



Universidad de San Andrés

Escuela de Educación

Doctorado en Educación

***El valor educativo del contexto de trabajo en el ámbito de la
salud pública. Estudio de casos***

Autora: Funes Molineri, Mariana

Director de la tesis: Gore, Ernesto

Buenos Aires, febrero 2023

UNIVERSIDAD DE SAN ANDRÉS - ESCUELA DE EDUCACIÓN
DOCTORADO EN EDUCACIÓN

Tesis Doctoral

El valor educativo del contexto de trabajo en el ámbito de la
salud pública. Estudio de casos

Mariana Funes Molineri

Director de la tesis: Dr. Ernesto Gore

Buenos Aires, febrero 2023

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer especialmente a mi director de tesis Ernesto Gore quien, desde un primer momento a través de la lectura de múltiples documentos me acompañó con sus palabras firmes, pero siempre contenedoras. Él me brindó sus conocimientos, así como relevantes aportes para la elaboración de este trabajo.

También quiero agradecer a Adriana quien, con su conocimiento, buen humor y energía estuvo presente con su lectura atenta y con sus valiosas sugerencias.

A Yamila por sus recomendaciones ante cada nuevo borrador y sus audios ante cada nueva consulta, y por su permanente apoyo.

También quiero agradecer a María Crojethovic, que generosamente aceptó en enero ser lectora externa de la primera versión de algunos de los capítulos de esta tesis y me aportó sus recomendaciones y perspectiva para la elaboración del segundo informe de avance.

A todos aquellos quienes en distintas instancias leyeron el proyecto, así como las primeras versiones de este documento y me enriquecieron con sus devoluciones.

A los profesores de los distintos seminarios que me acompañaron en mi formación durante el doctorado, especialmente a Catalina Wainerman, por sus aportes y orientación en el Taller de Tesis.

A mis amigas del alma, Silvia, Roxana, Eugenia, Karina y Claudia, por apoyarme a lo largo de todos estos años y creer que podía.

A mis compañeros de curso de doctorado con quienes he compartido lecturas, conversaciones y estados de ánimo diversos a lo largo del tiempo. Gracias por sus consejos, recomendaciones y sugerencias en todo momento.

Muy especialmente mi agradecimiento a las jefas y los equipos de los tres servicios estudiados, que abrieron sus puertas y me brindaron su confianza, permitiendo que este trabajo fuera posible.

A la Universidad de San Andrés y este programa de doctorado, por su acompañamiento permanente a través, por ejemplo, de los Seminarios de Doctorantes,

que siempre fueron instancias indispensables para volver a refinar lo trabajado hasta el momento, leer a otros y ser leído por otros, y recibir las cuidadosas y valiosas devoluciones de las y los docentes lectores.

Por último, quiero agradecer al amor de mi vida, Daniel, que me acompañó en cada uno de los proyectos que emprendí durante estos últimos treinta y ocho años que llevamos juntos, brindándome apoyo, aliento y confiando siempre en mí. A mi otro amor, mi hija Magalí, que desde donde estuviera —hoy, Alemania— me permitió compartir, de doctorante a doctorante, preocupaciones, dudas y angustias, y me brindó su apoyo y cariño.

A todos, gracias.



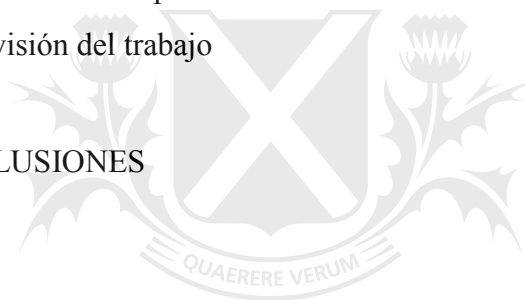
Universidad de
San Andrés

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	1
CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN	4
1.1 El problema de investigación	5
1.2 Los objetivos de la investigación	6
1.3 Recorrido expositivo de la tesis	10
CAPÍTULO 2. EL CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN	12
2.1 Sobre las y los profesionales de la salud	12
2.1.1 Características generales de la formación en Ciencias de la Salud	13
2.2 Práctica profesional y educación permanente	16
2.2.1 Algunos aspectos problemáticos de la formación	17
2.2.2 Formación en contextos laborales	19
2.3 El Sistema de Salud argentino como contexto laboral	19
2.3.1 El Subsistema Público	20
2.4 Sistema Nacional de Residencias y Concurrencias	24
2.4.1 Expresión del sistema en la CABA	27
2.4.2 Sistema de Residencias Básicas de Profesionales de Salud en Nutrición en la CABA	28
CAPÍTULO 3. MARCO TEÓRICO	30
3.1 La potencialidad educativa de los ámbitos de trabajo	30
3.1.1 El intercambio como condición para el aprendizaje	32
3.2 Los contextos inclusivos o sistemas de actividad, y el aprendizaje	33
3.2.1 Nivel de análisis	37
3.3 Tensiones latentes en los contextos educativos	44
CAPÍTULO 4. CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS	48
4.1 Diseño metodológico	48

4.2 La selección de los casos	50
4.3 El campo	52
4.3.1 Generalidades	53
4.3.2 Sobre las divisiones y la unidad estudiadas	54
4.3.3 Ingreso al campo	55
4.4 Instrumentos	57
4.4.1 Categorías y subcategorías exploradas	57
4.4.1.1 Las reglas	58
4.4.1.2 Comunidad	59
4.4.1.3 División del trabajo	61
4.5 Análisis de los datos	62
CAPÍTULO 5. LOS CASOS: DESCRIPCIÓN, ANÁLISIS Y RESULTADOS	64
5.1. Caso A: presentación	64
5.1.1 Inserción en la estructura, dotación y tareas	64
5.1.2 Perspectiva de sus integrantes	66
5.1.2.1 Reglas: “Siempre se pueden hacer cosas”	73
5.1.2.2 Comunidad de práctica: “Se generó la necesidad de trabajar de manera simultánea”	78
5.1.2.3 División del trabajo: “Esa brecha que te dejan a vos para aprender”	83
5.2. Caso B: presentación	90
5.2.1 Inserción en la estructura, dotación y tareas	90
5.2.2 Perspectiva de sus integrantes	91
5.2.2.1 Reglas: “El hospital público te da lugar a que hagas muchas cosas”	92
5.2.2.2 Comunidad de práctica: “nos juntábamos todo el tiempo... para debatir respecto de la evolución de este paciente”	95
5.2.2.3 División del trabajo: “En otros servicios, hacés algo mal y	

te ‘comés’ una guardia”	102
5.3 Caso C: presentación	111
5.3.1 Inserción en la estructura, dotación y tareas	112
5.3.2 Perspectiva de sus integrantes	112
5.3.2.1 Reglas: “... al no haber reglas, todo depende de lo individual”	115
5.3.2.2 Comunidad de práctica: “Dudar y consultarlo con un colega”.	117
5.3.2.3 División del trabajo: “... hay un gran estandarte que plantó X [la jefa]”	118
CAPÍTULO 6. RESULTADOS, UNA MIRADA COMPARATIVA DE LOS CASOS. DISCUSIÓN	124
6.1 Acerca de las reglas	124
6.2. Acerca de la comunidad de práctica	132
6.3. Acerca de la división del trabajo	143
6.4 Discusión	163
CAPITULO 7. CONCLUSIONES	169
REFERENCIAS	172
ANEXO	187



Universidad de
San Andrés

ÍNDICE DE FIGURAS Y CUADROS

Cuadro 1. Relación entre las dimensiones del contexto activo y del sistema de actividad.	35
Cuadro 2. Presentación de los casos estudiados.	54
Cuadro 3. Categoría de las reglas y sus subcategorías.	59
Cuadro 4. Categoría de la comunidad de práctica y sus subcategorías.	61
Cuadro 5. Categoría de la división del trabajo y sus subcategorías.	62
Cuadro 6. Categoría de las reglas: fragmentos ilustrativos de sus subcategorías.	76
Cuadro 7. Categoría de la comunidad de práctica: fragmentos ilustrativos de sus subcategorías.	81
Cuadro 8. Categoría de la división del trabajo: fragmentos ilustrativos de sus subcategorías.	89
Cuadro 9. Categoría de las reglas: fragmentos ilustrativos de sus subcategorías en el Caso B.	94
Cuadro 10. Categoría de la comunidad de práctica: fragmentos ilustrativos de sus subcategorías en el Caso B.	100
Cuadro 11. Categoría de la división del trabajo: fragmentos ilustrativos de sus subcategorías en el Caso B.	109
Cuadro 12. Categoría de las reglas: fragmentos ilustrativos de sus subcategorías en el Caso C.	116
Cuadro 13. Categoría de la comunidad de práctica: fragmentos ilustrativos de sus subcategorías en el Caso C.	118
Cuadro 14. Categoría de la división del trabajo: fragmentos ilustrativos de sus subcategorías en el Caso C.	122
Cuadro 15. Categoría de las reglas: iniciativas regladas y no regladas identificadas en las entrevistas.	126

Cuadro 16. Categoría de la comunidad de práctica: repertorio compartido, empresa conjunta y compromiso mutuo.	135
Cuadro 17. Movimientos/cambios identificados en el Caso A y sus implicancias.	144
Cuadro 18. Movimientos/cambios identificados en el Caso B y sus implicancias.	144
Cuadro 19. Movimientos/cambios identificados en el Caso C y sus implicancias.	145
Cuadro 20. Movimientos/cambios identificados en los casos A y B, y sus implicancias.	146
Cuadro 21. Categoría de la división del trabajo: circulación, transmisión y supervisión de conocimientos en los casos A, B y C.	146
Cuadro 22. Procedencia y resultados de las reglas, la comunidad de práctica y la división del trabajo en los casos A, B y C.	156
Cuadro 23. Grilla orientativa de observación y entrevistas.	187
Cuadro 24. Planilla de selección de expertos/as.	188
Cuadro 25. Indicadores para la selección experta de los casos a investigar.	188
Figura 1. Caso A. Planillas de trabajo.	189
Figura 2. Caso A. Planilla de fórmulas enterales.	189
Figura 3. Caso A. Planilla interna de trabajo con pabellones de internación.	190
Figura 4. Caso A. Rótulos para fórmulas enterales.	190
Figura 5. Caso A. Cartelera de la División de Alimentación.	191
Figura 6. Caso B. Guía de Alimentación y Dietoterapia (digital de distribución virtual).	191
Figura 7. Caso B. Guía de Alimentación y Dietoterapia (impresa y gratuita).	192
Figura 8. Caso B. Video sobre nutrición y COVID-19.	192
Figura 9. Caso C. Ubicación de la Unidad de Nutrición en el organigrama.	193

Figura 10. Caso C. Documento de creación del hospital especializado
exhibido en cartelera

193



RESUMEN

La educación puede entenderse como un continuum, que recorre desde la educación formal (sujeta a reglas prefijadas, que indican el tipo de contenidos a aprender, los tiempos y los modos de hacerlo), pasando por la no formal (que extiende a la primera llevándola a ámbitos diversos, pero respetando la estructuración y lógica de la educación formal) hasta la denominada educación informal, que agrupa a todas las acciones que, a través de las experiencias de la vida cotidiana, el contacto con el ambiente y sin un esquema predefinido de instrucción, producen aprendizaje. Aun con sus especificidades, estos tres tipos coexisten y se superponen en los distintos espacios donde los sujetos se desenvuelven.

Desde hace algunas décadas, la aceleración de los procesos de cambio caracteriza la dinámica del mundo y alerta sobre la insuficiencia de la actualización curricular como estrategia para salvar la brecha entre los contenidos enseñados y aprendidos en el ámbito formal, por una parte, y aquellos requeridos para el desempeño de las profesiones, por otra. Esta circunstancia vuelve especialmente relevantes a la educación no formal y a la informal debido a que pueden contribuir a saldar la distancia señalada (en especial, la educación informal, porque permite incorporar saberes no identificados de antemano como necesarios e incluso otros desconocidos).

Si bien esto aplica al mundo del trabajo en general, el campo de la salud se ve especialmente afectado por este tema. El incremento de la esperanza de vida y la consecuente aparición de patologías no frecuentes —junto con aquellas que son producto de estilos actuales de vida como, por ejemplo, el sedentarismo o las variaciones en la alimentación— se suman a las ya conocidas enfermedades propias de la pobreza. Por otro lado, a las patologías con fuerte impronta social (vinculadas a la violencia, las adicciones y demás), se añaden otras resultantes del cambio climático, que introduce la reaparición de enfermedades que habían sido superadas —dengue, enfermedad de Chagas, fiebre amarilla— y otras emergentes como, por ejemplo, el SARS-CoV-2. Los sistemas de salud de la región —incluido el argentino— enfrentan estas circunstancias en condiciones paupérrimas como resultado de procesos históricos que afectaron al sector. Así, factores internos (mecanismos burocráticos, infraestructura deficiente, carencia de recursos materiales, características del personal e inadecuadas

condiciones de trabajo) y otros externos (principalmente, la demanda asistencial de una población con graves problemas sociales y económicos, y las políticas fallidas de salud pública) confluyen y obstaculizan la atención demandada.

El trabajo de investigación que se ofrece a continuación ha estudiado cómo, incluso en el marco de estas y otras dificultades, algunos servicios de salud de hospitales públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA)¹ facilitan oportunidades de aprendizaje a través de sus reglas explícitas e implícitas, de la división y la organización del trabajo, y del intercambio en su comunidad profesional, contribuyendo de este modo al acortamiento de la distancia entre los aprendizajes adquiridos en la educación formal y los requeridos para afrontar los problemas de salud que se presentan en la práctica. El valor educativo de tales contextos laborales se expresa en los aprendizajes alcanzados por las y los profesionales que allí desempeñan sus actividades, los cuales se reconocen por cambios en la manera de participar y de pertenecer, así como en la posibilidad de construir nuevos sentidos para sus propias prácticas.

En la presente investigación, se trabajó con un abordaje cualitativo, mediante un estudio de caso colectivo con tres servicios (seleccionados por su capacidad de ofrecer oportunidades de aprendizaje a sus trabajadores/as) con el objeto de identificar regularidades y particularidades que permitieran comprender el fenómeno. El campo se abordó con una perspectiva etnográfica y, por lo tanto, se hizo hincapié en las entrevistas y la observación de cada servicio.

Para el análisis temático de los datos, se recurrió a una estrategia de codificación abierta, tomando de este modo algunos aspectos de la teoría fundamentada. Los códigos surgieron tanto del análisis de material de campo como de aquellos definidos previamente a partir del marco teórico.

Como resultado, se identificó que las reglas implícitas o construidas por quienes integran los servicios surgen y se sostienen gracias a los espacios de participación promovidos por las jefaturas y por los propios equipos y, al mismo tiempo, que la proliferación de nuevas reglas refuerza esa participación. Asimismo, la investigación mostró que esta última es clave para la configuración de comunidades de pares que se reconocen como tales. Esa pertenencia delimita cuáles son aquellas que conforman y

¹ La Ciudad de Buenos Aires estuvo organizada como municipio hasta su declaración como ciudad autónoma en 1994. Por esta razón, algunos antecedentes mencionados en esta tesis se inscriben en un ordenamiento u otro.

cuáles son aquellas de las que buscan diferenciarse. Por último, la modalidad de división del trabajo adoptada por los servicios investigados, expresada en los estilos de circulación, transmisión y supervisión de saberes, permitió observar una relativa horizontalidad en la comunicación, que habilita la colaboración en la resolución de los problemas de todas las personas que integran el servicio con independencia de su rol. En este marco, se reconfiguran nuevos sentidos sobre las propias prácticas, pero también sobre los lugares que ocupa y las posibles contribuciones de cada participante.

En suma, el reconocimiento del valor educativo de los contextos laborales es clave, cualquiera sea la actividad. Sin embargo, tal reconocimiento se torna especialmente importante cuando se trata de espacios de cuidado de la salud de la población en general y, en particular, de los sectores con mayor grado de vulnerabilidad a la hora de afrontar sus tratamientos. Reconocer y valorar aquellos atributos que robustecen este valor educativo puede contribuir a mejorar la atención de la salud pública, ya que supone contemplar no solo los aspectos técnicos formativos de las y los profesionales, sino también explorar y explotar las condiciones que les permitan seguir aprendiendo en sus lugares de trabajo.

CAPÍTULO 1

INTRODUCCIÓN

Numerosos trabajos han analizado la formación de grado y posgrado de las y los profesionales de la salud y han coincidido en la necesidad de revisarla y redefinirla (Borrell Bentz, 2005; Davini y Clasen Roschke 2002, Davini 2005; Haddad et al., 1995; Organización Mundial de la Salud [OMS] - Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2007, 2008, 2010; OMS, 2014, 2016a, b y c, 2017; Dumrauf y Garelli, 2020; Artaza et al., 2020). Dichos trabajos destacan la necesidad de apartarse del modelo biomédico, centrado más en el abordaje de la enfermedad que en la construcción social de la salud, y que es sostenido y transmitido por estrategias de formación que refuerzan las miradas especializadas, tubulares y desconectadas entre sí, desalentando el trabajo interdisciplinario y en equipo (Artaza et al., 2020). El abandono paulatino del modelo biomédico propone migrar hacia una formación que contribuya a un perfil diferente de las y los graduados y posgraduados, que contemple el compromiso con las necesidades sociales e incorpore la educación interprofesional².

A las características de la formación de grado y posgrado mencionadas, se suma la brecha entre los contenidos enseñados y aprendidos, y su aplicabilidad a situaciones concretas. Si bien espacios educativos como el Sistema Nacional de Residencias y Concurrencias, las prácticas de educación continua o las especializaciones (todos, extensiones provenientes del campo de la educación formal) persiguen este objetivo, la complejidad cambiante de los problemas de salud vinculada a enfermedades como la desnutrición y la malnutrición en la pobreza, el incremento de las enfermedades crónico degenerativas como la diabetes, la hipertensión y el cáncer, (Croker Sagastume y Veloso Rodríguez, 2019) y las enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes agravadas en el marco de la globalización y las corrientes migratorias (Rebollo García et al., 2021), junto con el progreso permanente de las subdisciplinas (Horwitz, 2004), vuelven relativo cualquier esfuerzo de adaptación curricular (Schön, 1998). Por tanto, se

² Esta estrategia pedagógica sostiene la importancia del vínculo entre profesiones que se ocupan de la salud y del cuidado social, alienta la socialización de habilidades y conocimientos, y destaca el respeto por el papel que cumplen las demás personas en los equipos de trabajo (García Herrera, et al., 2018).

torna central revalorizar los aprendizajes que se producen en los contextos de trabajo (Argote y Miron-Spektor, 2011; Engeström y Pyörälä, 2021).

Dewey (1989) caracterizó los contextos de trabajo con valor educativo como aquellos donde se desarrollan actividades dirigidas a fines específicos, representando cada una un paso que prepara para el siguiente, añade nueva información, e implica pensamiento, ingenio e iniciativa. Por lo tanto, según el autor, el trabajo posee carácter educativo cuando contribuye a la construcción de nuevos significados, que son verificados en el mismo contexto de acción. En el campo de la salud pública, los contextos laborales reflejan un profundo deterioro —producto de la crisis económica y las políticas de ajuste aplicadas en la región y, en particular, en la República Argentina (Acuña y Chudnovsky, 2002)— que conspira a la hora de brindar respuestas de calidad a las necesidades de la población (Tobar, 2012). Partiendo de la complejidad de este escenario, la presente tesis se propone comprender cómo el contexto laboral de algunos servicios de salud, de todos modos, facilita oportunidades de aprendizaje y se configura como un ámbito con valor educativo.

1.1 El problema de investigación

Como se mencionó, los hospitales públicos están llamados a afrontar problemas diversos y complejos derivados de las permanentes transformaciones sociales y epidemiológicas. Por otra parte, las políticas de salud adoptadas en la República Argentina han sido causa de un creciente deterioro, expresado en la falta de recursos de todo tipo y el empobrecimiento del sector (Acuña y Chudnovsky, 2002; Crojethovic, 2011, 2014a). En estas circunstancias, las y los trabajadores afrontan cotidianamente las demandas de atención con cierta autonomía, organizándose para ofrecer respuestas a las problemáticas emergentes (Crojethovic, 2014a) sin respaldo institucional. Ante este escenario, mientras una parte del personal se resigna o deja su trabajo, otra encuentra el impulso para acordar estrategias internamente y desplegar acciones novedosas para atender las necesidades de quienes consultan (Crojethovic, 2011).

Como profesional en Psicología Institucional, me he desempeñado como asesora y consultora en diversos espacios vinculados con la salud pública: el Ministerio de Salud de la CABA (especialmente, en el Programa de Prevención y Asistencia a la Diabetes), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Programa de las

Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Asimismo, he colaborado con distintos agrupamientos del área. Esta trayectoria despertó en mí el interés por comprender cómo algunos de esos ámbitos de trabajo pueden contribuir a la formación permanente de sus equipos. Durante los últimos años, ese interés se plasmó en el presente trabajo.

La investigación —cuya descripción y resultados aquí expongo— buscó responder principalmente dos interrogantes: cómo un ambiente de trabajo en servicios de salud de hospitales públicos de la CABA ofrece oportunidades de aprendizaje a quienes allí trabajan; y cuáles son las dinámicas organizativas que —aunque no se consideren un proceso formal de instrucción— generan oportunidades de aprendizaje. De aquí se derivó el siguiente conjunto de preguntas.

- ¿Qué tipo de reglas explícitas e implícitas intervienen creando oportunidades de aprendizaje en estos contextos de trabajo?
- ¿Cómo son los intercambios de las y los profesionales en sus comunidades?
¿Amplifican sus aprendizajes a partir de ese intercambio? ¿Los expanden dentro del propio servicio y hacia otros servicios y a las personas usuarias que consultan?
- ¿Cómo participa la división del trabajo en la creación de esas oportunidades?
- ¿Cómo circulan, se transmiten y supervisan los conocimientos disponibles en los servicios de salud de los hospitales públicos de la CABA?

1.2 Los objetivos de la investigación

El objetivo general de la presente investigación es comprender cómo el contexto laboral —a través de sus reglas explícitas e implícitas, el intercambio en la comunidad profesional, y la división y organización del trabajo— facilitó oportunidades de aprendizaje en tres servicios de salud de hospitales públicos de la CABA entre los años 2018 y 2021.

El valor educativo de estos contextos laborales se expresa en los aprendizajes alcanzados, los cuales se reconocen en los cambios en las maneras de participar y pertenecer, y en la atribución de nuevos sentidos (Wenger, 2001). A partir de este objetivo general, se planteó el conjunto de objetivos específicos consignados a continuación.

- Identificar cómo las reglas explícitas e implícitas que regulan las prácticas de las y los profesionales en servicios de salud reflejan los formatos de participación.

- Caracterizar cómo los intercambios en la comunidad de profesionales refuerzan y/o generan la pertenencia al espacio de trabajo.
- Analizar cómo la división del trabajo y sus modos de organización interna (en lo que respecta a la circulación, transmisión y supervisión de conocimientos en servicios de salud) interviene en la atribución de nuevos sentidos a la tarea.

La consecución de estos objetivos busca reconocer y revalorizar aspectos que pueden contribuir a configurar los ámbitos de trabajo en el campo de la salud pública como espacios de formación informal también, estimulando la construcción de nuevos conocimientos y la redefinición de sentidos de prácticas estandarizadas a partir del intercambio con otros actores institucionales y con las y los pacientes.

Los casos seleccionados fueron hospitales de la CABA. Si bien la facilidad de acceso al campo fue un aspecto considerado, las instituciones fueron elegidas principalmente por su carácter referencial para el país y —especialmente— para el conurbano bonaerense, territorio de donde provino casi el 40% de las consultas efectuadas durante una década³.

Respecto al periodo 2018-2021 seleccionado, abarcó un lapso previo a la pandemia de COVID-19, así como su primer año y medio de desarrollo. Aunque no intencionalmente, esto permitió identificar y distinguir prácticas habituales de otras desarrolladas exclusivamente durante el Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio (ASPO) y el Distanciamiento Social, Preventivo y Obligatorio (DISPO) dispuestos por la máxima autoridad gubernamental argentina.

Para el desarrollo de la investigación, se construyó un lente metodológico acorde con la complejidad del objeto de estudio. Se trabajó con un abordaje cualitativo, a través de un estudio de caso colectivo: el interés fue estudiar tres casos para comprender su valor educativo a fin de identificar regularidades y particularidades para un mejor entendimiento del fenómeno (Stake, 1999).

Los antecedentes profesionales de esta investigadora ya mencionados incluían el conocimiento previo de profesionales y servicios relacionados con las áreas de Nutrición y Alimentación. Si bien tales vínculos influyeron en la selección de las instituciones a estudiar, el proceso estuvo fuertemente complementado con entrevistas a expertas y expertos que aportaron información adicional para identificar servicios con

³ Los datos están disponibles hasta el 2015. Sin embargo, el porcentaje parece mantenerse similar en el transcurso de los años (Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, s.f.).

capacidad de ofrecer oportunidades de aprendizaje a su personal. Para evaluar esa capacidad, se tuvieron en cuenta atributos que permitieran anticipar el valor educativo de un contexto laboral: la modalidad de participación, el sentido de pertenencia y la calidad de las experiencias desarrolladas por el servicio que habilitaran a sus equipos a redefinir sentidos y adquirir nuevos conocimientos (Dewey, 1938; Wenger, 2001).

El campo se abordó con una perspectiva etnográfica, recurriéndose a instrumentos propios de esta, tales como la entrevista semidirigida y la observación participante (Guber, 2001). Este enfoque se propone una aproximación que permita conocer y comprender cómo los contextos de trabajo en servicios de salud del ámbito público adquieren valor educativo, contando con un marco conceptual previo, pero considerando la imposibilidad de prefigurar *a priori* esquemas conceptuales rígidos (Vessuri, 2002). Para el procesamiento de los datos, se utilizó el *software* ATLAS Ti, que permitió cargar la totalidad de la información obtenida en campo, la que se abordó con una estrategia de codificación abierta, tomando algunos aspectos de la teoría fundamentada (Strauss y Corbin, 1990). Asimismo, se optó por un análisis temático (Bardin, 2002) para descubrir y comprender las unidades de significación emergentes.

Como se mencionó, los ámbitos de trabajo de las y los profesionales de la salud configuran un posible espacio formativo para subsanar la brecha existente entre un paradigma biologicista aún vigente y una formación en salud interprofesional, orientada a prácticas interdisciplinarias más adecuadas para afrontar, por un lado, la complejidad de los problemas de la población y, por otro, la distancia entre los contenidos enseñados y aprendidos y los requeridos para afrontar patologías emergentes y reemergentes producto de un mundo altamente cambiante, socialmente complejo y profundamente interconectado.

Si bien la perspectiva de género no fue núcleo de esta investigación y fue abordada solo tangencialmente, las características del Sistema de Salud requieren su consideración y ampliación en investigaciones futuras. En 2021, la Organización Mundial de la Salud informó que, a escala mundial, el 70% del personal de salud y que presta asistencia social está conformado por mujeres y es representado mayoritariamente por enfermeras y parteras. Por este motivo, la OMS instó a incorporar la perspectiva de género de modo que impacte en los modelos organizacionales, así como en los formatos de contratación (OMS, 2017). En esta línea, se vuelve aún más necesario mencionar esta perspectiva, considerando que se ha trabajado con divisiones

de Alimentación, ámbitos que se caracterizan por estar conformados principalmente por mujeres.

Por otra parte, investigaciones sobre las prácticas de salud muestran cómo, asociadas a políticas neoliberales y estructuras patriarcales, la reproducción de un orden social con estereotipos de cuidado (asociados a la mujer y al trabajo doméstico no pago) impacta en el bajo reconocimiento social y monetario de estas prácticas (Wichterich, 2020), lo cual expande el foco de la temática de género y muestra la reproducción de un sistema de trabajo que conspira a la hora de suministrar el cuidado requerido por las y los pacientes.

Respecto del tipo de servicios con los que se trabajó en esta investigación, la elección de divisiones de Alimentación se debió a diversas circunstancias, entre otras:

- se caracterizan por ser una profesión de las llamadas “no médicas”;
- despliegan una práctica que opera sobre problemáticas que requieren necesariamente un abordaje interdisciplinario como, por ejemplo, la obesidad⁴;
- se ocupan del cuidado alimentario, vinculado al cuidado doméstico;
- la formación profesional de sus recursos humanos estaba dirigida original y específicamente a mujeres; y
- constituyen un sector del hospital que debe articular necesariamente con otras áreas (por ejemplo, el sector de Cocina y las Salas de Internación) integradas por personas con formaciones diversas.

Si bien uno de los casos investigados correspondió a una Unidad de Nutrición integrada por médicas especialistas en Nutrición y no por licenciados/as en esa disciplina, se relevaron apreciaciones similares sobre el desarrollo de sus prácticas a la hora de caracterizar el vínculo con otros/as profesionales, especialmente médicos/as.

Por último, debe destacarse que los casos A y C se relevaron durante los años 2018 y 2019 —es decir, antes de la pandemia—, mientras que el Caso B se trabajó en 2020. En este último, si bien pudo accederse a una entrevista presencial y a una observación exhaustiva del servicio y de otros ámbitos del hospital donde las y los profesionales desarrollaban su práctica profesional antes de declararse el ASPO, las entrevistas se realizaron en el contexto del referido aislamiento de manera virtual a través de las plataformas Meet y Zoom; aunque no se pudo trabajar en campo, se

⁴ Si bien podría decirse que todas las problemáticas demandan esta clase de abordaje, algunas patologías lo evidencian con mayor claridad que otras.

complementó la información con protocolos, documentos y videos producidos por el servicio durante el período estudiado. Por lo demás, a pesar de que las prácticas profesionales se vieron afectadas durante la referida emergencia sanitaria, en las entrevistas, prevaleció el relato sobre las prácticas históricamente habituales del servicio. Cabe añadir que, en el Caso B, se mencionó el trabajo en “burbujas” —esto es, el agrupamiento de las y los profesionales en diferentes días para facilitar su aislamiento (Remorini et al., 2021)— y hubo referencias al COVID-19; sin embargo, la incidencia de la pandemia en los relatos relevados no adquirió una magnitud tal que requiriera incorporar en este trabajo de investigación un apartado especial dedicado al tema.

1.3 Recorrido expositivo de la tesis

Los próximos capítulos presentan la investigación desarrollada y sus resultados. A continuación, se ofrece una síntesis que permite identificar el recorrido expositivo aplicado.

- **Capítulo 2.** Aborda el contexto de la investigación, quiénes son las y los profesionales de la salud involucrados y las características generales de su formación, la especificidad de la formación en contextos de trabajo, y las particularidades del Sistema de Salud argentino y, en especial, de los hospitales públicos de la CABA.
- **Capítulo 3.** Desarrolla el enfoque teórico adoptado y profundiza en la potencialidad educativa de los ambientes de trabajo, el valor de los intercambios como condición para el aprendizaje, y las nociones de contextos y sistemas de actividad, y sus niveles micro y macro de análisis que sustentan la elección de las categorías exploradas.
- **Capítulo 4.** Despliega elementos del abordaje metodológico elegido: diseño, criterio para la selección de los casos, particularidades del ingreso a cada servicio, categorías y subcategorías exploradas, instrumentos utilizados para el relevamiento y estrategia de análisis de los datos.
- **Capítulo 5.** Presenta los tres casos estudiados (dos divisiones de Alimentación y una Unidad de Nutrición) y sus resultados. Describe esos contextos de trabajo desde la perspectiva de sus integrantes, y aplica las categorías y subcategorías de análisis presentadas en el marco teórico.

- **Capítulo 6.** Propone una mirada comparativa de los resultados de los tres casos (organizada según las categorías y subcategorías de análisis) y su discusión.
- **Capítulo 7.** Ofrece las conclusiones alcanzadas por la investigación, sus contribuciones, límites y líneas de trabajo para futuras investigaciones.



Universidad de
San Andrés

CAPÍTULO 2

EL CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN

Este capítulo se detiene en la delimitación de quiénes son considerados profesionales de la salud y las características de su formación. Retoma aspectos vinculados al modelo médico hegemónico y su obstáculo para el trabajo interprofesional. Asimismo, aporta al contexto de la investigación la descripción de las particularidades del Sistema de Salud argentino y del Subsistema Público, caracterizando esta realidad en los hospitales públicos de la CABA.

2.1 Sobre las y los profesionales de la salud

Según la Constitución de la OMS, la salud es “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1972). El acceso al máximo grado de salud posible es uno de los derechos fundamentales que todo ser humano debe poder gozar sin distinción. La formación de trabajadores/as de la salud comprometidos/as con estos valores garantiza ese acceso (OMS, 2006).

Quiénes llevan a cabo actividades cuya finalidad principal es promover la salud constituyen un colectivo que comprende a personas que desempeñan distintas profesiones y ocupaciones, sea de modo asalariado o voluntario, en el sector público y/o privado, a tiempo completo o parcial. Tales actividades pueden incluir, además, la prestación de otros servicios como, por ejemplo, los vinculados a la gestión del Sistema de Salud (OMS, 2022).

Las dificultades para responder a las necesidades de la población, cada vez más envejecida, junto con el aumento de enfermedades transmisibles, no transmisibles o crónicas en nuestro país y en la región⁵, vuelven imperativo revisar tanto los modelos

⁵ La Organización Panamericana de la Salud (OPS) es la organización internacional especializada en salud pública de las Américas. Promueve y apoya el derecho de todos a la salud. Tiene 35 Estados Miembros y cuatro Miembros Asociados en la región. Bajo su liderazgo, se establecen las prioridades sanitarias de la región para enfrentar problemas comunes que no respetan fronteras. Es la agencia

vigentes de atención (OMS, 2014, 2017) como los programas de formación de los recursos humanos para salud (OMS, 2007, 2017). En este marco, en el ámbito internacional y desde hace una década, se debate sobre la cobertura universal en salud en foros globales y multilaterales, repensando el sistema sanitario. Esto muestra que el desafío no es exclusivo de la Argentina. En el transcurso de las últimas décadas, aun cuando el país logró reducir el valor de los indicadores de morbimortalidad y aumentar la esperanza de vida con uno de los gastos en salud per cápita más elevados de la región, la deuda social —que refleja la brecha entre grupos sociales— queda sin saldar. Esto coloca al desempeño sectorial argentino por debajo de las expectativas (Maceria, 2021).

Respecto de los modelos de atención, el Sistema de Salud en la República Argentina está segmentado en tres subsistemas (Público, Privado y de Seguridad Social) vinculados a grupos con ingresos económicos diversos. Esto produce una fragmentación que se refleja en amplios márgenes de autonomía para cada uno de ellos (Maceria, 2021).

En cuanto a los programas de formación, sin bien las universidades y escuelas de Ciencias de la Salud han redefinido sus responsabilidades sociales y su compromiso con la comunidad, se observan dificultades para alcanzar una formación, que aliente el aprendizaje interprofesional, y que ofrezca programas flexibles. Se observa, por otra parte, que el énfasis puesto en el nivel de mayor complejidad y en la excesiva diversificación de las especialidades conspira contra la formación de recursos humanos capaces de afrontar desastres naturales y brotes de enfermedades de relevancia internacional (OMS, 2017).

2.1.1 Características generales de la formación en Ciencias de la Salud

A partir del desarrollo de las sulfamidas y los antibióticos durante las décadas de 1930 y 1940, que permitieron responder en forma rápida —por lo menos, durante un tiempo— a las enfermedades endémicas y mortales, la biomedicina comenzó a convertirse en la forma de atender las patologías más expandida a escala mundial. Delineados en el marco de esta perspectiva, los tratamientos fueron considerados

especializada en salud del Sistema Interamericano y sirve como la oficina regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023).

patrimonio exclusivo del saber médico y sus instituciones, los que pasaron a ocupar un lugar hegemónico respecto de otros saberes que intervienen simultáneamente en la atención de las enfermedades (Menéndez, 2003, 2020).

En la actualidad, la educación en materia de salud en América Latina se sostiene en un paradigma verticalista y moralista. Quien aprende recibe información de manera pasiva, preparándose como profesional que reproducirá los discursos biomédicos y que contribuirá a naturalizar las condiciones de desigualdad e inequidad (Dumrauf y Garelli, 2020). Por lo demás, en la región, las instituciones educativas médicas carecen generalmente de una planificación de mediano y largo plazo, entre otras razones, por la presión que las lógicas de mercado y el modelo biomédico hegemónico ejercen sobre ellas constantemente. De este modo, la formación se orienta más a responder a esa presión que a satisfacer las necesidades sociales de salud (Galli, 2009; Artaza et al., 2020).

En el campo de la formación en Alimentación y Nutrición, carreras como la Licenciatura en Nutrición suma al panorama descrito una historia que aporta sentidos específicos al ejercicio de esta profesión. Los orígenes de la Nutrición como disciplina se vinculan históricamente a la figura de Florence Nightingale (1820-1910), quien llegó acompañada por un grupo de enfermeras al Barrack Hospital de Scutari (Turquía) en 1854 para asistir a los heridos del Reino Unido durante la Guerra de Crimea. Allí, la falta de provisiones en la institución, la subalimentación recibida por la población atendida y la escasa higiene ocasionaban más bajas entre los soldados ingleses que la misma guerra. En este contexto, Nightingale instaló una cocina anexa a la sala de internación y comenzó a preparar y administrar comidas suplementarias, iniciativa que la convirtió no solo en pionera y fundadora de la enfermería, sino también en la primera dietista hospitalaria (de Fernández y Santa María, 2002).

Tiempo después, entre 1880 y 1890, coincidiendo con los primeros estudios sobre el metabolismo, el médico Karl Harko Von Noorden (1858-1944) empezó a elaborar dietas especiales en Alemania y a instalar también pequeñas cocinas anexas a las salas de internación (las “cocinas de té”, antecedentes de los actuales espacios denominados “offices”). Esta innovación en la ubicación —que permitió llegar a cubrir el 30% de las necesidades alimentarias de las personas internadas— tenía varias ventajas, ya que quien administraba los alimentos conocía a cada persona enferma, y podía variar y adecuar la dieta a los requerimientos específicos de su estado de salud; al mismo tiempo, la cercanía de las cocinas a las salas permitía al personal médico conocer temas

nutricionales (de Fernández y Santa María, 2002). El incremento y la dispersión de estas cocinas demandaba una gran inversión de recursos de todo tipo, lo que llevó a estudiar alternativas superadoras. Fue entonces cuando comenzó a instrumentarse la cocina dietética pero centralizada.

Durante la Primera Guerra Mundial (1914-1917), la situación alimentaria deficitaria de jóvenes reclutas que parecían sanos volvió a poner en primer plano la importancia de la Nutrición como disciplina, inquietud que se sumó al descubrimiento de la insulina en 1921, lo cual permitió ampliar la dieta de las personas diabéticas.

En la República Argentina, la ración alimenticia en hospitales se estableció por primera vez en 1883 y, en 1900, el registro diario de los alimentos consumidos por cada paciente (de Fernández y Santa María, 2002). En 1921, la designación del Dr. Pedro Escudero como Profesor Titular de la Cátedra de Clínica Médica jerarquizó los tratamientos dietéticos que venían administrándose. Asimismo, por influencia del Dr. Bernardo Houssay, se creó el Instituto Municipal de la Nutrición en 1928 (López y Poy, 2012).

En 1931, el Dr. Pedro Escudero realizó un relevamiento a nivel hospitalario que dio origen a los primeros agrupamientos de pacientes según un criterio alimentario y a la organización de servicios de Alimentación, en los hospitales porteños primero y en los de todo el país después. En 1932, se creó la primera cocina dietética municipal en el Pabellón Modelo del Hospital Rawson de la Ciudad de Buenos Aires y, en 1935, la Escuela Municipal de Dietistas.

Si bien inicialmente el perfil de la egresada definido por Escudero era de “auxiliar del médico” y solo se aceptaba la inscripción de mujeres, en 1966, la Escuela Nacional de Dietistas pasó a ser Escuela de Nutricionistas-Dietistas. En 1968, la Escuela fue transferida a la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires y de este modo, gradualmente, la carrera se orientó hacia una práctica independiente de la práctica médica y se la vinculó al campo de la economía, la educación y la política alimentarias.

En 1973, las dietistas pasaron de ser personal técnico a ser personal profesional municipal y, en 1975, se aprobó la creación del Departamento de Nutrición en la Ciudad de Buenos Aires con tres secciones: la División de Política Alimentaria y Médico Asistencial, a cargo de médicos; la División Dietética y Alimentación, a cargo de una Dietista; y la División Inspección y Control, a cargo de un inspector.

Entre 1979 y 1980, la concesión a terceros de los servicios de comidas en los hospitales de la Ciudad de Buenos Aires introdujo una variación en el esquema tradicional del Servicio de Alimentación (de Fernández y Santa María, 2002). Luego de una nueva modificación del plan de estudios en 1987, se creó la Licenciatura en Nutrición en la Universidad de Buenos Aires (López y Poy, 2012).

2.2 Práctica profesional y educación permanente

Siguiendo a Bottomore (1983), existe en la ciencia una tensión permanente entre la necesaria cooperación entre disciplinas, originada por necesidades de distinto orden, y la tendencia a una mayor especificidad de los saberes. El Sistema de Salud expresa dicha tensión en un abordaje parcial y fragmentado, que confronta a las disciplinas con la insuficiencia de sus respuestas aisladas ante problemas complejos de salud, generando falta de sentido en la tarea, desaliento y disconformidad con la propia práctica (Funes Molineri et al., 2009). Sin embargo, la conciencia respecto de la insuficiencia de lo que se conoce y la incomodidad ante la falta de respuestas satisfactorias pueden constituir un estímulo hacia la educación permanente para las y los profesionales de la salud. Esta clase específica de formación no consiste solo en brindar información o una experiencia pedagógica, sino que trata de favorecer también la producción de sentidos compartidos entre quienes dialogan en el ámbito organizacional, en este caso, del hospital (Merhy et al., 2006).

Cuestionando la idea de educación centrada en el espacio áulico y la población infantil, y a diferencia de otras estrategias formativas —como, por ejemplo, la educación continua—, la estrategia de la Educación Permanente en Salud (EPS) surge como una propuesta de capacitación para llevar a cabo en los ámbitos de trabajo (Davini, 2005, 2014; Haddad et al., 1994; Haddad y Pineda, 1997; Rezio et al., 2020).

Mientras la educación continua reproduce una propuesta escolar disociada de la realidad cotidiana de la o el trabajador (en este caso, de la salud) y desconoce o considera irrelevantes las características de su contexto laboral, la EPS destaca la importancia de la interacción entre profesionales, las características de su organización y la comunidad donde trabajan, otorgándole al contexto un carácter favorecedor u obstaculizador para el despliegue del potencial educativo. En el marco de la EPS, entonces, la incomodidad frente a las respuestas instituidas no conducentes y la

disposición a incorporar nuevos conocimientos se tornan disparadores principales para reflexionar sobre las prácticas y las concepciones vigentes y problematizarlas, no en forma abstracta sino concreta a partir del trabajo con otros; esto permite alcanzar nuevos acuerdos, nuevos sentidos y nuevos propósitos (Merhy et al., 2006; Roschke, 2006; Rezio et al., 2020).

Dado que las organizaciones configuran sistemas de vínculos a partir de normas, rutinas, rituales, regulaciones e intercambios lingüísticos, estos componentes deben incluirse en los procesos educativos, tanto como las tradiciones, las jerarquías y las trayectorias históricas, ya que poseen una fuerte carga institucional y son clave para entender por qué los actores sostienen ciertas reglas de juego o incluso ofrecen altos niveles de resistencia ante cambios evaluados como necesarios. Sin embargo, la capacitación en el área de la Salud rara vez se orienta a esta revisión de las prácticas o a la identificación y problematización de supuestos mentales subyacentes, mientras sí se concentra en formar para rutinas de trabajo ya diseñadas (Davini, 2005). Si bien los hospitales no fueron diseñados pensando en su potencial educativo, las nuevas demandas en el área de la Salud, el incremento de patologías crónicas y las problemáticas sociales devenidas hoy causas principales de morbilidad —adicciones, abortos ilegales (Nirenberg, 2006; Saéz Crespo, 2008), violencia (OPS 2014) enfermedades emergentes o reemergentes (OPS, 2017, 2021)— obligan a reconsiderar el valor educativo de estos contextos laborales, tanto para el mejor aprovechamiento de los aprendizajes circulantes como para la generación de otros nuevos (Davini et al., 2003).

2.2.1 Algunos aspectos problemáticos de la formación

Como se ha mencionado, la hegemonía de las instituciones médicas respecto de otros saberes comenzó a expresarse en la formación y en las prácticas de las y los profesionales de la salud desde comienzos del siglo XX. Se erigió así un modelo médico hegemónico, caracterizado por su biologicismo, a-sociabilidad, a-historicidad, a-culturalismo, individualismo y eficacia pragmática (Menéndez, 2005). En este paradigma, la orientación curativa en el marco de una relación médico/a-paciente asimétrica excluye tanto el saber del o la paciente como la contribución al tratamiento de otras disciplinas, tendiendo a subordinar o dejar de lado otros saberes disciplinarios.

El protagonismo central atribuido a las ciencias biomédicas, en consecuencia, se constituyó en el núcleo de la formación profesional, quedando los procesos sociales, culturales y psicológicos como un contexto anecdótico de la patología. El modelo médico fundamentalmente biologicista se erigió como el abordaje hegemónico respecto de otras formas no biomédicas de conceptualizar y atender la salud, tendiendo a ignorarlas y estigmatizarlas, e impidiendo el despliegue de un tratamiento interdisciplinario que contemplase la diversidad de perspectivas en juego (Dumrauf y Garelli, 2020; Artaza et al., 2020).

La interdisciplina, que nace ante la complejidad de los problemas que se presentan, es la que contribuye al encuentro y la cooperación entre disciplinas (Bottomore, 1983), aportando cada una de estas sus propios esquemas conceptuales, su forma de definir los problemas y sus métodos de investigación. El carácter interdisciplinario resulta de la cooperación entre expertos/as en disciplinas distintas, pero no de su mera concurrencia. Es decir, la interdisciplinariedad no surge de la sola diversidad de quienes integran un equipo, sino del modo en que ese equipo trabaja modificando a cada disciplina. La interdisciplinariedad constituye un espacio de intercambio que convoca a un replanteo filosófico y epistemológico de las condiciones de cooperación y al análisis de sus efectos (Benoist, 1983). Por lo tanto, no es un acto de coordinación de resultados, sino un proceso que se desarrolla a través de momentos dialécticos de las fases de diferenciación entre las investigaciones disciplinarias, las nuevas definiciones que surgen y la integración de los nuevos resultados con esa redefinición (García, 2011).

En síntesis, la interdisciplinariedad se basa tanto en la complejidad del objeto, como en la división disciplinar necesaria para la evolución de las ciencias (Elichiry, 1987). Nace de problemas concretos que se presentan en los diversos contextos sociales y cuyo abordaje requiere de una mirada conjunta por parte de las disciplinas en condiciones de contribuir a la resolución de esos problemas. Por lo tanto, se trata de una mirada solidaria, que considera la realidad como una construcción social sobre la que se puede operar y que, a su vez, produce efectos estructurantes en quienes participan (Bottomore, 1983).

2.2.2 Formación en contextos laborales

Como se profundizará más adelante, Argote y Miron-Spektor (2011) han teorizado sobre la importancia del contexto para el aprendizaje en los ámbitos de trabajo. Para las autoras, pueden distinguirse tres contextos: activo, latente y ambiental. El contexto activo es íntimo y cercano a las y los trabajadores, allí se desarrollan las actividades y se produce el aprendizaje. El contexto latente constituye el marco organizacional que incluye la estructura, la cultura, la tecnología disponible, etc. Por último, el contexto ambiental es el más amplio que abarca el medioambiente organizacional. Desde luego, los tres contextos interactúan activamente uno con otros.

Esta conceptualización encuentra puntos de contacto con los desarrollos que Engeström (2001a, 2001b) ha propuesto en el marco de la Teoría Histórico Cultural de la Actividad. Ambos modelos integran sujeto, objeto y herramientas o artefactos (materiales, signos y símbolos) junto con las reglas, la comunidad y la división del trabajo presentes en los ámbitos laborales. De este modo, el foco sobre el contexto configura un aspecto central desde el punto de vista educativo, en tanto provee las lógicas reguladoras del trabajo que generan un orden de comportamiento (Lave, 2001) y, por lo tanto, crean oportunidades para el aprendizaje.

2.3 El Sistema de Salud argentino como contexto laboral

El Sistema de Salud argentino se encuentra conformado por el Subsistema Público, el Subsistema Privado y el Subsistema de la Seguridad Social. El primero está financiado por el Estado y atiende —principal pero no exclusivamente— a la población que no dispone de otro tipo de cobertura. El segundo reúne al conjunto de las obras sociales, esto es, la cobertura de salud de quienes trabajan en relación de dependencia o como monotributistas y sus familias. Este subsistema se financia con la contribución obligatoria de las y los empleados, empleadores y monotributistas. Por último, el Subsistema Privado es financiado directa y voluntariamente por su público usuario (González García y Tobar, 1999; Acuña y Chudnovsky, 2002; Bonazzola, 2009; Maceira, 2020, 2021).

En materia de género y pluriempleo, la II Encuesta Nacional a Trabajadores sobre Condiciones de Empleo, Trabajo, Salud y Seguridad (ECETSS 2018) informó que el 15,5% de la población trabajadora tenía más de una ocupación, siendo las mujeres en mayor medida las pluriempleadas (19,1% respecto del 12,5% de los varones). Esto se explicaba sobre todo por el tipo de actividades, desempeñadas habitualmente por mujeres: el 35% correspondió a trabajadoras de casas particulares (se consideró un empleo por cada empleador/a); y el 32,8% a la enseñanza. En tercer lugar, se ubicaron las trabajadoras de la salud, donde se verificó también una presencia importante de mujeres (aunque no tan determinante como en las otras dos actividades mencionadas).

2.3.1 El Subsistema Público

Según datos de 2015, en la Argentina, aproximadamente un tercio de la población resuelve sus problemas de salud en el Subsistema Público, mientras un 10% aproximadamente contrata los servicios del Subsistema Privado. El 57% restante exhibe pertenencia a alguno de los bloques alternativos del Subsistema de la Seguridad Social (Maceira, 2020).

Durante la década de 1990, el Subsistema Público inició un proceso de descentralización desde el nivel estatal nacional a las provincias y municipios, el cual introdujo cambios importantes en el flujo del financiamiento, en la estructura de los servicios implicados y en la creación de nuevos organismos regulatorios. La transformación supuso —entre otras consecuencias— un profundo deterioro de las condiciones laborales de las y los trabajadores del Subsistema (Acuña y Chudnovsky, 2002).

Como consecuencia del referido proceso, el Subsistema Público argentino se encuentra actualmente descentralizado en 24 jurisdicciones, correspondientes a las 23 provincias y el distrito federal (la CABA). A diferencia de otros países con sistemas descentralizados de salud (por ejemplo, Brasil y España), hasta la fecha de la presente investigación, no se han desarrollado políticas tendientes a coordinar y articular los diversos niveles de gestión (Aspiazú, 2010; Crojethovic, 2011; Galín, 2002; Novick et al., 2003; Maceira y Cejas, 2010; OPS-Salud en las Américas, 2017; Maceira 2021).

Por otra parte, el modelo de salud nacional brinda un nivel de autonomía a las provincias y, en algunos casos, a municipios que les permite establecer la estrategia de

cuidados de la salud para sus habitantes introduciendo diferencias en la atención de aquellos que recurren a la cobertura pública como fuente principal de cuidado (Maceira, 2020, 2021).

Como consecuencia, existe una elevada concentración de recursos humanos de salud en los grandes centros urbanos (especialmente, médicos/as y enfermeros/as, además de otros/as profesionales actuantes en el Sistema), a quienes atraen las mayores posibilidades de inserción ocupacional y desarrollo profesional. La CABA y la provincia de Buenos Aires concentran el 55% de las y los profesionales para atender a una población que no alcanza al 46% del total nacional. Algo similar ocurre con las y los graduados universitarios en Enfermería: el 50% ejerce en las jurisdicciones mencionadas (Abramzón, 2006).

De acuerdo con la Encuesta Permanente de Hogares (EPH), en 2006, el multiempleo caracterizaba al sector. A partir de esos datos, el Ministerio de Trabajo argentino informaba en ese momento que el 43% de las y los profesionales del área de Salud contaba con dos o más empleos, en contraste con profesionales de otras áreas de actividad, cuyo número no alcanzaba el 14%. Por su parte, un estudio realizado por la OPS durante el año 2010 mostró que esta situación se mantenía: el 81% de las y los profesionales médicos de entre 41 y 50 años estaba en situación de multiempleo. Si se consideran conjuntamente todas las franjas etarias, la proporción era del 55% (OPS, 2012). Esta circunstancia determina que, en una muy significativa porción de los recursos humanos, cada profesional responda a empleadores de los tres subsistemas (Público, Privado y de la Seguridad Social), así como a modalidades de contratación y pautas de organización diversas para el desarrollo de sus prácticas, provocando contradicciones personales y corporativas (Acuña y Chudnovsky, 2002; Bonazzola, 2009; González García y Tobar, 1999, Pautassi, 2006, Abramzón, 2005, citado por Maceira et al., 2015; Spinelli, 2010).

Respecto de las modalidades de empleo, coexisten en el Subsistema Público diferentes formatos. Algunos brindan una importante estabilidad laboral como, por ejemplo, los nombramientos en planta permanente a los que se accede por concurso. Otros, en cambio, son altamente inestables; entre estos se cuentan los vínculos laborales que se encuadran en la Ley 20.744 de Contrato de Trabajo o que se enmarcan como locaciones de servicios o de obra (Aspiazu et al., 2011).

