



UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA



Desarrollo de los procesos de trabajo del personal de enfermería en un Sistema de Atención Médica para la Comunidad de la localidad de San Jerónimo Sud, durante el período de junio a agosto del año 2026.

Taller de Investigación 2025

Asesora: Mg. Nores, Rosana

Autora: Enf. Savino, Aneley Sofia

Director: Mg. Castro, Darío

Rosario, 22 de octubre del 2025

AGRADECIMIENTOS

“Hace falta talento para que el error se vuelva fecundo.”

Edgar Morin

*Quiero agradecer, en primer lugar, a mi docente y asesora **Mg. Rosana Nores**. Su guía, dedicación y paciencia hicieron posible transformar los errores para que se vuelvan fructíferos.*

*A mi director **Mg. Darío Castro** por su apoyo para mi crecimiento académico y profesional.*

*A la **Lic. Nadia Viña** quien me acompañó durante todo este año académico brindándome ánimo en los momentos más difíciles.*

*A **Omar Medina** por embarcarse en mis aventuras.*

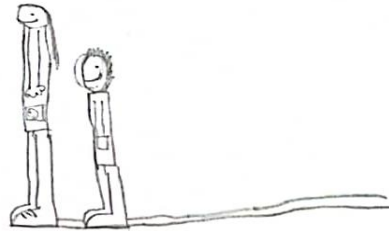
*A mi familia, mis amigas: **Noelia y Noelia**, y a mis colegas; gracias por estar siempre.*

DEDICATORIA

A Lám, mi niño.

Sin su amor y paciencia estos cinco años no hubiesen sido posibles.

HOLA MAMI ME DA UN MONTON DE PENIA PORQUE TENES MIGRAÑA PERO SIEMPRE
VOY A ESTAR ATU LADO Y SIEMPRE DE LOS SIEMPRES TE VOY A CERER CON
TODO MI CORAZON



RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

La Salud Colectiva emerge como campo de conocimiento en América Latina a fines de los años 70, con Brasil como país fundamental. Desde entonces se ha tomado la categoría “trabajo” como concepto central para el estudio de la salud. Como práctica, la Salud Colectiva, puede entenderse con el término “proceso de trabajo”. Este concepto se ha ido modificando desde entonces; uno de sus últimos exponentes es Emerson Merhy, quien propone que la centralidad del trabajo en salud se da a partir de la producción del cuidado. Los procesos de trabajo en salud, además, deben entenderse dentro de la dinámica relacional que se da mediante la operacionalización de diferentes tecnologías.

Es el objetivo de este estudio poder comprender cómo se desarrollan los procesos de trabajo del personal de Enfermería. El proyecto se realizará desde un abordaje cualitativo, y se utilizará como estrategia metodológica la fenomenología. El estudio se efectuará en un SAMCo de la localidad de San Jerónimo Sud. La población y muestra estará conformada por el total de 7 (siete) enfermeros que trabajan en dicha institución. Como técnica de recolección de datos se utilizarán entrevistas no estructuradas y observaciones tomando como eje central el proceso de trabajo que desempeña el personal de enfermería. El plan de análisis será de contenido y se utilizará la triangulación de datos relacionando la información alcanzada de las entrevistas y los hallazgos de las observaciones con el fin de complementar y contrastar información.

PALABRAS CLAVE: Salud Colectiva. Enfermería. Atención Primaria de la Salud. Rol de la Enfermería Comunitaria. Procesos de Trabajo. Tecnologías.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	1
DEDICATORIA	2
RESUMEN Y PALABRAS CLAVE	3
ÍNDICE	4
INTRODUCCIÓN	6
ESTADO DEL ARTE	8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
OBJETIVOS	17
SUPUESTO	18
MARCO TEÓRICO	19
i) ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD	19
ii) ROL DE LOS ENFERMEROS EN APS	21
iii) PROCESOS DE TRABAJO EN SALUD	23
iv) TECNOLOGÍAS EN SALUD	25
ESTRATEGIA METODOLÓGICA	27
TIPO DE ABORDAJE Y ESTRATEGIA METODOLOGICA SELECCIONADA .	27
MAPEO: SITIO Y CONTEXTO DE ESTUDIO	28
MUESTRA	30
TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	31
PERSONAL A CARGO DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	33
PLAN DE ANÁLISIS	33
CONSIDERACIONES BIOÉTICAS	36
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	39
INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO	40
BIBLIOGRAFÍA	41

ANEXOS	46
I. AVAL INSTITUCIONAL	46
II. PROCESO DE CATEGORIZACIÓN	47
III. PREGUNTAS: MAPEO.....	48
IV. INSTRUMENTOS	49
GUÍA PARA LA ENTREVISTA	49
EJES PARA LA OBSERVACIÓN.....	50
V. CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	52

INTRODUCCIÓN

A mediados de los años 70, en un mundo marcado por la Guerra Fría, dictaduras latinoamericanas, conflictos en Asia y tensiones entre China y la URSS, la Organización Mundial de la Salud (OMS), bajo el liderazgo de Hafdan Mahler, decidió revolucionar la salud global. La OMS promovió la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS), la cual representaba un cambio radical respecto al modelo anterior.

El viejo modelo se basaba casi exclusivamente en servicios hospitalarios de creciente complejidad y especialización. En contraste, la APS propuso un nuevo sistema que comenzaba con la movilización social y comunitaria, integrando los servicios de salud directamente en las comunidades y articulándolos con los niveles de atención más complejos (Mercer, 2021).

Con el correr de los años, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en 2007, promovió una reestructuración de la APS para que sirviera como la principal directiva en salud pública. Esta nueva visión sitúa a la misma como un componente clave para la organización de los sistemas sanitarios, vinculándola con las Redes Integradas de Servicios de Salud y fundamentándola en el enfoque de derechos humanos. Por lo tanto, un sistema de salud que adopte esta base debe cumplir con principios esenciales: garantizar una respuesta apropiada a las demandas de salud, enfocarse en la calidad, asegurar la responsabilidad gubernamental, promover la equidad social, ser sostenible, fomentar la participación comunitaria y operar con intersectorialidad.

Debido a la complejidad del ámbito de la salud, se necesitan estrategias que partan del territorio y trabajen directamente con la comunidad, para lograr alcanzar los principios antes mencionados. Y al mismo tiempo, implica la labor de equipos interdisciplinarios que interactúen constantemente con los determinantes sociales con el fin de resolver los problemas de la población de forma integral y duradera; por ello, la APS subraya que, la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, con la participación activa de la comunidad, son cruciales y efectivas (Ministerio de Salud de la Nación, 2023).

Entre 1970 y de 1980, como se mencionó anteriormente, gran parte de los países de América Latina atravesaron una serie de regímenes dictatoriales, dando como resultado un contexto de desigualdades sociales y económicas; lo que provocó una crisis en la salud pública tradicional basada en la enfermedad y centrada en la atención individual. En este escenario, surgen movimientos sociales y políticos, fundamentalmente en Brasil. Es en estas circunstancias que emerge la Salud Colectiva como campo de saberes y de prácticas, cuyas principales características son: el abordaje interdisciplinar para poder comprender los procesos de salud-enfermedad, la fuerte crítica al modelo biomédico dominante, y la descentralización del foco problemático, transportando esta centralidad a los problemas sociales, considerando que los procesos salud-enfermedad no son fenómenos individuales sino que están atravesados por dinámicas sociales, políticas y ambientales (Bertolozzi, 2012).

Desde entonces, y con un nuevo enfoque, numerosos autores han teorizados y analizado los términos empleados dentro del ámbito de la salud para establecer las bases que permitan entender las particularidades del área como un campo, así como para replantear la organización de los servicios de salud y fomentar una reflexión que trascienda la lógica biomédica. La conceptualización del médico y filósofo Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves respecto al proceso de trabajo en salud resultó fundamental, éste fue el primer autor en discutir el concepto en 1992. El autor describe el proceso de trabajo como una actividad humana intencional orientada a transformar objetos mediante saberes e instrumentos para satisfacer necesidades. Estos elementos — objetos, necesidades, medios y fines— no son naturales ni universales, sino que se constituyen histórica y socialmente dentro de relaciones desiguales de producción y reproducción de la vida (Mendes-Gonçalves, 1992).

En base a la literatura consultada, se puede considerar que, los procesos de trabajo en salud se dan dentro de una dinámica relacional, no sólo entre el profesional y los sujetos de atención, sino también entre los mismos trabajadores de la salud. Esta dinámica se produce dentro de un contexto de relaciones asimétricas de saber-poder, de discursos y de prácticas. Las teorías neomarxistas, establecen una división tanto técnica como social dentro de los procesos de trabajo en salud, y analizan los procesos históricos que controlan las fuerzas de trabajo. Otra característica contextual importante tiene que ver con la estructura organizacional donde se desarrollan dichos procesos de trabajo, ya que los profesionales desde su saber pueden construir su autonomía profesional, pero

muchas veces el control de esta autonomía se ve limitado por la gerencia (Merhy, 2023) (Reif, 2021).

ESTADO DEL ARTE

En el proceso de revisión de antecedentes investigativos, cabe destacar que, se observa una insuficiencia de estudios publicados relativos a la temática en estudio en los últimos cinco años, pudiendo atribuir esta carencia, al desenfoco de los objetos de estudio frente a la pandemia COVID-19. A continuación, y tras analizar diversos trabajos de investigación, se exponen, por orden cronológico de los períodos de recolección de datos, los estudios que se consideraron más relevantes relacionados al tema de investigación.

En 2016, se realizó una investigación exploratoria con el objetivo de analizar elementos del proceso de trabajo de enfermería en consultorios ubicados en las aceras del municipio de Maceió, decisión prevista por el Estado brasileiro para dar respuesta al incremento de personas en situación de calle. La población de estudio fueron cinco enfermeros actuantes en los equipos de Consultorio en la Calle, con una antigüedad de no menos de seis meses, a quienes se entrevistó. La recolección de datos se realizó durante los meses de junio y julio de 2016. Los resultados obtenidos evidencian que los enfermeros utilizaron una variedad de instrumentos en el desarrollo de sus procesos de trabajo para poder dar respuesta a las necesidades de los sujetos en un contexto de vulnerabilidad, resultando un elemento fundamental el trabajo interdisciplinario que se ajuste a las características situacionales particulares. Así mismo se pudo evidenciar cómo los procesos de trabajo, en esta situación particular, se tornan desgastantes dejando una sensación de impotencia al personal de enfermería cuando no se puede garantizar la continuidad del cuidado.

Los autores concluyen que a pesar de las limitaciones propias de investigaciones exploratorias (realizadas en un municipio único y con un pequeño número de sujetos entrevistados), el estudio cumplió con su objetivo. Dado que se logró dar respuestas a los diferentes componentes de los procesos de trabajo, y al mismo tiempo, dar cuenta de las potencialidades de las prácticas de enfermería para brindar solución a la población en un contexto de vulnerabilidad social. Los investigadores, además, concluyen

en resaltar la importancia de intervenciones de políticas permanentes con el fin de generar cambios no solo en la red pública de servicios, sino también sobre los derechos de la población en situación de calle (Costa Cardoso, 2018).

