron útiles a los fines del presente artículo, por lo que no se dará cuenta de ellas. Integraron la muestra quienes cumplieron los siguientes criterios de inclusión: a) haber aceptado, mediante consentimiento informado, participar de la investigación aportando su trabajo escrito de análisis de experiencias; b) desempeñar sus funciones como licenciado en enfermería en organizaciones sanitario asistenciales de gestión privada o de gestión pública localizadas en el AMBA. Los criterios de exclusión aplicados fueron los siguientes: a) Licenciados en Enfermería que trabajen en forma exclusiva en los departamentos de medicina laboral de empresas; b) Licenciados en Enfermería que trabajen exclusivamente en Servicios de Enfermería a Domicilio; c) Licenciados en Enfermería que trabajen exclusivamente en Empresas de Emergencias Médicas; d) Licenciados en Enfermería que trabajen exclusivamente en las Fuerzas de Seguridad Nacional, Provincial o Municipal.

Los criterios de exclusión se justifican en la necesidad de lograr un razonable nivel de homogeneidad de la muestra, toda vez que la investigación buscó pesquisar y describir percepciones de licenciados en enfermería, generadas específicamente en el ambiente organizacional propio de los hospitales públicos, sanatorios y clínicas privadas de atención a la salud. Fue necesario que el sujeto de indagación pudiera, introspección mediante, recuperar mnémicamente experiencias que necesariamente debían estar “ancladas” en el ambiente organizacional antes descripto. La exclusión de Licenciados en Enfermería que trabajen exclusivamente en las Fuerzas de Seguridad Nacional, Provincial o Municipal, se debe a que en dichas organizaciones los criterios, los modos y las normas respecto del ejercicio de la autoridad se ven impregnadas por la lógica propia de dichas fuerzas, a lo que se suma que los pacientes y sus familiares también son parte de dicha comunidad.

A estas previsiones que buscaron asegurar un razonable nivel de homogeneidad de la muestra, se sumaron otras; los sujetos que produjeron los trabajos escritos de donde se levantaron los datos: a)

pertenecen a un mismo nivel de formación en la profesión de Enfermería (Licenciados en Enfermería); b) comparten un mismo interés por la gestión de los servicios de salud: todos los maestrandos que integran esta población han elegido una maestría en gestión, de entre tantas maestrías que ofrece el mercado, con mayoría de ellas orientadas a lo asistencial, o a la investigación entre otras; c) tienen un conocimiento compartido sobre qué es el MMH. Este conocimiento compartido es adquirido por ellos y se socializa en distintas etapas de su formación profesional y en el contexto de sus interacciones en las organizaciones sanitarias.

Luego de aplicar los criterios de inclusión y de exclusión, y una vez finalizado el cursado de la asignatura, con las calificaciones de la misma concluidas y cerradas administrativamente, se le consultó por correo electrónico a cada uno de los alumnos si deseaban participar voluntariamente en la investigación, permitiendo que su trabajo práctico fuese utilizado como documento primario en la recolección de datos. Los alumnos que aceptaron participar voluntariamente completaron el correspondiente consentimiento informado. Así, se obtuvo una muestra no aleatoria de 93 alumnos que participaron con sus trabajos escritos de análisis de experiencias. En tal sentido el estudio limita sus hallazgos a la muestra seleccionada.

Se recogieron percepciones, verbalizadas en los referidos trabajos académicos individuales. La técnica de recolección de datos consistió en la técnica documental de análisis de experiencias personales, la cual es de naturaleza cualitativa (Hernández Sampieri, et al, 2014). Los productos fueron realizados por cada alumno en forma individual y como trabajo académico domiciliario. Esta condición posibilitó que cada alumno hiciera su introspección de manera individual y sin los efectos de la influencia grupal propias del entorno áulico, reduciendo los posibles sesgos en la recuperación de percepciones frente a la consigna dada por la cátedra para la realización del trabajo escrito.

La técnica de análisis consistió en un análisis cualitativo de contenido (Cáceres, 2003), el cual presenta una elevada correspondencia con el método comparativo continuo de la teoría fundamentada de Strauss y Corbin (2002). Se procesaron 93 documentos mediante el programa Atlas Ti, versión 5.2. Las unidades de análisis consistieron en cada uno de los fragmentos de discurso escrito, identificados en los 93 trabajos de análisis de experiencias realizados por los alumnos. Se tomó el criterio de unidad de tipo gramatical, y dentro de éste, el de frases clave (Cáceres, 2003).