Otro dato relevante es que las y los profesionales se agrupan en asociaciones, colegios, federaciones, uniones o similares según su especialidad, calificación, ámbito

de pertenencia y/o establecimiento. En América Latina y a diferencia de otros países del mundo, los colegios médicos y las asociaciones, entre sus tareas, incluyen llevar adelante acciones con un fuerte carácter gremial (Scavino, 2004 citado por Aspiazu et al., 2011), realizando reclamos vinculados a temas salariales, al ambiente laboral y a los formatos contractuales (Aspiazu et al., 2011; Maceira et al., 2015).

En este contexto organizativo y contractual, el compromiso de cada trabajador varía en función de la valoración que hace del Subsistema Público como espacio laboral y de desarrollo profesional. Algunos destacan y reconocen como central la función de atender a pacientes con carencias de todo tipo, valorando el trabajo de la medicina y el hospital público. Otros consideran la estabilidad laboral un aspecto relevante del Subsistema. Se valora también la libertad que el hospital les otorga para organizar y desarrollar sus actividades, en contraposición con las presiones que manifiestan recibir en las organizaciones del Subsistema Privado y del Subsistema de la Seguridad Social. Asimismo, se observa una gran estimación del hospital como un lugar de aprendizaje continuo, ya que allí se está en contacto permanente con patologías que no se presentan en otros espacios (Crojethovic, 2013).

Otro dato característico a nivel mundial (OMS, 2021) es que el Sistema de Salud ha sido históricamente un sector feminizado. En la República Argentina, además, se observan cambios significativos vinculados a la creciente participación de las mujeres en puestos profesionales, lo cual permite hablar hoy de una “feminización profesionalizada”. En 1980, las mujeres profesionales ocupaban cerca de tres de cada diez puestos de trabajo, mientras que esa proporción prácticamente se duplicó y alcanza en la actualidad al 59,3%. En el área de la Salud, el porcentaje de mujeres con estudios terciarios o universitarios completos se incrementó del 35,2% en el año 2003 al 55,7% en 2016; esto significa que más de la mitad de las trabajadoras del sector completó sus estudios superiores. El incremento se explica también por el aumento significativo durante las últimas décadas de la proporción de mujeres médicas en el país (PNUD, 2018).

Sin embargo, los estereotipos de género y la masculinización en el ámbito hospitalario generan cuestionamientos hacia las capacidades de las mujeres y sus desempeños, debiendo ellas legitimar los cargos alcanzados con el refuerzo de la labor cotidiana. Por ejemplo, el dispositivo de residencias —originalmente diseñado por varones para varones— presenta sesgos patriarcales a la hora de contemplar la maternidad de las residentes; no obstante, es importante mencionar que se observa un

cambio generacional que muestra una mayor apertura a la participación de las mujeres, incluso en especialidades históricamente masculinizadas (PNUD, 2018).

En el área de Alimentación de los hospitales, el sector suele estar integrado mayoritariamente por licenciadas en Nutrición. Esta carrera, como se indicó, ha sufrido transformaciones importantes durante las últimas décadas, dejando de ser exclusivamente para mujeres. Por otra parte, su origen y el hecho de tratarse de una práctica vinculada al tratamiento de los alimentos han impreso en esta disciplina una marcada asociación con el cuidado doméstico y femenino, lo cual impactó originalmente en su posicionamiento respecto de otras profesiones. Sin embargo, gradualmente ha logrado posicionarse y alcanzar visibilidad como práctica profesional (de Fernández y Santa María, 2002; López y Poy, 2012).

2.3.1.1 Hospitales públicos de la CABA

Los hospitales del Subsistema Público, incluidos los de la CABA, presentan una estructura organizacional piramidal. En la cumbre estratégica, se ubica la Dirección del hospital, de la cual dependen las jefaturas (de departamento, división, unidad y sección). El núcleo operativo de esta estructura está conformado por personal profesional y técnico a cargo de la atención de las y los pacientes. En esta investigación, se trabajará con profesionales del nivel operativo correspondientes a dos divisiones de Alimentación y una Unidad de Nutrición.

Respecto de las modalidades de coordinación interna para el desarrollo de sus tareas, el personal profesional y técnico no pareciera articular sus prácticas en respuesta a los requerimientos de las autoridades, o sea, por un mecanismo de supervisión directa (Mintzberg, 1989; Garrefa, 2006). Por lo tanto, la estructura característica de los hospitales públicos puede considerarse más bien una burocracia profesional, cuyos/as integrantes responden a reglas originadas fuera de la organización y no a las normas dictadas por la tecnoestructura interna que analiza y estandariza la forma de trabajo (Mintzberg, 1989). En consecuencia, se observa una importante concentración de poder en las bases (Spinelli, 2010), que favorece la coexistencia de criterios diferentes dentro y entre los servicios (Garrefa, 2006), y que complejiza el trabajo colaborativo, ya que cada servicio tiende a organizarse internamente sin interrelación con otros, favoreciendo

con frecuencia la superposición de actividades y la indefinición de competencias (Garrefa, 2006). A propósito:

Cabe recordar que las funciones sencillas que realizaba el hospital del pasado requerían una escasa división de trabajo, el cual se llevaba a cabo con fuerte sentido individualista y sin que se sintiera una especial necesidad de integrar o coordinar los esfuerzos con sentido de grupo (Sonis y col., 1984 citado por Garrefa, 2006).

Por otra parte, deben considerarse también estructuras no orgánicas —aunque no por ello con menos poder— como, por ejemplo, las oficinas de representación gremial, los comités hospitalarios, las asociaciones cooperadoras y las fundaciones que participan cotidianamente de la vida hospitalaria (Garrefa, 2006).

2.4 Sistema Nacional de Residencias y Concurrencias

En la Argentina, el sistema de residencias comenzó a desarrollarse en la década de 1940, con un formato que podría considerarse actualmente como de “proto-residencias” organizadas a partir de la vinculación entre las universidades y los centros asistenciales. A partir de la década siguiente, este sistema fue consolidándose y adoptando gradualmente el formato actual, o sea, un sistema de aprendizaje rentado que se caracteriza por las prácticas profesionales complejas bajo supervisión. Este régimen requiere la dedicación exclusiva de quienes ingresan en él, requisito que lo convierte en una opción óptima de formación en posgrado (Antonietti, 2019a).

En agosto de 1960, la Secretaría de Estado de Salud Pública, por Resolución 1.778/1960, definió la residencia como: “Un sistema de educación profesional para graduados en escuelas médicas, con capacitación en servicio, a tiempo completo y en un plazo determinado, a fin de prepararlos para la práctica integral, científica, técnica y social de una especialidad”. De este modo, se enmarcó la relación entre la o el residente y el hospital, los objetivos de la residencia, los requisitos hospitalarios mínimos para el funcionamiento, los programas, las funciones de la o el residente, y los aspectos pedagógicos de la formación (Ministerio de Salud, 2014). En la década de 1980, el sistema deja de ser exclusivo de la práctica médica para incorporar a profesionales de la salud de otras disciplinas, tales como Psicología, Kinesiología, Fonoaudiología, Trabajo Social y Enfermería, entre otras (Antonietti, 2019a).

El impacto de las residencias en las relaciones interpersonales y la organización del hospital se expresó rápidamente como una tensión entre formación y asistencia (Borrell, 2005, Duré, 2015), ya que la presencia de las y los residentes durante todo el día modificó el escenario de trabajo, otorgándoles un papel destacado (Duré, 2015).

Además de la figura del o la residente, el sistema contempla la figura de concurrente. En el primer caso, se trata de un sistema remunerado de capacitación en servicio de posgrado a tiempo completo; en el segundo, la prestación profesional se brinda a tiempo parcial no remunerado. En ambos, las actividades se desarrollan bajo condiciones de programación y supervisión con el objetivo de formar —en el ámbito intra y extrahospitalario, y en beneficio de la comunidad— profesionales capacitados/as. Cabe agregar que, en 1985, la Ciudad de Buenos Aires creó el Sistema Municipal de Residencias del Equipo de Salud e incorporó residencias en Bioquímica y Microbiología, Odontología, Psicología Clínica, Psicología Infanto Juvenil, Servicio Social y otras disciplinas (Ministerio de Salud, 2014).

Durante la década de 1990, se produjo un desborde anárquico del sistema de residencias de la mano del crecimiento de la formación de grado. Pero, hacia el año 2000, el Estado volvió a recuperar injerencia (Abramzón, 2005) y adoptó medidas como, por ejemplo, la aplicación de un cupo en especialidades priorizadas en el marco del Consejo Federal de Salud (COFESA) y la creación del Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud mediante la Resolución del Ministerio de Salud de la Nación 450/2006 (Ministerio de Salud y Ambiente, 2006). Dicha norma establece criterios básicos del Sistema y dispone la creación del Registro Nacional Único de Residencias del Equipo de Salud Acreditadas y del Registro Único de Entidades Evaluadoras de Residencias del Equipo de Salud, mientras que la Resolución 1.342/2007 define su implementación (Ministerio de Salud, 2007).

El Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud prevé que las y los directores de los programas de residencias articulen con el Comité de Docencia e Investigación para la preparación, ejecución y supervisión de un plan de enseñanza que contemple la presencia de un/a instructor/a y/o docente durante el horario completo de las residencias y guardias, y el desarrollo de programas de capacitación continua (Ministerio de Salud, 2014).

Las y los instructores y jefes de residencia deben elegirse entre quienes recién egresaron del programa por acuerdo entre las y los candidatos, y el Comité de Docencia e Investigación. La persona designada en la jefatura de residentes permanece un año en

su cargo, desempeñando sus funciones con dedicación exclusiva y con las mismas obligaciones que el resto de la población residente. Completado su mandato, recibe un certificado del hospital en el que se desempeñó al frente del programa (Ministerio de Salud, 2014).

La jefatura de residentes se vincula con la jefatura de servicio o de unidad para coordinar las actividades; asimismo, articula sus tareas con otras jefaturas de residentes de otros departamentos o servicios. Este tipo de acciones contribuye a alentar el trabajo interdisciplinario. Con este mismo propósito, las residencias ofrecen también la rotación en otros hospitales con el objeto de permitir la adquisición de nuevas perspectivas, experiencias y conocimientos, y tomar contacto con otros equipos de salud y diferentes realidades sociales.

En 2015, por Disposición 104/2015, el Ministerio de Salud estableció el Instrumento Nacional de Evaluación, los Bloques Transversales, los requisitos para la apertura de nuevas residencias y los Estándares Nacionales de Acreditación.

Sobre la base de los Marcos de Referencia por Especialidad, la formación profesional debe incluir distinto tipo de contenidos. Junto con los propios de cada especialidad, deben brindarse contenidos transversales, que son los relacionados con el perfil profesional de quienes trabajan en el área de Salud. Algunos ejes de estos contenidos son: la relación con el paciente; el manejo, el análisis y la interpretación de aspectos epidemiológicos; la organización del Sistema de Salud; los alcances y límites de la propia especialidad, así como su relación con otras próximas o afines; los aspectos legales del desempeño del rol; las consideraciones éticas; y los abordajes o enfoques interdisciplinarios en el tratamiento de problemáticas propias de la especialidad (Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, 2023).

Con respecto a los servicios de Guardia, la normativa nacional establece que las y los residentes deben estar bajo supervisión permanente y que no pueden excederse en completar hasta dos guardias semanales, respetando una recuperación posterior a cada una no menor a seis horas. La reglamentación específica también que las guardias deben distribuirse de manera pareja entre todos los años que la residencia dure, evitando así la asignación “tradicional” (el entrecomillado figura en el documento empleado como fuente) de más guardias a las y los residentes del primer año (Ministerio de Salud, 2014).

El artículo 27° de la Resolución 1.993/2015 establece un sistema de rotaciones a partir del cual residentes y concurrentes deben desarrollar este tipo de actividades, tanto

internas al hospital como en otros hospitales, de manera supervisada y evaluada de acuerdo con los objetivos formativos y teniendo en cuenta los aspectos legales para el ejercicio de la profesión en la jurisdicción donde se rote. Además de las rotaciones obligatorias, existen otras optativas que debe aprobar el responsable del Programa de Formación y por la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional del Ministerio de Salud de la Nación. En el caso de rotaciones fuera del país, el o la residente debe fundamentar a través de un informe las razones por las que optó por esta alternativa, especificando su aporte para la formación en la especialidad que está cursando.

A partir del año 2016, estudios realizados por los ministerios de Salud de la Provincia de Buenos Aires y de la CABA recomendaron revisar las condiciones en las que las prácticas se desarrollan en las residencias y concurrencias, así como el clima educacional. Estos trabajos recomendaron la participación del Estado en la regulación de situaciones de abuso y maltrato como, por ejemplo, la sobrecarga de trabajo registrada en la provincia de Buenos Aires, un aspecto que se asocia con un aprendizaje menos efectivo (Antonietti, 2019b).

2.4.1 Expresión del sistema en la CABA

Como se mencionó, en 1985, la Ciudad de Buenos Aires creó el Sistema Municipal de Residencias del Equipo de Salud, incorporando residencias en disciplinas como Bioquímica y Microbiología, Odontología, Psicología Clínica y demás (Ministerio de Salud, 2014). Como ocurre con el régimen nacional de residencias y concurrencias, el de la Ciudad constituye una modalidad de formación de dedicación exclusiva para graduados/as recientes, al que se accede a través de un concurso público; se trata de un ámbito de formación en servicio, siendo la Dirección General de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional (DGDlyDP), dependiente de la Subsecretaría de Planificación Sanitaria del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, la responsable de su gestión en el ámbito de esta jurisdicción. La Dirección trabaja con un equipo multidisciplinario de profesionales que colaboran para el mejor funcionamiento de las residencias y concurrencias (Antonietti, 2019b).

En 2019, el Ministerio de Salud de la CABA contaba con 3.043 residentes, de los cuales 2.078 eran médicos/as (68,30%). La formación de residentes y concurrentes se

desarrolla en hospitales generales de agudos y hospitales especializados, Centros de Salud Mental, Centros Odontológicos Infantiles, Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) y Centros Médicos de Especialidades de Referencia (CEMAR). Cada uno de estos efectores del Sistema de Salud de la CABA cuenta con un Comité de Docencia e Investigación, que es responsable directo de la formación, la organización de las actividades de capacitación (en articulación con la DGDIyDP) y los servicios. Por su parte, los coordinadores de cada residencia o concurrencia en un hospital se ocupan de garantizar el cumplimiento de los programas docentes y las tareas formativo asistenciales (Antonietti, 2019b). Estas actividades contemplan el intercambio entre profesionales (de un mismo servicio y con otros) a través de ateneos, interconsultas, clases conjuntas, actividades comunitarias, proyectos especiales, etc. como parte de una formación que alienta el trabajo interdisciplinario y en equipo (Resolución 2.122/2011 del Ministerio de Salud de la CABA).

Como se indicó más arriba, de acuerdo con el Ministerio de Salud de la Nación, la formación ofrecida debe contemplar —además de los específicos— contenidos transversales. A partir de un desarrollo de la Unidad de Gestión Pedagógica de la DGDIyDP, los contenidos transversales adoptados en la CABA son actualmente: el profesional como sujeto activo del sistema de salud; la dimensión ética y de cuidado en salud; sujetos de derecho; la educación permanente y la producción de conocimientos; y la comunicación en salud (Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, 2023).

2.4.2 Sistema de Residencias Básicas de Profesionales de Salud en Nutrición en la CABA

Así como, en la década de 1980, se produjo la diversificación de la oferta de formación de residencias en algunas jurisdicciones, la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires creó en 1985 el Sistema Municipal de Residencias del Equipo de Salud e incorpora residencias en Bioquímica y Microbiología, Odontología, Psicología Clínica, Psicología Clínica Infante Juvenil, Servicio Social. En los años 90', se reconoce a la residencia completa como una de las formas de acceso al certificado de especialista a través de la modificación de la Ley 23.873, de 1990, que establecía las Normas para el Ejercicio Profesional de la Medicina, Odontología y Actividades de Colaboración (Ministerio de Salud, 2014).

Dependiendo del Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, se desarrolla la residencia en Nutrición, incorporada al Sistema de Residencias y Concurrencias. Comprende a profesionales que se ocupan de prevención, promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud alimentaria y nutricional, así como de lo vinculado a la producción de los alimentos hasta su consumo. Durante los tres años que dura la participación en el Sistema, por Resolución 2.122/2011, las y los nutricionistas se forman en los efectores del Sistema de Salud porteño (diversos centros de salud, hospitales de agudos y especializados).

Con respecto a las rotaciones, la normativa establece que constituyen una pasantía obligatoria en distintas áreas, servicios o sectores del mismo hospital, o en otros efectores del Sistema de Salud. Las rotaciones se suman a otras optativas con fines formativos. El cronograma de rotaciones se establece anualmente. Cabe precisar que las áreas y el tiempo previstos para las rotaciones de quienes cursan el tercer año de residencia son Nutrición en Salud Pública y Nutrición Clínica (cada una durante un semestre). La residencia en Nutrición Clínica contempla como opciones Nutrición Gerontológica, Nutrición Pediátrica, Administración de Servicios de Alimentos y Nutrición Adultos. Por lo demás, pueden incorporarse áreas nuevas con el objeto de contribuir a la formación de las y los profesionales noveles.

En el próximo capítulo, se conceptualiza la potencialidad educativa de los ámbitos de trabajo, el papel del intercambio entre profesionales y su contribución al aprendizaje. Allí se presentan dos modelos y se introducen las categorías y subcategorías empleadas en el estudio de los casos objeto de esta investigación.

CAPÍTULO 3

MARCO TEÓRICO

Este capítulo presenta los lineamientos teóricos y los antecedentes que orientaron el trabajo de investigación. Se organiza en tres partes: la primera desarrolla la potencialidad de los ámbitos de trabajo para ofrecer experiencias educativas; la segunda caracteriza esos ámbitos bajo la teoría de contextos inclusivos y sistemas de actividad; y la tercera explica qué es una experiencia educativa.

La Belle (1984, citado por Gore y Dunlap, 1988) define la educación como un proceso continuo, que se desarrolla de lo informal a lo formal. La educación informal refiere a aquello que se aprende en el transcurso de la vida, mientras que la educación formal remite a un sistema de educación planificado, que se estructura de manera gradual y cronológica. En este continuo, plantea el autor, puede identificarse también la educación no formal, entendida como una actividad educativa, sistemática y organizada, que se ofrece por fuera del marco formal del sistema educativo.

La presente tesis retoma de este proceso continuo el papel de la educación informal que, sin estar estructurada ni organizada gradualmente, genera aprendizajes en los ámbitos de trabajo. No indaga sobre prácticas educativas formales ni no formales, sino que profundiza en las características presentes en los contextos de trabajo que favorecen el aprendizaje, entendiendo por tal la transformación de los sujetos en sus formas de participar, de pertenecer y de negociar nuevos significados respecto de aquello que hacen (Wenger, 2001).

3.1 La potencialidad educativa de los ámbitos de trabajo

La ausencia de docentes y de un plan de estudios estructurado al modo que la escuela o la universidad los aplican, ha llevado a considerar que el aprendizaje alcanzado en los ámbitos de trabajo es de calidad inferior al que se produce en los espacios de enseñanza formal. Sin embargo, existe un aprendizaje que, en lugar de basarse en prácticas educativas, se despliega a partir de las circunstancias que los

entornos laborales brindan. En el transcurso de la historia, esta dinámica ha mostrado — y lo sigue haciendo— una eficacia probada (Billett, 2020).

Dewey (1897, 1938, 1989) y Freire (1970) consideran que el aprendizaje de una persona no puede separarse del ambiente donde se produce. Asimismo, sostiene que la enseñanza abarca no solo lo diseñado intencionalmente para enseñar, sino también aquello que —de todos modos y sin proponérselo— contribuye a la formación de actitudes o capacidades permanentes. Para estos autores, el aprendizaje es el resultado de una relación entre el sujeto y el ambiente que transforma a ambos (Itin, 1999; Quay, 2016).

Como filósofo afín al pragmatismo, Dewey afirma que el pensamiento es un instrumento para resolver situaciones problemáticas (Ruiz, 2013). Por esta razón, como cualquier otra experiencia humana, el trabajo puede interpretarse como una práctica con valor educativo cada vez que genera un pensamiento que permite trascender la acción impulsiva y rutinaria (Dewey, 1989; Ord, 2012). Bajo este concepto, dos indicadores dan cuenta del aprendizaje: los cambios en las actitudes y/o capacidades de los sujetos involucrados; y la calidad de sus experiencias (Dewey 1938). En suma, el valor educativo del contexto de trabajo radica en su capacidad de generar condiciones para que el individuo aprenda descubriendo, experimentando, probando y resolviendo situaciones junto con otras personas en experiencias de mayor o menor nivel de complejidad (Dewey, 1897, 1989). Dado que se enmarcan en contextos sociales donde otros sujetos contribuyen (o contribuyeron) con sus acciones y discursos, las prácticas laborales pueden considerarse moldeadas por el aprendizaje construido a partir del intercambio con otras personas y las propias regulaciones de los ámbitos de trabajo (Eraut, 2004).

En particular, las prácticas que las y los profesionales desarrollan en el ámbito hospitalario (espacio de interés específico para esta tesis) reflejan un proceso educativo invisible, consistente en una reconfiguración activa de sus prácticas a la luz de las exigencias del trabajo (Eraut, 2004, Gore y Vázquez Mazzini, 2010; Gore, 2003, 2012; Nurmala, 2014; Clark et al., 2015). Abordar dicho ámbito como espacio de aprendizaje exige reparar, por un lado, en sus características como proveedor de oportunidades de aprendizaje y, por otro, en las personas que eligen participar activamente (Eraut y Hirsh, 2010; Billett, 2001, 2020; Gruppen et al., 2019) logrando un aprendizaje colaborativo intra e interdisciplinario. En el hospital, el aprendizaje se produce cuando las y los profesionales interactúan con colegas, especialistas en otras disciplinas, personal técnico

y de apoyo, pacientes y demás partes interesadas, llevando a cabo adaptaciones de sus prácticas para dar respuesta a las demandas que se presentan (Bechky y Chung, 2018; Haraldseid-Driftland et al., 2021).

El apoyo (directo e indirecto) y el acompañamiento por parte de profesionales (más) formados impacta en la calidad de los aprendizajes en el ámbito laboral (Billett, 2001). Los efectos de esas intervenciones dependen del tipo de intercambios y la participación que se promueva y aliente para la resolución colaborativa de problemas (Billett, 2020) y de la capacidad de las y los profesionales para cambiar con fluidez entre los roles de líder y de seguidor cuando las circunstancias lo requieran a fin de contribuir a la atención del o la paciente. En los equipos de atención, esto imprime un dinamismo —llamado “trabajo en nudos”— necesario para alcanzar los objetivos vinculados con la salud de quienes consultan (Varpio y Teunissen, 2020). Bajo estos conceptos, las y los profesionales de la salud pueden pensarse como educadores en sus lugares de trabajo cuando la colaboración y la comunicación entre ellos (incluso, entre profesionales de diferentes sectores) y con la comunidad se han intensificado (Engeström y Pyörälä, 2021).

3.1.1 El intercambio como condición para el aprendizaje

Los polos de una transacción pueden definirse solo por mutua referencia, es decir, no pueden pensarse como elementos predefinidos porque son el resultado de la transacción (Dewey y Bentley, 1960; Di Gregori, 2015). El enfoque transaccional contribuye a esclarecer el valor de los intercambios, por ejemplo, entre las personas mencionadas más arriba (profesionales, asistentes, pacientes y demás) a la hora de construir nuevos aprendizajes a partir del diálogo.

Los intercambios permiten al sujeto un cierto distanciamiento de sí mismo y de sus prácticas habituales e irreflexivas (Tsoukas, 2009; Sandberg y Tsoukas, 2020). Asimismo, promueven la circulación de nuevos sentidos y/o la transformación de los existentes a partir de las conversaciones mantenidas (Sawyer 1999, citado por Tsoukas, 2009). El marco emergente de los intercambios, donde los elementos se definen como resultado de la transacción, despliega una nueva coherencia, que permite reorganizar las contribuciones posteriores dando lugar a lo novedoso. De este modo, lo nuevo no se centra ya en el diálogo propiamente dicho, sino en la coherencia que el marco creado

introdujo y en las posiciones que adjudicó a quienes participan a partir del mismo intercambio (Tsoukas, 2009). Así, todo lo dicho prospera en un marco de significación compartida, que da sentido y valor al intercambio (Gore, 2012). Al cuestionar lo previo y construir un nuevo mapa de la realidad, es posible imaginar nuevas maneras de hacer en forma conjunta (Gore, 2003).

Para favorecer el aprendizaje, entonces, es necesario “hablar con colegas”, participar en actividades grupales, trabajar colaborativamente y abordar tareas desafiantes, porque así como fluye cuando hay práctica compartida, el aprendizaje se estanca cuando no la hay (Gore, 2012). Los resultados de esas acciones dependen en gran medida de la calidad de los intercambios y de las relaciones humanas tejidas en el lugar de trabajo (Eraut, 2004; Berg y Chyung, 2008; Tynjälä, 2008), y de la posibilidad de disentir, manifestar dudas e informar errores abiertamente sin sentirse en riesgo (Tucker, 2007; Edmondson y Verdin, 2018). El marco que ofrecen las conversaciones (y los silencios) en el trabajo muestran —a través de la retención, la interrupción, la contribución y el procesamiento de actividades esenciales— cuándo el equipo trata de avanzar hacia sus objetivos e, incluso, hacia la posibilidad de un cambio organizacional (Edmondson y Besieux, 2021). Estas conversaciones presentan diferentes grados de dificultad cuando se establecen entre equipos transfronterizos o conformados por integrantes de diversos sectores (Edmondson y Harvey, 2018) o por profesionales que no participan de la misma comunidad de práctica (Meijer et al., 2021).

Más allá de estas dificultades, los intercambios permiten dar sentido a las reglas y estructuras burocráticas, y transformarlas a partir de acuerdos que tienen como eje el desarrollo de la tarea. En este proceso, las reglas son “tanto rotas y estiradas como honradas” (Bechky y Chung, 2018, p. 25). En algunos casos, pueden estar más al servicio de una acomodación pragmática ante la tarea que vinculadas con una lucha por el control (Bechky y Chung, 2018). Los movimientos descriptos permiten la reestructuración de actividades, la reorganización de rutinas y el rediseño del trabajo mismo (Bechky y Okhuysen, 2011).

3.2 Los contextos inclusivos o sistemas de actividad, y el aprendizaje

Diversas investigaciones han indagado cómo las maneras de estructurar la tarea (Eraut, 2002; Fryer et al., 2018), la seguridad psicológica ofrecida (Edmondson, 1999,

2021; Nembhard y Edmondson, 2006; Edmondson y Verdin, 2018; Harvey et al., 2019) y el tratamiento de los errores en el trabajo (Edmondson, 1996, 2004; Tucker, 2004 y 2007; Edmondson y Verdin, 2018) contribuyen o no con el aprendizaje en los ámbitos laborales. Otros enfoques, sin embargo, consideran necesario analizar las características del sistema de trabajo en su conjunto —incluso, del contexto ambiental más amplio— para identificar sus contribuciones al aprendizaje.

Destacando la importancia de explorar los contextos de trabajo para comprender las experiencias educativas que allí se desarrollan, autoras como Argote y Miron-Spektor (2011) sostienen la existencia de un contexto ambiental, un contexto latente y un contexto activo. El contexto ambiental es envolvente y se corresponde con el medioambiente donde la organización está inserta. El contexto latente comprende la cultura de la organización, su estructura, tecnología, identidad, memoria, objetivos, incentivos y estrategias. Este contexto incide a su vez sobre el contexto activo, que es el nivel donde los cambios y aprendizajes se producen, y que se encuentra configurado por las relaciones miembro-miembro, tarea-tarea, herramienta-herramienta, tarea-herramienta, miembro-tarea (división del trabajo), miembro-herramienta, tarea-herramienta y miembro-tarea-herramienta, así como por las redes que ponen en funcionamiento cada una de estas relaciones. Los tres contextos se influyen mutuamente, es decir, inciden unos sobre otros en ambos sentidos.

La idea del contexto como ámbito facilitador de aprendizajes fue desarrollada en el marco de la Teoría Histórica Cultural de la Actividad por Engeström (2001a, 2001b, 2009). La Teoría considera que, en cada sistema de actividad, se entrelazan sujeto, objeto de la actividad, instrumentos, comunidad, división del trabajo y reglas. El conjunto de estos elementos configura un todo articulado que —en contacto con otros sistemas de actividad o ámbitos de trabajo— habilita el aprendizaje expansivo. Este tipo de aprendizaje se produce cuando los agentes involucrados de ambos sistemas de actividad pueden detectar y discutir las contradicciones internas en y/o entre los componentes de ese o esos sistemas de actividad, modificando su objeto/objetivo. Este último es considerado por la Teoría un “blanco móvil” debido a que pasa de su estado inicial (por ejemplo, la idea de “paciente” o de la patología que lo afecta) a otro construido colectivamente por la actividad del mismo sistema (por ejemplo, la dimensión social que afecta al sujeto y su plan médico) (Engeström, 2001a, 2001b, 2009, Engeström y Sannino, 2010, 2016, 2021; Kerosuo et al., 2010; Sannino et al., 2016; Sannino y Engeström, 2018; Engeström y Pyörälä, 2021).

El Cuadro 1 permite identificar los puntos de contacto entre los referidos desarrollos teóricos de Argote y Miron-Spektor y Engeström a partir de los elementos presentados en cada modelo. Ambos enfoques destacan los elementos intercurrentes que configuran el contexto o ámbito donde los aprendizajes ocurren.

Cuadro 1. Relación entre las dimensiones del contexto activo y del sistema de actividad.

Engeström Argote et al.	Sujeto	Herramientas	Objeto	Reglas	Comunidad	División del trabajo
Miembros						
Herramientas						
Tarea						
Tarea-herramientas						
Miembro-miembro						
Miembro-tarea						

Fuente: elaboración propia.

La Teoría Histórico Cultural de la Actividad retoma el pensamiento de Vigotsky (Engeström, 2001a, 2001b, 2009, Engeström y Sannino, 2010, 2016, 2021; Kerosuo et al., 2010; Sannino et al., 2016; Sannino y Engeström, 2018; Engeström y Pyörälä, 2021). Este autor considera central la actividad instrumental y la interacción social, que son los elementos que conforman los procesos psicológicos superiores propios del psiquismo humano (Baquero, 2001), los cuales se desarrollan en un determinado marco cultural que incide en el diseño del aprendizaje (Vigotsky, 1978). Para Vigotsky, la acción humana está mediada por instrumentos y orientada hacia objetos, idea plasmada en el modelo del sujeto, objeto y artefacto mediador.

Engeström retoma estas ideas y las de Leontiev (Leontiev et al., 1981; Engeström, 2001b) sobre la actividad como una formación colectiva y sistémica que tiene una estructura mediadora compleja. El micro-nivel, donde el actor se vincula con el objeto a través de instrumentos, se amplía a un macro-nivel de lo colectivo, donde otros elementos se incorporan en mutua interacción, como la comunidad, las reglas y la división del trabajo (Daniels, 2001). Así, esta perspectiva habilita, a partir del sistema de actividad, un marco desde el cual profundizar el análisis de la dimensión institucional en los procesos de aprendizaje.

El funcionamiento del sistema de actividad conduce de manera inevitable, como ya se mencionó, a la identificación de contradicciones que pueden provenir del mismo sistema (por ejemplo, entre las herramientas disponibles y las reglas que deben cumplirse para alcanzar la finalidad establecida) o emerger cuando se entra en contacto con otro u otros sistemas de actividad (Sannino y Engeström, 2018). Un ejemplo de este último tipo de contradicción puede observarse cuando el sistema de salud y la familia del o la paciente trabajan en forma conjunta por la salud de un niño. Ambos pueden conceptualizarse como sistemas de actividad con lógicas diversas que, al vincularse, dejan en evidencia contradicciones como, por ejemplo, la indicación de una práctica médica que resulta insostenible para la familia por razones culturales, sociales o económicas. Las contradicciones, entonces, impulsan los diálogos necesarios entre los sistemas de actividad involucrados para que puedan cumplir sus propósitos. Dichos diálogos promueven la posibilidad de un aprendizaje expansivo, como se indicó más arriba. Este promueve la transformación de prácticas organizacionales, o sea, nuevas formas de actividad que aún no existen y que son aprendidas mientras van siendo creadas. Esto desafía las teorías habituales sobre el aprendizaje (Engeström, 2001b).

Para Engeström, Bateson (1998) provee una propuesta teórica sobre este punto a partir de la caracterización de las diversas formas de aprendizaje que propone. El aprendizaje tipo 0 está relacionado con las respuestas anudadas a un estímulo. El aprendizaje tipo I se vincula con las respuestas consideradas correctas en un determinado contexto. El aprendizaje tipo II se relaciona con las normas específicas del contexto del aprendizaje tipo I e implica la posibilidad de introducir cambios correctivos en ellas. Por último, el aprendizaje tipo III comienza con el cuestionamiento del sentido del contexto y la búsqueda de significados nuevos y alternativos. Así como el aprendizaje tipo II es un aprendizaje de los contextos del aprendizaje tipo I, el aprendizaje tipo III es un aprendizaje de los contextos de estos contextos (Bateson, 1998, p. 214). La noción de aprendizaje expansivo retoma y desarrolla estas ideas de Bateson en un marco sistemático (Engeström, 2001b) y destaca dos características. La primera es que el aprendizaje se produce sobre algo no estable ni siquiera definido ni entendido de antemano. La segunda, que el aprendizaje favorece la construcción colectiva de nuevos sentidos a partir de las contradicciones, de manera similar al aprendizaje caracterizado como tipo III por Bateson (Engeström, 2001b). Por lo tanto, cuando no es posible seguir los guiones fijados institucionalmente, la intersubjetividad cobra especial valor: frente a la incertidumbre, vuelve a tener sentido. Se desafían los

supuestos preexistentes sostenidos desde un aprendizaje de circuito simple (aprendizaje tipo I) para imaginar nuevas respuestas posibles, resultantes de haber cuestionado el contexto desde el que se pensaba (Gore, 2003).

3.2.1 Nivel de análisis

En el marco de la Teoría Histórico Cultural de la Actividad, Engeström amplía el micro-nivel de análisis centrado en los sujetos y grupos que participan de una actividad orientada a un objeto, al objeto de la actividad (que puede ser una materia prima o un problema sobre el que se actúa) y a las herramientas (materiales y simbólicas) empleadas para la transformación del objeto en resultados, a un macro-nivel que permite examinar de manera sistémica tres categorías de análisis (las reglas, las comunidades y la división del trabajo) a la luz de las herramientas que median el aprendizaje en el lugar de trabajo (Sannino y Engeström, 2018; Meijer et al., 2021)⁶. Para profundizar en las categorías inherentes al macro-nivel, además del marco brindado por Engeström, la presente tesis incluye aportes conceptuales de otros autores a fin de enriquecer el andamiaje teórico para el análisis de los datos.

3.2.1.1. Las reglas

Con esta categoría, Engeström alude a las normas y demás reglamentaciones que rigen de modo explícito e implícito a los sujetos y sus intercambios en el sistema de actividad. Se trata de reglas que se obedecen, pero que se reformulan y modifican también para alcanzar los resultados que los sujetos se proponen lograr (Engeström, 2001a). Mediante los cambios introducidos, los integrantes del sistema de actividad otorgan nuevos sentidos a las reglas y a las estructuras burocráticas que los rigen a partir de los acuerdos construidos en el lugar de trabajo como resultado de un proceso de negociación (Islam y Tariq, 2018; Meijer et al., 2021; Hadjimichael y Tsoukas, 2022).

⁶ Si bien el sistema de actividad está integrado por los niveles micro y macro, este último captura aspectos específicos del marco institucional donde los aprendizajes y las prácticas se desarrollan. Por ese motivo y sin perder de vista su íntimo vínculo con el micro-nivel, la presente investigación trabaja sobre el macro-nivel, ya que ofrece las categorías necesarias para abordar los ámbitos de trabajo a fin de comprender cómo el contexto laboral —a través de sus reglas explícitas e implícitas, el intercambio en la comunidad profesional y la división y organización del trabajo— facilita oportunidades de aprendizaje.

Cuando los escenarios son complejos, esta clase de acomodación —que puede considerarse pragmática— resulta fundamental para gestionar la labor cotidiana, dejando en evidencia el estrecho vínculo entre la estructura organizacional y la dinámica propia de las ocupaciones (Bechky y Chung, 2018).

Las investigaciones llevadas a cabo por Ariovich y Crojethovic sobre la organización y la cobertura en redes en servicios de salud del conurbano bonaerense, mostraron que los hospitales públicos, las instituciones del primer nivel de atención y los programas de salud del nivel central o provincial que participaban de estas, se manejaban muchas veces articulando recursos y prestaciones más sobre la base del compromiso de los referentes y equipos que a partir de instancias, dinámicas y recursos formalmente instituidos (Ariovich y Crojethovic, 2016; Crojethovic y Ariovich, 2018). Así, la falta de regulaciones formalmente establecidas para alcanzar el desempeño adecuado es compensada por los propios agentes. Por lo tanto, en ámbitos como, por ejemplo, hospitales y servicios de salud, el aprendizaje implica construir sentidos compartidos y consolidar nuevos acuerdos para el despliegue de las prácticas requeridas (Allen y Smith, 2010 citados por Clark, et. al. 2015), siendo el trabajo mismo un lugar de aprendizaje, aun cuando no sea claro ni esté definido qué se necesita aprender, cómo, ni de qué manera lograrlo (Engeström y Saninno, 2010).

Las investigaciones referidas en territorio bonaerense analizaron también acciones informales (es decir, no regladas) instrumentadas en servicios de salud. Como resultado, pudo identificarse que la combinatoria de factores internos del hospital (mecanismos burocráticos, infraestructura, disponibilidad o carencia de recursos materiales, y características del personal) con factores externos (impacto de la demanda asistencial, situación social de las y los pacientes, problemas económicos y políticas del sector) había impulsado a las y los trabajadores a instrumentar — a partir de acuerdos internos— acciones informales para responder a las demandas de sus pacientes (Crojethovic, 2011).

En las experiencias estudiadas por Crojethovic (2013), la incertidumbre originada fuera del sistema de actividad y las condiciones internas del trabajo se combinaban no solo afectando la planificación de las actividades, sino modificando también las reglas de juego laborales e impactando en las prácticas. Si bien existe un marco normativo y manuales de procedimiento que organizan las tareas en los hospitales públicos bonaerenses, como resultado de las circunstancias contextuales, se observaba que las prácticas eran redefinidas frecuentemente en función de “lo que hay” y, de ese modo,

los hospitales parecieran funcionar disociando la teoría de la práctica diaria. Ante esta situación, se vuelve evidente que los conocimientos adquiridos en ámbitos educativos formales o específicamente diseñados para la capacitación de las y los profesionales rara vez contemplan los contextos laborales reales donde tales saberes deben ponerse en práctica.

Estas investigaciones permitieron observar también que las acciones o iniciativas no regladas de corto plazo —que hicieron posible resolver los problemas cotidianos por un breve período de tiempo— terminaban convirtiéndose en prácticas sostenidas que no introducían transformaciones para el mejor funcionamiento del servicio. En cambio, las iniciativas de mediano y largo plazo fueron consideradas por la investigadora indicadores de flexibilidad organizacional, porque permitieron resolver necesidades y generar cambios organizacionales de mayor envergadura (Crojethovic, 2014a, 2014b).

Aun cuando todas estas prácticas —por su informalidad y, muchas veces, por su relación con la improvisación— podrían considerarse solo respuestas funcionales y de carácter coyuntural ante restricciones de recursos, algunas se distinguen porque apuntan también a superar condiciones impuestas por la organización mediante su rediseño (Hadjimichael y Tsoukas, 2022). Esto respalda que, cuando se han involucrado y alcanzan aprendizajes dentro y más allá de los límites previstos en sus propias prácticas, los equipos pueden contribuir a alcanzar y expandir las capacidades organizacionales requeridas (Auer et al., 2020; Harvey et al., 2022).

3.2.1.2. La comunidad

Para Engeström, la comunidad está conformada por aquellos sujetos y/o subgrupos que comparten el mismo objetivo general (2001a, 2001b, 2009, Engeström y Sannino, 2010, 2016, 2021; Kerosuo et al., 2010; Sannino et al., 2016; Sannino y Engeström, 2018; Engeström y Pyörälä, 2021). Por su parte, los aportes de Wenger (2001), centrados en la noción de comunidades de práctica, introducen nuevos elementos que contribuyen al análisis. Conviene recordar que las comunidades de práctica no reflejan la estructura organizacional, o sea, no pueden asimilarse necesariamente a un servicio hospitalario o a un sector de la organización. Más bien, constituyen colectivos que comparten una historia y que han generado, conservado, abandonado, recuperado o adoptado artefactos (Cole, 1999) en el marco de la resolución

de los problemas que surgen en el trabajo. Los sujetos que conforman estos colectivos se vinculan a partir de tres subcategorías que articulan las nociones de comunidad y práctica: el repertorio compartido, la empresa conjunta y el compromiso mutuo (Wenger, 2001).

Diversas investigaciones en el campo de la salud se han detenido en el análisis de las comunidades de práctica conformadas con el objeto de afianzar la colaboración intra-profesional para una mejor atención a las y los pacientes. Se ha observado que el trabajo a partir de interacciones significativas, el afianzamiento del proceso de creación colaborativa y la capacidad de difundir nuevas prácticas ha permitido introducir transformaciones necesarias en el sistema de trabajo (Daniels, 2007; Tynjälä, 2008; Auer et al., 2020; Meijer et al., 2021). Por ejemplo, identificar contradicciones sistémicas entre niveles de atención ha permitido alcanzar un aprendizaje expansivo y crear nuevas formas de trabajar en colaboración, aunque fue más difícil abordar estas contradicciones por fuera de las propias comunidades de práctica (Meijer et al., 2021). Otras investigaciones, en cambio, señalan la capacidad de las comunidades para influir en la práctica, incluso a gran escala (Auer et al., 2020).

Autores como Eraut (2002) y Handley, Sturdy, Fincham y Clark (2006) consideran que la noción de comunidad de práctica es problemática y, al mismo tiempo, subrayan su contribución a la hora de pensar en un modelo de aprendizaje interprofesional (Eraut, 2002). Para la presente investigación, se retoman las conceptualizaciones vinculadas al repertorio compartido, la empresa conjunta y el compromiso mutuo por el valor que aportan al análisis de las comunidades profesionales e interprofesionales, y de la organización.

Más allá de su extensión en el espacio o numerosidad, las comunidades de práctica —de manera análoga a las redes de práctica, conformadas por participantes de diversas comunidades— comparten conocimientos vinculados a una práctica similar, constituyen contextos de enseñanza que promueven aprendizajes y delimitan la existencia de otros grupos y comunidades implicadas en el proceso. Comunidades y redes expanden de este modo los aprendizajes mucho más allá de los límites de sus propias comunidades, favoreciendo que el conocimiento fluya y evitando que se estanque (Gore, 2003, 2012).

Acerca del repertorio compartido. Constituye la diversidad de recursos disponibles con los que una comunidad de práctica cuenta. El repertorio compartido

refleja una historia colectiva que, al mismo tiempo, ofrece el margen de ambigüedad necesario para seguir transformándolo en función de las nuevas situaciones que se presenten. Wenger (2001) sostiene que las palabras, los instrumentos, los gestos y las rutinas que conforman un repertorio operan como puntos de referencia comunes reutilizables.

Elementos tal vez profundamente diversos pueden revelarse como pertenecientes a un mismo repertorio por la práctica a la que refieren, o sea, por su empresa. Un repertorio compartido incluye elementos cosificados (es decir, planificados y diseñados específicamente) y elementos emergentes (artefactos delineados en el fragor de la participación). Una práctica supone, entonces, decisiones respecto de qué se cosifica y cuándo, y formas de participación que limitan estas decisiones (lo cual constituye un recurso para la negociación de significados).

No todas las prácticas son producto de necesidades identificadas. De hecho, algunas han sido generadas con otros propósitos, poseen objetivos contradictorios o se conformaron en diferentes momentos históricos (Wertsch, 1999). La necesidad de participar transformando estas prácticas introduce una tensión ante aquello que fue cosificado; sin embargo, contribuye a su transformación respondiendo a nuevas necesidades y hasta modificando los contextos organizacionales donde estas prácticas se desarrollen (Auer et al., 2020).

Acerca de la empresa conjunta. Alude a la responsabilidad mutua —parte de la práctica— que resulta de un proceso colectivo de negociación en comunidad. Por lo tanto, la empresa queda definida al emprenderla y, al hacerlo, las acciones cotidianas de la comunidad de práctica expresan la responsabilidad asumida ante reglas incorporadas como resultado de ese proceso de negociación (Wenger, 2001).

Wenger señala que la comunidad de práctica no escapa a la lógica más amplia de la organización a la que pertenece. Sin embargo, a través de las reglas construidas internamente, los participantes logran crear nuevas respuestas, propias, a necesidades situacionales y hasta evadir el control organizacional. Tales acuerdos no requieren de la anuencia de todas y todos los participantes, sino la aprobación para desplegar esa práctica de esa manera, incluso aunque la indicación de su ejecución proviniera desde otro sector o incluso de la dirección del hospital. En esa circunstancia, las normas internas, construidas colectivamente, traducen los requerimientos ajenos encontrando una modalidad acordada para su implementación.

Esto coincide con investigaciones empíricas que constatan cómo el orden negociado lleva a una coordinación emergente (Bechky y Chung, 2018). A partir de esta, la resolución conjunta y efectiva de los problemas permite desarrollar nuevas y mejores prácticas que reflejan nuevos aprendizajes (Marsick y Watkins, 2001; Tynjälä, 2008; Marsick et al., 2017; Meijer et al., 2021).

La responsabilidad mutua incide en la definición de los compromisos asumidos y no asumidos por la comunidad, expresados en reglas, normas u objetivos, como así también en otros acuerdos que —aunque menos cosificados— son también importantes.

Acerca del compromiso mutuo. Las pautas que sostienen las prácticas nuevas deben ser producidas y apropiadas por las y los participantes para adquirir significado: es el involucramiento en el proceso de negociación lo que permite construir las colectivamente. “El significado negociado es al mismo tiempo histórico y dinámico, contextual y único” (Wenger, 2001, p. 78); por esto, una comunidad de práctica no es un grupo ni un equipo ni una red, sino personas trabajando con un repertorio compartido, que fue construido en el transcurso de su historia, generando acuerdos con los que se comprometen en el seguimiento de una empresa conjunta u objetivo común.

Sin embargo, el compromiso interpersonal no excluye las tensiones y los conflictos propios de cualquier comunidad. De hecho, los desacuerdos y la competencia pueden ser también formas de participación que expresen la complejidad que los vínculos interpersonales implican. Lo central es que estos intercambios surgen del compromiso con la práctica, más allá de las características de esos vínculos y de las limitaciones para hacer frente a los problemas que se presenten (Wenger, 2001; Islam y Tariq, 2018; Haraldseid-Driftland et al., 2021; Hadjimichael y Tsoukas, 2022).

3.2.1.3 La división del trabajo

Para Engeström, la división del trabajo alude a la posición que cada participante del sistema de actividad ocupa. El desempeño de las funciones asignadas a cada posición se inscribe en reglas y convenciones construidas históricamente en una trayectoria que se extiende más allá del borde organizacional y produce una multiplicación de voces que constituyen tanto una fuente de problemas como de innovación (Engeström, 2001).

Como se mencionó, la organización interna de los hospitales —de interés para la presente tesis— se materializa en distintos niveles jerárquicos: la dirección del hospital; las jefaturas (de departamento, de división, de unidad y de sección); y las y los profesionales de planta de cada sector. La organización hospitalaria puede caracterizarse como una burocracia profesional (Mintzberg, 1989) porque sus protocolos de atención no son creados internamente, sino originados externamente, en instituciones públicas o privadas, en sociedades científicas y/o con el apoyo de comités de expertos y/o grupos profesionales del ámbito nacional, regional o provincial. Es decir, la organización trasciende la singularidad de cada hospital, lo cual vuelve compleja la coordinación entre los niveles mencionados y favorece formas distintas de organización del trabajo en cada servicio, así como la fragmentación entre ellos (Garrefa, 2006; Spinelli, 2010).

La investigación correspondiente a la presente tesis involucra a personas que desempeñan diferentes roles (entre otros, jefe/a, profesional de planta, residente, concurrente, estudiante y personal de Cocina). Como las y los trabajadores de cualquier tipo de organización, esas personas —más allá de las funciones prescriptas por el hospital— construyen acuerdos internos, vinculados al desempeño de cada rol, que son el resultado de múltiples negociaciones a lo largo de la historia de los servicios.

Por otra parte, la complejidad interna y externa de los procesos de trabajo y su carácter social favorecen la emergencia de zonas grises donde nadie sabe exactamente qué hacer. Se trata de vacíos que parecieran incrementar la posibilidad de que nazcan iniciativas desde cualquier nivel jerárquico (Engeström, 2001, Engeström y Saninno, 2010; Kerosuo et al., 2010). Ante este fenómeno, Engeström sostiene la importancia de trabajar sobre la conflictividad propia de los formatos de trabajo (Engeström y Saninno, 2010; Kerosuo et al., 2010), ya que el compromiso para resolver los problemas y crear un ambiente de aprendizaje positivo debe estar presente en todos los niveles de una organización a fin de que el conocimiento pueda recontextualizarse en la práctica (Pennbrant, et al., 2013 citado por Clark, et. al. 2015; Daniels, 2016).

Los múltiples puntos de vista, tradiciones e intereses sostenidos desde las posiciones ocupadas según la división del trabajo constituyen una fuente de contradicciones, las cuales introducen —a partir de los intercambios— las modificaciones y el apartamiento de las normas necesarios para resolver los problemas (Engeström y Sannino, 2010; Sannino y Engeström, 2018). Los intercambios propios de un ambiente educativo se expresan en: la circulación de conocimientos y prácticas dentro de la propia comunidad y por fuera de ella, aunque esta última circulación sea

mucho más difícil que la primera (Edmondson y Harvey, 2018; Meijer et al., 2021); la transmisión de saberes por parte de las y los profesionales con mayor formación a quienes son noveles o tienen menos experiencia, contribuyendo o no al desarrollo de experiencias colaborativas (Haraldseid-Driftland et al., 2021; Engeström y Pyörälä, 2021); y los formatos adoptados para la supervisión como instancia de mentoreo, donde la discusión sobre ideas preconcebidas (Hazen et al., 2018), la orientación experta, colaborativa y comprometida (Fryer et al., 2018; Billett, 2020), la posibilidad de disentir y el tratamiento de los errores son abordados con una orientación formativa y no punitiva (Tucker, 2007; Edmondson y Verdin, 2018). En este marco, el aprendizaje expansivo tiene lugar cuando las y los agentes involucrados discuten las contradicciones internas detectadas entre los componentes del (o los) sistema(s) de actividad que generan desequilibrio y, en consecuencia, buscan formas de resolverlas (Engeström, 2001a).

3.3 Tensiones latentes en los contextos educativos

Un contexto educativo no causa necesariamente aprendizaje, sino que crea un marco favorable para promoverlo. Como se señaló más arriba, los cambios en las actitudes o capacidades de los sujetos y la calidad de sus experiencias constituyen los dos indicadores de que se produjo un aprendizaje (Dewey 1938). De este modo, es posible diferenciar entre un simple hacer y un aprendizaje (de cualquier índole) cuando pueden observarse que el sujeto ha transformado actitudes o capacidades en su forma de participar y pertenecer a la comunidad, que ha negociado nuevos sentidos sobre sus prácticas (Wenger, 2001) y, como resultado, que ha modificado la calidad de sus experiencias.

Cabe agregar que la dimensión educativa (más o menos explícita) de los ámbitos laborales no está exenta de las tensiones que provienen del significado, el tiempo, el espacio y el poder. Estas dimensiones reflejan dualidades o polos en tensión que deben ir combinándose de manera productiva (Wenger, 2001): participación vs. cosificación; diseñado vs. emergente; local vs. global; identificación vs. negociabilidad. A continuación, se caracteriza cada día.

Participación vs. cosificación. Expresa la tensión entre la necesidad de cosificar el aprendizaje y, por otro lado, la inevitable transformación resultante de la participación: "... se pueden articular pautas o definir procedimientos, pero ni las pautas ni los procedimientos producen la práctica cuando se despliega" (Wenger, 2001, p. 273).

Como se mencionó, Wertsch (1999) sostiene que no todas las prácticas profesionales son producto de necesidades actuales, porque los ambientes que habitamos son el resultado de la actividad humana y de una historia (Lave, 1991). El resultado y el proceso histórico condicionan las prácticas, generando cierto tipo de acciones y no otras, sin que se visibilice ni problematice el sesgo de producción y la distribución heterogénea de sentidos y recursos en la conciencia individual de los actores sociales. La necesidad de participar transformando las prácticas cosificadas (que fueron y son necesarias como productos históricos compartidos) responde a las circunstancias novedosas que se presentan en un nuevo contexto histórico (Funes Molineri, 2019).

Diseñado vs. emergente. En un contexto impredecible, en un mundo que enfrenta cambios permanentes, la improvisación y la innovación son tan esenciales como centrales (Wenger, 2001; Islam y Tariq, 2018; Hadjimichael y Tsoukas, 2022). Las adaptaciones inesperadas frente a lo diseñado o prescripto surgen de la puesta en marcha de las prácticas. Es en este contexto donde se expresa la tensión entre lo previamente diseñado (prácticas estandarizadas como resultado de una historia compartida, no solo localmente) y lo emergente (producto de la participación que introduce propuestas innovadoras potencialmente transformadoras en los formatos de trabajo (Funes Molineri, 2019).