La socióloga argentina Luciana Reif llevó a cabo en 2018 un estudio de abordaje mixto. El objetivo fue investigar el control y la autonomía en las relaciones de producción del cuidado, centrando su análisis en un grupo de trabajadores de la salud de la provincia de Chaco, Argentina. La recolección de datos se realizó en colaboración con la Asociación de Profesionales, Técnicos y Auxiliares de Salud Pública de la Provincia de Chaco (APTASCH). La muestra estuvo compuesta por 206 trabajadores de la salud afiliados a APTASCH. Se envió un cuestionario por correo electrónico a todos los afiliados, del primer y del segundo nivel de atención de salud, durante el período de julio a diciembre de 2018. Además, se realizaron entrevistas a cuatro profesionales: una bioquímica, un médico generalista, una auxiliar de enfermería y una psicóloga, así como una discusión grupal con los trabajadores para compartir los resultados del cuestionario. Los criterios de inclusión se basaron en el interés de participar en el estudio y en la búsqueda de diversidad en términos de ocupación, nivel de atención y ubicación geográfica.

En la discusión de los hallazgos, se destaca la satisfacción de los trabajadores de la salud con respecto a su trabajo inmediato, lo que se relaciona directamente con su autonomía profesional y les permite tener control sobre sus procesos de trabajo. No obstante, desde la perspectiva neomarxista que sustenta la autora, los participantes no logran apreciar las dinámicas relacionales que influyen en los procesos laborales. La producción del cuidado se establece de manera relacional entre los distintos procesos de trabajo y grupos ocupacionales, por lo que la concepción individualista de la autonomía en el trabajo resulta insuficiente para generar actos de cuidado que vayan más allá de la tarea inmediata, sugiriendo que se debe considerar la autonomía en función de un objetivo colectivo.

Reif (2021), al igual que Costa Cardoso (2018), concluyen en que las características de los estudios exploratorios y el tamaño acotado de las muestras representan una limitación. Además, resalta la importancia de la triangulación metodológica en la investigación. Los resultados indican que los trabajadores de la salud se protegen de los conflictos manteniendo el control sobre sus tareas inmediatas, sin percibir esto como un distanciamiento de sus relaciones con otros trabajadores. Otra

conclusión que se extrae es que los procesos de trabajo, con sus características relacionales y la búsqueda de un objetivo final, están íntimamente vinculados a las interacciones dentro de los equipos que componen la organización y sus procesos laborales. La perspectiva neomarxista permite entender que el control y la autonomía están inmersos en dinámicas de relaciones de producción, que se interpretan como relaciones de poder. Reif enfatiza que concebir la salud de manera individual es insuficiente; en los procesos de trabajo en el ámbito de la salud, lo relacional es fundamental, por lo que es necesario abordar la salud desde una perspectiva colectiva (Reif 2021).

Por otro lado, en Colombia, se desarrolló un análisis del trabajo de los profesionales de enfermería en la APS, fundamentándose en un marco teórico sobre el proceso laboral en el ámbito de la salud. Realizaron un estudio observacional en una Empresa Social del Estado que proporciona servicios de APS en un municipio colombiano. La recolección de datos se efectuó entre enero y febrero de 2020, utilizando la técnica de observación no participante durante dos jornadas laborales de ocho horas cada una, con las enfermeras implicadas. La muestra estuvo compuesta por cuatro enfermeras de la red de APS del municipio, incluyendo una coordinadora general de APS, dos coordinadoras de centros de salud que también llevan a cabo tareas asistenciales, y una enfermera asistencial.

Los resultados del estudio revelaron los elementos que componen el proceso de trabajo en APS: agentes, objetos, instrumentos y finalidad, fundamentándose en la teoría de Procesos de Trabajo en Salud propuesta por Emerson Merhy. Para facilitar la interpretación de los datos, se establecieron cuatro categorías que surgieron de los hallazgos: 1) Proceso de Atención: las enfermeras subrayaron la relevancia de aplicar un modelo holístico en los procesos de atención, aunque su implementación se ve obstaculizada por la limitación temporal de las consultas; 2) Rol Enfermero: se observó que las enfermeras ejercen su rol de manera independiente en la relación con pacientes, familias y la comunidad, así mismo, dicho rol se hace evidente en las interacciones con otros miembros del equipo de salud; 3) Comunicación y liderazgo en el equipo : se identificaron habilidades profesionales como la experiencia, la confianza, las relaciones interpersonales positivas, el trabajo en equipo y la capacidad de escucha y diálogo, sin embargo, en la práctica de una enfermera, algunas de estas habilidades no se manifiestan claramente, especialmente en las dinámicas intersubjetivas; y 4) Prácticas de Educación

para la Salud: la educación dirigida a pacientes, familias o comunidades se lleva a cabo durante las consultas.

En la discusión de los resultados, se indica que el proceso de trabajo en APS crea espacios laborales vivos, creativos y no estandarizados, caracterizados por la predominancia de tecnologías suaves y suaves-duras. Se concluye que se lograron identificar los componentes del proceso de trabajo en APS; que el uso de tecnologías suaves y suaves-duras es predominante; que el conocimiento enfermero puede responder a las necesidades educativas de salud de la comunidad; y, por último, los autores destacan la importancia de que los profesionales de enfermería posean estrategias que les permitan obtener mayor reconocimiento y aumentar el uso de tecnologías suaves en los procesos de atención, lo cual mejoraría el vínculo desde una perspectiva holística con la comunidad y sus miembros (Mondragón-Sánchez, 2021).

Por otro lado, en la provincia de Buenos Aires, Argentina, se realizó un estudio de abordaje cualitativo, cuyo objetivo fue caracterizar la dimensión subjetiva de los procesos de trabajo en el primer nivel de atención en contexto de pandemia. El mismo se llevó a cabo en el Municipio de Tigre, entre los meses de abril y mayo del 2020. El trabajo de campo se focalizó en la observación participante en 10 reuniones que fueron realizadas con la implementación de un dispositivo de Apoyo a Equipos, el cual promueve estrategias de protección de salud mental. La participación de las reuniones fue abierta y voluntaria, la cantidad de participantes varió entre 10 y 18 profesionales de diversas áreas (especialidades médicas, enfermería, vacunación, psicología, farmacia, jefes de los centros, entre otros). Para el registro de los datos se utilizó hojas de registro y se tomaron notas textuales de los discursos. Se basaron en el Paradigma de la Complejidad, que entiende a la salud como un proceso que se construye tanto social como históricamente, y sobre las bases de la Salud Colectiva.

Los resultados evidenciaron que durante este período se produjo una reorganización de los espacios y los equipos de trabajo. Las actividades del dispositivo de Apoyo a Equipos se centraron en la realización de charlas a cargo del equipo de Salud Mental propiciando el diálogo y el autocuidado. Del análisis de los datos emergieron cinco categorías: 1) Cambios en los escenarios de trabajo: los espacios de trabajo diario fueron modificados y al mismo tiempo se reorganizaron los profesionales, esto generó incertidumbre al personal; 2) Emociones y actitudes frente a la tarea: los procesos de trabajo también se vieron fuertemente afectados y el personal de salud tuvo que adaptarse

de forma abrupta a este nuevo escenario; 3) Vínculos al interior de los equipos: éstos se vieron intensamente afectados por sensaciones de malestar y sufrimiento, tanto por el contexto emergente de COVID-19, como por situaciones preexistentes. Al modificarse los procesos de trabajo y su organización despertaron sentimientos de frustración y un esfuerzo por adaptarse a la nueva situación. Otra fuente de malestar se generó a partir de que no estaban garantizadas las condiciones de bioseguridad para el personal; 4) Vínculos con las autoridades: se observaron de los relatos las contradicciones frente a las demandas, en especial a lo referido a bioseguridad. Las condiciones laborales, y los ajustes en los sueldos fueron fuentes de disputas; y 5) Vínculos con la comunidad: en este aspecto se encontraron diferencias entre los centros, en algunos se caracterizó a la población como demandante y hostil, mientras que en otros se expresaron momentos de empatía y buena respuesta por parte de la comunidad.

De los resultados las autoras concluyen que, entre lo más significativo destacan los cambios que ocurrieron en los escenarios de trabajo, los cuales alteraron de manera abrupta y considerable los procesos de trabajo cotidianos del personal y las emociones y actitudes que surgieron en este contexto, dando lugar también al afloramiento de problemáticas preexistentes. Consideran que el dispositivo de Apoyo a Equipos de Salud es una herramienta útil como estrategia de cuidado en este contexto, para fomentar la colaboración entre compañeros y para poder abordar los conflictos (Abalo Miller, 2022).

En 2024, Reif lleva a cabo un análisis cualitativo que se basó en entrevistas semiestructuradas con enfermeras del servicio de neonatología de un hospital público de Lomas de Zamora, Buenos Aires. El propósito de este estudio fue explorar las dinámicas de cooperación y conflicto que surgen en relación con las Tareas de Mantenimiento del Servicio (TMS) en dos turnos del equipo de enfermería de la terapia neonatal. El trabajo de campo se llevó a cabo entre julio y agosto de 2021, con una población compuesta por 4 enfermeras del turno matutino, quienes trabajan de 06 horas a 12 horas, y del turno tarde, otras 4 profesionales que laboran de 12 horas a 18 horas.

Los resultados revelan que el servicio de enfermería en el área de neonatología carece de suficientes estandarizaciones que regulen sus actividades diarias, a diferencia de las funciones de médicas internas y residentes. Las TMS, que implican la limpieza de insumos y materiales utilizados por el personal de enfermería, eran realizadas por una persona encargada de las tareas ligeras. Sin embargo, esta persona se ausentó por

licencia al inicio de la pandemia de COVID-19 y no estaba disponible durante la recolección de datos. Aunque las TMS no estaban definidas como parte de las responsabilidades del personal de enfermería, este contexto las dejó a cargo de las enfermeras.

Este cambio impactó significativamente en los ritmos de trabajo y en las emociones del personal. Ante esta situación, las enfermeras se enfrentan a dos opciones: realizar las TMS, a pesar de no estar formalmente asignadas, para garantizar el funcionamiento del servicio; o negarse a llevarlas a cabo, lo que genera conflictos y tensiones. La decisión de adherirse a una de estas opciones es individual, lo que impide el compromiso con un trabajo colectivo, repercutiendo negativamente en la calidad del cuidado.

La autora concluye que, independientemente de la postura adoptada por cada enfermera (ya sea la falta de voluntad para realizar las TMS o la disposición a cooperar), ambas actitudes reflejan formas de ejercicio de la autonomía, sugiriendo que la autonomía no es intrínsecamente positiva. Reif, además, plantea que sería interesante investigar cuáles son las condiciones que permiten al colectivo de trabajo emerger (Reif, 2024).

De igual modo, la misma autora antes mencionada, llevó a cabo otro estudio cualitativo, y utiliza la información recolectada durante el trabajo de campo del 2021, mencionado anteriormente, por lo cual las fechas de recolección de datos y la población coinciden. Su objetivo fue: caracterizar la movilización de la subjetividad que las enfermeras realizan con base en su formación, habilidad de observación y manual, alerta temprana y percepción respecto al reconocimiento de su trabajo por parte de las médicas. Se pretendió dar cuenta cómo dicho reconocimiento permea el proceso de trabajo de las enfermeras, teniendo injerencias en la producción del cuidado. El estudio se basó en la teoría de la Psicodinámica del Trabajo de Dejours y toma los aportes de Emerson Merhy para comprender los procesos de trabajo.