Resultados

Se identificaron 602 fragmentos que refieren a percepciones sobre el objeto de conocimiento, las cuales, mediante una codificación abierta, se agruparon en 26 categorías perceptuales, a modo de códigos

abiertos (Cáceres, 2003). Los mismos dan cuenta de los modos en los que se manifiesta el MMH en las organizaciones sanitarias y su influencia como generador de obstáculos y conflictos en la gestión de enfermería. De esas 26 categorías emergieron 4 categorías axiales. Se presentan a continuación las definiciones que se les dio en la investigación a cada una de ellas:

1.- Percepciones que refieren a entorno de mala comunicación:

Percepciones que refieren a vivencias de un entorno de mala comunicación atribuida al MMH expresado mediante comportamientos de los médicos y prácticas de las organizaciones sanitarias. Este contenido socialmente problemático da cuenta de un conjunto de percepciones del licenciado en enfermería que refieren a la experiencia de estar bajo el influjo de una inadecuada gestión de la comunicación organizacional a causa del comportamiento de los médicos y de las prácticas organizacionales, lo cual provoca errores de trabajo, deteriora los vínculos personales, y genera ruidos de comunicación en el equipo de salud. Estas percepciones fueron recuperadas en las siguientes subcategorías, las cuales se presentaron como categorías abiertas (Cáceres, 2003): 1.- deteriora el clima laboral; 2.- deteriora el trabajo en equipo; 3.- genera ruidos en la comunicación.

2.- Percepciones que refieren a sentimiento de exclusión:

Percepciones que refieren a sentimiento de exclusión atribuido al MMH expresado mediante comportamientos de los médicos y prácticas de las organizaciones sanitario asistenciales. Conjunto de percepciones del licenciado en enfermería que refieren a ser rechazado, a no ser tenido en cuenta en las cuestiones que le competen en su ámbito laboral. Estas percepciones fueron recuperadas en las siguientes categorías perceptuales, las cuales se presentaron como categorías abiertas (Cáceres, 2003): 4.- limita o anula la participación; 5.- excluye de la comunicación; 6.- excluye de las decisiones; 7.- excluye de comités; 8.- excluye del acceso a la información.

3.- Percepciones que refieren menosprecio:

Percepciones que refieren a sentimiento de menosprecio atribuido al MMH expresado mediante comportamientos de los médicos y prácticas de las organizaciones sanitario asistenciales. Conjunto de percepciones del licenciado en enfermería que refieren a ser tenido en cuenta y considerado en menos de lo que se merece de acuerdo a su calificación profesional y al nivel de responsabilidad implicado en las funciones desempeñadas. Percepciones que refieren a ser ninguneado a partir de los comportamientos de los médicos y de las prácticas de las organizaciones sanitario asistenciales. Estas percepciones fueron recuperadas en las siguientes categorías perceptuales, las cuales se presentaron como categorías abiertas (Cáceres, 2003): 9.- Indica tareas inapropiadamente; 10.- Desestima aportes del enfermero; 11.- Se prioriza siempre a sí mismo; 12.- Culpabiliza; 13.- "Maltrata; 14.- Desconoce el rol del enfermero; 15.- Impone visión

biologicista del paciente.

4.- Percepciones que refieren intromisión y desplazamiento:

Percepciones que refieren a sentirse interferido y desplazado en la gestión, atribuido al MMH expresado mediante comportamientos de los médicos y prácticas de las organizaciones sanitarias. Conjunto de percepciones del licenciado en enfermería que refieren a ser privado de algo que le corresponde o que debe estar bajo su dominio, control, o a su disposición, de acuerdo a las funciones que desempeña en su ámbito laboral; que refieren a ser despojado de algo que le corresponde, a ser invadido, interferido, desplazado en una actividad o asunto que le corresponde de acuerdo a sus funciones laborales. Todo ello a causa de comportamientos de los médicos y de las prácticas organizacionales. Estas percepciones fueron recuperadas en las siguientes categorías perceptuales, las cuales se presentaron como categorías abiertas (Cáceres, 2003): 16.- Acapara espacios y equipos, 17.- Monopoliza cobertura de cargos; 18.- Evalúa desempeño sin competencia; 19.- Interfiere en planificación del recurso humano; 20.- Desplaza en el uso de firma; 21.- Desplaza en el liderazgo y mando; 22.- Interfiere en la gestión de insumos; 23.- Interfiere en sanciones disciplinarias; 24.- Interfiere en la capacitación; 25.- Acapara el contacto con Cúpula; 26.- Prevalece en el ápice de la estructura.