Wenger (2001) sostiene que la práctica no puede diseñarse; o sea, no puede ser la consecuencia del diseño sino más bien una respuesta a él. El carácter emergente de las prácticas, en tanto condensan las múltiples adaptaciones que debieron aplicarse durante su desarrollo, les confiere la posibilidad de negociar significados nuevamente. Por ello, el autor considera: "En consecuencia, el reto del diseño no es una cuestión de librarse de lo emergente, sino de incluirlo y convertirlo en una oportunidad" (2001, p. 279).

Local vs. global. Si cada práctica es el resultado del proceso histórico en una comunidad local o sistema de actividad, el encuentro con otras localidades permitirá la

restitución de nuevas negociaciones que habilitarán nuevos sentidos (Wenger, 2001). En esta línea, Engeström (2001a, 2001b, 2009) destaca también cómo los diálogos y el intercambio de perspectivas en el sistema de actividad propio y con el de otros despliegan las tensiones y contradicciones que constituirán la fuerza de cambio. Cabe aclarar que la idea de “global” aquí empleada refiere más al encuentro con otras “localidades”, que a una comprensión de la totalidad. Cada comunidad ve la realidad desde su propia perspectiva y nadie tiene acceso a una visión global.

Para Wenger (2001), la división del trabajo no puede ser la base para pensar un diseño educativo. La comunidad de práctica define qué se requiere para formar parte de ella y qué debe aprenderse. Por esta razón, cada práctica queda apresada en su propia historia y localidad, mientras que el contacto con otras localidades —para Engeström (2001a, 2001b, 2009), “sistemas de actividad”— permite contar con nuevas experiencias, requeridas para el desarrollo de las prácticas. Apropiarse de nuevos sentidos a partir del intercambio con otros sistemas de actividad constituye el escenario para entender de otro modo, integrando lo nuevo a lo que ya existía como información previa.

Identificación vs. negociabilidad. Todo diseño educativo es una colonización del tiempo y el espacio que busca conformar comunidades e intervenir en la negociación de sentidos. Sin embargo, el diseño —que refleja una perspectiva compartida o no— concentra una multiplicidad de miradas que abren un proceso de negociación (Wenger, 2001). De este modo, el diseño puede invitar a la lealtad o puede tener suficiente con la simple conformidad; puede basarse en la participación o imponerse mediante la no participación. Puede buscar una identificación suficiente para centrar la energía en su realización o puede preferir ser menos dependiente de una inspiración extensamente compartida. Puede buscar una realización limitando la negociabilidad y negándose a compartir la propiedad de su significado o, al contrario, puede esforzarse por compartir esta propiedad y ofrecer a todos los interesados la negociabilidad suficiente para decidir cómo participar significativamente en el proceso (Wenger, 2001, p. 281).

Aunque resulte llamativo, los hospitales —como las fábricas— no fueron diseñados pensando en su potencial educativo. Sin embargo, así como el mercado ha transformado las lógicas de producción, las nuevas demandas en materia de salud requieren un abordaje que contemple el aprendizaje como un componente clave para la efectividad de las prácticas. Como se señaló más arriba, el incremento de patologías

crónicas, las problemáticas sociales que configuran hoy causas principales de morbimortalidad (Nirenberg, 2006; Saéz Crespo, 2008) obligan a reconsiderar la importancia del potencial y valor educativo de los contextos laborales para aprovechar mejor los aprendizajes circulantes e introducir otros nuevos.

En el próximo capítulo, se explican las decisiones metodológicas adoptadas, el diseño de la investigación, el criterio de selección de casos y la particularidad del ingreso a campo en cada servicio seleccionado. Asimismo, se presentan las categorías y subcategorías exploradas, los instrumentos utilizados y el método de análisis por el que se optó.



Universidad de
San Andrés

CAPÍTULO 4

CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS

En este capítulo se explica el diseño metodológico utilizado en la investigación, explicitando las decisiones que se fueron tomando durante el desarrollo del trabajo. Se retoman las particularidades de acceso al campo en cada caso estudiado y se reflexiona sobre la inmersión en el terreno y el lugar de la investigadora tanto en el momento del relevamiento como del análisis de los datos.

4.1 Diseño metodológico

A partir de las preguntas de investigación y los objetivos que de estas surgieron, se decidió un abordaje cualitativo, que permitiera explorar en profundidad el campo para indagar las categorías seleccionadas en el marco teórico y otras emergentes que pudieran identificarse durante el proceso de investigación.

Como método, se optó por un estudio colectivo de casos desde una perspectiva instrumental (Stake, 1999); de este modo, cada uno de ellos se constituyó en un instrumento para comprender cómo el contexto laboral facilita oportunidades de aprendizaje en servicios de salud.

La selección de los casos se realizó a partir de conocimientos previos de la investigadora, quien se desempeñó como asesora durante diez años en el Ministerio de Salud y la Red de Diabetes, ambos de la CABA. Estas experiencias le permitieron contar con información sobre las características de algunos servicios (en especial, sobre aquellos vinculados con las áreas de Nutrición y Alimentación) y con el vínculo necesario para ingresar a estos, ya que contar con actores dispuestos a participar y dónde la investigación sea bien recibida constituye un aspecto central para el estudio de casos (Stake, 1999).

Como se desarrolla en el apartado 4.2, para la selección, este conocimiento se completó con la consulta a un grupo de expertos.

La investigación trabajó en tres casos correspondientes a tres hospitales diferentes. Se buscó así crear la posibilidad de establecer algunas generalizaciones

menores (Stake, 1999). Si bien estas —como se explica oportunamente— resultan aplicables solo a los casos estudiados, permiten mostrar las regularidades observadas tanto como las particularidades de cada uno.

La complejidad de las unidades de análisis requirió elaborar un lente metodológico que facilitara la construcción y la interpretación de los datos. Para ello, se tomó algunos elementos de la etnografía. Esta se caracteriza por su triple acepción de enfoque, método y texto, y constituye “el conjunto de actividades que se suele designar como ‘trabajo de campo’, y cuyo resultado se emplea como evidencia para la descripción” (Guber, 2001, p. 16). En este trabajo, se tomó como elementos tanto su enfoque como su método. Como enfoque, se buscó comprender fenómenos sociales desde la perspectiva de los integrantes de cada caso estudiado. Como método, se utilizaron técnicas de recolección no directivas, se recurrió a la residencia prolongada en campo y se tuvo presente la centralidad de la persona que investiga como instrumento de conocimiento. Estos elementos permitieron un abordaje por el cual el material relevado a través de las entrevistas fue enriquecido por la observación participante y por instancias de intercambio informales.

La residencia prolongada en campo (que caracteriza la perspectiva etnográfica) y la puesta en práctica de técnicas diversas (entre otras, la observación participante, las entrevistas y los intercambios informales) permitieron que la investigadora participara entre 2018 y 2020 de las jornadas habituales de trabajo, las reuniones de equipo y de diseño de talleres, los ateneos, los talleres, la preparación de eventos, las consultas en consultorio externo y las rondas de pacientes, así como acceder a normativas y pautas de atención aplicadas por cada servicio estudiado.

Se recurrió, por otra parte, a la lectura de las reglamentaciones, leyes y normativas que alcanzan a las prácticas desarrolladas en los casos estudiados, entre otras, la Ley Nacional N° 20.744 del año 1974 (Régimen de Contrato de Trabajo), la Ley 6.035 del año 2018 (normativa de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires para las carreras sanitarias), la Ley Nacional N° 24.301 del año 2009 (regulación del ejercicio profesional del Licenciado en Nutrición) y el Convenio Colectivo de Trabajo N° 164/1991 (que regula la actividad y categorías del personal dependiente de establecimientos que brinden servicio de comedores de fábrica, colegios, refrigerios de buffet de entidades bancarias, colonias y similares).

El análisis temático de los datos —consistente en descubrir la unidad de significación que emerge del material recogido (Bardin, 2002)— se abordó con una

estrategia de codificación abierta, tomando de este modo algunos aspectos de la teoría fundamentada (Strauss y Corbin, 1990). Se utilizó el programa ATLAS.ti, donde se ingresó la totalidad del material empírico relevado. Los códigos que surgieron a partir del análisis de material de campo se adicionaron a los definidos previamente a partir del marco teórico. Durante el análisis, se recurrió a la triangulación metodológica para contribuir a la rigurosidad en su tratamiento, especialmente entre lo observado y lo relevado a partir de las entrevistas. Se trabajó con una bitácora de campo para reflejar el proceso de recolección de datos y con otra para registrar su análisis. La bitácora analítica se nutrió con memos que reflejaban las decisiones tomadas durante el proceso de recolección.

Para la elaboración de los hallazgos, se recurrió a dos estrategias: la interpretación directa de elementos en su contexto y la identificación de coincidencias entre los casos a fin de elaborar algunas generalizaciones menores (Stake, 1999) que permitieran mostrar regularidades en los aspectos relevados en el conjunto de los casos. Es importante destacar que estas generalizaciones son limitadas, ya que corresponden solo a los casos indagados (Stake, 1999).

4.2 La selección de los casos

El proceso de salida a campo comenzó durante el mes de mayo de 2018 finalizando en el mes de setiembre de 2020. El conocimiento previo de profesionales y servicios relacionados con las áreas de Nutrición y Alimentación por parte de la investigadora fue complementado con entrevistas a expertos/as, quienes aportaron información adicional para la selección de los casos. De este grupo, participaron una licenciada en Nutrición, actualmente Jefa de División; un licenciado en Nutrición, un presidente de la Asociación Profesional de Dietistas, Nutricionistas Dietistas y Licenciados en Nutrición de la CABA (ANDYLMU) y secretario de la Federación Argentina de Graduados en Nutrición, además de Jefe de Unidad; y una médica Especialista en Nutrición, una coordinadora de la Red de Diabetes y del Programa de Prevención y Asistencia de la Diabetes (ambos de la CABA), además de médica (recientemente jubilada) de la Unidad de Nutrición de un hospital público y miembro de la Asociación Argentina de Diabetes. La selección se orientó a servicios reconocidos

entre pares por contar con prácticas consideradas efectivas y por su apertura a nuevos aprendizajes.

Para identificar a las y los expertos a quienes consultar por su conocimiento del tema y vínculos profesionales, se aplicó un conjunto de condiciones consideradas relevantes: formación disciplinar; ejercicio de la profesión en el ámbito público (preferentemente, en cargo/s que permitan conocer en profundidad el desempeño de servicios de Alimentación en otros hospitales de la CABA; y pertenencia a asociaciones científicas (ver en el Anexo, Cuadro 24. Planilla de selección de expertos/as). A las y los expertos así elegidos, la investigadora proveyó una planilla con los indicadores a evaluar para la selección de casos (Cuadro 25. Indicadores para la selección experta de los casos a investigar, también disponible en el Anexo). Esta contenía los indicadores básicos que debían ponderar: número de integrantes del servicio, división o área; número de consultas anuales atendidas por el servicio, la división o el área; número y/o tipo de actividades de promoción de la salud desarrolladas anualmente (talleres, charlas, Salud Escolar, etc.); tipo y/o número de actividades de formación desarrolladas durante el año (ateneos, participación en eventos científicos, etc.); nivel de articulación intrahospitalaria con otros servicios; y nivel de articulación extrahospitalaria (con servicios de otros hospitales, organismos públicos, obras sociales, organizaciones barriales o similares).

Para la selección de los casos, el comportamiento de los indicadores incluidos en el Cuadro 25 fue interpretado del siguiente modo.

- Número de integrantes del servicio, la división o el área: parece probable que una cifra mayor de miembros genere un mayor número de intercambios internos.
- Número de consultas atendidas: si bien es un dato de alto interés, debe relativizarse porque la cantidad de consultas recibidas por un servicio depende tanto de su efectividad, como de otras variables (entre otras, accesibilidad geográfica, facilidades ofrecidas por el sistema de asignación de turnos y otras circunstancias ajenas a la calidad de la prestación profesional).
- Actividades de promoción de la salud, de formación y de articulación intra o interhospitalaria: resultan de especial interés debido a que no suelen estar reglamentadas expresamente por la normativa. Por esta razón, con frecuencia, se desarrollan y sostienen gracias a la inquietud y el interés de los equipos de salud.

Una vez recogida y revisada la información volcada en la planilla presentada en el Cuadro 25, la investigadora mantuvo entrevistas en profundidad con las personas expertas consultadas a fin de ampliar la información consignada. Como condición para la selección de los casos, se consideró especialmente el tipo y número de actividades de formación y de trabajo con la comunidad, así como el nivel de articulación interna y externa de los servicios expresada a través de producciones diversas (documentos internos de trabajo, programación o participación colectiva en eventos, congresos y jornadas) y del diseño y la implementación conjunta de actividades y acciones.

Tres divisiones de Alimentación fueron seleccionadas inicialmente, pero solo se tuvo acceso a dos (Caso A y Caso B). Dado que no pudo establecerse contacto con la tercera, fue reemplazada por la Unidad de Nutrición (Caso C) del mismo hospital, mencionada también por las y los expertos como una buena opción para el desarrollo de la presente investigación. Cabe señalar que las unidades de Nutrición están conformadas generalmente por médicos especialistas en el tema, mientras que las divisiones de Alimentación suelen estar integradas por nutricionistas. La diferencia de perfiles se expresa en el eje de la labor desarrollada: las unidades tienden a concentrarse en los aspectos clínicos de la nutrición y las divisiones, en la alimentación.

Aun cuando la Unidad difería de las divisiones seleccionadas, se decidió incluirla porque aporta datos que contribuyen al logro de los objetivos de esta investigación, los cuales no tienen como eje la alimentación sino comprender cómo el contexto laboral facilita oportunidades de aprendizaje a través de sus reglas, de la división del trabajo y sus modos de organización y del intercambio en la comunidad de pares en algunos servicios de salud de Hospitales Públicos de la CABA. La exclusión de la Unidad de Nutrición hubiera restado, por lo tanto, información de interés para la presente investigación.

4.3 El campo

A continuación, se delinearán algunas características del Sistema de Salud de importancia para el relevamiento de los casos seleccionados, se brinda una síntesis sobre las divisiones de Alimentación y la Unidad de Nutrición estudiadas, y se informa sobre el modo de ingreso a campo.

4.3.1 Generalidades

En la CABA, la estructura organizativa de los hospitales generales de agudos (Caso A y Caso B) varía respecto de la correspondiente a un hospital especializado (Caso C). Los primeros se ocupan de atender a enfermos crónicos o agudos internados, o que consultan de manera ambulatoria; este tipo de hospitales realiza también actividades de prevención. En cambio, un hospital especializado —en su calidad de centro de referencia dentro de la Ciudad, el país o, incluso, la región— se ocupa de pacientes con patologías crónicas específicas. En el Caso C, por ejemplo, la Unidad de Alimentación estudiada pertenece a un hospital especializado en enfermedades gastroenterológicas.

Asimismo, la estructura organizativa varía. Los hospitales generales de agudos situados en la CABA dependieron siempre de la administración de su Gobierno, tanto cuando la Ciudad era un municipio dependiente del Poder Ejecutivo Nacional como ahora, en su calidad de ciudad autónoma. En estos hospitales, las divisiones de Alimentación dependen directamente de la Subdirección Técnico Administrativa, la cual, junto con la Subdirección Médica, reporta a la Dirección del hospital. La Subdirección Técnico Administrativa tiene bajo su órbita áreas o servicios en los que intervienen profesionales que no son médicos y que —además de tareas asistenciales— desarrollan actividades de carácter administrativo como, por ejemplo, el Servicio Social, el área de Estadísticas y la División de Alimentación⁷. En los hospitales especializados, la Unidad de Nutrición (Caso C) depende del Departamento de Medicina, que está bajo la órbita de la Subdirección Médica, que reporta a su vez a la Dirección del hospital. Por su parte, los departamentos de Servicio Social, Alimentación y Docencia e Investigación dependen directamente de la dirección. La diferencia respecto de la estructura organizativa de cada tipo de hospital expresa la distancia de las unidades de análisis respecto de la Dirección y el efecto que causa en la participación en los procesos de toma de decisiones. La presente tesis trabaja esta cuestión al caracterizar cada caso.

⁷ Cabe anotar que otros profesionales que tampoco son médicos (psicólogos, fonoaudiólogos y kinesiólogos, entre otros) dependen de la Subdirección Médica. La principal razón por la cual la División de Alimentación depende de la Subdirección Técnico Administrativo parece vincularse con las funciones administrativas que desarrolla.

Otra característica general de las divisiones y la unidad estudiadas, y del Sistema de Salud de la CABA (aunque no exclusivamente) es la predominancia de personal femenino. Este aspecto —desarrollado en el Capítulo 2, sección 2.3.1— se agudiza en las áreas de Alimentación y Nutrición, donde la mayoría de las profesionales son mujeres. La predominancia puede rastrearse incluso en la Licenciatura en Nutrición, carrera que suele contar con un alto porcentaje de graduadas del género femenino. Si bien —como se indicó— la Unidad de Nutrición está conformada por profesionales de la medicina, su composición fuertemente femenina puede alinearse con las del Sistema de Salud en su conjunto (en el Caso C, de hecho, todas las integrantes del equipo son mujeres).

Otra característica es la incidencia del modelo médico hegemónico (cfr. Capítulo 2, sección 2.2). Entre otros rasgos que lo definen, se destaca la preponderancia atribuida a la Medicina por sobre otras disciplinas, apreciación que descansa en una perspectiva marcadamente biologicista, que no suele contemplar otros aspectos (por ejemplo, psicológicos, comunitarios, sociales y económicos) que pueden afectar la salud.

4.3.2 Sobre las divisiones y la unidad estudiadas

El Cuadro 2 ofrece una caracterización resumida de las divisiones de Alimentación y la Unidad de Nutrición donde se desarrolló la investigación.

Cuadro 2. Presentación de los casos estudiados.

Caso	Presentación
Caso A	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Es una División de Alimentación. ▪ Pertenece a un hospital general de agudos de la CABA. ▪ La División depende del Departamento Técnico Administrativo y este, a su vez, de la Subdirección del hospital. ▪ La mayoría de la población atendida reside en zonas cercanas. ▪ El hospital es relativamente pequeño. Esto favorece el intercambio entre profesionales. ▪ Las áreas de trabajo de la División son: asistencial (internación y consultorio externo); producción y administración con la empresa concesionaria (cocina) del almacenamiento, preparación y distribución de alimentos en el hospital; acciones de Salud Pública, talleres y actividades para la comunidad.

Caso	Presentación
Caso B	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Es una División de Alimentación. ▪ Pertenece a un hospital general de agudos de la CABA. ▪ La División depende del Departamento Técnico Administrativo y este, a su vez, de la Subdirección del hospital. ▪ La mayoría de la población atendida reside en zonas cercanas. ▪ El hospital es sumamente pequeño. Esto estimula especialmente el intercambio entre profesionales. ▪ La internación en este hospital se divide según nivel de complejidad y no por servicio. Esto favorece también el trabajo colaborativo. ▪ La División desarrolla sus actividades en un espacio físico muy reducido. Sin embargo, esto no aparece prácticamente en las entrevistas. ▪ Las áreas de trabajo de la División son: asistencial (internación y consultorio externo), producción y administración con la empresa concesionaria (cocina) del almacenamiento, preparación y distribución de alimentos en el hospital, acciones de Salud Pública, talleres y actividades para la comunidad. ▪ La División articula con el Sistema de Residencias y Concurrencias. ▪ En la División, se desarrollan además actividades de investigación y docencia.
Caso C	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Es una Unidad de Nutrición. ▪ Pertenece a un hospital especializado en Gastroenterología de la CABA, centro de referencia de la Ciudad, la Argentina y países limítrofes. ▪ La Unidad depende del Departamento de Medicina, que depende a su vez de la Subdirección Médica, la cual reporta a la Dirección del hospital.

Fuente: elaboración propia.

4.3.3 Ingreso al campo

Las observaciones y entrevistas para el relevamiento de los tres casos tuvieron lugar entre los años 2018 y 2020. En 2018, tuvieron lugar los contactos con las y los expertos consultados.

Caso A. Corresponde a la División de Alimentación de un hospital general de agudos de la CABA. Después de la primera entrevista con la investigadora, la Jefa de la División autorizó rápidamente el ingreso a campo, que se inició y desarrolló durante el segundo semestre de 2018. Se llevaron a cabo observaciones en el Taller de Sobrepeso

y Obesidad a cargo de la División. Asimismo, entre 2018 y 2020, la investigadora mantuvo entrevistas y continuó con las observaciones del Taller (cuya duración es semestral), los ateneos, las reuniones de trabajo, los encuentros con profesionales de otros servicios para el diseño de talleres, las reuniones con estudiantes que realizarían allí sus prácticas, la vida cotidiana en el sector articulando permanentemente con el sector de Cocina y la atención ambulatoria de pacientes en consultorios externos. Estas experiencias fueron grabadas y luego transcritas. Asimismo, se sumaron notas de campo complementarias (tomadas durante cada actividad o al finalizarla), se incorporó el contenido de conversaciones informales mantenidas con la Jefa y miembros del equipo (vitales para el conocimiento del contexto de trabajo estudiado) y otras producciones, por ejemplo, planillas, algoritmos (un procedimiento desplegado ante determinadas patologías) y calendarios internos para la organización de la División. En suma, el Caso A permitió un rápido ingreso a campo, la observación participante en tareas asistenciales, actividades de Salud Pública, y trabajos de producción y administración.

Caso B. Este caso se desarrolla también en la División de Alimentación de un hospital general de agudos de la CABA. El primer contacto se estableció el 11 de marzo del 2020, finalizando en octubre de ese año. Debido al ASPO (primero) y el DISPO (después) dispuestos por el Poder Ejecutivo Nacional a causa de la pandemia de COVID-19, buena parte del Caso B debió trabajarse de manera remota a través de una plataforma virtual. Las primeras entrevistas y la observación pudieron desarrollarse presencialmente, lo cual aportó información valiosa, mientras que las entrevistas individuales y grupales fueron realizadas y grabadas a través de un servicio de videoconferencia. A este material se sumaron las conversaciones informales mantenidas antes y/o después de las entrevistas grabadas y la producción gráfica de guías y videos sobre el contexto de pandemia diseñados por el equipo de la División.

Caso C. Se trata de una pequeña Unidad de Nutrición de un hospital especializado de la CABA. La actividad en campo se desarrolló durante los meses de octubre y noviembre de 2019. La Unidad está conformada por médicas especializadas, a diferencia de los casos anteriores en los que se desempeñan solo licenciadas en Nutrición. El ingreso a campo requirió la aprobación del Comité de Docencia e Investigación; con este fin, la investigadora debió elevar una carta explicando el motivo

de su estadía y el proyecto de investigación. Por tratarse de otro tipo de práctica y de un hospital especializado, las observaciones se concentraron en las actividades semanales que realizan: las rondas de pacientes internados/as y los ateneos. Además, en el espacio de la Unidad, la investigadora mantuvo entrevistas con profesionales, tanto del equipo como de otras áreas. En este caso, al material recogido, se incorporó también el registro de las conversaciones informales mantenidas con integrantes de la Unidad.

4.4 Instrumentos

Siguiendo los lineamientos de un enfoque etnográfico, se buscó construir una representación coherente de lo que piensan y dicen las personas indagadas. Las elaboraciones se fundaron y nutrieron del encuentro del marco teórico que orientó la investigación con el contacto prolongado en el campo (Guber, 2001).

Como instrumento, la observación participante buscó indagar reglas y normas, así como relatos circulantes, procurando proporcionar un esquema lo más claro y coherente posible de la estructura subyacente a las divisiones y la unidad estudiadas. Con este fin, la investigadora llevó a cabo —siempre que fue posible— una observación participante en actividades tan diversas como ateneos, talleres, reuniones de trabajo, encuentros entre servicios, talleres en la sala de espera, atención en consultorios y rondas por salas de internación. Este instrumento permitió, entre 2018 y 2020, un acercamiento privilegiado a la dinámica de cada unidad de análisis.

Como se consignó, las entrevistas pudieron mantenerse en forma presencial en el Caso A y el Caso C, mientras que debieron adecuarse a la virtualidad en el Caso B. Las entrevistas fueron de tipo semiestructuradas, buscando así asegurar el abordaje de las categorías seleccionadas a partir del marco teórico (reglas, comunidad y la división del trabajo) y sus subcategorías correspondientes a partir de la grilla orientativa incluida en el Anexo (Cuadro 23).

4.4.1 Categorías y subcategorías exploradas

Como se adelantó en el marco teórico, la investigación optó por abordar los casos desde un macro-nivel de análisis, indagándose las categorías de las reglas, la comunidad y la división del trabajo, así como las subcategorías que se consignan oportunamente.

4.4.1.1 Las reglas

La organización de los servicios de Salud en los hospitales públicos está reglamentada a través de resoluciones. Para conocer el marco normativo correspondiente, la investigadora procedió a su análisis.

Como se mencionó en el marco teórico, algunas investigaciones realizadas en la provincia de Buenos Aires muestran el constante deterioro que los hospitales públicos registran desde hace años, generado por la falta de recursos materiales, personal e infraestructura. Este proceso impulsó una redefinición de las prácticas profesionales más allá de las regulaciones vigentes y un incremento de la informalidad como modo de mantener una dinámica que permitiera dar respuesta a las necesidades de la población atendida (Crojethovic, 2014). Si bien las divisiones y la unidad estudiadas en esta investigación pertenecen a la CABA, pudieron observarse también en ellas prácticas informales —esto es, no contempladas en las prescripciones enunciadas por el marco normativo— que fueron generadas por las y los profesionales para responder a las demandas de consultantes y pacientes.

Es importante aclarar que la opción por la informalidad no constituye siempre una alternativa óptima: por el contrario, en algunos casos, configura una trampa que reproduce la precariedad en que se trabaja. Sin embargo, en otros, las prácticas informales han alcanzado ciertas regularidades y un grado de internalización como respuesta a quienes consultan (Crojethovic, 2014). Este último tipo de práctica informal y sus reglas intrínsecas revisten especial interés para la presente investigación, porque expresan acuerdos internos entre profesionales, reflejando procesos de aprendizaje y evidenciando prácticas transformadas a la luz de las exigencias internas y externas.

Sobre la base de esta interpretación de la categoría de las reglas, la investigación avanzó sobre unas subcategorías específicas, a saber:

- **Reglas explícitas.** Son reglas formalmente sancionadas. La normativa incluye: la Ley Nacional 20.744 (que establece el Régimen de Contrato de Trabajo) de 1974; la Ley 6.035 del año 2018 que establece la normativa de CABA para las carreras sanitarias; la Ley Nacional 24.301 sobre Ejercicio Profesional del Licenciado en Nutrición del año 2009; y el Convenio Colectivo de Trabajo (CCT) 164/91 (que regula la actividad y categorías del personal dependiente de establecimientos que

brinden servicio de comedores de fábrica, colegios, refrigerios de buffet de entidades bancarias, colonias y similares).

- **Reglas implícitas.** De carácter interno, reflejan acuerdos y normas sostenidas en el transcurso del tiempo por las y los profesionales implicados. Pueden ser de dos tipos.
 - **Iniciativas de corto plazo.** Se proyectan en un horizonte temporal inferior a dos años. Ofrecen respuestas coyunturales que no logran verdaderas transformaciones con impacto organizacional.
 - **Iniciativas no regladas de mediano o largo plazo.** Tienen un alcance de dos años o más. Ambas —especialmente las de largo plazo— introducen nuevos formatos de trabajo dando respuesta a necesidades identificadas. Los cambios que generan estas iniciativas permiten (re)orientar paulatinamente la política hospitalaria, de modo que cristalizan los intereses de distintos sectores o fracciones de la organización (Crojethovic, 2014, p. 10). Las iniciativas no regladas de largo plazo logran quebrar las estructuras vigentes, produciendo un cambio en las condiciones normativas y brindando una solución al problema estructural.

A los fines de la presente investigación, el relevamiento de reglas se concentró especialmente en las reglas de mediano y —sobre todo— largo plazo.

Cuadro 3. Categoría de las reglas y sus subcategorías.

Categoría	Subcategorías	Descripción
Reglas	Reglas explícitas	Marco normativo.
	Reglas implícitas	Acuerdos informales para dar respuesta a las demandas que profesionales y trabajadores/as de la salud enfrentan cotidianamente.

Fuente: elaboración propia.

4.4.1.2 Comunidad

Como se explicó en el marco teórico, para la Teoría Histórico-Cultural de la Actividad (Engeström, 2001b, 2009; Sannino y Engeström, 2018), la comunidad (o sea, los sujetos y/o subgrupos que comparten el mismo objetivo) contribuye desde un

macro-nivel (junto con las reglas y la división del trabajo) a alcanzar aprendizajes expansivos.

Wenger (2001) otorga también un papel relevante a la comunidad e introduce la noción de “comunidad de práctica”. Para este autor, cuando las personas interactúan — entre sí y con el mundo— para alcanzar propósitos que definieron en forma conjunta, se generan nuevos aprendizajes y prácticas que reflejan un recorrido compartido, conformándose entonces una comunidad de práctica. Sus miembros se vinculan a partir del repertorio compartido, la empresa conjunta y el compromiso mutuo. La presente investigación retoma estas subcategorías (detalladas a continuación) para enriquecer la categoría de comunidad aportada por la Teoría Histórico-Cultural de la Actividad, considerando que, si bien no le pertenecen, contribuyen a profundizar el análisis.

- **Repertorio compartido.** Se expresa en relatos, instrumentos, conceptos y símbolos producidos colectivamente a través de la renegociación de sentidos. El repertorio compartido refleja la experiencia y el nivel de participación de los miembros de las divisiones y la unidad.
- **Empresa conjunta.** Se trata de los recursos y las exigencias negociados por las y los profesionales y que devinieron en parte de sus prácticas.
- **Compromiso mutuo.** Es el compromiso que emerge de las normas cuando son producidas nuevamente y apropiadas por los participantes para adquirir significado. Para Wenger (2001), la participación es en sí misma un proceso de negociación de significados que se construyen sobre la base de una historia compartida que —a su vez— ha ido generando sentidos previos. “El significado negociado es al mismo tiempo histórico y dinámico, contextual y único” (Wenger, 2001: 78).

Reconociendo las diferencias entre Engeström y Wenger respecto de la noción de comunidad, así como la dificultad y necesidad de considerar algunos de estos aspectos para pensar el trabajo interprofesional, las conceptualizaciones vinculadas con la comunidad fueron tomadas en la investigación de manera flexible y como una orientación para el análisis de los formatos de trabajo observados. De este modo, se abordaron las características propias de los servicios estudiados, sus limitaciones y lógica burocrática, factores que han impulsado a algunos profesionales a integrar comunidades y redes de diferente magnitud para dar respuesta a la población que los consulta (Funes Molineri, 2021).

Cuadro 4. Categoría de la comunidad de práctica y sus subcategorías.

Categoría	Subcategorías	Descripción
Comunidad de práctica	Repertorio compartido	Relatos, instrumentos, conceptos, símbolos que reflejan la experiencia y participación de sus miembros.
	Empresa conjunta	Recursos y exigencias en las prácticas incorporados luego de un proceso de negociación entre los participantes.
	Compromiso mutuo	No emerge de una rutina o de un procedimiento, sino de las pautas que fueron producidas nuevamente y apropiadas por las y los participantes para adquirir significado. Se construyen sobre la base de una historia compartida.

Fuente: elaboración propia.

4.4.1.3 División del trabajo

Esta categoría indaga la organización que un organismo se da para el cumplimiento de sus objetivos. Si bien se presenta formalmente en un organigrama, este coexiste con otro, que es informal y explica efectivamente el modo en que funciona ese conjunto de personas (Jaques, 2004; Schlemenson, 1993, 2007).

En los casos indagados, se buscó identificar el funcionamiento real y los formatos organizativos acuñados a partir de los acuerdos entre las y los profesionales mediante la observación y el discurso. La división del trabajo existente se investigó en la posición adoptada por las y los integrantes respecto de sus pares, de las autoridades formales y de otros/as profesionales. Así, se construyeron las siguientes tres subcategorías.

- **Circulación de conocimientos.** Se refiere al intercambio informal formativo que se observa dentro del propio sector, con otros sectores del hospital y/o con otros hospitales.
- **Transmisión de conocimientos.** Contempla las acciones altamente formalizadas de diseminación de conocimientos en el sector, hacia otros sectores del hospital, a otros hospitales, a usuarios y a pacientes del Sistema de Salud.
- **Supervisión.** Se vehiculiza en aquellas actividades con clara finalidad formativa desplegada por profesionales con mayor trayectoria, quienes deben contribuir a la formación de otros profesionales, trabajadores/as en general o aprendices.

Las tres subcategorías mencionadas se encuentran íntimamente interrelacionadas. La diferenciación o especificación entre estas se estableció al solo efecto de avanzar y facilitar el análisis de la división del trabajo.

Cuadro 5. Categoría de la división del trabajo y sus subcategorías.

Categorías	Subcategorías	Descripción
División del trabajo	Circulación	Intercambio informal formativo dentro del propio sector y con otros sectores del hospital u otros hospitales.
	Transmisión	Acciones altamente formalizadas de diseminación de conocimientos en el sector, hacia otros sectores del hospital o a otros hospitales, usuarios y pacientes del Sistema de Salud.
	Supervisión	Actividades con clara finalidad formativa desplegada por profesionales con mayor trayectoria respecto de otros/as profesionales, trabajadores/as en general o aprendices.

Fuente: elaboración propia.

4.5 Análisis de los datos

Como se consignó, la investigación aplicó un abordaje cercano a la teoría fundamentada para el análisis del contenido temático de los datos (Corbin y Strauss, 2016). Así, se aplicaron categorías provenientes del marco teórico y también una codificación abierta de datos surgidos del trabajo en campo. Después de las entrevistas, se creó una Unidad hermenéutica en el software ATLAS.Ti.

El análisis del contenido temático (Bardin, 2002) contempló las tres etapas requeridas: preanálisis (lectura flotante de todo el material para entrar en contacto global con el contenido de los datos relevados); organización en un corpus coherente; y construcción de un contexto de significación flexible para el análisis.

Se procedió luego a la codificación (esto es, comparar información obtenida en las entrevistas con la observación participante) a fin de adjudicarle un código común a la diversidad de fragmentos que compartían una misma idea, registrando las reiteraciones de algunas definiciones, frases, palabras clave y demás. Por último, se procedió al análisis teórico del material y su correspondiente interpretación, así como a la identificación de nuevas regularidades.

El próximo capítulo trabaja en detalle los casos presentados desde la voz de los integrantes, retomando las categorías y subcategorías seleccionadas para presentar los resultados correspondientes.



Universidad de
San Andrés

CAPÍTULO 5

LOS CASOS: DESCRIPCIÓN, ANÁLISIS Y RESULTADOS

A continuación, se presentan los tres casos estudiados y los resultados correspondientes bajo las categorías y subcategorías de análisis seleccionadas.

5.1. Caso A: presentación

El Caso A se desarrolla en la División de Alimentación perteneciente a un hospital general de agudos de la CABA, una institución que fue inicialmente un hospital especializado. Dado que se ubica en una zona de la Ciudad de fácil acceso, concurren allí tanto personas del barrio como de zonas más lejanas.

Desde el punto de vista edilicio, como muchos otros, el hospital se organiza en pabellones. La señalética observada durante el trabajo de campo correspondía a su antigua calidad de hospital especializado.

5.1.1 Inserción en la estructura, dotación y tareas

Desde el punto de vista de la organización interna del hospital, la División de Alimentación depende directamente de la Subdirección Técnico Administrativa (la cual, junto con la Subdirección Médica, reporta al director del hospital). La Subdirección Técnico Administrativa tiene bajo su órbita áreas o servicios en los que intervienen profesionales que no son médicos/as y que desarrollan —además de tareas asistenciales— actividades de carácter administrativo como, por ejemplo, el Servicio Social, el área de Estadísticas y la División de Alimentación.

Las observaciones correspondientes al Caso A se iniciaron durante el segundo semestre de 2018. En ese momento, la División estaba integrada por ocho licenciadas en Nutrición nombradas formalmente como personal de planta permanente. A ellas se sumaban cuatro nutricionistas concurrentes (profesionales graduados/as con prácticas no rentadas y menor carga horaria que los residentes) y estudiantes de la Licenciatura en Nutrición —de la Universidad de Buenos Aires, de la Universidad de Belgrano y de la

Universidad Favaloro, todas de CABA—, quienes no recibían renta alguna debido a que sus prácticas se consideran obligaciones académicas. El equipo de esta División no contaba con profesionales residentes (es decir, que percibieran una renta por su práctica). Por otra parte, según la jefa mencionó, es frecuente que graduados/as en Nutrición participen de modo voluntario en divisiones de Alimentación como esta, ya que los nombramientos son escasos y a las y los profesionales noveles “les gusta la práctica en el ámbito público”; al momento de realizarse el trabajo en campo, había cuatro profesionales en esta situación. Por lo demás, con respecto a la distribución por género, el único miembro varón de la División era un nutricionista concurrente; esto ilustra tanto la feminización del Sistema de Salud en general como la de esta profesión en particular (cfr. Capítulo 2, sección 2.3.1).

Del relevamiento se desprende que la División de Alimentación desempeña tareas en las áreas asistencial (con la población internada y con la que se atiende en consultorios externos), de producción y administración (en interacción con el sector de Cocina) y de la Salud Pública (mediante talleres y otras actividades con la comunidad).

En los consultorios externos, el equipo atiende de manera ambulatoria a personas que asisten para sus controles de salud y, cuando corresponde, para solicitar y/o hacer el seguimiento de la dieta. Las consultas pueden obedecer a una decisión personal, una recomendación profesional o estar vinculadas a alguna intervención médica.

En el caso de pacientes en internación, el equipo profesional de la División circula por las salas. Registra altas y bajas de pacientes, sus características, así como variaciones en las historias clínicas consignadas por el personal médico para ajustar la dieta a los requerimientos específicos.

Respecto de la producción y administración, la Jefa de Alimentación explicó que la División tiene a su cargo la fiscalización del trabajo que el sector de Cocina lleva a cabo (un servicio concesionado a un prestador privado). La tarea supone trabajar de manera articulada con el personal de ese sector.

Sobre las actividades vinculadas a la Salud Pública, la Jefa de la División explicó que el Área Programática del Hospital se ocupa del contacto con la comunidad para la prevención de enfermedades y la promoción de la salud. Sin embargo, allí no hay nutricionistas. Por lo tanto, las campañas relacionadas con esta disciplina dentro del hospital se llevan adelante desde la División de Alimentación (entre otras, las conmemoraciones del Día del Agua y del Día de la Hipertensión Arterial).

El hospital dispone además de una Unidad de Nutrición, dependiente de la Subdirección Médica, integrada por profesionales médicos/as especialistas en el tema. Esa Unidad casi no mantiene contacto con la División de Alimentación. Excepto algunos intercambios, las acciones de una y otra se instrumentan de forma independiente. La ex Jefa de la Unidad tuvo antes participación en el Taller de Sobrepeso y Obesidad de la División, pero solo a título personal; al momento del relevamiento aquí tratado, esa persona estaba jubilada, aunque seguía asistiendo a la actividad.

5.1.2 Perspectiva de sus integrantes

Se recurrió a instrumentos como la observación participante y a entrevistas semiestructuradas con integrantes de la División. Estos permitieron un contacto directo con el espacio y las protagonistas del servicio, recoger sus miradas y obtener una descripción en primera persona de sus prácticas.

En cuanto al lugar donde funciona la División, una parte de la labor se desarrolla en un espacio físico de uso exclusivo, donde se llevan a cabo reuniones de equipo, intercambios informales para la toma de decisiones respecto de tratamientos y estrategias de trabajo con otros sectores, el diseño de acciones de Salud Pública y, sobre todo, diariamente y a primera hora del día, la confección de planillas diversas (conteniendo el registro de las prescripciones médicas para cada paciente, las indicaciones para el sector de Cocina y la información necesaria para la facturación).

Otros espacios —como la Cocina, próxima a este sector y con el cual se sostiene un intercambio permanente— extienden este ámbito de trabajo. Aquí pueden incluirse las salas de internación, las aulas donde se desarrollan los talleres y la Sala de Espera de Pediatría (donde se organiza una actividad puntual para madres y padres). Los consultorios externos fueron reubicados estratégicamente por iniciativa de una médica clínica interesada en incluir el abordaje nutricional. De este modo, aunque no exclusivamente, las mencionadas constituyen también localizaciones posibles donde la División desarrolla sus prácticas.

El personal de Alimentación entrevistado comentó que los espacios asignados para su funcionamiento y el de otros servicios habían sido restaurados hace un tiempo y que, durante el proceso, debieron distribuirse en dos plantas. En la superior, se ubicó la

Jefa de la División y, en la inferior, el resto del equipo. En la actualidad, todas las profesionales de Alimentación comparten un único espacio, que cuidan, ordenan y decoran.

[Buscamos darle] un espíritu acogedor. Traemos plantas, las cuidamos. Entre todas arreglamos el lugar, lo ordenamos. Pusimos fotos de cuando éramos chicas. Hace unos años, se hizo una jornada en todo el hospital. Todas teníamos que traer fotos de cuando éramos chicas. Luego las dejamos en el servicio (Entrevista ALC 12)⁸.

Finalizadas sus prácticas, resulta habitual que las y los estudiantes de la carrera de Nutrición queden en contacto con la División de Alimentación, como así también que quienes ya se han graduado se acerquen espontáneamente. Por ejemplo, una de las licenciadas en Nutrición comentó que, cuando asistió al Taller de Sobrepeso y Obesidad en 2011, aún no se había graduado; sin embargo, empezó a participar en la División y, de ese modo, entró en contacto con la actual jefa: “Me fui quedando. Venía siempre dos veces por semana para el Taller y luego participaba en el consultorio de Obesidad, hasta que en 2017 concursé y entré en el Servicio” (Entrevista ALC 12).

Una de las funciones de la División es preparar los menús adecuados a las patologías y/o hábitos de las personas internadas (por ejemplo, pacientes con problemas renales, que padecen celiaquía, o siguen una dieta vegetariana o vegana). La mayoría de las entrevistadas no recordaba que el hospital realizara recortes presupuestarios que impactaran en la calidad o cantidad de los alimentos provistos a la población atendida, incluso durante situaciones económicas críticas.

Más allá de sus propiedades nutricionales, las entrevistadas destacaron el carácter placentero que la alimentación debe tener siempre para quienes se encuentren en situación de internación y —sobre todo— para las personas que estén recibiendo cuidados paliativos. Mencionaron también que resulta habitual suministrar alimentos a personas que afrontan una situación social de vulnerabilidad. Se trata de una población que suele acercarse a la guardia o que está autorizada a concurrir algunas veces por semana a un pabellón para recibir alimentos. Refirieron el caso —por ejemplo— de una paciente (ya dada de alta) que vivía en un asentamiento urbano cercano a la institución y que concurría con su hija: “Ella tiene permitido ‘pedir a la carta’” (Entrevista ALC 12).

⁸ La primera letra de la referencia a cada entrevista señala el caso al que pertenece, mientras que la/s letras/s restante/s, la inicial del nombre de pila de la persona entrevistada.

Las nutricionistas de planta entrevistadas subrayaron que tienen libertad para organizar charlas y sumar propuestas de mejora a las actividades en curso. Elogiaron también la labor en equipo y el entusiasmo con que se trabaja: según enfatizaron, ellas se exceden en el cumplimiento de las obligaciones prescriptas por el marco normativo como núcleo de sus responsabilidades formales. Las profesionales consideran a la División un lugar de formación, pero también de pertenencia, identidad y desarrollo de una forma singular de hacer las cosas.

No hay mezquindades, no hay como cosas personales. Todas tiramos para el mismo lado. No hay tal vez amistad entre nosotras. Algunas sí otras no, pero no hay una cosa de envidia. Yo eso no lo veo, y veo que sí todas luchamos para que esté bien, nos consultamos por una cosa o por otra (Entrevista ALC 12).

Cumplimos y más. Cada una le pone un plus que no sabemos si el ministerio sabe que lo ponemos o lo demás se lo ponen. Le ponemos a nuestra tarea -más allá que tengo una obligación de hacerla- en ciertas cosas le ponemos un cariño, un seguimiento que va más allá. Por ejemplo, yo mi horario es hasta las 13 y tranquilamente me quedo más tiempo y no es que digo mañana voy a llegar más tarde porque hoy no me fui más temprano, no se me ocurre tomarme el día por eso y así todas las demás también. Lo que pasa es que el nivel de compromiso es grande (Entrevista ALC 12).

[Refiriéndose a la imagen que ella tenía del hospital público] Al contrario, acá viene el que quiere *laburar*. Eso es lo que más por ahí me sorprendió. Yo tenía otra idea del hospital público. Cuando empecé a trabajar en hospital público, allí ya ves lo que hace el hospital público. Y la parte asistencial está buenísimo, el consultorio, el poder ayudar (Entrevista AM 15).

La División de Alimentación articula su labor con otros sectores del hospital (con el Servicio de Kinesiología, por ejemplo, atiende las necesidades de quienes están en rehabilitación pulmonar). Asimismo, organiza cursos para el área de Enfermería y para residentes de Clínica Médica. Una profesional de planta sostuvo, aludiendo a las consideraciones ya enunciadas sobre el modelo médico hegemónico, que las y los médicos son en general muy resistentes a trabajar articuladamente, aunque esta actitud parece depender en buena medida de la especialidad médica que practiquen. La misma persona afirmó no solo la importancia de trabajar de modo interdisciplinario, sino también que esa dinámica retroalimenta el diálogo entre los servicios. Para ilustrarlo, relató la invitación que el Servicio de Cuidados Paliativos hizo a la División de Alimentación para atender a una paciente que presentaba un cuadro muy complejo. La experiencia dio inicio a un trabajo colaborativo permanente y permitió a la División demostrar la calidad de la contribución que está en condiciones de hacer a otras

especialidades: “Ahora se tiene en cuenta lo que tenemos para aportar” (Entrevista ALC 12).

Todas las nutricionistas de la División coincidieron en este punto. Indicaron que su trabajo en equipo —además del llevado adelante con profesionales de otros sectores— enriquece la formación y resulta clave para atender la complejidad de las patologías y problemáticas que se presentan al hospital, donde “Hay cosas que en la Facultad no viste, o en un curso no ves y acá surgen cosas que son raras [refiriéndose al tipo de patologías]”, (Entrevista ALC 12). Sin embargo, sostuvieron también que podrían atender más derivaciones que las que llegan actualmente gracias a la relación que la Jefa de la División ha logrado establecer con otros servicios de la institución. En esta línea, una concurrente observó que los obstáculos o el desaliento al trabajo interdisciplinario operan en detrimento del incentivo laboral, la reflexión y la búsqueda activa de respuestas innovadoras, volviendo rutinarias las actividades de la División.

Cada licenciada en Nutrición tiene asignadas y asiste a salas de internación de los servicios de Clínica Médica, Cuidados Paliativos, Gastroenterología y Kinesiología. A diario, visitan, definen estrategias nutricionales y hacen el seguimiento de las personas internadas. Además, desarrollan actividades de Salud Pública como, por ejemplo, los talleres sobre Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), de Sobrepeso y Obesidad (para la comunidad) y de Obesidad (para profesionales y para familiares de pacientes pediátricos). Asimismo, la División colabora con el Centro de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) a cargo del hospital y se ocupa de diseñar e impartir las mencionadas actividades de capacitación para Enfermería y residentes de Medicina General.

El ateneo constituye otra actividad desempeñada por las nutricionistas de la División. Se trata de una práctica muy común y habitual en el ámbito de las Ciencias Médicas que consiste en la presentación y discusión académica de uno o varios casos clínicos con el objetivo de producir conocimiento y reflexión sobre diversos aspectos vinculados al o los caso/s presentado/s, especialmente a quienes se encuentran en proceso de formación⁹.

⁹ “Los ateneos clínicos constituyen una práctica muy común y habitual en medicina. Un ateneo clínico es una reunión de los integrantes de un servicio asistencial donde se desarrolla la presentación y discusión académica sobre uno o varios casos clínicos que ameriten, por su particularidad, una revisión en conjunto con los integrantes del servicio e integrantes de otras especialidades y disciplinas. El objetivo del ateneo clínico es producir conocimiento y reflexión sobre los aspectos clínicos y patológicos del o de los casos clínicos en discusión. Se pretende lograr un ambiente de intercambio

Una entrevistada comentó que empezaron a sistematizarlos a partir de un caso muy poco frecuente que les permitió darse cuenta de que había muchas cosas que desconocían. Para discutir las, comenzaron a reunirse y a estudiar los temas implicados. Desde entonces, además de presentar casos, las integrantes de la División usan los ateneos para discutir artículos científicos.

Durante el año, tenemos una planilla de ateneos. Cada alumno tiene que presentar [al menos una vez] un caso clínico en un ateneo. Pueden proponer [además del caso clínico] un tema que les interese. Por ejemplo, había salido un estudio sobre el huevo de gallina en la alimentación que contradecía la postura de otro artículo. Tomaron entonces los dos —o sea, por qué sí y por qué no el huevo— y presentaron los estudios (Entrevista ALC 12).

Si bien el ateneo es una actividad valorada y requerida para concurrentes y estudiantes de Nutrición, las personas entrevistadas comentaron que les resultaba difícil sostenerla debido a la cantidad de actividades que realizaban y a la sobrecarga a la que estaban expuestas como consecuencia de la jubilación de algunas profesionales. Esta sobrecarga impactaba también en otras tareas como, por ejemplo, el registro de experiencias y prácticas. Si bien se reconocía la importancia del registro, especialmente para visibilizar su labor ante el Ministerio de Salud de la Ciudad, la escasez de recursos humanos conspiraba a la hora de sistematizar las prácticas por escrito. Del mismo modo, esta sobrecarga también impactaba negativamente en otras tareas como en la evaluación nutricional de las y los pacientes a fin de determinar quiénes están en riesgo. “Hacemos. Lo que pasa es que ahora estamos desbordados. Tenemos dos nutricionistas menos, tratamos de contar con las concurrentes, pero ellas también tienen otras tareas porque los viernes van a CeSAC, está la pediatra” (Entrevista AM 15).

Entre los registros mencionados, se cuenta también aquel que se consigna en la historia clínica de la o el paciente que asiste a un consultorio externo o que se encuentra en una sala de internación. En este último caso, se completa una hoja de alimentación con la indicación o prescripción del o la médico/a a cargo. Una entrevistada subrayó que la Jefa de la División insistía en que sus profesionales participasen en la confección de esas hojas, aun cuando la práctica debiera introducirse paulatinamente:

[En consultorio externo] nosotros tenemos la historia clínica electrónica, en la que nosotros escribimos algunas cosas, la tenemos en papel también. Se fue aceitando el tema. El tema es la

académico que nutra el conocimiento de los participantes sobre todos los aspectos de la patología correspondiente a él o los casos clínicos que se presenten” (Centro de Investigaciones Endocrinológicas “Dr. César Bergadá”, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, s.f.).

historia clínica de la sala de internación. Nosotros tenemos ahí una hoja de alimentación. Lo que yo escribo es la prescripción que indica el médico y firmo, y todos los días pongo la fecha y firmo como que pasé. Y si hay un cambio, pongo el cambio que hay. Yo pongo la prescripción que da el médico porque a mí eso es lo que me avala legalmente si hay algún problema. Después, a veces, yo cambio ciertas cosas, porque vas a ver al paciente... Te pone “dieta general”, vas a ver al paciente y tiene dos dientes, entonces... Pero lo que ella quiere es que empecemos a intervenir también en la historia clínica. Hay una resistencia... Eso tiene que estar consensuado (Entrevista ALC 12).

Otro recurso importante que la División de Alimentación empezó a incorporar fue la rotulación de las fórmulas administradas a pacientes que requiriesen suplementos nutricionales (véase en el Anexo la Figura 4. Caso A. Rótulos para fórmulas enterales). Por lo general, se trata de personas que no pueden consumir alimentos por vía oral y, por lo tanto, se les suministra un preparado preelaborado por otra vía. Desde la División, observaron pacientes que no estaban recibiendo esas fórmulas del modo adecuado: “Toda la parte de alimentación enteral... Te habrán contado la pelea para que pasen los alimentos como se indica. X ha tenido discusiones con los residentes por cómo le ponían el volumen y demás” (Entrevista AM 15).

Una concurrente, que había hecho su práctica en otro hospital, compartió que allí rotulaban cada fórmula. Tomando ese antecedente como modelo, la División empezó a instrumentar una iniciativa similar

Entonces, como que un poco a partir que ella, fue ahí [que] vimos cómo se trabajaba ahí y vimos qué se podía hacer acá. Y, de hecho, ahora, había un paciente en terapia [para el] que nos pedían [dieta] hiperproteica. Todo híper, híper y no le pasaban ningún alimento. Y entonces, no iba a mejorar nunca. No, [porque] si no te lo pasan... Armaron un curso para Enfermería, para ponerse de acuerdo con Enfermería. Se dieron dos cursos para los que estaban a la mañana, a los de la tarde y a los de los fines de semana. La capacitación a todos. Pero este fin de semana, B decía que hay una paciente a la que no le pasaban el alimento (Entrevista AM 15).

La Jefa de la División impulsó durante su gestión la vinculación con universidades. Como resultado, concurrentes y pasantes provenientes de esas instituciones se sumaron al equipo profesional.

Para trabajar es central el jefe. Cuando ingresé, era un momento muerto. Tener alumnos moviliza mucho. Ellos traen mucha energía. Antes no había. Ellos están ávidos. No todos vienen con ganas igual. Pero en general, sí. Incluso también uno les va diciendo qué les puede servir para concursar en un futuro. No tenía antes concurrentes. Cuando no tenía concurrentes, tenía pasantes. Pero es otra figura. Ahora estoy peleando por la residencia. “Peleando” porque ahí hay un costo... Hay que saber esperar (Entrevista AMB 14).