Dentro de los resultados obtenidos se observa que, en interior del propio equipo de enfermeras, las mismas reconocen al personal más experimentado y con mayor formación, aunque, este reconocimiento no se manifiesta de la misma manera por parte de las médicas. Las profesionales enfermeras identifican los aportes realizados para cuidado del usuario, por otro lado, sostienen que esta contribución no se les es reconocida

ni por la institución, ni por el servicio. Evidenciando de esta manera que los avances en la formación que pueda adquirir dicho personal no se ven reflejado en los salarios, así como tampoco en crecimiento profesional dentro del servicio, o en las condiciones de empleo.

Esta carencia de reconocimiento genera en las enfermeras una falta de sentido del trabajo, lo que da lugar a que se aferren a las tareas dependientes y no se involucren más allá de ello, puesto que las contribuciones para mejorar el funcionamiento del servicio no son recompensadas. A esto se le suma el hecho que, ante situaciones problemáticas “la culpa es de enfermería”, y ante esta situación el personal médico responde elevando notas a dichas profesionales, lo cual evidencia aún más la falta de reconocimiento de sus labores y la percepción de que el servicio de neonatología no funciona correctamente.

Como conclusión, se pudo evidenciar que las enfermeras despliegan habilidades manuales y de observación, y sus capacidades de alerta temprana, siendo este último, un núcleo central en el cuidado de neonatos. Esta experiencia fue adquirida en la propia terapia neonatal mediante la práctica. La falta de reconocimiento por parte de las médicas conlleva a que las profesionales de enfermería perciban una falta de sentido del trabajo, conduciendo a sentimientos de desinterés y desgana. Dentro de la producción del cuidado se encuentran relaciones intersubjetivas, y este reconocimiento diferencial entre médicas y enfermeras repercutirá negativamente en la calidad de atención y dicha producción de cuidado.

La autora realiza una contribución adicional mencionando que la problemática en cuestión es susceptible de resonar en la propia salud de las enfermeras. Dichas profesionales al ser entrevistadas mencionan sentimientos de cansancio, haciendo hincapié en el cansancio mental; y dolor de cabeza. Todos estos sentimientos dan cuenta de la fragmentación del colectivo de trabajo, lo que da como resultado ausencia de sentido de sus esfuerzos y sensación de absurdo (Reif, 2023).

Así mismo, en Brasil, en el estado de Rio Grande Do Sul, se desarrolló un estudio cualitativo cuyos objetivos fueron: analizar los elementos constitutivos que sustentan la consulta de enfermería con personas que tiene diabetes *miellitus* (DM), y desarrollar un proceso educativo basado en los supuestos del Modelo de Atención a las Condiciones Crónicas y mediado por un proceso reflexivo-dialógico con enfermeros, con

el fin de mejorar la calidad de la práctica en la Estrategia de Salud de la Familia. La recolección de datos se realizó entre agosto de 2020 y diciembre de 2021. Participaron 12 enfermeros; se incluyeron aquellos que trabajaban en Estrategia de Salud de la Familia (ESF) y con experiencia en la consulta de enfermería (CE) con personas con DM de al menos 6 meses; y se excluyeron a enfermeros que se encontraban alejados del trabajo por más de 30 días durante el período de recolección de datos (lo cual no ocurrió). Se utilizó triangulación de técnicas: observación participante activa, entrevistas semiestructuradas y grupos de convergencia. Se utilizó como instrumento de recolección de datos un diario de campo y una grabadora digital, cuyo contenido fue inmediatamente codificado y posteriormente transcrito. Se realizó una prueba piloto, pero no se incluyó en parte de la muestra de los participantes.

Los resultados fueron expuestos en 2 núcleos: 1) Elementos constitutivos de la Consulta de Enfermería con personas que tienen DM que se acercan y se distancian de los presupuestos del Modelo de condiciones Crónicas: se evidenció los desafíos que enfrentan los profesionales de enfermería como lo son: la sobrecarga laboral, ausencia de protocolos y de procedimientos estandarizados, y cantidad de personal insuficiente para satisfacer la demanda ; y 2) Ahora tiene sentido: la convergencia entre investigación y el proceso educativo: ante el intercambio de saberes entre la investigadora y los participantes se generaron movimientos de reflexión-acción, lo que conllevó a la construcción colectiva de una guía para la consulta de enfermería con pacientes que poseen DM y se implementó un protocolo de enfermería.

Se concluyó que si bien los profesionales al brindar cuidado a los pacientes con esta patología se acercan al Modelo de Atención a las Condiciones Crónicas (responsabilidad, enfoque colectivo y cuidado longitudinal), se generó un distanciamiento de los supuestos del modelo cuando se genera una comprensión limitada del mismo, sumado a la postura del personal de culpabilizar al paciente y las debilidades en la aplicación del proceso de enfermería. Como fortaleza del estudio, la autora destaca que el mismo permitió promover un proceso de acción-reflexión con la consecuente generación de conocimiento, esto tiene un impacto positivo en los usuarios. Además, enfatiza la importancia de las investigaciones como promotoras de cambio e introductoras de innovaciones en el área de la salud (Silva, 2025).

Con respecto a la implementación de tecnologías en el proceso de trabajo, se realizó en 2022 un estudio cualitativo, en Perú, el cual tuvo como objetivo comprender

las formas de cuidar o descuidar en las unidades críticas de un hospital público. Los autores se basaron en el sustento teórico de Emerson Merhy y el la Teoría Problematicadora de Paulo Freire, con base en un diálogo reflexivo, crítico y horizontal; mediante la investigación participante. La muestra fue de 16 enfermeras en ejercicio dentro de las unidades críticas. La recolección de datos se realizó entre enero y julio del 2022, donde se consideraron como criterio de inclusión la participación voluntaria, una antigüedad de 1 año en la unidad crítica, y asistencia a las reuniones establecidas para el debate. Se excluyeron a los profesionales enfermeros que no prestaban servicio en el área crítica, y a aquellos que se encontraban de vacaciones o licencia. Se garantizó el anonimato de los participantes, asignándole códigos a cada uno. Las reuniones fueron realizadas en la misma unidad, en fechas preestablecidas, con una duración de aproximadamente 2 horas. Los datos se registraron en un diario de campo, además se obtuvieron grabaciones de audio las cuales fueron transcritas en su totalidad.

Los resultados obtenidos emergieron de las entrevistas, fueron analizados y se agruparon en: 1) Autonomía en la función que ejerce: se pudo percibir en las enfermeras una práctica segura, afectiva y responsable, otro hallazgo importante es que el poder de las profesionales de visibiliza cuando desarrollan su autonomía, se menciona que dicha autonomía adquiere mayor relevancia mediante la Educación Permanente en Salud (EPS) lo que les posibilita, mediante el uso de las tecnologías leves, construir conocimiento colectivo; 2) Saberes y prácticas implicados en actos cuidadores: en este sentido se comprende el acto del cuidar vinculado a equipos de trabajo donde operan centralmente las tecnologías; 3) Momentos de hablas, escuchas e interpretaciones: en este punto se visualizó las tecnologías aplicadas por las enfermeras en su labor diaria; 4) Momentos de confianza y esperanza: se pudo visualizar el espacio intercesor entre los profesionales y los usuarios mediante el uso de las tecnologías leves; y 5) Desvío del cuidado/líneas de fuga: se reveló los “ruidos” dentro de las unidades críticas, el desplazamiento de las tecnologías leves frente a las dura en este escenario.

Se concluye que dentro de este contexto se implementan las tecnologías leves y leves-duras, aunque aún persisten en algunos casos la centralidad en las tecnologías duras. Se considera importante la centralidad de las tecnologías blandas, con el núcleo en el espacio relacional. En el trabajo vivo el personal de enfermería demostró autonomía en la producción de cuidado. Aunque también se pudo observar cómo opera el trabajo muerto nucleado en las tecnologías duras y duras-blandas. Por último, se

propone implementar una estrategia en EPS para generar una asistencia centrada en el uso de tecnologías leves (Valverde Rondo, 2023).

En lo que compete a este estudio, a partir del abordaje cualitativo, se podrá comprender de manera profunda cómo se desarrollan los procesos de trabajo y se aportarán datos situados, lo que contribuirá a ampliar la literatura existente sobre la problemática en estudio y a futuras investigaciones que pretendan analizar dicho fenómeno dentro de la Atención Primaria de la Salud.

En función a lo expuesto hasta aquí sobre el material empírico más relevante sobre el tema y considerando el interés de la tesista por el mismo es que el propósito de este proyecto tendrá como norte el comprender las dinámicas internas que influyen en el trabajo cotidiano del personal de enfermería, para poder proponer acciones que contribuyan a ampliar y reforzar saberes en el uso de las tecnologías, y así, fortalecer el desarrollo de los procesos de trabajo de dicho personal.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿De qué manera se desarrollan los procesos de trabajo del personal de enfermería en el S.A.M.Co de San Jerónimo Sud, en el período comprendido entre junio y agosto del año 2026?

OBJETIVOS

Objetivo General:

Comprender cómo se desarrollan los procesos de trabajo del personal de enfermería en el S.A.M.Co de San Jerónimo Sud, en el período comprendido entre junio y agosto del año 2026.

Objetivos Específicos:

- Diferenciar el uso de las distintas tecnologías dentro del proceso de trabajo.
- Distinguir si hay alguna de las tres tecnologías que predomina, y en qué momento del trabajo se aplica (trabajo vivo/trabajo muerto).
- Caracterizar en la población de estudio el nivel de formación académica.

SUPUESTO

En el personal de Enfermería, de la institución en estudio, los procesos de trabajo se desarrollan de manera incompleta y desarticulada entre pares.

MARCO TEÓRICO

De acuerdo con lo desarrollado en la introducción, se reconoce que, el trabajo en APS conforma una totalidad, una dinámica grupal, donde los procesos de trabajo de cada área, sector y/o profesión se encuentran en estrecha relación y se atraviesan mutuamente; es a los fines de esta investigación, que se delimita el campo de estudio a los procesos de trabajo de enfermería.

A continuación, se propone organizar el marco teórico por tópicos, para poder sistematizar la información y, de esta manera, no perder los núcleos centrales del mismo. Dichos ejes son: i) Atención Primaria de la Salud, ii) Rol de los enfermeros en APS, iii) Procesos de trabajo en Salud, y iv) Tecnologías en Salud.

i) ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

La APS surge en 1978 con la declaración de Alma-Ata, caracterizando a la salud como un derecho humano fundamental. Sin embargo, a partir de entonces, se ha redefinido y reinterpretado su concepto provocando confusión en la práctica y en el propio significado. Actualmente, la Organización Mundial de la Salud la define como:

La APS es un enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de las personas tan pronto como sea posible a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas. (OMS, 2023)

La APS puede ser entendida y actuada de diversas maneras ya que la misma se concebirse desde tres perspectivas:

- Como estrategia: funciona como núcleo del sistema de salud nacional, e incluye como principios básicos: la accesibilidad de la

población a la atención sanitaria, cobertura universal en base a las necesidades de la comunidad, organización y participación comunitaria, acción intersectorial, y desarrollo de tecnologías apropiadas acorde a los recursos disponibles.