De este modo se accedió a un amplio espectro de percepciones que licenciados en enfermería han desarrollado con base en definiciones de situaciones sociales compartidas referidas a contenidos socialmente problemáticos, asignando significados a los comportamientos y a las prácticas de la organización sanitario asistenciales, a la luz de un contexto simbólico fuertemente determinado por una cognición compartida aglutinada bajo el concepto y el nombre de MMH. La Tabla 1 presenta, textualmente, el conjunto de categorías surgidas en la codificación abierta.

Tabla 1. Etiquetas empleadas en el proceso de codificación abierta emergente del análisis de las percepciones de los Licenciados en Enfermería.

Etiquetas de los 26 códigos abiertos	
1.- Acapara el contacto con la Cúpula	14.- Excluye del acceso a la información
2.- Acapara espacios y equipos	15.- Genera problemas de comunicación
3.- Culpabiliza	16.- Impone visión antropológica del paciente
4.- Desconoce el rol del enfermero	17.- Indica tareas inapropiadamente
5.- Desestima aportes del enfermero	18.- Interfiere en la capacitación
6.- Desplaza en el liderazgo y mando	19.- Interfiere en la gestión de insumos

Etiquetas de los 26 códigos abiertos

7.- Desplaza en el uso de firma	20.- Interfiere en planificación del recurso humano
8.- Deteriora el clima laboral	21.- Interfiere en sanciones disciplinarias
9.- Deteriora trabajo en equipo	22.- Limita o anula la participación
10.- Evalúa desempeño sin competencia	23.- Maltrata
11.- Excluye de Comités	24.- Monopoliza cobertura de cargos
12.- Excluye de la comunicación	25.- Prevalece en el ápice de la estructura
13.- Excluye de las decisiones	26.- Se prioriza siempre a si mismo

A continuación, se presentan las definiciones que se les dio en la investigación a cada uno de los 26 (veintiséis) códigos abiertos que emergieron del análisis cualitativo de contenido (Cáceres, 2003) de los 602 fragmentos de discurso escrito pesquisados en los 93 documentos:

1.- Acapara el contacto con Cúpula

Situaciones que suceden en el ámbito organizacional y que son vividas por el enfermero como una relación privilegiada del médico con la cúpula directiva de la organización, en desmedro de la relación que el enfermero debería tener con dicha cúpula en función de su rol, desplazándolo de manera injustificada de esta relación y poniéndolo en desventaja.

2.- Acapara espacios y equipos

Situaciones que suceden en el ámbito organizacional y que son vividas por el enfermero como una asignación desigual de espacios físicos y equipamiento en la organización, que perjudica el desarrollo de las tareas y las condiciones de trabajo del personal de enfermería, favoreciendo de manera injustificada al personal médico.

3.- Culpabiliza

Situaciones que suceden en el ámbito organizacional y que son vividas por el enfermero como una culpabilización injustificada del mismo, originada en errores u omisiones del médico.

4.- Desconoce el rol del enfermero

Situaciones que suceden en el ámbito organizacional y que son vividas por el enfermero como comportamientos del médico o prácticas de la organización, que denotan un desconocimiento de las incumbencias profesionales de enfermería, con un consecuente impacto funcional negativo en la gestión de los servicios de enfermería.

5.- Desestima aportes del enfermero

Situaciones que suceden en el ámbito organizacional y que son vividas por el enfermero como comportamientos del médico o prácticas organizacionales que denotan una desestimación de las observaciones del enfermero sobre el estado del paciente, y/o sobre cuestiones que hacen a la gestión, con un consecuente impacto funcional negativo en la gestión de los servicios de enfermería.

6.- Desplaza en el liderazgo y mando

Situaciones que suceden en el ámbito organizacional y que son vividas por el enfermero como un desplazamiento del liderazgo o mando que debería ejercer el enfermero con funciones de conducción, ocupando este lugar el médico, de manera injustificada.