Si bien estas incorporaciones imprimieron energía y entusiasmo al personal que ya se desempeñaba en el hospital desde hacía años, supusieron también enfrentar

obstáculos: “No siempre los admiten, por el tema de la ART¹⁰. Hay cuestiones legales. Por ejemplo, ahora se les está pidiendo un seguro de mala praxis”. Al respecto, la Jefa definió cada pequeño logro como una “batalla”, que demandó a ella y a su gente saber esperar, tener paciencia y ser muy perseverantes.

El trabajo interdisciplinario (“trabajar con otros, interdisciplinariamente, te enriquece” Entrevista AMB 14) y el gusto por lo que se hace (“a mí el Taller me encanta, me permitió crecer” Entrevista AMB 14) fueron otros elementos altamente valorados por la entrevistada. En especial, valoró el Taller de Sobrepeso y Obesidad. Caracterizado como una instancia fuertemente motivadora, la complejidad de su temática exige un abordaje interdisciplinario y la búsqueda permanente de nuevos conocimientos: “Vas tanteando y buscando. Y eso nos motiva. Por lo menos, a los que estamos ahí” (Entrevista AMB 14).

El Taller de Sobrepeso y Obesidad comenzó a fines de 1990. Más tarde, esta actividad se diluyó para reaparecer recién en el año 2011. Distintos/as profesionales y trabajadores/as del hospital fueron sumándose de modo gradual, aportando sus perspectivas e iniciativas, al tiempo que las y los asistentes colaboraban en forma activa en el codiseño de la propuesta: “Vamos probando y cambiando. El paciente te va diciendo” (Entrevista AMB 14).

El reglamento del taller es un ejemplo de su evolución. Aunque existía desde la creación de la actividad, sus pautas no se hicieron cumplir hasta que un participante lo hizo notar. El Servicio de Salud Mental señaló la importancia que revestía el reglamento como límite y, por tanto, constituía un recurso central para acompañar el tratamiento de la obesidad. Así, el reglamento fue recuperado y revalorizado gracias al aporte del Servicio de Salud Mental.

Entre las y los profesionales que intervienen en el diseño y la coordinación del taller, se cuentan tres médicas especializadas en Nutrición: “Hacía mucho que solo venían a hacer consultorio y terminaron sumándose” (Entrevista AMB 14). Participan también estudiantes pasantes de la Licenciatura en Nutrición, una nutricionista concurrente, profesionales del campo de la Salud Mental (una psicóloga, una terapeuta ocupacional y una psiquiatra, que apoya el trabajo y a quién acuden cuando deben

¹⁰ De acuerdo con la legislación argentina: “Las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (ART) son empresas privadas contratadas por los empleadores para asesorarlos en las medidas de prevención y para reparar los daños en casos de accidentes de trabajo o enfermedades profesionales” (Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, s.f.).

realizarse derivaciones), una kinesióloga y una profesora de Educación Física. Esta última trabaja en el Servicio de Pediatría como parte del escalafón general del hospital, o sea, no perteneciendo a la carrera profesional por haber iniciado su trabajo en el ámbito público en otro tipo de funciones, por ejemplo, administrativas¹¹. El equipo así conformado se reúne cada año los miércoles de febrero y proyecta el taller que desarrollarán durante los meses siguientes: “Como siempre se incorpora gente, siempre hacemos cambios”, explicó la Jefa.

El trabajo interdisciplinario, más allá de las dificultades que presenta, es considerado clave por ella a la hora de revisar la propia práctica: “Antes, por ejemplo, dictábamos clases magistrales en los talleres y, gradualmente, luego de haber evaluado muchos estas charlas, cambiamos” (Entrevista AMB 14). Además del seguimiento de un plan de alimentación, el intercambio con otros/as profesionales promovió la incorporación de nuevos sentidos para la actividad; de este modo, gradualmente, el eje del taller pasó de ser “que los asistentes bajen de peso” a “que aprendan a tener otra actitud hacia el alimento y hacia ellos mismos”.

La Jefa de la División destacó también las actividades de docencia e investigación por su carácter transversal a los servicios del hospital, su impacto en la formación profesional y la visibilidad de sus prácticas. Sin embargo, las consideró un área de trabajo aún incipiente, aunque se promueve su desarrollo y se alienta la presentación de trabajos en congresos.

5.1.2.1 Reglas: “Siempre se pueden hacer cosas”

Las tareas principales de la División de Alimentación, se ha señalado, son atender la demanda asistencial en consultorios externos, hacer el seguimiento de pacientes en sala de internación y fiscalizar el trabajo reservado al sector de Cocina (cfr. Capítulo 4, sección 4.4.1.1, donde se enumeran la Ley 24.301, el Convenio Colectivo de Trabajo 164/91, y las leyes 6.035 y 20.744). Sin embargo, el cumplimiento de estas funciones debe adaptarse a los avatares institucionales. Por ejemplo, durante los meses en que se realizó el trabajo en campo, cuatro profesionales se jubilaron y, como la designación de

¹¹ Dentro de un escalafón determinado, el personal reviste un nivel y función para el que fue seleccionado. Cada escalafón establece el proceso de selección y acceso a diversos niveles de acuerdo con el régimen de carrera en cada uno de los convenios, estructura organizacional o categoría según normativa. (Jefatura de Gabinete de Ministros, s.f.).

reemplazos no es automática, debieron hacerse acuerdos internos para cubrir las tareas vacantes.

Otras prácticas muy valoradas por el equipo de la División (charlas, talleres, capacitaciones, actividades de investigación y demás) se sostienen principalmente gracias al interés y la voluntad de las personas involucradas, y se llevan a cabo con escasa o nula supervisión institucional. Algo similar ocurre con las actividades de capacitación que la División ofrece al Servicio de Enfermería o a residentes de Clínica Médica.

Como se describió en el Capítulo 2, sección 2.3.1, además de departamentos, divisiones y secciones, la estructura organizativa de los hospitales contempla grupos y comités como, por ejemplo, el Comité Asesor Técnico Administrativo (CATA). La creación de esos grupos y comités genera compromisos explícitos y establece cuáles son las responsabilidades respecto de las tareas que desarrollarán. Sin este encuadre, hacia fines de 1990, en el hospital correspondiente al Caso A, se creó el Grupo de Trabajo sobre Obesidad, que impulsó y se hizo responsable del referido Taller de Sobrepeso y Obesidad. Con la crisis social, política y económica argentina del año 2001 y dado que no formaba parte de la estructura organizativa formal, el Grupo de Trabajo se disolvió. Con este antecedente presente, al conformarse nuevamente en 2011, el Grupo buscó su institucionalización formal como un aspecto central.

Por lo tanto, si bien existen reglas internas que permitieron sostener y expandir la propuesta del Taller de Sobrepeso y Obesidad, su formalización en un reglamento aprobado por el CATA resultó clave para garantizar la permanencia del Taller. Actualmente, como se indicó, otros servicios y equipos profesionales del hospital intervienen en esta actividad, dando lugar a un trabajo multidisciplinario que se valora por el tipo de intercambio que genera y los niveles de innovación que promueve.

La actividad del taller permitió elaborar reglas internas, pensadas sobre la base del trabajo con el público participante. Las reglas fueron desarrolladas por las y los integrantes del grupo de trabajo con el apoyo de otros sectores del hospital. Los siguientes testimonios dan cuenta de algunos aspectos de este proceso.

[Nos preocupaban] cuestiones que iban surgiendo de los mismos pacientes. Tuvimos un grupo el segundo o tercer año [de mujeres] muy demandantes, muy manejadoras. El tipo de personalidad de esas chicas, que venían al taller todo el tiempo, nos generaba interrogantes. Faltaban o llegaban tarde. Entonces, empezamos a plantear esto no está bien, porque la obesidad también tiene que ver con una cuestión de falta de límites y [la creencia en] que todo da lo mismo (Entrevista AMB 14).

A raíz de todo eso, hicimos un consentimiento informado. También fue un lío bárbaro: nos juntamos con el Comité de Ética, pedimos permiso para sacar fotos, que los datos los podamos utilizar para hacer un trabajo retrospectivo o prospectivo, si ellos nos autorizan (Entrevista AMB 14).

El equipo a cargo del taller fue evaluando la dificultad que representaba para las personas asistentes sostener su continuidad en este espacio. En consecuencia, definieron la duración del taller en seis meses, para evitar el desgranamiento y su impacto, generando de este modo un cierre de la actividad y dando lugar a otro taller —el de Mantenimiento— destinado solo a quienes necesitaran continuar con un espacio de esa naturaleza para acompañar su tratamiento. Esta decisión contribuyó a fortalecer la actividad. En la misma línea, el equipo decidió instrumentar entrevistas de admisión para quienes quisieran participar del Taller de Sobrepeso y Obesidad. La finalidad de las entrevistas es establecer si el estado anímico de quien ingresa es adecuado como para sostener su participación. Si se evalúa que no se encuentra en condiciones, el tratamiento continúa en forma individual hasta que ciertos parámetros indiquen que el nivel de compromiso para asumir la propuesta del taller ha variado adecuadamente.

Durante una reunión con estudiantes de las universidades de Buenos Aires, de Belgrano y Favaloro, la Jefa de la División explicó el proceso de construcción de los parámetros de evaluación incorporados al Taller de Sobrepeso y Obesidad. En esa ocasión, explicó qué profesionales (de la División y de otros servicios del hospital) participaron a fin de determinar cómo podían estimar el impacto de las actividades del taller en los hábitos alimentarios de las y los participantes.

En el grupo de Taller de Obesidad hay médicos nutricionistas y licenciadas en nutrición. Van a ver que no son necesariamente las personas que están acá. Hay también gente que viene *ad honorem* desde hace mucho tiempo (Entrevista AMB 14).

Esa evaluación [que se le hace cada participante] consiste en una evaluación de hábitos. Es una encuesta que la fuimos diseñando, donde [cada parámetro] tiene un puntaje, como si fuera un *test* de las revistas. Cada una [de las preguntas] tiene un puntaje sobre 10 puntos para determinar si es una alimentación pésima o muy buena, y esta encuesta de hábitos la volvemos a repetir cuando terminan, para ver si incorporaron hábitos o no. Si pudieron modificar hábitos o no y le volvemos a repetir esta encuesta que les decía de la OMS que le hacíamos en la entrevista inicial para ver qué pasó con el estado anímico (Entrevista AMB 14).

Además de las entrevistas de admisión, se establecieron otras para obtener indicadores que dieran cuenta de la efectividad del espacio. Como se profundiza más adelante, este taller logró incrementar el número de asistentes a partir de la introducción

de las reglas internas que el equipo creó. En la actualidad, la actividad no solo requiere inscripción, sino que se desarrolla con su cupo completo y personas en lista de espera. En suma, el taller se ha incorporado de manera sostenida a las actividades ofrecidas año a año por la División.

Más allá de su impacto en quienes asisten, el taller constituye un espacio de interacción y pareciera una usina de aprendizaje. El equipo profesional participante —convocado por una problemática que es compleja y cuyo tratamiento requiere un difícil proceso de adhesión— logra mantenerse, enriquecerse y entusiasmar a sus integrantes desde hace años.

Cuadro 6. Categoría de las reglas: fragmentos ilustrativos de sus subcategorías.

Subcategoría de análisis	Entrevista	Fragmento ilustrativo
Iniciativas regladas	Entrevista AMB 14	“Las tareas que el servicio debe desarrollar son fundamentalmente asistenciales (internación y consultorio externo) y articulando con el sector de Cocina para la producción y administración de alimentos”.
Iniciativas no regladas	Entrevista ALC 12	“Me fui quedando. Venía siempre dos veces por semana para el Taller y luego participaba en el consultorio de Obesidad, hasta que en 2017 concursé y entré en el Servicio”.
Iniciativas no regladas	Entrevista ALC 12	[Sobre el tipo de patologías] “Hay cosas que en la Facultad no viste o que en un curso no ves y acá surgen cosas que son raras”.
Iniciativas no regladas	Entrevista AMB 14	“Hacía mucho que [las licenciadas en Nutrición] solo venían [como voluntarias] a hacer consultorio y terminaron sumándose”.
Iniciativas no regladas	Entrevista ALC 12	“Tenemos bastante relación [con los médicos]. Estamos empezando a relacionarnos cada vez más. Es muy difícil. Hay mucho del poder médico hegemónico. Entonces, les cuesta un poco —me da la sensación— poder tener como una tarea codo a codo con la nutricionista. Ellos son los que dicen y uno es el que hace lo que dicen. Es un trabajo de hormiga, todo es pasito a paso. Pero cada pasito es espacio ganado”.
Iniciativas no regladas	Entrevista ALC 12	“Era el año 2012 y empezó a arrancar el Taller de Sobrepeso y Obesidad. Me convocan: ‘Bueno, si te interesa...’. Todavía estaba estudiando; no tenía el título en mano, pero para el taller... Seguían viniendo

Subcategoría de análisis	Entrevista	Fragmento ilustrativo
		<p>alumnos de la UBA a hacer prácticas y allí empecé más codo a codo con M, porque ese era un proyecto de M. Y empezamos con tres, dos personas y muchas más profesionales en un lugar muy chiquito. Así se empezó, organizando charlas en consultorios externos, actividades. Y yo siempre estaba enganchada en eso. Y entonces me fui quedando y entonces venía siempre dos veces por semana. Siempre con el taller, y siempre con consultorio de obesidad. Así empecé hasta que hubo la posibilidad de un concurso”.</p>
Iniciativas no regladas	Entrevista AL1	<p>“Creo que, con los recursos que hay, se hace lo que se puede. Creo que, en algún punto, la rutina (...) son cosas básicas que hay que hacer. El tema es que no se hace mucho más. Creo que, igual, evolucionó mucho más el tema de los pacientes. El día que hicimos algo distinto y estuvo bueno, preparamos un módulo, que es poner proteínas aparte, una fórmula artesanal que antes, en sus inicios, era así y se la adaptamos porque no había”.</p>
Iniciativas no regladas	Entrevista AM15	<p>“Cuesta mucho la parte de alimentación enteral. Ahora, lo que se hace es que armamos nosotras los rótulos, el volumen, cuántas tomas, y las chicas que están a la tarde controlan que eso se pase. Esto surgió porque tenemos una concurrente, S, que estuvo rotando en el [Hospital] X y allí tenían un sistema. Y entonces, a partir de que ella fue allí y vimos cómo se hacía allí, empezamos a hacerlo”.</p>
Iniciativas no regladas	Entrevista AMB 14	<p>“[En una charla a estudiantes que comienzan una pasantía] insistimos mucho con la actividad física, y allí vemos qué pasó, si perdieron más grasa, qué pasó con el músculo. Cuesta horrores que la gente haga actividad física. Después de esa evaluación, una de las primeras, es la importancia de que la gente haga actividad física. Tratamos de buscarles (o que la gente busque) lugares donde hacer actividad física en forma gratuita. Entonces, vemos estaciones saludables. Hay propuesta acá los miércoles. Hay una propuesta de danzas circulares a las 11:00, entonces tratamos de fomentar que la gente se pueda quedar. Después de nuestro taller, hay otro taller, donde viene la gente de Salud Mental, que es de psico-obesidad. No es obligatorio, pero la gente que se puede quedar, que se quede. (...) Después tenemos —como les dije— charlas. El miércoles les doy una copia para que vean los temas. Cada charla tiene un responsable. En</p>

Subcategoría de análisis	Entrevista	Fragmento ilustrativo
		algunas van a estar ustedes como responsables. Pero igual, siempre hay alguien que los va a ir guiando”.
Iniciativas no regladas	Entrevista AMB 14	“Como siempre se incorpora gente, siempre hacemos cambios. Antes, por ejemplo, dictábamos clases magistrales en los talleres y, gradualmente, luego de haber evaluado muchos estas charlas, cambiamos”.
Iniciativas no regladas	Entrevista ALC 12	“Yo particularmente armé dos cronogramas con mis propuestas (una para los talleres de Kinesiología y otra para Consultorios Externos. Se los presenté a M y le pareció bien [lo referido a] los temas, las fechas. Yo lo armé en el horario después de hacer la sala de internación y en días que no teníamos (por ejemplo) taller o el curso de Obesidad. Las demás también arman actividades en esos horarios”
Iniciativas no regladas	Entrevista AM 15	“Acá tiene un empuje muy importante y siempre se pueden hacer cosas... Eso lo empezamos a hacer hace poco. Nosotros poníamos la indicación, se armaba la planilla y los chicos armaban los rótulos y los llevaban. Y capaz que ibas a los dos días y había alimentos que estaban hacía cuatro o cinco días tirados allí. Entonces, te los traías todos de vuelta. Y ahora lo que se hace es: armamos nosotros los rótulos, ponemos el volumen, cuántas tomas tienen que ir. Y las chicas (más V, que está a la tarde, y B, los fines de semana) controlan que eso se pase. Porque antes no se hacía”.
Iniciativas no regladas	Entrevista ALU 13	“[La comunicación] es mucho más difícil. He tenido buenas experiencias con Servicio Social, por ejemplo. En un momento le queríamos conseguir alimento a una paciente que no tenía recursos suficientes y bueno, dijimos. De paliativos nos sugirieron que hagamos un pedido que se hace con una hoja, una carta, bla... y en ese caso fuimos hablar con los asistentes o los trabajadores sociales y la verdad re buen laburo.”

Fuente: elaboración propia.

5.1.2.2 Comunidad de práctica: “Se generó la necesidad de trabajar de manera simultánea”

Algunos talleres organizados por la División de Alimentación habilitaron la circulación de conocimientos. Además, generaron una red de práctica dotada con

instrumentos (entre otros, el taller como dispositivo y sus reglas, las planillas, las encuestas y el lenguaje compartido como se documenta en el Anexo) producto de una historia transitada en forma conjunta por quienes la integran.

El Taller de Sobrepeso y Obesidad —por ejemplo— les permitió entrar en contacto con profesionales con interés en estos temas mediante un formato de trabajo articulado y sostenido en el tiempo. A partir de una labor conjunta y como resultado del relacionamiento con una médica especialista del área de Clínica Médica, el vínculo con ella no solo dio lugar a nuevas propuestas, sino que permitió que nutricionistas de la División de Alimentación se desplazaran físicamente al Servicio de Clínica Médica, como se mencionó, para atender en un consultorio vecino al de esa profesional. De este modo, las interconsultas, las derivaciones y el acceso a las historias clínicas mejoraron y se agilizaron.

Dentro del hospital, hay otra gente que no participa del taller que también le gusta la [temática de la] obesidad, por ejemplo, la Dra. XX. Ella es [médica] clínica y hace la clínica de la obesidad. Hizo la especialidad. Y trabajamos mucho la obesidad desde el consultorio con ella. Y en un momento, a raíz de esto, y como comenzamos con el taller, y como ella lo movió desde el consultorio, empezaron a haber cada vez más pacientes en el consultorio. Ella nos deriva pacientes y tan es así que se generó la necesidad de trabajar de manera simultánea. Cuando ella atiende, nosotros estamos en el consultorio de al lado (Entrevista a AMB 14).

De esa forma, es mucho mejor trabajar. Porque tenemos las historias clínicas compartidas, porque nos deriva o en el momento. O como vienen los pacientes todas las semanas, una semana los ve la doctora y otra la nutricionista, y físicamente nos convenía. A veces, nos costó conseguir lugar. Estábamos distantes. Es como más difícil si le querés preguntar algo o ella te quiere comentar algo (Entrevista AMB 14).

Nosotros trabajamos con Dra. XX. Es súper importante poder tener contacto con el profesional que te deriva el paciente porque tenés un millón de cosas para hablar. Y eso está buenísimo, que lo puedas hacer. La posibilidad de trabajar así es magnífica (Entrevista AM 15).

La complejidad de la obesidad como patología genera mucha frustración en las y los profesionales tratantes, un fenómeno que se agudiza aún más en el tratamiento de la hiperobesidad. Aunque las y los pacientes con esta última patología son pocos, el hospital relevado dispone de dos camas para su atención: se trata de pacientes que representan un desafío significativo, que demanda al personal de Salud un esfuerzo permanente y compartido para ir venciendo las dificultades que se van presentando.

Dentro del equipo [profesional] hay como toda una resistencia de por qué hay que internar a un obeso, si corresponde o no corresponde. El año pasado, él estuvo internado muchos

meses. Tal vez [el periodo] debería haber sido más corto. Estuvo internado como siete meses, pero nosotros no queríamos que se fuera porque estábamos tratando que se hiciera la cirugía bariátrica. Se la pudo hacer en el [Hospital General de Agudos Dr. Cosme] Argerich el 7 de enero. Él estuvo internado desde junio. Fue... No fue fácil. Hubo que hablar con mucha gente (Entrevista AMB 14).

Repertorio compartido. Los cambios en las prácticas introdujeron nuevos significados, que fueron revistiendo recursos históricos de la profesión, entre otros, medir, pesar y derivar. Por ejemplo, frente a la necesidad de integrar los intereses de los parientes a cargo de pacientes pediátricos, las prácticas y el Taller que se desarrollaban en la Sala de Espera del Servicio se invistieron gradualmente de sentidos nuevos hasta alcanzar un formato más pertinente y significativo. En tanto, la participación habilitó que las y los profesionales involucrados intervinieran y aportaran recursos nuevos como encuestas breves, redefinición de estrategias y prácticas como, por ejemplo, la utilización del Plan del Semáforo (un esquema nutricional para el tratamiento de la obesidad infantil) y una perspectiva centrada en el entorno familiar, lo cual fue configurando nuevos sentidos para la actividad.

Interesa destacar que los talleres promueven en general el trabajo colaborativo entre profesionales, al tiempo que impulsan la consideración de los intereses y las necesidades del público destinatario para garantizar su perdurabilidad. Las características de las prácticas en salud, frecuentemente centradas más en el saber disciplinario que en las necesidades de quien consulta, convierten a esto, en sí mismo, en una circunstancia poco habitual.

Empresa conjunta. El sistema de rótulos para los suplementos alimentarios descrito anteriormente ilustra una cosificación o artefacto de la División. Iniciativa aportada por una nutricionista concurrente, que permitió iniciar el seguimiento de los suplementos alimentarios, así como prevenir y detectar rápidamente errores en su administración (especialmente en los horarios de la tarde y la noche, los fines de semana y los días feriados).

Cuesta mucho la parte de alimentación enteral. Ahora, lo que se hace es que armamos nosotras los rótulos, el volumen, cuántas tomas, y las chicas que están a la tarde controlan que eso se pase. Esto surgió porque tenemos una concurrente, S, que estuvo rotando en el [Hospital] X y allí tenían un sistema. Y entonces, a partir de que ella fue allí y vimos cómo se hacía allí, empezamos a hacerlo (Entrevista ALC 12).

El recurso lo trajo una concurrente. El alto nivel de participación de las integrantes de la División, conjugado con la horizontalidad en la circulación de conocimientos, permitió que surgiera y luego se implementara una iniciativa y propuesta originada desde un rol que podría pensarse periférico respecto de la estructura hospitalaria y el rol profesional.

Compromiso mutuo. El Taller de Sobrepeso y Obesidad y los que se realizan en articulación con otros servicios, así como las prácticas introducidas (como la rotulación de fórmulas enterales) y el diseño de planillas novedosas para resolver la diversidad de información que debe procesarse, son elementos desarrollados por la División estudiada como resultado de un trabajo conjunto, no solo de quienes integran el equipo, sino también con otros profesionales atraídos por temas de alimentación y obesidad.

Los acuerdos necesarios para el sostenimiento de estas actividades o prácticas se expresan en el compromiso asumido por las profesionales que trabajan sistemáticamente para afianzarlos, buscando expandir el espectro de las iniciativas en curso como ocurre, por ejemplo, con el tratamiento de personas hiperobesas. Al respecto, se amplía a continuación un testimonio referido más arriba.

Costó mucho que [el tratamiento de la hiperobesidad] se pusiera en movimiento. El anteaño pasado, yo atiendo a un paciente, que es CCC. Él vino acá y empezó a atenderse. El tema es que, con estos pacientes, los atendés y no ves... A veces me conforma que no aumenten. Subieron cinco kilos y, a la semana, los bajaron. Y a veces una internación los ayuda. A CCC, lo empezamos a atender. Yo lo antedía con [mi colega] XX. Dentro del equipo [profesional] hay como toda una resistencia de por qué hay que internar a un obeso, si corresponde o no corresponde. El año pasado, él estuvo internado muchos meses. Tal vez [el periodo] debería haber sido más corto. Estuvo internado como siete meses, pero nosotros no queríamos que se fuera porque estábamos tratando que se hiciera la cirugía bariátrica. Se la pudo hacer en el [Hospital General de Agudos Dr. Cosme] Argerich el 7 de enero. Él estuvo internado desde junio. Fue... No fue fácil. Hubo que hablar con mucha gente. Hay resistencia desde el hospital. Ahora por suerte hay otro paciente ya internado y la idea es seguir internando. Estoy a la espera que se vaya este para internar otro que lo estoy atendiendo (Entrevista AMB 14).

Cuadro 7. Categoría de la comunidad de práctica: fragmentos ilustrativos de sus subcategorías.

Subcategoría de análisis	Entrevista	Fragmento ilustrativo
Empresa conjunta	Entrevista AMB 14	“Trabajar con otros, interdisciplinariamente, te enriquece. A mí el Taller me encanta, me permitió crecer”.

Subcategoría de análisis	Entrevista	Fragmento ilustrativo
Empresa conjunta	Entrevista AMB 14	“Ella [Dra. X] pidió desarrollarse en eso [temas de obesidad]. Generó, con la Unidad de Nutrición, encontronazos, porque era como una cuestión de superposición de cuestiones. Como que lo que hago yo, lo hace el otro. No fue fácil para X. Ella chocaba con esto. Nosotros trabajamos con todo el hospital y no me voy a enroscar en situaciones. Y entonces, si bien recibimos a veces pacientes desde el consultorio este... Por ejemplo, organizamos el curso de obesidad —que es de posgrado— para profesionales”.
Repertorio compartido	Entrevista AMB 14	“[El Taller de Obesidad] son 15 encuentros. Tenemos un temario establecido. Antiguamente, cuando iniciamos, era anual. Y tampoco tenía un principio y un fin, sino que la persona venía, seguía viniendo... Y llegó un momento en que dijimos: ‘Pero ¿cuánto es ese tiempo? ¿Será recomendable que siga tanto tiempo?’. Y después dijimos: ‘No, hay que ponerle un principio y un final’. Y les dimos un certificado”.
Compromiso mutuo	Entrevista AMB 14	“[La permanencia de la actividad se debe a] la motivación que tenemos todos. A su vez, actualmente, no es algo estanco, sino que día a día muta. Va cambiando y se va transformando, y tiene que ver también con la patología. El tratamiento de la patología no es un tratamiento simple. Hay una búsqueda permanente, todo el tiempo. Por momentos, no fue fácil, porque trabajar en forma interdisciplinaria no es fácil: cada disciplina tiene una mirada distinta de la patología, del paciente, y eso es lo que hace que esto se enriquezca”.
Compromiso mutuo	Entrevista AMB 14	“[Respecto del tratamiento con personas hiperobesas] golpeando la puerta mil veces de la secretaria del consultorio, haciendo notas, hablando con el doctor que estaba ahí antes a ver si... Hay una secretaria, que se llama C, que te resuelve más que los jefes. A veces es la gente que está ahí todo el tiempo, con la computadora, que ve todo es la que... Pero [hay que] ir hablando y gestionando”.

Fuente: elaboración propia.

5.1.2.3 División del trabajo: “Esa brecha que te dejan a vos para aprender”

Circulación de conocimientos. Las actividades presenciadas y las entrevistas efectuadas permiten caracterizar al ambiente de la División con un alto nivel de circulación de información. Sus profesionales comparten numerosos momentos de trabajo con un intercambio informal ágil, que incluye consultas sobre prácticas, pacientes, talleres y otras actividades, así como apreciaciones respecto del vínculo con profesionales de otras áreas y servicios del hospital.

El espacio de trabajo, la distribución de escritorios y el clima cotidiano alientan el diálogo y la horizontalidad. En las entrevistas, se destacó la posibilidad de preguntar abiertamente y, sobre todo, la consideración y el respeto que se tiene con estudiantes y concurrentes, a quienes se invita también a participar en algunas decisiones. En los espacios formalizados de formación como, por ejemplo, los ateneos, se alienta que quienes asistan planteen sus dudas, formulen consultas y realicen búsquedas bibliográficas independientemente de su cargo o situación contractual. Por lo demás, si bien se dispone de tiempos y lugares específicos para brindar educación, el intercambio informal de conocimientos está habilitado y es permanente, más allá de —y también gracias a— las prácticas formativas formalizadas.

La circulación de conocimientos con áreas o servicios externos a la División de Alimentación es valorada también. Una concurrente sostuvo que, cuando no se logra llevar adelante el trabajo de modo interdisciplinario, las tareas tienden a volverse simples rutinas. Desde su perspectiva, el trabajo con otros profesionales estimula la revisión de la práctica y la innovación, mientras que, cuando esto no ocurre, las tareas comienzan a repetirse y a vaciarse de sentido paulatinamente: “Se termina resolviendo el día a día y haciéndose lo que se puede. No hay un proyecto que se pueda continuar” (Entrevista ALU 13). Para la entrevistada, “el trabajo interdisciplinario favorece los desafíos que estimulan el aprendizaje. Si esto no es así, el trabajo se vuelve rutinario, repetitivo” (Entrevista ALU 13)”.

Retomando experiencias anteriores y comparándolas con la actual, la entrevistada destacó que la dificultad para articular con otra clase de profesionales —en especial, con médicos/as y enfermeros/as— conduce a una cierta monotonía, detiene la circulación de conocimientos en el trabajo, e interfiere e impacta negativamente en el proceso de desarrollo de estrategias colaborativas y enriquecedoras de afrontamiento.

El relevamiento permitió observar que la circulación de información y el trabajo con otros sectores del hospital generaban espacios formativos que iban alcanzando un mayor nivel de formalidad. Por ejemplo, a partir del intercambio entre servicios y sus interconsultas, se fue visibilizando la necesidad de profundizar en los casos poco frecuentes y surgió la formalización de ateneos por parte de la División como propuesta de una de las integrantes del equipo.

[Con respecto a los ateneos] yo se lo había propuesto a M. Lo que pasa es que siempre tenemos... [Algunas profesionales] se fueron jubilando (tenemos dos bajas) y no nos da el tiempo para tantas cosas. Es así. A raíz de un caso que tuvimos en Neumo[nología], que era un quilotórax, [descubrimos que] nadie sabía nada casi sobre quilotórax. A raíz de ese caso, de esa paciente que no podía consumir nada con ácidos grasos de cadena larga (así se llama), estuvimos investigando y viendo. Y yo dije: ‘La verdad, podríamos hacer a veces ateneos para discutir y juntarnos entre varias y ver qué solución se le puede dar’. Y [a M] le había parecido muy bien. Lo que pasa es que —a veces— supera la realidad que nos circunda. De todas maneras, yo pienso que se hacen muchísimas cosas. Uno siempre está haciendo algo (Entrevista ALC 12).

Al principio, era como una tormenta de ideas. Después, vamos como atando cabos y, después, entre todos, nos fuimos ayudando. ‘Mirá, yo encontré esto’. ‘Yo hacía esto en tal lado, capaz que pueda servir’. Y, entre todas, lo sacamos (Entrevista AV 16).

Por otra parte, producto de la rotación que las y los concurrentes realizan, la División fue incorporando estrategias y recursos ideados en otros servicios y hasta en otros hospitales para hacer frente a problemas frecuentes. Ejemplo de esto fue la rotulación de las fórmulas enterales que deben suministrarse a algunos/as pacientes. El rótulo —recurso aportado por una concurrente, quien lo había conocido en otro hospital— permitió mejorar el seguimiento del suministro de esas fórmulas y detectar si algún/a paciente se había quedado sin su alimento. Por otra parte, el rótulo facilitaba que el personal de Enfermería pudiera saber rápidamente a quién correspondía cada suplemento y a qué velocidad debía administrarlo.

Teníamos una concurrente que hizo una rotación en el hospital X y ella trajo ideas de su rotación. A través de lo que ella vio y del ateneo, se implementaron estas cosas (Entrevista ALC 12).

Hemos implementado, por ejemplo, que las fórmulas enterales vayan rotuladas. La fórmula va con el nombre del paciente, la cama, si es la toma número 1 o número 2, la velocidad a la que hay que pasársela. En general, los fines de semana, cuesta que los enfermeros lo hagan. Y los del turno noche, también, porque si se colgó uno y hay que volver a colgarle otro, el segundo cuesta (Entrevista ALC 12).

Otro ejemplo de circulación entre profesionales de la División y con otros servicios se manifestó a partir del desarrollo de actividades conjuntas. Un taller para padres, realizado en la Sala de Espera de Pediatría, ofrecía pesar y medir a padres y madres durante la espera que se generaba para la atención de su hijo o hija, y —de acuerdo con los resultados— se los derivaba para su tratamiento. Ante la poca convocatoria que tuvo la propuesta, la actividad fue transformándose, generando resultados inesperados. Trabajando las nutricionistas con la médica pediatra, incorporaron primero encuestas breves con eje en las familias. De este modo, las profesionales comprendieron que los padres no entendían suficientemente el Plan del Semáforo presentado en los materiales de difusión, que agrupaba los alimentos según los colores del semáforo (por ejemplo, usa el rojo —“peligro”— para los que deben evitarse y/o reducirse por su aporte calórico). Al detectar esta situación, el Plan fue incorporado al taller y tratado como tema. El cambio no solo generó interés entre madres, padres y niños/as, sino que produjo dos resultados no contemplados inicialmente: por un lado, el tiempo de la consulta pediátrica se redujo, ya que la pediatra no debía detenerse a explicar el plan a cada familia; por otro, el tratamiento de esta población mejoró sensiblemente.

Y en la sala de espera, mientras los chicos hacen el control, trabajamos con los padres. Fuimos reforzando mejor el taller y ahora está bastante bueno. Antes, nada más le ofrecíamos a la gente pesarse, medirse y derivarlos a la consulta nutricional para los adultos. Empezamos entonces a trabajar un poco más lo familiar: no hacer el tratamiento tan individual del niño, sino hacerlo en forma familiar. Después, empezamos a implementar unas encuestas, una mini encuesta: ‘¿Cómo es su alimentación? ¿Su salud?’. Y a hacer un recordatorio de la alimentación del día anterior. Después, ofrecíamos pesarse y hacíamos un taller de diferentes temas. Después, empezamos a hacer otro tipo de encuestas para ver si entendían el Plan del Semáforo. Y ahora, hacemos una actividad con un semáforo, con los padres y los chicos también, en la sala de espera. Y eso reduce un montón la consulta adentro del consultorio. Les empezó a ir mejor en las consultas a los chicos (Entrevista AV 16).

A partir del trabajo cotidiano en las salas de internación, profesionales de otras especialidades y servicios comenzaron a acercarse a la División de Alimentación, de manera gradual, a plantear consultas sobre algunas de las situaciones que abordaban. Por ejemplo, mientras se realizaban las observaciones aquí informadas, una residente del Servicio de Neumología consultó con la División sobre una paciente a quien le estaba costando masticar y, por lo tanto, no estaba comiendo. La persona internada — que se había mudado recientemente a un asentamiento urbano cercano al hospital—

había contado durante un tiempo con la asistencia de una vecina desocupada que le daba de comer; pero cuando la amiga consiguió empleo, no pudo seguir ayudándola. En este cuadro, la médica tratante decidió recurrir a la División, consciente de que existen alternativas a los suplementos nutricionales previas y más ricas. De este modo, las nutricionistas se involucraron en el caso y, como equipo, colaboraron en el armado de una estrategia que permitiera atender adecuadamente el caso.

Transmisión de conocimientos. Mientras la circulación interna de información en la División de Alimentación se caracteriza por ser ágil, se complejiza cuando se amplía a otros públicos del hospital. En efecto, las personas entrevistadas manifestaron dificultades para alcanzar un genuino trabajo interdisciplinario.

Los vehículos más empleados para la transmisión son las capacitaciones y los cursos, los talleres y las charlas de difusión. La capacitación al personal de Enfermería tiene como objetivo transferir conocimientos sobre suplementos alimentarios. La capacitación sobre obesidad para profesionales del hospital, brindar herramientas para el tratamiento de la enfermedad. Las capacitaciones para residentes de Clínica Médica, aportar información sobre aspectos relacionados con la alimentación y la nutrición.

Cada instancia de transmisión configura una oportunidad de consolidar vínculos y acordar formas de trabajo con miras al beneficio de las y los pacientes. Sin embargo, la División considera que necesita todavía continuar desarrollando un trabajo sostenido para que su intervención alcance una sólida legitimidad entre la comunidad profesional de la institución, ya que —por ahora y con frecuencia— las indicaciones médicas avanzan sobre las formuladas por el personal de la División. En suma, la legitimación de su saber es un proceso en curso.

Todavía hay médicos grandes que siguen pensando que sos la chica de la Cocina y eso ya dejó de ser. Entonces, como que hay que hacer todo un trabajo ahí. Ellos hacen la indicación y, muchas veces, no coincide con nuestro criterio. Entonces, ahí hay que hacer un trabajo. Tampoco podés ir y chocar. Entonces, hay que hacer un ‘trabajito’. Estamos entrando por el lado de la capacitación. Empezamos con el tema de capacitar enfermeros. Ahora estamos organizando otra capacitación para los residentes de Clínica Médica. Ahora estamos preparando otro curso para ellos (Entrevista AMB 14).

Se hizo la capacitación con examen. Se dieron dos para los [enfermeros] que estaban a la mañana y después [para los que trabajaban] los fines de semana (Entrevista AM 15).

El trabajo con la población constituye también una acción de transmisión de información, que proporciona nuevos conocimientos a quienes asisten a los talleres y a las personas adultas que acompañan y aguardan la atención pediátrica.

Por último, la presentación de trabajos en congresos y jornadas hospitalarias se mantiene desde hace algunos años y es considerada una actividad relevante para el sector: “te relacionás, te das a conocer” (ALC 12). No obstante, los testimonios recogidos enfatizan que se trata de una línea de trabajo que aún debe profundizarse.

Supervisión. Como se explicó, el ateneo es un recurso típico empleado por la División y que resulta eficaz para las tareas de supervisión. Está habitualmente a cargo de concurrentes, con la asistencia de profesionales de planta y de la Jefa de la División. La persona que expone presenta el tema (por ejemplo, un caso clínico o un artículo científico) para abrir el debate y luego se abre un ágil intercambio de ideas.

Otras actividades de supervisión son el acompañamiento a las y los concurrentes y a estudiantes de Nutrición por parte de las profesionales de planta de la División, tanto en consultorios externos o pabellones de internación, como durante el control de las tareas desempeñadas por el personal del sector de Cocina contratado por la empresa concesionaria. En este último caso, la División participa de la confección de las órdenes de compra que se licitarán, define los menús, refuerzos nutricionales y colaciones para las y los pacientes internados, las personas beneficiarias por cuestiones sociales y parte del personal del hospital. De este modo, estudiantes y concurrentes aprenden acerca del ejercicio profesional específico y sobre la gestión desplegada por la División bajo la supervisión de profesionales de planta. La actividad incluye la capacitación para:

- relevar las indicaciones médicas en las salas de internación;
- contactar con pacientes y/o familiares;
- realizar la evaluación nutricional de pacientes;
- completar planillas con las indicaciones alimentarias para la División y el sector de Cocina;
- diseñar el registro de suplementos alimentarios, refuerzos y colaciones de quienes deban recibirlos; y
- completar las planillas que permitirán cobrar sus prestaciones a la empresa concesionaria del sector de Cocina.

Todas las nutricionistas entrevistadas destacaron el acompañamiento permanente recibido durante su formación en la División. En particular, concurrentes y estudiantes

destacaron el reconocimiento recibido al ser incluidas con sus opiniones en los procesos de decisión respecto del tratamiento a brindar a las y los pacientes.

Ellas, sabiendo un montón y además cuidándote (porque te podés mandar macanas), te dan mucha libertad. Y te están observando. Y te ponen como a la par. No pasa en todos los hospitales. Si bien vos sabés que sos alumno, que estás en un rango completamente menor porque no tenés nada de experiencia, pero [esta práctica] viene desde arriba me parece, de X [la Jefa]. Te dan ese lugar, te dan como... '¿Qué te parece?'. Pero no digo que no te estén evaluando. Pero te evalúan desde ese lado (Entrevista AU 11).

Ellas te explican. Saben que es mucha información al principio. Entonces, lo van completando ellas y, cuando ven que ya podés, te van supervisando y vos lo vas haciendo. Jamás te largan sola. Cuando ven que ya te podés mandar sola, no hay problema. Cuando te tienen que estar resguardando, están ahí (Entrevista AU 11)

Como queda señalado, la División de Alimentación supervisa también el sector de Cocina. Esto implica corroborar el cumplimiento de la normativa sobre almacenamiento, elaboración y distribución de los alimentos. La División releva la situación del/la paciente, sus gustos y las indicaciones médicas; luego, elabora un menú, lo envía al sector de Cocina y, por último, verifica que la empresa concesionaria cumpla con lo que le ha solicitado.

En la Cocina, nosotros tenemos una tarea de fiscalización. La tarea de ellos es recibir mercadería, almacenarla, elaborarla, fraccionarla y distribuirla. Y nosotros, en cada una de estas etapas (que sería lo que abarca el proceso de elaboración y distribución de alimentos), nosotros tenemos que controlar que se cumplan con las Buenas Prácticas de Manufactura (que nosotros llamamos 'BPM'), que se cumpla con lo que establece el Código Alimentario Argentino y con lo que establece el pliego [de licitación] (que está basado en el Código Alimentario Argentino y en las BPM). El Código Alimentario Argentino establece condiciones para cada uno de los alimentos y características que tienen que tener los lugares dónde se elaboran los alimentos (Entrevista AMB 14).

Nosotros vamos a las salas, sala por sala. Vemos las indicaciones médicas. Nosotros tenemos nuestras planillas, donde vamos recolectando información. Si hay un paciente nuevo, se lo visita y se le hace una anamnesis alimentaria. Se ve si el paciente tiene la dentadura, un poco [cuáles son] los gustos (para adecuarle la dieta, porque puede pasar que o es vegano o es vegetariano o no le gusta, qué sé yo... el pescado). Entonces, uno trata de adecuarle la alimentación. Se ve la patología, se lo evalúa nutricionalmente para saber si el paciente está en riesgo o no, y venimos acá y eso se traduce en otra planilla que va a Cocina. Y la nutricionista de la empresa totaliza la información que nosotros le damos y ella se la pasa al cocinero. Y nosotros después, sobre eso, tenemos que fiscalizar que cumpla el gramaje que nosotros estipulamos, o que las cosas salgan a la temperatura adecuada (Entrevista AMB 14).

Y cuando toca la hora del almuerzo, tenemos que pesar las platinas (que son los platillos donde va la comida). Y vas pesando cuántos gramos tienen esos platos del día. Y a mí me parece súper importante, porque vos estás contabilizando que va a comer 100 gramos de pechuga, pero si al final está comiendo 50... Y eso está como muy presente, se respeta bastante (Entrevista AU 11).

Las nutricionistas registran de modo minucioso las indicaciones alimentarias y el suministro efectivo a las y los pacientes. Ese registro incluye también el material descartable eventualmente requerido y las condiciones en que la alimentación debe administrarse, ya que las patologías y las condiciones en que se encuentra el o la paciente impactan en el tiempo que la alimentación demanda y, por tanto, en el costo del servicio. Toda esta información es relevante tanto para el seguimiento de salud, como para establecer y verificar los datos que la administración del hospital necesita para aceptar y abonar las facturas que, por menús provistos por cama, presenta la empresa concesionaria de la Cocina. En suma, la División desempeña una tarea de supervisión integral técnica y económica de la alimentación indicada a cada paciente.

Si bien la concesión de la Cocina debe licitarse cada dos años, la contratación suele prorrogarse y mantenerse. De hecho, la concesionaria actuante durante el relevamiento que se está informando tenía diez años de antigüedad en la prestación de sus servicios a este hospital, lo cual era considerado por la División como algo beneficioso debido a que le permite mantener un sistema de trabajo que fue pensado en conjunto oportunamente, y ha sido probado y perfeccionado durante mucho tiempo.

Por último, debe agregarse que parte del personal del hospital (por ejemplo, quienes cubren francos de colegas, desempeñan tareas de esterilización y enfermeros/as del área de Promoción y Protección de la Salud, entre otros) está autorizado a recibir colaciones (por lo general, mate cocido y pan con dulce) por la mañana y/o la tarde. Estas provisiones son facturadas también a la institución.

Cuadro 8. Categoría de la división del trabajo: fragmentos ilustrativos de sus subcategorías.

Subcategoría de análisis	Entrevista	Fragmento ilustrativo
Transmisión	Entrevista ALC 12	“En las jornadas de acá, del hospital, hace tiempo que se vienen presentando siempre trabajos. Antes no se hacía. O sea, a partir de que M tomó la posta, se comenzaron a presentar trabajos y de allí no se paró más”.
Supervisión	Entrevista AAU 11	“Siento que ellas te van contando qué hacen con los pacientes. Pero es ese permiso que te dan, esa brecha que te dejan a vos para aprender. Y [con] el ‘qué te parece’ es como que vas captándolo mejor”.

Fuente: elaboración propia.

5.2. Caso B: presentación

El Caso B se desarrolla también en un hospital general de agudos de la CABA. Por su ubicación, se atiende allí principalmente la población de zonas cercanas. Desde su fundación, la institución está a cargo del gobierno local (antes, municipal y, actualmente, de la Ciudad Autónoma) y, por esta razón, Alimentación es una División de la estructura organizativa que depende del Departamento Técnico Administrativo (que, a su vez, reporta a la Subdirección del hospital). Aunque no se ofreció documentación que explicara por qué la División, el Servicio Social y el área de Estadísticas dependen del mencionado Departamento, puede presumirse que se debe al carácter técnico administrativo de esos sectores¹². No obstante, la Jefa de la División arriesgó: “Creo que no sabían dónde ponernos y nos pusieron dependiendo del Departamento Técnico [Administrativo]”.

5.2.1 Inserción en la estructura, dotación y tareas

Del mismo modo que en el Caso A, esta División desempeña tareas asistenciales y de Salud Pública destinadas a la comunidad. Se ocupa también de administrar las raciones de comida y los insumos, y de fiscalizar la labor del sector de Cocina (participando incluso del proceso de licitación y asesorando sobre las compras de insumos).

La internación en este hospital se organiza según el nivel de complejidad que ofrezca cada caso y no según el servicio médico interviniente. Esta modalidad de organización contribuye —según la Jefa— al afianzamiento de vínculos entre profesionales. La estructura organizativa contempla: salas de cuidados mínimos; salas de cuidado intermedio (por ejemplo, la Unidad de Terapia Intermedia); y salas de cuidado intensivo (Unidad de Terapia Intensiva y Unidad Coronaria). El Servicio de Pediatría no dispone de una unidad especializada de terapia; trabaja con una sala de cuidados generales y el Servicio de Guardia. Las salas que brindan cuidados intensivos suelen ser llamadas “unidades cerradas” porque —en general— restringen el acceso de

¹² Algo análogo sucede con profesionales de disciplinas no incluidas entre las Ciencias Médicas (por ejemplo, psicólogos/as, fonoaudiólogos/as y kinesiólogos/as).

las visitas y el personal de enfermería asignado por cama es más numeroso. Este formato organizativo, pareciera favorecer efectivamente la participación y los intercambios horizontales entre el cuerpo profesional. La mayoría de las entrevistas menciona esta modalidad de vincularse, al tiempo que destaca el buen clima alcanzado y los efectos positivos constatables en la atención de las y los pacientes. Según la Jefa de la División, esta forma de organización —que resultó oportunamente innovadora— comenzó a instrumentarse hace muchos años: “Cuando entré, ya era así. Siempre fue un estandarte que tenemos (...) Favorece lazos de respeto mutuo más estrechos”.

La División tiene asignado un espacio físico sumamente reducido para su funcionamiento. A pesar de esta condición escasamente mencionada durante las entrevistas y más raramente señalada como un problema, ha logrado desplegar numerosas actividades y posicionarse positivamente en las funciones de investigación y de docencia: “Yo digo que hacemos una coreografía [...] En este lugar, se ‘cocinan’ cosas” (Entrevista BM19). El personal de la División suele llevar adelante su labor en otros sectores, articulando con el área Programática, el Servicio Social, Kinesiología, Fonoaudiología y Cirugía.

Durante el año 2020, la División de Alimentación estaba conformada por cinco profesionales de planta, tres nutricionistas residentes y tres concurrentes.

La Jefa de la División participa del Comité de Docencia e Investigación y, desde allí, estimula el desarrollo de proyectos, apoya el Sistema Nacional de Residencias y Concurrencias (entendido como una herramienta clave del aprendizaje en servicio) y promueve “que este aprendizaje se vaya produciendo”, considerando que el desarrollo de proyectos de investigación en la residencia forma parte de las obligaciones académicas previstas.

5.2.2 Perspectiva de sus integrantes

Debido a la pandemia, el ASPO dispuesto por las autoridades argentinas en marzo de 2020 y, más tarde, el DISPO, el relevamiento de campo correspondiente a este caso se realizó en parte de manera remota, empleando las plataformas Meet y Zoom. La única excepción fue la primera entrevista a la Jefa de la División, que tuvo lugar el 11 de marzo de 2020 en el hospital. La primera observación —también presencial y en la

fecha mencionada— permitió conocer a parte del equipo y acceder al espacio físico de la División de Alimentación, el sector de Cocina y el comedor del hospital.

Tanto en las entrevistas como en los intercambios informales, las y los licenciados en Nutrición de este hospital destacaron reiteradamente las características de su profesión. En particular, refirieron la forma en que la disciplina se incorporó al funcionamiento del hospital y cómo se modificó la representación que tenían de su rol en otras áreas, dejando de ser “las chicas de la cocina” para convertirse —gracias a un esfuerzo importante y sostenido— en interlocutores/as válidos/as de otros servicios y sectores. De acuerdo con los testimonios recogidos, para esto, fue preciso ganar la confianza de las y los médicos, lograr visibilidad y demostrar solvencia profesional. En suma, las entrevistas pusieron de manifiesto no solo un proceso de aprendizaje sino también de construcción de identidad.

El trabajo conjunto, que yo me haya metido en diferentes áreas del hospital, ser presidenta de la Asociación de Profesionales, estar en el Comité de Docencia e Investigación... Soy parte del Comité de Bioética. Yo hice una especialización en Bioética. Me parece que [debo] transmitir a la gente que está conmigo que hay que trabajar mucho para que nos reconozcan. Y que vale la pena salir. Yo les hago mucho hincapié en lo que es vincular. Trato de ser militante de lo que son los derechos de la mujer. Cuando yo hacía consultorio, vi muchas, muchas mujeres maltratadas (Entrevista BR 20).

5.2.2.1 Reglas: “El hospital público te da lugar a que hagas muchas cosas”

Además de atender la demanda asistencial en consultorios externos, dar seguimiento a pacientes en internación y fiscalizar el trabajo del sector de Cocina, a la luz de las leyes y los convenios vigentes señalados en el Caso A, el hospital público estimula en algunos casos el desarrollo de nuevas prácticas generando reglas o procedimientos internos que se van delineando colectivamente. La complejidad de los casos abordados y la situación de vulnerabilidad de quienes consultan, sumadas muchas veces a una disponibilidad limitada de recursos institucionales para brindar respuestas, suelen dar lugar a que algunos equipos de trabajo desplieguen reglas internas que formalizan prácticas surgidas como respuesta a los problemas que deben afrontar.

El hospital público te da lugar a que hagas muchas cosas sin [imponerte] tiempos. Sin esa cosa de decir ‘¿tiene obra social o no tiene obra social?’, ‘¿va a pagar o no va a pagar?’. Es completamente distinto y, además, te encontrarás con gente más vulnerable y con otras necesidades. Y entonces el aprendizaje —a mí me parece— de lo social no tiene comparación (Entrevista BM 19).

Por otra parte, por sus orígenes y características, la Nutrición como disciplina debió trabajar en su posicionamiento dentro del equipo de Salud, proceso que contribuyó también a la formalización de prácticas acuñadas gradualmente con el objeto de conquistar un lugar legítimo entre otras profesiones.

Demostrar nuestros saberes: eso es básico ante un accionar hegemónico. [Debí] leer las historias clínicas, formarme. Y, de a poco, uno va demostrando que se puede integrar y el médico te va teniendo confianza. Tampoco va a depositar en vos el tratamiento de un paciente si no sabe si tenés las capacidades para hacerlo y la formación. Eso sí fue un transcurrir (Entrevista BR 20).

En el proceso de validación del aporte disciplinario de la Nutrición, la circulación de conocimientos informales intra- e inter- hospitales ha contribuido a la cristalización de reglas establecidas internamente y que son valiosas para la práctica profesional y la supervisión de sus indicaciones. De hecho, la rotulación de las fórmulas enterales referida en el Caso A surgió de la División de Alimentación de una práctica desarrollada por la División del Caso B. De igual modo, procedimientos empleados por las y los profesionales del Caso B con pacientes en estado crítico (y que, por eso, deben mejorar rápidamente su situación nutricional) provinieron de otros hospitales y fueron socializados por residentes.

La introducción de la rotulación como norma interna de la División (indicando paciente, suplemento nutricional, número de toma, velocidad de administración, etc.) permitió identificar rápidamente si un/a paciente no había recibido su suplemento y subsanar la situación, constituyendo también un sistema de monitoreo. Algo análogo sucedió con la alimentación que debe suministrarse a pacientes en estado crítico para restablecer de manera rápida su situación nutricional. Estas pautas fueron parametrizadas para transmitir las internamente a la División y a la residencia de Clínica Médica. De esta manera, se incorporó un formato de trabajo inexistente hasta ese momento y, como se explica enseguida, quedaron de manifiesto también aspectos inherentes a la circulación de conocimientos dentro de la División de Alimentación.