- Como nivel de atención: actúa como puerta de entrada al sistema, es decir, como sitio de contacto inicial de los individuos y la comunidad con el sistema de salud.
- Como programa: cubre la asistencia sanitaria esencial, ampliando la cobertura de los programas y servicios de salud.

La APS va más allá de tratar enfermedades específicas; considera los determinantes generales de la salud y pone el foco en la interconexión entre el bienestar físico, mental y social. Garantiza una atención de calidad que cubre todas las necesidades de salud de una persona, desde la concepción hasta el final de la vida. Y consta de tres ejes centrales: un conjunto integrado e integral de servicios de salud, políticas y acciones multisectoriales, y empoderamiento de personas y comunidades (Ministerio de Salud de la Nación [MSN], 2006).

Por otro lado, para la organización del trabajo en APS, la OPS, considera a los Equipos de Trabajo como la unidad básica de trabajo, con un objetivo común, fomentando la construcción colectiva, y aunando conocimientos para abordar y tratar la realidad desde diferentes perspectivas.

La construcción de los Equipos de Salud se realiza en base a las necesidades y características concretas de la comunidad a la que brindarán servicio.

Otro pilar necesario para sostener la APS es la Educación Permanente en Salud, con la formación continua y colectiva, los profesionales podrán desempeñarse adecuada y oportunamente en diversas situaciones y contextos, fusionando conocimientos, habilidades y actitudes (OPS, 2008).

El modelo de Atención Primaria en Salud tiene como objetivo principal identificar las necesidades reales de las familias y comunidades. Esto se logra mediante un acercamiento constante que permite observar tanto el desarrollo humano como las fortalezas de la población, y los riesgos que enfrentan. El fin último es coordinar los recursos y actores a nivel municipal para garantizar la justicia social, la equidad y el derecho efectivo a la salud.

ii) ROL DE LOS ENFERMEROS EN APS

El Instituto Nacional de Educación Tecnológica junto con el Ministerio de Educación de la Nación, en 2023 describieron el perfil profesional de enfermería. En cuanto al rol del profesional en el ámbito comunitario establecen: “desarrollar y gestionar cuidados de enfermería para la promoción, prevención y recuperación hasta el nivel de complejidad intermedio de cuidados con la comunidad: aplicar metodologías de investigación, gestionar cuidados de enfermería, desarrollar actividades de educación” (Instituto Nacional de Educación Tecnológica [INET], 2023, pág. 3).

También se reconocen competencias de la Enfermería Comunitaria a: los cuidados que se brindan a los individuos, la familia y a la comunidad, con una visión integracionista, personalizados y de calidad; orientados a adquirir el mayor nivel de independencia por parte de los pacientes.

Los valores que la Enfermería Comunitaria debe alcanzar son: principios éticos y capacidad de autocrítica. Compromiso con la calidad de los cuidados. Impulso constante a la investigación y la innovación. Capacidad de trabajar en equipo. Capacidad de comunicación. Liderazgo profesional. Compromiso con la eficiencia y el uso adecuado de los recursos. Liderazgo para la gestión de los cuidados (Miguélez Chamorro, 2011).

Herrera y Jaimovich (2004) analizan la Teoría de Enfermería: “*Community as partners. Theory and practices in nursing*” de Anderson y McFarlen (1996). Respecto al término *Community as partners*, si bien en la mayoría de los casos su traducción es “Comunidad como socia”, las autoras consideran que el término “Comunidad participante” refleja con mayor precisión lo que Anderson y McFarlen quieren transmitir.

Como todo Modelo de Enfermería, éste se organiza en cuatro ejes: persona, salud, ambiente y Enfermería. Donde se define a la “Enfermería” como:

Una profesión con una visión única y holística de la comunidad contribuya a su salud participando en la valoración de la comunidad, en la detección de problemas de la comunidad factibles de ser modificados por la intervención de Enfermería,

planificando y ejecutando, en conjunto con otros, la intervención para disminuir los problemas de salud de la comunidad y evaluando los efectos de las intervenciones en la salud de la comunidad. (Anderson, 1996, como se citó en Herrera, 2004, pág. 91)

Así también, se conceptualiza el término “Persona” como comunidad, entendida ésta por grupo o población, con al menos una característica en común, como puede ser el territorio en el que habitan. Es por esto que también cobra relevancia el término “ambiente”, ya que la población está en continua interacción con el mismo, y del cual adquieren influencias, positivas o negativas, que afecta directa o indirectamente en la “Salud”.

Se entiende, de este modo, que, la característica principal de la Enfermería Comunitaria es un área de prácticas extramuros, es decir, por fuera de la institución, con intervenciones en el territorio y la comunidad a la que asiste.

Los enfermeros en APS cumplen una amplia labor: su compromiso es acompañar a los individuos, familias o grupos a identificar tanto sus problemas y necesidades como sus fortalezas y potencialidades; y podrá realizar un diagnóstico de los mismos. A demás puede coordinar el equipo de APS, planificar, gestionar, promover la salud y prevenir la enfermedad, educar a la población, y motivar la participación de la comunidad no solo en la planificación de los cuidados sino también la gestión de los recursos y en la elaboración de diagnósticos comunitarios (INET, 2023).

El rol de la disciplina de Enfermería adquiere una importancia sustancial para impulsar la adopción de modelos de atención integral. Su participación es indispensable para garantizar la continuidad de los cuidados y establecer un enlace efectivo entre los diversos equipos de salud que operan en distintos niveles asistenciales. Esta contribución se vuelve crítica en la provisión de servicios en localidades geográficas distantes o comunidades desatendidas. Por lo que se hace indispensable contar con un perfil profesional firmemente orientado a la Atención Primaria de la Salud, comprendiendo esta no solo como una filosofía que permea todo el sistema sanitario, sino también como la estrategia operativa fundamental para el abordaje del Primer Nivel de Atención (MSN, 2023).

Es por esto que, en los últimos años, se comenzó a impulsar desde organismos internacionales (como la OMS y la OPS), la ampliación de roles para

Enfermería. Se propone una “Enfermería de Práctica Avanzada” (EPA), este incremento de funciones podría contribuir a mejorar la accesibilidad al sistema de salud, de manera oportuna y efectiva. El Consejo Internacional de Enfermería (CIE), publicó normativas detalladas sobre la EPA, se destaca por disponer de un modelo formativo avanzado, con programas de formación bien definidos y un sistema de regulación formalizado.

Se recomienda que la implementación de la Enfermería de Práctica Avanzada (EPA) en Argentina sea ejecutada por profesionales con el título de Licenciatura en Enfermería. Estos profesionales deben poseer formación adicional y especializada en un conjunto de prácticas autónomas preestablecidas o consensuadas, y operar en colaboración registrada con otros miembros del equipo sanitario (MSN, 2023).

iii) PROCESOS DE TRABAJO EN SALUD

Para Mendes-Gonçalves (1992), el proceso de trabajo en salud no puede entenderse como una práctica técnica neutra ni como una secuencia natural de acciones orientadas a un objeto dado. Por el contrario, constituye una forma históricamente situada de interacción entre el ser humano y el mundo, en la que se transforman objetividades mediante saberes, instrumentos y fuerza de trabajo, con vistas a la reproducción de necesidades. Este proceso se fundamenta en una concepción ontológica, en tanto expresión de la relación constitutiva entre ser humano, naturaleza y trabajo, y teleológica, ya que está dirigido a una finalidad concreta: la satisfacción de una carencia que moviliza la acción. Como señala el autor, “la carencia importa únicamente en la medida en que le confiere al movimiento del conjunto del proceso de trabajo una finalidad, un carácter teleológico” (Mendes-Gonçalves, 1992, pág. 10). Enmarcado en una tradición marxista, este enfoque entiende el trabajo como base de la producción y reproducción social, y sitúa al proceso de trabajo en salud dentro de relaciones sociales determinadas por la distribución desigual de los medios, los objetos y los resultados del trabajo. Así, el proceso de trabajo en salud no responde a objetos ni necesidades “naturales”, sino que se configura históricamente, en función de contradicciones sociales estructurales, y debe comprenderse como una práctica esencialmente humana orientada a la transformación de la vida.

Por su parte, Emerson Merhy (2023), enuncia otra formulación alternativa para la organización del trabajo en salud, propone que la centralidad del trabajo en salud se da a partir de la producción del cuidado, y tomando como base el marxismo, coincide con Mendes-Gonçalves en que todos los elementos relacionados con el proceso de trabajo se construyen históricamente. Se sustenta en el concepto de micropolítica, llevándolo al centro de sus postulados. El autor no ofrece una definición conceptual del término, sino que invita a captar el concepto en su funcionamiento, en sus dinámicas en el mundo.

Congrega los conceptos de “trabajo muerto” y “trabajo vivo”, con lo cual propone una nueva forma de pensar el concepto de tecnologías de la salud, a partir de la centralidad del trabajo vivo en acto, que es donde se produce el encuentro, el vínculo entre dos sujetos y esto no puede ser captado por el trabajo muerto. Además, considera que, en los procesos del trabajo en salud entre el trabajador de la salud y el usuario se establece un espacio de intercesión compartida, el cual solo existe en el encuentro y en el acto, pero donde se ponen en juego dinámicas de conocimientos y representaciones. Por lo que considera que, “la micropolítica del proceso de trabajo debería ser entendida como un escenario de distintas fuerzas instituyentes en disputa” (Merhy, 2021, pág. 23).

Franco y Merhy, analizan las redes en la micropolítica del proceso de trabajo en salud: “Cuando la micropolítica del proceso de trabajo en salud funciona bajo una cierta hegemonía del trabajo vivo, nos revela un mundo extremadamente rico, dinámico, creativo, no estructurado y de alta posibilidad inventiva.” (Tulio, 2023, pág. 156). También se analizan cómo, el trabajo vivo, conforma una cartografía al interior de los procesos de trabajo, conectando y transitando diversos territorios, asumiendo así, una heterogeneidad de características. Según los autores, el trabajo vivo se encuentra atravesado por las normas hegemónicas, pero al mismo tiempo es autogobernable; se abren grietas por quien opera el propio proceso de trabajo, el cual es capaz de hallar nuevos territorios dentro del sistema productivo.

Los autores proponen una forma de observar y comprender los servicios de salud para poder advertir situaciones y características del “hacer salud”, esto permitirá pensar de manera crítica cómo funciona el trabajo en los servicios: cómo se trabaja, quién realiza el trabajo, para quién, por qué, etc.