7.- Desplaza en el uso de firma

Situaciones que suceden en el ámbito organizacional y que son vividas por el enfermero como requerimientos de uso de firma hacia el médico para autorizaciones o refrendaciones, de manera injustificada y en desmedro del uso de firma que debería ejercer el enfermero en orden a sus incumbencias profesionales, provenientes de los comportamientos de los médicos o de las prácticas organizacionales derivadas de la presencia del MMH.

8.- Deteriora el clima laboral

Situaciones que suceden en el ámbito organizacional y que son vividas por el enfermero como comportamientos del médico o prácticas organizacionales que afectan negativamente el clima de trabajo, con un consecuente impacto funcional negativo en la gestión de los servicios de enfermería

9.- Deteriora el trabajo en equipo

Situaciones que suceden en el ámbito organizacional y que son vividas por el enfermero como comportamientos del médico o prácticas organizacionales derivadas de la presencia del MMH, y que provocan efectos negativos en el trabajo en equipo.

10.- Evalúa desempeño sin competencia

Situaciones que suceden en el ámbito organizacional donde el médico ejerce el rol de evaluador del desempeño y los conocimientos actuales y potenciales del enfermero, sin competencia para ejercer dicho rol, lo cual es vivido por el enfermero como una interferencia injustificada y carente de legitimación profesional de parte del médico.

11.- Excluye de Comités

Situaciones que suceden en el ámbito organizacional y que son vividas por el enfermero como una ausencia o presencia insuficiente en los cuerpos colegiados, comités o equipos consultivos interdisciplinarios, para la implementación de acciones específicas de corta duración, o el desarrollo de actividades de carácter permanente, donde se toman decisiones que impactan en forma directa o indirecta en la gestión de los

servicios de enfermería.

12.- Excluye de la comunicación

Situaciones que suceden en el ámbito organizacional y que son vividas por el enfermero como una falta de comunicación hacia él respecto de cuestiones que son de su incumbencia, derivadas de comportamientos del médico o de prácticas organizacionales.

13.- Excluye de las decisiones

Situaciones que suceden en el ámbito organizacional y que son vividas por el enfermero como una falta de consideración hacia él en la toma de aquellas decisiones que tienen consecuencias en el desarrollo de sus funciones como gestor de servicios de enfermería; situaciones éstas que provienen de comportamientos de los médicos o de prácticas organizacionales.

14.- Excluye del acceso a la información.

Situaciones que suceden en el ámbito organizacional y que son vividas por el enfermero como una falta o restricción de acceso a información que es de su incumbencia; situaciones éstas que provienen de comportamientos del médico o prácticas organizacionales derivadas de la presencia del MMH, las cuales impactan negativamente en la gestión de enfermería.

15.- Genera problemas de comunicación

Situaciones que suceden en el ámbito organizacional y que son vividas por el enfermero como deficiencias de comunicación surgidas a partir de los comportamientos del médico o prácticas organizacionales derivadas de la presencia del MMH en la organización, las cuales impactan negativamente en la gestión de enfermería.

16.- Impone visión antropológica del paciente.

Situaciones que suceden en el ámbito organizacional y que son vividas por el enfermero como comportamientos del médico o prácticas organizacionales que denotan una falta de visión integral del paciente, con un consecuente impacto funcional negativo en la gestión de los servicios de enfermería.

17.- Indica tareas inapropiadamente.

Situaciones que suceden en el ámbito organizacional y que son vividas por el enfermero como indicaciones inapropiadas de tareas, (en el sentido de hacer o no hacer) del médico al enfermero, dado que dichas tareas están dentro de las actividades autónomas de enfermería (por lo que el médico no debería indicarlas), o bien porque no corresponde a enfermería hacerlas.

18.- Interfiere en la capacitación.

Situaciones que suceden en el ámbito organizacional y que son vividas por el enfermero como comportamientos del médico o prácticas organizacionales que denotan una intromisión injustificada en la

capacitación del enfermero, limitando de forma directa o indirecta y de manera injustificada, el acceso y la autonomía que debe tener el colectivo profesional enfermeros respecto de su propia capacitación, y el acceso a posibilidades de formación.