Cuadro 9. Categoría de las reglas: fragmentos ilustrativos de sus subcategorías en el Caso B.

Subcategoría de análisis	Entrevista	Fragmento ilustrativo
Iniciativas regladas	Entrevista BS18	<p>“Siempre que un profesional residente hace una rotación y vuelve a su hospital de base, tiene que presentar un ateneo con lo que aprendió. Cuando volví del [Hospital] XX de [la Unidad de] Terapia [Intensiva], presenté todo un ateneo de algo muy específico, que es el síndrome de realimentación, que es cuando a los pacientes se los alimenta muy rápidamente después de un período de ayuno prolongado. Armé el ateneo, lo presenté y armé un resumen de lo que consideraba más importante. Y entonces, por ejemplo, hice unas fotocopias para cada uno [de los asistentes] y para el corchito [de la cartelera] que tenemos en el ateneo y allí tenemos una copia de eso. Y después hicimos un ateneo para otras disciplinas. Lo presentamos en [el Servicio de] Clínica Médica para que ellos también estén empapados y sepan que existe. Quizá no lo tenían tan fresco. Y ahora vienen y te dicen: ‘Tiene riesgo de síndrome, ¿no?’”.</p>
Iniciativas no regladas	Entrevista BS 18	<p>“Como te decía, hay mucho adulto mayor en el hospital y la mayoría de las condiciones en las que vienen no son las mejores. Y todos sabemos la importancia de la alimentación en la recuperación de estos pacientes. Entonces, lo que hacemos es que ellas [las médicas] hacen una evaluación deglutoria de los pacientes (muchas veces, nosotras presenciamos el momento). Y entonces, lo que hacen es escribirlo en la historia clínica. A veces, lo que hacen es que nos vienen a buscar al servicio y personalmente nos dicen: “Tal paciente lo evalué recién. La consistencia que tendría que comer es esta, ¿te parece? ¿O esta otra?”. Charlamos un poquito y ellas van haciendo un seguimiento de la parte deglutoria y nosotras le vamos ajustando el menú según la evaluación que ellas van haciendo”.</p>
Iniciativas no regladas	Entrevista BR 11	<p>“Y desde el área informal (esto lo tenemos casi todos los días), cuando bajamos de la sala, es un momento hermoso. Ponele que las planillas de la sala las tenemos que entregar 9:30. Entonces, de 9:30 a 10:00 o 10:15, tenemos ese bache, que no está ocurriendo ahora porque es una corrida atómica. Pero en los días normales, todos tenemos ese bache, todos ‘bajan un cambio’ y quieren tomarse un cafecito. Y la tenemos</p>

Subcategoría de análisis	Entrevista	Fragmento ilustrativo
		a E, que es nuestra secretaria y la amamos. Ella nos recibe con café y algo rico, y te pregunta ‘qué cafecito querés’ y ella nos lo hace a gusto y <i>piacere</i> . Es un momento tan cálido, donde todos contamos las anécdotas, con quién nos peleamos en la sala o qué conseguimos o qué no hicimos... ¡Es gracioso!”.

Fuente: elaboración propia.

5.2.2.2 Comunidad de práctica: “nos juntábamos todo el tiempo ... para debatir respecto de la evolución de este paciente”

Desde la División, se organizan —entre otros— los talleres de Celiaquía, de Hipertensión Arterial, de Diabetes, de Sobrepeso y de Adultos Mayores. A veces, estas actividades tienen lugar fuera del hospital (por ejemplo, en una biblioteca del barrio) y/o cuentan con la participación de profesionales de otras disciplinas (Geriatría, Kinesiología, Educación Física, etc.). En todos los casos, los talleres invitan a sus participantes a la reflexión. Otros talleres (de Tabaquismo, Adolescencia, Prevención Cardiovascular y Nutrición) se dan en las escuelas.

Para la División, los talleres representan un modo de ofrecer un espacio de salud a los diversos públicos que concurren al hospital: “Es un modo de llegar a gente que no llegamos a poder atender” (Entrevista BR 11) por falta de turnos. Pero configuran también un ámbito fértil para el intercambio de ideas, la revisión de estrategias de adherencia a los tratamientos y el análisis de las propias prácticas.

Si bien el contexto de pandemia de COVID-19 produjo modificaciones en la modalidad de los intercambios (el equipo de la División debió trabajar en burbujas y reducir el contacto presencial), las reuniones y los ateneos —con diferentes niveles de formalización— fueron readecuados a un formato virtual de intercambio. Incluso esta clase de encuentros contribuyó a consolidar redes de práctica dentro de la División y con otros servicios y sectores del hospital. Como señalaron las y los integrantes de Alimentación entrevistados, la virtualidad no impidió que se siguiera trabajando en afianzar los vínculos, favorecer el diálogo, resolver situaciones críticas y despejar las dudas que se presentaran. A continuación, se transcriben experiencias referidas que ilustran la dinámica desarrollada.

Me acuerdo de un paciente que estuvo mucho tiempo en el hospital. De hecho, cuando yo entré en el segundo año de la residencia, a los pocos meses, llegó este chico. Era un chico joven, que llegó por algo simple a nivel digestivo y después se complicó un montón. Era como un caso excepcional y nos juntábamos todo el tiempo con [los servicios de] Clínica Médica y de Cirugía General para debatir respecto de la evolución de este paciente (BS 18).

Con [el Servicio de] Fonoaudiología también. Este es un hospital donde el adulto mayor abunda y, hace algunos años, desde el sector, junto con Fonoaudiología, se diseñaron unos [alimentos] procesados. Nos pasa mucho que hay muchos adultos mayores internados en una condición de mala nutrición severa. Son pacientes que tienen la parte deglutoria con cierta alteración o afectación [por trastornos cognitivos] (Entrevista BS 18).

Trabajamos mucho con [el Servicio de] Kinesiología también. Los pacientes que están intubados, conectados al respirador, generalmente son pacientes que reciben alimentación enteral por sonda nasogástrica. Y nosotras, según la evaluación de ese paciente en relación con el respirador, también adecuamos la alimentación. No es lo mismo que el esfuerzo lo esté haciendo el paciente o el respirador. Entonces, los kinesiólogos nos dicen: ‘Tal paciente está haciendo plan de *weaning*, o sea, se está destetando del respirador’. Entonces, nosotros sabemos que tenemos que aumentarles el aporte calórico para contribuir con ese destete (Entrevista BS 18).

La proximidad física, la disposición de los servicios y el tamaño de un hospital pueden contribuir a favorecer o a desalentar la articulación entre servicios y el reconocimiento entre equipos profesionales. Al respecto, el personal de la División hizo observaciones como las siguientes.

[En hospitales más grandes,] son muchos pacientes. Son muchas salas. Nosotros [en este hospital] pasamos por una experiencia distinta. Tenemos ese tiempo de ponernos a fondo con el paciente y hasta tener un detalle un poco más profundo [de su caso] [Podemos] manejar las patologías, quizá, de una forma más profunda. En otros hospitales, no hay esos tiempos y, de alguna manera, el día a día [hay que] ir trabajándolo distinto. Al ser hospitales más grandes, las relaciones [entre profesionales] también son más complejas. Nosotros siempre estamos de alguna manera pasando por al lado [de otros especialistas] y sacándonos las dudas. En un hospital mucho más grande, la primera barrera que tenés es la distancia. Para que te imagines, significa subir dos o tres pisos, o bajar dos o tres pisos, no encontrar al personal que querías encontrar... Es mucho más complejo. Es otro sistema (Entrevista BU 17).

Como en el Caso A, vuelve a enfatizarse cómo el posicionamiento frente a otras disciplinas fue el resultado de un trabajo sostenido por parte de la División. Pero también, en términos generales, de la carrera de Nutrición, que debió abrirse paso para que sus graduados/as dejaran de ser “las chicas de la cocina” y fueran resignificados/as como profesionales capaces de hacer aportes valiosos al tratamiento de patologías muy diversas en su tipo y gravedad: “El médico que sabe más de Nutrición es el que más pide interconsulta. Lo ve como una necesidad” (Entrevista BM 19).

Lo que yo recuerdo es a nivel de hospital: era mucho más familiar antes, había una cercanía con la gente. Por empezar, había monjas [que se ocupaban de la Cocina]. Entonces, en la estructura del hospital, el servicio era como un servicio casi de Cocina más que de Nutrición. Yo empecé a trabajar a la tarde. A la tarde nunca había habido un nutricionista. Entonces, yo llegué y me miraban como diciendo: ‘¿Qué hace esta persona acá?’. Primero, me negaban información porque las enfermeras decían: ‘¡Esta qué tiene que venir a molestar!’. Y fui empezando a cubrir una necesidad. Más que cubrir, a crear la necesidad de la profesión. Después, fueron pasando épocas. Yo lo que recuerdo es que había mucha mayor dependencia de la palabra médica. Éramos auxiliares de lo que decía el médico. Ahora, ha cambiado completamente. La nutricionista tiene una tarea mucho más independiente. Pero también porque la formación ha cambiado: los residentes tienen una formación mucho más vasta, mucho más profunda. Se han dedicado más a la investigación. Es completamente diferente la tarea. En este momento, siento que estoy acompañando lo que hacen ellos [profesionales más jóvenes, residentes y concurrentes] (Entrevista BM 19).

Como se mencionó anteriormente, los espacios de trabajo vinculados a las jornadas hospitalarias o incluso a los ateneos cumplen una función relevante a la hora de consolidar vínculos entre los sectores del hospital y las personas que trabajan allí.

Bueno, las jornadas tuvieron ese carácter interdisciplinario. Me parece que hacen al vínculo [entre profesionales], porque cuando te llevás bien o te fuiste a tomar una cerveza a un bar, después el día de trabajo se hace mucho mejor. Es lo que siempre planteamos. En la jornada, lo charlamos un montón: si vos te llevás bien con el de Clínica Médica o con el de Cirugía, cuando tenés que hacer alguna pregunta o consulta, el otro con mucha más calidez y ganas te ayuda. Entonces, cuando tenés un vínculo con el otro, hay menos trabas (Entrevista BR 11).

[La Jornada del Adulto Mayor] ese año salió divina y mejor y mejor y mejor. ... Conseguimos que [la Dra. X] fuera presidente y ella elige un equipo de trabajo de gente que —a mi criterio— yo no conocía o no me cabía. Y MG empieza: ‘A mí me gustaría que, de Psiquiatría, para la parte de Psicología y Neurología, que sea esta psicóloga y este psiquiatra’. Y yo: ‘No los conozco’. ‘Yo los conozco’, dice ella. ‘Son chicos jóvenes, son re copados, laburan como ustedes’. Bueno. Bien. Los convoca. Nosotras acatamos. ¡No sabés lo copados que eran estos dos chicos y el vínculo que generamos! Otra vez, allanado el camino en Psicología y Salud Mental (Entrevista BR 11).

Repertorio compartido. La División ha ido incorporando múltiples términos, prácticas y reglas. Los rótulos, los “Viernes de Preguntontas” (que se describen más adelante), los “machetes”¹³ y los “ateneos cortitos”¹⁴ son algunos de los artefactos que expresan una historia compartida durante la cual esta comunidad dotó de nuevos sentidos a las prácticas habituales. El proceso refleja un esfuerzo permanente en pos de un trabajo articulado y la búsqueda constante de estrategias comunes de abordaje a los problemas. Si bien el Sistema de Salud no ofrece siempre las oportunidades adecuadas

¹³ En la República Argentina, se nombre de este modo a aquellos apuntes realizados con la finalidad de copiarse en los exámenes o que se emplea como ayudamemoria.

¹⁴ Son espacios de intercambio sistemático que tienen lugar los viernes para la búsqueda de soluciones ante ciertos casos o situaciones problemáticas.

para hacer esto, la comunidad pareciera haber ido encontrando intersticios en las trabas burocráticas. Se trata de un esfuerzo que, aunque sostenido sobre voluntades individuales, permite instalar y hacer operativos los conocimientos generados.

El trabajo con el Servicio de Gerontología es un ejemplo del proceso descrito, que dio como resultado que residentes y profesionales de la División de Alimentación participaran del pase de sala y la recorrida de pacientes, o sea, de los informes orales entre profesionales respecto del estado de situación de cada paciente. Estas instancias son sumamente valoradas y aprovechadas, aun cuando resultan difíciles de articular debido a los horarios de la División de Alimentación, que debe entregar las indicaciones al sector de Cocina en momentos específicos para que se apliquen durante el almuerzo de las y los pacientes.

Ahora tenemos un equipo —por ejemplo, los residentes— que va rotando por [el área de] Adulto Mayor. Van con la médica gerontóloga, y hacen el pase de sala y la recorrida de sala juntos. Eso es interesante. Eso sería ideal para todos [los profesionales]. Pero bueno, no hay posibilidades desde el punto de vista administrativo, porque tenemos otros horarios. Porque a las 9:30 tenemos que estar entregando las planillas con la alimentación de los pacientes; si no, Cocina no llega a cocinar. Tenemos tiempos diferentes y los médicos terminan a las 11:30. Para nosotros, [ese horario] ya es tarde (Entrevista BR 20).

Empresa conjunta. Las prácticas de la División concentran, además, una responsabilidad compartida, que surge de acuerdos consolidados en el transcurso del tiempo. Son sus profesionales quienes motorizan el celoso cumplimiento, no como una norma externa, sino como regla interna de conducta frente a los propios compañeros de trabajo.

A mí los que más me gustan son estos espacios de formación [los “ateneos cortitos”], porque es un espacio de debate donde tomamos mate, nos comemos algo rico y escuchamos al que charla. Y siempre se desvirtúa hasta cualquier otra inquietud que haya. Se empieza a hablar de colesterol y terminamos hablando de cualquier cosa que haga al bienestar mental y laboral de todos. Te pongo un ejemplo: dislipemias. ¿Por qué no hacemos que los chicos de Clínica Médica le pidan [a cada paciente] el [análisis de] laboratorio para ver cómo está el perfil lipídico [del paciente]? ‘¡Uy!’ dice un chico. ‘¡Pero yo solo no puedo!’ Entonces, que lo acompañe alguien de planta, que va a tener más peso. Y entonces, empezamos a vincularnos para ver cómo trabajar. Entonces, ese aspecto no es puntualmente del ateneo, pero sí de cómo articular maniobras para que el trabajo del día a día sea más llevadero y fructífero, y se logre lo que queremos obtener (Entrevista BR 11).

Con el Servicio Social, la División lleva adelante un trabajo importante, especialmente a la hora de dar de alta a un/a paciente: de manera conjunta, resuelven problemas vinculados con la provisión de la medicación, de los alimentos específicos prescritos y de cualquier otro insumo necesario para dar continuidad al tratamiento.

Y si no, [el contacto con Servicio Social] es a nivel informal, en lo cotidiano, en la sala, todo el tiempo. O vienen a la oficina: ‘Tengo este problema’. Mucho pasa con la gente que no tiene PAMI [Programa de Asistencia Médica Integral del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados] y tiene que irse con un soporte nutricional. Ahí entra mucho [el] Servicio Social a trabajar. Si [el/la paciente] no es de Capital [Federal], si es de Provincia [de Buenos Aires], hace las conexiones con Provincia. Nosotros tratamos de conseguirle donaciones. Hacemos siempre un trabajo conjunto (Entrevista BR 20).

Trabajamos con el Servicio Social. En general, yo les digo [a quienes integran la División] que tenemos que trabajar con el Servicio Social porque me parece fundamental para nuestra tarea. Vamos hasta Servicio Social o Servicio Social viene hasta nuestro servicio. En general, las redes son informales. Somos un hospital chico, que lo permite. Los jefes estamos a disposición de todos los servicios y cualquiera accede a hablar con cualquiera sin demasiada burocracia. Eso es lo bueno de ser un hospital chico. Siempre es más bien informal, salvo situaciones especiales, [en] que hubo que tomar ciertas decisiones y, entonces, [el Servicio de] Cirugía planteaba un ateneo con nosotros, cada uno presentaba lo suyo y opinábamos cuál era el camino a seguir (Entrevista BR 20).

Compromiso mutuo. Como se explicó más arriba, el compromiso en una comunidad de práctica surge como consecuencia de los acuerdos alcanzados y consolidados entre profesionales en el transcurso del tiempo. En esta línea, el Servicio de Fonoaudiología es uno de los servicios con el cual la División de Alimentación ha desarrollado un intercambio muy fluido. Después de identificar y evaluar la condición deglutoria del o la paciente (es decir, qué consistencias está en condiciones de recibir), Fonoaudiología trabaja con Alimentación en definir el tipo de dieta requerida.

Hay muchos pacientes a los que, por una situación u otra, se les altera la deglución, [por ejemplo,] porque están en terapia intensiva y estuvieron intubados, sin alimentación por vía oral. Cuando reinician la alimentación, debe ser ejercitada toda esa musculatura y tienen que probar la deglución con un alimento. Entonces, nos dicen: ‘Está apto para tal consistencia’. Y nosotros planeamos qué alimentación darles con esa consistencia (Entrevista BN 13).

Si bien el contacto que se establece entre los servicios es por lo general informal, puede formalizarse si la complejidad de la problemática lo requiere. Varios/as entrevistados/as refirieron cómo en los ateneos —especialmente en uno que habían organizado recientemente— distintos sectores del hospital trabajaron de manera colaborativa para resolver la situación de un paciente que, después de muchos meses de internación, revestía condiciones nutricionales que impedían la continuidad de su tratamiento.

Un paciente estuvo muchos meses acá, por una cirugía que se había complicado. Nosotros lo realimentamos por vía enteral. [Pero] después, no pudo realimentarse. Pasó a [alimentación] parenteral. La parenteral que teníamos no era la mejor. Entonces, hicimos todo un trabajo para que venga una parenteral más específica. Y, para eso, trabajamos con [el Servicio de] Cirugía, porque había que elevar un informe sobre por qué elegíamos esa parenteral y no otra (por el estado nutricional del paciente, era crucial para su evolución). Y entonces, ahí, se propuso en [el Servicio de] Cirugía armar un ateneo. Nosotros presentamos qué estábamos haciendo a nivel parenteral, cómo [eso] estaba afectando sus valores, cómo estaba afectando su estado nutricional y ellos nos contaron cómo estaba evolucionando el paciente. Y entonces, se hizo como una toma de medidas. Eso pasa también en [el Servicio de] Clínica [Médica] con algunos pacientes complicados, donde hay pacientes [para los] que también el tema de la alimentación tomaba relevancia y, si no mejoraba su estado nutricional, era imposible que el tratamiento médico tuviera efecto (Entrevista BR 20).

Cuadro 10. Categoría de la comunidad de práctica: fragmentos ilustrativos de sus subcategorías en el Caso B.

Subcategoría de análisis	Entrevista	Fragmento ilustrativo
Repertorio compartido	Entrevista BU 17	“Por ejemplo, el protocolo de diarrea. No había manera de ponernos de acuerdo con diarrea. Y nosotros dijimos: ‘Bueno, vamos a definir qué es diarrea. Vamos a definir cómo proceder con la diarrea, si cortarle el alimento, si lo vamos a bajar, si lo vamos a dejar igual’. Y empezamos así a trabajar. Formamos un protocolo, trabajamos con [el Servicio de] Terapia Intensiva. Los enfermeros formaron parte de ese protocolo”.
Repertorio compartido	Entrevista BOS 12	“[El ateneo] está pensado para que el resto entienda. Te doy un ejemplo concreto. Nosotros en el hospital tenemos distintos regímenes de comidas y muchas veces el médico, cuando indica algo, no sabe lo que está indicando. Entonces, uno de los ateneos que dio N el año pasado fue sobre eso: qué regímenes tiene el Servicio, para qué se usa cada régimen, cómo sale cada régimen... Y entonces, charlamos sobre la consistencia, sobre cómo indica el médico cuando indica. Como que son más ateneos de consenso — digamos — para trabajar mejor con las otras disciplinas”.
Empresa conjunta	Entrevista BS 18	“Generalmente vamos directo a buscar al profesional. Si yo tengo una duda respecto de los antecedentes quirúrgicos de ese paciente, voy a la historia clínica en primer lugar. Y si hay algo que no me queda claro, acudo al residente o acudo al profesional de planta que esté ese día para que me clarifique respecto a mi duda. Y por ahí, en el momento, hacemos un

Subcategoría de análisis	Entrevista	Fragmento ilustrativo
		<p>mini pase de cómo es la evolución de este paciente, qué haríamos, cómo es la evolución. Después, la comunicación diaria... Pero yo, en general, o los busco directamente, o los llamo por teléfono. Por lo menos, así lo manejo yo”.</p>
Empresa conjunta	Entrevistas BR 11	<p>“Otro ejemplo que te iba a contar de cómo se hace la interdisciplina que es actual y decimos ‘¡guau!’, nos sorprendemos nosotros. Así generamos el espacio de estas jornadas de residentes y concurrentes. En un año, con Ro, empezamos a pensar que queríamos hacer jornadas de adulto mayor porque nos habíamos especializado. Cuando me lo contó, dije ‘me copa’. Después, parecía como que era imposible. Y yo le dije: ‘Sí, Ro. Podemos’. Y yo la invité a M. Y M y yo trabajamos a la par muy bien. Claro, somos dos maquinitas trabajando. Pudimos sacarlas adelante y les encantó. Y eso implicaba empezar a meter no solo residentes y concurrentes, sino gente de cualquier edad y especialidad para hacer unas jornadas de adulto mayor que iban a durar dos días. Era un desafío. Lo hicimos. Salió divino. Era coordinar todo, desde los laboratorios que auspiciaban los <i>breaks</i>, los almuerzos, los premios, todo. Como inventar de dónde sacar plata, cómo ‘chamuyar’ a todos, cómo elegir un comité organizador para que alguien saliera de presidente, vicepresidente, coordinadores... Y la verdad [es que] me siento con el orgullo de decir que fuimos nosotras la que lo gestionamos. Pero no ‘daba’ para que nosotras fuéramos presidentes. Tenía más peso si alguien de planta, de Clínica Médica, era presidente. Y la fuimos haciendo un año. Ese año salió divino y [después] mejor y mejor y mejor. Lo debemos haber hecho tres años.”</p>
Compromiso mutuo	Entrevista BN 13	<p>“Cuando hablaba R, recordé que tiene que ver con eso: con seguir ganando el lugar y no quedarse atrás. A mí me pasa que muchas veces dudaba... Y Juan, que es mi Jefe de Residentes, [dijo:] ‘¡Obvio que sí! Vamos a preguntar’. Yo me veía como nutricionista y decía: ‘Me van a sacar carpiendo de acá’. Y no. Somos parte de un equipo y las dudas que yo tengo puedo no saberlas [resolver] (porque —obviamente— médica no soy). Pero puedo dar otra visión para entender al paciente. Me pasa eso, que a veces [es] como que dudás: ‘¿Debería saber qué le está pasando a este paciente? ¿Pregunto o no pregunto?’. Y sí, tenés el derecho a preguntar. A veces pienso la visión</p>

Subcategoría de análisis	Entrevista	Fragmento ilustrativo
		que tienen de nosotros —sobre todo los más añosos— y digo: ‘Ay, como que no da [preguntar]’. Y si da. Obviamente, es esto de hacer[se] lugar de a poco. Y, ya te digo, [eso] me lo fue enseñando R, mi jefe, que está por terminar su jefatura. Son esas cosas... Uno empieza con una mirada en el hospital y termina con otra”.

Fuente: elaboración propia.

5.2.2.3 División del trabajo: “En otros servicios, hacés algo mal y te ‘comés’ una guardia”

Circulación de conocimientos. En las entrevistas individuales y grupales, se señaló reiteradamente que la División de Alimentación trabaja en un hospital pequeño. De acuerdo con los testimonios recogidos, esta circunstancia facilita el diálogo y el contacto cara a cara (tanto entre quienes integran el equipo como con profesionales de otras áreas y servicios), y la circulación rápida de los cambios en las prácticas desarrollados por la División.

En los primeros tiempos, la función de las y los nutricionistas fue asistir a las y los médicos; pero una vez que quienes integraban la División lograron posicionarse ante el resto de la institución como equipo profesional de un servicio, comenzaron a recibir interconsultas porque “... a medida que vas respondiendo e identifican que sabés, te consultan” (Entrevista BR 20). Al momento del relevamiento para esta investigación, la División mantenía contacto fluido con los servicios de Clínica Médica, Ginecología, Cirugía y Fonoaudiología. En general, los intercambios con residentes fueron descriptos como ágiles y como más trabajosos con las jefaturas de los servicios (aunque con excepciones).

En los casos clínicos de difícil resolución, el trabajo interdisciplinario de la División de Alimentación y el sector de internación correspondiente resultó decisivo. Esta circulación de conocimientos no solo contribuye a la mejor atención de cada paciente, sino que estimula también el intercambio entre profesionales, dejando abiertas futuras líneas de diálogo para cuando sean requeridas.

Lo mismo nos pasó en Clínica Médica del Adulto Mayor con el equipo de M. Era una paciente mayor, que tenía un cáncer esofágico, muy deteriorada. Vivía en el campo. Cuando ni a través de la vía deglutoria ni del tubo digestivo se podía alimentar, entonces nos preguntaron: '¿Qué hacemos?'. [Les dijimos] tenemos que pedir un laboratorio, pedir potasio, fósforo, calcio, magnesio. Porque si los valores están deplecionados, hay que repleccionarlos para después iniciar la alimentación. Y ellos [los residentes de Clínica Médica] nos miraban. 'Ah. ¿Y cuáles son los valores de depleción?'. Entonces, les dimos el cuadrito de 'machete' que nos habíamos hecho nosotros a partir de la información que había traído una de las chicas que había rotado por el hospital X (porque eso hacían en el hospital X). El machete que te digo es toda esta información de los valores de potasio, de magnesio, fósforo, cómo se deplecionaba, qué se le debía pasar si estaban en tal nivel de depleción... ¡Ese es el famoso machete! Esa información que trae ella de otro lado que podemos empezar a volcar en situaciones que aparecían en nuestro hospital (Entrevista, BR 11).

Después de tener este machete, a la décima vez que lo ves, ya te lo acordás de memoria. A los médicos, se lo fuimos contando verbalmente, porque el hecho de trabajar juntos genera un vínculo más lindo y, en algún momento, les pasamos la foto de este machete para que a ellos también les sirva, porque la idea no es quedarse con la información (Entrevista, BR 11).

Si bien son espacios de transmisión de conocimientos altamente formalizados, en ocasión de su organización, las jornadas y congresos favorecen también la circulación de saberes y la construcción de nuevos vínculos. Así ocurrió, por ejemplo, durante la organización de las Jornadas de Residentes y de las Jornadas sobre Adultos Mayores.

Nosotros queríamos que MG sea presidente de la Jornada, porque nos parecía una 'capa'. MG, entonces, dice: 'Yo quiero que esté MA', una médica clínica de la [Unidad de Cuidados Intensivos] UCI que a mí me parecía una amarga: siempre, [era] típico que ibas a la sala y era la única que no te ayudaba, que te trataba como el 'último orejón del tarro', que te hacía sentir mal. En fin, [esta profesional] termina siendo parte de la jornada y, cuando se empieza a empapar de la jornada, empezó a ser una persona muy 'copada', muy 'laboradora'. Y, hoy por hoy, es otra la relación que tenemos. Es otro el vínculo que tenemos. Es la que me llama por teléfono por un paciente si no me vio en la sala (Entrevista BR 11).

Los vínculos nuevos creados facilitan el trabajo interdisciplinario, el cual requiere la cooperación entre disciplinas diversas y se nutre de la circulación de conocimientos. En el Caso B, la División de Alimentación pareciera proponerse trabajar en este sentido, incluso más allá de las dificultades que esta modalidad de intercambio pueda implicar.

Porque eso es lo que pasa en la interdisciplina: uno habla de algo (que le parece totalmente lógico) y el otro está hablando de otra cosa. Y estamos hablando del mismo paciente. O de una [misma] patología. Y, en realidad, es una sola persona a la que le pasan un montón de cosas. Esa es la interdisciplina: que uno puede aprender de los otros, de otras miradas, y que uno también puede enriquecer al otro y sentirse enriquecido (Entrevista BM 19).

La relación entre profesionales orientada a la resolución de diferentes niveles de problemas asociados a un/a paciente, su/s patología/s y su cobertura de salud, se verifica (o no) solo entre las y los profesionales, porque el vínculo no está formalizado por la institución. Esta circunstancia —bastante habitual en los hospitales públicos— vuelve más laborioso el intercambio y más frágiles los acuerdos alcanzados, ya que dependen solo de las personas intervinientes.

Las entrevistas mantenidas pusieron de manifiesto un alto nivel de circulación de conocimientos dentro y fuera de la División. Desde un punto de vista interno, se destacó que los formatos de participación contribuyen a lograr ese nivel de intercambio enriquecedor. Por ejemplo, un residente comentó respecto del vínculo con la Jefa y profesionales de planta que, en la División, “se puede no estar de acuerdo sin pasar un mal momento” (Entrevista BU 17). Por su parte, una profesional entrevistada sostuvo que la posibilidad de intercambiar con sus compañeras constituía un ejercicio frecuente que se realiza con cierta informalidad. Además de los espacios establecidos para la discusión de casos clínicos (por ejemplo, los ateneos), ellas crearon otros como, por ejemplo, los “ateneos cortitos”.

De modo similar, el intercambio informal con otros servicios contribuye a resolver consultas, aclarar dudas y circular conocimientos.

Con los residentes de [los servicios de] Clínica Médica y de Cirugía también tenemos mucho contacto y [eso] también te genera tranquilidad, porque —lo mismo que te decía antes— al principio te da vergüenza preguntar algo de una paciente, porque es obvio que lo tenés que saber. En general, esta confianza con los residentes de Clínica Médica o de Cirugía te lo permite decir. Por ejemplo, había un montón de cirugías que yo no sabía qué eran y capaz les mandaba un mensajito a las chicas de Cirugía y les decía: ‘¿Qué es lo que le hicieron exactamente al paciente?’. Y ellas me explicaban a la perfección. Y esas cosas siento que uno no se las olvida, porque no es que las leíste de un libro, sino que te lo explicó alguien que lo hace. Y me parece súper rico también (Entrevista BOS 12).

El vínculo con otros sectores del hospital desempeña un papel muy importante. En el Caso B, se da entre residentes y también entre profesionales (porque algunos servicios no tienen residencias). Ejemplos que ilustran esta vinculación son dos protocolos: uno, elaborado en conjunto y de modo colaborativo por la División de Alimentación y el Servicio de Gastroenterología; y otro, sobre diarrea, trabajado por la División con médicos de Terapia Intensiva y Enfermería después de detectar la existencia de diferencias de criterio.

El Caso B presentó una articulación con el Servicio de Enfermería que resultaba central y difícil a la vez. Según una entrevistada, la heterogeneidad en la formación

profesional de auxiliares y licenciados/as en Enfermería parecía interferir a la hora de acordar estrategias conjuntas de abordaje.

Con [el Servicio de] Enfermería es lo más complejo. Es una carrera que tiene desde auxiliares en Enfermería a licenciados en Enfermería, formados en diferentes ámbitos. No es lo mismo formarse en una Universidad que formarse en una tecnicatura. ¿Qué representación mental te haces de la atención? Pero bueno, con las dificultades que puedan ir surgiendo, se va hablando. De cualquier manera, no es en toda la Enfermería. En las unidades cerradas, es mejor de lo que es en salas generales (Entrevista BR 20).

Según las personas entrevistadas, la circulación de conocimientos sucede también entre hospitales como consecuencia de la rotación de residentes y concurrentes, como se mencionó en el Caso A. Estos recursos humanos eligen dónde realizar sus rotaciones y, finalizadas después de tres o seis meses, presentan los aprendizajes conseguidos ante su equipo de origen en el hospital de base. Esto produce un “efecto polinización”, que no se circunscribe a un servicio, área, sector o división, sino que irradia a todo el hospital e incluso, como se dijo, entre nosocomios.

Es importante destacar que la circulación de conocimientos desde Alimentación hacia el resto de la institución fue producto del trabajo previo de posicionamiento (de la disciplina y de la División) que este equipo había hecho ante el resto del personal del hospital, especialmente, con las y los médicos. La participación en la labor en salas, en los ateneos y en actividades de investigación, entre otras, les permitió ganarse un estatus profesional que —no obstante— buscan consolidar permanentemente.

La circulación de conocimientos informal (sumamente valorada) es acompañada por procesos de transferencia más formalizados como, por ejemplo, los ateneos. El apartado siguiente profundiza en esta clase de actividades como instrumento para la consolidación de aprendizajes nuevos.

Transmisión de conocimientos. Los ateneos centrales son organizados por el Comité de Docencia e Investigación. Con una frecuencia mensual, participan todos los servicios del hospital presentando a su turno un tema que se discute después entre las y los asistentes. Los ateneos —en particular, los centrales— son un espacio privilegiado de contacto entre servicios, donde participan profesionales de planta, residentes y concurrentes. Se los considera un instrumento efectivo para lograr visibilidad y posicionamiento mediante la presentación del aporte específico que puede hacerse a partir de las incumbencias profesionales propias.

En general, cuando la División de Alimentación expone en un ateneo, se abordan cuestiones vinculadas a los regímenes de comida y la prescripción de alimentos a pacientes en internación para trabajarlas con profesionales de otras disciplinas (en especial, con las y los médicos).

Nosotros en el hospital tenemos distintos regímenes de comidas y muchas veces el médico, cuando indica algo, no sabe lo que está indicando. Entonces, uno de los ateneos que dio N el año pasado fue sobre eso: qué regímenes tiene el Servicio, para qué se usa cada régimen, cómo sale cada régimen... Y entonces, charlamos sobre la consistencia, sobre cómo indica el médico cuando indica. Como que son más ateneos de consenso —digamos— para trabajar mejor con las otras disciplinas (Entrevista BOS 12)

La idea de “ateneos de consenso” está relacionada con las diferencias que la entrevistada observa respecto de otros que suelen ser más expositivos y demostrativos del saber disciplinar. Aquí se destaca el intercambio que se genera en estos espacios, centrados en la resolución del caso, buscando consensos para alcanzar en forma conjunta el mejor tratamiento posible para la o el paciente.

Por ejemplo, una de las entrevistadas describió un ateneo centrado en el caso de un paciente: “No fue que alguien expuso. Todos los servicios fueron dando puntos de vista. Me lo ‘re’ acuerdo. Estuvo buenísimo” (Entrevista BOS 12). Si bien la entrevistada cursaba su primer año de residencia (es decir, hacía poco tiempo que estaba en el hospital), relató con mucho entusiasmo el nivel observado de participación de todos los servicios y la actitud del Jefe de Clínica Médica.

Los talleres organizados por la División constituyen otro vehículo de transferencia de conocimientos, tanto para quienes intervienen como profesionales en su diseño y puesta en marcha, como para el público que asiste a esta actividad motivado por una preocupación respecto de su salud. Algunos talleres surgieron luego de identificar problemáticas comunes entre quienes consultaban y como una manera de responder a sus demandas. De este modo, fueron estableciéndose gradualmente talleres de Prevención Cardiovascular y Diabetes, entre otros.

El Taller de Adultos Mayores, por ejemplo, tuvo su origen en las consultas de esa población, impulsó la rotación por ese ámbito de residentes y concurrentes de la Licenciatura en Nutrición, alentó el trabajo con organizaciones barriales, y la participación en programas del Gobierno de la CABA para el desarrollo de actividades de prevención de enfermedades y de promoción de la salud para este grupo etario. O

sea, la actividad permitió a la División abrirse, mostrarse, dialogar y transferir conocimientos a interlocutores externos al hospital.

Por ejemplo, el [Taller] de Prevención Cardiovascular y [el] de Adultos Mayores: cuando veíamos que no nos daban las manos para atender a todos los pacientes que nos derivaban, dijimos: ‘¿Y si todos los que tienen una patología en común los englobamos en un taller?’. Pusimos un rango etario de 20 a 59 años, [es decir,] adultos. O personas con diabetes. O hipertensos. O que tienen síndrome metabólico. Bueno, los podemos poner a todos en una primera instancia en un Taller de Prevención Cardiovascular, donde englobamos a todos. Y esta primera consulta —que la haríamos individualmente— la hacemos a nivel grupal. Y el que amerita seguir con una segunda consulta, o [bien,] lo llevamos a un segundo taller, o [bien,] a una consulta individual. Pero sacamos muchos pacientes y generamos espacio de trabajo en el área de Salud Pública (Entrevista BR 11).

En el [Taller] de Adultos Mayores, con esto de la rotación, se ofrece información (además de evaluar a los adultos mayores en la sala). Vamos a dar talleres de adultos mayores a la biblioteca municipal, que queda enfrente de la plaza. Fuimos y nos hicimos amigos. Y nos generaron un espacio para que hiciéramos un Taller de Adultos Mayores ahí. (Entrevista BR 11)

Un taller que siempre replotamos [es] del Gobierno de [la Ciudad Autónoma de] Buenos Aires, que tiene un programa que se llama ‘Programa Activo’. El Programa de Plazas Activas (o algo así) es un grupo de ‘profes’ de Educación Física que dan educación física en diferentes plazas de la Ciudad. Claramente, lo hacen en la plaza de D. Antes de que entrara yo, lo hacía M. Y yo dije: ‘¿Y si abrimos y nos empezamos a vincular con estos profesores?’... ¡que resultaron ser divinos! Y [así] encontramos el espacio para hacer un Taller de Nutrición y Actividad Física cada 15 días para adultos mayores. Entonces, [el Taller] es una forma de interrelacionarse con el área de Educación Física, con ‘profes’ de Educación Física (Entrevista BR 11).

San Andrés

Otra actividad de transferencia por excelencia es la participación en jornadas hospitalarias, marco en que se presenta el resultado de las investigaciones que las y los residentes deben llevar a cabo anualmente. A la investigación se suman también otras instancias de trabajo que podrían pensarse como espacios de análisis y reflexión sobre las propias prácticas. Por ejemplo, en contexto de pandemia, en la División se elaboró en forma colectiva un protocolo que reflejara las prácticas que se estaban desarrollando efectivamente, mostrando coincidencias y disidencias con las pautas generales que circulaban en ese momento.

En la pandemia, R nos impulsó a que registráramos todo lo que estábamos haciendo. Entonces, armamos un protocolo, que quizá no sea un trabajo de investigación propiamente dicho, pero sí lleva un trabajo de buscar bibliografía. Y lo armamos entre todos y ahora lo va a publicar (Entrevista BOS 12).

Supervisión. Quienes integran la División del Caso B la definieron como un espacio no punitivo: “En otros servicios, hacés algo mal y te ‘comés’ una guardia. Aquí, [en cambio,] me explican y yo puedo explicar” (Entrevista BU 17). Destacaron también que existen un orden y pautas claras.

En distintas entrevistas, tanto en el Caso A como en el B, se reitera la coexistencia de un ámbito de acompañamiento y libertad para el aprendizaje del rol profesional, donde se destaca la presencia de la jefatura y el personal de planta que brindan formación. De este modo, las personas que integran la División nunca están verdaderamente solas ni libradas a sus propios recursos para resolver la práctica, sino que cuentan en todo momento con alguien que está allí formándolas y a quien pueden acudir si lo estiman necesario.

Una entrevistada comentó que, durante la pandemia, se crearon los “Viernes de Preguntontas”, un espacio para que profesionales, residentes y concurrentes formularan esos interrogantes “tontos”, que nadie se anima a plantear porque —se supone— quien hace la pregunta debería conocer ya la respuesta.

[Los Viernes de Preguntontas] nos juntamos residentes y nutricionistas de planta. Está bueno, porque allí nos animamos a preguntar cosas que no sabemos y que nos parecen básicas. Esto permite que sigamos aprendiendo (Entrevista BOS 12).

Recordando sus primeras experiencias de atención en consultorio, una entrevistada contó que el Jefe de Residentes y el personal de planta estaban presentes siempre para definir qué estrategias adoptar en situaciones poco habituales. “Siempre vas a tener a alguien. Esto ya me lo habían dicho cuando me hablaron de esta División” (Entrevista BOS 12).

Según las entrevistas, el tamaño del hospital contribuía a que se brindara un acompañamiento adecuado a las prácticas de residentes y concurrentes. Asimismo, el contacto fluido y el vínculo establecido entre profesionales se consideraron también favorecedores de intercambios más colaborativos y menos punitivos durante el desarrollo de los ateneos abiertos.

[Estar acompañado] depende del Jefe de Residentes, que siempre da ese plus de acompañamiento. Pero, [en los hospitales más grandes,] varias veces estás solo. Vas a la sala un poco y rápidamente estas solo en la sala. O rápidamente tenés que poner ateneos con un nivel de estrés fuerte. Nosotros también ponemos ateneos, pero de una manera más relajada. Con el mismo compromiso, pero más relajada. Problematizar, hacer preguntas más abiertas, no tan directivas como para evaluar el conocimiento, sino de alguna forma evaluar la dimensionalidad de la patología. Pero, en otros ateneos, respondés las preguntas

bien, porque si no, quedás como que no lograste [el objetivo de aprendizaje], no dominás [el tema] o algo así. Como que siempre hay una presión fuerte. En cambio, en este hospital, es como que, de alguna manera, se va construyendo desde otro lado (Entrevista BU 17).

La División supervisa también a la empresa concesionaria del servicio de Cocina. Se trata de una función claramente atribuida: fiscalizar los procesos de compra, almacenamiento, elaboración y distribución de alimentos. Como se indicó en el Caso A, las concesiones se adjudican por licitación cada dos años, un plazo que —según los testimonios— suele extenderse cuando no median situaciones críticas. Esto contribuye a agilizar el trabajo dado que el vínculo entre la División y la concesionaria ya se ha construido y se han acordado las dinámicas compartidas. Al respecto, la Jefa comentó:

Yo hago el proceso de licitación, [doy] asesoramiento. Digo qué hay que comprar. Tenemos un programa, que es ‘Buenos Aires Compra’, y a partir de eso se hace todo. Y hay que hacer la tarea de pago. Hoy, es tercerizada la Cocina. O sea, que se tiene que pagar esa prestación. Y todo eso hace a la tarea administrativa y técnica [de la División], porque hay que saber de eso: qué es una ración, cuántas raciones puede haber, cuál es el costo de la ración. Con el concesionario, es más fácil [tratar] porque hay un contrato. Y yo, como Jefa, lo que tengo que hacer es que se cumpla ese contrato. Entonces, en ese contrato —que se llama [de] Pliegos y Condiciones— está todo lo que tiene que hacer la concesionaria. Y si no lo cumple, yo tengo la posibilidad de sancionarla. Y si bien uno siempre trata de ir al diálogo previamente —porque lo que trato yo es que las cosas salgan, se produzcan, salgan para bien—, en el peor de los casos, se la sanciona y se le hace un acta. Y listo (Entrevista BR 20).

Cuadro 11. Categoría de la división del trabajo: fragmentos ilustrativos de sus subcategorías en el Caso B.

Subcategoría de análisis	Entrevista	Fragmento ilustrativo
Circulación	Entrevista BR 11	“Trabajamos con el Servicio Social. En general, yo les digo [a quienes integran la División] que tenemos que trabajar con el Servicio Social porque me parece fundamental para nuestra tarea. Vamos hasta Servicio Social o Servicio Social viene hasta nuestro servicio. En general, las redes son informales. Somos un hospital chico, que lo permite. Los jefes estamos a disposición de todos los servicios y cualquiera accede a hablar con cualquiera sin demasiada burocracia. Eso es lo bueno de ser un hospital chico. Siempre es más bien informal, salvo situaciones especiales, [en] que hubo que tomar ciertas decisiones y, entonces, [el Servicio de] Cirugía planteaba un ateneo con nosotros, cada

Subcategoría de análisis	Entrevista	Fragmento ilustrativo
		uno presentaba lo suyo y opinábamos cuál era el camino a seguir”.
Circulación	Entrevista BS 18	“Hay mucho trato informal, en el sentido que la comunicación con las otras disciplinas existe mayormente de modo informal. Una charla de pasillo, vía telefónica, como que está siempre. Después, hemos tenido encuentros más formales, en algún ateneo, ya sea que lo haga alguna otra disciplina y nos invite o que lo hagamos nosotros. Es medio a demanda, ¿viste?”.
Circulación	Entrevista BS 18	“Generalmente, lo debatimos entre nosotros. De repente, baja una de las chicas de la sala y dice: “Tengo tal paciente que me genera controversia”. Nos cuenta el historial de ese paciente y, entre las que estamos ese día —porque, como te decía, somos grupos— por ahí hacemos un mini debate de qué es lo que cada uno haría o cómo lo manejaríamos, y después buscamos un punto de acuerdo en común. En general, el debate, es así, más informal. Después, hacemos ateneos en común de casos clínicos específicos, que —por ahí— allí sí es como algo más académico, donde una persona expone su caso clínico y el resto escucha y aporta externamente”.
Circulación	Entrevista BR 20	“El diálogo con los médicos: ‘Mirá: esto así no se indica. Vos tenés que poner primero el tipo de dieta. O poné el diagnóstico’. Nosotros, por ley, trabajamos con diagnóstico y/o prescripción. Como los médicos obviamente no tienen una buena base de Nutrición... [Por eso,] nuestra incorporación en el equipo de salud, en la sala, yendo a la sala todos los días, viendo al paciente todos los días, teniendo presencia... Eso es fundamental: tener presencia, que nos vean que estamos, que preguntamos, que dialogamos, que hacemos ateneos, que los invitamos. Hacer trabajos de investigación, presentarlos en las jornadas científicas... Hoy nos dicen que el servicio que más produce investigación es el nuestro”.
Supervisión	Entrevista BOS 12	“Siempre vas a tener a alguien. Esto ya me lo habían dicho cuando me hablaron de esta División”.
Supervisión	Entrevista BN 13	“Hay muchos pacientes a los que, por una situación u otra, se les altera la deglución, [por ejemplo,] porque están en terapia intensiva y estuvieron intubados, sin alimentación por vía oral. Cuando reinician la alimentación, debe ser ejercitada toda esa

Subcategoría de análisis	Entrevista	Fragmento ilustrativo
		<p>musculatura y tienen que probar la deglución con un alimento. Entonces, nos dicen: ‘Está apto para tal consistencia’. Y nosotros planeamos qué alimentación darles con esa consistencia”</p>

Fuente: elaboración propia.

5.3 Caso C: presentación

El Caso C es una Unidad de Nutrición pequeña, conformada por tres médicas especialistas en Nutrición (una de las cuales se desempeña como jefa) y una cuarta especialista, que comparte su jornada laboral con el Servicio de Gastroenterología.

Esta Unidad está en un hospital especializado que inició sus actividades en 1938 como un Dispensario Público Nacional para enfermedades del aparato digestivo. Estuvo ubicado en otro edificio hasta 1947. En sus orígenes, el hospital dependía del Ministerio de Salud de la Nación y, en el año 1992, en el marco de la Ley 24.061 y por Resolución 1.362/1992, pasó a la órbita de la entonces Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires.

Desde su creación como Dispensario, este hospital constituyó un impulso para la Gastroenterología argentina debido a que introdujo nuevas técnicas de laboratorio, radiología y endoscopía. Estas circunstancias posicionaron al hospital como una institución pionera que, hasta hoy, es un ámbito de referencia en la especialidad para la Argentina y los países limítrofes. Por este motivo, además, la situación social de quienes concurren (a veces de otras provincias o países) constituye un aspecto relevante en tanto incide en la continuidad de los tratamientos una vez que las y los pacientes hayan sido dados de alta. Algunos/as, incluso, se han trasladado con sus familias desde sus provincias de origen para atenderse en este hospital; llegan con sus historias clínicas y, muchas veces, la Casa de sus provincias interviene para ofrecer el andamiaje requerido para su traslado.

5.3.1 Inserción en la estructura, dotación y tareas

Este hospital, por haber sido de dependencia nacional hasta 1992, conserva todavía la estructura organizativa de aquel momento. Por esta razón, la Unidad de Nutrición depende directamente del Departamento de Medicina (que reporta a su vez a la Subdirección Médica y esta, a la Dirección del hospital). En esta estructura, los Departamentos de Servicio Social, de Alimentación y de Docencia e Investigación, por su parte, dependen directamente de la Dirección (ver en el Anexo la Figura 9. Caso C. Ubicación de la Unidad de Nutrición en el organigrama).

Como ya se consignó (cfr. Capítulo 4, sección 4.2), mientras que los casos A y B corresponden a divisiones de Alimentación, el Caso C aborda la Unidad de Nutrición. Se trata de un servicio que mantiene relación con la División de Alimentación del hospital, aunque desarrolla actividades diversas, con eje en los aspectos clínicos de pacientes ambulatorios/as o internados/as. El relevamiento para esta investigación incluyó la observación de las jornadas de trabajo, la participación en las rondas de pacientes y en ateneos semanales organizados por la Unidad.

5.3.2 Perspectiva de sus integrantes

La Unidad de Nutrición está reconocida formalmente en la estructura hospitalaria. Esto es destacado por las profesionales como algo sumamente importante porque fortalece la posición de la especialidad dentro del hospital y le brinda legitimidad. Como integrantes de la Unidad, sus profesionales han ganado espacio y reconocimiento. Junto con otros servicios, participan en las recorridas por las salas de internación.

Es una Unidad de Nutrición con nombramiento municipal, que no todas las unidades de Nutrición de los hospitales municipales lo tienen. Yo, por ejemplo, me enteré luego de trabajar siete años en la Unidad de Nutrición del hospital XX de que [la Unidad] no existía. Que no existía nombrada con artículo municipal. Esto está logrado en este hospital. Es un servicio que tiene presencia en las recorridas con incidencia mayor, menor y todos los bemoles. [Somos un servicio] que nos peleamos con el cirujano, con este, con el otro. Se nos respeta. Y eso es un terreno ganado que no hay que perder (Entrevista CCV 21).

El hospital, a diferencia de los anteriores, es de tercer nivel. Esto significa que se atienden aquí pacientes cuyos problemas de salud no pudieron ser resueltos por otros efectores de menor complejidad (centros de salud y hospitales generales de agudos). Por

lo tanto, quienes llegan para consulta —por lo general— ya fueron sometidos a intervenciones médicas previas.

Respecto del trabajo que la Unidad desarrolla en el hospital, tanto en conversaciones informales como en las entrevistas, las profesionales destacaron la ausencia de reglas, es decir, de prescripciones específicas sobre la tarea más allá de los protocolos o las guías de atención de la especialidad. Como consecuencia, gran parte de las iniciativas vinculadas al trabajo cotidiano dependen de la voluntad de las integrantes de la Unidad: “Al no haber reglas, todo depende de lo individual. Si viene otra persona que no tiene esta onda, no hay una regla o no se cumple. El funcionamiento va a ser totalmente distinto” (Entrevista CV 22).

En este marco, las entrevistadas se reconocen como “remadoras”, profesionales que “se arremangan los pantalones” frente a la diversidad de situaciones que deben resolver, que incluyen desde derivaciones con epicrisis incompletas o con muchas falencias, hasta el trato con organismos públicos (las casas de provincia, la Defensoría del Pueblo), de la seguridad social (obras sociales) y laboratorios. Este trabajo adicional, vinculado al intento de garantizar a las y los pacientes la provisión de los medicamentos y/o insumos que necesitará cuando salgan del hospital, es una actividad que podría considerarse no propiamente médica, pero configura la escena permanente a partir de la cual desarrollan sus prácticas en consultorio, en conversaciones informales, en ronda de pacientes o en ateneos. Este trabajo silencioso, arduo y cotidiano permite efectuar las altas médicas y evitar reinternaciones.

Surge de las entrevistas que quienes conforman la Unidad valoran esta arista del trabajo, que les permite reconocerse dispuestas a “remar en dulce de leche” (Entrevista CCV 21) y ser capaces de resolver problemas en pos de la mejora de la población que atienden. No coincidir en esta postura, sostuvieron, las expondría a un conflicto entre lo que sienten que éticamente deben hacer, aunque no sea específico de su labor hospitalaria.

En las conversaciones y entrevistas, se identificaron también dos frentes permanentes, uno interno y otro externo. El primero, intrahospitalario y vinculado a la interdisciplina —entendida como el trabajo cooperativo entre disciplinas (Benoist, 1983)—, se considera difícil de lograr, destacándose en algunos casos la desvalorización sentida hacia sus prácticas profesionales cuando son ignoradas por otros/as profesionales de la salud.

Para mí, el tema de trabajar en interdisciplina es bastante complejo. Acostumbrarse a que los cirujanos no piden interconsulta cuando tendrían que pedir. Que toman decisiones sobre lo que trabajamos nosotros sin tenernos en cuenta. Estas cosas [son] un poco desvalorativas de lo que hacemos nosotros (Entrevista CV 22).

La dificultad se extiende también a sectores como, por ejemplo, el Servicio Social, clave para garantizar la continuidad de los tratamientos o articular estrategias que aseguren un trato humanitario a pacientes que están sufriendo.

Creo que, muchas veces, interconsultamos muchas cosas más, que van mucho más allá de nuestra incumbencia como especialistas. Se me viene a la cabeza la paciente que tenía ese agujero en la panza, que le dolía, le salía el ácido clorhídrico. Bueno, nadie hacía nada. Estaba internada en [el Servicio de] Cirugía. Fuimos, hablamos con [el Servicio de] Cuidados Paliativos porque la señora tenía dolor. Le dolía el ácido clorhídrico que le caía en la panza. Vino XX, hicimos toda una movida para que la paciente estuviera mejor en una situación que no es específicamente nutricional (Entrevista CCV 21).

El frente externo es intersectorial, es decir, contempla la coordinación con instituciones de distintos sectores sociales para tratar los problemas vinculados, por ejemplo, a la salud (FLACSO, 2015, citado por OPS-OMS, 2017). Este frente está representado en la lucha con otros organismos públicos y las obras sociales, actores centrales para que las y los pacientes accedan a insumos y medicamentos necesarios, y sean dados de alta con buen pronóstico.