Para ello diseñan una herramienta de análisis que denominan “flujograma analizador del modelo de atención de un servicio de salud”, este esquema analítico

consiste en un diseño gráfico del proceso de trabajo, permite diseñar un modelo de los flujos de trabajo y cómo circulan; además de distinguir aspectos de la micropolítica dentro de la organización del trabajo y de la producción de servicios. Su objetivo es poder apreciar los recorridos que el paciente realiza cuando ingresa al servicio de salud, y construir una narrativa de las experiencias vividas en la producción del cuidado. Posibilita identificar los procesos de trabajo clave que ocurren dentro de la institución y, además, sirven de guía para poder construir nuevos procesos de trabajo o para visualizar aquellos que se encuentran ocultos. El elemento clave del flujograma es el encuentro entre personas (usuario y trabajador de la salud). En el área de la salud, se registra lo que acontece en dichos acercamientos y las decisiones que se tomaron, aunque el resultado de dichos registros resulta incompleto, ya que no es posible describir todo lo que ocurre dentro del encuentro. Es por esto que para construir un flujograma es necesario recurrir a diversas fuentes de información, y la confección debe ser, necesariamente, colectiva; puesto que es necesario reconstruir “las memorias” de dichos encuentros, esas experiencias vividas con el usuario que no pudieron ser registradas (Tulio, 2023) (Merhy, 2019).

iv) TECNOLOGÍAS EN SALUD

Mendes-Gonçalves (1994) propone una caracterización para el término de tecnologías implicadas dentro del trabajo en salud, dada la restricción del concepto de la misma, en ese momento. Existe una tendencia a comprender la productividad de los servicios de salud en torno a las representaciones sociales dominantes, sustentada en el conocimiento científico, y por extensión, constituida en sus propios instrumentos materiales. Las prácticas en salud sientan sus bases en el empleo del conocimiento científico, lo que no necesariamente lo desvincula de los instrumentos materiales de los que se vale.

Posteriormente, Merhy (2021) retoma y amplía el concepto de tecnología que Mendes-Gonçalves presenta en su obra. Denomina “tecnologías blandas” a aquellas tecnologías relacionales que se encuentran comprendidas en la producción del vínculo, del encuentro, del diálogo; “tecnologías blandas-duras” a los saberes estructurados que gobiernan los procesos de trabajo, como los diferentes tipos de clínica, la epidemiología;

y “tecnologías duras” a todo el material tecnológico, tangible e intangible, como máquinas, normas, estructuras organizacionales.

A demás, utiliza la idea de maletines como cajas de herramientas, para describir las tecnológicas y así ilustrar la producción del cuidado. Establece tres categorías de maletines: uno que se asocia a las tecnologías duras, relacionadas con los equipos, al cual denomina “maletín de las manos”. Otro que combina tecnologías duras y blandas, que abarca los conocimientos estructurados, el “maletín mental”, donde se movilizan los saberes. Y finalmente, el que contiene tecnologías blandas, que se refieren a la interacción relacional entre el profesional y el usuario, al que llama “maletín de las relaciones”.

Para configurar los procesos productivos en salud, se requiere de la articulación de los tres maletines que da como resultado la intervención del profesional enfocado no solo en los procedimientos sino también en las formas de cuidar. Los modelos de atención en salud, se van a conformar dependiendo de la combinación de estos tres tipos de tecnologías.

La forma en que se estructuran y utilizan las tecnologías en los modelos de atención sanitaria no es neutral, sino el resultado de una lucha de poder entre los diversos actores que tienen intereses en el sector. La hegemonía de la medicina neoliberal tecnológica se apodera de los microespacios de decisiones y definen el modelo de atención poniendo énfasis en las tecnologías duras (equipos, infraestructura) y blandas-duras (conocimiento médico estructurado), dominando así al sistema, y relegando a un segundo plano las tecnologías relacionales. Si bien los modelos dominantes son eficientes al dar respuesta a problemáticas puntuales donde la gravedad de la situación conlleva al paciente a desprenderse de su autonomía para recibir el tratamiento específico (como un infarto agudo de miocardio), poniendo en eje central la patología; son ineficaces cuando el usuario recupera su gobernabilidad, es allí donde se debe negociar la autonomía del paciente y el trabajo de los profesionales de la salud. “Por eso, el cuidado (y no la clínica) es el alma de los servicios de salud y la estrategia radical para la defensa de la vida” (Merhy, 2016, pág. 11). Y para lograr una reorganización del sector salud, es necesario analizar las transiciones tecnológicas y comprender el lugar central que ocupan las tecnologías blandas y la forma en que estas operan en los procesos de trabajo (Merhy, 2021).

ESTRATEGIA METODOLÓGICA

TIPO DE ABORDAJE Y ESTRATEGIA METODOLOGICA SELECCIONADA

El origen de la investigación cualitativa se ubica entre fines del siglo XIX y comienzos del siglo XX, y su desarrollo estuvo ligado principalmente al estudio de las Ciencias Sociales, especialmente de la Sociología y la Antropología. Aunque las propuestas de abordajes sean diversas, todas convergen en su fundamento, el cual es único en este campo de conocimiento. Sus principales características son: carácter comprensivo, contextualizado, interpretativo, holístico y dialéctico (de Souza Minayo, 2017).

Dentro de las estrategias metodológicas de este abordaje se encuentra la Fenomenología, ésta es una corriente filosófica, un enfoque y un diseño de investigación, cuyo principal propósito es explorar, comprender y describir las experiencias de los sujetos con respecto a un fenómeno, cómo estos individuos comprenden las experiencias vividas tanto de manera individual como colectiva.

El investigador debe contextualizar las experiencias en varios aspectos: temporal, espacial, corporal y relacional. Para minimizar sesgos se sugiere describir las experiencias en conjunto con los participantes, y utilizar al menos dos instrumentos para la recolección de datos (Hernández Sampieri, 2014).

El abordaje y la metodología anteriormente descriptos permitirán alcanzar los objetivos que persigue esta investigación los cuales corresponden a poder comprender cómo se desarrollan los procesos de trabajo del personal de enfermería y permitir distinguir cuáles son los recursos tecnológicos que predominan en la realización de las prácticas diarias.

La recolección de datos se realizará mediante entrevistas individuales, y se cotejará los datos obtenidos de las mismas mediante la observación, la cual se realizará de manera individual durante tres jornadas laborales.

Para generar validez y confiabilidad de los resultados del estudio, se recurrirá a la triangulación, en esta estrategia el investigador, dentro de una misma investigación, recurre a la combinación de diversas observaciones, perspectivas teóricas, fuente de datos y metodologías (Vasilachis de Gialdino, 1992). En esta investigación se

utilizará la triangulación de datos que permitirá contrastar la información recolectada. Se compilará la información a través de entrevistas y observaciones individuales.

MAPEO: SITIO Y CONTEXTO DE ESTUDIO

El estudio se llevará a cabo en el SAMCo de San Jerónimo Sud. Éste es un Sistema para la Atención Médica de la Comunidad que responde a la lógica de Atención Primaria de la Salud. Es el único establecimiento sanitario de la comunidad, los hospitales más cercanos de segundo nivel de atención se encuentran a 12km, uno en la localidad de Roldán y otro en la localidad de Carcarañá. Y los hospitales de tercer nivel se hayan a 35km, en la localidad de Rosario.

En el SAMCo, funciona una guardia permanente de médico, enfermero y chofer de ambulancia. Así mismo, cuenta con médico generalista de lunes a viernes, y profesionales de ginecología, pediatría, salud mental, cardiología y laboratorio tienen días específicos de atención, y se accede mediante turnos. El servicio de odontología solo se cuenta para ingreso escolar y para ingreso a colonia de vacaciones infantiles.

Ediliciamente consta de: hall central, donde funciona la sala de espera; recepción y administración coexisten en el mismo espacio; una cocina; un dormitorio para el personal; un vacunatorio; tres consultorios médicos; un consultorio de enfermería, el cual posee: una cama para internaciones cortas, tubo de oxígeno, un multiparamétrico, una bomba infusora, un desfibrilador, una camilla, una silla de ruedas, mesada con bacha, mobiliario para el almacenamiento de medicación, escritorio con computadora y dos sillas. El consultorio de enfermería a su vez posee una puerta de acceso directo a la cochera donde se encuentra la ambulancia.

Para poder determinar si la problemática en estudio se presenta en dicha institución, la investigadora realizó un primer acceso al campo, es decir, un mapeo, el cual consiste en un primer acercamiento a la realidad social del objeto de estudio, donde se pueden identificar tanto los participantes como las situaciones que interactúan entre los mismos (Sandoval Casilimas, 2002).

Para este primer acercamiento fue necesario un garante de acceso, dicho rol lo estableció uno de los enfermeros que trabaja en el efector. La directora de la

institución auspició como informante clave, a quien se le realizó un cuestionario semiestructurado, para conocer en profundidad el contexto y poder determinar la existencia de la problemática en estudio. Para generar un rapport satisfactorio la investigadora se basó en la escucha activa, generando un espacio abierto y de confianza para la comunicación.

Los datos más relevantes que se obtuvieron de mapeo son: en los últimos años se han anexado nuevas tecnologías, especialmente a nivel informático. En 2024, se incorporó el Sistema de Atención Primaria (SICAP), el cual permite cruzar datos con el Plan SUMAR, que garantiza el acceso al servicio de salud a personas sin cobertura médica.

La carga de datos, a su vez, permite el cruzamiento de información con el Programa HEARTS de la Organización Panamericana de la Salud para fortalecer la prevención y control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), el cual brinda estándares para el tratamiento, herramientas, tecnologías necesarias y educación para los individuos que conforman esta población, y de esta forma, poder mejorar la calidad de atención y la calidad de vida de los sujetos.

Muchas veces la carga de datos es diferida, con lo cual se pierde información, y otras veces ocurre que, si bien se realiza en el momento, la misma no se hace de manera completa, por lo cual también se pierde información. Esto no solo repercute en la dinámica del trabajo, sino en las retribuciones por parte del gobierno hacia la institución; ya que el mismo otorga una suerte de premios por atención (a veces monetario y otras veces con tecnologías y/o recursos). Otra problemática que se observa es la falta de capacitación por parte del personal, tanto para el manejo de los sistemas informáticos de nueva incorporación (en este caso el personal no puede organizarse para acceder al mismo por cuestiones de tiempo y distancia), como otras formaciones que la institución propuso, que si bien se tuvo en cuenta las dificultades de acceso antes mencionadas, proponiéndose que se desarrolle de manera virtual, tampoco fueron realizadas por el personal de enfermería.

En febrero de este año, con la firma del Presidente de la Nación, se modificó el modelo de gestión en el cobro de los servicios que los hospitales y SAMCos de la provincia brindaban a personas con cobertura de prepagas y obras sociales, y éste se tercerizó, anteriormente se efectuaba el cobro de prestaciones a través de un sistema

operativo que brindaba la Superintendencia de Seguros de Salud. A partir de esto todos los hospitales y SAMCos tienen un contrato con la empresa N.B.P. SA, la cual se encarga de brindar servicios empresariales, actividades administrativas y servicios de apoyo. Una vez que el nuevo sistema se incorpore dentro de las instituciones, la empresa N.T.B SA se quedará con una comisión. El resto de lo recaudado se distribuye entre empleados, ayudas y becas, y gastos generales de la institución. Para poder operar esta nueva tecnología, dentro de la institución en estudio, solo se encuentra capacitada una administrativa. El personal de enfermería aún no está capacitado, ni en formación. Es necesario que enfermería pueda manejar este sistema, y hacerlo de manera eficaz, ya que el mismo permite facturar a obras sociales las prestaciones realizadas a individuo con cobertura médica. Por otro lado, se pierde información en la carga de datos, ya que la administrativa solo trabaja de lunes a viernes, quedando los fines de semana sin registro inmediato de los procedimientos realizados a los pacientes.

A fin de cumplir con los objetivos de esta investigación y en función de los datos obtenidos del mapeo, se puede establecer que este lugar es apropiado para obtener información significativa para su desarrollo.