19.- Interfiere en la gestión de insumos

Situaciones que suceden en el ámbito organizacional y que son vividas por el enfermero como comportamientos del médico o prácticas organizacionales que denotan una intromisión injustificada en la gestión de los insumos necesarios para cumplir adecuadamente con los cuidados del paciente a cargo de enfermería.

20.- Interfiere en planificación del recurso humano

Comportamientos del médico o prácticas organizacionales que denotan una intromisión injustificada en el dimensionamiento y planificación de los planteles de recursos humanos de enfermería.

21.- Interfiere en sanciones disciplinarias

Situaciones que suceden en el ámbito organizacional y que son vividas por el enfermero como comportamientos del médico o prácticas organizacionales que denotan interferencias injustificadas en la administración de las cuestiones de orden disciplinario vinculadas a la valoración de los comportamientos del personal de enfermería.

22.- Limita o anula la participación

Situaciones que suceden en el ámbito organizacional y que son vividas por el enfermero como una ausencia o limitación de su necesaria participación, en aquellas cuestiones que son de su incumbencia por tener consecuencias en el desarrollo de sus funciones como gestor de servicios de enfermería.

23.- Maltrata

Situaciones que suceden en el ámbito organizacional y que son vividas por el enfermero como comportamientos del médico que denotan un trato inapropiado de éste hacia el enfermero, lo que impacta subjetivamente en el enfermero en forma negativa e influye negativamente en su desempeño laboral y con ello en la calidad de la gestión de los servicios de enfermería.

24.- Monopoliza cobertura de cargos

Situaciones que suceden en el ámbito organizacional y que son vividas por el enfermero como la preponderancia injustificada del médico en la ocupación de cargos dentro de la estructura orgánico-funcional de la organización sanitaria, en desmedro de las posibilidades de los enfermeros. En algunos casos esta ocupación de cargos puede estar dada en base a condiciones de ilegitimidad por parte del médico.

25.- Prevalece en el ápice de la estructura

Situaciones dadas en el ámbito organizacional y que son vividas por el enfermero como derivadas de una posición de desventaja que ocupa el Área de Enfermería en la estructura orgánico funcional de la organización sanitaria, a causa de la preponderancia de los médicos en la cobertura de los cargos de alta dirección.

26.- Se prioriza siempre a si mismo

Situaciones que suceden en el ámbito organizacional y que son vividas por el enfermero como una preponderancia injustificada del tiempo del médico por sobre el del enfermero, en todo momento y circunstancia, sin evaluar las razones de importancia y urgencia de las tareas de uno y otro.

El desarrollo y la consolidación de estas cogniciones compartidas respecto del MMH tiene lugar en todos los casos en primer lugar en el ambiente formativo, ligado al estudio de la historia de la enfermería profesional, como así también al estudio de las actividades independientes del enfermero y el desarrollo de su autonomía profesional, a lo que se suman luego vivencias reforzadoras de este constructo aprendido por el enfermero durante su formación, al experimentar el desempeño de su rol profesional en el campo concreto de las organizaciones sanitario asistenciales.

Conclusiones

En la investigación reportada se verificaron articulaciones teóricas entre los hallazgos y las siguientes temáticas que corresponden al campo disciplinar de la psicología de las organizaciones y aplican al campo específico de las organizaciones sanitario-asistenciales: a) la capacidad instituyente de los grupos dominantes sobre los grupos subalternizados; b) el proceso de influencia social de minorías sobre mayorías y sus manifestaciones bajo los modos de sumisión y obediencia; c) la atribución social como proceso mediante el cual integrantes de una organización emiten juicios, infieren cualidades, y les atribuyen causas al comportamiento de otros miembros con sus consecuencias en las interacciones y la comunicación interna; d) las manifestaciones de la postmodernidad como fenómenos de época y como contexto organizacional en relación a los cambios en las demandas que los pacientes y sus familiares generan hacia las organizaciones sanitario asistenciales en general y hacia el equipo de salud en particular; e) lo institucional como el lugar de lo reprimido, de lo no dicho, de lo oculto, de lo negado; f) las organizaciones como campo donde se desarrollan relaciones de conflicto y competencia entre distintas profesiones bajo las categorías de análisis de la Sociología de las Profesiones; g) las organizaciones sanitario asistenciales como escenarios psicopolíticos.