No es una cosa que vos vas y le decís: ‘Andate al [Programa de Diabetes de la Provincia de Buenos Aires] PRODIABA de tal localidad, que funciona bárbaro’. Por ahí, si ahora está la Dra. X, funciona bárbaro. Y el año que viene, [ella] se jubila, lo agarra el Dr. W y empieza a ser un desastre. La verdad es que un programa puede estar bueno, como el PRODIABA o el de Médico de Cabecera de la Ciudad de Buenos Aires. Pero depende mucho de quién lo maneja. Entonces, al paciente se le empieza a decir: ‘Venga hoy’. ‘Venga mañana’... ¡No! Bueno, esa es la pelea con el afuera: uno trata de hacer todo lo mejor posible. Hay que rehacer la historia clínica, se la hace. Hay que hacer de nuevo el pedido, se lo hace. Le piden el laboratorio la albúmina marcada, bueno... Si se puede, se hace (Entrevista CCV 21).

Además de los controles de salud de las y los pacientes ambulatorios/as o internados/as, la Unidad lleva adelante semanalmente la ya mencionada ronda de pacientes y los ateneos, cuyo objetivo central es pensar y decidir junto con otros/as los pasos a seguir con cada paciente. Estas actividades se hacen teniendo a la vista las fichas encarpadas y siempre actualizadas con los datos de cada paciente.

De la ronda de pacientes participan otras y otros profesionales del sector de Farmacia, del Servicio de Cirugía y, en ocasiones, de Enfermería y de Alimentación. En conjunto, se revisa la situación de cada paciente internado/a. En los ateneos, en cambio,

se discuten casos que requieren un escrutinio especial; o sea, no consisten en una actualización de datos —aunque a veces la incluyan— sino en tomar decisiones respecto de cómo seguir con el tratamiento de un paciente cuya afección presenta alguna clase de problemática singular y/o más compleja por el tipo de patología o la situación socioeconómica de la persona enferma.

5.3.2.1 Reglas: “... al no haber reglas, todo depende de lo individual”

Respecto de las reglas explicitadas en el marco normativo, como ya se señaló, la Unidad de Nutrición cuenta con un reconocimiento institucional formal por tratarse de un nosocomio de dependencia nacional en su origen. Esta circunstancia es valorada por las profesionales que se desempeñan allí.

Más allá de este nivel de formalización, la Jefa de la Unidad señaló la labilidad de las reglas en el Sistema de Salud y sus efectos sobre el trabajo. Enfatizó cómo sus prácticas dependían en gran medida de las personas que ocupan los cargos y no de normas o reglas explícitas. Si bien existen protocolos para el seguimiento de las patologías, el funcionamiento interno de cada sector del hospital no está normado. Esto lo mencionó también respecto de otros hospitales con los que la Unidad articula y de obras sociales. Para la entrevistada, son las personas y no las normas las que contribuyen al mejor funcionamiento de los servicios y, por lo tanto, al buen o mal seguimiento de pacientes.

Sin embargo, la Unidad cuenta con una regla interna no formalizada que organiza su funcionamiento. El eje principal es trabajar para garantizar los insumos y los medicamentos requeridos para una buena atención de la salud del o la paciente en el momento de su externación. En consonancia, se hacen y rehacen indicaciones, historias clínicas, órdenes y demás a fin de cumplir con requerimientos muchas veces altamente burocráticos. Se trata de un acuerdo interno, fundado en valores compartidos, que se traduce en un modo de trabajar clave, porque permite sortear eventuales obstáculos.

Si yo vengo un día acá y le digo: ‘Mirá, V. La verdad, esta paciente tiene PAMI La Rioja’. Y le digo [que] yo le voy a hacer una historia clínica para que la paciente se lleve, le hago los papeles... Y V me dijera: ‘No te corresponde nada. No hagas nada’, yo entraría en un conflicto entre lo que debo hacer y lo que me dice mi jefa. Pero acá tenemos todos más o menos el mismo pensamiento. Yo creo que eso es importante, tener más o menos la misma conducta (Entrevista CCV 21).

Cuadro 12. Categoría de las reglas: fragmentos ilustrativos de sus subcategorías en el Caso C.

Subcategoría de análisis	Entrevista	Fragmento ilustrativo
Iniciativas no regladas	Entrevista CV 22	“No hay reglas de ‘vos hasta acá hacés, pero más cosas no hagás’, salvo que uno vea que esa persona se está quemando haciéndolo. Por ejemplo, a ella, más de una vez, le dije que, en vez de citarle ocho pacientes, le citen menos. Porque ella da sobretorno, sobretorno... y había días de 14 pacientes, entonces, ¡pará un poco! (...) Porque uno tiene que ver si la otra persona se está quemando con lo que está haciendo en el trabajo”.
Iniciativas no regladas	Entrevista CCV 21	“... y además al ser nombrado este un hospital de derivación de tercer nivel, llegan los pacientes generalmente que no pudieron ser resueltos en otros lados, entonces a vos ya te llega el paciente todo desmenuzadito, le hicieron esto, lo conectaron por aquí, lo conectaron por allá... y a vos te llega eso... te llega en el último tramo, cuando ya le hicieron un montón de cosas que no funcionaron. Que vos no sabés si lo hicieron bien, si lo hicieron mal, si recibió el tratamiento adecuado, si le dieron alimentación parenteral... si no le dieron... generalmente. En muy pocos casos con una derivación como corresponde, con una epicrisis, con una ficha clínica que vos decís... bueno, lo operaron este día, le hicieron esto, se complicó... ¿viste? Con muchas falencias en la derivación de un paciente.”
Iniciativas no regladas	Entrevista CV 22	“... tiene que ver con la mirada integral del paciente, lo mismo ocupamos que consigan las insulinas porque la verdad es que no es función médica hacer que el paciente se movilice para conseguir sus tratamientos. No es específicamente médico en sentido estricto, no nos formamos para eso, no es eso que tenemos que hacer notas, darles recursos... decirles usted tiene que algún contacto político, úselo, estamos en una etapa preelectoral, no es una cuestión médica... estrictamente hablando. No me lo enseñó nadie. Es una cuestión de vida, de empatía.”
Iniciativas no regladas	Entrevista CV 22	“... a mí me parece que tiene que ver con ver al paciente como una persona, entonces si bien nosotros nos ocupamos de un pedacito de esa persona, cuando ves a la persona no podés menos que ir dándole pautas de cosas que van fuera de tu formación y que por lo tanto nadie te las enseñó.

Fuente: elaboración propia.

5.3.2.2 Comunidad de práctica: “Dudar y consultarlo con un colega”.

Empresa conjunta. Esta subcategoría destaca cómo los recursos y las exigencias son parte de las prácticas solo cuando han sido negociadas por los participantes. En el Caso C, como se explicó, cada paciente desafía a las profesionales a resolver tanto aspectos inherentes al tratamiento como otros vinculados a los procedimientos administrativos, que no son estrictamente médicos, pero sí necesarios para acceder a insumos y medicación. Este esfuerzo permanente y arduo dedicado a la resolución de problemas administrativos es una práctica incorporada a la Unidad a partir de identificar la situación de vulnerabilidad de muchas de las personas que concurren a la consulta y la importancia que esas cuestiones tienen para el éxito de los tratamientos.

Quando hay que tomar una decisión, hay que sopesar un montón de cosas: la realidad política; si el paciente tiene o no tiene cobertura social; si tiene cobertura social, empezar a ‘remar en dulce de leche’ para pelear, hacer notas para presentarse en la obra social. Si no tiene obra social, ¿cómo podemos hacer para que el paciente reciba la insulina? ... Hacemos notas para un lado, para el otro... Qué sé yo. Uno va, se va flexibilizando. A y B se formaron en la misma escuela, pero C y yo no. Y las cuatro somos muy parecidas en ese sentido. Hay que hacer esto y se hace. Punto. Hay que arremangarse el pantalón y hay que ir a hacer las indicaciones (algo que no nos corresponde por ser un médico interconsultor). Pero vamos y hacemos la indicación (Entrevista CCV 21).

Compromiso mutuo. Por otra parte, es a partir de la manera de entender su práctica profesional que participan e impregnan de sentido tareas administrativas y burocráticas que reconocen como centrales para el éxito de los tratamientos. La adopción de estas prácticas no se da por imposición, sino por la profunda convicción que es clave para alcanzar el objetivo que comparten: el bienestar de las y los pacientes.

Acá nos manejamos así, incluso con gente que no forma parte del grupo, pero que tiene que ver con nuestra tarea, como la gente de Salud Mental. Tenemos algún paciente complicado: llamamos a Salud Mental. Viene la psicóloga, charlamos de ese paciente. A veces viene la psicóloga y nos pregunta de qué se trata el paciente y por qué tenemos que hacerlo y demás. Y así con todos los servicios. Creo que, muchas veces, interconsultamos muchas cosas más, que van mucho más allá que nuestra incumbencia como especialistas (Entrevista CCV 21).

Cuadro 13. Categoría de la comunidad de práctica: fragmentos ilustrativos de sus subcategorías en el Caso C.

Subcategoría de análisis	Entrevista	Fragmento ilustrativo
Empresa conjunta	Entrevista CCV 21	“Está implícita. Yo entro acá y digo: ‘Hay una parenteral en cama 3’. Y la primera pregunta del grupo es: ‘¿Tiene obra social?’. ¿Por qué te pregunta si tiene obra social? Porque ya sabemos que tenemos que hacer el pedido, la historia clínica, etc. para que la cosa empiece a funcionar. Me parece que eso sí es algo que está implícito en Tere, en vos, en Flor (que es la más nueva, que también es proactiva que el otro día vino, se sentó...). ‘Tengo que aprender a hacer esto’, dijo. No dijo ‘hacelo vos’”.
Compromiso mutuo	Entrevista CV 22	“[Lo hacemos] sin mirar demasiado al costado, fuera de acá. Si nos ponemos a mirar al costado, fuera de acá... es lo que yo te digo. Yo veo a alguien, a mi paciente, que tiene una patología de x órgano digestivo y el colega que lo ve por x órgano digestivo no hace nada de eso... Yo me pongo a pensar: ‘Si ese no se movió para conseguirle tal cosa, ¿por qué tengo que moverme yo para conseguirle tal otra?’”. Entonces, no es que no lo veamos. Simplemente, esto [que hacemos] es lo que nos sale, [lo que] nos nace. Es casi una cuestión filosófica o vaya a saber qué. Es algo que tiene que ser así, sin vos mirar al otro”.

Fuente: elaboración propia.

5.3.2.3 División del trabajo: “... hay un gran estandarte que plantó X [la jefa]”

Circulación de conocimientos. Se ha ido generando un importante nivel de intercambio entre las profesionales de la Unidad sobre un amplio espectro de temas, que abarca desde cuestiones médicas hasta otras administrativas. Respecto de las primeras, en un clima de horizontalidad, comparten artículos para mantener el nivel de actualización que necesitan.

Yo formo parte de la ALAD, que es la red de profesionales de la Asociación Latinoamericana de Diabetes. Suben material, suben artículos. Alguien pide que necesita un artículo de algo y lo suben a la red. Y yo lo veo y, si me parece que es algo interesante, se los mando [a mis colegas]. Tenemos un grupo del hospital y lo compartimos (Entrevista CV 22).

En general, cuando uno ve un artículo bueno, se comparte. Y muchas veces lo leemos acá los viernes (Entrevista CCV 21).

Por otra parte, la complejidad de las patologías con las que trabajan las ha llevado a investigar, buscar y circular información entre ellas para resolver los problemas que se les presentan.

Yo no sabía nada de alimentación, de apoyo, de aporte nutricional en situaciones de falla intestinal. Yo tuve que ponerme a leer y a aprender. Y a incorporar un montón de conocimientos [sobre los] que yo no tenía ni idea. Es una situación clínica, muy poco reconocida a nivel mundial, y nosotros somos un hospital que recibe pacientes de ese tipo. A CC [una colega] le interesa mucho. Acá, en el grupo de trabajo, se ven muchos pacientes y no sé... Nos vimos obligadas a leer un montón para poder resolver el tema de los pacientes (Entrevista CCV 21).

A estas problemáticas complejas, propias de hospitales de tercer nivel, se suman aspectos sociales que profundizan aún más los cuadros que se atienden. Por eso, la circulación de conocimientos incluye la realización de trámites, la visualización de redes de derivación y los formatos de atención de cada nodo, llegando hasta la búsqueda activa de posibles traductores para la mejor atención de las y los pacientes. Por ejemplo, un paciente que viene de Paraguay, que llega con peritonitis luego de varias intervenciones, sin una historia clínica clara y con una epicrisis con escasa información, además de la complejidad de su estado de salud, presenta al hospital el desafío de encontrar alguien que pueda comunicarse con él en guaraní, ya que no habla castellano. Desde luego, esa búsqueda no parece propia del servicio de salud; sin embargo, si no se contempla, difícilmente podrá brindarse una atención apropiada.

Me parece que es la necesidad de obligarnos a trabajar con pacientes muy complejos, que uno desde la formación no tiene idea. Y que están viniendo cada vez más complejos. Y cada vez más de ese tipo de paciente. Y cada vez con menos recursos. Con mayor gravedad de la patología y menores recursos por parte del paciente. Recursos económicos, por un lado, y, a veces, sociales o personales (Entrevista CV 22).

Pacientes con tuberculosis, con virus de inmunodeficiencia humana (VIH), adicciones o intentos de suicidio, recurren a este hospital con historias clínicas incompletas, sin cobertura de obra social (o con una que no responde a sus necesidades). Algunos/as pacientes no quieren dejar el hospital porque no pueden acceder a las bolsas adecuadas para sus colostomías, mientras que otros/as postergan sus operaciones de manera indefinida con el consecuente impacto negativo en su salud.

Estos y más son los temas que las profesionales de la Unidad deben tener en consideración cuando realizan su ronda de pacientes, desarrollan ateneos o conversan con colegas de otros servicios.

En este contexto, el Caso C mostró una circulación ágil de la información, no solo en el equipo de la Unidad sino también con la red profesional más amplia con que interactúa frecuentemente. Para ello, se usan teléfonos móviles y aplicaciones como WhatsApp para circular imágenes, formular consultas, sintetizar aspectos clínicos que motivan una interconsulta y hasta anticipar los costos que deberá afrontar la o el paciente después de recibir su alta médica.

Como se dijo, la relevancia de la temática social en este caso, a diferencia de los anteriores, se debe a que se trata de un hospital de referencia al que acuden por problemas muy específicos de salud tanto pacientes de otras provincias como de países limítrofes. Esto, que no ocurre en los casos anteriores por la característica de los respectivos hospitales, introduce un nivel de complejidad nuevo, vinculado a los costos adicionales que pacientes y familias deben afrontar para costear los tratamientos. En el caso de las familias, son erogaciones vinculadas a la permanencia en otra provincia o país por un tiempo a veces prolongado; en el caso del o la paciente, relacionadas con el traslado a su lugar de origen y el seguimiento de su patología una vez dada el alta y el acceso a los insumos y medicamentos que requerirá. Por ello, la necesidad de una evaluación muy precisa respecto de las condiciones con las que cuenta cada paciente en el momento de su alta es clave para evitar reinternaciones y configura el eje de análisis permanente en los intercambios formales e informales del equipo que integra la Unidad.

Las entrevistas fueron ocasión de subrayar la importancia del Servicio de Enfermería y su presencia permanente. Una de las profesionales contó que un paciente, antes de dejar la internación, le dijo a su enfermera mientras la abrazaba: “Usted es como mi mamá”. Es que nadie —excepto el personal de Enfermería— había hablado con él durante su convalecencia. Algo similar ocurre con las nutricionistas, quienes buscan permanentemente formas de alimentación más placenteras y accesibles, incluyendo formulas artesanales, que contemplen los gustos y las limitaciones económicas de a quien será dada el alta.

Transmisión de conocimientos. La jefatura acompaña con conocimientos y experiencia las prácticas de salud que su nivel de complejidad requiera. Los saberes se transfieren de manera ágil y, si bien hay un reconocimiento explícito de los roles

organizacionales, entrevistas, observaciones y conversaciones informales pusieron de manifiesto una horizontalidad a la hora de compartir información, proponer estrategias para los tratamientos o alternativas para la resolución de los problemas.

Siempre, X [la Jefa] me dio mi lugar. Y a la par de ella, me enseñó, me pasó todos los conocimientos que me pasó y que yo pude incorporar. Pero siempre a la par. Y me parece que esa sí es una regla del servicio: el respeto al otro profesional, el escuchar al otro, el saber que podemos pensar diferente. El objetivo del servicio es que el paciente mejore (Entrevista a CCV 21).

Yo calculo que tengo que aprender un montón de cosas. Pero hay un gran estandarte que plantó X [la jefa], que seguiremos los mismos lineamientos (Entrevista a CCV 21).

La transmisión de conocimientos provenientes de otros profesionales del hospital y/o del vínculo con asociaciones externas a la institución —por ejemplo, la Sociedad Argentina de Diabetes o la ya mencionada ALAD— fueron mencionadas como instancias valiosas para acceder a conocimientos específicos para el tratamiento de las patologías a través de un espacio formativo y de pertenencia de calidad.

X dio un curso en la Sociedad Argentina de Diabetes y quiso convocar a una nutricionista de acá. Y esa persona fue, preparó la clase codo a codo con X. Cada diapositiva que hacía, la consultaba. Terminaron dando una clase muy buena (Entrevista CV 22).

Supervisión. En los intercambios destinados a decidir cuál será el tratamiento ofrecido a cada paciente, se reconoce y valora el saber que cada profesional puede aportar. Tales contribuciones no se limitan a un momento específico del tratamiento, sino que abarcan también el acompañamiento y seguimiento de la práctica desarrollada. Esto pudo escucharse en las entrevistas y observarse en la ronda de pacientes y los ateneos. Por otra parte, la especificidad de la práctica en esta institución de tercer nivel promueve la búsqueda constante de información actualizada y la implementación de iniciativas diversas para resolver los casos que se presentan.

Creo que es el día a día. Dudar y consultarlo con un colega. Decir: ‘Che, esto no me sale’. [Y que te respondan:] ‘Bueno, vamos a practicarlo’. Yo venía de hacer [Diabetes Mellitus] DBT y estaba ‘re segura’. Y si bien Alimentación lo había estudiado, no tenía gran práctica. Entonces, aparte del apoyo nutricional, tanto V como T estuvieron ahí, ‘al pie del cañón’, diciendo: “Bueno, vamos a hacerlo. Fíjate esto...”. Es el apoyo de otros colegas y el día a día, el ir y ver... (Entrevista CCV 21).

Cuadro 14. Categoría de la división del trabajo: fragmentos ilustrativos de sus subcategorías en el Caso C.

Subcategoría de análisis	Entrevista	Fragmento ilustrativo
Circulación	Entrevista CCV 21	“En general, cuando uno ve un artículo bueno, se comparte. Y muchas veces lo leemos acá los viernes”.
Transmisión	Entrevista CV 22	“Porque me parece que, a la hora de dar una opinión en una recorrida, a la hora de que el paciente viene descompensado, las cosas salen bien cuando uno aporta el granito de arena que constituyen nuestras dos especialidades, que son la nutrición y la DBT. Atravesan todas las enfermedades. [Eventualmente] el paciente se muere, se complica, va a paliativos La evolución de su enfermedad sigue como tiene que seguir. Pero bueno, la parte que nos corresponde a nosotras, en general la resolvemos y somos un equipo. Un equipo chiquitito, pero que estamos siempre al pie del cañón, resolviendo, resolviendo, resolviendo”.
Transmisión	Entrevista CV 22	“Hace algunos años, [ante] pacientes así, con [patologías de complejidad], de otros lados, se contactaban los colegas. Nos preguntaban. Nosotros les tirábamos <i>tips</i> y demás. Ahora, directamente los mandan para acá, a como sea. O el paciente viene directamente. Por eso, a mí, me parece que no es menor esta cuestión de recursos, porque ahora que tenemos más comunicación de la que teníamos diez, quince años atrás, alguien inclusive podría hacer [una consulta] vía Skype. Alguien te podría contar [sobre] un paciente, pero lo derivan por una cuestión de costos. La medicina es mucho más costosa. Entonces, hay criterios que se manejan diferente en otros lados. No necesariamente nosotros hacemos las cosas mal. Muchas veces lo hacen mal en otros lados. Operan al paciente desnutrido y el paciente se complica. Acá, a lo mejor, está un mes, mes y medio, hasta que se pone en condiciones. Aquí hay pacientes que vinieron destruidos”.
Transmisión	Entrevista CCV 21	“Yo venía en el hospital XX. Nosotras íbamos por un lado y, por el otro, las nutri[cionistas] y nunca jamás nos cruzábamos en el hospital. Nada. Eran dos servicios totalmente diferentes. Cuando llegué acá, la articulación ya funcionaba. Cuando hablo con las ‘nutri’ que rotan en el hospital, me dicen: “La verdad, está buenísimo como se labura en este hospital, como interactúan con nosotras. Yo me llevo una cosa

Subcategoría de análisis	Entrevista	Fragmento ilustrativo
		buenísima que en mi hospital no lo tengo. Nada que ver, los médicos nutrólogos no nos dan ni bola'. A mí, me parece que eso es algo 're' loable de acá".

Fuente: elaboración propia.



CAPÍTULO 6

RESULTADOS, UNA MIRADA COMPARATIVA DE LOS CASOS.

DISCUSIÓN

Luego de haber mostrado los resultados correspondientes a cada uno de los tres casos estudiados, se ofrece a continuación una mirada comparativa con el objeto de identificar regularidades o particularidades. Las categorías y subcategorías organizan la presentación.

6.1 Acerca de las reglas

Más allá de las reglas formalizadas que regulan las actividades de cada servicio o sector de los hospitales, se observa un conjunto de prácticas no establecidas formalmente (reglas no formalizadas) que cumplen, sin embargo, un papel central a la hora de favorecer el trabajo colaborativo entre profesionales y brindar oportunidades de aprendizaje.

Las prácticas formalizadas en los casos A y B, que son divisiones de Alimentación, consisten en tareas asistenciales en consultorio externo y en las salas de internación, y en la articulación con el sector de Cocina para la producción y administración de alimentos. Incluyen también acciones hacia la comunidad de prevención de enfermedades, o sea, actividades con eje en la Salud Pública. En el Caso C, una Unidad de Nutrición conformada por médicas especializadas en Nutrición, la tarea se enfoca en la atención de pacientes ambulatorios/as o internados/as.

Si bien solo en el Caso A se menciona la participación de voluntarias, en los tres se mencionan aspectos inherentes al formato organizativo, destacando cierto desconocimiento en la forma y en los criterios de organización del hospital respecto de por qué reportan a la Subdirección Técnico Administrativa (Caso B) o a la situación formal del servicio en el que se desempeñaban (Caso C). Se alude también en los casos A y B a cierta discrecionalidad —por parte de otros sectores— a la hora de cumplir con sus obligaciones, mientras que, en el Caso C, se menciona explícitamente cómo el

formato organizativo deja librado a la decisión de cada profesional la adscripción al cumplimiento de sus obligaciones.

Otros aspectos organizacionales (por ejemplo, el formato de organización del sector de internación según el nivel de complejidad y no según el servicio médico interviniente en el Caso B, o el tamaño de los hospitales o servicios en los casos A y B) son destacados por favorecer un intercambio ágil entre las y los profesionales. En los tres casos, se menciona directamente (o puede inferirse) un importante nivel de autonomía a la hora de: diseñar algunas de sus prácticas; dar formato a los talleres que se dictan; incorporar un sistema de rotulación (casos A y B); y pensar algunas estrategias que permitan en las y los pacientes dar continuidad a sus tratamientos (Caso C), evidenciando distintos niveles de creatividad para vencer obstáculos.

Por otra parte, se evidencian dificultades de diferente nivel, que incluyen desde problemas para alcanzar un verdadero trabajo interdisciplinario como consecuencia de la hegemonía de una mirada biomédica y la consecuente desvalorización de otros aportes disciplinares (casos A, B, C), hasta obstáculos para resolver casos complejos con los escasos recursos del hospital y del o la paciente (Caso C), teniendo que apelar a la red de cobertura disponible (obras sociales, casas de las provincias) y amoldar las prescripciones médicas a las limitaciones existentes. Todo esto deja en evidencia contradicciones dentro de los hospitales, entre su finalidad última y la fragmentación de los servicios, y entre el Sistema de Salud y sus límites internos y externos para la efectividad de los tratamientos.

La creatividad que los equipos profesionales estudiados despliegan para resolver estas contradicciones se sustenta en la libertad que el hospital les ofrece para su desempeño y que es promovida por la complejidad de los casos y la vulnerabilidad de las y los pacientes. La situación y condiciones de la población atendida, junto con una escasa disponibilidad de recursos, impulsa a las y los profesionales a probar nuevas estrategias y procedimientos. Las prácticas formalizadas como reglas en el marco normativo contemplan solo una parte del trabajo, en tanto que los acuerdos alcanzados internamente, no formalizados, aparecen expresados en iniciativas consideradas por las profesionales implicadas como un desafío y una fuente de aprendizaje (Caso A y B).

De acuerdo con los resultados referidos en el Capítulo 5, a partir de las observaciones y de las entrevistas realizadas, se relevó en los servicios investigados una alta valoración de las prácticas no formalizadas que resultaron del aporte de integrantes que desempeñaban roles diversos (o sea, no necesariamente de la jefatura). Así lo

ilustran ejemplos como el sistema de rótulos descrito en el Caso A, el “machete” con información relevante para el diagnóstico del Caso B, y los conocimientos sobre las obras sociales y las diligencias y los formularios correspondientes que estas solicitan para que las y los pacientes cuenten con los insumos que sus tratamientos demandan.

Las prácticas nuevas no formalizadas se adoptan con un alto nivel de compromiso y su cumplimiento debe regularse internamente para evitar, como en el Caso C, sobre exigencias: la atención y/o el seguimiento del o la paciente funciona siempre como el eje que motoriza los intercambios y organiza la distribución del trabajo.

En los casos A y B, que contaban con concurrentes y residentes respectivamente, las rotaciones por diferentes hospitales de las y los profesionales noveles, en el marco del Programa de Formación del Sistema Nacional de Residencias y Concurrencias, favoreció la circulación de conocimientos, técnicas y estrategias, renovando las prácticas habituales y generando nuevas reglas de trabajo. Algo análogo sucedió a partir del intercambio entre profesionales de planta para el diseño y la coordinación de los talleres y las capacitaciones descritos en los casos A y B, y en los ateneos mencionados en los casos B y C. En todos, el intercambio promovió la difusión de conocimientos, al mismo tiempo que motorizó la participación y el trabajo interprofesional con otras áreas del hospital y estimuló la elaboración de reglas internas, por ejemplo, vinculadas a talleres. Pudieron observarse también la resignificación de prácticas, apalancada por la búsqueda de respuestas frente las necesidades de las y los pacientes.

El Cuadro 15 presenta de manera comparada fragmentos ya señalados en los resultados de cada caso con el objeto de evidenciar las regularidades y particularidades.

Cuadro 15. Categoría de las reglas: iniciativas regladas y no regladas identificadas en las entrevistas.

Subcategoría de análisis	Caso	Entrevista	Fragmento ilustrativo
Iniciativas regladas (formalizadas y contenidas en el marco normativo)	A	Entrevista AMB 14	“Las tareas que el servicio debe desarrollar son fundamentalmente asistenciales (internación y consultorio externo) y articulando con el sector de Cocina para la producción y administración de alimentos”.

Subcategoría de análisis	Caso	Entrevista	Fragmento ilustrativo
Iniciativas regladas (formalizadas y contenidas en el marco normativo)	A	Entrevista ALC 12	“Me fui quedando. Venía siempre dos veces por semana para el Taller y luego participaba en el consultorio de Obesidad, hasta que en 2017 concursé y entré en el Servicio”.
Iniciativas regladas (formalizadas y contenidas en el marco normativo)	A	Entrevista ALC 12.	“Hay cosas que en la Facultad no viste, o en un curso no ves y acá surgen cosas que son raras [refiriéndose al tipo de patologías]”.
Iniciativas regladas (formalizadas y contenidas en el marco normativo)	A	Entrevista AM 15	“Entonces, como que un poco a partir que ella, fue ahí [que] vimos cómo se trabajaba ahí y vimos qué se podía hacer acá. Y, de hecho, ahora, había un paciente en terapia [para el] que nos pedían [dieta] hiperproteica. Todo híper, híper y no le pasaban ningún alimento. Y entonces, no iba a mejorar nunca. No, [porque] si no te lo pasan... Armaron un curso para Enfermería, para ponerse de acuerdo con Enfermería. Se dieron dos cursos para los que estaban a la mañana, a los de la tarde y a los de los fines de semana. La capacitación a todos. Pero este fin de semana, B decía que hay una paciente a la que no le pasaban el alimento”.
Iniciativas regladas (formalizadas y contenidas en el marco normativo)	A	Entrevista AMB 14	“Hacía mucho que [las licenciadas en Nutrición] solo venían [como voluntarias] a hacer consultorio y terminaron sumándose”.
Iniciativas regladas (formalizadas y contenidas en el marco normativo)	B	Entrevista BR 20	“Creo que no sabían dónde ponernos y nos pusieron dependiendo del Departamento Técnico [Administrativo]”
Iniciativas regladas (formalizadas y contenidas en el marco normativo)	B	Entrevista BU 17	“[En hospitales más grandes,] son muchos pacientes. Son muchas salas. Nosotros [en este hospital] pasamos por una experiencia distinta. Tenemos ese tiempo de ponernos a fondo con el

Subcategoría de análisis	Caso	Entrevista	Fragmento ilustrativo
marco normativo)			paciente y hasta tener un detalle un poco más profundo [de su caso] [Podemos] manejar las patologías, quizá, de una forma más profunda. En otros hospitales, no hay esos tiempos y, de alguna manera, el día a día [hay que] ir trabajándolo distinto. Al ser hospitales más grandes, las relaciones [entre profesionales] también son más complejas. Nosotros siempre estamos de alguna manera pasando por al lado [de otros especialistas] y sacándonos las dudas. En un hospital mucho más grande, la primera barrera que tenés es la distancia. Para que te imagines, significa subir dos o tres pisos, o bajar dos o tres pisos, no encontrar al personal que querías encontrar... Es mucho más complejo. Es otro sistema”.
Iniciativas regladas (formalizadas y contenidas en el marco normativo)	C	Entrevista CCV 21	“Es una Unidad de Nutrición con nombramiento municipal, que no todas las unidades de Nutrición de los hospitales municipales lo tienen. Yo, por ejemplo, me enteré luego de trabajar siete años en la Unidad de Nutrición del hospital XX de que [la Unidad] no existía. Que no existía nombrada con artículo municipal. Esto está logrado en este hospital. Es un servicio que tiene presencia en las recorridas con incidencia mayor, menor y todos los bemoles. [Somos un servicio] que nos peleamos con el cirujano, con este, con el otro. Se nos respeta. Y eso es un terreno ganado que no hay que perder”.
Iniciativas regladas (formalizadas y contenidas en el marco normativo)	B	Entrevista BR 20	[La internación en este hospital se organiza según el nivel de complejidad] “Cuando entré, ya era así. Siempre fue un estandarte que tenemos (...) Favorece lazos de respeto mutuo más estrechos”.
Iniciativas no regladas (ni formalizadas ni incluidas en el marco normativo)	C	Entrevista CV 22	“Al no haber reglas, todo depende de lo individual. Si viene otra persona que no tiene esta onda, no hay una regla o no se cumple. El funcionamiento va a ser totalmente distinto”.
Iniciativas no regladas (ni formalizadas ni	A	Entrevista ALU 13	“Se termina resolviendo el día a día y haciéndose lo que se puede. No hay un proyecto que se pueda continuar”.

Subcategoría de análisis	Caso	Entrevista	Fragmento ilustrativo
incluidas en el marco normativo)			
Iniciativas no regladas (ni formalizadas ni incluidas en el marco normativo)	A	Entrevista AL1	“Creo que, con los recursos que hay, se hace lo que se puede. Creo que, en algún punto, la rutina (...) son cosas básicas que hay que hacer. El tema es que no se hace mucho más. Creo que, igual, evolucionó mucho más el tema de los pacientes. El día que hicimos algo distinto y estuvo bueno, preparamos un módulo, que es poner proteínas aparte, una fórmula artesanal que antes, en sus inicios, era así y se la adaptamos porque no había”.
Iniciativas no regladas (ni formalizadas ni incluidas en el marco normativo)	A	Entrevista AM15	“Cuesta mucho la parte de alimentación enteral. Ahora, lo que se hace es que armamos nosotras los rótulos, el volumen, cuántas tomas, y las chicas que están a la tarde controlan que eso se pase. Esto surgió porque tenemos una concurrente, S, que estuvo rotando en el [Hospital] X y allí tenían un sistema. Y entonces, a partir de que ella fue allí y vimos cómo se hacía allí, empezamos a hacerlo”.
Iniciativas no regladas (ni formalizadas ni incluidas en el marco normativo)	A	Entrevista AMB 14	“[Nos preocupaban] cuestiones que iban surgiendo de los mismos pacientes. Tuvimos un grupo el segundo o tercer año [de mujeres] muy demandantes, muy manejadoras. El tipo de personalidad de esas chicas, que venían al taller todo el tiempo, nos generaba interrogantes. Faltaban o llegaban tarde. Entonces, empezamos a plantear esto no está bien, porque la obesidad también tiene que ver con una cuestión de falta de límites y [la creencia en] que todo da lo mismo ... A raíz de todo eso, hicimos un consentimiento informado. También fue un lío bárbaro: nos juntamos con el Comité de Ética, pedimos permiso para sacar fotos, que los datos los podamos utilizar para hacer un trabajo retrospectivo o prospectivo, si ellos nos autorizan”.
Iniciativas no regladas (ni formalizadas ni	A	Entrevista AMB 14	[En una charla a estudiantes que comienzan una pasantía] “En el grupo de Taller de Obesidad hay médicos nutricionistas y

Subcategoría de análisis	Caso	Entrevista	Fragmento ilustrativo
incluidas en el marco normativo)			licenciadas en nutrición. Van a ver que no son necesariamente las personas que están acá. Hay también gente que viene ad honorem desde hace mucho tiempo”.
Iniciativas no regladas (ni formalizadas ni incluidas en el marco normativo)	A	Entrevista AMB 14	“Esa evaluación [que se le hace cada participante] consiste en una evaluación de hábitos. Es una encuesta que la fuimos diseñando, donde [cada parámetro] tiene un puntaje, como si fuera un <i>test</i> de las revistas. Cada una [de las preguntas] tiene un puntaje sobre 10 puntos para determinar si es una alimentación pésima o muy buena, y esta encuesta de hábitos la volvemos a repetir cuando terminan, para ver si incorporaron hábitos o no. Si pudieron modificar hábitos o no y le volvemos a repetir esta encuesta que les decía, de la OMS, que le hacíamos en la entrevista inicial para ver qué pasó con el estado anímico”.
Iniciativas no regladas (ni formalizadas ni incluidas en el marco normativo)	A	Entrevista AMB 14	“Vas tanteando y buscando. Y eso nos motiva. Por lo menos, a los que estamos ahí. ... Vamos probando y cambiando. El paciente te va diciendo”.
Iniciativas no regladas (ni formalizadas ni incluidas en el marco normativo)	A	Entrevista AMB 14	“Como siempre se incorpora gente, siempre hacemos cambios. Antes, por ejemplo, dictábamos clases magistrales en los talleres y, gradualmente, luego de haber evaluado muchos estas charlas, cambiamos”.
Iniciativas no regladas (ni formalizadas ni incluidas en el marco normativo)	B	Entrevista BM19	“El hospital público te da lugar a que hagas muchas cosas sin [imponerte] tiempos. Sin esa cosa de decir ‘¿tiene obra social o no tiene obra social?’, ‘¿va a pagar o no va a pagar?’. Es completamente distinto y, además, te encontrás con gente más vulnerable y con otras necesidades. Y entonces el aprendizaje —a mí me parece— de lo social no tiene comparación”.
Iniciativas no regladas (ni formalizadas ni incluidas en el	B	Entrevista BS18	“Siempre que un profesional residente hace una rotación y vuelve a su hospital de base, tiene que presentar un ateneo con lo que aprendió. Cuando volví del [Hospital] XX de [la Unidad de]

Subcategoría de análisis	Caso	Entrevista	Fragmento ilustrativo
marco normativo)			Terapia [Intensiva], presenté todo un ateneo de algo muy específico, que es el síndrome de realimentación, que es cuando a los pacientes se los alimenta muy rápidamente después de un período de ayuno prolongado. Armé el ateneo, lo presenté y armé un resumen de lo que consideraba más importante. Y entonces, por ejemplo, hice unas fotocopias para cada uno [de los asistentes] y para el corchito [de la cartelera] que tenemos en el ateneo y allí tenemos una copia de eso. Y después hicimos un ateneo para otras disciplinas. Lo presentamos en [el Servicio de] Clínica Médica para que ellos también estén empapados y sepan que existe. Quizá no lo tenían tan fresco. Y ahora vienen y te dicen: ‘Tiene riesgo de síndrome, ¿no?’”.
Iniciativas no regladas (ni formalizadas ni incluidas en el marco normativo)	C	Entrevista CCV 21	“Si yo vengo un día acá y le digo: ‘Mirá, V. La verdad, esta paciente tiene PAMI La Rioja’. Y le digo [que] yo le voy a hacer una historia clínica para que la paciente se lleve, le hago los papeles... Y V me dijera: ‘No te corresponde nada. No hagas nada’, yo entraría en un conflicto entre lo que debo hacer y lo que me dice mi jefa. Pero acá tenemos todos más o menos el mismo pensamiento. Yo creo que eso es importante, tener más o menos la misma conducta”.
Iniciativas no regladas (ni formalizadas ni incluidas en el marco normativo)	C	Entrevista CV 22	“No hay reglas de ‘vos hasta acá hacés, pero más cosas no hagas’, salvo que uno vea que esa persona se está quemando haciéndolo. Por ejemplo, a ella, más de una vez, le dije que, en vez de citarle ocho pacientes, le citen menos. Porque ella da sobretorno, sobretorno... y había días de 14 pacientes, entonces, ¡pará un poco! (...) Porque uno tiene que ver si la otra persona se está quemando con lo que está haciendo en el trabajo”.
Iniciativas no regladas (ni formalizadas ni incluidas en el marco normativo)	C	Entrevista CCV 21	“Creo que, muchas veces, interconsultamos muchas cosas más, que van mucho más allá de nuestra incumbencia como especialistas. Se me viene a la cabeza la paciente que tenía ese agujero en la panza, que le dolía, le salía el ácido clorhídrico. Bueno, nadie hacía nada. Estaba internada en [el Servicio de] Cirugía. Fuimos, hablamos con [el Servicio de] Cuidados Paliativos porque la

Subcategoría de análisis	Caso	Entrevista	Fragmento ilustrativo
			señora tenía dolor. Le dolía el ácido clorhídrico que le caía en la panza. Vino XX, hicimos toda una movida para que la paciente estuviera mejor en una situación que no es específicamente nutricional”.
Iniciativas no regladas (ni formalizadas ni incluidas en el marco normativo)	C	Entrevista CCV 21	“Más que nada por una cuestión de no formación, no porque constituyera un obstáculo. Me parece que es la necesidad de obligarnos a trabajar con pacientes muy complejos, que uno desde la formación no tiene idea. Y que están viniendo cada vez más complejos. Y cada vez más de ese tipo de paciente. Y cada vez con menos recursos. Con mayor gravedad de la patología y menores recursos por parte del paciente. Recursos económicos, por un lado, y, a veces, sociales o personales”.
Iniciativas no regladas (ni formalizadas ni incluidas en el marco normativo)	C	Entrevista CCV 21	“No es una cosa que vos vas y le decís: ‘Andate al [Programa de Diabetes de la Provincia de Buenos Aires] PRODIABA de tal localidad, que funciona bárbaro’. Por ahí, si ahora está la Dra. X, funciona bárbaro. Y el año que viene, [ella] se jubila, lo agarra el Dr. W y empieza a ser un desastre. La verdad es que un programa puede estar bueno, como el PRODIABA o el de Médico de Cabecera de la Ciudad de Buenos Aires. Pero depende mucho de quién lo maneja. Entonces, al paciente se le empieza a decir: ‘Venga hoy’. ‘Venga mañana’... ¡No! Bueno, esa es la pelea con el afuera: uno trata de hacer todo lo mejor posible. Hay que rehacer la historia clínica, se la hace. Hay que hacer de nuevo el pedido, se lo hace. Le piden el laboratorio la albúmina marcada, bueno... Si se puede, se hace”.

Fuente: elaboración propia.

6.2. Acerca de la comunidad de práctica

En las entrevistas y las observaciones, pudo identificarse cómo la complejidad clínica de la patología, y psicológica y/o social del o la paciente, condujo a las y los

profesionales a vincularse con otros actores institucionales con el objetivo de lograr una mayor efectividad en sus prácticas. Esto pudo observarse, por ejemplo y no solamente, en el diseño y la coordinación de talleres (Caso A), en los “ateneos de consenso” (Caso B) y en los intercambios con colegas, casas de provincias y obras sociales (Caso C). Este trabajo colaborativo genera un repertorio de recursos compartidos y es vivido como desafiante, estimulante y proveedor de aprendizajes, en contraste con las tareas repetitivas que las prácticas rutinarias suponen y que no siempre se traducen en la mejoría de la persona atendida.

Esta búsqueda constante de respuestas ante cada desafío contribuye a forjar la identidad de las divisiones y la unidad estudiadas. La atención puesta en el cuidado de cada paciente en situación de vulnerabilidad y el afán por brindar respuestas efectivas desbordan los límites de cada servicio e irradian a otras y otros profesionales del hospital con quienes se vinculan para dar respuesta a quienes consultan.

El Caso C muestra cómo el equipo debe autorregular la responsabilidad y el compromiso mutuo asumido mientras sostienen una identidad forjada al calor del esfuerzo cotidiano por garantizar la provisión de insumos y medicamentos a la población que atiende. Los códigos compartidos operan consolidando la responsabilidad del equipo profesional, incluso más allá de los límites del propio servicio, entrando en contacto con obras sociales y organizaciones gubernamentales. Tener “la misma escuela” —aunque, en rigor, pertenecen a generaciones diferentes y poseen trayectorias diversas— pareciera expresar una forma compartida de entender su práctica que, además, alivia los dilemas que enfrentan a diario.

Al respecto, resulta clave el apoyo de la jefatura para el desarrollo de estas prácticas conceptualizadas como no estrictamente médicas (redactar cartas, transcribir recetas u órdenes, hablar con otros sectores del hospital por temas ajenos a su especialidad) que, aunque exceden la incumbencia profesional, son éticas frente al sufrimiento del o la paciente. Así, de modos diversos, se configura una sensación de pertenencia. Son quienes pueden “remar en dulce de leche” (CC 21) en el Caso C. Son las personas responsables de ese espacio donde “se cocinan cosas” (BMA12) en el Caso B. Son el equipo que habita “el espacio que hemos ganado” (ALC12) en el Caso A.

En esta línea, las profesionales del Caso A expresan su responsabilidad y proyecto compartido o empresa conjunta en el diseño de los talleres de Sobrepeso y Obesidad: ante una temática compleja y desafiante, lejos de paralizarse, se sienten impulsadas a buscar perspectivas, estrategias y recursos que recrean año a año, comprometidas con

una mejora continua de la propuesta. Lo mismo ocurre en el Caso B con el trabajo que desarrollan en colaboración con los servicios de Kinesiología o Fonoaudiología (entre otros) para mejorar la condición de las y los pacientes, especialmente de quienes estuvieron intubados o padecen trastornos neurocognitivos.

Los ateneos y las jornadas hospitalarias, más allá de sus objetivos explícitos, terminan promoviendo vínculos y consolidando acuerdos que irradian sobre las prácticas profesionales cotidianas. Son ámbitos que dan lugar y/o consolidan vínculos que se sostienen y cimentan luego de un trabajo compartido con foco en los tratamientos y las indicaciones a la población atendida.

Los puentes que se tienden más allá de la propia división o unidad, y la construcción de relaciones con actores extrahospitalarios (referentes de áreas de obras sociales y otras entidades) son promovidos por las profesionales del Caso C, principalmente cuando se trata de atender a pacientes con un alto grado de deterioro que llegan al hospital con requerimientos múltiples y heterogéneos que vuelven aún más complejos sus tratamientos.

A esta articulación, se suman otras similares en los casos A y B: en el primero, por ejemplo, el vínculo con talleristas, profesores/as de gimnasia y danzas que el mismo hospital promueve; en el segundo, con Centros de Jubilados, bibliotecas barriales y programas de actividad física del Gobierno de la CABA avanza en la misma dirección. De esta manera, se crean estrategias a partir de las relaciones que se van consolidando con otras áreas e interlocutores, generando alternativas e improvisando variaciones cuando estas son requeridas como, por ejemplo, la relocalización de consultorios de Nutrición para estar más cerca de la médica clínica especializada en obesidad (Caso A), los protocolos internos para unificar criterios y, entonces, diagnosticar e intervenir ante casos de diarrea (Caso B), y la realización de interconsultas para la mejor atención del o la paciente más allá de la especificidad disciplinar (Caso C).

En los tres casos, se destaca la dificultad de trabajar con el equipo médico (Caso B), la necesidad de pensar permanentemente cómo aportar conocimientos específicos sin confrontar frontalmente con él y poder participar de la confección de las historias clínicas (dónde faltan indicaciones señaladas por las y los profesionales, pero no escritas) (Caso A), la incomodidad por los cambios inconsultos de prescripciones de las y los colegas (Caso C). En los casos A y B, se menciona además la necesidad de demostrar permanentemente aquello que la División puede aportar a los tratamientos, lo

cual constituye un esfuerzo cotidiano para dejar en evidencia la contribución de su disciplina.

Como con la categoría de las reglas, el Cuadro 16 presenta algunos fragmentos recogidos en los resultados de los casos sobre la categoría de comunidad de práctica y sus subcategorías (repertorio compartido, empresa conjunta y compromiso mutuo).

Cuadro 16. Categoría de la comunidad de práctica: repertorio compartido, empresa conjunta y compromiso mutuo.

Subcategoría de análisis	Caso	Entrevista	Fragmento ilustrativo
Repertorio compartido	B	Entrevista BR 20	“Ahora tenemos un equipo —por ejemplo, los residentes— que va rotando por [el área de] Adulto Mayor. Van con la médica gerontóloga, y hacen el pase de sala y la recorrida de sala juntos. Eso es interesante. Eso sería ideal para todos [los profesionales]. Pero bueno, no hay posibilidades desde el punto de vista administrativo, porque tenemos otros horarios. Porque a las 9:30 tenemos que estar entregando las planillas con la alimentación de los pacientes; si no, Cocina no llega a cocinar. Tenemos tiempos diferentes y los médicos terminan a las 11:30. Para nosotros, [ese horario] ya es tarde”.
Repertorio compartido	B	Entrevista BU 17	“Por ejemplo, el protocolo de diarrea. No había manera de ponernos de acuerdo con diarrea. Y nosotros dijimos: ‘Bueno, vamos a definir qué es diarrea. Vamos a definir cómo proceder con la diarrea, si cortarle el alimento, si lo vamos a bajar, si lo vamos a dejar igual’. Y empezamos así a trabajar. Formamos un protocolo, trabajamos con [el Servicio de] Terapia Intensiva. Los enfermeros formaron parte de ese protocolo”.
Repertorio compartido	B	Entrevista BOS 12	“Nosotros en el hospital tenemos distintos regímenes de comidas y muchas veces el médico, cuando indica algo, no sabe lo que está indicando. Entonces, uno de los ateneos que dio N el año pasado fue sobre eso: qué regímenes tiene el Servicio, para qué se usa cada régimen, cómo sale cada régimen... Y entonces, charlamos sobre la consistencia, sobre cómo

Subcategoría de análisis	Caso	Entrevista	Fragmento ilustrativo
			indica el médico cuando indica. Como que son más ateneos de consenso —digamos— para trabajar mejor con las otras disciplinas”.
Repertorio compartido	C	Entrevista CCV 21	“Acá nos manejamos así, incluso con gente que no forma parte del grupo, pero que tiene que ver con nuestra tarea, como la gente de Salud Mental. Tenemos algún paciente complicado: llamamos a Salud Mental. Viene la psicóloga, charlamos de ese paciente. A veces viene la psicóloga y nos pregunta de qué se trata el paciente y por qué tenemos que hacerlo y demás. Y así con todos los servicios. Creo que, muchas veces, interconsultamos muchas cosas más, que van mucho más allá que nuestra incumbencia como especialistas”.
Empresa conjunta	A	Entrevista ALU 13	“El trabajo interdisciplinario favorece los desafíos que estimulan el aprendizaje. Si esto no es así, el trabajo se vuelve rutinario, repetitivo”
Empresa conjunta	A	Entrevista AMB 14	“Dentro del hospital, hay otra gente que no participa del taller que también le gusta la [temática de la] obesidad, por ejemplo, la Dra. XX. Ella es [médica] clínica y hace la clínica de la obesidad. Hizo la especialidad. Y trabajamos mucho la obesidad desde el consultorio con ella. Y en un momento, a raíz de esto, y como comenzamos con el taller, y como ella lo movió desde el consultorio, empezaron a haber cada vez más pacientes en el consultorio. Ella nos deriva pacientes y tal es así que se generó la necesidad de trabajar de manera simultánea. Cuando ella atiende, nosotros estamos en el consultorio de al lado”.
Empresa conjunta	A	Entrevista ALC 12	“Cuesta mucho la parte de alimentación enteral. Ahora, lo que se hace es que armamos nosotras los rótulos, el volumen, cuántas tomas, y las chicas que están a la tarde controlan que eso se pase. Esto surgió porque tenemos una concurrente, S, que estuvo rotando en el [Hospital] X y allí tenían un sistema. Y entonces, a partir

Subcategoría de análisis	Caso	Entrevista	Fragmento ilustrativo
			de que ella fue allí y vimos cómo se hacía allí, empezamos a hacerlo”.
Empresa conjunta	A	Entrevista AMB 14	“Trabajar con otros, interdisciplinariamente, te enriquece. A mí el Taller me encanta, me permitió crecer”.
Empresa conjunta	A	Entrevista AM 15	“Nosotros trabajamos con Dra. XX. Es súper importante poder tener contacto con el profesional que te deriva el paciente porque tenés un millón de cosas para hablar. Y eso está buenísimo, que lo puedas hacer. La posibilidad de trabajar así es magnífica”.
Empresa conjunta	A	Entrevista ALC 12	“[La relación con los médicos]... son cambios difíciles de llevar adelante (...) A veces las indicaciones no están escritas. A veces el médico te da una indicación y, cuando ves al paciente y comprobás que tiene solo dos dientes, hay que introducir variaciones y eso hay que trabajarlo con el médico. Entonces, es importante que quede plasmada nuestra intervención en el registro”
Empresa conjunta	A	Entrevista AMB 14	“Dentro del equipo [profesional] hay como toda una resistencia de por qué hay que internar a un obeso, si corresponde o no corresponde (...) El año pasado, él estuvo internado muchos meses. Tal vez [el periodo] debería haber sido más corto. Estuvo internado como siete meses, pero nosotros no queríamos que se fuera porque estábamos tratando que se hiciera la cirugía bariátrica. Se la pudo hacer en el [Hospital General de Agudos Dr. Cosme] Argerich el 7 de enero. Él estuvo internado desde junio. Fue... no fue fácil. Hubo que hablar con mucha gente”.
Empresa conjunta	A	Entrevista AMB 14	“[El Taller de Obesidad] son 15 encuentros. Tenemos un temario establecido. Antiguamente, cuando iniciamos, era anual. Y tampoco tenía un principio y un fin, sino que la persona venía, seguía viniendo... Y llegó un momento en que dijimos: ‘Pero ¿cuánto

Subcategoría de análisis	Caso	Entrevista	Fragmento ilustrativo
			es ese tiempo? ¿Será recomendable que siga tanto tiempo?'. Y después dijimos: 'No, hay que ponerle un principio y un final'. Y les dimos un certificado”.
Empresa conjunta	A	Entrevista AMB 14	“[La permanencia de la actividad se debe a] la motivación que tenemos todos. A su vez, actualmente, no es algo estanco, sino que día a día muta. Va cambiando y se va transformando, y tiene que ver también con la patología. El tratamiento de la patología no es un tratamiento simple. Hay una búsqueda permanente, todo el tiempo. Por momentos, no fue fácil, porque trabajar en forma interdisciplinaria no es fácil: cada disciplina tiene una mirada distinta de la patología, del paciente, y eso es lo que hace que esto se enriquezca”.
Empresa conjunta	B	Entrevista BR 11	“Es un modo de llegar a gente que no llegamos a poder atender”.
Empresa conjunta	B	Entrevista BS 18	“Me acuerdo de un paciente que estuvo mucho tiempo en el hospital. De hecho, cuando yo entré en el segundo año de la residencia, a los pocos meses, llegó este chico. Era un chico joven, que llegó por algo simple a nivel digestivo y después se complicó un montón. Era como un caso excepcional y nos juntábamos todo el tiempo con [los servicios de] Clínica Médica y de Cirugía General para debatir respecto de la evolución de este paciente”.
Empresa conjunta	B	Entrevista BS 18	“Con [el Servicio de] Fonoaudiología también. Este es un hospital donde el adulto mayor abunda y, hace algunos años, desde el sector, junto con Fonoaudiología, se diseñaron unos [alimentos] procesados. Nos pasa mucho que hay muchos adultos mayores internados en una condición de mala nutrición severa. Son pacientes que tienen la parte deglutoria con cierta alteración o afectación [por trastornos cognitivos]”.
Empresa conjunta	B	Entrevista BR 20	“Demostrar nuestros saberes: eso es básico ante un accionar hegemónico.