MUESTRA

Sandoval Casilimas (2002) menciona que, en los estudios cualitativos, el muestreo es por naturaleza no probabilística, ya que no interesa la representatividad de las generalizaciones; así como tampoco hay criterios jerárquicos respecto del tamaño de la muestra. Por lo tanto, en este tipo de investigaciones, el muestreo es progresivo y el mismo está sujeto a la dinámica que se genera de los hallazgos. En la institución en estudio, la estrategia de selección fue intencionada, se optó como decisión inicial tomar a la dotación total, que está conformada por 7 enfermeros.

Como criterio de pertinencia se considerarán a los profesionales que puedan aportar información sobre las categorías conceptuales de la presente investigación, mediante las cuales se podrá dar cuenta del fenómeno que se investiga, incluyendo la categoría inicial y las tres subcategorías. Es por esto que se tendrán en cuenta que cada unidad muestral posea no menos de 6 meses dentro de la institución desempeñando labores de enfermería.

Y, como criterio de adecuación, se tendrá en cuenta la cantidad suficiente de datos aportados que permitan conocer el fenómeno en profundidad, con los cuales se podrá realizar una completa interpretación del objeto en estudio. Este criterio se tendrá en cuenta al momento de la recolección de datos, para visibilizar las limitaciones que vayan surgiendo.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para este proyecto de investigación se estableció como categoría inicial: procesos de trabajo, y como subcategorías: tecnologías blandas, tecnologías blandas-duras y tecnologías duras.

Hernández Sampieri (2014) entiende como “dato”, dentro de los estudios cualitativos, a aquellos procesos que resultan significativos, tanto implícita como explícitamente, y que se manifiestan en diversas situaciones, imágenes mentales, percepciones, experiencias, pensamiento y conductas, entre otros; ya sea de manera individual o grupal.

Para poder recolectar los datos y analizar las categorías establecidas se utilizarán como estrategias de recolección de datos las entrevistas no estructuradas y la observación.

Para evitar que el participante perciba a la entrevista como un interrogatorio meticuloso, se contará con tópicos que orienten la entrevista hacia los ejes centrales de la investigación, dando espacio al entrevistado para que pueda expresarse en su narración. La investigadora generará un clima confortable, de espontaneidad, amplitud, y de escucha activa con aires de “curiosidad”, mostrando en todo momento interés en el relato del participante. De esta manera se generará un clima de confianza, donde el entrevistado pueda distenderse. Las preguntas se realizarán dando espacio abierto a las respuestas, sin conducir a las mismas de una manera tendenciosa (Hernández Sampieri, 2014).

Dichas entrevistas se realizarán de manera individual, en un lugar a convenir con el entrevistado, por un tiempo aproximado de 60 minutos. La misma será grabada en formato de audio, con previo consentimiento informado firmado por los

participantes. También se tomará nota, sobre todo, de aspectos no verbales, en un diario de notas.

Las mismas se caracterizan por su flexibilidad, donde el investigador cuenta solo con una lista de tópicos que funcionan como guía de la entrevista, así mismo, la conversación no responde a un conjunto de preguntas preestablecidas. En este tipo de encuentro el investigador permite que fluya naturalmente. No obstante, se debe reconocer que cada participante tendrá puntos de vista diferentes, por lo que se deberá adaptar las preguntas a cada entrevistado. Esto le posibilita al investigador explorar en un nuevo campo, recabar la máxima información posible y profundizar en las perspectivas de cada entrevistado sobre el fenómeno en estudio (Sybing, s.f.).

Tras la entrevista, es importante agradecer al participante su tiempo y su contribución. A continuación, los investigadores deben transcribir rápidamente la entrevista mientras los detalles aún están frescos.

También deben anotarse las reflexiones y observaciones sobre la entrevista, incluido el contexto, el comportamiento del participante y cualquier suceso inesperado. Estas notas pueden proporcionar un contexto valioso durante el análisis de los datos.

En un segundo momento se realizará la observación durante tres jornadas laborales completas de cada participante, mediante la participación pasiva, es decir, la investigadora estará presente en todo momento, pero no interactuará. No obstante, esto no significa la mera contemplación de sucesos, sino que, para poder alcanzar y realizar una observación de calidad, el entrevistador debe mantener un papel activo en cuanto a: saber escuchar y utilizar los sentidos, prestar atención a los detalles, poder comprender conductas, ser reflexivo permanentemente y flexible por si resulta necesario correr el foco de atención (Hernández Sampieri, 2014).

Para realizar la observación la investigadora contará con una guía de observación, la cual será confeccionada tomando como referencia el instrumento utilizado en la entrevista; también se contará con un diario de notas para registrar situaciones que puedan emerger durante el encuentro.

PERSONAL A CARGO DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Considerando las técnicas de recolección de datos y el tipo de triangulación será la investigadora la encargada de recolectar la información en ambos momentos, es decir, tanto en las entrevistas como en las observaciones.

PLAN DE ANÁLISIS

El análisis de contenido es un método de investigación que se usa para estudiar e interpretar el significado de textos y otros materiales de comunicación, con el fin de entender fenómenos sociales. No solo se enfoca en lo que se dice de forma explícita, sino también en lo que se sugiere u oculta. Por lo tanto, el análisis de contenido abarca un conjunto de técnicas para organizar y explicar los mensajes en textos, sonidos e imágenes. Su objetivo es utilizar pistas tanto cuantificables como no cuantificables para obtener conclusiones lógicas sobre el emisor y su contexto, e incluso sobre los efectos que el mensaje genera (Andréu Abela, 2001).

Teniendo en cuenta que, según Andréu Abela (2001), “el análisis de contenido se basa en la lectura (textual o visual) como instrumento de recogida de información”, se utilizará dicha técnica para el análisis de los datos recogidos de las entrevistas y de las observaciones (pág. 2).

En la investigación cualitativa, el análisis de datos es un proceso continuo y creativo donde el propio investigador interpreta y organiza la información. Su meta es alcanzar una comprensión profunda del tema, basándose en la experiencia directa con el entorno, las personas y los documentos estudiados.

Este proceso consta de varias fases: 1) Fase de descubrimiento: al principio, mientras se recogen los datos, se identifican los temas principales y se formulan conceptos iniciales. 2) Fase de refinamiento: una vez que se tienen los datos, se organizan mediante la codificación para profundizar en la comprensión del tema. 3) Fase final de contextualización: finalmente, el investigador sitúa sus hallazgos en el contexto en el que se obtuvieron, para entender su verdadero significado (Taylor, 1987).

Considerando estas fases, el tratamiento de la información se llevará a cabo en varias etapas. En la técnica de entrevistas individuales se explorarán los datos

recolectados a través de la escucha reiterada de los audios, y la lectura minuciosa, y en paralelo, de los datos recolectados mediante la observación durante dicha entrevista. Esto permitirá depurar la información y seleccionar lo que sea relevante para la investigación, también se podrá de esta manera identificar los temas recurrentes y así se podrá segmentar el conjunto inicial de datos que contengan la misma idea. Una vez segmentado el conjunto inicial de datos surgirán categorías emergentes, que permite una reagrupación y una comprensión diferente de los mismos, así se podrán identificar temas en común y patrones recurrentes de ideas; con lo que se podrá deducir ideas o frases claves. A cada una de estas ideas se les asignará un código que la describirá, para así poder ordenarlas, almacenarlas, clasificarlas y compararlas. La técnica de codificación se utilizará tanto para las entrevistas como para la observación.

En cuanto a los datos obtenidos de las observaciones, se leerá detenidamente la guía de observación junto con las anotaciones del diario de notas. En este punto también se reconocerán los temas recurrentes y se segmentará la información a partir de categorías recurrentes y/o emergentes. Como se mencionó anteriormente la codificación de datos también será aplicada en este momento.

Posteriormente se realizará la triangulación de datos, es decir, un análisis vinculando la información obtenida de los análisis anteriores, lo que generará nuevas categorías emergentes, y con esto se podrá llegar a una conclusión respecto del tema de esta investigación.

Para poder aplicar los criterios de calidad referente a la credibilidad es que se realiza la triangulación de datos, corroborando la información desde dos fuentes diferentes. En cuanto a la transferibilidad, se podrá extrapolar los resultados a otras poblaciones siempre que haya similitud entre los contextos, es por esto que la investigadora debe describir densamente las características del contexto y de la población en estudio. Y para generar la dependencia, todos los archivos y documentos estarán disponibles para cualquier auditoría externa, de esta manera la inspección de terceros podrá seguir el rastro del trabajo intelectual del presente estudio. Y finalmente, la investigadora garantizará la neutralidad durante todo el desarrollo de la investigación, esto permitirá, a través de una auditoría con un agente externo, la confirmabilidad, demostrando que los sesgos se han minimizado.

Para facilitar la tarea del análisis de datos se utilizará como auxiliar, el programa ATLAS.ti. Este programa permite: segmentar los datos en unidades, codificar los mismos y construir teoría. El investigador debe diseñar previamente un esquema, para que los datos puedan ser codificados; los parámetros de codificación los establece el propio investigador. Asimismo, se puede introducir memos y agregarlos para su análisis. Este programa ofrece al investigador diferentes perspectivas de análisis (Hernández Sampieri, 2014).

CONSIDERACIONES BIOÉTICAS

En Argentina, el Ministerio de Salud regula las consideraciones bioéticas en investigaciones con seres humanos. Establece que: “toda investigación que involucre seres humanos debe basarse en valores éticos fundados en el respeto por la dignidad de las personas, el bienestar y la integridad física y mental de quienes participan” (Salud, 2011).

Se tendrá en cuenta la Sección A de la Resolución 1480/2011 para orientar esta investigación, ya que la misma presenta pautas éticas para investigaciones en seres humanos, dirigiendo a los investigadores en la planificación y ejecución de sus estudios.

- En cuanto a la justificación ética y validez científica, la investigadora tendrá en cuenta los principios éticos básicos: respeto por las personas, beneficencia y justicia. A demás, se considerará a todas las personas autónomas para la toma de decisiones de forma voluntaria habiéndoles suministrado toda la información necesaria para que cada individuo pueda evaluar las opciones. Por lo tanto, respetando su capacidad de autodeterminación, libre de incentivos e influencias, y libre de coerción. Otro aspecto que se tendrá en cuenta es que se garantizará en todo momento el bienestar de los participantes, protegiendo a los mismos de daños evitables.

Los beneficios y cargas de la investigación serán distribuidos de manera equitativa entre todos los participantes.

Para poder alcanzar la validez científica los métodos del presente estudio se ajustarán a los objetivos del mismo y al campo de estudio.

- Evaluación ética y científica, esta investigación se someterá previo a su realización, y posteriormente de manera periódica, a una revisión por parte de un Comité de Ética en Investigación (CEI).

- El consentimiento informado confirmará la participación de los individuos en la investigación la cual será totalmente voluntaria y libre de influencias. Para lo cual la investigadora brindará la información de manera clara y precisa respecto de: propósito del estudio, procedimientos, beneficios, riesgos previsibles, fuentes de financiamiento de la misma, y sobre el derecho de los participantes de acceder y ratificar sus datos; y su derecho a rehusarse a participar

o abandonar el estudio en cualquier momento, sin necesidad de justificación, y sin que esto conlleve una represalia. Una vez que se asegure que los participantes comprendieron toda la información brindada, y no quedan dudas, se solicitará a los participantes la firma del consentimiento informado.