Por otra parte, se verificó que la población bajo estudio presenta un amplio espectro de

percepciones respecto del MMH como generador de obstáculos y conflictos en la gestión de enfermería. Estas percepciones, en cuanto a sus contenidos nucleares, remiten a tres fuentes principales: a) los comportamientos de los médicos; b) las prácticas organizacionales instituidas como los modos generales de hacer las cosas, legitimados por el gobierno de la organización sanitario asistencial; c) la asignación de recursos por parte del gobierno de la organización sanitario asistencial destinados al desarrollo de las tareas del llamado equipo de salud.

También se constató que las declaraciones levantadas de la población bajo estudio expresan atribuciones sociales de causalidad. Ello es concordante con los planteos teóricos que indican que mediante el proceso de atribución social los sujetos emiten juicios, infieren cualidades, y atribuyen causas al comportamiento de otras personas. Cuando un observador le asigna o no intenciones a alguien, a partir de esta asignación el observador elabora inferencias. Estas explicaciones y juicios se van construyendo en la comunicación interpersonal, a partir de visiones del mundo y sistemas de representación consensuados en un colectivo (Parales Quenza, 2010). Como señala Parales Quenza (2010), la atribución causal no es objetiva, sino que proviene de un sustrato ideológico que reside en el observador.

Los hallazgos fueron concordantes con los planteos teóricos a cerca de los procesos de atribución social, pudiéndose establecer articulaciones teóricas que se verifican mediante todas y cada una de las 602 (seiscientos dos) declaraciones de los licenciados en enfermería, las cuales dan cuenta de juicios emitidos, cualidades atribuidas, y causas atribuidas respecto de comportamientos de los médicos, y de prácticas organizacionales que estos mismos generan e instauran. El sustrato ideológico sobre el cual operaron estas atribuciones es el conocimiento compartido que tienen los enfermeros respecto del MMH. Este conocimiento es adquirido y compartido por ellos en las distintas etapas de su formación profesional. Luego, este proceso de adquisición y socialización se profundiza en los ámbitos laborales donde los enfermeros pasan a desempeñarse.

Las percepciones de los licenciados en enfermería pesquisadas expresan un conocimiento socialmente construido y compartido, mediante el cual el colectivo enfermero le confiere significación a cuestiones relevantes que le acontecen en el ámbito de las organizaciones sanitarias. Este conocimiento socialmente compartido está referido a contenidos socialmente problemáticos (Parales Quenza y Vizcaíno Gutiérrez, 2007) expresados en 4 campos representacionales: a) deficiencias en la comunicación interpersonal e inter grupal, b) matriz de interacción basada en la exclusión de un grupo sobre otro, c) vulnerabilidad en la delimitación de funciones de los miembros de un grupo que se encuentra en desventaja respecto de otro y d) matriz de interacción basada en el ninguneo de un grupo hacia otro.

Estos hallazgos presentaron concordancia con los planteos teóricos sobre las representaciones sociales como conocimiento socialmente compartido: las representaciones sociales constituyen epistemologías compartidas por un colectivo desarrolladas por este en respuesta a las dificultades que se le plantean respecto de contenidos socialmente problemáticos, con fines de conferirle sentido a los fenómenos significativos que le acontecen (Mora, 2002; Parales Quenza y Vizcaíno Gutiérrez, 2007). Ello implica que el contenido social al cual se podrá referir una representación social no será cualquiera sino aquel que cumpla determinadas condiciones: despertar ciertos conflictos, generar algún grado de consenso, ser relevantes para la vida de las personas y ser un producto de la comunicación social (Plut y Lauría, 2016). Asimismo, aquellos son concordantes con lo expuesto por Stein de Sparvieri, (2018), con base en Freud (1895), respecto de que en las representaciones sociales el otro es representado simultáneamente como semejante y como diferente, así como satisfactorio e insatisfactorio, según las cualidades que el yo le atribuya a ese otro, y según se sienta a ese otro como en situación de colaboración o en situación de rivalidad.