Subcategoría de análisis	Caso	Entrevista	Fragmento ilustrativo
			[Debí] leer las historias clínicas, formarme. Y, de a poco, uno va demostrando que se puede integrar y el médico te va teniendo confianza. Tampoco va a depositar en vos el tratamiento de un paciente si no sabe si tenés las capacidades para hacerlo y la formación. Eso sí fue un transcurrir”.
Empresa conjunta	B	Entrevista BR 20	“... a medida que vas respondiendo e identifican que sabés, te consultan”.
Empresa conjunta	B	Entrevista BR 11	“Nosotros queríamos que MG sea presidente de la Jornada, porque nos parecía una ‘capa’. MG, entonces, dice: ‘Yo quiero que esté MA’, una médica clínica de la [Unidad de Cuidados Intensivos] UCI que a mí me parecía una amarga: siempre, [era] típico que ibas a la sala y era la única que no te ayudaba, que te trataba como el ‘último orejón del tarro’, que te hacía sentir mal. En fin, [esta profesional] termina siendo parte de la jornada y, cuando se empieza a emparar de la jornada, empezó a ser una persona muy ‘copada’, muy ‘laburadora’. Y, hoy por hoy, es otra la relación que tenemos. Es otro el vínculo que tenemos. Es la que me llama por teléfono por un paciente si no me vio en la sala”.
Empresa conjunta	B	Entrevista BM 19	“Porque eso es lo que pasa en la interdisciplina: uno habla de algo (que le parece totalmente lógico) y el otro está hablando de otra cosa. Y estamos hablando del mismo paciente. O de una [misma] patología. Y, en realidad, es una sola persona a la que le pasan un montón de cosas. Esa es la interdisciplina: que uno puede aprender de los otros, de otras miradas, y que uno también puede enriquecer al otro y sentirse enriquecido”.
Empresa conjunta	B	Entrevista BOS 12	“Con los residentes de [los servicios de] Clínica Médica y de Cirugía también tenemos mucho contacto y [eso] también te genera tranquilidad, porque —lo mismo que te decía antes— al principio te da

Subcategoría de análisis	Caso	Entrevista	Fragmento ilustrativo
			<p>vergüenza preguntar algo de una paciente, porque es obvio que lo tenés que saber. En general, esta confianza con los residentes de Clínica Médica o de Cirugía te lo permite decir. Por ejemplo, había un montón de cirugías que yo no sabía qué eran y capaz les mandaba un mensajito a las chicas de Cirugía y les decía: ‘¿Qué es lo que le hicieron exactamente al paciente?’. Y ellas me explicaban a la perfección. Y esas cosas siento que uno no se las olvida, porque no es que las leíste de un libro, sino que te lo explicó alguien que lo hace. Y me parece súper rico también”.</p>
Compromiso mutuo	B	Entrevista BM 19	<p>“Lo que yo recuerdo es a nivel de hospital: era mucho más familiar antes, había una cercanía con la gente. Por empezar, había monjas [que se ocupaban de la Cocina]. Entonces, en la estructura del hospital, el servicio era como un servicio casi de Cocina más que de Nutrición. Yo empecé a trabajar a la tarde. A la tarde nunca había habido un nutricionista. Entonces, yo llegué y me miraban como diciendo: ‘¿Qué hace esta persona acá?’. Primero, me negaban información porque las enfermeras decían: ‘¡Esta qué tiene que venir a molestar!’. Y fui empezando a cubrir una necesidad. Más que cubrir, a crear la necesidad de la profesión. Después, fueron pasando épocas. Yo lo que recuerdo es que había mucha mayor dependencia de la palabra médica. Éramos auxiliares de lo que decía el médico. Ahora, ha cambiado completamente. La nutricionista tiene una tarea mucho más independiente. Pero también porque la formación ha cambiado: los residentes tienen una formación mucho más vasta, mucho más profunda. Se han dedicado más a la investigación. Es completamente diferente la tarea. En este momento, siento que estoy acompañando lo que hacen ellos</p>

Subcategoría de análisis	Caso	Entrevista	Fragmento ilustrativo
			[profesionales más jóvenes, residentes y concurrentes]”.
Compromiso mutuo	B	Entrevista BN 13	“Hay muchos pacientes a los que, por una situación u otra, se les altera la deglución, [por ejemplo,] porque están en terapia intensiva y estuvieron intubados, sin alimentación por vía oral. Cuando reinician la alimentación, debe ser ejercitada toda esa musculatura y tienen que probar la deglución con un alimento. Entonces, nos dicen: ‘Está apto para tal consistencia’. Y nosotros planeamos qué alimentación darles con esa consistencia”.
Compromiso mutuo	B	Entrevista BS 18	“Hay mucho trato informal, en el sentido que la comunicación con las otras disciplinas existe mayormente de modo informal. Una charla de pasillo, vía telefónica, como que está siempre. Después, hemos tenido encuentros más formales, en algún ateneo, ya sea que lo haga alguna otra disciplina y nos invite o que lo hagamos nosotros. Es medio a demanda, ¿viste?”.
Compromiso mutuo	B	Entrevista BR 20	“Un paciente estuvo muchos meses acá, por una cirugía que se había complicado. Nosotros lo realimentamos por vía enteral. [Pero] después, no pudo realimentarse. Pasó a [alimentación] parenteral. La parenteral que teníamos no era la mejor. Entonces, hicimos todo un trabajo para que venga una parenteral más específica. Y, para eso, trabajamos con [el Servicio de] Cirugía, porque había que elevar un informe sobre por qué elegíamos esa parenteral y no otra (por el estado nutricional del paciente, era crucial para su evolución). Y entonces, ahí, se propuso en [el Servicio de] Cirugía armar un ateneo. Nosotros presentamos qué estábamos haciendo a nivel parenteral, cómo [eso] estaba afectando sus valores, cómo estaba afectando su estado nutricional y ellos nos contaron cómo estaba evolucionando el paciente. Y entonces, se hizo como una toma de

Subcategoría de análisis	Caso	Entrevista	Fragmento ilustrativo
			medidas. Eso pasa también en [el Servicio de] Clínica [Médica] con algunos pacientes complicados, donde hay pacientes [para los] que también el tema de la alimentación tomaba relevancia y, si no mejoraba su estado nutricional, era imposible que el tratamiento médico tuviera efecto”.
Compromiso mutuo	B	Entrevista BR 11	“[La Jornada del Adulto Mayor] ese año salió divina y mejor y mejor y mejor. ... Conseguimos que [la Dra. X] fuera presidente y ella elige un equipo de trabajo de gente que —a mi criterio— yo no conocía o no me cabía. Y MG empieza: ‘A mí me gustaría que, de Psiquiatría, para la parte de Psicología y Neurología, que sea esta psicóloga y este psiquiatra’. Y yo: ‘No los conozco’. ‘Yo los conozco’, dice ella. ‘Son chicos jóvenes, son re copados, laburan como ustedes’. Bueno. Bien. Los convoca. Nosotras acatamos. ¡No sabés lo copados que eran estos dos chicos y el vínculo que generamos! Otra vez, allanado el camino en Psicología y Salud Mental”.
Compromiso mutuo	C	Entrevista CV 22	“Me parece que es la necesidad de obligarnos a trabajar con pacientes muy complejos, que uno desde la formación no tiene idea. Y que están viniendo cada vez más complejos. Y cada vez más de ese tipo de paciente. Y cada vez con menos recursos. Con mayor gravedad de la patología y menores recursos por parte del paciente. Recursos económicos, por un lado, y, a veces, sociales o personales”.
Compromiso mutuo	C	entrevista CCV 21	“Acá nos manejamos así, incluso con gente que no forma parte del grupo, pero que tiene que ver con nuestra tarea, como la gente de Salud Mental. Tenemos algún paciente complicado: llamamos a Salud Mental. Viene la psicóloga, charlamos de ese paciente. A veces viene la psicóloga y nos pregunta de qué se trata el paciente y por qué tenemos que hacerlo y demás. Y así con todos los servicios. Creo que,

Subcategoría de análisis	Caso	Entrevista	Fragmento ilustrativo
			muchas veces, interconsultamos muchas cosas más, que van mucho más allá que nuestra incumbencia como especialistas”.

Fuente: elaboración propia.

6.3. Acerca de la división del trabajo

Si bien los roles institucionales están claramente definidos, la división del trabajo no inhibe las contribuciones de todos sus integrantes. Esto promueve el rediseño de prácticas de una manera dinámica.

Por ejemplo, los talleres para padres de niñas y niños con sobrepeso fueron reformulados por integrantes de la División de Alimentación y el servicio de Pediatría (Caso A) y, de este modo, se logró optimizar el tiempo de consulta. La implementación del sistema de rotulación para el suministro de alimentación enteral fue introducida por una concurrente (Caso A) luego de su rotación. Los “machetes” (recordatorios con indicaciones para análisis de laboratorio) fueron un insumo traído de otro hospital y entregado por residentes de Nutrición a residentes de Clínica Médica (Caso B), aunando criterios. Las estrategias permanentemente revisadas para el contacto con obras sociales (Caso C) mejoraron las condiciones de las y los pacientes para la continuidad de sus tratamientos. Todas las mencionadas son prácticas nacidas del aporte de integrantes que desempeñan en sus servicios diversos roles, no necesariamente de jefatura.

En cada oportunidad, la atención efectiva de las y los pacientes habilitó un espacio de intercambio que facilitó la implementación de nuevas estrategias y también la resignificación de las existentes. Así, en el Caso A, el Taller de Sobrepeso y Obesidad para pacientes adultos, reeditado a lo largo de los años, fue migrando gradualmente de un diseño centrado en la reducción del peso hacia un enfoque con eje en la calidad de vida de las y los asistentes; incluso, fue reformulado para ofrecerse también como curso para las y los profesionales del hospital. El taller para madres y padres de niños con sobrepeso fue mutando como resultado del trabajo interdisciplinario y pasó de un enfoque centrado en el peso de los padres, hacia hábitos alimentarios con eje en el cuidado familiar.

Cuadro 17. Movimientos/cambios identificados en el Caso A y sus implicancias.

Movimiento			Implicancias
Talleres sobre obesidad	→	Talleres sobre calidad de vida	Mirada holística del sujeto.
Taller para madres y padres de niños en tratamiento	→	Talleres sobre cuidado familiar de la alimentación	Revalorización del contexto familiar.
Taller para pacientes	→	Taller para profesionales	Interdisciplina.

Fuente: elaboración propia.

En el Caso B, el “machete” circula y expande información desde residentes hacia residentes y profesionales que atienden a los/as mismos/as pacientes en otros servicios, aportando nuevos significados y reglas internas (no formalizadas). Esto produce un cambio de sentido, no solo sobre las prácticas sino también respecto de quién enseña (la residente) y quién aprende (el conjunto de la División y el personal de otros servicios y sectores). En un sentido similar, los “Viernes de Preguntontas”, donde vale preguntar lo obvio, contribuye a resignificar el valor de las preguntas o dudas, así como el papel de quienes participan en esa dinámica.

Cuadro 18. Movimientos/cambios identificados en el Caso B y sus implicancias.

Movimiento			Implicancias
Quien aprende	puede también...	enseñar	Participación y prácticas más horizontales.
Quien se instruye	puede también...	aportar	Pertenencia y prácticas más horizontales.
Una pregunta “tonta”	puede también...	desplegar nuevas preguntas y aprendizajes	Indicador de seguridad psicológica ¹⁵ .

Fuente: elaboración propia.

Por último, en el Caso C, las médicas y demás profesionales con quienes reflexionan sobre los tratamientos, extienden el margen de su práctica explorando el ingrato mundo de la realidad de las y los pacientes que no pueden comprar ciertos

¹⁵ La seguridad psicológica se alcanza cuando el equipo es visto como seguro para asumir riesgos interpersonales, ya que existe respeto mutuo. En este marco, las personas no consideran que sus errores vayan a generar rechazo y, en consecuencia, pueden hablar tanto de los errores propios como de los ajenos (Edmondson, 1999).

alimentos o la medicación requerida. El abordaje aquí va más allá de la práctica clínica habitual, pasando de una perspectiva biomédica a otra que contempla la complejidad de la trama personal, social y económica, en tanto condición de posibilidad para la continuidad del tratamiento.

Cuadro 19. Movimientos/cambios identificados en el Caso C y sus implicancias.

Movimiento		Implicancias
Tratamiento con eje en la perspectiva biomédica	→ Tratamiento con eje en el contexto bio-psico-social del o la paciente	Relación con obras sociales, casas de provincia, Defensoría y trabajo social.

Fuente: elaboración propia.

Si bien los movimientos descriptos reflejan una circulación horizontal entre profesionales de conocimientos y de estrategias de atención, el fenómeno no empaña la relevancia del acompañamiento brindado por parte de las jefaturas, que cumplen además con funciones de formación de su gente y de supervisión de las actividades del sector. Este punto fue señalado en las entrevistas en los tres casos estudiados. Tal acompañamiento fue caracterizado como una mirada atenta y también educativa ante las necesidades de las y los profesionales (de planta, residentes y concurrentes) y de las y los estudiantes. En el Caso B, además, se destacó la posibilidad de disentir sin temer a represalias.

Aunque no ha sido foco de esta investigación, cabe mencionar otros cambios de significación vinculados a las prácticas profesionales en salud frente al modelo médico hegemónico (tema que se retoma en el apartado siguiente) y cambios de significación relacionados con la perspectiva de género.

Los nuevos sentidos promovidos por las divisiones de Alimentación (casos A y B) se orientan a reposicionar un trabajo —ligado originalmente al cuidado doméstico y centrado en la alimentación— restituyéndole valor profesional. Con este fin, se emprende simultáneamente el desplazamiento desde el lugar asignado (el sector de Cocina), reforzado además por la presencia predominantemente femenina en la profesión, a la participación en todo el hospital, interviniendo en la confección de las historias clínicas y en los espacios de interconsulta. El Caso C presenta también una lucha por el posicionamiento: aun siendo sus protagonistas médicas, mencionan también la desvalorización respecto de su saber (que se expresa, por ejemplo, en los cambios

inconsultos de sus indicaciones terapéuticas) y la necesidad permanente de un posicionamiento diferente a partir de las interconsultas en las que participan.

Cuadro 20. Movimientos/cambios identificados en los casos A y B, y sus implicancias.

Movimiento	Implicancias
<p>→ profesionales para interconsultar</p> <p>“Las chicas de la Cocina”</p>	<p>Trabajo con otros sectores del hospital.</p>
<p>→ contribuyentes activas y relevantes para diversos servicios del hospital</p>	<p>Entre otros, trabajo con equipo EPOC y Enfermería (Caso A), y con Kinesiología y Fonoaudiología (Caso B).</p>

Fuente: elaboración propia.

El Cuadro 20 compara fragmentos de las entrevistas citados en los resultados de cada caso sobre la categoría de división del trabajo y su manifestación a partir de la circulación, transmisión y supervisión de conocimientos.

Cuadro 21. Categoría de la división del trabajo: circulación, transmisión y supervisión de conocimientos en los casos A, B y C.

Subcategoría de análisis	Caso	Entrevista	Fragmento ilustrativo
Circulación	A	Entrevista ALC 12	“A raíz de ese caso, de esa paciente que no podía consumir nada con ácidos grasos de cadena larga (así se llama), estuvimos investigando y viendo. Y yo dije: ‘La verdad, podríamos hacer a veces ateneos para discutir y juntarnos entre varias y ver qué solución se le puede dar’”.
Circulación	A	Entrevista AV 16	“Al principio, era como una tormenta de ideas. Después, vamos como atando cabos y, después, entre todos, nos fuimos ayudando. ‘Mirá, yo encontré esto’. ‘Yo hacía esto en tal lado, capaz que pueda servir’. Y, entre todas, lo sacamos”.

Subcategoría de análisis	Caso	Entrevista	Fragmento ilustrativo
Circulación	A	Entrevista ALC 12	“Teníamos una concurrente que hizo una rotación en el hospital X y ella trajo ideas de su rotación. A través de lo que ella vio y del ateneo, se implementaron estas cosas”.
Circulación	A	Entrevista ALC 12	“Hemos implementado, por ejemplo, que las fórmulas enterales vayan rotuladas. La fórmula va con el nombre del paciente, la cama, si es la toma número 1 o número 2, la velocidad a la que hay que pasársela. En general, los fines de semana, cuesta que los enfermeros lo hagan. Y los del turno noche, también, porque si se colgó uno y hay que volver a colgarle otro, el segundo cuesta”.
Circulación	A	Entrevista AV16	“Y en la sala de espera, mientras los chicos hacen el control, trabajamos con los padres. Fuimos reforzando mejor el taller y ahora está bastante bueno. Antes, nada más le ofrecíamos a la gente pesarse, medirse y derivarlos a la consulta nutricional para los adultos. Empezamos entonces a trabajar un poco más lo familiar: no hacer el tratamiento tan individual del niño, sino hacerlo en forma familiar. Después, empezamos a implementar unas encuestas, una mini encuesta: ‘¿Cómo es su alimentación? ¿Su salud?’. Y a hacer un recordatorio de la alimentación del día anterior. Después, ofrecíamos pesarse y hacíamos un taller de diferentes temas. Después, empezamos a hacer otro tipo de encuestas para ver si entendían el Plan del Semáforo. Y ahora, hacemos una actividad con un semáforo, con los padres y los chicos también, en la sala de espera. Y eso reduce un montón la consulta adentro del consultorio. Les empezó a ir mejor en las consultas a los chicos”.
Circulación	B	Entrevista, BR 11	“Lo mismo nos pasó en Clínica Médica del Adulto Mayor con el equipo de M. Era una paciente mayor, que tenía un cáncer esofágico, muy deteriorada. Vivía en el campo. Cuando ni a través de la vía deglutoria ni del tubo digestivo se podía alimentar, entonces nos preguntaron: ‘¿Qué hacemos?’. [Les dijimos] tenemos

Subcategoría de análisis	Caso	Entrevista	Fragmento ilustrativo
			<p>que pedir un laboratorio, pedir potasio, fósforo, calcio, magnesio. Porque si los valores están deplecionados, hay que repleccionarlos para después iniciar la alimentación. Y ellos [los residentes de Clínica Médica] nos miraban. ‘Ah. ¿Y cuáles son los valores de depleción?’.</p> <p>Entonces, les dimos el cuadrito de ‘machete’ que nos habíamos hecho nosotros a partir de la información que había traído una de las chicas que había rotado por el hospital X (porque eso hacían en el hospital X). El machete que te digo es toda esta información de los valores de potasio, de magnesio, fósforo, cómo se deplecionaba, qué se le debía pasar si estaban en tal nivel de depleción... ¡Ese es el famoso machete! Esa información que trae ella de otro lado que podemos empezar a volcar en situaciones que aparecían en nuestro hospital”.</p>
Circulación	B	Entrevista, BR 11	<p>“Después de tener este machete, a la décima vez que lo ves, ya te lo acordás de memoria. A los médicos se lo fuimos contando verbalmente, porque el hecho de trabajar juntos genera un vínculo más lindo y, en algún momento, les pasamos la foto de este machete para que a ellos también les sirva, porque la idea no es quedarse con la información”.</p>
Circulación	B	Entrevista BR 20	<p>“Con [el Servicio de] Enfermería es lo más complejo. Es una carrera que tiene desde auxiliares en Enfermería a licenciados en Enfermería, formados en diferentes ámbitos. No es lo mismo formarse en una Universidad que formarse en una tecnicatura. ¿Qué representación mental te haces de la atención? Pero bueno, con las dificultades que puedan ir surgiendo, se va hablando. De cualquier manera, no es en toda la Enfermería. En las unidades cerradas, es mejor de lo que es en salas generales”.</p>

Subcategoría de análisis	Caso	Entrevista	Fragmento ilustrativo
Circulación	C	entrevista CV 22	“Yo formo parte de la ALAD, que es la red de profesionales de la Asociación Latinoamericana de Diabetes. Suben material, suben artículos. Alguien pide que necesita un artículo de algo y lo suben a la red. Y yo lo veo y, si me parece que es algo interesante, se los mando [a mis colegas]. Tenemos un grupo del hospital y lo compartimos”.
Circulación	C	Entrevista CCV 21	“En general, cuando uno ve un artículo bueno, se comparte. Y muchas veces lo leemos acá los viernes”.
Circulación	C	Entrevista CCV 21	“Yo no sabía nada de alimentación, de apoyo, de aporte nutricional en situaciones de falla intestinal. Yo tuve que ponerme a leer y a aprender. Y a incorporar un montón de conocimientos [sobre los] que yo no tenía ni idea. Es una situación clínica, muy poco reconocida a nivel mundial, y nosotros somos un hospital que recibe pacientes de ese tipo. A CC [una colega] le interesa mucho. Acá, en el grupo de trabajo, se ven muchos pacientes y no sé... Nos vimos obligadas a leer un montón para poder resolver el tema de los pacientes”.
Circulación	A	Entrevista AMB 14	“Todavía hay médicos grandes que siguen pensando que sos la chica de la Cocina y eso ya dejó de ser. Entonces, como que hay que hacer todo un trabajo ahí. Ellos hacen la indicación y, muchas veces, no coincide con nuestro criterio. Entonces, ahí hay que hacer un trabajo. Tampoco podés ir y chocar. Entonces, hay que hacer un ‘trabajito’. Estamos entrando por el lado de la capacitación. Empezamos con el tema de capacitar enfermeros. Ahora estamos organizando otra capacitación para los residentes de Clínica Médica. Ahora estamos preparando otro curso para ellos”.
Transmisión	A	Entrevista AM 15	“Se hizo la capacitación con examen. Se dieron dos para los [enfermeros] que estaban a la

Subcategoría de análisis	Caso	Entrevista	Fragmento ilustrativo
			mañana y después [para los que trabajaban] los fines de semana”.
Transmisión	B	Entrevista BR 11	“Por ejemplo, el [Taller] de Prevención Cardiovascular y [el] de Adultos Mayores: cuando veíamos que no nos daban las manos para atender a todos los pacientes que nos derivaban, dijimos: ‘¿Y si todos los que tienen una patología en común los englobamos en un taller?’. Pusimos un rango etario de 20 a 59 años, [es decir,] adultos. O personas con diabetes. O hipertensos. O que tienen síndrome metabólico. Bueno, los podemos poner a todos en una primera instancia en un Taller de Prevención Cardiovascular, donde englobamos a todos. Y esta primera consulta —que la haríamos individualmente— la hacemos a nivel grupal. Y el que amerita seguir con una segunda consulta, o [bien,] lo llevamos a un segundo taller, o [bien,] a una consulta individual. Pero sacamos muchos pacientes y generamos espacio de trabajo en el área de Salud Pública”.
Transmisión	B	Entrevista BR 11	“En el [Taller] de Adultos Mayores, con esto de la rotación, se ofrece información (además de evaluar a los adultos mayores en la sala). Vamos a dar talleres de adultos mayores a la biblioteca municipal, que queda enfrente de la plaza. Fuimos y nos hicimos amigos. Y nos generaron un espacio para que hiciéramos un Taller de Adultos Mayores ahí”.
Transmisión	B	Entrevista BR 11	“Un taller que siempre reflatamos [es] del Gobierno de [la Ciudad Autónoma de] Buenos Aires, que tiene un programa que se llama ‘Programa Activo’. El Programa de Plazas Activas (o algo así) es un grupo de ‘profes’ de Educación Física que dan educación física en diferentes plazas de la Ciudad. Claramente, lo hacen en la plaza de D. Antes de que entrara yo, lo hacía M. Y yo dije: ‘¿Y si abrimos y nos empezamos a vincular con estos profesores?’... ¡que resultaron ser divinos! Y [así] encontramos el espacio para hacer un Taller de Nutrición y Actividad Física cada 15 días para adultos

Subcategoría de análisis	Caso	Entrevista	Fragmento ilustrativo
			mayores. Entonces, [el Taller] es una forma de interrelacionarse con el área de Educación Física, con ‘profes’ de Educación Física”.
Transmisión	B	Entrevista BOS 12	“En la pandemia, R nos impulsó a que registráramos todo lo que estábamos haciendo. Entonces, armamos un protocolo, que quizá no sea un trabajo de investigación propiamente dicho, pero sí lleva un trabajo de buscar bibliografía. Y lo armamos entre todos y ahora lo va a publicar”.
Transmisión	C	Entrevista CCV 21	“Siempre, X [la Jefa] me dio mi lugar. Y a la par de ella, me enseñó, me pasó todos los conocimientos que me pasó y que yo pude incorporar. Pero siempre a la par. Y me parece que esa sí es una regla del servicio: el respeto al otro profesional, el escuchar al otro, el saber que podemos pensar diferente. El objetivo del servicio es que el paciente mejore”.
Transmisión	C	Entrevista CV 22	“X dio un curso en la Sociedad Argentina de Diabetes y quiso convocar a una nutricionista de acá. Y esa persona fue, preparó la clase codo a codo con X. Cada diapositiva que hacía, la consultaba. Terminaron dando una clase muy buena”.
Supervisión	A	Entrevista AAU 11	“Ellas, sabiendo un montón y además cuidándote (porque te podés mandar macanas), te dan mucha libertad. Y te están observando. Y te ponen como a la par. No pasa en todos los hospitales. Si bien vos sabés que sos alumno, que estás en un rango completamente menor porque no tenés nada de experiencia, pero [esta práctica] viene desde arriba me parece, de X [la Jefa]. Te dan ese lugar, te dan como... ‘¿Qué te parece?’. Pero no digo que no te estén evaluando. Pero te evalúan desde ese lado”.
Supervisión	A	Entrevista AMB 14	“Ellas te explican. Saben que es mucha información al principio. Entonces, lo van completando ellas y, cuando ven que ya podés, te van supervisando y vos lo vas

Subcategoría de análisis	Caso	Entrevista	Fragmento ilustrativo
			<p>haciendo. Jamás te largan sola. Cuando ven que ya te podés mandar sola, no hay problema. Cuando te tienen que estar resguardando, están ahí. ... En la Cocina, nosotros tenemos una tarea de fiscalización. La tarea de ellos es recibir mercadería, almacenarla, elaborarla, fraccionarla y distribuirla. Y nosotros, en cada una de estas etapas (que sería lo que abarca el proceso de elaboración y distribución de alimentos), nosotros tenemos que controlar que se cumplan con las Buenas Prácticas de Manufactura (que nosotros llamamos 'BPM'), que se cumpla con lo que establece el Código Alimentario Argentino y con lo que establece el pliego [de licitación] (que está basado en el Código Alimentario Argentino y en las BPM). El Código Alimentario Argentino establece condiciones para cada uno de los alimentos y características que tienen que tener los lugares dónde se elaboran los alimentos”.</p>
Supervisión	A	Entrevista AMB 14	<p>“Nosotros vamos a las salas, sala por sala. Vemos las indicaciones médicas. Nosotros tenemos nuestras planillas, donde vamos recolectando información. Si hay un paciente nuevo, se lo visita y se le hace una anamnesis alimentaria. Se ve si el paciente tiene la dentadura, un poco [cuáles son] los gustos (para adecuarle la dieta, porque puede pasar que o es vegano o es vegetariano o no le gusta, qué sé yo... el pescado). Entonces, uno trata de adecuarle la alimentación. Se ve la patología, se lo evalúa nutricionalmente para saber si el paciente está en riesgo o no, y venimos acá y eso se traduce en otra planilla que va a Cocina. Y la nutricionista de la empresa totaliza la información que nosotros le damos y ella se la pasa al cocinero. Y nosotros después, sobre eso, tenemos que fiscalizar que cumpla el gramaje que nosotros estipulamos, o que las cosas salgan a la temperatura adecuada”.</p>
Supervisión	A	Entrevista AU 11	<p>“Y cuando toca la hora del almuerzo, tenemos que pesar las platinas (que son</p>

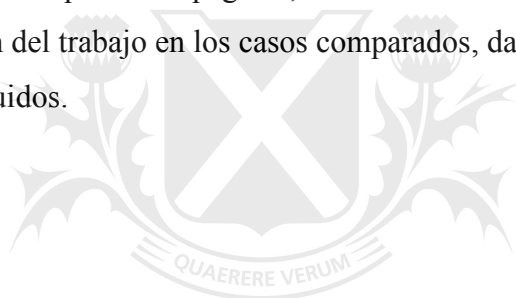
Subcategoría de análisis	Caso	Entrevista	Fragmento ilustrativo
			los platillos donde va la comida). Y vas pesando cuántos gramos tienen esos platos del día. Y a mí me parece súper importante, porque vos estás contabilizando que va a comer 100 gramos de pechuga, pero si al final está comiendo 50... Y eso está como muy presente, se respeta bastante”.
Supervisión	B	Entrevista BU 17	“En otros servicios, hacés algo mal y te ‘comés’ una guardia. Aquí, [en cambio,] me explican y yo puedo explicar”
Supervisión	B	Entrevista BOS 12	“[Los Viernes de Preguntontas] nos juntamos residentes y nutricionistas de planta. Está bueno, porque allí nos animamos a preguntar cosas que no sabemos y que nos parecen básicas. Esto permite que sigamos aprendiendo”.
Supervisión	B	Entrevista BOS 12	“Siempre vas a tener a alguien. Esto ya me lo habían dicho cuando me hablaron de esta División”.
Supervisión	B	Entrevista BU 17	<p>“[Estar acompañado] depende del Jefe de Residentes, que siempre da ese plus de acompañamiento. Pero, [en los hospitales más grandes,] varias veces estás solo. Vas a la sala un poco y rápidamente estas solo en la sala. O rápidamente tenés que poner ateneos con un nivel de estrés fuerte”.</p> <p>“Nosotros también ponemos ateneos, pero de una manera más relajada. Con el mismo compromiso, pero más relajada. Problematizar, hacer preguntas más abiertas, no tan directivas como para evaluar el conocimiento, sino de alguna forma evaluar la dimensionalidad de la patología. Pero, en otros ateneos, respondés las preguntas bien, porque si no, quedás como que no lograste [el objetivo de aprendizaje], no dominás [el tema] o algo así. Como que siempre hay una presión fuerte. En cambio, en este hospital, es como que, de alguna manera, se va construyendo desde otro lado”.</p>
Supervisión	B	Entrevista BR 20	“Yo hago el proceso de licitación, [doy] asesoramiento. Digo qué hay que comprar.

Subcategoría de análisis	Caso	Entrevista	Fragmento ilustrativo
			<p>Tenemos un programa, que es ‘Buenos Aires Compra’, y a partir de eso se hace todo. Y hay que hacer la tarea de pago. Hoy, es tercerizada la Cocina. O sea, que se tiene que pagar esa prestación. Y todo eso hace a la tarea administrativa y técnica [de la División], porque hay que saber de eso: qué es una ración, cuántas raciones puede haber, cuál es el costo de la ración. Con el concesionario, es más fácil [tratar] porque hay un contrato. Y yo, como Jefa, lo que tengo que hacer es que se cumpla ese contrato. Entonces, en ese contrato —que se llama [de] Pliegos y Condiciones— está todo lo que tiene que hacer la concesionaria. Y si no lo cumple, yo tengo la posibilidad de sancionarla. Y si bien uno siempre trata de ir al diálogo previamente —porque lo que trato yo es que las cosas salgan, se produzcan, salgan para bien—, en el peor de los casos, se la sanciona y se le hace un acta. Y listo”.</p>
Supervisión	B	Entrevista BN 13	<p>“Hay muchos pacientes a los que, por una situación u otra, se les altera la deglución, [por ejemplo,] porque están en terapia intensiva y estuvieron intubados, sin alimentación por vía oral. Cuando reinician la alimentación, debe ser ejercitada toda esa musculatura y tienen que probar la deglución con un alimento. Entonces, nos dicen: ‘Está apto para tal consistencia’. Y nosotros planeamos qué alimentación darles con esa consistencia”</p>
Supervisión	C	Entrevista CCV 21	<p>“Yo creo que la regla es el respeto al colega. Todos somos pares. V es la Jefa del Servicio, pero nunca me hizo sentir una ‘pichi’, ¿me entendés? Siempre me dio mi lugar y, a la par de ella, me enseñó, me pasó todos los conocimientos que me pasó y que yo pude incorporar. Pero siempre a la par. Y me parece que esa sí es una regla del servicio: el respeto al otro profesional, el escuchar al otro. El saber que podemos pensar diferente. Y bueno: pensamos diferente. Y el objetivo del Servicio es que el paciente mejore. Me parece que esa es una regla del servicio que no está escrita”.</p>

Subcategoría de análisis	Caso	Entrevista	Fragmento ilustrativo
Supervisión	C	Entrevista CCV 21	<p>“Creo que es el día a día. Dudar y consultarlo con un colega. Decir: ‘Che, esto no me sale’. [Y que te respondan:] ‘Bueno, vamos a practicarlo’. Yo venía de hacer [Diabetes Mellitus] DBT y estaba ‘re segura’. Y si bien Alimentación lo había estudiado, no tenía gran práctica. Entonces, aparte del apoyo nutricional, tanto V como T estuvieron ahí, ‘al pie del cañón’, diciendo: “Bueno, vamos a hacerlo. Fíjate esto...”. Es el apoyo de otros colegas y el día a día, el ir y ver...”.</p>

Fuente: elaboración propia.

A continuación, en las próximas páginas, el Cuadro 21 describe reglas, la labor en comunidad y la división del trabajo en los casos comparados, dando cuenta de su origen y los resultados conseguidos.



Universidad de
San Andrés

Cuadro 22. Procedencia y resultados de las reglas, la comunidad de práctica y la división del trabajo en los casos A, B y C.

Categoría	Sub-categoría	Ejemplo	Caso	Descripción	Procedencia	Resultados
Reglas	Iniciativas regladas	Funciones	A B	Asistencia a la población internada y en consultorio externo. Fiscalización de producción y administración del sector de Cocina. Actividades en el área de la Salud Pública para la comunidad.	Ley 24.301 sobre el ejercicio profesional del Licenciado en Nutrición; Convenio Colectivo de Trabajo 164/91 para la actividad; Ley 20.744 de Contrato de Trabajo; Ley 6.035; y normativa sobre las carreras sanitarias.	Asistencia pacientes ambulatorios/as o internados/as. Fiscalización de la empresa concesionaria del sector de Cocina. Trabajo en Salud Pública con la comunidad en el hospital y el barrio.
Reglas	Iniciativas regladas	Funciones	C	Asistencia a pacientes ambulatorios/as o internados/as.	Ley 6.035; y normativa sobre las carreras sanitarias.	Asistencia a pacientes ambulatorios/as o internados/as.
Reglas	Iniciativas no regladas	Sistema de rotulación	A	Rotulación del envase de cada suplemento alimentario con nombre del o la paciente, indicación del tipo de alimentación, forma y frecuencia de administración, entre otros datos.	Experiencia de una concurrente en otro hospital.	Detección de errores de administración. Creación de programas de capacitación.
Reglas	Iniciativas no regladas	Talleres	A	Taller para padres en sala de espera. Taller para la comunidad sobre Sobrepeso y Obesidad.	Construcción colectiva. Algunos contaron con apoyo del Grupo de Trabajo de Sobrepeso y Obesidad del hospital creado por el C.A.T.A.	Acortamiento del tiempo de consulta. Mejores resultados en los tratamientos.

Categoría	Sub-categoría	Ejemplo	Caso	Descripción	Procedencia	Resultados
Reglas	Iniciativas no regladas	Machetes	B	<p>Taller para profesionales sobre la temática de Sobrepeso y Obesidad.</p> <p>Taller para Enfermería y Residentes de Clínica Médica.</p> <p>Taller para pacientes solicitados por otros servicios (por ejemplo, Servicio de Neumonología).</p> <p>Registro sistematizado de indicaciones y laboratorios, registrado en un pequeño afiche socializado en la cartelera de la División de Alimentación y con residentes de otros servicios como imagen por WhatsApp.</p>	<p>Otros se crearon a solicitud de otros servicios.</p> <p>Experiencia en otro hospital de una residente. Requerimiento de informes por parte del Sistema de Residentes y Concurrencias.</p>	<p>Adherencia.</p> <p>Consolidación de la red de profesionales del hospital.</p> <p>Socialización con otros servicios de información clave para el tratamiento de pacientes.</p> <p>Visibilización de la incumbencia profesional.</p> <p>Consolidación de la interconsulta.</p>
Reglas	Iniciativas no regladas	Protocolos de elaboración propia	B	<p>Protocolo sobre diarrea, elaborado a partir de identificar la diversidad de conceptualizaciones aplicadas.</p> <p>Diseñado en conjunto con otros servicios para anuar criterios.</p>	<p>División de Alimentación y otras áreas involucradas.</p> <p>La Jefa de División registró prácticas efectuadas en pandemia.</p>	<p>Intercambio con otras áreas.</p> <p>Acuerdo para el desarrollo de prácticas.</p> <p>Registro.</p>

Categoría	Sub-categoría	Ejemplo	Caso	Descripción	Procedencia	Resultados
Reglas	Iniciativas no regladas	Evaluación de recursos	C	Gestión ante obras sociales y otras organizaciones externas para asegurar el acceso a los recursos necesarios para dar continuidad a los tratamientos de pacientes en situación de vulnerabilidad.	Creación propia.	Disminución de las reinternaciones.
Comunidad de práctica	Repertorio compartido	Taller para padres	A	Organizado para pensar y medir a madres y padres y, si correspondiera, derivarlos para tratamiento, la práctica se modificó incorporando una mirada centrada en la familia. Difusión del Plan del Semáforo entre consultantes por obesidad de Pediatría y en talleres.	Práctica habitual resignificada.	Acortamiento de tiempos de consulta. Mejora en los resultados de los tratamientos. Consolidación de vínculos profesionales.
Comunidad de práctica	Repertorio compartido	Trabajo con otras áreas	B	Trabajo con eje en la mejora del paciente. Articulación con el Servicio de Fonoaudiología por pacientes que estuvieron intubados/as.	Interna.	Formación. Intercambio. Consolidación de vínculos.

Categoría	Sub-categoría	Ejemplo	Caso	Descripción	Procedencia	Resultados
Comunidad de práctica	Repertorio compartido	Viabilidad social del tratamiento	C	Análisis de los recursos prestacionales, económicos, familiares y sociales del o la paciente.	Interna.	Reducción de las <u>reinternaciones</u> . Continuidad de los tratamientos.
Comunidad de práctica	Empresa conjunta	Sistema de rótulos	A	Acuerdos.	Práctica proveniente de otro hospital.	Seguimiento de indicaciones sobre alimentación enteral. Detección de necesidades de capacitación.
Comunidad de práctica	Empresa conjunta	“ <u>Vienes de Preguntontas</u> ”	B	Espacio de preguntas obvias entre profesionales de planta y residentes.	Iniciativa del equipo.	Formación. Consolidación de vínculos. Seguridad psicológica.
Comunidad de práctica	Empresa conjunta	Interconsulta	C	Intercambio más allá de la estricta incumbencia profesional.	Interna.	Formación. Consolidación de vínculos.
Comunidad de práctica	Compromiso mutuo	Taller de Sobrepeso y Obesidad	A	Taller para la comunidad, que fue variando según la respuesta observada y el intercambio entre profesionales. El Taller se mantiene	Práctica consolidada en el hospital con sustento en el Grupo de Sobrepeso y Obesidad creado a través del CATA.	Adherencia al tratamiento. Trabajo con otras disciplinas ante una problemática compleja.

Categoría	Sub-categoría	Ejemplo	Caso	Descripción	Procedencia	Resultados
				y sostiene según lógicas de trabajo autoimpuestas.		
Comunidad de práctica	Compromiso mutuo	Intercambio con otras áreas	B	Disponibilidad para intercambiar con otras áreas a partir de vínculos consolidados por congresos o jornadas compartidos.	Interna.	Consolidación de vínculos.
Comunidad de práctica	Compromiso mutuo	Trabajo interno colaborativo	C	Ateneos y ronda de pacientes. Muchos se desarrollan en la Unidad, con registro de cada caso en un sistema de fichas.	Interna.	Trabajo con otras áreas. Consolidación de vínculos
División del trabajo	Circulación del conocimiento	Ateneos	A	Intercambio entre profesionales de planta y formación sobre temas específicos.	Práctica habitual en salud adoptada por la División de Alimentación.	Actualización.
División del trabajo	Circulación del conocimiento	Máchetes y "ateneos cortitos"	B	Información sistematizada disponible para la División y otros. Ateneos breves para intercambiar dudas.	Prácticas introducidas por residentes.	Formación de profesionales. Consolidación de vínculos.

Categoría	Sub-categoría	Ejemplo	Caso	Descripción	Procedencia	Resultados
División del trabajo	Circulación del conocimiento	Diversificación de canales para el intercambio	C	Publicación de artículos de interés en una carpeta virtual compartida. Circulación de información por mensajería virtual.	Interna.	Formación y consolidación de vínculos.
División del trabajo	Transmisión del conocimiento	Capacitación talleres, congresos y jornadas	A	Transmisión de conocimientos a otros profesionales o al público en general.	Práctica habitual en hospitales.	Formación. Visibilización de la incumbencia profesional.
División del trabajo	Transmisión del conocimiento	Ateneos, trabajo de investigación congresos	B	Ateneos centrados en el trabajo colaborativo de distintas áreas del hospital para resolver casos. Presentación en congresos.	Prácticas habituales en hospitales, resignificadas a la luz de la necesidad puntual de algún paciente internado.	Consolidación de vínculos. Trabajo articulado entre áreas.
División del trabajo	Transmisión del conocimiento	Transmisión desde la jefatura	C	Diversos intercambios con finalidad formativa.	Práctica habitual en el servicio.	Formación y consolidación de vínculos.
División del trabajo	Supervisión		A	Supervisión de prácticas profesionales, de residentes y concurrentes.	Práctica habitual de formación. Incumbencia profesional.	Formación de profesionales. Monitoreo del servicio concesionado.

Categoría	Sub-categoría	Ejemplo	Caso	Descripción	Procedencia	Resultados
				Fiscalización del sector de Cocina.		
División del trabajo	Supervisión		B	Acompañamiento de profesionales noveles y trabajadores/as del sector de Cocina.	Práctica valorizada por el servicio. Incumbencia profesional.	Formación y consolidación de vínculos.
División del trabajo	Supervisión	Desde la jefatura a colegas según especialidad	C	Diversos intercambios con finalidad formativa.	Práctica habitual en el servicio.	Formación y consolidación de vínculos.

Fuente: elaboración propia.

6.4 Discusión

De acuerdo con los resultados obtenidos, en los servicios estudiados, se observan prácticas novedosas, intercambio de conocimientos y creatividad en el marco de un ambiente confiable y abierto al intercambio de ideas, con personas decididas a participar activamente y con una orientación experta y entusiasta por parte de las jefaturas. Esto coincide con investigaciones previas, que indican condiciones similares en ambientes favorecedores de aprendizaje (Billett, 2001, 2020; Baley y Barley, 2011; Haraldseid-Driftland et al., 2021). Por otra parte, estudios realizados en Pakistán sobre cuatro industrias de cuatro ramos arrojaron como resultado que las personas, cuando identifican que sus organizaciones —para esta investigación, los servicios estudiados— acompañan o promueven sus aprendizajes, son más propensas a participar y compartir conocimientos para generar respuestas más creativas en sus trabajos (Islam y Tariq, 2018).

Las entrevistas mantenidas permitieron identificar la vulnerabilidad de las y los pacientes y la complejidad de sus patologías como aspectos propios de la atención demandada al Subsistema Público de Salud. Otra característica de este subsistema es la libertad que los hospitales otorgan a sus profesionales a la hora de redefinir estrategias de atención, coincidiendo esto con investigaciones previas en hospitales de la provincia de Buenos Aires (Crojethovic, 2013, 2014b). Dada la estructura de los hospitales públicos (burocracia profesional), las reglas formalizadas que aplican a las prácticas de cada servicio presentan un alto grado de autonomía, debido a estar fuertemente referenciadas en regulaciones externas emanadas de asociaciones, federaciones, colegios profesionales, universidades y similares. Todas estas circunstancias producen labilidad en las normas intrahospitalarias y favorecen la autorregulación de cada servicio, profundizando la segmentación entre niveles de atención y la fragmentación entre áreas (incluso, entre aquellas que deberían trabajar articuladamente por su especificidad). Pero, al mismo tiempo, este nivel de autonomía contribuye al despliegue de prácticas informales.

En la provincia de Buenos Aires, investigaciones anteriores (Crojethovic, 2011, 2014, 2014b) han mostrado que el desarrollo de iniciativas no regladas son el resultado de factores externos e internos, que han impulsado a las y los trabajadores a buscar la manera de dar respuesta a las necesidades de atención de las y los pacientes en el marco de su autonomía. Si bien esto favorece en muchos casos el desarrollo de iniciativas de

corto plazo para resolver problemas cotidianos y no producen transformaciones sustantivas en el contexto de trabajo, sostenidas en el mediano y largo plazo (durante aproximadamente dos años) generan cambios de mayor envergadura que permiten dar respuesta a los requerimientos de las y los pacientes.

La investigación aquí presentada observa iniciativas que lograron sostenerse en el tiempo y que, a veces, provienen de personas que no desempeñan roles jerárquicos y/o son resultado del trabajo en otros servicios y hospitales. En todos los casos, tales iniciativas cuentan con el apoyo de las jefaturas. De este modo, las reglas incorporadas colectivamente contribuyen con la atención de las y los pacientes, acortando la brecha entre la necesidad de los usuarios y la disponibilidad de recursos y/o procedimientos existentes, siendo esto un indicador de flexibilidad organizacional (Crojethovic, 2014a, 2014b). Esto coincide con investigaciones que muestran que el compromiso de los equipos, al involucrarse en el aprendizaje dentro y más allá de sus áreas, fortalece la capacidad de la organización para dar respuestas (Bechky y Okhuysen, 2011; Edmondson y Besieux, 2021; Harvey et al., 2022).

Si bien esta investigación no abarca solo el período de pandemia de COVID-19, investigaciones realizadas durante ese período ponen en evidencia la importancia de la improvisación a la hora de actuar ante situaciones críticas. Esta capacidad implica atención a la situación que se está transitando, al mismo tiempo que capacidad de adaptar el conocimiento general para cumplir con el cuidado de la salud de quien consulta (Hadjimichael y Tsoukas, 2022). De la misma manera, las iniciativas no regladas descritas aquí se nutren de este esfuerzo de adaptar los recursos y procedimientos disponibles a las prácticas requeridas en situaciones que, en ocasiones, son de difícil resolución.

Por otra parte, más allá de la división formal del trabajo o los roles prescriptos por la organización, la complejidad de las patologías, de los casos tratados y/o de las situaciones en las que la consulta se produce, promueve la emergencia de una “zona gris” (Engeström, 2001b), que favorece la búsqueda de soluciones —como se mencionó— provengan de dónde provengan; así, algunas de las iniciativas (como “los machetes” o los rótulos para las fórmulas enterales) son introducidas por residentes y concurrentes que conocieron esos recursos en otros hospitales en el marco de sus rotaciones. De esta manera, se observa cierta fluidez entre los roles de líder y seguidor en función de la redefinición del trabajo, aspecto ya destacado en investigaciones anteriores (Bechky y Okhuysen, 2011; Varpio y Teunissen, 2020).

Las y los residentes y concurrentes entrevistados manifestaron que la seguridad psicológica ofrecida en sus servicios —esto es, la posibilidad de hablar de los errores y discutir sin riesgo a represalias— constituye un importante factor habilitante (Tucker, 2007; Edmondson y Harvey, 2018; Edmondson y Verdin, 2018). Por otra parte, el reconocimiento al apoyo y mentoreo recibidos de las jefaturas para que la participación se dé fueron aspectos ya identificados en numerosas investigaciones (Hazen et al., 2018; Fryer et al., 2018; Bechky y Chung, 2018). Debe destacarse que esto contrasta con la lógica verticalista del Sistema de Salud (Spinelli, 2010) y con prácticas de iniciación (“derecho de piso”) instrumentadas en las residencia y concurrencias como, por ejemplo, la asignación “tradicional” (el entrecomillado figura en el documento) de más guardias a las y los residentes del primer año (Ministerio de Salud, 2014).

En el contexto hospitalario, el trabajo con otros/as en comunidades de práctica permite hacer frente tanto a la naturaleza impredecible de las demandas asistenciales y los límites institucionales para responder a estas, como a los conflictos que se presentan con otros/as profesionales (como, por ejemplo, la intimidación observada en una investigación realizada en Suecia durante el primer año de trabajo de las enfermeras en el servicio médico de emergencia). Los hallazgos del estudio mostraron cómo las comunidades de práctica contribuyen positivamente con las y los profesionales noveles a la hora de afrontar este tipo de situaciones (Hörberg et al., 2019).

Investigaciones desarrolladas en el Alberta Health Services (AHS) de Canadá, el primero y más grande sistema de atención médica completamente integrado, mostraron, por una parte, que la organización del trabajo en comunidades de práctica para incrementar la calidad de los servicios permitió desarrollar intercambios significativos y mejorar sus habilidades (Auer et al., 2020) y, por otra, que trabajar en estrecha colaboración con otros equipos —incluso con otros hospitales— favorece el conocimiento de otras realidades (Edmondson y Nembhard, 2009).

Sobre la base de lo expuesto, algunas investigaciones concluyen que las comunidades de práctica constituyen en sí mismas dispositivos pedagógicos, porque promueven un esfuerzo de aprendizaje colectivo y suponen una forma de participar de un mundo social y en diversos contextos. Se configura una infraestructura de aprendizaje diferente al habitual, donde los aprendizajes se interconectan con otros a través de la negociación de significados y como consecuencia de esfuerzos compartidos. Por lo tanto, se trata de un aprendizaje que modela el sentido de identidad, la práctica y el devenir colectivo de la persona y la comunidad (Smith et al., 2019).

En los casos aquí estudiados, pudo observarse como residentes y concurrentes, pero también profesionales formados, identificaron los temas a profundizar y estudiar a partir de las necesidades de sus pacientes, y generaron de este modo un programa de estudio emergente. Esto pudo desplegarse en un contexto de trabajo con atributos como la empresa conjunta (un fin común claro), el compromiso mutuo y un repertorio compartido.

Por otra parte, el trabajo con otros favorece la identificación de contradicciones (Sannino y Engeström, 2018) dentro del propio ámbito de trabajo y en el contexto más amplio al que pertenece. Por ejemplo, la falta de trabajo interdisciplinario y, al mismo tiempo, la necesidad de una mirada integral del o la paciente, o prácticas de salud y la imposibilidad por carencias económicas, habitacionales y/o personales para la continuidad de los tratamientos recomendados. Ante estas contradicciones, que se traducen en la insuficiencia de respuestas a demandas complejas, el trabajo con otras personas, servicios y/u hospitales permite no solo identificarlas, sino también redefinir el objeto/objetivo de la propia práctica, enriqueciéndolo a partir de la variedad de respuestas disponibles y logrando transformaciones expansivas, o sea, una mirada más amplia, que permite un aprendizaje resultante de la transformación del objeto/objetivo de la práctica (Engeström, 2001a, 2001b, 2009, Engeström y Sannino, 2010, 2016, 2021; Kerosuo et al., 2010; Sannino et al., 2016; Sannino y Engeström, 2018; Engeström y Pyörälä, 2021).

Sin embargo, otras investigaciones destacan que el trabajo sobre las contradicciones y la socialización de las nuevas herramientas y acuerdos alcanzados, encuentran obstáculos a la hora de ser transmitidos a otros/as profesionales que no participaron inicialmente del proceso (Meijer et al., 2021). Asimismo, destacan la dificultad inherente al trabajo transfronterizo (Edmondson y Harvey, 2018). Los tres casos abordados por la presente investigación parecieran haber salvado esta dificultad a través de diversas actividades, como talleres, jornadas hospitalarias y ateneos que vincularon a las y los profesionales de diferentes sectores en proyectos compartidos. Tales actividades, más allá de cumplir con sus objetivos explícitos, promovieron vínculos y acuerdos que se reflejaron luego en las prácticas profesionales cotidianas. Por otra parte, los servicios que contaban con residentes y concurrentes mostraron una activa participación de este personal en esas actividades.

El desarrollo de intercambios productivos entre las y los profesionales y con otros servicios que se promueve en los casos estudiados fueron destacados por las personas

entrevistadas como un atributo educativo del ámbito de trabajo. Si bien el aprendizaje informal (o sea, no intencional) que se produce es difícil de identificar (Eraut, 2004), distintas investigaciones destacan la importancia de “hablar con colegas” para alcanzarlo (Berg y Chyung, 2008). En los tres casos investigados, los intercambios contribuyeron a la búsqueda de soluciones e inauguraron un diálogo productivo, donde las diferencias entre los roles disminuyeron y el compromiso relacional pudo prevalecer (Tsoukas, 2009). Como se ha demostrado en estudios etnográficos, este tipo de diálogo logra articular conocimientos relevantes para la situación actual retomando la experiencia pasada de manera selectiva (Hargadon y Sutton, 1997, y Obstfeld, 2005, citados por Tsoukas, 2009) e inventando nuevas alternativas para dar respuesta a las circunstancias que se presentan (Hadjimichael y Tsoukas, 2022). Por otro lado, permiten tomar distancia de prácticas habituales y poco reflexivas (Tsoukas, 2009) y favorecen el desplazamiento de las rutinas diarias —propias de las prácticas establecidas— hacia nuevas modalidades reconocidas como novedosas y, en ocasiones, desafiantes (Hadjimichael y Tsoukas, 2022).