- Beneficios y riesgos de la investigación, en este estudio los riesgos que se tratarán de evitar son los emocionales que pueden aparecer en cualquier momento de la investigación. Para afrontar dicha situación la investigadora tomará los recaudos para garantizar la confidencialidad de la información obtenida tanto de las entrevistas como de la observación. También se preverá un espacio con salud mental de dicha institución, donde los participantes podrán acceder a consulta de ser necesario.

- La selección de los participantes se ajustará en función de los objetivos y del diseño de la investigación, y de la mayor posibilidad de minimizar los riesgos, y de aumentar los beneficios a nivel individual. Garantizando una selección justa, donde los principios que se sostienen son: que todos deben ser tratados de la misma manera, y que los beneficios y las cargas se distribuirán de manera equitativa dentro del grupo involucrados.

- Confidencialidad de la información, la investigación en seres humanos implica manipulación de datos de individuos o grupos, por lo tanto, se halla la posibilidad de que dicha información sea revelada a terceros, y esto pueda ser fuente de perjuicio y/o angustia de los participantes. Para garantizar la confidencialidad no se utilizarán datos personales que puedan ser identificables en esta investigación, además se explicará a los participantes cómo se protegerán sus datos y cuáles serán las limitaciones de dicha protección.

- Conflicto de intereses, por encima de cualquier interés financiero, social, científico o de otra índole se respetará la dignidad, derechos, valores, intereses, bienestar y la integridad física y mental de todos los participantes. La comunicación de los resultados del estudio se hará de manera imparcial y transparente.

- El manejo de datos y resultados se hará a través de registros y se archivarán de forma tal que permita su interpretación y verificación. Al momento de la publicación se conservará con exactitud los datos y su interpretación, así mismo se declararán: fuentes de financiación, relaciones laborales y otros posibles

conflictos de intereses. Se asegurará la preservación y confidencialidad de todos los datos personales, cumpliendo los requisitos legales de conservación de la información (Salud, 2011).

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Año 2026

ACTIVIDADES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Relevamiento bibliográfico												
Diseño, mapeo y muestra												
Entrevistas individuales												
Observación individual												
Procesamiento y análisis												
Elaboración borrador de informe												
Revisión del informe												
Elaboración del informe final												

INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO

Distribución de actividades:

1. Se comenzará el año 2026 con la revisión de la literatura, la cual culminará en el mes de octubre.
2. En los meses de abril y mayo se realizará el mapeo, diseño y muestra.
3. Para la recolección de datos, primeramente, se le entregará a cada participante el consentimiento informado impreso, cuyo gasto será asumido por la investigadora, y se evacuarán todas las dudas que surjan al respecto. Se destinará el mes de julio para las entrevistas individuales; y los meses de julio y agosto para las observaciones.
4. Para el procesamiento de la información, ordenamiento y tabulación se destinarán los meses de junio, julio, agosto y primera semana de septiembre.
5. A partir de la segunda semana de septiembre y lo que reste del mes se elaborará un borrador de informe.
6. Se designa el mes de octubre para analizar dicho borrador de informe.
7. Y entre los meses de noviembre y diciembre se elaborará el informe final.

Recursos necesarios:

Personal: 1 (un) investigador.

Materiales:

- Impresión de 7 (siete) consentimientos informados.
- Impresión de 1 (un) instrumento guía para entrevistas y 1 (un) instrumento con ejes para observaciones.
- Lapicera y cuaderno de notas.
- Grabadora de audio.
- Computadora.
- Programa de análisis de datos.

Tiempo: para las entrevistas: de 10 a 12 horas, y aproximadamente, 168 horas para las observaciones.

BIBLIOGRAFÍA

Abalo Miller, K., & Bang, C. (2022). Dimensión subjetiva de los procesos de trabajo en profesionales de salud en contexto de pandemia: un estudio exploratorio a partir del análisis de dispositivos de Apoyo a los Equipos de Salud en un Municipio de Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA). *Psicología, Conocimiento y sociedad*, 12(1), 5-36. Obtenido de <https://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/822>

Andréu Abela, J. (2001). Las técnicas de análisis de contenido: una revisión actualizada. Obtenido de <https://abacoenred.org/wp-content/uploads/2019/02/Las-t%C3%A9cnicas-de-an%C3%A1lisis-de-contenido-una-revisi%C3%B3n-actualizada.pdf>

Argentina, H. C. (2000). *Ley 25.326*. Obtenido de <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-25326-64790>

Bertolozzi, M. R., & de La Torre Ugarte Guanillo, M. C. (2012). Salud colectiva: fundamentos conceptuales. *Salud Areandina*, 1(1), 24-36. Obtenido de https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/62491016/Salud_Colectiva_fundamentos_conceptuales20200326-8673-qq2z82-libre.pdf?1585374019=&response-content-disposition=attachment%3B+filename%3DSalud_Colectiva_fundamentos_conceptuales.pdf&Expires=1751288604&Signature

Costa Cardoso, A. e. (2018). Desafíos y potencialidades del trabajo en Enfermería en Consultorio en la Calle. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 26, e3045. doi:10.1590/1518-8345.2323.3045

de Souza Minayo, M. C. (2017). Origen de los argumentos científicos que fundamentan la investigación cualitativa. *Salud Colectiva*, 13(4), 561-575. doi:10.18294/sc.2017.942

Hernández Sampieri, R., & Fernández Collado, C. &. (2014). *Metodología de la Investigación (6ª ed.)*. México: Mc Graw Hill. doi:978-1-4562-2396-0

Herrera, L. M., & Jaimovich, S. (2004). Modelo Comunidad Participante y su aplicación al trabajo con familias. *Horizonte Enfermería*, 15, 89-99. Obtenido de <https://horizonteenfermeria.uc.cl/index.php/RHE/article/view/12454>

Instituto Nacional de Educación Tecnológica & Ministerio de Educación. (2023). *Enfermería*. Obtenido de www.inet.edu.ar/wp-content/uploads/2023/12/Perfil_Enfermeria.pdf

Mendes-Gonçalves, R. B. (1992). *Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades*. Cadernos CEFOR. Obtenido de <https://fps.edu.br/uploads/downloadsuploads/doc1.pdf>

Mendes-Gonçalves, R. B. (1994). *Tecnologia e organização social das práticas de saúde. Características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. [Tesis doctoral]*. Universidad de São Paulo . São Paulo.

Mercer, H. (2021). Atención Primaria de la Salud: de dónde viene y hacia dónde va. *Revista Argentina de Medicina*, 9(3). Obtenido de <https://www.revistasam.com.ar/index.php/RAM/article/view/611>

Merhy, E. (11 de sept de 2019). AULA 06 O Fluxograma Analisador. [Video]. YouTube. Obtenido de <https://www.youtube.com/watch?v=WWo82RFswoU>

Merhy, E. E. (2016). Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. (Hexis, Ed.) *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes*, 61-74. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/267993391_Novo_olhar_sobre_as_tecnologias_de_saude_uma_necessidade_contemporanea

Merhy, E. E. (2021). *Salud: cartografía del trabajo vivo*. EDUNLa-Universidad Nacional de Lanús. Obtenido de <https://livros.unb.br/index.php/estante/catalog/book/323>

Merhy, E. E. (2023). *Micropolítica del trabajo en salud: teoría, métodos y aplicaciones*. Editora Rede Unida. doi:10.18310/9786554620543

Miguélez Chamorro, A., Miralles Xamena, J., Font Oliver, M. A., Noriega Guillermo, F., Coll Pons, M., Muñoz Alonso, Y., . . . Busquets Socias, M. T. (2011). *Perfil y competencias de la enfermera familiar y comunitaria. Gerencia de Atención Primaria de Mallorca*. España. Obtenido de <https://docusalut.com/rest/api/core/bitstreams/d9038d0e-2a21-4496-a8cd-8ce91b28d07c/content>

Ministerio de Salud. (2023). *Recomendaciones para el Desarrollo de Enfermería en Prácticas Avanzadas*. CNAPE. Obtenido de http://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2023/03/epa-enfermeria_cnape_2023.pdf

Ministerio de Salud de la Nación. (2006). *Programa Médicos Comunitarios. Módulo 1- Salud y sociedad*. Buenos Aires. Obtenido de <https://iah.ms.gov.ar/doc/Documento195.pdf>

Ministerio de Salud de la Nación. (2023). *Ejes de Gobernanza en Atención Primaria de la Salud*. Obtenido de <https://servicios.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/380000-384999/383598/res924.pdf>

Mondragón-Sánchez, E. J., & al., e. (2021). Proceso de trabajo de enfermería en la atención primaria de salud: estudio observacional. *Rev. cienc. ciudad*, 18(3), 22-31. doi:10.22463/17949831.2850

Organizacion Mundial de la Salud (OMS). (15 de 11 de 2023). *World Health Organization*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2008). *Pan American Health Organization*. Obtenido de https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2010/aps-estrategias_desarrolloEquipos_aps.pdf

Reif, L. (2021). Control y autonomía en el proceso relacional de producción del cuidado. Un análisis en trabajadores de la salud de la provincia de Chaco, Argentina. *Trabajo y Sociedad*, XXII(37), 543-567. Obtenido de <https://www.unse.edu.ar/trabajosociedad/#Numero2037>

Reif, L. (2024). Conflicto y cooperación del personal de enfermería en un hospital público de Buenos Aires. *Desacatos*, 74, 135-147. Obtenido de <https://desacatos.ciesas.edu.mx/index.php/Desacatos/article/view/2746>

Reif, L. C. (2023). La formación de enfermería y la percepción de su reconocimiento por parte del personal médico. *Cuadernos del Cendes*, 40(112), 1-22. Obtenido de https://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_cc/article/view/26865

Salud, M. d. (2011). *Resolución 1480/2011 - Guía para Investigaciones con Seres Humanos*. Obtenido de <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-1480-2011-187206>

Sandoval Casilimas, C. (2002). *Investigación cualitativa: Programa de especialización en teorías, métodos y técnicas de investigación social*. (C. ICFES. Bogotá, Ed.) Obtenido de <https://panel.inkuba.com/sites/2/archivos/manual%20colombia%20cualitativo.pdf>

Silva, S., Moreira, A., Centenaro, A., NMO, G.-P., Weiller, T., & MD, S. (2025). Nursing consultation and diabetes: an educational and transformative process for primary health care. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 33(e4464). doi: 10.1590/1518-8345.7546.4463

Sybing, R. (s.f.). *ATLAS.ti*. Obtenido de Entrevistas no estructuradas: cómo y cuándo utilizarlas: <https://atlasti.com/es/research-hub/entrevistas-no-estructuradas>

Taylor, S. &. (1987). Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados. Obtenido de <https://pics.unison.mx/maestria/wp-content/uploads/2020/05/Introduccion-a-Los-Metodos-Cualitativos-de-Investigacion-Taylor-S-J-Bogdan-R.pdf>

Tulio, F., & Merhy, E. E. (2023). *Trabajo, producción del cuidado y subjetividad en salud*. UNLa-Universidad Nacional de Lanús. doi: 10.18294/9789878926513