Así pues, a pesar de que la investigación reportada en este artículo no se planteó con el objetivo de estudiar una representación social, los hallazgos permiten concluir que el MMH constituye para el colectivo enfermero una representación social, toda vez que se cumplen los presupuestos teóricos que la definen y caracterizan, como tal. La investigación posibilitó una aproximación al MMH como representación social bajo el enfoque procesual, tal como lo reconoce la literatura científica y conforme los fundamentos que a continuación serán presentados. Tal enfoque, procesual, es, de acuerdo con Pereira de Sá (1998) en Banchs (2000), una de las tres líneas investigativas sobre las representaciones sociales que se han ido perfilando de manera cada vez más clara a lo largo del tiempo; línea que se enfoca en el proceso de producción simbólica colectiva mediante el cual el ser humano le confiere sentido a lo que le sucede en el mundo.

Finalmente se puede establecer que la investigación reportada cumplió con los seis atributos que, según Banchs (2000), requiere el enfoque procesual en el estudio de las representaciones sociales: a) abordaje cualitativo; b) abordaje hermenéutico; c) interés por la diversidad de los contenidos representacionales; d) interés por los aspectos significantes de la actividad representativa; e) vinculación histórica, social y cultural con el objeto de conocimiento y f) definición del objeto de estudio como un instituyente más que como un instituido. Ello le da pertinencia y validez al título del trabajo: "Una aproximación al modelo médico hegemónico como representación social del Colectivo Enfermero"

Referencias Bibliográficas

- Banchs, M. A (2000). Aproximaciones Procesuales y Estructurales al Estudio de las Representaciones Sociales. *Papers on Social Representations*, 9, 1-15. <https://psr.iscte-iul.pt/index.php/PSR/issue/view/19>
- Cáceres, P. (2003). Análisis cualitativo de contenido: una alternativa metodológica alcanzable. *Psicoperspectivas*, 2, 53-82. <https://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/view/3>
- Cuevas, Y. (2016). Recomendaciones para el estudio de representaciones sociales en investigación educativa. *Cultura y representaciones sociales*, 11(21), 109-140. Recuperado en 10 de julio de 2021, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-81102016000200109&lng=es&tlng=es
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, M. (2014). *Metodología de la investigación*. 6a. Edición. Mc Graw Hill: Madrid.
- Menéndez E. L. (Mayo de 1988). Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. En Spinelli, H. (Ed.) *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*, 451- 464. Congreso llevado a cabo en Buenos Aires, Argentina. 1988 <http://isco.unla.edu.ar/cedops-centro-de-documentacion-pensar-en-salud/fondos-y-colecciones/fondo-mario-testa-1925/documentos-fondo-mario-testa/func-startdown/8295/>
- Mora, M. (2002). La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. *Athenea digital: Revista de pensamiento e investigación social*, 2, 78-102. <https://atheneadigital.net/article/view/n2-mora>
- Nowicki, R., (2015). La profesión enfermería y los dispositivos de poder que subordinan su práctica dentro de las organizaciones sanitarias. *Revista Iberoamericana de Educación e Investigación en enfermería*, (5)1, 63-69. <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/152/la-profesion-enfermera-y-los-dispositivos-de-poder-que-subordinan-su-practica-dentro-de-las-organizaciones-sanitarias/>
- Parales-Quenza, C. (2010). El error fundamental en psicología: reflexiones en torno a las contribuciones de Gustav Ichheiser. *Revista Colombiana de Psicología*, 19(2), 161-175. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3641443>
- Parales-Quenza, C., y Vizcaíno-Gutiérrez, M. (2007). Las relaciones entre actitudes y representaciones sociales: elementos para una integración conceptual. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39(2), 351-361. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342007000200010

- Plut, S. T. y Lauría, M. R. (2016). Las representaciones sociales de los alumnos de psicología acerca del quehacer profesional del psicólogo. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 20(2), 91-104.
<http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/handle/123456789/3633>
- Stein de Sparvieri, E. (2018). Representaciones psicosociales. Un aporte a la teoría y la investigación en psicología social. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 22(1), 124-146.
<http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/handle/123456789/4504>
- Strauss, A. & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Antioquia: Contus.
- Vítolo, F. (2012). Relación Médico-Enfermera. Esencial para la seguridad de los pacientes. *Biblioteca Virtual Noble*, 1, 1-11. Recuperado de: http://www.nobleseguros.com/ARTICULOS_NOBLE/74.pdf
- Whitehead, D. & Davis, P. (2001). The issue of medical dominance (hegemony). *Journal of Orthopaedic Nursing*, 5; 114-115. Recuperado de: <https://www.researchgate.net/publication/244878661> The issue of medical dominance hegemony