Algunos estudios realizados en una amplia variedad de contextos laborales, incluyendo desde los centros de llamadas hasta los hospitales (Oborn y Dawson, 2010; Tsoukas y Vladimirou, 2001), muestran que los sujetos, para aprender a desempeñarse en contextos complejos, deben introducirse en sus prácticas a partir de un proceso reflexivo continuo y compartido, en interacción dialógica con los demás (Tsoukas, 2009; Hadjimichael y Tsoukas, 2019). Porque la creación de nuevos sentidos es un fenómeno colectivo, que ocurre en mundos de práctica específicos y que tiene efectos en la propia organización (Sandberg y Tsoukas, 2020). Por esta razón, las comunidades de práctica cumplen un papel clave en la creación de nuevos sentidos, los cuales reflejan el aprendizaje social que resulta de la dinámica entre lo que se puede hacer y lo que se considera que vale la pena hacer; así concluye una investigación realizada en Inglaterra que estudió los intercambios entre expertos y comunidades para mejorar la adopción de prácticas agrícolas sostenibles e innovadoras (Krzywoszynska, 2019).

Por otra parte, es importante destacar que, en todo ambiente de aprendizaje, junto con la dimensión psicosocial se encuentra la dimensión material, que abarca espacios físicos y virtuales (Gruppen et al., 2019), e instrumentos o artefactos construidos por las y los participantes. En los casos estudiados aquí, los intercambios suelen estar mediados, además de por el lenguaje, por artefactos —tales como planillas, rótulos y “machetes”— cuya importancia para la creación de conocimiento fue señalada por

varias investigaciones (Bechky 2003a, b; Boland et al. 2007; Schrage 2000; Leonard - Barton 1995; Nonaka y Takeuchi 1995; von Krogh et al. 2000 citados por Tsoukas, 2009). En la interacción conversacional, los artefactos pueden tender puentes para facilitar la comprensión compartida debido a la tactilidad, manipulabilidad y transferibilidad que permiten contribuir a la creación de conocimiento (Tsoukas, 2009).

En este contexto, pudo apreciarse una identidad compartida, reforzada por la participación y la influencia del contexto, tanto en profesionales noveles (Hörberg et al., 2019) como en quienes contaban con mayor trayectoria. Esta identidad se refleja a partir de aquellas prácticas y formatos de trabajo con que las y los profesionales se comprometen y también con los que desacuerdan. Así, la atención puesta en el cuidado de la población en situación de vulnerabilidad y el afán por brindar respuestas efectivas desbordan los límites del servicio estudiado e irradian a otras y otros profesionales del hospital con quienes se vinculan para dar respuesta a quienes consultan.



CAPITULO 7

CONCLUSIONES

El hospital público se caracteriza por una organización interna en la que predomina la autonomía de cada servicio a la hora de instrumentar sus prácticas, ya que cada uno se ajusta a pautas externas provenientes de los ámbitos disciplinares específicos. Esta situación, por una parte, aumenta la fragmentación y las dificultades para el trabajo interprofesional. Por otra, introduciendo nuevas reglas de trabajo no formalizadas, contribuye a la emergencia de prácticas innovadoras, surgidas frente a la necesidad de responder a patologías de las y los pacientes, y de contribuir a la adherencia a sus tratamientos.

En este marco, prosperan iniciativas —generadas colectivamente dentro del propio servicio y en el contacto con otros— que son adoptadas y sostenidas de manera conjunta por su eficacia. Como resultado, se amplían la variedad de respuestas conocidas y, por lo tanto, la capacidad de las y los profesionales a la hora de intervenir. Asimismo, se mejora la calidad de las experiencias profesionales y se introducen nuevos sentidos que renuevan las prácticas rutinarias. Innovaciones de este tipo son indicadores de aprendizaje, que reflejan un proceso no formal de enseñanza que permite acortar la brecha inevitable entre la formación disciplinar (con sus prácticas establecidas) y la complejidad que las consultas plantean debido a la patología y/o las circunstancias psicosociales de las y los pacientes ambulatorios/as o internados/as.

Sin embargo, el Subsistema Público de Salud sostiene ciertos parámetros que conspiran contra el aprendizaje: fragmentación entre servicios; mirada biomédica (que dificulta el trabajo interprofesional); sistemas de trabajo repetitivos, centrados en la iteración de prácticas prescriptas más allá de las condiciones de su aplicación; una lógica verticalista, que avala prácticas como el “derecho de piso” o los castigos a residentes; la poca apertura a revisar errores, intercambiar ideas y/o introducir prácticas complementarias de atención consideradas no estrictamente médicas; el escaso acompañamiento por parte de algunas jefaturas; y la discrecionalidad de ciertas prácticas y su instrumentación.

Los elementos favorecedores y los obstaculizadores expresan profundas contradicciones del sistema de actividad entre la necesidad de una mirada holística de

las y los pacientes y la hegemonía del modelo biomédico, entre la necesidad de una mirada interdisciplinaria y el trabajo fragmentado, y entre la formación académica y la complejidad social de las y los pacientes y sus enfermedades. A este cuadro, debe agregarse la predominancia del género femenino junto a una fuerte concepción patriarcal de las prácticas en salud, que se expresa en una lucha permanente por el posicionamiento de las profesionales —médicas y no médicas— y la búsqueda de reconocimiento respecto de la calidad de sus prácticas y prescripciones.

Sin embargo, en los tres servicios estudiados, las contradicciones mencionadas han impulsado la búsqueda de nuevas perspectivas, que se reflejan en sus prácticas, en los resultados de sus iniciativas (talleres, jornadas, dispositivos) y tratamientos, y en los nuevos saberes de diferente orden que van acumulando. Aquí, el contexto forma, instruye, provee de condiciones para que la formación continúe. En este proceso, se suman la revisión del modelo hegemónico, la aceptación del otro como socio ante los resultados que se esperan alcanzar, y la importancia de cobijar iniciativas nuevas que, luego de acordadas, expanden y enriquecen la mirada hacia las y los pacientes, y el objetivo de la práctica que se desarrolla. En los servicios relevados, confluye el intercambio fluido entre sus integrantes y con las jefaturas, descritas como figuras que apoyan a sus equipos, que habilitan las dudas y los errores, que acompañan la formación de su gente y están dispuestas a contribuir con su proceso de aprendizaje.

Así como la articulación entre colegas contribuye con la circulación y transmisión de conocimientos, el Sistema Nacional de Residencias y Concurrencias lo hace también expandiendo aún más su aporte gracias al programa de rotaciones. Pensada para formar a profesionales noveles, la rotación promueve el desplazamiento entre servicios y/u hospitales con el objeto de ampliar el repertorio de prácticas y conocer contextos organizacionales diversos. Estas experiencias, en el momento en el que se socializan con el equipo de base, producen un efecto de polinización que amplifica las buenas prácticas extendiéndolas a otros servicios y hospitales. De este modo, estimula el intercambio de novedades, consolida vínculos dentro y fuera de los servicios (al compartir esos conocimientos con otros), y alienta nuevas prácticas y estrategias en la búsqueda de alternativas válidas para afrontar los desafíos que los tratamientos representan muchas veces.

Las experiencias estudiadas en esta tesis muestran al trabajo interprofesional como un factor clave para el logro de estos aprendizajes, aun cuando la prevalencia de la hegemonía biomédica (no solo entre las y los médicos) conspira contra su desarrollo.

Esto demanda sumar un esfuerzo adicional, orientado hacia la creación de las condiciones para el diálogo fuera y entre los servicios. Porque, cuando se alcanza, es valorado por el entusiasmo que produce, la riqueza de aprendizajes que genera y los desafíos que propone.

Existe un plan emergente de formación que se reconfigura a partir, por una parte, de necesidades específicas que van surgiendo y, por otra, de la revisión conjunta de prácticas no efectivas. Sin estar diseñados anticipadamente, introducen nuevos aprendizajes, que pueden ser específicos de la profesión (para saldar la insuficiencia de conocimientos a la hora de dar respuesta a patologías poco frecuentes) o vinculados a prácticas sociales (prevención de enfermedades y promoción de la salud, contacto con obras sociales para garantizar continuidad de los tratamientos y similares). Lo aprendido resulta de un esfuerzo formativo ambiental, o sea, no centrado en un formador sino en la confluencia de reglas construidas, un formato de organización del trabajo abierto, horizontal y con conducción, y la pertenencia a una comunidad de práctica, que extiende los límites de lo sabido para dar respuestas a problemas nuevos ampliando el bagaje formativo proveniente del aprendizaje formal de las y los profesionales.

En conclusión, el reconocimiento del valor educativo de los contextos de trabajo permite apreciar su contribución al proceso de saldar la inevitable distancia entre los saberes disponibles en las organizaciones y los necesarios para resolver las problemáticas que el día a día presenta. Este aporte es especialmente relevante en ámbitos que se ocupan de la salud de la población (la última pandemia brinda un ejemplo reciente y palmario) en un contexto marcado por el creciente grado de vulnerabilidad personal, social y económica de las personas que se atienden en el Subsistema Público de Salud. Por lo tanto, es preciso reconocer y fortalecer todos los aspectos —no solo los técnicos o específicamente disciplinares— que pueden incidir en alentar, favorecer e impulsar un aprendizaje permanente en los servicios de salud a fin de brindar una mejor atención a la población, contribuir con su cuidado y fortalecer la capacidad de responder a los antiguos y nuevos problemas de salud.

REFERENCIAS

- Abramzón, M. (2005). *Argentina: recursos humanos en salud en 2004*, (62). Organización Panamericana de la Salud.
- Abramzón, M. (2006). Recursos humanos en salud en Argentina. Desafío pendiente. *Revista de Salud Pública*, 10(1), 52-62.
- Acuña, C. y Chudnovsky, M. (2002). *El sistema de salud en Argentina*. Universidad de San Andrés-CEDI.
- Antonietti, L. (2019a). *Características de ingresantes al Sistema de Residencias del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y sus modificaciones a lo largo de 20 años* (1° ed.). Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires / Dirección General de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional.
- Antonietti, L. (2019b). *Orientaciones para el abordaje de situaciones complejas que afectan el clima formativo de las residencias y concurrencias del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires* (1° ed.). Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires / Dirección General de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional.
- Argote, L. y Miron-Spektor, E. (2011). Organizational Learning: From Experience to Knowledge. *Organization Science*, 22(5), 1123–1137. <https://doi.org/10.1287/orsc.1100.0621>
- Ariovich, A., y Crojethovic, M. (2016). *Las Redes de Servicios de Salud en el Territorio Bonaerense*. IX Jornadas de Sociología de la Universidad Nacional de La Plata. Ensenada, Buenos Aires, Argentina.
- Artaza, O., Santacruz, J., Girard, J., Álvarez, D., Barria, S., Tetelboin, C., Tomasina F. y Medina, A. (2020). Formación de recursos humanos para la salud universal: acciones estratégicas desde las instituciones académicas. *Revista Panam Salud Pública*, 44(83). <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.83>
- Aspiazu, E. (2010). Los conflictos laborales en la salud pública en Argentina. *Trabajo, ocupación y empleo. Una mirada a sectores económicos desde las relaciones laborales y la innovación*, 123-142. Serie Estudios / 9.
- Aspiazu, E., Baldi, L., y Lanari, M. (3-5 de agosto de 2011). *Prestadores, prestatarios y pacientes: un análisis de las voces y silencios de los reclamos de los profesionales de la salud*. 10° Congreso Nacional de Estudios del Trabajo: Asociación de Especialistas de Estudios del Trabajo (ASET). Buenos Aires, Argentina.
- Auer, A. M., Hanson, P., Brady-Fryer, B., Alati-It, J., y Johnson, A. L. (2020). Communities of practice in Alberta Health Services: advancing a learning

- organization. *Health research policy and systems*, 18(1), 1-12.
<https://doi.org/10.1186/s12961-020-00603-y>
- Baley, D. E. y Barley, S. R. (2011). Teaching-Learning Ecologies: Mapping the Environment to Structure Through Action. *Organization Science*, 22(1), 262-285. <https://doi.org/10.1287/orsc.1090.0511>
- Baquero, R. (2001). Perspectivas teóricas sobre el aprendizaje escolar. Una introducción. En Baquero, R. y Limón, M., *Introducción a la Psicología del aprendizaje escolar*. UNQ.
- Bardin, L. (2002). *Análisis de contenido*. Akal S.A.
- Bateson, G. (1998). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Lohlé-Lumen.
- Bechky, B. y Chung, D. (2018). Latitude or Latent Control? How Occupational Embeddedness and Control Shape Emergent Coordination. *Administrative Science Quarterly*, 63(3), 607-636. <https://doi.org/10.1177/0001839217726545>
- Bechky, B. y Okhuysen, G. (2011). Expecting the unexpected? How SWAT officers and film crews handle surprises. *The Academy of Management Journal*, 54(2), 239-261. <https://doi.org/10.5465/amj.2011.60263060>
- Benoist, J. M. (1983). La interdisciplinariedad en las ciencias sociales. En Apostel, L., Benoist, J. M., Bottomore, T. B., Dufrenne, M., Mommsen y W. J., Morín, E., *Interdisciplinariedad y ciencias humanas*, 165-186. Tecnos / UNESCO.
- Berg, S. A., y Chyung, S. Y. Y. (2008). *Factors that influence informal learning in the workplace*. *Journal of workplace learning*.
- Billett, S. (2001). Learning through work: workplace affordances and individual engagement. *Journal of workplace learning*, 13(5), 209-214.
- Billett, S. (2020). *Learning in the workplace: Strategies for effective practice*. Routledge.
- Bonazzola, P. (2009). *Ciudad de Buenos Aires: sistema de salud y territorio*. Mimeo.
- Borrell Bentz, R. M. (2005). *La educación médica de postgrado en Argentina: el desafío de una nueva práctica educativa*. Organización Panamericana de la Salud. <http://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/sites/default/files/pub61.pdf>
- Bottomore, T. (1983). Introducción. En Apostel, L., Benoist, J. M., Bottomore, T. B., Dufrenne, M., Mommsen y W. J., Morín, E. *Interdisciplinariedad y ciencias humanas*, 11-20. Tecnos / UNESCO.
- Centro de Investigaciones Endocrinológicas “Dr. César Bergadá”, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. (s.f.). *Ateneos clínicos de la División Endocrinología*. <https://cedie.conicet.gov.ar/ateneos-clinicos/>

- Clark, E., Draper, J. y Rogers, J. (2015). Illuminating the process: Enhancing the impact of continuing professional education on practice. *Nurse Education Today*, 35(2), 388-394. <http://dx.doi.org/doi:10.1016/j.nedt.2014.10.014>
- Cole, M. (1999). *Psicología cultural*. Ed. Morata.
- Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico. (2016). *Working for health and growth: investing in the health workforce*. Organización Mundial de la Salud. http://www.worldpsi.org/sites/default/files/documents/research/en_comheegfinalreport.pdf
- Crojethovic, M. (2011). Condiciones de Trabajo Precarias. Motivación e Interés dentro de los Hospitales Públicos de la Provincia de Buenos Aires, Argentina. *Revista Electrónica Gestión de las Personas y Tecnología*, 4(11), 26-35.
- Crojethovic, M. (2013). Microcosmos Hospitalario. Redefiniendo las Reglas en los Hospitales del Gran Buenos Aires. En Clérico L., Ronconi L., Aldao M. (Eds.). *Tratado de Derecho a la Salud. Abeledo Perrot*, T.III, Cap. LXXXV, 2411-2434.
- Crojethovic, M. (2014a). Los Efectos de la Participación no regulada en los Hospitales Públicos de la provincia de Buenos Aires. Argentina. *Kairos: Revista de temas sociales*, (33), 2-19.
- Crojethovic, M. (2014b). Desafíos en el proceso de investigación de la informalidad en hospitales públicos. *Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales*, 4(2).
- Crojethovic, M., y Ariovich, A. (2018). Las redes de salud en el Territorio del Gran Buenos Aires: el desafío de la coordinación de servicios de salud. *International Journal of Organizations*, (20), 169-195.
- Croker Sagastume, R. C., y Veloso Rodríguez, A. (2019). Nuevos enfoques de liderazgo para la gestión del cambio en la educación médica de México. En Díaz, M. A., Veloso Rodríguez, A. (Eds.), *Modelos de investigación en liderazgo educativo: una revisión internacional* (pp.113-125). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Daniels, H. (2001). *Vygotsky y la pedagogía*. Paidós.
- Daniels, H. (2007). La formación de equipos interagenciales: un estudio de aprendizaje innovador. *Cultura y Educación*, 295-309.
- Daniels, H. (2016). Learning in Cultures of Social Interaction. *Revista de Investigación Educativa*, 34(2), 315-328. <http://dx.doi.org/10.6018/rie.34.2.252801>
- Davini, M. C. (2005). *Enfoques, problemas y perspectivas en la educación permanente de los recursos humanos de salud*. Organización Panamericana de la Salud. https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/Davini_Educacion_permanente_rhus.pdf

- Davini, M. C. (2014). *El proceso de trabajo como factor educativo y de Educación Permanente en Salud*. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud.
- Davini, M. C. et al. (2003) *Las residencias del equipo de salud. Desafíos en el contexto actual*. Organización Panamericana de la Salud / Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires / Instituto Gino Germani / Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.
- Davini, M. C., Nervi, L. y Roschke, M. A. (2002). *Serie Observatorio de Recursos Humanos de Salud: La Capacitación del Personal de los Servicios de Salud en Proyectos Relacionados con los Procesos de Reforma Sectorial* (3). Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud.
- de Fernández, N. y Santa María, E. (noviembre de 2002). *Historia de la evolución de la alimentación en los centros asistenciales*. XXXVII Jornadas Científicas del Hospital Álvarez, Buenos Aires, Argentina.
- Dewey, J. (1897). My pedagogic creed. En Deledalle, G. *Pédagogues et Pédagogies*, 111-125. Presses universitaires de France.
- Dewey, J. (1938-1960). *Experiencia y educación*. Losada.
- Dewey, J. (1989 [1910]). *Cómo pensamos: nueva exposición de la relación entre pensamiento y proceso educativo*. Paidós.
- Dewey, J., y Bentley, A. F. (1960). *Knowing and the known*, (Vol. 111). Beacon press.
- Di Gregori, M. C. (2015). *La teoría de la acción en John Dewey: algunas claves para su interpretación*. X Jornadas de Investigación en Filosofía. Ensenada, Buenos Aires, Argentina.
- Dumrauf, A. G., y Garelli, F. M. (2020). *Biomedicina-tecnología-sociedad y COVID-19: miradas críticas, esperanzas y educación en salud*.
http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/113122/Documento_completo.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Duré, I. (2015). Residencias médicas en Argentina 2015. *Revista Argentina de Medicina*. 3(5), 2-4.
- Edmondson, A. (1996). Learning from Mistakes is Easier Said Than Done: Group and Organizational Influences on the Detection and Correction of Human Error. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 32(1), 5–28.
<https://doi.org/10.1177/0021886396321001>
- Edmondson, A. (1999). Psychological Safety and Learning Behavior in Work Teams Amy Edmondson. *Administrative Science Quarterly*, 44(2), 350-383.

- Edmondson, A. (2004). Learning From Mistakes Is Easier Said Than Done Group and Organizational Influences on the Detection and Correction of Human Error. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 40(1), 66-90.
- Edmondson, A. C., y Besieux, T. (2021). Reflections: Voice and silence in workplace conversations. *Journal of Change Management*, 21(3), 269-286.
- Edmondson, A. C., y Harvey, J. F. (2018). Cross-boundary teaming for innovation: Integrating research on teams and knowledge in organizations. *Human Resource Management Review*, 28(4), 347-360.
- Edmondson, A. C., y Nembhard, I. M. (2009). Product development and learning in project teams: The challenges are the benefits. *Journal of product innovation management*, 26(2), 123-138. <https://doi.org/10.1111/j.1540-5885.2009.00341.x>
- Edmondson, A. C., y Verdin, P. J. (2018). The strategic imperative of psychological safety and organizational error management. *Palgrave Macmillan*, 81-104.
- Elichiry, N. (1987). Importancia de la articulación interdisciplinaria para el desarrollo de metodologías transdisciplinarias. En Elichiry, N. (Ed.), *El niño y la Escuela. Reflexiones sobre lo obvio*, (pp.333-341). Nueva Visión.
- Engeström, Y. (2001a). Los estudios evolutivos del trabajo como punto de referencia de la teoría de la actividad: el caso de la práctica médica de la asistencia básica. En Chaiklin, S. y Lave, J. (Eds.), *Estudiar las prácticas. Perspectivas sobre actividad y contexto*, (pp.78-113). Amorrortu Editores.
- Engeström, Y. (2001b). El aprendizaje expansivo en el trabajo: hacia una reconceptualización teórica de la actividad. *Journal of Education and Work*, 14(1), 1-16.
- Engeström, Y. (2009a). From learning environments and implementation to activity systems and expansive learning. *An International Journal of Human Activity Theory*, 2(1), 17-33.
- Engeström, Y. (2009b). The Future of Activity Theory: A Rough Draft/Learning and Expanding with Activity Theory. *Cambridge University Press*, 303-328. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511809989.020>
- Engeström, Y., y Pyörälä, E. (2021). Using activity theory to transform medical work and learning. *Medical Teacher*, 43(1), 7-13. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2020.1795105>
- Engeström, Y., y Sannino, A. (2010). Studies of expansive learning: foundations, findings and future challenges. *Educational Research Review*, 5(1), 1-24. <https://doi.org/10.1016/j.edurev.2009.12.002>
- Engeström, Y., y Sannino, A. (2016). El aprendizaje expansivo en movimiento: aportaciones de la investigación en curso. *Infancia y aprendizaje*, 39(3), 401-435. <https://doi.org/10.1080/02103702.2016.1189119>

- Engeström, Y., y Sannino, A. (2021). From mediated actions to heterogenous coalitions: four generations of activity-theoretical studies of work and learning. *Mind, Culture, and Activity*, 28(1), 4-23.
<https://doi.org/10.1080/10749039.2020.1806328>
- Eraut, M. (2002). *Conceptual Analysis and Research Questions: Do the Concepts of "Learning Community" and "Community of Practice" Provide Added Value?*.
<https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED466030.pdf>
- Eraut, M. (2004). Informal learning in the workplace. *Studies in continuing education*, 26(2), 247-273. <https://doi.org/10.1080/158037042000225245>
- Eraut, M., y Hirsh, W. (2010). *The significance of workplace learning for individuals, groups and organizations*. SKOPE.
- Freire, P. (1970). *Pedagogía del Oprimido*. Siglo XXI.
- Fryer, A. K., Tucker, A. L., y Singer, S. J. (2018). The impact of middle manager affective commitment on perceived improvement program implementation success. *Health care management review*, 43(3), 218-228.
<https://doi.org/10.1097/hmr.0000000000000174>
- Funes Molineri, M. S. (2019). *Dimensiones educativas de los contextos de trabajo en hospitales públicos*. XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I° Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Funes Molineri, M. S. (2021). *Algunas dimensiones para el análisis de las prácticas en hospitales públicos*. XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVIII Jornadas de Investigación. XVII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. III Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. III Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Funes Molineri, M. S., Esmoris, A. L., García, M., La Greca, N., Pérez, C., Brudnick, G., Rojas, M. S. y Etchandy, P. (2009). Algunas reflexiones sobre las representaciones sociales y prácticas de los profesionales de salud escolar. *Anuario de investigaciones*, 16, 231-237.
- Galín, P. (2002). Dependencia y precarización laboral: los profesionales de la salud en la Argentina. *Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo*, 8(15), 47-58.
- Galli, A. (2009). Situación actual de la educación médica en Argentina. *Educación Médica*, 12(1), 3-5.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132009000100002

- García Herrera, A. L., Suárez Merino, M., y Hernández Nariño, A. (2018). La educación interprofesional, herramienta necesaria en la formación del recurso humano en el sector salud como expresión del trabajo en equipo. *Revista Médica Electrónica*, 40(5), 1317-1322.
- García, R. (2011). Interdisciplinariedad y sistemas complejos. *Revista Latinoamericana de metodología de las ciencias Sociales*, 1(1), 66-101.
- Garrefa, G. (2006). *Análisis del diseño y funcionamiento de los hospitales públicos de la ciudad de Buenos Aires* [Tesis de Maestría, Universidad de Buenos Aires]. http://bibliotecadigital.econ.uba.ar/download/tpos/1502-0476_GarrefaG.pdf
- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, (2023). *Bloques de Formación Común*. <https://buenosaires.gob.ar/salud/docencia-investigacion-y-desarrollo-profesional/bloques-de-formacion-comun>
- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, (s.f.). *Estadísticas y censos*. <https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/?cat=321>
- González García, G., y Tobar, F. (1999). Más salud por el mismo dinero: bases para la reforma del sistema de salud en Argentina. *ISALUD*, 312-312.
- Gore, E. (2003). *Conocimiento colectivo. La formación en el trabajo y la generación de capacidades colectivas*. Granica.
- Gore, E. (2012). *El próximo management. Acción, práctica y aprendizaje*. Granica.
- Gore, E., y Dunlap, D. (1988). *Aprendizaje y organización. Una lectura educativa de las teorías de la organización*. Editorial Tesis.
- Gore, E., y Vázquez Mazzini, M. (2010). *Hacer visible lo invisible. Una introducción a la formación en el trabajo*. Granica.
- Gruppen, L. D., Irby, D. M., Durning, S. J., y Maggio, L. A. (2019). Conceptualizing learning environments in the health professions. *Academic Medicine*, 94(7), 969-974. <https://doi.org/10.1097/acm.0000000000002702>
- Guber, R. (2001). *La Etnografía: Método, campo y reflexividad*. Grupo Editorial Norma.
- Haddad, Q., Clasen Roschke, M. A., y Davini, M. C. (1995). *Educación permanente del personal de salud*. <https://elagoraasociacioncivil.files.wordpress.com/2013/08/gestic3b3n-estratc3a9gica-de-la-educac3b3n-permanente.pdf>
- Haddad, Q., Davini, M. C. y Roschke, M. A. C. (1994). *Serie Desarrollo de Recursos Humanos: Educación Permanente del Personal de Salud*, (100). Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud.

- Haddad, Q., y Pineda, E. B. (1997). Educación permanente del personal de salud: la gestión del trabajo-aprendizaje en los servicios de salud. *Serie de Publicaciones Científico-Técnicas*, 17.
- Hadjimichael, D., y Tsoukas, H. (2019). Toward a better understanding of tacit knowledge in organizations: Taking stock and moving forward. *Academy of Management Annals*, 13(2), 672-703.
- Hadjimichael, D., y Tsoukas, H. (2022). Phronetic improvisation: A virtue ethics perspective. *Management Learning*, 54(1).
<https://doi.org/10.1177/13505076221111855>
- Handley, K., Sturdy, A., Fincham, R., y Clark, T. (2006). Within and beyond communities of practice: Making sense of learning through participation, identity and practice. *Journal of management studies*, 43(3), 641-653.
- Haraldseid-Driftland, C., Aase, K., Wiig, S., y Billett, S. (2021). Developing a collaborative learning framework for resilience in healthcare: a study protocol. *BMJ open*, 11(8). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-045183>
- Harvey, J. F., Bresman, H., Edmondson, A. C., y Pisano, G. P. (2022). A Strategic View of Team Learning in Organizations. *Academy of Management Annals*, 16(2).
<https://doi.org/10.5465/annals.2020.0352>
- Harvey, J. F., Johnson, K. J., Roloff, K. S., y Edmondson, A. C. (2019). From orientation to behavior: The interplay between learning orientation, open-mindedness, and psychological safety in team learning. *Human Relations*, 72(11), 1726-1751. <https://doi.org/10.1177/0018726718817812>
- Hazen A. C. M., de Groot, E., de Bont, A., de Vocht, S., de Gier, J., Bouvy, M., De Wit, N. y Zwart, D. (2018). Learning through boundary crossing: professional identity formation of pharmacists transitioning to general practice in the Netherlands. *Academic Medicine*, 93(10), 1531-1538.
<https://doi.org/10.1097/acm.0000000000002180>
- Hörberg, A., Lindström, V., Scheja, M., Conte, H., y Kalén, S. (2019). Challenging encounters as experienced by registered nurses new to the emergency medical service: explored by using the theory of communities of practice. *Advances in Health Sciences Education*, 24(2), 233-249. <https://doi.org/10.1007/s10459-018-9862-x>
- Horwitz, N. (2004). El cambio de la práctica médica: Desafíos psicosociales para la profesión. *Revista médica de Chile*, 132(6), 768-772.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872004000600015>
- Islam, T., y Tariq, J. (2018). Learning organizational environment and extra-role behaviors: the mediating role of employee engagement. *Journal of management development*, 37(14), 258-270. <http://dx.doi.org/10.1108/JMD-01-2017-0039>

- Itin, C. M. (1999). Reasserting the philosophy of experiential education as a vehicle for change in the 21st century. *Journal of experiential Education*, 22(2), 91-98.
- Jaques, E. (2004). *La organización requerida. Un sistema integrado para crear organizaciones eficaces y aplicar el liderazgo gerencial en el Siglo XXI*. Granica.
- Jefatura de Gabinete de Ministros. (s.f.). *Clasificación del empleo público*. <https://www.argentina.gob.ar/jefatura/gestion-y-empleo-publico/empleo-publico/biep/clasificacion#escalafon>.
- Kerosuo, H., Kajamaa, A., y Engeström, Y. (2010). Promoting Innovation and Learning through Change Laboratory: An Example from Finnish Health Care. *Central European Journal of Public Policy*, 4(1), 110-131.
- Krzywoszynska, A. (2019). Making knowledge and meaning in communities of practice: What role may science play? The case of sustainable soil management in England. *Soil Use and Management*, 35(1), 160-168. <https://doi.org/10.1111/sum.12487>
- Lave, J. (1991). *La cognición en la práctica*. Paidós.
- Lave, J. (2001). La práctica del aprendizaje. En Chaiklin, S. y Lave, J. (Eds.), *Estudiar las prácticas. Perspectivas sobre actividad y contexto*. Amorrortu.
- Leontiev, A. I., Mostinsky, I. L., Polonsky, V. S., Styrikovich, M. A., y Chernika, I. M. (1981). Experimental investigation of the critical heat flux in horizontal channels with circumferentially variable heating. *International Journal of Heat and Mass Transfer*, 24(5), 821-828. [https://doi.org/10.1016/S0017-9310\(81\)80005-1](https://doi.org/10.1016/S0017-9310(81)80005-1)
- López, L. B., y Poy, S. (2012). Historia de la Nutrición en la Argentina: nacimiento, esplendor y ocaso del Instituto Nacional de la Nutrición. *Diaeta*, 30(140), 39-46.
- Maceira, D. (2020). Caracterización del sistema de salud argentino: debate en el contexto latinoamericano. *Revista Estado y Políticas Públicas*, (14), 155-179.
- Maceira, D. (2021). *El sistema de salud como construcción colectiva: Notas para un debate*. Fundar.
- Maceira, D., Crojethovic, M., Espínola, N., Nieves, M., Palacios, A., y Urrutia, M. (2015). Políticas diferenciales en el tratamiento de los recursos humanos en salud en Argentina: Estructura de salarios, incentivos contractuales y ambiente laboral en el subsistema público. *Informe final presentado ante la Comisión Nacional de Salud Investiga*. Ministerio de Salud de la Nación.
- Maceira, D., Espínola, N., Nieves, M., Palacios, A., y Urrutia, M. (2015). Políticas diferenciales en el tratamiento de los recursos humanos en salud en Argentina: Estructura de salarios, incentivos contractuales y ambiente laboral en el subsistema público. *Informe final presentado ante la Comisión Nacional de Salud Investiga*. Ministerio de Salud de la Nación.

- Maceira, D., y Cejas, C. (2010). Recursos humanos en salud: una agenda para el gobierno nacional. *Documento de Políticas Públicas N° 82, Programa de Salud, Área de Desarrollo Social*. CIPPEC
- Marsick, V. J., Watkins, K. E., Scully-Russ, E., y Nicolaidis, A. (2017). Rethinking informal and incidental learning in terms of complexity and the social context. *Journal of Adult Learning, Knowledge and Innovation*, 1(1), 27-34.
<https://doi.org/10.1177/07417136221125462>
- Marsick, V. J., y Watkins, K. E. (2001). Informal and incidental learning. *New directions for adult and continuing education*, 89, 25-34.
<http://dx.doi.org/10.1002/ace.5>
- Meijer, L. J., de Groot, E., Honing-de Lange, G., Kearney, G., Schellevis, F. G., y Damoiseaux, R. A. (2021). Transcending boundaries for collaborative patient care. *Medical teacher*, 43(1), 27-31.
<http://dx.doi.org/10.1080/0142159X.2020.1796947>
- Menéndez, E. L. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & saúde coletiva*, (8), 185-207.
- Menéndez, E. L. (2020). Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Salud colectiva*, (16).
<https://doi.org/10.18294/sc.2020.2615>
- Merhy, E. E., Feuerwerker, L. C. M., y Ceccim, R. B. (2006). Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. *Salud colectiva*, (2), 147-160. <https://doi.org/10.18294/sc.2006.62>
- Ministerio de Salud. (2007). *Residencias del equipo de salud*.
<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-1342-2007-133869>
- Ministerio de Salud. (2014). *Sistema nacional de acreditación de residencias del equipo de salud: Normativa, guías y estándares a 7 años de su creación*. Autoedición.
<http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento5.pdf>
- Ministerio de Salud. (2015). *Nuevos estándares nacionales – Aprobación*.
<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/disposici%C3%B3n-104-2015-255911>
- Ministerio de Salud y Ambiente. (2006). *Sistema nacional de acreditación de residencial del equipo de salud – Creación*.
<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-450-2006-115546>
- Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. (2018). *Encuesta Nacional a trabajadores sobre condiciones de empleo, trabajo, salud y seguridad*

(ECETSS). <https://www.argentina.gob.ar/srt/observatorio-srt/encuestas-salud-trabajo/ECETSS-2018>

- Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. (s.f.). *Función de las ART/EA*. <https://www.argentina.gob.ar/srt/art/funcion-de-las-art-ea#:~:text=Las%20Aseguradoras%20de%20Riesgos%20del,de%20trabajo%20o%20enfermedades%20profesionales>
- Mintzberg, H. (1989). *Diseño de organizaciones eficientes*. Ateneo
- Nembhard, I. M. y Edmondson, A. C. (2006). Making it safe: The effects of leader inclusiveness and professional status on psychological safety and improvement efforts in health care teams. *Journal of Organizational Behavior*, 27(7), 941-966. <https://doi.org/10.1002/job.413>
- Nirenberg, O. (2006). *Participación de adolescentes en proyectos sociales. Aportes conceptuales y pautas para su evaluación*, (39), 81-111. Paidós.
- Novick, M., Galín, P., y Abramzón, M. (2003). *Observatorio de Recursos Humanos en Salud en Argentina: información estratégica para la toma de decisiones*. Organización Panamericana de la Salud.
- Nurmala, I. (2014). *The relationship of the dimensions of the learning culture and participation in professional development of public health professionals* [Disertación Doctoral, University of Georgia].
- Oborn, E., y Dawson, S. (2010). Knowledge and practice in multidisciplinary teams: Struggle, accommodation and privilege. *Human Relations*, 63(12), 1835-1857. <http://dx.doi.org/10.1177/0018726710371237>
- Ord, J. (2012). John Dewey and Experiential Learning: Developing the theory of youth work. *Youth & Policy*, 108(1), 55-72.
- Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. (25-29 de septiembre de 2017). *Estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*. 69.^a Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington, D.C., EE.UU.
- Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Documento conceptual: intersectorialidad. Concurso de experiencias significativas de promoción de la salud en la región de las Américas*. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2017/promocion-salud-intersectorialidad-concurso-2017.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (20 al 28 de mayo del 2016). *Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030*. 69.^a Asamblea Mundial de la Salud; Ginebra, Suiza. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_R19-sp.pdf

- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Colaboremos por la salud - Informe sobre la salud en el mundo 2006*. Autoedición.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43434/9243563173_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Health Workforce Requirements for Universal Health Coverage and the Sustainable Development Goals*. Autoedición. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250330>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Human Resources for Health Observer Series*, (Vol.17). Autoedición.
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *2021: Año Internacional de los Trabajadores Sanitarios y Asistenciales*.
<https://www.who.int/es/campaigns/annual-theme/year-of-health-and-care-workers-2021>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Informe anual 2020 - La salud universal y la pandemia, sistemas de salud resilientes*. Autoedición.
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54859/OPSCUB210001_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Salud ocupacional: los trabajadores de la salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/occupational-health-health-workers>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Quiénes somos*.
<https://www.paho.org/es/quienes-somos>
- Organización Mundial de la Salud. (29 de septiembre al 3 de octubre de 2014). *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*. 66ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas.
<https://ciss-bienestar.org/wp-content/uploads/2019/04/Estrategia-para-el-acceso-universal-a-la-salud-y-la-cobertura-universal-de-salud.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Autoeditado. Recuperado el 13 de agosto de 2014.
http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (2007). *Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud*. Autoedición.
https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS_Declaracion_Buenos_Aires-2007.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (2008). *Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS*. Autoedición.

- Organización Panamericana de la Salud. (2010). *La acreditación de programas de formación en la argentina y la orientación hacia la APS*. Autoedición.
- Organización Panamericana de la Salud. (2012). *Estudio comparativo de las condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud en Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú*. Autoedición.
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). Salud en las Américas + Resumen: panorama regional y perfiles del país. *Publicación Científica y Técnica*, 642. Autoedición. <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/wp-content/uploads/2017/09/Print-Version-Spanish.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (25-29 de septiembre de 2017). *Estrategia de Recursos Humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*. 29° Conferencia Sanitaria Panamericana. Autoedición.
- Organización Panamericana de la Salud. (29 de septiembre al 3 de octubre de 2017). *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*. 66° Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Autoedición.
- Pautassi, L. C. (2006). El empleo en salud en la Argentina. La sinergia entre calidad del empleo y calidad de la atención. En Nieves Rico, M. y Marco, F. (Eds.). *Mujer y empleo: la reforma de la salud y la salud de la reforma en la Argentina*, (pp.193-233). Siglo XXI.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, (2018). *Aportes para el desarrollo humano en Argentina 2018: Género en el sector salud: feminización y brechas laborales* (1° ed.). <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/20180409-genero-sector-salud-feminizacion-brechas-laborales.pdf>
- Quay, J. (2016). Not ‘democratic education’ but ‘democracy and education’: Reconsidering Dewey’s oft misunderstood introduction to the philosophy of education. *Educational Philosophy and Theory*, 48(10), 1013-1028. <https://doi.org/10.1080/00131857.2016.1174098>
- Rebollo, L., Rincón, E., León, V., y García, M. (2021). Las enfermedades emergentes y reemergentes del siglo XXI. *Revista Científica Sanitaria SANUM*, 5(1), 48-61.
- Remorini, C., Teves, L. S., Pasarin, L., y Castro, M. D. P. (2021). Expresiones locales de la sindemia COVID-19: estrategias de los trabajadores de salud en Argentina. *Cuadernos Médicos Sociales*, 61(3), 19-35.
- Rezio, L. D. A., Conciani, M. E., & Queiroz, M. A. (2020). The process of facilitating Permanent Education in Health for mental health education in Primary Health Care. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, (24).
- Roschke, M. A. (2006). *Evaluación en procesos de educación permanente y capacitación en salud: experiencias y lecciones*. Organización Panamericana de la Salud.

- Ruiz, G. (2013). La teoría de la experiencia de John Dewey: significación histórica y vigencia en el debate teórico contemporáneo. *Foro de educación*, 11(15), 103-124. <http://dx.doi.org/10.14516/fde.2013.011.015.005>
- Saéz Crespo, A. (2008). La promoción de la Salud y Estilos de Vida en la escuela. *Típica. Boletín electrónico de Salud Escolar*, 4(1). http://www.tipica.org/index.php?option=com_content&view=article&id=66&Itemid=12
- Sandberg, J., y Tsoukas, H. (2020). Sensemaking reconsidered: Towards a broader understanding through phenomenology. *Organization Theory*, 1(1), <http://dx.doi.org/10.1177/2631787719879937>
- Sannino, A. y Engeström, Y. (2018). Cultural-historical activity theory: Founding insights and new challenges. *Cultural-historical psychology*, 14(3), 43-56. <https://doi.org/10.17759/chp.2018140304>
- Sannino, A., Engeström, Y., y Lemos, M. (2016). Formative interventions for expansive learning and transformative agency. *Journal of the Learning Sciences*, 25(4), 599-633. <http://dx.doi.org/10.1080/10508406.2016.1204547>
- Schlemenson, A. (1993). *Análisis Organizacional y empresa unipersonal*. Paidós.
- Schlemenson, A. (2007). Remontar las crisis. *El desenvolvimiento de las organizaciones en su contexto*. Granica.
- Schön, D. (1998). *El profesional reflexivo: Cómo piensan los profesionales cuando actúan*. Paidós.
- Smith, S., Kempster, S., y Wenger-Trayner, E. (2019). Developing a program community of practice for leadership development. *Journal of Management Education*, 43(1), 62-88. <https://doi.org/10.1177/1052562918812143>
- Spinelli, H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud colectiva*, 6(3), 275-293. <https://doi.org/10.18294/sc.2010.285>
- Stake, R. E. (1999). *Investigación con estudio de casos*. Ediciones Morata.
- Strauss, A. y Corbin, J. (1990). *Basic of Qualitative Research: Grounded Theory Producers and Techniques*. Sage.
- Strauss, A., y Corbin, J. (2016). *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Universidad de Antioquia.
- Tobar, F. (2012). Breve historia del sistema argentino de salud. *Responsabilidad Profesional de los Médicos. Ética, Bioética y Jurídica. Civil y Penal*. La Ley.

- Tsoukas, H. (2009). A dialogical approach to the creation of new knowledge in organizations. *Organization science*, 20(6), 941-957. <http://dx.doi.org/10.1287/orsc.1090.0435>
- Tsoukas, H., y Vladimirova, E. (2001). What is organizational knowledge?. *Journal of management studies*, 38(7), 973-993. <https://doi.org/10.1111/1467-6486.00268>
- Tucker, A. L. (2004). The impact of operational failures on hospital nurses and their patients. *Journal of Operations Management*, 22(2), 151-169. <https://doi.org/10.1016/j.jom.2003.12.006>
- Tucker, A. L. (2007). An empirical study of system improvement by frontline employees in hospital units. *Manufacturing & Service Operations Management*, 9(4), 492-505. <https://doi.org/10.1287/msom.1060.0156>
- Tynjälä, P. (2008). Perspectives into learning at the workplace. *Educational research review*, 3(2), 130-154. <https://doi.org/10.1016/j.edurev.2007.12.001>
- Varpio, L., y Teunissen, P. (2020). Leadership in interprofessional healthcare teams: Empowering knotworking with followership. *Medical teacher*, 43(1), 32-37. <https://doi.org/10.1080/0142159x.2020.1791318>
- Vessuri, H. (2002). La observación participante en Tucumán, 1971. En Visacovsky, S. y Guber, R. (Eds.), *Historia y estilos del trabajo de campo en Argentina*, (pp.289-315). Antropofagia.
- Vigotsky, L. (1978). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Grijalbo.
- Wenger, E. (2001). *Comunidades de práctica. Aprendizaje significado e identidad*. Paidós.
- Wertsch, J. (1999). *La mente en acción*. AIQUE.
- Wichterich, C. (2020). Who cares about healthcare workers? Care extractivism and care struggles in Germany and India. *Social Change*, 50(1), 121-140. <https://doi.org/10.1177/0049085719901087>

ANEXO

Cuadro 23. Grilla orientativa de observación y entrevistas.

Categorías	Subcategorías	Aspectos a indagar	
Reglas	Normas explícitas	Leyes y normativas.	Contenido.
	Normas implícitas o internas	Permanencia de la norma.	Origen. Sostenibilidad. Nivel de complejidad.
Comunidad de pares	Repertorio compartido	Artefactos y dispositivos.	Origen. Permanencia. Alcance (solo ese equipo/ otros equipos de trabajo).
	Empresa conjunta	Estrategias compartidas.	Origen. Nivel de complejidad. Organización para su instrumentación.
	Compromiso mutuo	Responsabilidades asumidas.	Origen. Alcance (quiénes participan). Impacto.
División del trabajo	Circulación	De saberes.	Cursos/talleres. Congresos.
		De procedimientos.	Tipo.
		Artefactos (protocolos, guías, rótulos, planillas).	Origen. Formas de distribución.
	Transmisión	Vertical.	Estilo.
Horizontal.		Recursos utilizados.	

Categorías	Subcategorías	Aspectos a indagar	
		Transversal	Recursos utilizados.
	Supervisión	Colaborativa	Agente de supervisión. Agente supervisado.
		Punitiva	Agente de supervisión. Agente supervisado.

Fuente: elaboración propia.

Cuadro 24. Planilla de selección de expertos/as.

Apellido y nombre	Formación y experiencia		Sí	No
	Título	Licenciado/a en Nutrición		
		Médico/a nutricionista		
	Desempeñó cargos en hospitales públicos			
	Pertenencia a redes y comunidades de práctica	Red en la CABA		
		Red Nacional		
		Asociaciones/Federaciones		

Fuente: elaboración propia.

Cuadro 25. Indicadores para la selección experta de los casos a investigar.

Hospital	Número de integrantes del servicio, división o área	Número de consultas atendidas al año por el servicio, división o área	Número y tipo de actividades de promoción de la salud	Actividades de formación (tipo, número, período)	Nivel de articulación intra-hospitalaria	Articulación extra-hospitalaria

Fuente: elaboración propia.

Figura 1. Caso A. Planillas de trabajo.

Hospital Torru **REFUERZO DE SOBREALIMENTACION** **US16 - 10/11** **FECHA**

SALA	coef 0,5		coef 0,3										coef 0,18										coef 0,05							
	Y ent	Y desc	que blan	que mesa	fru alm	comp ciruela	ques fresco	palet a	jugo o	Cer Ver do	hela do	frut coc	frut ent	hue ent	pan franc	pan salva	gall agua	gall salv	gall dulce	vainilla	gall arroz	Dulce	gel	Salsa	flan	flan diet	merm elada	jalea	dulce leche	clara
555					X						X													X	X					
555					X	X					X	X												X	X					
555					X	X					X	X												X	X					
555					X	X					X	X												X	X					
555					X	X					X	X												X	X					
555					X	X					X	X												X	X					
555					X	X					X	X												X	X					
555					X	X					X	X												X	X					
555					X	X					X	X												X	X					
555					X	X					X	X												X	X					
555					X	X					X	X												X	X					
555					X	X					X	X												X	X					
555					X	X					X	X												X	X					
555					X	X					X	X												X	X					
555					X	X					X	X												X	X					
555					X	X					X	X												X	X					
555					X	X					X	X												X	X					
555					X	X					X	X												X	X					
555					X	X					X	X												X	X					
555					X	X					X	X												X	X					
555					X	X					X	X												X	X					
555					X	X					X	X												X	X					
555					X	X					X	X												X	X					
555					X	X					X	X												X	X					
555					X	X					X	X												X	X					
555					X	X					X	X												X	X					
555					X	X					X	X												X	X					
555					X	X					X	X												X	X					
555					X	X					X	X												X	X					
555					X	X					X	X												X	X					
555					X	X					X	X												X	X					
555					X	X					X	X												X	X					
555					X	X					X	X												X	X					
555					X	X					X	X												X	X					
555					X	X					X	X												X	X					
555					X	X					X	X												X	X					
555					X	X					X	X												X	X					
555					X	X					X	X												X	X					
555					X	X					X	X												X	X					
555					X	X					X	X												X	X					
555					X	X					X	X												X	X					
555					X	X					X	X												X	X					
555					X	X					X	X												X	X					
555					X	X					X	X												X	X					
555					X	X					X	X												X	X					
555					X	X					X	X												X	X					
555					X	X					X	X												X	X					
555					X	X					X	X												X	X					
555					X	X					X	X												X	X					
555					X	X					X	X												X	X					
555					X	X					X	X												X	X					
555					X	X					X	X												X	X					
555					X	X					X	X												X	X					
555					X	X					X	X												X	X					
555					X	X					X	X												X	X					
555					X	X					X	X												X	X					
555					X	X					X	X												X	X					
555					X	X					X	X												X	X					
555					X	X					X	X												X	X					
555					X	X					X	X												X	X					
555					X	X					X	X												X	X					
555					X	X					X	X												X	X					
555					X	X					X	X												X	X					
555					X	X					X	X												X	X					
555					X	X					X	X												X	X					
555					X	X					X	X												X	X					
555					X	X					X	X												X	X					
555					X	X					X	X												X	X					
555					X	X					X	X												X	X					
555					X	X					X	X												X	X					
555					X	X					X	X												X	X					
555					X	X					X	X												X	X					
555					X	X					X	X												X	X					
555					X	X					X	X												X	X					
555					X	X					X	X												X	X					
555					X	X					X	X												X	X					
555					X	X					X	X												X	X					
555					X	X					X	X												X	X					
555					X	X					X	X												X	X					
555					X	X					X	X												X	X					
555					X	X					X	X												X	X					
555					X	X					X	X												X	X					
555					X	X					X	X												X	X					
555					X	X					X	X												X	X					
555					X	X					X	X												X	X					
555					X	X					X																			

Figura 3. Caso A. Planilla interna de trabajo con pabellones de internación.

Refuerzo sobrealimentación		2º Piso
1º Piso		
613	{ Duraznos en almibar + queso blanco (10hs) + compota manzanas + queso blanco (16hs)	
614	{ Duraznos en almibar → 10hs + yogur → 16hs	
622	{ Yogur 10hs	
611	{ 1 COMPOTA CIRUELAS 10HS	
612	{ 1 YOGURT - 10HS + 1 COMPOTA MANDARINA - 16HS	
601	{ Duraznos almibar (10hs)	
3º Piso		
618	{ 1 DIBEN - 10HS + FRUTA COCIDA - 16HS	
621	{ 1 PLAN DIET - 10HS + 1 GELATINA DIET - 16HS	

Fuente: elaboración del equipo de la División de Alimentación.

Figura 4. Caso A. Rótulos para fórmulas enterales.

Apellido: [Redacted] Nombre: [Redacted] Fecha: [Redacted]

Apellido: [Redacted] Nombre: [Redacted] Fecha: 22/02/20

Sala/Cama 303 Fórmula: Fresuad

Volumen: TOMA:

Figura 5. Caso A. Cartelera de la División de Alimentación.



Figura 6. Caso B. Guía de Alimentación y Dietoterapia (digital de distribución virtual).

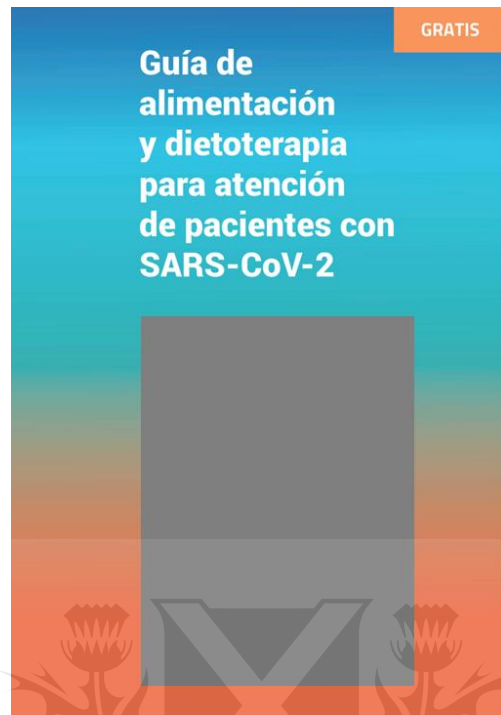
San Andrés

GUÍA DE ALIMENTACIÓN Y DIETOTERAPIA PARA ATENCIÓN DE PACIENTES CON SARS-CoV-2

División Alimentación
 Ministerio de Salud Ciudad Autónoma de Buenos Aires
 2020

Fuente: elaboración del equipo de la División de Alimentación.

Figura 7. Caso B. Guía de Alimentación y Dietoterapia (impresa y gratuita).



Fuente: elaboración del equipo de la División de Alimentación.

Figura 8. Caso B. Video sobre nutrición y COVID-19.



Fuente: elaboración del equipo de la División de Alimentación.

Figura 9. Caso C. Ubicación de la Unidad de Nutrición en el organigrama.

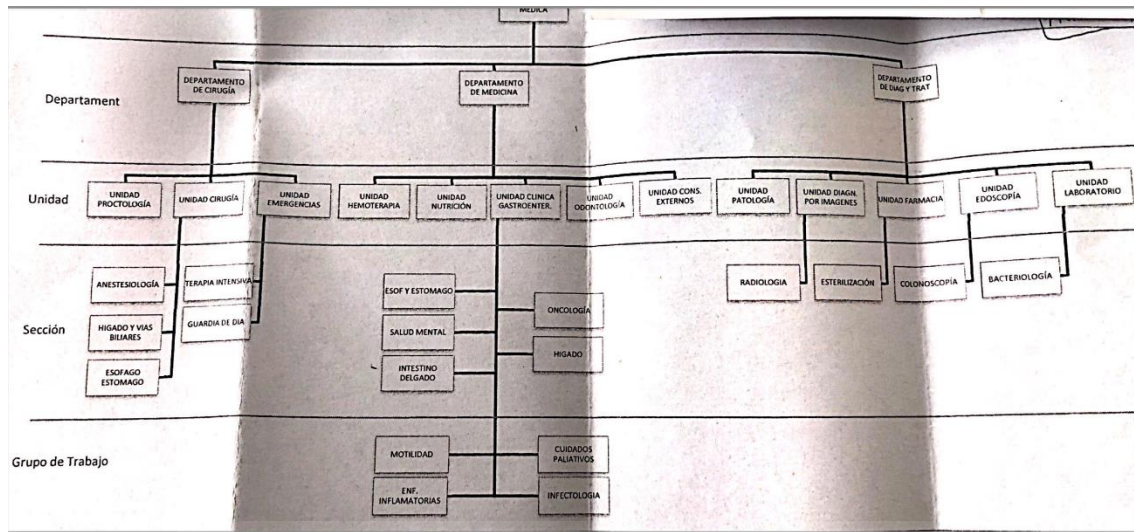


Figura 10. Caso C. Documento de creación del hospital especializado exhibido en cartelera.