Valverde Rondo, M. E., & Tello Pompa, C. (2023). Implementación de tecnologías de cuidado: ¿Formas de cuidar o descuidar en las unidades críticas de

un hospital pública? *SCIENDO*, 26(3), 303-311.
doi:<https://doi.org/10.17268/sciendo.2023.045>

Vasilachis de Gialdino, I. (1992). *Métodos Cualitativos I. Los problemas teórico-epistemológicos*. (A. C. Buenos Aires, Ed.) Obtenido de <https://teoriasocialenclaveeducativa.wordpress.com/wp-content/uploads/2018/09/vasilachis-i-at-al-mc3a9todos-culitativos-i.pdf>

ANEXOS

I. AVAL INSTITUCIONAL



FCM Facultad de Ciencias
Médicas - UNR

-----Quien suscribe, MG. ROSANA NORES,
certifica que ANELEY SOFIA SAVINO es estudiante de la carrera
Licenciatura en Enfermería. Para cumplimentar los requerimientos académicos de la
carrera la/el estudiante deberá entrevistar a un referente de la institución con el fin de
obtener información pertinente según la temática seleccionada con el fin de tomar
decisiones para la planificación de un Proyecto de investigación. Cabe aclarar que el
nombre de la institución no será explicitado en el proyecto, solo se hará referencia a la
dependencia y complejidad, de la misma. Desde ya agradecemos su valioso apoyo en el
proceso de formación de nuevos Licenciados en Enfermería-----
-----A pedido del interesado, se expide la presente constancia en la ciudad de
Rosario, Provincia de Santa Fe, a los 22 días del mes de AGOSTO 2025

Dra. ALIDA GRIGIONI
MEDICA DIRECTORA SAMCO
SAN JERONIMO SUD
Mat. 20015 RE 576409

Santa Fe 3100
Rosario s2000ktr
Tel. 341 4804558 Fax
341 4804569
www.fmedic.unr.edu.ar

II. PROCESO DE CATEGORIZACIÓN

CATEGORÍA INICIAL:

Procesos de trabajo: actos de asistencia con el usuario, donde hay un encuentro entre agente productor y sus herramientas (conocimientos, equipos y tecnologías) con el agente consumidor, que lo toma, en parte, objeto de la acción del productor, pero sin dejar de ser también un agente que en acto pone sus intencionalidades, conocimientos y representaciones, expresadas como un modo de sentir y elaborar necesidades de salud para el momento del trabajo. Incluye dos componentes en el trabajo en salud: trabajo muerto y trabajo vivo; y discrimina tres tipos de tecnologías involucradas en dichos trabajos: tecnologías blandas, tecnologías blandas-duras (representa parte del trabajo muerto, pero se torna trabajo vivo cuando el profesional entra en vínculo con el otro) y tecnologías duras (Merhy, 2021) (Merhy, 2023).

SUBCATEGORÍAS:

1. Tecnologías blandas: “relaciones de producción de vínculo, de auto nominación, el acogimiento y la gestión como una forma de gobernar procesos de trabajo” (Merhy, 2021, pág. 17).
2. Tecnologías blandas-duras: “saberes bien estructurados que operan en los procesos de trabajo en salud” (Merhy, 2021, pág. 17).
3. Tecnologías duras: “equipamientos tecnológicos, ya sean máquinas, normas, estructuras organizacionales, etc.” (Merhy, 2021, pág. 17).

III. PREGUNTAS: MAPEO

- ¿Con qué tipos de tecnologías cuenta la institución?
- ¿Hay capacitaciones sobre ese tipo de tecnologías?
- ¿Todos las manejan?
- ¿En el último tiempo se incorporaron tecnologías nuevas? ¿De qué tipo y características?
- ¿Cómo puede describir la comunicación entre enfermeros?
- ¿Cómo puede describir la interacción dentro del equipo de enfermería?

Al iniciar la entrevista, se realizaron la totalidad de las preguntas. La entrevistada sugirió que las últimas dos preguntas sea respondidas por personal de enfermería. Por cuestiones de salud de la investigadora, no hubo posibilidad de coordinar una entrevista con algún enfermero de la institución, hasta el momento de entrega de los Avances de Proyecto de Investigación 2.

IV. INSTRUMENTOS

GUÍA PARA LA ENTREVISTA

1. Descripción General de los Procesos de Trabajo

- ¿Podrían describir un día típico de trabajo en el SAMCo?
- ¿Cuáles son los principales procedimientos o tareas que realizan de forma recurrente?
- ¿Cómo se distribuyen las tareas entre el equipo de enfermería? ¿Hay roles específicos o rotación de funciones?
- ¿Identifican errores o ineficiencias recurrentes en algún proceso?

2. Tecnologías duras-blandas y blandas

- ¿Qué herramientas o sistemas utilizan para registrar la información de los pacientes y las intervenciones de enfermería?
- ¿Existen protocolos o guías de procedimiento escritos para las tareas de enfermería?
- ¿Existen tareas repetitivas o que consideran que podrían optimizarse? ¿Cuáles?
- ¿Qué tipo de capacitación o formación consideran que sería más útil para mejorar sus procesos y habilidades?
- ¿Cómo se incorporan las nuevas prácticas o conocimientos en los procesos de trabajo existentes?
- ¿Cómo se maneja la información entre turnos? ¿Existe un proceso claro de coordinación?
- ¿Podrías describir cómo se construyen los vínculos y las relaciones entre los profesionales en los espacios de trabajo, considerando las dinámicas de comunicación y encuentro?

3. Tecnologías duras

- ¿Cuentan con todos los insumos y materiales necesarios para llevar a cabo sus tareas diarias? ¿Cuáles son los más críticos o los que suelen escasear?

- ¿Qué tecnología utilizan en sus procesos de trabajo? ¿Funciona de manera eficiente? ¿Ha recibido o se encuentra en formación para el manejo de dichas tecnologías?

EJES PARA LA OBSERVACIÓN

Consideración: Tiempo y Frecuencia: registrar la duración de los encuentros, la frecuencia de uso de una tecnología específica y la cantidad de veces que se interrumpe un proceso.

1. Contexto y ambiente de trabajo

- ¿Cómo es la distribución del espacio? ¿Permite la interacción fluida o la dificulta?
- ¿Las tecnologías duras (insumos, equipamiento) se encuentran disponibles? ¿El proceso de trabajo se ve interrumpido por su falta o búsqueda?
- ¿Cuál es el número de enfermeros/técnicos presentes? ¿Existe coordinación explícita o implícita entre ellos?
- ¿Cuál es la intensidad del flujo de usuarios (pacientes)? ¿Cómo gestiona el personal la demanda y el tiempo?

2. Proceso de trabajo y relación dimensional

- ¿Dónde y cuándo se produce el encuentro principal (administración de medicación, curación, orientación, etc.)?
- ¿Cómo se manifiesta la escucha, el vínculo y la acogida? ¿El personal establece un diálogo o solo da instrucciones?
- ¿Se observa una adaptación del cuidado a la necesidad singular del paciente? ¿Se tienen en cuenta las quejas o sentimientos del usuario?
- ¿Qué interrumpió el encuentro (llamadas, otros colegas, búsqueda de material)? ¿Cómo afecta esto a la calidad de la interacción?
- ¿Cómo se comunican los enfermeros con otros profesionales (médicos, etc.)? ¿Predomina una lógica de protocolo o de diálogo?

3. Utilización de tecnologías en el cuidado

i) Tecnologías duras

- Equipamiento Específico (bombas de infusión, monitores, ventiladores, computadoras): ¿Cómo se utilizan? ¿Requieren mucha dedicación para su manejo (desviando el foco del paciente)?
- Materiales de Curación/Procedimiento: ¿El personal opera bajo la lógica de protocolo rígido o adapta la técnica según la necesidad (flexibilización)?
- Infraestructura (camas, carros de paro, bandejas): ¿El diseño o la disposición de estos elementos facilita o dificulta el "acto de cuidar"?

ii) Tecnologías duras – blandas

- Documentación/Registros (fichas, sistemas electrónicos): ¿El registro es percibido como finalidad (burocracia) o como instrumento para planificar el cuidado?
- Protocolos/Normas: ¿Son aplicados los protocolos? ¿Se cumple de forma mecánica o reflexiva?
- Diagnósticos de Enfermería: ¿Se utilizan formalmente? ¿La clasificación clasifica al paciente o apoya una intervención singularizada?

iii) Tecnologías blandas

- Orientación al Paciente: ¿La información se transmite de forma técnica o se utiliza un lenguaje comprensible y afectivo?
- Negociación del Cuidado: ¿Se le permite al paciente opinar o decidir sobre su cuidado, en lo posible? ¿Se da espacio para la autonomía?
- Manejo de Conflictos: ¿Cómo gestiona el personal una queja o un desacuerdo? ¿Con autoridad ("poder-duro") o con diálogo ("poder-blando")?

V. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mi nombre es Aneley Sofía Savino, me encuentro realizando el Proyecto de Investigación solicitado por la cátedra “Taller de Investigación”, para acceder al título de Licenciada en Enfermería de la Universidad Nacional de Rosario. En el mismo, se aborda el tema “Desarrollo de los procesos de trabajo del personal de enfermería”, y es a través de este documento que me gustaría invitarlo/a a participar.

La participación en este proyecto implica 2 (dos) instancias: la primera, consta de una entrevista individual de aproximadamente 60 minutos, la cual será grabada en formato de audio, posteriormente dicha entrevista será codificada y desgrabada para su transcripción y, seguidamente, el audio será eliminado. Y en una segunda instancia, la investigadora realizará una observación directa dentro de tres jornadas laborales suya, los datos serán registrados en un diario de notas. A posteriori se analizará la información obtenida.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria, y Usted tiene derecho a retirarse de la misma en cualquier momento de la misma sin que haya prejuicio alguno, y sin necesidad de justificación.

Si tiene dudas sobre la recolección de datos, o le surgen inquietudes posteriormente a aceptar participar, Usted puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación a la investigadora, cuyos datos figuran al final de este documento.

Toda la información que se recoja será confidencial y no se utilizará para ningún otro propósito fuera de esta investigación.

Enfermera Profesional: Savino, Aneley Sofía

DNI: 32.910.847

Celular: 341 6591074

Email: aneleysavino@gmail.com

HOJA DE FIRMA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio del presente documento:

Yo, _____, confirmo que se me explicó el propósito, los procedimientos y el tiempo que durará este estudio. Con toda mi capacidad y de forma completamente voluntaria, acepto participar en la investigación llamada: “Desarrollo de los procesos de trabajo personal de enfermería de un Sistema de Atención Médica para la Comunidad de la localidad de San Jerónimo Sud”.

Además, entiendo que la investigadora me ha proporcionado información completa y clara sobre lo que implica mi participación, y que mis datos serán protegidos y tratados de acuerdo lo establece la Ley 25.326. (Argentina, 2000)

He leído y comprendido todo lo anterior. La investigadora respondió a todas mis preguntas de manera clara y estoy completamente satisfecho(a) con las respuestas.

DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre y Apellido:

Firma:

Contacto:

Fecha:

DATOS DE LA INVESTIDADORA

Nombre y Apellido:

Firma:

Contacto:

Fecha: